

(SIRS) từ 100% xuống 35,3%; giảm Triglyceride máu nhanh và có ý nghĩa, điểm SOFA trước và sau PEX có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [6]. Bệnh nhân điều trị ổn định và xuất viện sau 10 ngày điều trị.

Trường hợp thứ hai, bệnh nhân đã đi khám tại bệnh viện sản thuộc tuyến trung ương, tuy nhiên do triệu chứng lâm sàng không điển hình nên thời gian đầu cũng chưa có chẩn đoán chính xác, sau khởi phát gần 1 ngày bệnh nhân vào khoa sản bệnh viện E được chẩn đoán song thai 33 tuần – viêm tụy cấp và chỉ định mổ lấy thai vì bệnh nhân đã có dấu hiệu chuyển dạ. Do có sự chuẩn bị trước về phẫu thuật cũng như hồi sức, ca mổ diễn biến thuận lợi, thai nhi khóc tốt và được theo dõi tại khoa Nội Nhi Tổng hợp vì non tháng. Sản phụ được theo dõi trên khoa hồi sức, xuất viện sau 9 ngày điều trị, mẹ và con ổn định. Ở trường hợp thứ 3, bệnh nhân thai 36 tuần – viêm tụy cấp, bệnh nhân đã được điều trị thuốc hạ lipid máu từ trước do đó diễn biến lâm sàng bệnh nhân không nặng, bệnh nhân được chỉ định mổ lấy thai vì thai suy. Sản phụ và con ổn định sau 4 ngày.

## V. KẾT LUẬN

Viêm tụy cấp do tăng Triglycerid máu thai kỳ là bệnh cảnh hiếm gặp tuy nhiên bệnh diễn biến lâm sàng rất nhanh nếu không được chẩn đoán và xử trí sớm có thể dẫn đến hậu quả nặng nề cho cả mẹ và thai nhi. Triệu chứng viêm tụy cấp khi có thai thường không điển hình và dễ nhầm lẫn với bệnh cảnh tiền sản giật, chẩn đoán viêm tụy cấp nên được nghĩ đến khi bệnh nhân có đau thượng vị và các triệu chứng khác như tăng huyết áp, protein niệu không tương xứng với triệu chứng nặng trên lâm sàng. Việc chỉ định xét nghiệm triglycerid máu, cholesterol nên được

đặt ra trong thai kỳ để theo dõi và xác định chẩn đoán. Cuối cùng, việc phối hợp hội chẩn các chuyên khoa là cần thiết. Các bác sĩ sản khoa, hồi sức và chẩn đoán hình ảnh nên cung cấp các kiến thức chuyên khoa của mỗi người và các biện pháp y tế tốt nhất có thể cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sunil Kumar Juneja, Shweta Gupta, Vidushi Bindal và cộng sự (2013). Acute pancreatitis in pregnancy: A treatment paradigm based on our hospital experience. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, 3 (2), 122-125.
2. Ducarme G, Maire F, Chatel P và cộng sự (2014). Acute pancreatitis during pregnancy: a review. *J Perinatol*, 34 (2), 87-94.
3. Eddy JJ, Gideonsen, Song JY và cộng sự (2008). Pancreatitis in Pregnancy. *Obstet Gynecol*, 112 (5), 1075-1081.
4. Nanda S, Gupta A và A D. (2009). Acute pancreatitis: a rare cause of acute abdomen in pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*, 279 (4), 577-578.
5. Nagayama M, Watanabe Y, Okumura A và cộng sự (2002). Fast MR imaging in obstetrics. *Radiographics*, 22, 563-580.
6. Trần Phương và Cơ Đ. X. (2017). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp tăng Triglyceride ở phụ nữ có thai. *Y Học Việt Nam*, 2 (459), 43-46.
7. Yadav D và CS P. (2003). Issues in hyperlipidemic pancreatitis. *J Clin Gastroenterol*, 36, 54-62.
8. Gan SI, Edwards AL, Symonds CJ và cộng sự (2006). Hypertriglyceridemia-induced pancreatitis: a case-based review. *World J Gastroenterol*, 12, 7197-7202.
9. Kimura W và J M. (1996). Role of hypertriglyceridemia in the pathogenesis of experimental acute pancreatitis in rats. *International Journal Pancreatol*, 20, 177-184.
10. Hae Rin Jeon, Suk Young Kim, Yoon Jin Cho và cộng sự (2016). Hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis in pregnancy causing maternal death. *Obstetrics and Gynecology Science*, 59 (2), 148-151.

## XÁC ĐỊNH NỒNG ĐỘ CYFRA 21-1 VÀ CEA TRONG MÁU NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Nguyễn Văn Dũng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Tuấn<sup>1</sup>,

nhỏ. Mô tả mối liên quan giữa nồng độ Cyfra 21-1 và CEA với các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và chẩn đoán hình ảnh ở người bệnh được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ. **Đối tượng nghiên cứu:** 94 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 6 năm 2022. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA được định lượng bằng phương pháp MEIA trên hệ thống máy Abbott i2000sr. **Kết quả:** Nồng độ của Cyfra 21-1 và CEA phân bố lần lượt khoảng từ 1.21 – 43 ng/mL và 1 – 111.39 ng/mL. Giá trị trung vị

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định nồng độ Cyfra 21-1 và CEA trong máu người bệnh ung thư phổi không tế bào

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: nguyenvandungxn8@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024

của Cyfra 21-1 và CEA lần lượt là 4 ng/mL và 9 ng/ml. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA tăng theo thứ tự ở người bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ chiếm 48.9% và 66% dẫn tới có sự gia tăng của Cyfra 21-1 và CEA trên người bệnh này. **Kết luận:** Ở người bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ có sự tăng đồng thời cả hai dấu ấn CEA và Cyfra 21-1. Điều này rất hữu ích trong việc kết hợp cả hai dấu ấn để tăng độ nhạy và độ đặc hiệu khi sử dụng để hỗ trợ chẩn đoán, theo dõi điều trị và tiên lượng bệnh UTPKTBN. **Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, Cyfra21-1, CEA, người bệnh.

## SUMMARY

### DETERMINATION OF CYFRA21-1 AND CEA CONCENTRATION IN PATIENT'S BLOOD DIAGNOSED WITH SMALL CELL LUNG CANCER

**Objectives:** 1) To determine the concentration of Cyfra 21-1 and CEA in patients's blood non-small cell lung cancer and 2) Describe the relation between the concentration of Cyfra 21-1 and CEA with clinical, histological and imaging characteristics in patients diagnosed with non-small cell lung cancer. **Study subjects:** 94 patients were diagnosed with non-small cell lung cancer at 108 Central Military Hospital from January 2019 to June 2022. **Methods:** Cross-sectional descriptive. Cyfra 21-1 and CEA concentrations were quantified by MEIA method on Abbott i2000sr system. **Results:** Cyfra 21-1 and CEA concentrations ranged from 1.21-43 ng/mL and 1-111.39 ng/mL, respectively. The median values of Cyfra 21-1 and CEA were 4 ng/mL and 9 ng/mL, respectively. Cyfra 21-1 an CEA concentration increased in patients with NSCLC accounting for 48.9% and 66%, respectively. **Conclusion:** In patients with non-small cell lung cancer, there was a simultaneous increase in both CEA and Cyfra 21-1 markers. This is very useful in combining both markers to increase the sensitivity and specificity when used for diagnosis, treatment monitoring and prognosis of NSCLC. **Keywords:** Non-small cell lung cancer, Cyfra21-1, CEA, Patient

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những loại ung thư phổ biến và nghiêm trọng trên thế giới cũng như ở Việt Nam. UTP được coi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư trên toàn cầu. Ước tính của GLOBOCAN năm 2021, có khoảng 2.206.771 người bệnh mắc mới và 1.796.144 người bệnh chết do ung thư (1, 2). Ở Việt Nam, năm 2020 UTP đứng hàng thứ 2 sau ung thư gan với 26.262 ca mắc mới và 23.797 ca tử vong (3). UTP chia làm 2 nhóm chính là ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm 80% - 85% và ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN) chiếm khoảng 10%-15% (4). Đặc biệt, khoảng 60% người bệnh UTPKTBN được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển. Các phương pháp được sử dụng để điều trị UTPKTBN, phẫu thuật được xem như là phương pháp chủ yếu với gian đoạn tổn thương đánh giá khu trú

tại phổi; Tùy theo các đánh giá về mặt lâm sàng liệu pháp được áp dụng muộn hơn là hóa trị và xạ trị; liệu pháp điều trị trúng đích và liệu pháp miễn dịch thường được áp dụng cho người bệnh đã tiến triển di căn (5-7).

Trong UTPKTBN dấu ấn khối u Cyfra 21-1 và CEA có ý nghĩa lâm sàng và vai trò quan trọng trong định hướng chẩn đoán, theo dõi điều trị và tiên lượng tình trạng bệnh. Đặc biệt, so với các dấu ấn khác đánh giá nồng độ Cyfra 21-1 là xét nghiệm đặc biệt giá trị trong hỗ trợ chẩn đoán và theo dõi điều trị UTPKTBN(8). Trong UTPKTBN các giai đoạn Cyfra 21-1 huyết thanh ban đầu cung cấp nhiều thông tin tiên lượng hơn so với giai đoạn lâm sàng và cũng phản ánh mức độ của bệnh, có vai trò tiên lượng độc lập cùng với tình trạng hoạt động và giai đoạn bệnh (8). Xét nghiệm CEA cũng được xem là dấu ấn khối u có ý nghĩa trong hỗ trợ chẩn đoán và tiên lượng điều trị UTPKTBN đặc biệt nồng độ CEA trong huyết tương đóng vai trò giúp tiên lượng hiệu quả điều trị và nguy cơ tái phát và tử vong của UTPKTBN (10-12).

Xuất phát từ thực tế lâm sàng người bệnh được chẩn đoán và theo dõi điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, nghiên cứu được thực hiện với hai mục tiêu 1) Xác định nồng độ Cyfra 21-1 và CEA ở người bệnh được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 giai đoạn 2019 – 2022; và 2) Mô tả mối liên quan giữa nồng độ Cyfra 21-1 và CEA với các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và chẩn đoán hình ảnh ở người bệnh được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh được chẩn đoán UTPKTBN có làm xét nghiệm Cyfra 21-1 và CEA từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 06 năm 2022 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tổng số mẫu 421 bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN, được làm giải phẫu bệnh xác định ung thư. Có 94 bệnh nhân được thực hiện xét nghiệm định lượng Cyfra 21-1 và CEA trong máu.

**Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu Mô tả cắt ngang. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA được định lượng bằng hệ thống Abbott Architect i2000sr. Khoảng bình thường CEA: 0-5 ng/ml và Cyfra 21-1: 0-1,8 ng/ml.

**Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS v.20

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của người bệnh nghiên cứu

**Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi.**

Kết quả tại Bảng 1 cho thấy Người bệnh UTPKTBN tập trung chủ yếu ở độ tuổi từ 61-70 (33%) và >71 tuổi (41.5%). Người bệnh ≤60 tuổi chiếm 25.5%. Trong nhóm người bệnh nghiên cứu của chúng tôi không có người bệnh <40 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 67.96 ±11.99, trong đó người bệnh cao tuổi nhất và thấp tuổi nhất lần lượt là 98 tuổi và 40 tuổi.

**Bảng 1. Phân bố người bệnh theo tuổi**

| Nhóm tuổi       | Số người bệnh (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|-------------------|-----------|
| <40             | 0                 | 0%        |
| 40- 50          | 8                 | 8.5%      |
| 51- 60          | 16                | 17%       |
| 61-70           | 31                | 33%       |
| >70             | 39                | 41.5%     |
| Tổng            | 94                | 100%      |
| Tuổi trung bình | 67.96 ±11.99      |           |
| Cao nhất        | 98                |           |
| Nhỏ nhất        | 40                |           |

**Phân bố người bệnh theo giới.** Kết quả tại Bảng 2 cho thấy người bệnh UTPKTBN tập trung chủ yếu ở nam giới, chiếm 77.7%, cao hơn so với nữ giới (p<0.001).

**Bảng 2. Phân bố người bệnh theo giới**

|     | Số lượng | Tỷ lệ (%) | P      |
|-----|----------|-----------|--------|
| Nam | 73       | 77.7%     | <0.001 |
| Nữ  | 21       | 22.3%     |        |

**3.2. Đặc điểm cận lâm sàng.** Kết quả Bảng 3 cho thấy giá trị nồng độ của Cyfra 21-1 và CEA ở người bệnh UTPKTBN trong nghiên cứu của chúng tôi phân phối không chuẩn. Giá trị trung vị của Cyfra 21-1 và CEA lần lượt là 4 ng/mL và 9 ng/mL. Nồng độ của Cyfra 21-1 phân bố trong khoảng từ 1.21 – 43 ng/mL. Nồng độ của CEA phân bố trong khoảng từ 1 – 111.39 ng/mL.

**Bảng 3. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA**

| Các chỉ số         | Cyfra 21-1 (ng/mL) | CEA (ng/mL) |
|--------------------|--------------------|-------------|
| N                  | 80                 | 87          |
| Giá trị trung bình | 7.36               | 54.04       |
| Giá trị trung vị   | 4.00               | 9.00        |
| Độ lệch chuẩn      | 8.41               | 111.39      |
| Tối thiểu          | 1.21               | 1.00        |
| Tối đa             | 43.00              | 111.39      |
| Tứ phân vị         | 2.75 – 8.44        | – 34.95     |

Kết quả tại Bảng 4, 5 cho thấy nồng độ Cyfra 21-1 tăng ở người bệnh UTPKTBN chiếm 48.9%, không có sự khác biệt về tỷ lệ với nhóm người bệnh có nồng độ Cyfra 21-1 bình thường. Hơn nữa, nồng độ CEA tăng ở người bệnh UTPKTBN chiếm 66%, cao hơn so với nhóm người bệnh có nồng độ CEA bình thường (p<0.001) (Bảng 5).

**Bảng 4. Sự thay đổi nồng độ Cyfra 21-1 huyết tương**

|                           | N  | %     | p     |
|---------------------------|----|-------|-------|
| Bình thường (< 3.3 ng/mL) | 34 | 36.2% | 0.219 |
| Tăng (≥ 3.3 ng/mL)        | 46 | 48.9% |       |
| Không có dữ liệu          | 14 | 14.9% |       |

**Bảng 5. Sự thay đổi nồng độ CEA huyết tương**

|                         | N  | %     | p      |
|-------------------------|----|-------|--------|
| Bình thường (< 5 ng/mL) | 25 | 26.6% | <0.001 |
| Tăng (≥ 5 ng/mL)        | 62 | 66%   |        |
| Không có dữ liệu        | 7  | 7.4%  |        |

**3.3. Đặc điểm mô bệnh học.** Kết quả tại Bảng 6,7 cho thấy trong nhóm nghiên cứu, người bệnh ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất với 59.6%, người bệnh ung thư biểu mô vảy chiếm 9.6%. Có 30.9% người bệnh đã có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô, tuy nhiên chưa có kết quả phân loại cụ thể. Hơn thế nữa, trong mỗi nhóm người bệnh nam và người bệnh nữ mắc UTPKTBN, tỷ lệ người bệnh ung thư biểu mô tuyến cao hơn có ý nghĩa thống kê so với 2 loại còn lại, với p=0.021 (Bảng 7).

**Bảng 6. Phân loại mô bệnh học**

| Phân loại mô bệnh học                                | N         | Tỷ lệ %     |
|------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| Ung thư biểu mô phổi (chưa rõ phân loại mô bệnh học) | 29        | 30.9%       |
| Ung thư biểu mô tuyến                                | 56        | 59.6%       |
| Ung thư biểu mô vảy                                  | 9         | 9.6%        |
| <b>Tổng số</b>                                       | <b>94</b> | <b>100%</b> |

**Bảng 7. Phân loại mô bệnh học theo giới**

| Phân loại mô bệnh học                                    | Nam        | Nữ         | Tổng số |
|----------------------------------------------------------|------------|------------|---------|
| Ung thư biểu mô phổi (chưa rõ phân loại mô bệnh học) (%) | 27 (37%)   | 2 (9.5%)   | 0.021   |
| Ung thư biểu mô tuyến (%)                                | 38 (52.1%) | 18 (85.7%) |         |
| Ung thư biểu mô vảy (%)                                  | 8(11%)     | 1(4.8%)    |         |

Mối liên quan giữa nồng độ Cyfra 21-1 và CEA với các đặc điểm cận lâm sàng, mô bệnh học và chẩn đoán hình ảnh của người bệnh nghiên cứu

**3.4. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA theo tuổi.** Kết quả tại Bảng 8 cho thấy nồng độ Cyfra 21-1 ở người bệnh ≤ 60 tuổi cao hơn so với người bệnh > 60 tuổi, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê (p=0.098). Tương tự, tỷ lệ người bệnh ≤ 60 tuổi có nồng độ Cyfra 21-1 tăng cao hơn so với người bệnh > 60 tuổi, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê (p=0.06). Sự khác biệt này có thể rõ ràng khi cỡ mẫu được tăng lên. Với CEA, nồng độ CEA ở người bệnh ≤ 60 tuổi và > 60 tuổi không có sự khác biệt. Tương tự, tỷ lệ người bệnh có nồng độ CEA tăng ở 2 nhóm tuổi cũng

không có sự khác biệt, với  $p > 0.05$ .

**Bảng 8. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA theo tuổi**

| Nhóm tuổi | Cyfra 21-1 |       |                          | CEA |       |                          |
|-----------|------------|-------|--------------------------|-----|-------|--------------------------|
|           | Chi số     | N     | Nồng độ trung vị (ng/mL) | p   | N     | Nồng độ trung vị (ng/mL) |
| ≤ 60      | 18         | 48.47 | 0.098                    | 23  | 42.78 | 0.787                    |
| > 60      | 62         | 38.19 |                          | 64  | 44.44 |                          |

**3.5. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA theo giới.** Kết quả tại Bảng 9 cho thấy nồng độ Cyfra 21-1 và CEA giữa 2 giới không có sự khác biệt ( $p > 0.05$ ). Tỷ lệ người bệnh có Cyfra 21-1 và CEA tăng ở cả 2 giới không có sự khác biệt ( $p > 0.05$ ).

**Bảng 9. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA theo giới**

| Giới | Cyfra 21-1 |       |                          | CEA |      |                          |
|------|------------|-------|--------------------------|-----|------|--------------------------|
|      | Chi số     | N     | Nồng độ trung vị (ng/mL) | p   | N    | Nồng độ trung vị (ng/mL) |
| Nam  | 62         | 40.44 | 0.968                    | 68  | 44.7 | 0.625                    |
| Nữ   | 18         | 40.69 |                          | 19  | 41.5 |                          |

**3.6. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA theo số lượng bạch cầu.** Kết quả tại Bảng 10 cho thấy nồng độ Cyfra 21-1 ở người bệnh có số lượng bạch cầu tăng cao hơn người bệnh có số lượng bạch cầu bình thường. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.002$ . Tỷ lệ người bệnh có nồng độ Cyfra 21-1 tăng ở người bệnh có số lượng bạch cầu tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người bệnh có số lượng bạch cầu bình thường ( $p = 0.021$ ). Với CEA, nồng độ CEA ở người bệnh có số lượng bạch cầu tăng và bình thường là như nhau ( $p = 0.463$ ). Tỷ lệ người bệnh có nồng độ CEA tăng ở nhóm có số lượng bạch cầu tăng và bình thường cũng không có sự khác biệt ( $p = 0.565$ ).

**Bảng 10. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA theo số lượng bạch cầu**

| SL bạch cầu            | Cyfra 21-1 |       |                          | CEA |       |                          |
|------------------------|------------|-------|--------------------------|-----|-------|--------------------------|
|                        | Chi số     | N     | Nồng độ trung vị (ng/mL) | p   | N     | Nồng độ trung vị (ng/mL) |
| Bình thường (4-10 G/L) | 47         | 33.68 | 0.002                    | 48  | 42.21 | 0.463                    |
| Cao (>10 G/L)          | 33         | 50.21 |                          | 39  | 46.21 |                          |

**3.7. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA theo tỷ lệ % bạch cầu trung tính.** Kết quả tại Bảng 11 cho thấy nồng độ Cyfra 21-1 ở người bệnh có tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng cao hơn người bệnh có tỷ lệ bạch cầu trung tính bình thường. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.063$ . Với CEA, nồng độ CEA ở người bệnh có

tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng và bình thường là như nhau ( $p = 0.795$ ). Tỷ lệ người bệnh có nồng độ CEA tăng ở nhóm có tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng và bình thường cũng không có sự khác biệt ( $p = 0.706$ ).

**Bảng 11. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA theo tỷ lệ % bạch cầu trung tính**

| %NEU                      | Cyfra 21-1 |       |                          | CEA |       |                          |
|---------------------------|------------|-------|--------------------------|-----|-------|--------------------------|
|                           | Chi số     | N     | Nồng độ trung vị (ng/mL) | p   | N     | Nồng độ trung vị (ng/mL) |
| Thấp - Bình thường (≤70%) | 45         | 36.24 | 0.063                    | 48  | 44.64 | 0.795                    |
| Cao (>70%)                | 35         | 45.97 |                          | 39  | 43.22 |                          |

**3.8. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA theo vị trí khối u.** Kết quả tại Bảng 12 cho thấy nồng độ Cyfra 21-1 và CEA ở người bệnh với các vị trí khối u khác nhau là không có sự khác biệt ( $p > 0.05$ ). Hơn thế nữa, tỷ lệ người bệnh có nồng độ Cyfra 21-1 và CEA tăng ở các nhóm người bệnh có vị trí khối u khác nhau cũng không có sự khác biệt ( $p > 0.05$ ).

**Bảng 12. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA theo vị trí khối u**

| Vị trí u    | Cyfra 21-1 |       |                          | CEA |       |                          |
|-------------|------------|-------|--------------------------|-----|-------|--------------------------|
|             | Chi số     | N     | Nồng độ trung vị (ng/mL) | p   | N     | Nồng độ trung vị (ng/mL) |
| U phổi phải | 37         | 30.78 | 0.758                    | 39  | 32.74 | 0.52                     |
| U phổi trái | 16         | 30    |                          | 16  | 26.72 |                          |
| U 2 phổi    | 6          | 25.17 |                          | 6   | 31.08 |                          |

**3.9. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA theo đặc điểm mô bệnh học.** Kết quả của Bảng 13 cho thấy không có sự khác biệt về nồng độ Cyfra 21-1 và tỷ lệ người bệnh có Cyfra 21-1 tăng giữa các nhóm người bệnh có phân loại mô bệnh học khác nhau ( $p > 0.05$ ). Nồng độ CEA ở nhóm người bệnh UTBM vảy cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm UTBM và UTBM tuyến ( $p = 0.005$ ).

**Bảng 13. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA theo đặc điểm mô bệnh học**

| Mô bệnh học              | Cyfra 21-1 |       |                          | CEA |       |                          |
|--------------------------|------------|-------|--------------------------|-----|-------|--------------------------|
|                          | Chi số     | N     | Nồng độ trung vị (ng/mL) | p   | N     | Nồng độ trung vị (ng/mL) |
| UTBM (chưa rõ phân loại) | 24         | 48.63 | 0.12                     | 28  | 34.41 | 0.005                    |
| UTBM tuyến               | 7          | 35.5  |                          | 9   | 32.06 |                          |
| UTBM vảy                 | 49         | 37.23 |                          | 50  | 51.52 |                          |

**3.10. Môi tương quan giữa nồng độ Cyfra 21-1 và CEA.** Kết quả tại Bảng 14, 15, 16 cho thấy không có mối tương quan giữa nồng độ Cyfra 21-1 và CEA ở người bệnh UTPKTBN. Hơn thế nữa, có mối tương quan trung bình giữa nồng độ Cyfra 21-1 và số lượng bạch cầu ở

người bệnh UTPKTBN ( $r=0.306$ ,  $p=0.006$ ) và có mối tương quan yếu giữa nồng độ Cyfra 21-1 và tỷ lệ bạch cầu trung tính ở người bệnh UTPKTBN ( $r=0.243$ ,  $p=0.03$ ) (Bảng 15). Đặc biệt, không có mối tương quan giữa nồng độ CEA và các chỉ số khác (Bảng 16).

**Bảng 14. Tương quan giữa nồng độ Cyfra 21-1 và CEA**

| Sự tương quan | N  | Cyfra 21-1 |       |
|---------------|----|------------|-------|
|               |    | r          | P     |
| CEA           | 73 | 0.165      | 0.163 |

**Bảng 15. Tương quan giữa nồng độ Cyfra 21-1 và một số chỉ số khác**

| Sự tương quan             | N  | Cyfra 21-1 |       |
|---------------------------|----|------------|-------|
|                           |    | r          | P     |
| Số lượng bạch cầu         | 80 | 0.306      | 0.006 |
| Tỷ lệ bạch cầu trung tính | 80 | 0.243      | 0.03  |
| Tỷ lệ bạch cầu lympho     | 80 | -0.187     | 0.096 |
| Số lượng hồng cầu         | 80 | 0.036      | 0.754 |
| Huyết sắc tố              | 80 | 0.049      | 0.666 |
| Số lượng tiểu cầu         | 80 | 0.065      | 0.569 |
| Glucose                   | 80 | 0.175      | 0.12  |

**Bảng 16. Tương quan giữa nồng độ CEA và một số chỉ số khác**

| Sự tương quan             | N  | CEA    |       |
|---------------------------|----|--------|-------|
|                           |    | r      | P     |
| Số lượng bạch cầu         | 87 | 0.014  | 0.897 |
| Tỷ lệ bạch cầu trung tính | 87 | 0.009  | 0.932 |
| Tỷ lệ bạch cầu lympho     | 87 | -0.094 | 0.389 |
| Số lượng hồng cầu         | 87 | -0.027 | 0.803 |
| Huyết sắc tố              | 87 | -0.002 | 0.983 |
| Số lượng tiểu cầu         | 87 | 0.055  | 0.614 |
| Glucose                   | 87 | 0.004  | 0.969 |

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã xác định được nồng độ trung bình Cyfra 21-1 và CEA ở người bệnh UTPKTBN lần lượt là 7.36 ng/ml và 54.04 ng/ml. Vì nồng độ Cyfra 21-1 phân tán với khoảng giới hạn có sự chênh lệch rõ rệt (1.21 – 43 ng/ml) nên chúng tôi tìm giá trị trung vị là 4.0 ng/ml. Tương tự như vậy với CEA, nồng độ của CEA phân bố trong khoảng từ 1 – 111.39 ng/mL nên giá trị trung vị là 9.0 ng/ml. Nồng độ Cyfra 21-1, CEA tăng ở người bệnh UTPKTBN trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm lần lượt 48.9% và 66%. Các kết quả nghiên cứu trên chỉ ra rằng CEA và Cyfra 21-1 trong huyết tương là các dấu ấn khối u đáng tin cậy để chẩn đoán UTP khi sử dụng riêng lẻ hoặc kết hợp với hình ảnh chụp cắt lớp vi tính.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ Cyfra 21-1 ở người bệnh có số lượng bạch cầu tăng cao hơn người bệnh có số lượng bạch cầu bình thường, sự tăng bạch cầu thường

được tìm thấy ở những người bệnh UTP ở thời điểm chẩn đoán hoặc trong quá trình điều trị bệnh. Tuy nhiên các nghiên cứu trước đây cũng ít tiến hành khảo sát nồng độ Cyfra 21-1 và CEA theo đặc điểm này của người bệnh. Để kết luận nồng độ Cyfra 21-1 và CEA có liên quan đến số lượng bạch cầu và tỷ lệ % bạch cầu trung tính ở người bệnh UTPKTBN còn cần số lượng cỡ mẫu lớn hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ Cyfra 21-1 ở người bệnh ung thư biểu mô chưa rõ phân loại tăng cao hơn người bệnh ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô vảy, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p>0.05$ ). Trong khi nồng độ CEA ở người bệnh ung thư biểu mô vảy cao hơn so với hai nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0.005$ ). Nguyễn Hải Anh nhận thấy Cyfra 21-1 tăng cao nhất trong UTPKTBN (82), Lê Đình Chấn nhận thấy Cyfra 21-1 tăng cao trong UTPKTBN, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ )(83). Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu ở nước ngoài, các tác giả đều công nhận Cyfra 21-1 là chất chỉ điểm u hàng đầu hỗ trợ chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến và ung thư phổi biểu mô vảy.

Chúng tôi không tìm thấy có mối tương quan giữa CEA và Cyfra 21-1 ở người bệnh UTPKTBN. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với kết quả của Trần Văn Trân (2021). Nghiên cứu của Trần Văn Trân chỉ ra rằng có mối tương quan thuận chặt chẽ giữa CEA và Cyfra 21-1 với hệ số tương quan  $r = 0.84$ , phương trình tương quan  $y = 0,2726x - 9,1172$ . Mối tương quan này có thể giải thích trên góc độ giải phẫu bệnh bởi 100% đối tượng nghiên cứu đều có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến. Một số tác giả đã chỉ ra phần lớn người bệnh mắc UTPKTBN có nồng độ CEA, Cyfra 21-1 tăng cao đều có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng người bệnh có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến chỉ có 7/94 người bệnh. Điều này có thể lý giải cho sự khác biệt về kết quả trên. Như vậy, trong UTPKTBN có sự tăng đồng thời cả hai dấu ấn CEA và Cyfra 21-1. Điều này rất hứa ích trong việc kết hợp cả hai dấu ấn để tăng độ nhạy và độ đặc hiệu khi sử dụng để chẩn đoán UTPKTBN.

#### V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã xác định nồng độ của Cyfra 21-1 và CEA phân bố trong khoảng lần lượt từ 1.21 – 43 ng/mL và 1 – 111.39 ng/mL. Giá trị trung vị của Cyfra 21-1 và CEA lần lượt là 4

ng/mL và 9 ng/mL. Hơn nữa, nồng độ Cyfra 21-1 và CEA tăng ở người bệnh UTPKTBN lần lượt chiếm 48.9% và 66%.

Kết quả nghiên cứu cũng đã xác định không có mối liên quan giữa nồng độ Cyfra 21-1 và CEA với tuổi và giới, nồng độ Cyfra 21-1 tăng cao hơn ở người bệnh có số lượng bạch cầu tăng. Không có mối liên quan giữa nồng độ CEA và số lượng bạch cầu, không có mối liên quan giữa nồng độ Cyfra 21-1 và CEA với vị trí khối u, phân loại mô bệnh học và phân loại giai đoạn bệnh của ung thư. Không có sự tương quan giữa nồng độ Cyfra 21-1 và nồng độ CEA, và đặc biệt nồng độ Cyfra 21-1 có mối tương quan với số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu trung tính.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209-49.
2. **Barlési F, Gimenez C, Torre J-P, Doddoli C, Mancini J, Greillier L, et al.** Prognostic value of combination of Cyfra 21-1, CEA and NSE in patients with advanced non-small cell lung cancer. Respiratory medicine. 2004;98(4): 357-62.
3. **Trang VH, Hiếu NV, Hằng NTT, Anh NQ.** KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ TUYẾN DỊ CÁN NÃO CÓ ĐỘT BIẾN EGFR BẰNG TKIs THỂ HỆ 1. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;508(2).
4. **Travis WD.** Pathology of lung cancer. Clinics in chest medicine. 2002;23(1):65-81.
5. **Hirsch FR, Scagliotti GV, Mulshine JL, Kwon R, Curran Jr WJ, Wu Y-L, et al.** Lung cancer: current therapies and new targeted treatments. The Lancet. 2017;389(10066):299-311.
6. **Zappa C, Mousa SA.** Non-small cell lung cancer: current treatment and future advances. Translational lung cancer research. 2016; 5(3):288.
7. **Molina JR, Yang P, Cassivi SD, Schild SE, Adjei AA,** editors. Non-small cell lung cancer: epidemiology, risk factors, treatment, and survivorship. Mayo clinic proceedings; 2008: Elsevier.
8. **Stieber P, Hasholzner U, Bodenmüller H, Nagel D, Sunder-Plassmann L, Dienemann H, et al.** CYFRA 21-1: a new marker in lung cancer. Cancer. 1993;72(3):707-13.

## MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC BỆNH NHÂN U XƠ THẦN KINH NF1 TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hồng Hà<sup>1,2</sup>, Phạm Việt Dũng<sup>1</sup>,  
Vũ Đình Đề<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Thanh<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học bệnh nhân u xơ thần kinh NF1 điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng nghiên cứu:** Những bệnh nhân nhận được chẩn đoán u xơ thần kinh có kết quả giải phẫu bệnh Neurofibromatosis type 1 (NF1) đến khám và điều trị tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt – Tạo hình – Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ năm 2008 đến năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu. **Kết quả:** Có 128 bệnh nhân, tuổi trung bình của bệnh nhân là 26,43 ± 15,79 tuổi; tuổi thấp nhất là 1 tuổi, cao nhất là 73 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ = 1,39/1. U vùng đầu mặt cổ (38,28%); chi dưới (26,56%); thân mình (17,97%); chi trên (14,84%); toàn thân (10,94%); sinh dục (1,56%). **Kết luận:** Bệnh u xơ thần kinh là một bệnh không có biện pháp điều trị đặc hiệu, phát hiện sớm, theo dõi sự tiến triển thường xuyên, điều trị phẫu thuật kịp thời là cách tốt nhất để giúp bệnh nhân giảm những tác

động bất lợi do khối u gây ra.

**Từ khóa:** U xơ thần kinh, U xơ thần kinh loại 1 (NF1) - Von Recklinghausen.

#### SUMMARY

#### THE EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF NEUROFIBROMATOSIS TYPE 1 PATIENT TREATED AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

**Objectives:** To describe some epidemiological characteristics of NF1 neurofibromatosis patients treated at Viet Duc University Hospital. **Subjects of study:** All patients diagnosed with neurofibromatosis with the results of pathology are neurofibromatosis type 1 (NF1) came for examination and treatment at the Department of Maxillofacial, Plastic and Aesthetic Surgery, Viet Duc University Hospital from 01/2008 to 12/2021. **Objects and Methods:** descriptive and prospective studies. **Results:** Total 128 patients, mean age of patients is 26.43 ± 15.79 years old; the lowest age is 1 years old, the highest is 73. Male/female ratio = 1.39/1. Tumor of head, face and neck (38.28%); lower expenditure (26.56%); body (17.97%); upper expenditure (14.84%); whole body (10.94%); genitals (1.56%). **Conclusions:** Neurofibromatosis is a disease with no specific treatment, early detection, regular progress monitoring, timely surgical treatment is the best way to help patients reduce the adverse effects caused by

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hà

Email: nhadr4@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024