

tượng đều ưa thích và lựa chọn kỹ thuật lấy dấu kỹ thuật số thay vì kỹ thuật lấy dấu thông thường [10]. Không có sự khác biệt về mức độ đau ( $p = 0,686$ ) trong khi phản xạ nôn và khó thở thấp hơn đối với ấn tượng kỹ thuật số ( $p < 0,01$ ). Nhóm nghiên cứu của Lee SJ phát hiện trên thang điểm 0-100 VAS, những người tham gia có mức độ khó chịu trung bình là  $43,12 \pm 18,46$  đối với kỹ thuật lấy dấu thông thường và  $30,63 \pm 17,57$  đối với kỹ thuật lấy dấu kỹ thuật số ( $p = 0,006$ ). 3/5 người tham gia ưa thích phương pháp kỹ thuật số, trong khi chỉ có 7% lựa chọn kỹ thuật lấy dấu thông thường [8]. Từ các kết quả hiện tại và trước đây cho thấy kỹ thuật lấy dấu kỹ thuật số có thể được ứng dụng thành công trong việc lấy dấu làm phục hình trên implant đơn lẻ dựa trên kết quả giảm thời gian lâm sàng của cả bệnh nhân, bác sĩ và sự ưu tiên chọn lựa phương pháp của bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương pháp lấy dấu kỹ thuật số giảm thời gian điều trị đáng kể so với phương pháp lấy dấu thông thường. Thời gian tổng thể và các bước riêng lẻ trong quy trình kỹ thuật số đều nhanh hơn. Tuy nhiên, thời gian thử phục hình không khác biệt đáng kể giữa quy trình thực hiện phục hình theo 2 kỹ thuật lấy dấu. Bệnh nhân được lấy dấu kỹ thuật số cảm thấy hài lòng hơn, ít đau đớn và thoải mái hơn. Kết quả này khẳng định lợi ích của kỹ thuật số trong việc nâng cao hiệu quả lâm sàng và sự hài lòng của bệnh nhân trong điều trị phục hình răng đơn lẻ trên implant.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Minh Trí, Đỗ Thị Kim Anh. So sánh lấy dấu theo phương pháp kỹ thuật số và phương

- pháp thường quy. Tạp chí Y Học thành phố Hồ Chí Minh. 2018; PB22(2):112-117.
2. Ahmed S., Hawsah A., Rustom R., et al. Digital impressions versus conventional impressions in prosthodontics: A systematic review. Cureus. 2024; 16(1):e51537.
3. Bosoni C., Nieri M., Franceschi D., et al. Comparison between digital and conventional impression techniques in children on preference, time and comfort: A crossover randomized controlled trial. Orthod Craniofac Res. 2023; 26(4):585-590.
4. D'Ámbrosio F., Giordano F., Sangiovanni G., Di Palo M.P., Amato M. Conventional versus digital dental impression techniques: What is the future? An umbrella review. Prosthesis. 2023; 5(3):851-875.
5. Gjølvd B., Chrcanovic B.R., Korduner E.K., Collin-Baeewitz I., Kisch J. Intraoral Digital Impression Technique Compared to Conventional Impression Technique. A Randomized Clinical Trial. J Prosthodont. 2016; 25(4):282-287.
6. Gogushev K., Abadjiev M. Conventional vs digital impression technique for manufacturing of three-unit zirconia bridges: Clinical time efficiency. J of IMAB. 2021; 27(2):3765-3771.
7. Joda T., Lenherr P., Dedem P., et al. Time efficiency, difficulty, and operator's preference comparing digital and conventional implant impressions: a randomized controlled trial. Clin Oral Implants Res. 2017; 28(10):1318-1323.
8. Lee S.J., Gallucci G.O. Digital vs. conventional implant impressions: efficiency outcomes. Clin Oral Implants Res. 2013; 24(1):111-115.
9. Mühlemann S., Greter E.A., Park J.M., Hämmerle C.H.F., Thoma D.S. Precision of digital implant models compared to conventional implant models for posterior single implant crowns: A within-subject comparison. Clin Oral Implants Res. 2018; 29(9):931-936.
10. Sang J Lee và các cộng sự. (2022), "A clinical study comparing digital scanning and conventional impression making for implant-supported prostheses: A crossover clinical trial", The Journal of Prosthetic Dentistry. 128(1), tr. 42-48.

## ĐÁNH GIÁ NỒNG ĐỘ M2BPGi Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN VÀ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Lê Thị Hồng Hương<sup>1,2</sup>, Đào Việt Hằng<sup>1,3</sup>, Đào Văn Long<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá nồng độ M2BPGi ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang

<sup>3</sup>Viện Nghiên cứu và Đào tạo tiêu hóa, gan mật

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024

(UTBMTBG) và xơ gan, so sánh nồng độ M2BPGi ở bệnh nhân UTBMTBG với bệnh nhân xơ gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân UTBMTBG và xơ gan. Bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng, đánh giá giai đoạn, có kết quả chẩn đoán xác định UTBMTBG và được làm M2BPGi. **Kết quả:** Nghiên cứu thu tuyển được 62 bệnh nhân, bao gồm 31 bệnh nhân xơ gan và 31 bệnh nhân UTBMTBG. Trung bình nồng độ M2BPGi ở nhóm UTBMTBG là 1,79 thấp hơn ở nhóm xơ gan là 4,03. Trong nhóm UTBMTBG, nồng độ M2BPGi tăng dần theo mức độ nặng của bệnh theo phân loại Barcelona (BCLN) nhưng không có ý nghĩa

thống kê. Nồng độ M2BPGi ở nhóm UTBMTBG chưa điều trị là 4,16 cao hơn ở nhóm đã điều trị là 1,92 và có từ 2 khối u trở lên (là 3,16) thì cao hơn bệnh nhân chỉ có 1 khối u (1,24). **Kết luận:** Nồng độ M2BPGi ở UTBMTBG thấp hơn xơ gan. Ở bệnh nhân UTBMTBG, nồng độ M2BPGi ở nhóm chưa điều trị cao hơn ở nhóm đã điều trị và nhóm có từ 2 khối u trở lên cao hơn nhóm có 1 khối u. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, xơ gan, M2BPGi.

## SUMMARY

### ASSESSMENT OF M2BPGI CONCENTRATIONS IN PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA

**Objective:** Evaluate M2BPGi concentrations in patients with Hepatocellular carcinoma (HCC) and Cirrhosis, compare M2BPGi concentrations in HCC patients with Cirrhosis patients. **Patients and method:** A cross-sectional descriptive study on patients with HCC and Cirrhosis. The patient's clinical information was collected, stage was assessed, the diagnosis of HCC was confirmed and M2BPGi was performed. **Results:** The study enrolled 62 patients including 31 HCC patients and 31 Cirrhosis patients. The rate of men with HCC and Cirrhosis is higher than that of women and there is no difference in the average age of disease between the two groups. The M2BPGi concentration in the HCC group was 1.79, lower than in the Cirrhosis group, which was 4.03. In the HCC group, M2BPGi levels gradually increased with the severity of the disease according to the Barcelona classification. The M2BPGi concentration in the untreated group was 4.16 higher than in the treated group (1.92) and in patients with 2 or more tumors (3.16) it was higher than in patients with only 1 tumor (1.24). **Conclusions:** M2BPGi concentrations in HCC are lower than in cirrhosis. In HCC patients, M2BPGi levels in the untreated group are higher than in the treated group and the group with 2 or more tumors is higher than the group with 1 tumor. **Keywords:** Hepatocellular carcinoma, Cirrhosis, M2BPGi

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan là một bệnh ung thư hay gặp của hệ tiêu hóa và là một trong năm loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới, trong đó khoảng 85 - 90% là UTBMTBG.

Ở Việt Nam, UTBMTBG là loại ung thư phổ biến trên cả nước và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Theo thống kê của Globocan 2020, ở Việt Nam, UTBMTBG là loại ung thư có tỷ lệ cao nhất ở cả hai giới, đặc biệt là nam giới, tỷ lệ mắc mới là 26.418 ca, chiếm 14,5% tổng số ca ung thư và có số ca tử vong đứng đầu là 25.272 ca, chiếm 21% tổng số ca tử vong do ung thư<sup>1</sup>.

UTBMTBG không những có tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao, mà bệnh còn có tốc độ phát triển khá nhanh và âm thầm. Hầu hết, UTBMTBG khi phát hiện thường ở giai đoạn muộn, tiên lượng bệnh rất nặng và có tỷ lệ tử vong cao. Tuy nhiên, nếu được phát hiện và điều trị sớm, bệnh

nhân có khả năng sống sót cao hơn rất nhiều. Vì vậy, cần phải có phương pháp sàng lọc và chẩn đoán sớm UTBMTBG, để làm tăng hiệu quả điều trị và làm tăng thêm thời gian sống cho bệnh nhân.

Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán UTBMTBG là dựa vào giải phẫu bệnh, tuy nhiên đây là một thủ thuật xâm lấn, chi phí đắt, kết quả phụ thuộc vào chủ quan của người đọc. Hiện nay tại Việt Nam, phương pháp được lựa chọn nhiều nhất để sàng lọc và phát hiện UTBMTBG là kết hợp xét nghiệm Alpha – Fetoprotein (AFP) với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ. Tuy nhiên, AFP còn hạn chế về độ nhạy và độ đặc hiệu, có khoảng 30-40% bệnh nhân UTBMTBG không tăng AFP.

M2BPGi (Mac-2 Binding Protein Glycosylation isomer) là dấu ấn sinh học dùng để đánh giá tình trạng xơ gan được Kuno và cộng sự báo cáo lần đầu tiên vào năm 2013 tại Nhật Bản<sup>2</sup> và đã được đưa vào khuyến cáo của Hội gan mật Nhật Bản trong đánh giá xơ hóa ở bệnh nhân viêm gan mạn.

Hiện nay, đã có nhiều nghiên cứu về M2BPGi ở bệnh nhân xơ gan và vai trò của M2BPGi ở bệnh nhân xơ gan cũng đã được làm rõ. Ngoài ra cũng đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, M2BPGi có khả năng dự báo UTBMTBG ở những người có nguy cơ cao, đặc biệt ở những người nhiễm HBV, HCV<sup>3,4</sup>. Gần đây ở Việt Nam cũng đã có một vài nghiên cứu về M2BPGi ở bệnh nhân viêm gan mạn và dự báo UTBMTBG ở những bệnh nhân có nguy cơ cao, tuy nhiên, cơ sở dữ liệu còn rất hạn chế với các nghiên cứu cỡ mẫu nhỏ. Xuất phát từ những tình hình thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "*Đánh giá nồng độ M2BPGi ở bệnh nhân xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan*" nhằm đối chiếu nồng độ M2BPGi ở bệnh nhân UTBMTBG với bệnh nhân xơ gan và đánh giá mối liên quan của nồng độ M2BPGi với một số yếu tố liên quan.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** Là các bệnh nhân UTBMTBG và xơ gan đi khám và điều trị tại Phòng khám đa khoa Hoàng Long và Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang từ 6/2022 đến 5/2024.

### 2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

#### 2.2.1. Nhóm bệnh nhân xơ gan

a. *Tiêu chuẩn lựa chọn.* Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan theo mã ICD 10 và có các bằng chứng của hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa và hội chứng suy tế bào gan.

b. *Tiêu chuẩn loại trừ:* - Bệnh nhân xơ gan đang có tình trạng viêm cấp tính, viêm gan cấp, suy gan

cấp, xuất huyết tiêu hoá, hội chứng gan thận.

- Bệnh nhân xơ gan có bệnh lý tâm thần kinh kết hợp hoặc không đủ điều kiện sức khoẻ tham gia phỏng vấn.

**2.2.2. Nhóm bệnh nhân ung thư gan**

a. *Tiêu chuẩn lựa chọn.* Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định UTBMTBG theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế năm 2020<sup>5</sup>.

b. *Tiêu chuẩn loại trừ*

- Bệnh nhân UTBMTBG đang có tình trạng viêm cấp tính, viêm gan cấp, suy gan cấp, xuất huyết tiêu hóa, hội chứng gan thận.

- Bệnh nhân UTBMTBG có bệnh lý tâm thần kinh kết hợp hoặc không đủ điều kiện sức khoẻ tham gia phỏng vấn.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu.** Thiết kế nghiên cứu, phương pháp thu thập số liệu và cỡ mẫu: Mô tả cắt ngang lấy số liệu hồi cứu và tiến cứu với cỡ mẫu thuận tiện.

**Nội dung nghiên cứu:**

- Đặc điểm chung của các đối tượng tham gia nghiên cứu: Tuổi, giới tính, yếu tố nguy cơ (viêm gan B, viêm gan C, rượu), triệu chứng lâm sàng.

- Đặc điểm xét nghiệm máu: Tiểu cầu, Creatinin, GOT, GPT, Bilirubin toàn phần, Albumin, PT%, AFP, M2BPGi.

- Ghi nhận Child Pugh ở bệnh nhân xơ gan và phân chia giai đoạn theo Barcelona ở bệnh nhân UTBMTBG.

- Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: số lượng khối u, kích thước khối u.

**Xử lý và phân tích số liệu:** Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng số đếm và tỷ lệ, biến định lượng dưới dạng trung bình (độ lệch chuẩn) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị). Kết hợp sử dụng phần mềm Microsoft Excel 365 và SPSS 20.0 để nhập và xử lý số liệu. Sử dụng kiểm định  $\chi^2$ , T – student, ANOVA Kolmogorov – Smirnov, Mann - Whitney với  $p < 0,05$  được coi là thống kê có ý nghĩa.

**Đạo đức nghiên cứu trong y học:** Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích khoa học, không sử dụng cho mục đích khác. Mọi thông tin về bệnh nhân đều được giữ bí mật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Có tổng 62 bệnh nhân tham gia

vào nghiên cứu của chúng tôi, 31 bệnh nhân xơ gan và 31 bệnh nhân UTBMTBG. Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới và tuổi mắc bệnh trung bình của nhóm UTBMTBG cao hơn xơ gan nhưng những khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

Yếu tố nguy cơ chủ yếu ở cả hai nhóm bệnh nhân là viêm gan B, sau đó là rượu. Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan cho thấy không có sự khác biệt về chức năng gan giữa nhóm UTBMTBG và nhóm xơ gan (Bảng 1).

**Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

		UTBMTBG (n = 31)	Xơ gan (n=31)	P
<b>Giới tính</b>	Nam	25	27	p = 0,49
	Nữ	6	4	
<b>Tuổi trung bình</b>		61,52 ± 9,4	60,48 ± 9,97	p = 0,676
<b>Yếu tố Nguy cơ</b>	Viêm gan B	25	22	-
	Viêm gan C	0	2	
	Rượu	6	12	
	Yếu tố khác	1	0	
<b>Xét nghiệm máu</b>	GOT	60,3	48	p = 0,882
	GPT	58,1	42,4	p = 0,434
	Bilirubin TP	15,3	16,6	p = 0,914
	Albumin	35,99	38,65	p = 0,087
	PT%	72,5	69,5	p = 0,244
<b>AFP</b>		283,14	4,0	p < 0,001

**3.2. Đối chiếu nồng độ M2BPGi ở bệnh nhân UTBMTBG với bệnh nhân xơ gan.** Nghiên cứu này cho thấy nồng độ M2BPGi phân bố không chuẩn, nồng độ M2BPGi ở nhóm UTBMTBG phân bố tập trung hơn nhóm xơ gan. Ở nhóm UTBMTBG trung vị của M2BPGi là 1,4 C.O.I thấp hơn có ý nghĩa thống kê với nồng độ ở nhóm xơ gan là 4,03 C.O.I.

**Bảng 2: Nồng độ M2BPGi ở nhóm UTBMTBG và xơ gan**

	UTBMTBG	Xơ gan	p
Trung vị (giá trị lớn nhất – giá trị nhỏ nhất)	1,79 (0,29-10,0)	4,03 (0,19-17,92)	0,01

Trong 31 bệnh nhân UTBMTBG, có 29 bệnh nhân có tình trạng xơ gan. So sánh nồng độ M2BPGi của bệnh nhân UTBMTBG có xơ gan và bệnh nhân chỉ xơ gan thì thấy nồng độ M2BPGi ở bệnh nhân UTBMTBG thấp hơn nhóm xơ gan, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3: Nồng độ M2BPGi ở bệnh nhân UTBMTBG và xơ gan**

		UTBMTBG		Xơ gan		P
		n = 29	M2BPGi	n = 31	M2BPGi	
<b>Phân loại Child - Pugh</b>	Child A	18	1,42(0,29 – 0,54)	18	1,95(0,19 – 13,46)	p = 0,189
	Child B	9	4,04(0,96 – 10,0)	6	6,99(3,65 – 11,23)	p = 0,147
	Child C	2	3,9(3,24 – 4,55)	7	10,3(5,94 – 17,92)	p = 0,056

**3.3. Nồng độ M2BPGi ở bệnh nhân UTBMTBG và một số yếu tố liên quan.** Khi xem xét đến tình trạng điều trị ở bệnh nhân UTBMTBG chúng tôi thấy rằng nồng độ M2BPGi ở bệnh nhân chưa điều trị cao hơn bệnh nhân đã điều trị và ở bệnh nhân có từ 2 khối u trở lên cao hơn ở những bệnh nhân có 1 khối u có ý nghĩa

thống kê, tuy nhiên không có sự khác biệt về nồng độ M2BPGi giữa các giai đoạn bệnh theo phân loại BCLN. Ngoài ra, chúng tôi thấy nồng độ AFP của bệnh nhân không có sự khác biệt khi so sánh tình trạng điều trị, số lượng khối u cũng như giữa các giai đoạn bệnh theo phân loại BCLN (Bảng 4).

**Bảng 4: Nồng độ M2BPGi ở bệnh nhân UTBMTBG**

Đặc điểm		M2BPGi		AFP	
		Trung vị	p	Trung vị	p
Tình trạng điều trị	Chưa điều trị (n = 13)	2,59(0,98 – 10,0)	p = 0,038	74,86(0,89 – 1210)	p = 0,679
	Đã điều trị (n = 18)	1,46(0,29 – 4,37)		35,77(1,4 – 1210)	
Số lượng u	1 u (n = 17)	1,24(0,29 – 10,0)	p = 0,032	54,12(0,89 – 1210)	p = 0,356
	≥ 2 u (n = 14)	3,16(0,96 – 6,72)		62,97(2,68 – 1210)	
Phân loại BCLN	Giai đoạn O (n = 1)	1,39	p = 0,965	1,8	p = 0,472
	Giai đoạn A (n = 9)	1,24(0,58 – 10,0)		86,7(1,4 – 1000)	
	Giai đoạn B (n = 12)	2,13(0,98 – 9,82)		27,55(0,89 – 1210)	
	Giai đoạn C (n = 8)	3,0(0,29 – 6,72)		258,05(12,4 – 1210)	
	Giai đoạn D (n = 1)	3, 24		262,37	

#### IV. BÀN LUẬN

Nhóm bệnh nhân UTBMTBG trong nghiên cứu này bao gồm 25 bệnh nhân nam và 6 bệnh nhân nữ, tỷ lệ nam/nữ = 4,17. Kết quả này của chúng tôi cũng gần tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Công Long và Lưu Thị Minh Diệp trên 172 bệnh nhân UTBMTBG với tỷ lệ nam/nữ bằng 4,1<sup>6</sup>. Nguyên nhân có thể được lý giải rằng do nam giới thường phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ như viêm gan B, viêm gan C, rượu,... nhiều hơn nữ giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình mắc UTBMTBG là 61,52 tuổi, thấp nhất là 44 tuổi, cao nhất là 86 tuổi. Theo các nghiên cứu dịch tễ trên thế giới, tuổi mắc UTBMTBG có sự khác nhau giữa các quốc gia và khu vực. Việt Nam là một quốc gia có tỷ lệ mắc viêm gan B cao, trong nghiên cứu này viêm gan B là yếu tố nguy cơ chủ yếu của UTBMTBG và xơ gan. Theo nghiên cứu của Nguyễn Công Long và Nguyễn Văn Khanh trên 48 bệnh nhân mắc UTBMTBG thì tỷ lệ nhiễm viêm gan B là 89,6%<sup>7</sup>.

Khi xem xét đến các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, chúng tôi thấy không có sự khác biệt về các xét nghiệm này giữa nhóm UTBMTBG và nhóm xơ gan. Tuy nhiên, marker ung thư gan AFP ở bệnh nhân UTBMTBG là 283,14 cao hơn bệnh nhân xơ gan là 13,09, điều này tương tự như nhiều nghiên cứu ở Việt Nam và trên thế giới. Theo nghiên cứu của Đậu Quang Liêu và Trần Ngọc Ánh trên 128 bệnh nhân UTBMTBG và bệnh nhân có bệnh gan mạn (Xơ gan, viêm gan B, viêm gan C) thấy rằng ở nhóm UTBMTBG có nồng độ AFP là 29751,9 cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh gan mạn là 25<sup>8</sup>.

So sánh nồng độ M2BPGi giữa hai nhóm

UTBMTBG và xơ gan chúng tôi thấy nhóm UTBMTBG có nồng độ M2BPGi là 1,79 thấp hơn nhóm xơ gan là 4,03. Nồng độ M2BPGi không có sự khác biệt giữa hai nhóm UTBMTBG có xơ gan và nhóm chỉ xơ gan khi xem xét theo theo phân loại Child – Pugh. Tuy nhiên theo Jun và cộng sự, nồng độ M2BPGi ở bệnh nhân xơ gan là 2,67 thấp hơn UTBMTBG là 3,22<sup>9</sup>. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Jun theo dõi bệnh nhân nhiễm viêm gan B hoặc C đơn độc chưa từng điều trị, không mắc bệnh gan mạn không do virus kèm theo và mới mắc UTBMTBG. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi có 18/31 (58%) bệnh nhân UTBMTBG đã được điều trị, và có 93,5% bệnh nhân UTBMTBG phát triển trên nền xơ gan với 58% bệnh nhân có xơ gan thuộc Child A (18/31 bệnh nhân), số bệnh nhân Child B và Child C ở nhóm UTBMTBG (11/31 bệnh nhân) thấp hơn nhóm xơ gan (13/31 bệnh nhân). Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ nên chưa làm rõ được sự khác biệt về nồng độ M2BPGi giữa hai nhóm UTBMTBG và xơ gan, do đó cần có những nghiên cứu với những cỡ mẫu lớn hơn để làm rõ điều này.

Nghiên cứu này chỉ ra rằng, có sự khác biệt về nồng độ M2BPGi ở bệnh nhân UTBMTBG chưa điều trị và bệnh nhân đã điều trị, nồng độ M2BPGi ở nhóm chưa điều trị là 2,59 cao hơn ở nhóm đã điều trị là 1,46. Ngoài ra, chúng tôi còn thấy rằng nồng độ M2BPGi và AFP ở bệnh nhân có 1 khối u thấp hơn bệnh nhân có từ 2 khối u trở lên, điều này cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Công Long và Nguyễn Văn Khanh trên 48 bệnh nhân UTBMTBG thì nồng độ AFP cũng tăng dần theo số lượng khối u<sup>7</sup>. Nồng độ

M2BPGi cũng có sự tăng dần theo mức độ nặng của bệnh theo phân loại BCLN, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Theo hiểu biết của chúng tôi, đây là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam đánh giá về mối liên quan của nồng độ M2BPGi với tình trạng điều trị, số lượng khối u và mối liên quan của nồng độ M2BPGi giữa các giai đoạn bệnh theo phân loại BCLN ở bệnh nhân UTBMTBG. Nghiên cứu này sẽ cung cấp dữ liệu cho nhiều nghiên cứu sau này về nồng độ M2BPGi ở bệnh nhân UTBMTBG. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu còn nhỏ và bệnh nhân chưa đa dạng, vì vậy, chúng tôi nghĩ rằng cần có những nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để làm rõ vai trò của M2BPGi trong tiên lượng bệnh và theo dõi đáp ứng điều trị ở bệnh nhân UTBMTBG.

## V. KẾT LUẬN

Nồng độ M2BPGi ở nhóm UTBMTBG thấp hơn nhóm xơ gan. Ở bệnh nhân UTBMTBG, nồng độ M2BPGi ở nhóm chưa điều trị cao hơn ở nhóm đã điều trị và nhóm có từ 2 khối u trở lên cao hơn nhóm có 1 khối u.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin cảm ơn Viện nghiên cứu và đào tạo Tiêu hóa Gan mật – Phòng khám Hoàng Long và Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang về sự giúp đỡ trong nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **704-viet-nam-fact-sheets.pdf**. Accessed April 5, 2023. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/>

- populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf
2. **Kuno A, Ikehara Y, Tanaka Y, et al.** A serum "sweet-doughnut" protein facilitates fibrosis evaluation and therapy assessment in patients with viral hepatitis. *Sci Rep.* 2013;3:1065. doi:10.1038/srep01065
  3. **Kim SU, Heo JY, Kim BK, et al.** Wisteria floribunda agglutinin-positive human Mac-2 binding protein predicts the risk of HBV-related liver cancer development. *Liver Int.* 2017;37(6):879-887. doi:10.1111/liv.13341
  4. **Yamasaki K, Tateyama M, Abiru S, et al.** Elevated serum levels of Wisteria floribunda agglutinin-positive human Mac-2 binding protein predict the development of hepatocellular carcinoma in hepatitis C patients. *Hepatology.* 2014;60(5):1563-1570. doi:10.1002/hep.27305
  5. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan năm 2020: tr.12-13.
  6. **Nguyễn Công Long và Lưu Thị Minh Diệp.** Đánh giá giai đoạn ung thư biểu mô tế bào gan theo phân loại Barcelona và một số yếu tố liên quan đến nguyên nhân ung thư gan tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí y học Việt Nam.* Tập 514(2)-2022:tr.174-177.
  7. **Long NC, Khanh NV.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư biểu mô tế bào gan ở bệnh nhân trẻ tuổi. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.* Published online May 5, 2022. doi:10.52389/ydls.v17i3.1178
  8. **Liều ĐQ, Anh TN.** Giá trị của điểm GALAD trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.* Published online 2022. doi:10.52389/ydls.v17iDB.1263
  9. **Jun T, Hsu YC, Ogawa S, et al.** Mac-2 Binding Protein Glycosylation Isomer as a Hepatocellular Carcinoma Marker in Patients With Chronic Hepatitis B or C Infection. *Hepatology Commun.* 2019;3(4):493-503. doi:10.1002/hep4.1321

## SO SÁNH PHÁC ĐỒ KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG NHẸ BẰNG CLOMIPHENE CITRATE 100 MG VÀ 150 MG KẾT HỢP FSH TRÊN BỆNH NHÂN LÀM IVF GIẢM DỰ TRỮ BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Cúc<sup>1</sup>, Nguyễn Thành Luân<sup>2</sup>,  
Đỗ Xuân Vinh<sup>3</sup>, Hồ Sỹ Hùng<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu trên nhóm bệnh nhân làm IVF giảm dự trữ buồng trứng, được kích thích buồng trứng (KTBT) bằng phác đồ nhẹ, từ tháng 12/2020 đến

tháng 01/2023 tại Bệnh viện Phụ sản trung ương (BVPSTU) nhằm so sánh kết quả thu noãn và tạo phôi ở 2 nhóm (nhóm I: liều Clomiphene Citrate 100mg/ngày kết hợp FSH 150UI – 225UI; nhóm II: liều Clomiphene Citrate 150mg/ngày kết hợp FSH 150UI – 225UI). Kết quả cho thấy: Tổng liều FSH của nhóm I là 1538,51 ± 332,43UI; nhóm II là 1603,02 ± 331,83UI. Số noãn thu được và số noãn MII của nhóm I (5,68 ± 4,92 và 4,47 ± 3,95) cao hơn của nhóm II (4,78 ± 2,69 và 3,18 ± 2,16). Sự khác biệt về số phôi thu được giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Như vậy, KTBT nhẹ là cách tiếp cận tiềm năng dành cho bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng. Trong đó, sử dụng liều Clomiphene Citrate 100 mg/ngày và 150 mg/ngày cho kết quả tương tự nhau.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế VINMEC Phú Quốc

<sup>2</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

<sup>3</sup>Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Cúc

Email: thucuc20021992@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 8.10.2024