

- of the quality of life measure for dentine hypersensitivity (DHEQ). J Clin Periodontol. 2010;37:973-980.
4. **Rees. JS.** The prevalence of dentine hypersensitivity in general dental practice in the UK. J Clin Periodontol. 2000;Phan 27:860-865.
 5. **Bartold P.M. Dentinal hypersensitivity: a review.** Australian Dental Journal. 2006;51(3):212-218.
 6. **Nguyễn Thị Từ Uyên.** Tình trạng quá cảm ngà răng của sinh viên Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Published online 2010.
 7. **Tống Minh Sơn.** Nhạy cảm ngà răng ở cán bộ Công ty Than Thống Nhất, tỉnh Quảng Ninh. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2012;80(4):77-80.
 8. **Tống Minh Sơn.** Tình trạng nhạy cảm ngà răng của nhân viên công ty Bảo hiểm Nhân thọ tại Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2013;85(5):31-36.
 9. **Trần Ngọc Phương Thảo.** Mô tả tình trạng, tỷ lệ nhạy cảm ngà và một số yếu tố nguy cơ ở thành phố Hồ Chí Minh. Published online 2013.
 10. **Gandolfi M.G, Silvia F, Gasparotto G.** Calcium silicate coating derived from Portland cement as treatment for hypersensitive dentine. J Dent. 2008;36(8):565-578.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP NÚT MẠCH HÓA CHẤT ĐỘNG MẠCH Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Nguyễn Công Long*, Nguyễn Minh Ngọc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp nút mạch hóa chất động mạch gan. **Đối tượng và phương pháp:** Tổng số 71 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị bằng phương pháp nút mạch hóa chất động mạch gan. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 60,9 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân có một khối u là 37 bệnh nhân chiếm 52,1%. Nguyên nhân chính gây ung thư biểu mô tế bào gan là viêm gan virus B 62 bệnh nhân chiếm 87,3%. Thời gian sống trung bình của bệnh nhân sau can thiệp nút hóa chất động mạch gan là 4,014 năm. **Kết luận:** Nút hóa chất động mạch gan cho thấy tính hiệu quả và an toàn.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào gan; nút hóa chất động mạch gan

SUMMARY

EVALUATED EFFECTIVENESS OF TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objectives: We aimed to determine the effect of transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma. **Methods:** A total of 71 patients with hepatocellular carcinoma treated with transarterial chemoembolization. **Results:** The mean age was 60.9 year. The single tumor accounted for 37 (52.1%). The main cause hepatocellular carcinoma was hepatitis B, 62 patients (87.3%). For overall survival rate of the 71 patients who underwent transarterial chemoembolization were 4.104 years. **Conclusion:** Transarterial chemoembolization treatment can improve overall survival in patients with hepatocellular carcinoma.

Key words: Transarterial chemoembolization; Hepatocellular carcinoma.

*Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2022

Ngày duyệt bài: 28.2.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan là một trong những loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới, là loại ung thư có số người mắc đứng thứ 5 ở nam giới và đứng thứ 7 ở nữ giới, nó cũng là một trong ba loại ung thư gây tử vong nhiều nhất trên toàn thế giới[1]. Tuy nhiên tiên lượng của HCC vẫn xấu vì thường phát hiện ở giai đoạn muộn không có khả năng phẫu thuật, và tỷ lệ tái phát trong gan cao ở gan sau 5 năm 79%-80% sau phẫu thuật cắt gan. Nếu phát hiện ở giai đoạn sớm điều trị phẫu thuật cắt gan, ghép gan, đốt sóng cao tần khối u gan (RFA), tiêm cồn khối u (PEI) được xem là những phương pháp điều trị tiết kiệm đối với ung thư gan[2]. Phương pháp nút mạch hóa chất động mạch gan (TACE) được áp dụng lần đầu tiên trong điều trị bệnh nhân HCC năm 1974 do Doyon và cộng sự điều trị cho bệnh nhân HCC không có khả năng phẫu thuật, cho tới nay phương pháp TACE có sử dụng lipiodol vẫn được sử dụng như là một phương pháp cải thiện kéo dài thời gian sống của các bệnh nhân không có chỉ định cắt gan. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu đã làm sáng tỏ vai trò của TACE trong điều trị HCC có so sánh với nhóm chứng[2]. Cho tới nay tỷ lệ sống kéo dài ở bệnh nhân được áp dụng TACE chưa được báo cáo ở Việt nam, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá thời gian sống của bệnh nhân ung thư gan được điều trị bằng phương pháp TACE sau điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu 71 bệnh nhân có chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan dựa trên khám lâm sàng, cận lâm sàng và sinh thiết gan tại trung tâm tiêu hoá gan mật bệnh viện Bạch

mai. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư biểu mô tế bào gan khi hình ảnh khối u gan điển hình trên chụp cắt lớp ổ bụng có thuốc cản quang (CT)+ nồng độ AFP > 400ng/ml hoặc hình ảnh khối u gan điển hình trên CT ổ bụng có thuốc cản quang + nồng độ AFP < 400ng/ml kết hợp với sinh thiết gan làm mô bệnh học có tổn thương điển hình HCC. Loại trừ bệnh nhân có tiểu cầu thấp < 90.000/mm³, Creatinin huyết thanh > 1,5 lần so với mức bình thường, vàng da tắc mật, có kèm các bệnh lý mạn tính như suy tim, phụ nữ có thai, đang cho con bú. Can thiệp TACE được tiến hành tại trung tâm chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch mai.

Phương pháp: Bệnh nhân ung thư gan được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào tại trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai, và phân chia giai đoạn ung thư biểu mô tế bào gan theo bảng phân loại Barcelona (BCLC), bệnh nhân được lựa chọn nút mạch hóa chất động mạch gan có sử dụng Doxorubicin với liều 50mg/m² và Cisplatin 50mg/m². Sau can thiệp TACE 1 tháng bệnh nhân được theo dõi đánh giá lại bằng chỉ số lâm sàng, xét nghiệm hóa sinh, và chụp CT có tiêm thuốc cản quang. Nếu còn tăng sinh mạch tiếp tục TACE.

Xử lý số liệu: Sau khi thu thập đầy đủ các số liệu, quá trình xử lý được làm trên máy tính với phần mềm xử lý số liệu SPSS 11.5 version, giá trị P < 0,05 được xác định là mức khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm cận lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	(n=71) n (%) mean ± SD	
Đau bụng	21	29.6
Chướng bụng	1	1.4
Mệt mỏi	3	4.2
Chán ăn	3	4.2
Vàng da	3	4.2
Xuất huyết tiêu hóa	1	1.4
Giãn tĩnh mạch thực quản		
Không giãn	45	63.4
Giãn độ I	21	29.6
Giãn độ II	4	5.6
Giãn độ III	1	1.4
Giãn tĩnh mạch phình vị 2 (GOV2)		
Không giãn	63	88.7
Giãn độ I	6	8.5
Giãn độ II	2	2.8

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ và đặc điểm khối u

	(n=71) n (%) mean ± SD

Yếu tố nguy cơ		
Viêm gan virus		
HBV	62	87.3
HCV	3	4.2
Không viêm gan		
Rượu	7	9.9
Số lượng khối		
Một khối	37	52.1
Hai khối	22	31.0
Nhiều khối	12	16.9
Điểm Child-Turcotte-Pugh		
A	50	70.4
B	3	4.2
Không xơ gan		
Huyết khối tĩnh mạch cửa	5	7.0
Di căn xa	2	2.8

Child-Pugh A: 0-6 điểm; Child-Pugh B: 7-9 điểm; Child-Pugh C: 10-15 điểm; HBV: viêm gan virus B; HCV: viêm gan virus C. Huyết khối tĩnh mạch cửa 5 bệnh nhân chiếm 7%

Bảng 3: Các marker ung thư trước khi điều trị

	(n=71)n (%) mean ± SD
Tuổi (Năm)	60.9 ± 10.8
Hồng cầu*	4.7 (2.8 – 7.8)
Bạch cầu	6.3 ± 1.9
Tiểu cầu	177.1 ± 99.5
PT	84.1 ± 11.5
INR	1.12 ± 0.13
Bilirubin toàn phần*	15.6 (6.1 – 555.0)
Bilirubin trực tiếp*	5.1 (2.4 – 234.0)
Albumin	38.8 ± 5.3
AST*	52 (20 – 181)
ALT*	45 (9 – 189)
AFP*	39.7 (1.0 – 121000.0)
AFPL3*	11.6 (0.1 – 723.0)
PIVKAI*	207.0 (9.0 – 139479.0)

Trung bình nồng độ AFP là 39,7 ng/ml, có những bệnh nhân tăng cao nhất là 121000 ng/ml

Bảng 4: Tỷ lệ sống sau năm năm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Phương pháp	Thời gian sống sót trung bình (years)	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
TACE	4.104	0.544	3.037	5.170

IV. BÀN LUẬN

Nguyên nhân chủ yếu gây ung thư gan trong nghiên cứu của chúng tôi là virus viêm gan B chiếm tới 87,3%, tỷ lệ này tương tự với kết quả của nhiều nghiên cứu trong nước. Về đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu trong 71 bệnh nhân, số lượng bệnh nhân có 1 khối u là 37

(52.1%), số lượng bệnh nhân có hai khối trở lên là 34 (47,9%), về chức năng gan phân loại theo Child-Pugh A, B lần lượt là 50 BN (70,4%), Child B có 3 BN(4,2%), còn lại là những bệnh nhân không xơ gan chiếm tỷ lệ 25,8%. Với những đặc điểm đó cho thấy bệnh nhân ung thư gan thường phát hiện ở các giai đoạn trung bình và muộn. Các nghiên cứu trên thế giới[3]. đều cho thấy TACE đã chứng tỏ khả năng kéo dài thời gian sống của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan Trong nghiên cứu tác giả Llovet JM[3] đăng trên tạp chí Lancet năm 2002, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng ở bệnh nhân HCC không có chỉ định phẫu thuật và các phương pháp điều trị triệt căn, với Child – Pugh giai đoạn A or B và Okuda giai đoạn I, II. Với 903 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, kết quả sau khi kết thúc nghiên cứu cho thấy rằng TACE cho thấy hiệu quả hơn trong kéo dài thời gian sống của bệnh nhân so với nhóm điều trị bảo tồn HZ tử vong 0,47[CI 0,25-0,91], p = 0,025], kết luận của nghiên cứu này là điều trị nút mạch hóa chất động mạch gan cải thiện kéo dài thời gian sống ở bệnh nhân không có chỉ định cắt gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân sau can thiệp TACE có tỷ lệ sống sót trung bình là 4,1 năm. So sánh với một số tác giả trên thế giới với bệnh nhân TACE có lipiodol chúng ta thấy với tác giả Llovet JM và Lo CM[2, 3]. Các phân tích đa biến cho thấy 5 yếu tố là các yếu tố dự báo độc lập ở bệnh nhân HCC bao gồm mức độ hoại tử u, kích thước khối u, số lượng khối u, tình trạng xâm lấn tĩnh mạch cửa, và giá trị AFP và trình trạng xâm lấn tĩnh mạch

cửa cho thấy có hazard ratio cao hơn so với 4 yếu tố trên[4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ AFP trung bình nhóm nghiên cứu là 39,7 ng/ml, trong nghiên cứu này chúng tôi cũng làm xét nghiệm PIVKA-II, đây là marker kết hợp với AFP, giúp cho tăng độ nhạy và độ đặc hiệu của chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan và giúp theo dõi điều trị. Thời gian sống sót trung bình ở bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 4 năm, có thể do nhóm bệnh nhân nghiên cứu khi điều trị một số đã có biểu hiện xơ gan có giãn tĩnh mạch thực quản.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi với những bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị bằng phương pháp TACE theo dõi sau sau điều trị cho thấy bước đầu có hiệu quả và tính an toàn của phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bertuccio, P., et al., Global trends and predictions in hepatocellular carcinoma mortality. J Hepatol, 2017. **67**(2): p. 302-309.
2. Llovet, J.M., et al., Arterial embolisation or chemoembolisation versus symptomatic treatment in patients with unresectable hepatocellular carcinoma: a randomised controlled trial. Lancet, 2002. **359**(9319): p. 1734-9.
3. Lo, C.M., et al., Randomized controlled trial of transarterial lipiodol chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma. Hepatology, 2002. **35**(5): p. 1164-71.
4. Trevisani, F., et al., Etiologic factors and clinical presentation of hepatocellular carcinoma. Differences between cirrhotic and noncirrhotic Italian patients. Cancer, 1995. **75**(9): p. 2220-32.

KHẢO SÁT ĐƯỜNG ĐI DÂY THẦN KINH HÀM DƯỚI (V3) TRÊN XÁC NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỘ MÔN GIẢI PHẪU ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH TỪ THÁNG 9/2020 ĐẾN THÁNG 7/2021

Lê Đỗ Tấn Khôi¹, Ngô Văn Công²,
Trần Hạnh Uyên², Trần Minh Trường²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dây thần kinh hàm dưới là nhánh thứ ba của thần kinh sinh ba, dễ tổn thương nhất tại hố

dưới thái dương. Hố dưới thái dương nằm ngay dưới nền sọ giữa, khuất sâu bên trong vùng sọ mặt. Các bệnh lý tại khu vực này rất đa dạng, thuộc nhiều chuyên khoa khác nhau và gần như luôn phải phối hợp khi điều trị. **Mục tiêu:** Khảo sát mối tương quan giải phẫu giữa các nhánh dây thần kinh hàm dưới với lỗ bầu dục, mảnh chân bướm ngoài, cung gò má và thành sau xoang hàm. **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu cắt ngang mô tả. Phẫu tích và đo đạc trên 10 xác tươi người Việt Nam trưởng thành thoả tiêu chuẩn chọn mẫu tại Bộ môn Giải Phẫu Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh từ 2020 – 2021. **Kết quả:** Khoảng cách từ

¹Đại học Y Dược TP HCM

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đỗ Tấn Khôi

Email: khoiledo@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2022

Ngày duyệt bài: 25.2.2022