

- Education. 2002;6(4):176-181.
4. **Shashirekha G, Jena A, Maity AB, Panda PK.** Prevalence of rubber dam usage during endodontic procedure: a questionnaire survey. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 2014;8(6):ZC01.
 5. **Zou H, Li Y, Lian X, Yan Y, Dai X, Wang G.** Frequency and influencing factors of rubber dam usage in Tianjin: A questionnaire survey. International journal of dentistry. 2016;2016
 6. **Hommez G, Braem M, De Moor R.** Root canal treatment performed by Flemish dentists. Part 1. Cleaning and shaping. International Endodontic Journal. 2003;36(3):166-173.
 7. **Iqbal A.** The evaluation of opinions and attitudes of dentists towards the use of rubber dam during operative and endodontic procedures. J Dent Med Sci. 2014;13:62-65.
 8. **Mala S, Lynch CD, Burke F, Dummer PMH.** Attitudes of final year dental students to the use of rubber dam. International endodontic journal. 2009;42(7):632-638.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ VAI TRÒ CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Doãn Văn Ngọc^{1,2}, Hoàng Đình Âu³

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm hình ảnh và đánh giá vai trò của CLVT trong chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 61 bệnh nhân UTBMTBG với 78 khối u được điều trị tại bệnh viện E trong thời gian từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 03 năm 2021. **Kết quả:** tuổi trung bình của bệnh nhân là $63,76 \pm 12,15$; độ tuổi hay gặp là 50-71, tỷ lệ nam/nữ = 6,6/1. AFP ≤ 20 ng/ml chiếm 49,2%, AFP ≥ 400 ng/ml chiếm 18%, có 1 u chiếm 82%. UTBMTBG gặp chủ yếu ở gan phải (60,7%). Kích thước u >5 cm chiếm 44,9%. Trước tiêm thuốc cản quang phần lớn UTBMTBG giảm tỷ trọng (84,6%). Sau tiêm thuốc cản quang, UTBMTBG ngấm thuốc mạnh thì động mạch (74,4%), thải thuốc thì tĩnh mạch và thì muộn (73,1%). Huyết khối tĩnh mạch cửa chiếm 11,5%. Tỷ lệ chẩn đoán xác định UTBMTBG theo tiêu chuẩn CDHA kết hợp với AFP chiếm 18,0%, theo tiêu chuẩn GPB chiếm 82,0%. **Kết luận:** triệu chứng lâm sàng của UTBMTBG không điển hình, cận lâm sàng không đặc hiệu, CLVT đóng vai trò phối hợp với lâm sàng và cận lâm sàng trong chẩn đoán xác định cũng như theo dõi và tiên lượng điều trị bệnh.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, CLVT, AFP

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS AND ROLE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objectives: to describe imaging characteristics and evaluate the role of CT scanner in the diagnosis of hepatocellular carcinoma (HCC). **Subjects and**

methods: a retrospective, cross-sectional study of 61 patients with HCC with 78 tumors treated at E hospital from January 2019 to March 2021. **Result:** mean age 63.76 ± 12.15 ; most frequent age was 50-71, male/female ratio = 6.6/1; AFP ≤ 20 ng/ml for 49.2% and ≥ 400 ng/ml for 18%; patients with 1 tumor accounted for 82%, 60.7% of the tumor was in the right liver; tumor size > 5 cm accounted for 44.9%; 84.6% of tumors was in hypo-intensity signal before contrast administration; 74.4% of tumors was strongly enhanced in arterial phase, 73.1% had strong washout in venous and late phase; portal vein thrombosis accounted for 11.5%; The rate of diagnosis of HCC according to pathological criteria accounted for 82%, according to criteria diagnostic imaging combined with AFP accounted for 18.0%. **Conclusion:** Clinical symptoms of HCC were atypical, paraclinical examinations were non-specific, CT played an important role in the combination with clinical and paraclinical results for the diagnosis as well as the management and prognosis of HCC treatment.

Keywords: HCC, CT- scanner, AFP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là u ác tính chiếm 75%-85% ung thư gan nguyên phát, đứng thứ sáu về tỉ lệ mắc và thứ ba về nguyên nhân gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới (năm 2020), với khoảng 906.000 trường hợp mắc mới và 830.000 trường hợp tử vong. Tỷ lệ mắc và tử vong ở nam giới cao hơn từ 2 đến 3 lần so với nữ giới. Tại Việt Nam, UTBMTBG chiếm tỉ lệ cao nhất trong tổng số bệnh nhân bị ung thư tử vong tại bệnh viện. Điều trị UTBMTBG gặp nhiều khó khăn, đặc biệt ở giai đoạn muộn. Do đó chẩn đoán phát hiện sớm là một trong những yếu tố quan trọng góp phần cải thiện tiên lượng bệnh. Chẩn đoán hình ảnh là một trong những công cụ hỗ trợ công tác chẩn đoán sớm bệnh ung thư gan. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có những ưu điểm nổi bật và tỏ ra là một phương

¹Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện E

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biên khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 8.3.2023

pháp hiệu quả nhất hiện nay trong cả chẩn đoán lẫn theo dõi và tiên lượng điều trị cho người bệnh. Vì vậy, nghiên cứu này có mục tiêu mô tả đặc điểm hình ảnh và đánh giá vai trò của CLVT trong chẩn đoán UTBMTBG.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Được chẩn đoán xác định UTBMTBG
- Được chụp CLVT gan và điều trị tại Bệnh viện E.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.

Không đủ tiêu chuẩn lựa chọn

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

hồi cứu, mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu: chọn mẫu toàn bộ, lựa chọn tất cả các đối tượng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 3/2021 tại Bệnh viện E. Chúng tôi chọn được 61 bệnh nhân với 78 khối u.

2.2.3. Xử lý số liệu:

bằng phần mềm SPSS 22.0

2.3. Kỹ thuật chụp CLVT UTBMTBG (gan 3 pha)

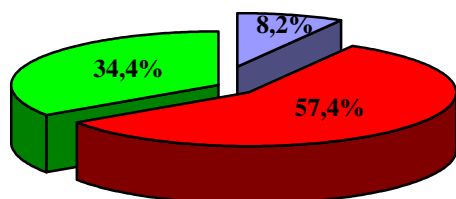
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn chụp, tay để lên đầu
- Thì trước tiêm: các lát cắt lấy từ giữa xương ức đến mào chậu.
- Cách thức chụp 3 pha: tiêm 120ml thuốc đối quang i-ốt (2ml/kg) tốc độ 4ml/s bằng bơm tiêm điện. Chụp thì động mạch 20s sau khi bắt đầu tiêm thuốc. Sau đó, chụp thì tĩnh mạch cửa sau 60s.

- Thông số chụp: độ dày lớp cắt 5mm, khoảng cách lớp cắt bằng độ dày lớp cắt

2.4. Phương tiện nghiên cứu.

Hệ thống chụp cắt lớp 64 lát cắt/ vòng quay SOMATOM Perspective của Siemens.

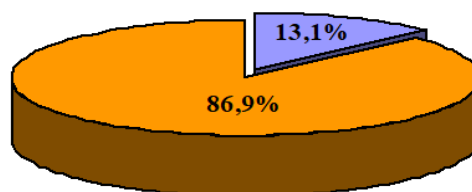
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



■ ≤ 50 tuổi ■ 51-70 tuổi ■ >70 tuổi

Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhận xét: tuổi trung bình là 63,76 ± 12,15, độ tuổi từ 51-70 mắc bệnh cao nhất chiếm 57,4%.



■ Nữ ■ Nam

Biểu đồ 2: Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Nhận xét: UTBMTBG ở nam giới chiếm 86,9%, tỉ lệ nam/nữ 6,6/1

Bảng 1: Nồng độ AFP huyết thanh

Nồng độ AFP (ng/ml)	n	%
≤ 20	30	49,2
20 - <200	18	29,5
200 - <400	2	3,3
≥ 400	11	18,0
Tổng	61	100

Nhận xét: 49,2% UTBMTBG có AFP ≤ 20ng/ml, AFP ≥ 400ng/ml chiếm 18%, 1 bệnh nhân có AFP 30150ng/ml

Bảng 2: Vị trí khối u

Vị trí	n	%
Gan phải	37	60,7
Gan trái	3	4,9
Cả 2 thùy gan	21	34,4
Tổng số	61	100

Nhận xét: u khu trú ở gan phải chiếm 60,7%, ở gan trái chiếm tỷ lệ thấp (4,9%).

Bảng 3: Số lượng u

Số lượng u	n	%
1	50	82
2	8	13,1
≥ 3	3	4,9
Tổng số	61	100

Nhận xét: 1 u chiếm tỷ lệ cao nhất (82%), từ 3 khối trở lên chiếm tỷ lệ thấp (4,9%)

Bảng 4: Kích thước u

Kích thước	Số khối u	%
< 2 cm	13	16,7
2-3 cm	11	14,1
3,1-5 cm	19	24,3
>5cm	35	44,9
Tổng số	78	100

Nhận xét: u kích thước > 5cm chiếm tỷ lệ cao nhất 44,9%, u < 2cm chiếm tỷ lệ thấp nhất (16,7%)

Bảng 5: Tỉ trọng u trước tiêm thuốc cản quang

Tỷ trọng	Số khối u	%
Tăng	4	5,1
Giảm	66	84,6
Đồng nhất	8	10,3
Tổng số	78	100

Nhận xét: hầu hết u đều giảm tỉ trọng trước tiêm thuốc cản quang (84,6%).

Bảng 6: Đặc điểm ngấm thuốc thì động mạch của u

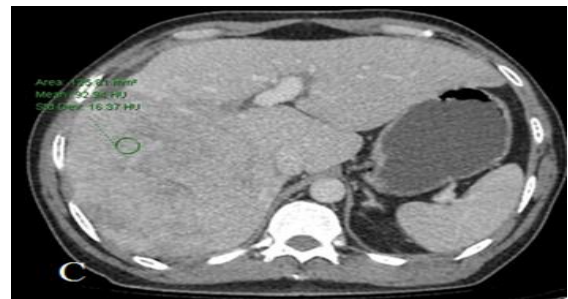
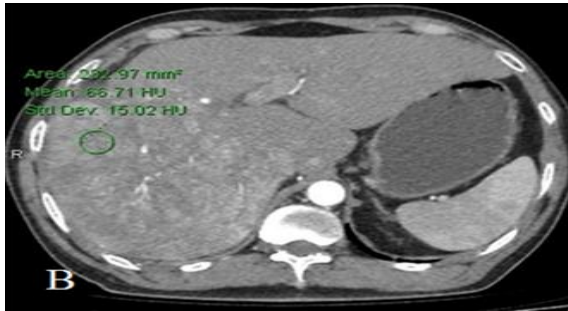
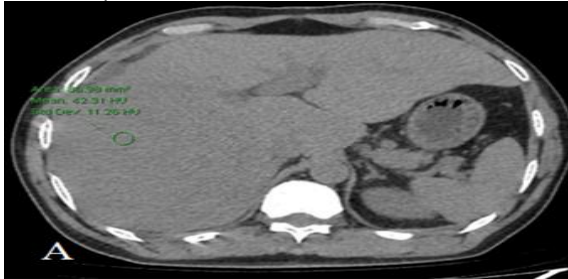
Đặc điểm ngấm thuốc	Số khối u	%
Ngấm thuốc viền	8	10,3
Ngấm thuốc đồng nhất	7	9,0
Ngấm không đồng nhất	59	75,6
Không ngấm thuốc	4	5,1
Tổng số	78	100

Nhận xét: ngấm thuốc không đồng nhất thì động mạch chiếm 75,6%

Bảng 7: Tính chất ngấm thuốc thì động mạch của u

Tính chất ngấm	Số khối u	%
Mạnh	58	74,4
Trung bình	9	11,5
Yếu	7	9,0
Không ngấm thuốc	4	5,1
Tổng số	78	100

Nhận xét: ngấm thuốc mạnh thì động mạch chiếm 71,4%.



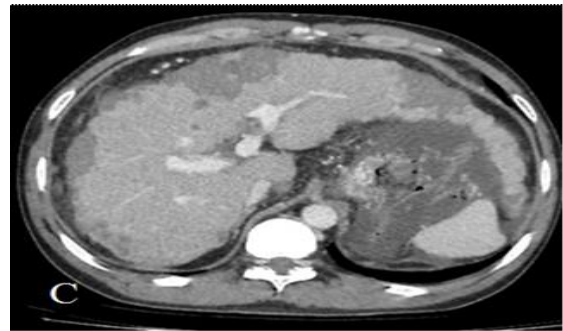
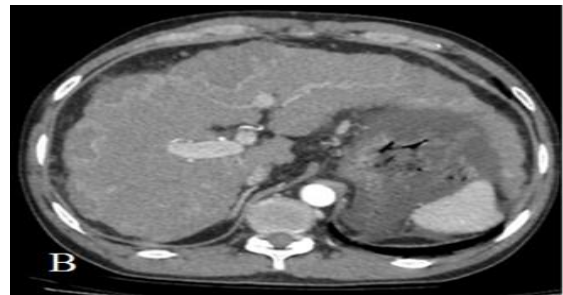
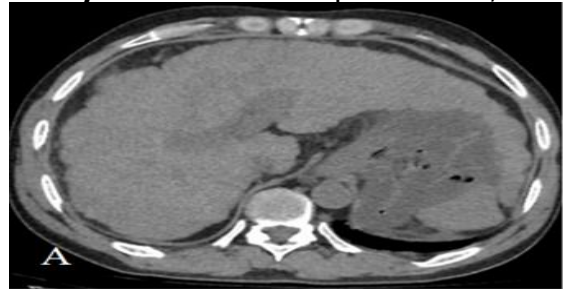
Hình 1: Khối u giảm nhẹ tỉ trọng trước tiêm (42HU), sau tiêm ngấm mạnh thuốc cản

quang thì động mạch (66HU), không thải thuốc thì tĩnh mạch cửa (92HU), Nguyễn Hữu B. 56 tuổi, MBA 2104778.

Bảng 8: Đặc điểm thải thuốc của u thì tĩnh mạch

Đặc điểm thải thuốc	Số khối u	%
Thải thuốc mạnh	57	73,1
Thải thuốc ít	8	10,2
Không thải thuốc	13	16,7
Tổng số	78	100

Nhận xét: thải thuốc mạnh chiếm 73,1%.

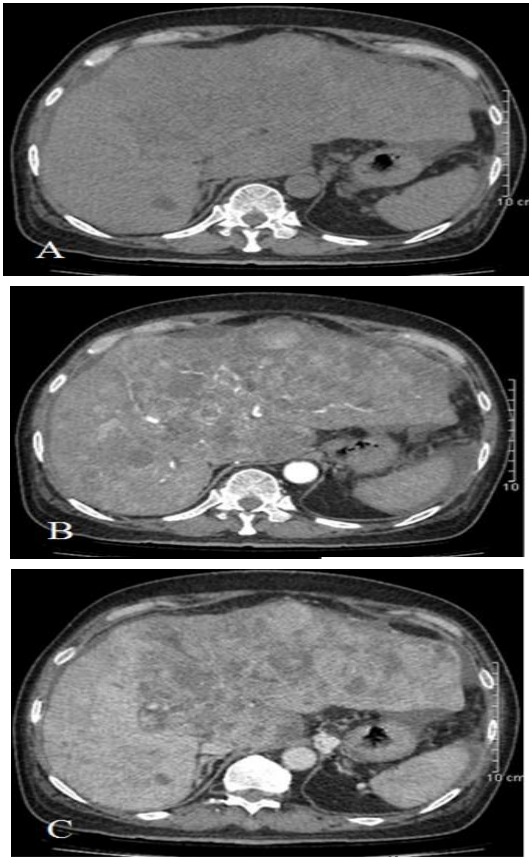


Hình 2: Hình ảnh UTBMTBG đa ổ: giảm nhẹ tỉ trọng trước tiêm (A), ngấm thuốc dạng viền thì động mạch (B), thải thuốc thì tĩnh mạch cửa (C), Trần Phương N. 49 tuổi, MBA: 2103920

Bảng 9: Huyết khối tĩnh mạch cửa

Huyết khối	n	%
Có	7	11,5
Không	54	88,5
Tổng số	61	100

Nhận xét: huyết khối tĩnh mạch cửa chiếm 11,5%



Hình 3: UTBMTBG thâm nhiễm lan tỏa, giảm nhẹ tỉ trọng trước tiêm (A), sau tiêm ngấm thuốc mạnh thì động mạch (B), thải thuốc nhanh thì tĩnh mạch (C). Huyết khối tĩnh mạch cửa. Ngô Văn K, 73 tuổi, MBA: 2103045

Bảng 10: Chẩn đoán xác định UTBMTBG

Tiêu chuẩn chẩn đoán	n	%
Giải phẫu bệnh	50	82,0
Phim CLVT điển hình và AFP $\geq 400\text{ng/ml}$	11	18,0
Tổng số	61	100

Nhận xét: 18% UTBMTBG được chẩn đoán theo tiêu chuẩn CDHA kết hợp với AFP, 82% UTBMTBG được chẩn đoán dựa trên giải phẫu bệnh sinh thiết u.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của bệnh nhân là $63,76 \pm 12,15$, thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 92 tuổi. Nhóm tuổi từ 51-70 có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất chiếm 57,4%, tiếp đến là nhóm tuổi >70 chiếm 34,4% và cuối cùng là nhóm tuổi < 50 chiếm 8,2%. Trần Quang Tú cũng ghi nhận tuổi thấp nhất là 26, cao nhất là 92 tuổi, nhóm tuổi 51-70 chiếm 58,6%. Wang ghi nhận tuổi trung bình $43,5 \pm 13,1$. Sự khác

biệt về tuổi mắc bệnh có thể do liên quan tới yếu tố nguy cơ bởi sự phân bố và lịch sử tự nhiên của vi rút viêm gan B và C, HCV thường mắc ở người trưởng thành trong khi hầu hết những người mang HBV bị nhiễm từ nhỏ.

Tỉ lệ nam 86,9%, nữ 13,1%, tỉ lệ nam/nữ là 6,6/1. Trần Quang Tú cũng ghi nhận nam chiếm 77,3%, Wang ghi nhận tỉ lệ nam là 62%. Có thể do nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ hơn nữ giới như tỉ lệ viêm gan B, C cao hơn, uống rượu, tiếp xúc với các hóa chất độc hại nhiều hơn. Cũng có giả thuyết đưa ra về việc hormon sinh dục cũng làm ảnh hưởng đến tỉ lệ nam giới mắc bệnh, cụ thể là estrogen ở nữ có tác dụng ức chế quá trình viêm thông qua interleukin 6, do đó làm giảm sự tổn thương tế bào gan. Tuy nhiên chúng ta cần thêm nhiều dữ kiện để khẳng định giả thuyết này.

Chất chỉ điểm khối u quan trọng nhất trong chẩn đoán UTBMTBG là AFP. Nồng độ AFP có vai trò quan trọng trong việc hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh. Trong nghiên cứu này 49,2% có nồng độ AFP thấp hơn 20ng/ml, chỉ có 21,3% có nồng độ AFP cao hơn 200ng/ml, trong đó có 18 % có nồng độ AFP trên 400ng/ml. Đào Văn Long ghi nhận 25,9% bệnh nhân có nồng độ AFP $< 20\text{ng/ml}$ và 35,8% bệnh nhân có nồng độ AFP $> 500\text{ng/ml}$. Hoàng Thị Quyên khảo sát nồng độ AFP ở bệnh nhân UTBMTBG và mắc bệnh lý gan mạn tính khác ghi nhận 24,3% bệnh nhân có AFP $< 20\text{ng/ml}$ và 45,5% bệnh nhân có AFP $> 350\text{ng/ml}$. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân với nồng độ AFP $< 20\text{ng/ml}$ cao hơn so với các nghiên cứu khác trong nước. Hiện nay cả AASLD và EASL đều không còn khuyến cáo sử dụng AFP trong chẩn đoán UTBMTBG do độ đặc hiệu thấp hơn mong đợi. AFP cũng tăng trong trường hợp ung thư đường mật trong gan hoặc một số trường hợp di căn từ ung thư đại tràng. Việc chẩn đoán UTBMTBG hiện nay sẽ dựa trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và mô bệnh học. Khuyến cáo của APASL năm 2010 cũng đưa ra nhận định rằng AFP đơn thuần không được sử dụng để chẩn đoán UTBMTBG và khi phối hợp, ngưỡng chẩn đoán của AFP là 200ng/ml. Trong nghiên cứu của chúng tôi 82,0% trường hợp có 1 khối u, 13,1% có 2 khối u và 4,9% có từ 3 khối u trở lên trong đó có 1 trường hợp có 5 khối u. Khả tương đồng với nghiên cứu của Đào Văn Long trong đó 1 khối u chiếm 88,9%. Số lượng u là yếu tố quan trọng trong tiên lượng điều trị. Trong nghiên cứu của Đào Việt Hằng điều trị UTBMTBG bằng đốt nhiệt sóng cao tần, phần lớn bệnh nhân có 1

khối u (66,9%). Với nhóm bệnh nhân có 2-3 khối u mà khối u nằm ở các hạ phần thù khác nhau sẽ gây trở ngại lớn trong phẫu thuật.

Về vị trí, phần lớn các khối u nằm ở gan phải chiếm 60,7%, ở gan trái chiếm 4,9%, cả gan phải và trái chiếm 34,4%. Trần Quang Tú cho rằng u gan phải chiếm 55,5%, u gan trái chiếm 14,5%, cả gan phải và trái chiếm 30,0%, Nguyễn Hoàng Sâm ghi nhận u gan bên phải chiếm 67,9%.

Kích thước u < 2cm chiếm 16,7%, kích thước 2-3cm chiếm 14,1%, u kích thước 3,1-5cm chiếm 24,3% và u kích thước >5 cm chiếm 44,9%. Trần Quang Tú ghi nhận u kích thước <3 cm chiếm 27,3%, từ 3-5 cm chiếm 46,4%, > 5 cm chiếm 26,4%. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Sâm cho kết quả số lượng u có kích thước từ 2-5 cm chiếm tỉ lệ cao nhất (47,2%). Sự khác biệt này có thể là do trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Sâm, nhóm bệnh nhân được chọn có AFP < 400ng/ml. AFP được chứng minh là có mối liên quan với kích thước của khối u. Kích thước khối u trong UTBMTBG được chứng minh đóng vai trò quan trọng trong xác định giai đoạn bệnh cũng như tiên lượng điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 84,6% khối u giảm tỉ trọng trên phim trước tiêm thuốc cản quang, 10,3% khối u đồng tỉ trọng và 5,1% khối u tăng tỉ trọng. Nguyễn Hoàng Sâm cũng ghi nhận 88,7% u giảm tỉ trọng trước tiêm, tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Sau tiêm thuốc cản quang chúng tôi thấy u ngấm thuốc thì động mạch chiếm 94,9%. Nguyễn Hoàng Sâm cũng cho rằng tỉ lệ khối u ngấm thuốc động mạch là 92,4%. Nguyễn Phước Bảo Quân cũng ghi nhận UTBMTBG thường gặp các mẫu hình ảnh có biểu hiện tăng tỉ trọng thì động mạch nghĩa là thuộc nhóm u giàu mạch chiếm đến 86,92%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 9% ngấm thuốc dạng viên. Mai Hồng Bằng cho kết quả khối u ngấm dạng viên chiếm đến 77,8% do nghiên cứu của Mai Hồng Bằng được thực hiện trên những bệnh nhân ung thư gan thứ phát và đây cũng là đặc điểm tương đối khác biệt so với ung thư gan nguyên phát khi chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 83,3% khối u thải thuốc thì tĩnh mạch cửa và thì muện, kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Phước Bảo Quân tỉ lệ khối u thải thuốc thì tĩnh mạch cửa là 86,5%. Hình ảnh "thải thuốc cản quang" trong hầu hết UTBMTBG phản ánh đặc tính huyết động của loại ung thư này giàu

nguồn cấp máu từ các động mạch tân sinh, nhưng rất nghèo thành phần tĩnh mạch cửa, trái ngược với nhu mô gan bình thường, bên cạnh đó thời gian lưu chuyển qua u của chất cản quang trong động mạch tân sinh cũng rất ngắn, kết quả cho hình ảnh "thải thuốc cản quang". Như vậy, hầu hết các nghiên cứu cho thấy sau tiêm thuốc cản quang các khối UTBMTBG ngấm thuốc mạnh ở thì động mạch, thải thuốc thì tĩnh mạch cửa. Đặc điểm này rất có giá trị trong chẩn đoán UTBMTBG trong chẩn đoán hình ảnh.

Huyết khối tĩnh mạch cửa là yếu tố tiên lượng bệnh quan trọng trong UTBMTBG. Trong nghiên cứu, tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch cửa là 11,5%. Trần Quang Tú cũng ghi nhận, tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch cửa là 10,9%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Wang là 13,67%. Xâm lấn mạch máu nói chung là một dấu hiệu thể hiện giai đoạn muộn của UTBMTBG, thể hiện tình trạng lan rộng và phá hủy của tổ chức ung thư vào mạch máu lân cận. Hình thái xâm lấn mạch máu thể hiện thông qua hình ảnh huyết khối hoàn toàn hoặc một phần của thân hoặc nhánh tĩnh mạch cửa và CLVT có tiêm thuốc cản quang là công cụ hữu ích trong việc phát hiện ra chúng. Huyết khối tĩnh mạch cửa là một yếu tố tiên lượng xấu đến kết quả điều trị. Bệnh nhân có huyết khối hoàn toàn hoặc không hoàn toàn thân hoặc nhánh tĩnh mạch cửa là các trường hợp chống chỉ định với điều trị bằng nút mạch, bởi nguy cơ suy gan cao sau can thiệp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 18% trường hợp được chẩn đoán UTBMTBG thông qua tiêu chuẩn về hình ảnh UTBMTBG điển hình trên CLVT kết hợp với nồng độ AFP huyết thanh \geq 400ng/ml mà không cần tới sự can thiệp của sinh thiết giải phẫu bệnh. Tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán ung thư nói chung dựa vào kết quả mô bệnh học, tuy nhiên sinh thiết khối u là một thủ thuật xâm lấn và khó thực hiện đối với những trường hợp rối loạn đông máu hoặc thể trạng bệnh nhân quá yếu. Do đó với những đặc điểm đặc trưng trên phim CLVT của UTBMTBG và sự hiện diện của các chất chỉ điểm khối u thì việc sử dụng CLVT đã phần nào khắc phục được tình trạng trên. Tuy vậy, trong những trường hợp chưa chắc chắn hoặc cần phân biệt với các tổn thương ác tính khác của gan thì sinh thiết khối u là cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Cắt lớp vi tính đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán xác định UTBMTBG cũng như việc quản lý và tiên lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. Sung, J. Ferlay, R. L. Siegel**, (2021), Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, *CA Cancer J Clin.*, Vol 71, No. 3, pp. 209-249.
2. **Trần Quang Tú, Trần Công Duy Long, Đỗ Thị Hồng Tươi**, (2021), Đặc điểm bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại đơn vị ung thư gan mật và ghép gan- khoa ngoại gan mật tụy Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 504, số 2 - 2021, tr. 20-25.
3. **G. Wang, S. Zhu, X. Li**, (2019), "Comparison of Values of CT and MRI imaging in the Diagnosis of Hepatocellular Carcinoma and Analysis of Prognostic Factors", *Oncology Letters*. Vol. 17, No. 1, pp. 1184-1188.
4. **Đào Văn Long** (2009), Đánh giá kết quả điều trị ung thư gan bằng phương pháp đốt nhiệt sóng cao tần, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp bộ, Hà Nội.
5. **Hoàng Thị Quyên** (2012), Khảo sát nồng độ alpha-fetoprotein và một số chỉ số hóa sinh ở BN ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện 103, Luận văn thạc sĩ dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
6. **M. Omata, L.A. Lesmana, R. Tateishi et al**, (2010) "Asian Pacific Association for the Study of the Liver Consensus Recommendations on Hepatocellular Carcinoma", *Hepatol Int*. Vol. 4, No. 2, pp. 439-474.
7. **Đào Việt Hằng** (2016), Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt nhiệt sóng cao tần với các loại kim lựa chọn theo kích thước khối u, Luận văn Tiến sĩ Y học, cĐai học Y Hà Nội.
8. **Nguyễn Hoàng Sâm** (2019), Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị chụp MSCT 128 lát trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan có AFP<400ng/ml tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa, Luận văn bác sĩ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Nguyễn Phước Bảo Quân** (2010), Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính vòng xoắn 3 thì trong chẩn đoán một số ung thư gan thường gặp, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

THỰC TRẠNG PHỤC HÌNH CỦA NGƯỜI CAO TUỔI MẤT RĂNG Ở PHƯỜNG PHƯƠNG LIÊN, QUẬN ĐÔNG ĐA, THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Đào Thị Dung¹, Phạm Dương Hiếu¹, Chu Thị Quỳnh Hương¹, Lưu Văn Tường¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu "Thực trạng phục hình của người cao tuổi mất răng ở phường Phương Liên, quận Đống Đa, thành phố Hà Nội" thực hiện từ tháng 03 /2022 đến 09/2022 trên 180 người cao tuổi đang sinh sống tại phường Phương Liên, Đống Đa, Hà Nội bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang với mục tiêu "Mô tả thực trạng phục hình răng của người cao tuổi ở phường Phương Liên, quận Đống Đa, thành phố Hà Nội năm 2022". Kết quả nghiên cứu cho thấy: Số răng mất trung bình của NCT nghiên cứu là 7±6 răng trong đó nhóm tuổi ≥80 là nhóm NCT có số lượng răng mất nhiều nhất với trung bình là 11±8 răng. Về PH tháo lắp: Phần lớn NCT làm phục hình tại phòng khám Nha khoa tư nhân với phương pháp phục hình cố định và chất liệu hàm nhựa thường được sử dụng nhiều nhất. Phần lớn tình trạng phục hình tháo lắp của NCT là không khít sát; chất lượng phát âm trước và sau khi đeo hàm tháo lắp của NCT chủ yếu là khá. 13,2% NCT phục hình gây đau; mức độ hài lòng về thẩm mỹ chỉ đạt 34%. Về PH cố định: 1/3 PH có viêm viền lợi; phần lớn PH lung lay độ 1. PH tụt lợi nhiều nhất là

1mm; hầu hết mặt nhai đối của PH không mòn; chất liệu sứ 2 thành phần được sử dụng nhiều nhất. Có 2 trường hợp PH implant đều là dạng bắt vít.

Từ khóa: Mất răng người cao tuổi, phục hình răng mất.

SUMMARY

THE SITUATION OF PROSTHODONTICS THERAPY FOR THE ELDERLY IN PHUONG LIEN WARD, DONG DA DISTRICT, HA NOI CITY

The research "The situation of prosthodontics therapy for the elderly in Phuong Lien ward, Dong Da district, Ha Noi city" was performed from March 2022 to September 2022 on 180 elderly people living in Phuong Lien ward, Dong Da district, Hanoi by cross-sectional descriptive research method with the goal of "Describe the actual situation of prosthodontics therapy for the elderly in Phuong Lien ward, Dong Da district, Hanoi city in 2022" with the following results: The average number of missing teeth in the studied elderly was 7±6 teeth, in which the age group ≥80 was the elderly group with the largest number of missing teeth with an average of 11±8 teeth. Most elderly people do prosthetics at private dental clinics with fixed prosthetic methods and plastic jaw materials were most often used. Most of the elderly people's removable prosthetics were not tight. The quality of pronunciation before and after wearing the removable jaws of the elderly was mainly good. 13.2% of elderly people with painful prostheses; aesthetic satisfaction

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền

Email: nguyenniennhakhhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023