

- diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal*. 2020;41(3), 407–477. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz425
3. **Fihn SD, et al.** (2012), 2012 ACCF/AHA guideline for the management of stable ischemic heart disease. *Circulation*. 2012; 126(25), e354–471. DOI: 10.1161/CIR.0b013e318277d6a0
 4. **Park JH, et al.** 2D Echocardiographic Assessment of Myocardial Strain. *Korean Circulation Journal*. 2019; 49(10), 908–931.
 5. **Phạm Thị Hằng Hoa.** Khảo sát chỉ số căng dọc thất trái trên 2D đánh dấu mô cơ tim ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định. *Tim mạch học Việt Nam*. 2019;86, 50–55.
 6. **Danh Phước Quý.** Nghiên cứu đặc điểm siêu âm mô cơ tim ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định có PCI. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2021;53, 6–11.
 7. **Bùi Minh Nghĩa.** Khảo sát kiểm soát LDL-c ở bệnh nhân HCDMVM điều trị rosuvastatin. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2022;50, 195–202.
 8. **Moustafa S et al.** Speckle tracking and CAD in stable angina. *Indian Heart Journal*. 2018;70(3), 379–386.
 9. **Bajracharya P et al.** Strain vs. angiographic findings in stable angina. *Maedica (Bucur)*. 2020;15(3), 365–372.

BƯỚC ĐẦU XÁC ĐỊNH GIÁ TRỊ ALPHA-FETOPROTEIN TRONG ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG SAU ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT ĐỘNG MẠCH HÓA CHẤT TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2024

Đặng Ngọc Yến Vy¹, Bùi Phi Hùng², Ngô Quốc Thời²,
Nguyễn Hồng Hà¹, Lê Công Trứ¹, Trần Thị Thu Thảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định diện tích dưới đường cong (Area Under the Curve - AUC), điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu của sự thay đổi alpha-fetoprotein trong đánh giá đáp ứng sau điều trị bằng phương pháp nút động mạch hóa chất trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 74 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan sau điều trị bằng phương pháp nút động mạch hóa chất tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 8/2024-12/2024. Sau các thời điểm 1 tháng và 3 tháng bệnh nhân đến tái khám, xét nghiệm lại AFP và chụp lại cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang. Ghi nhận trên hình ảnh cắt lớp vi tính bởi các bác sĩ lâm sàng về đường kính khối u, tính chất ngấm thuốc trước và sau điều trị 3 tháng trên đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn đáp ứng với khối u đặc có sửa đổi (modified Response Evaluation Criteria in Solid Tumor – mRECIST). **Kết quả:** Tổng cộng có 74 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu bao gồm 54 nam (chiếm 73%), 20 nữ (chiếm 27%) với tuổi trung bình $66,66 \pm 1,030$, trung vị AFP là 66,50 ng/mL (từ 2 ng/mL đến 80.000 ng/mL). Sau điều trị 1 tháng và 3 tháng bệnh nhân đến tái khám, kết quả cho thấy mức độ đáp ứng và không đáp ứng theo mRECIST, bệnh nhân đáp ứng sau điều trị là 39 bệnh nhân (chiếm 52,7%) và không

đáp ứng sau điều trị là 35 bệnh nhân (chiếm 47,3%) đồng thời trung vị AFP là 26,50 ng/mL (từ 1 ng/mL đến 20.000 ng/mL). Giá trị AFP trước điều trị được biểu diễn bằng đường cong ROC với điểm cắt là 57,34 ng/mL, diện tích dưới đường cong là 0,579 (95% KTC: 0,298 – 0,637). Giá trị AFP sau điều trị được biểu diễn bằng đường cong ROC với điểm cắt là 18,35 ng/mL, diện tích dưới đường cong là 0,486 ($p < 0,05$). Sự thay đổi AFP được biểu diễn bằng đường cong ROC với điểm cắt là 53%, diện tích dưới đường cong là 0,851 (95% KTC: 0,765 – 0,937). **Kết luận:** Xuất phát từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi với diện tích dưới đường cong, điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu của sự thay đổi AFP trong đánh giá đáp ứng sau TACE lần lượt là 0,851; 53%; 93,8% và 77,6% cho thấy sự thay đổi AFP có hiệu quả trong đánh giá đáp ứng sau điều trị. **Từ khóa:** sự thay đổi alpha-fetoprotein, TACE, ung thư biểu mô tế bào gan

SUMMARY

PRELIMINARY DETERMINATION OF ALPHA-FETOPROTEIN VALUES IN EVALUATING RESPONSE AFTER TRANSCATHETER ARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION IN HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objectives: This study aims to determine the Area Under the Curve (AUC), optimal cut-off value, sensitivity, and specificity of the change in alpha-fetoprotein levels for evaluating the treatment response in patients with hepatocellular carcinoma (HCC) after undergoing Transcatheter Arterial Chemoembolization (TACE). **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study on 74 patients with HCC treated after TACE in the Department of General Surgery at Can Tho Central General Hospital from August through December

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Thảo

Email: tttthao@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2025

Ngày duyệt bài: 11.6.2025

2024. At 1-month and 3-month follow-up appointments, AFP testing and CT-scan again. Clinical doctors document the tumor diameter and the contrast enhancement characteristics before and after the 3-month treatment. The treatment response is evaluated according to the modified Response Evaluation Criteria in Solid Tumors (mRECIST). **Results:** A total 74 patients include 54 males (73%) and 20 females (27%) with patients with HCC treated after TACE, mean age $66,66 \pm 1,030$ years, the median AFP before TACE 66,50 ng/mL (2 – 80.000). At 1 month and 3 months after the intervention, 74 patients re-examined, the responded and non-responded group according to mRECIST is 52,7% and 47,3% respectively, same time the median AFP 26,5 ng/mL (1 – 20.000 ng/mL). AFP before TACE was shown by the ROC curve with the best cut-off was 57,34 ng/mL, area under the curve was 0,579 (95% KTC: 0,298 – 0,637). AFP after TACE was shown by the ROC curve with the best cut-off was 18,35 ng/mL, area under the curve was 0,486 ($p < 0,05$). The changes in AFP level was shown by the ROC curve with the best cut-off was 53%, area under the curve was 0,851 (95% KTC: 0,765 – 0,937). **Conclusions:** Our study results, which include the area under the curve, cut-off, sensitivity, and specificity of changes in AFP of evaluating response after TACE (0,851; 53%; 93,8%, and 77,6%, respectively), indicate that AFP changes are effective in assessing the response to TACE. **Keywords:** change in alpha-fetoprotein, Transcatheter Arterial Chemoembolization, Hepatocellular carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan đứng đầu trong các nguyên nhân tử vong liên quan đến ung thư tại Việt Nam [1]. Hiện nay có rất nhiều phương pháp điều trị cho bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan, trong đó ghép gan và phẫu thuật cắt bỏ khối u gan là phương pháp điều trị triệt để. Tuy nhiên, ghép gan vẫn chưa được thực hiện phổ biến tại Việt Nam. Phẫu thuật cắt bỏ khối u gan đem lại khả năng sống còn đến 30 – 50%, nhưng đa số bệnh nhân đến bệnh viện trong giai đoạn muộn nên không thể áp dụng các phương pháp điều trị triệt để như phẫu thuật cắt bỏ khối u gan hay ghép gan. Chính vì thế phương pháp nút động mạch hóa chất (Transarterial chemoembolization- TACE) là một trong các phương pháp điều trị được áp dụng đối với bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan không phẫu thuật được, khối u có kích thước lớn hay có nhiều khối u ở cả hai thùy, kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân [2].

Theo báo cáo tại hội nghị "Cập nhật điều trị ung thư biểu mô tế bào gan và chuẩn hóa quy trình TACE tại Việt Nam" tháng 12 năm 2024 tại Cần Thơ cho thấy tỷ lệ điều trị TACE so với các phương pháp điều trị khác tại bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ là 22,33%, TACE là

phương pháp điều trị tạm thời nên bệnh nhân thường phải trải qua TACE nhiều lần, số lượt TACE trung bình trên mỗi bệnh nhân là 1,77 lượt. Sau 3 tháng điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng và không đáp ứng theo tiêu chuẩn mRECIST lần lượt là 53,3% và 46,7% [3].

Các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh rằng ung thư biểu mô tế bào gan có tính không đồng nhất giữa các tế bào, có tỷ lệ tái hoạt động và tái phát khác nhau giữa các loại tế bào. Bên cạnh đó, tại đồng bằng sông Cửu Long nói chung và ở Cần Thơ nói riêng nghiên cứu đáp ứng sau điều trị bằng phương pháp nút động mạch hóa chất trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan dựa trên giá trị alpha-fetoprotein hiện nay chưa nhiều, cỡ mẫu chưa lớn.

Đánh giá đáp ứng sau điều trị ung thư biểu mô tế bào gan được sử dụng phổ biến là kết hợp các thông số kích thước của khối u, và nồng độ alpha-fetoprotein (AFP) trước và sau 3 tháng điều trị bằng phương pháp nút động mạch hóa chất thông qua hình ảnh cắt lớp vi tính. Do đó, ý tưởng xuất phát từ thực tế trên nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm thông qua sự thay đổi alpha-fetoprotein đánh giá đáp ứng sau điều trị của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp nút động mạch hóa chất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào gan, được điều trị bằng phương pháp nút động mạch hóa chất theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan của Bộ Y Tế năm 2020.

Và được đánh giá đáp ứng trước và sau 3 tháng điều trị dựa trên tiêu chuẩn mRECIST [1].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đủ kết quả xét nghiệm AFP trước và sau 3 tháng điều trị bằng phương pháp nút động mạch hóa chất.

Cỡ mẫu: Nghiên cứu được thực hiện trên 74 bệnh nhân.

Thiết bị nghiên cứu: Máy hóa sinh miễn dịch tự động cobas 6000 (Roche), Architect Ci 8200 (Abbott), và Architect i1000 (Abbott) được thực hiện nội kiểm và ngoại kiểm theo quy định tại Khoa Sinh Hóa - Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ.

Biến số nghiên cứu: Tên, tuổi, giới tính, nồng độ AFP trước TACE, nồng độ AFP sau

TACE, sự thay đổi AFP.

Sự thay đổi AFP được tính bằng công thức:
 $\frac{AFP \text{ trước} - AFP \text{ sau}}{AFP \text{ trước}} \times 100$, nếu kết quả > 0 giá

trị AFP sau điều trị giảm so với AFP trước điều trị.

Đánh giá đáp ứng sau điều trị dựa trên tiêu chuẩn mRECIST: đáp ứng hoàn toàn (mất hoàn toàn dấu hiệu tăng sinh mạch của tất cả các khối u), đáp ứng một phần (giảm ít nhất 30% tổng đường kính các khối u còn tăng sinh mạch so với trước điều trị), bệnh không thay đổi (giữa giai đoạn đáp ứng một phần và giai đoạn tiến triển) và bệnh tiến triển (tăng ít nhất 20% tổng đường kính các khối u còn tăng sinh mạch) [8]. Tại nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá đáp ứng sau điều trị

+ Có đáp ứng: đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần theo tiêu chuẩn mRECIST.

+ Không đáp ứng: bệnh không thay đổi và bệnh tiến triển theo tiêu chuẩn mRECIST.

Phương pháp thu thập số liệu

- Thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng, thu thập các số liệu

- Thực hiện các cận lâm sàng: Xét nghiệm miễn dịch AFP

- Chẩn đoán hình ảnh: chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ, kết quả được đọc bởi các bác sĩ lâm sàng.

- Bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chọn được đưa vào nghiên cứu.

Theo dõi bệnh nhân sau điều trị:

- Sau điều trị 1 tháng và 3 tháng: Xét nghiệm và cận lâm sàng: AFP, CT-scan.

- Thu thập kết quả xét nghiệm của bệnh nhân bằng hồ sơ bệnh án sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu

- Tổng hợp tất cả thông tin lại thành tệp Excel.

Phương pháp xử lý số liệu: bằng phần mềm IBM SPSS statistics 29.0

Đạo đức trong nghiên cứu: phiếu chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, số 24.446.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28 tháng 06 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 74 bệnh nhân và thỏa các điều kiện chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu, có kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	66,66 ± 1,03*	
	68 (42-84)**	
Giới		

Nam	54	73
Nữ	20	27

*Trung bình ± độ lệch chuẩn; ** Trung vị (khoảng tứ phân vị)

Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 66,66 ± 1,03. Trong đó nhóm tuổi từ 65 – 75 chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,2% và nhóm bệnh nhân <55 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 9,5%. Trong nghiên cứu này nam giới gấp 2,7 lần nữ giới.

3.2. Kết quả sau điều trị. Dựa theo tiêu chuẩn mRECIST, kết quả sau điều trị lần 1 ở 74 bệnh nhân như sau

Bảng 2. Kết quả sau điều trị

Đáp ứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có đáp ứng	39	52,7
Không đáp ứng	35	47,3

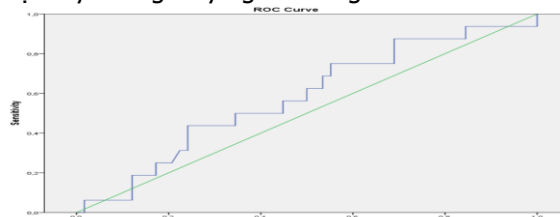
Nhận xét: Kết quả sau điều trị cho thấy bệnh nhân có đáp ứng với điều trị là 52,7%.

Bảng 3. So sánh giá trị trung vị của AFP trước và sau điều trị ở 2 nhóm (có đáp ứng và không đáp ứng)

	Đáp ứng		p*
	Có đáp ứng	Không đáp ứng	
AFP trước (ng/mL)	281 (2-60.500)	57,84 (2,4-80.000)	0,334
AFP sau (ng/mL)	22 (1-20.000)	29,21 (1,8-20.000)	0,694

*Kiểm định Mann Whitney

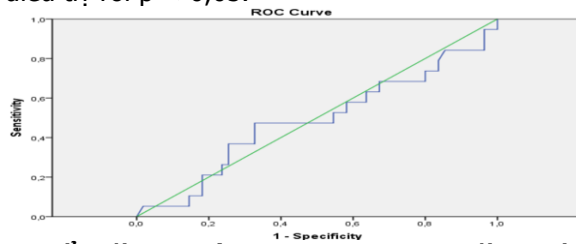
Nhận xét: AFP trung vị trước TACE ở nhóm có đáp ứng là 281 ng/mL (2 – 60.500 ng/mL) cao hơn so với nhóm không đáp ứng điều trị là 57,84 ng/mL (2,4 – 80.000 ng/mL). AFP trung vị sau TACE ở nhóm có đáp ứng là 22 ng/mL (1 -20.000 ng/mL) thấp hơn so với nhóm không đáp ứng điều trị là 29,21 ng/mL (1,8 – 20.000 ng/mL). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 1. Đường cong ROC cho nồng độ AFP trước TACE để tiên lượng bệnh nhân đáp ứng sau điều trị với AUC = 0,579; p < 0,05

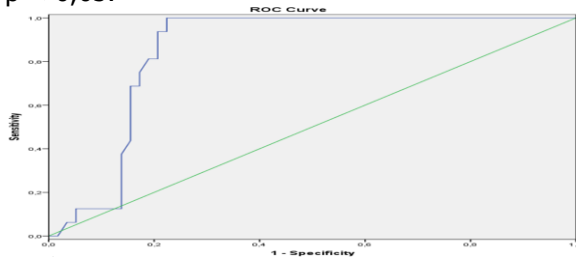
Nhận xét: Diện tích dưới đường cong của nồng độ AFP trước TACE trong tiên lượng đáp ứng sau điều trị trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan là 0,579. Nếu chọn điểm cắt là 57,34 ng/mL thì giá trị của độ nhạy, độ đặc hiệu cho phát hiện những trường hợp có đáp ứng sau điều trị lần lượt là 62,5% và 50% khi KTC là

95% với mức ý nghĩa $p = 0,0001$. Nồng độ AFP trước TACE có giá trị trong đánh giá đáp ứng sau điều trị với $p < 0,05$.



Biểu đồ 2. Đường cong ROC cho nồng độ AFP sau TACE để đánh giá đáp ứng sau điều trị với $AUC = 0,486$; $p < 0,05$

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong của nồng độ AFP sau TACE trong đánh giá đáp ứng sau điều trị trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan là 0,486 khi KTC là 95% với mức ý nghĩa $p = 0,0001$. Nồng độ AFP sau TACE không có giá trị trong đánh giá đáp ứng sau điều trị với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3. Đường cong ROC cho sự thay đổi AFP để đánh giá đáp ứng sau TACE với $AUC = 0,851$; $p < 0,05$

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong của sự thay đổi AFP trong đánh giá đáp ứng sau TACE trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan là 0,851. Nếu chọn điểm cắt là 53% thì giá trị của độ nhạy, độ đặc hiệu cho phát hiện những trường hợp có đáp ứng sau điều trị lần lượt là 93,8% và 77,6% khi KTC là 95% với mức ý nghĩa $p = 0,0001$. Sự thay đổi AFP có giá trị trong đánh giá đáp ứng sau điều trị với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 74 bệnh nhân được chẩn đoán xác định, được tiến hành điều trị theo phương pháp nút động mạch hóa chất. Trong nghiên cứu chúng tôi nam giới chiếm tỉ lệ là 73%, nữ giới là 27%, tỉ lệ nam/nữ là 2,7. Trong nghiên cứu của Bùi Phi Hùng (2019), nam giới chiếm tỉ lệ 79,74%, nữ giới là 20,26%, tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 3,9. Trần Văn Huy (2008) ghi nhận tỉ lệ nam/nữ là 4,7 [4]. Theo nghiên cứu của Hiệp hội nghiên cứu về gan Châu Âu (EASL) tỉ lệ nam/nữ có xuất độ từ 2/1 đến 8/1 [7]. Trong nghiên cứu của Lê Ngọc

Hùng (2013), bệnh nhân nam chiếm 81,6%, tỉ lệ nam/nữ là 4,4 [5]. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng cho thấy tỉ lệ mắc ung thư biểu mô tế bào gan ở nam cao hơn ở nữ và được giải thích do các yếu tố như nam giới uống rượu nhiều hơn nữ giới, nguy cơ lây nhiễm vi rút viêm gan ở nam giới cao hơn và ở nam giới gen tổng hợp trong xơ gan nhiều hơn nữ giới [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi đã xác định tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 66,66 tuổi (42 – 84 tuổi). Kết quả nghiên cứu về tuổi của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Bùi Phi Hùng (2019) là 66,44 tuổi (thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 86 tuổi). Trong nghiên cứu của Nishikawa tuổi trung bình là 67,7 tuổi [4]. Tác giả Lê Ngọc Hùng ghi nhận tại Bệnh viện Chợ Rẫy các bệnh nhân được điều trị TACE (2013) tuổi trung bình là 59,8 tuổi [5]. Sự khác biệt này phụ thuộc vào địa điểm nghiên cứu, nhưng nhìn chung bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan chủ yếu thuộc lứa tuổi 50 – 70 tuổi.

Đánh giá tại thời điểm 1 - 3 tháng sau can thiệp TACE và so sánh với kết quả xét nghiệm trước khi can thiệp chỉ số AFP trung vị trước can thiệp là 66,5 ng/mL (2 – 80.000 ng/mL) và sau can thiệp 26,5 ng/mL (1 – 20.000 ng/mL) điều này minh chứng đã có sự đáp ứng của khối u theo chiều hướng tốt lên. Trong nghiên cứu của Bùi Phi Hùng (2019) chỉ số AFP trung vị trước TACE là 180 ng/mL (1,96 – 2.500 ng/mL) và sau TACE là 100 ng/mL (4 – 2.500 ng/mL) [4].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị trung vị của sự thay đổi AFP ở nhóm có đáp ứng là 70,5% (50 – 100%) lớn hơn so với nhóm không đáp ứng là 25% (-647 – 100%), $p = 0,0001$. Trong nghiên cứu của Lê Ngọc Hùng (2013), giá trị trung vị của sự thay đổi AFP ở nhóm có đáp ứng là 80% (-30 – 100%) rất lớn so với nhóm không đáp ứng là 8% (-83 – 100%), $p = 0,0001$ [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan điều trị TACE, ngưỡng 57,34 ng/mL của nồng độ AFP trước TACE có độ nhạy (62,5%) và độ đặc hiệu là (50%) tốt nhất cho tiên lượng bệnh nhân có đáp ứng sau điều trị. Mỗi liên hệ giữa ngưỡng AFP trước và sau TACE với đáp ứng điều trị chưa được ghi nhận phổ biến ở các nghiên cứu khác. Diện tích dưới đường cong của nồng độ AFP trước TACE là 0,579 (95% KTC: 0,423 – 0,735) thấp hơn với nghiên cứu của Trương Tâm Như trong phát triển đa biến các yếu tố tiên lượng bệnh nhân sau TACE (2012). Ngưỡng 53% của sự thay đổi AFP có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 93,8% và 77,6% có giá trị trong đánh giá

đáp ứng sau điều trị. Giá trị ngưỡng cắt của chúng tôi tương đương, tuy nhiên độ nhạy cao hơn ngưỡng cắt 50% với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 73,3% và 84,5% của Lê Ngọc Hùng và cộng sự (2013) [5]. Trong nghiên cứu của Lương Xuân Trường và cộng sự (2011) giá trị ngưỡng cắt 46,5% với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 74,1% và 83,8% [6].

Theo dõi sự thay đổi nồng độ AFP trước và sau điều trị đặc biệt quan trọng để đánh giá kết quả điều trị, khi nồng độ AFP giảm đi đồng nghĩa kết quả điều trị đang đáp ứng.

V. KẾT LUẬN

Diện tích dưới đường cong, điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu của sự thay đổi AFP trong đánh giá đáp ứng sau TACE lần lượt là 0,851; 53%; 93,8% và 77,6% cho thấy sự thay đổi AFP có hiệu quả trong đánh giá đáp ứng sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, Ban hành kèm theo Quyết định số 3129/QĐ-BYT ngày 17 tháng 07 năm 2020, Hà Nội.
2. **Bộ Y Tế** (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị

3. **Bùi Phi Hùng** (2024), Hội thảo "Cập nhật điều trị ung thư biểu mô tế bào gan và chuẩn hóa quy trình TACE tại Việt Nam", Cần Thơ.
4. **Bùi Phi Hùng** (2019), Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm điều trị ung thư tế bào gan bằng phương pháp nút động mạch hóa chất tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ, Luận văn Chuyên khoa cấp II, chuyên ngành ngoại khoa, Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. **Lê Ngọc Hùng** (2013), "Alfa-fetoprotein: Vai trò trong chẩn đoán ung thư tế bào gan nguyên phát và tiên lượng sớm 1 tháng sau can thiệp truyền tắc hóa chất qua động mạch (TACE)", Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh, 17 (2), tr. 107-115.
6. **Lương Xuân Trường** (2011), "Giá trị của AFP trong đánh giá đáp ứng trên bệnh nhân ung thư TB gan nguyên phát điều trị bằng PP nút mạch hóa chất (TACE)", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 15 (1), tr. 284-290.
7. **European Association for the Study of the Liver** (2018), "EASL- EORTC Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma", Jour of Hepatology, 56, pp. 908-943.
8. **Ichikawa T, Machida N, et al** (2016), "Early Prediction of the Outcome Using Tumor Markers and mRECIST in Unresectable Hepatocellular Carcinoma Patients Who Underwent Transarterial Chemoembolization", Oncology, 91, pp. 317-330.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRƯỚC VÀ NGAY SAU ĐIỀU TRỊ TÌNH TRẠNG KÉM KHOÁNG HOÁ RĂNG VĨNH VIỄN (MIH) Ở TRẺ TỪ 6-7 TUỔI BẰNG PHƯƠNG PHÁP XÂM NHẬP NHỰA

Trương Đình Khởi¹, Trần Hải Đăng¹, Đỗ Trọng Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm trên lâm sàng trước và ngay sau điều trị răng vĩnh viễn kém khoáng hoá (MIH) ở trẻ 6-7 tuổi bằng phương pháp xâm nhập nhựa ICON-DMG tại Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả theo dõi một số đặc điểm trên lâm sàng trước và ngay sau điều trị của 36 răng nhiễm MIH có đặc điểm mờ đục màu trắng kem hoặc vàng nâu trên 21 trẻ 6-7 tuổi bằng phương pháp xâm nhập nhựa (ICON-DMG). **Kết quả:** Số lần sử dụng Icon etch là $5,28 \pm 1,74$ lần; số lần bôi nhựa xâm nhập là $1,46 \pm 0,37$ lần; số lần phục hồi composite là $0,90 \pm 0,77$ lần. Trước điều trị không nhạy cảm là 80,55% và sau điều trị là 94,44%; nhạy cảm khi có kích thích không yêu cầu dừng lại trước điều trị là 11,11% và sau điều trị là 2,78%. Đánh giá sự khác biệt giữa vùng tổn thương và không tổn thương khi

thăm khám trực tiếp bằng mắt thường trên lâm sàng trước điều trị là $1,31 \pm 0,61$ (điểm), ngay sau điều trị là $0,54 \pm 0,42$ (điểm). Đánh giá cho điểm khác biệt giữa vùng tổn thương và không tổn thương có chiều đèn EP light trước điều trị là $1,74 \pm 0,41$ (điểm), ngay sau điều trị là $0,33 \pm 0,30$ (điểm). **Kết luận:** Điều trị tình trạng nhiễm MIH răng vĩnh viễn mờ đục màu trắng đục hoặc vàng nâu ở trẻ 6-7 tuổi bằng phương pháp xâm nhập nhựa (ICON-DMG) mang đến hiệu quả rõ ràng trên lâm sàng bao gồm giảm nhạy cảm răng và tăng tính thẩm mỹ, ranh giới vùng tổn thương sau điều trị xoá mờ và không nhận ra ngay sau điều trị. Sử dụng đèn EP light góp phần tăng thêm độ chính xác, mức độ quan sát, so sánh khi chẩn đoán và theo dõi điều trị. **Từ khóa:** Kém khoáng hoá men răng (MIH), xâm nhập nhựa

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF MOLAR-INCISOR HYPOMINERALISATION (MIH) IN PERMANENT TEETH OF 6-7-YEAR-OLD CHILDREN BEFORE AND IMMEDIATELY AFTER TREATMENT WITH RESIN INFILTRATION

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Khởi
Email: bskhoirhm@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025
Ngày duyệt bài: 13.6.2025