

Kết quả trung hạn điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai

Võ Tuấn Anh, Nguyễn Công Tiến, Nguyễn Văn Thành, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Dũng Nhân*

TÓM TẮT:

Mở đầu: Điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ theo phác đồ đa mô thức tại bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai cần được đánh giá về mức độ hiệu quả trong việc kết hợp giữa hai khoa ngoại lồng ngực và khoa ung bướu. CEA và Cyfra21-1 là dấu ấn ung thư được sử dụng nhiều nhất trên lâm sàng trong chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ. Đánh giá độ nhạy và đặc hiệu của CEA và Cyfra21-1 và xác định ngưỡng cắt tối ưu của xét nghiệm giúp bác sĩ tại khoa trong việc chẩn đoán bệnh.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang phân tích. Đánh giá kết quả trung hạn của điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ không tế bào nhỏ bằng biểu đồ Kaplan Meier. Sử dụng hồi quy Cox để so sánh nguy cơ tử vong trong giai đoạn trung hạn. Dùng đường cong ROC để tính diện tích dưới đường cong (AUC) và tìm ngưỡng cắt tối ưu bằng youden index của CEA và Cyfra 21-1.

Kết quả: Có 96 trường hợp chẩn đoán xác định ung thư phổi không tế bào nhỏ trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình $62,7 \pm 9,7$ tuổi với tỷ lệ nam:nữ là 2:1. Carcinom tuyến giáp nhiều nhất (62,5%), kế đến là carcinom biệt hóa kém (28,1%) và carcinom tế bào gai (9,1%). Trong nhóm nghiên cứu chỉ có 14% bệnh nhân được phát hiện u phổi trong giai đoạn còn chỉ định phẫu thuật triệt căn, và chỉ có 56% đồng ý điều trị

theo phác đồ bệnh viện. Việc tham gia điều trị theo phác đồ bệnh viện giảm nguy cơ tử vong tại giai đoạn trung hạn 65% ở nhóm được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ hay 64% ở nhóm ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn cuối khi so với nhóm từ chối điều trị với p và HR lần lượt là 0,35 ($p = 0,001$) và 0,36 ($p = 0,01$). Độ nhạy và đặc hiệu thực tế của CEA và Cyfra21-1 lần lượt là (84,4% và 64,4%) và Cyfra (86,3% và 74,2%). Ngưỡng cắt tối ưu được xác định qua đường cong ROC của CEA và Cyfra 21-1 đi kèm với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là (3,77ng/ml;84%;81%) và (2,99ng/ml;84%;84%).

Kết luận: Điều trị theo phác đồ giúp giảm nguy cơ tử vong có khác biệt thống kê ở giai đoạn trung hạn trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ nói chung cũng như những bệnh nhân giai đoạn trễ nói riêng. Sử dụng xét nghiệm CEA và Cyfra21-1 để chẩn đoán ung thư trên một bệnh nhân nhập viện có tổn thương nghi ngờ ở phổi có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là (84% ; 81%) cho CEA và (84%; 84%) cho Cyfra21-1, với ngưỡng cắt được đề nghị là 3,77ng/ml CEA và 2,99 ng/ml Cyfra21-1.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, CEA, Cyfra 21-1

⁸ Khoa Ngoại Lồng ngực - Tim mạch, Bệnh viện đa khoa Đồng Nai
Địa chỉ: 02 Đồng Khởi, P. Bình Đa, Biên Hòa, Đồng Nai

*Tác giả liên hệ: Võ Tuấn Anh

Email: dranhtuanvo@gmail.com; Tel: 0908520016

Ngày nhận bài: 24/11/2024 Ngày sửa bài: 15/01/2025

Ngày chấp nhận đăng: 20/01/2025

MID TERM OUTCOME OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Introduction: Multimodal treatment of non-small cell lung cancer at Dong Nai General Hospital needs to be evaluated. CEA and Cyfra21-1 are the most commonly used cancer markers in the clinical diagnosis of lung cancer. Determining the sensitivity and specificity of CEA and Cyfra21-1 in clinical practice as well as redetermining the optimal cut-off threshold of the test will help doctors in the department in diagnosing the disease.

Methods: Cross-sectional analysis. Cox regression was used to compare the risk of mortality in the perioperative period. ROC curve was plotted to calculate AUC and optimal cut-off was found using Youden index.

Results: There were 96 cases of confirmed lung cancer in the study, the average age was 62.7 ± 9.7 years with a male:female ratio of 2:1. 36% of cases were hospitalized for chest pain, 22% were asymptomatic. In the study group, only 14% of patients were detected with early stage lung tumors, and only 56% agreed to be treated

according to the hospital protocol. Participation in treatment according to the hospital protocol reduced the risk of death at the intermediate stage by 65% in the group diagnosed with lung cancer or 64% in the group with late stage lung cancer when compared with the group refusing treatment with p and HR of 0.35 ($p = 0.001$) and 0.36 ($p = 0,01$), respectively. The actual sensitivity and specificity of CEA and Cyfra21-1 were (84.4% and 64.4%) and Cyfra (86.3% and 74.2%), respectively. The optimal cut-offs determined by the ROC curve of CEA and Cyfra21-1 were associated with sensitivity and specificity of (3.77ng/ml;84%;81%) and (2.99ng/ml;84%;84%), respectively.

Conclusion: Radical treatment will help reduce the midterm mortality with in non small cell lung cancer patients. Using CEA and Cyfra21-1 tests to diagnose cancer in a hospitalized patient with suspected lung lesions has a sensitivity and specificity of (84%; 81%) for CEA and (84%; 84%) for Cyfra21-1, respectively, with the recommended cutoffs being 3.77 ng/ml CEA and 2.99 ng/ml Cyfra21-1.

Keywords: *Non small cell lung cancer, CEA, Cyfra 21-1.*

MỞ ĐẦU

Ung thư phổi không tế bào nhỏ là một trong loại ung thư thường gặp nhất trên lâm sàng. Theo ghi nhận của IRAC trong năm 2020, ung thư phổi không tế bào nhỏ là loại ung thư có tỷ lệ mới mắc (11,4%) nhiều thứ 2 và tỷ lệ tử vong (18%) đứng đầu trên thế giới [1]. Điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ đã có nhiều tiến bộ trong phác đồ đa

mô thức như ngoài phẫu trị, xạ trị và hóa trị còn có thêm các phương pháp như miễn dịch và nhắm trúng đích trong điều trị nhằm kéo dài thời gian sống và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân. Tuy nhiên, do nhiều lý do khách quan, tại bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai vẫn chưa thể ứng dụng đầy đủ tất cả các phương pháp điều trị đa mô thức mà phải có một phác đồ điều trị riêng dựa trên

hoàn cảnh thực tế và sự kết hợp của hai chuyên khoa ngoại lồng ngực và ung bướu. Vì vậy, việc đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ theo phác đồ tại bệnh viện là việc cần thiết.

CEA và Cyfra21-1 là 2 dấu ấn ung thư thường được sử dụng trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ. CEA được mô tả đầu tiên vào năm 1965 bởi Gold và Freedman, thường xuất hiện trong huyết thanh khi có xuất hiện u trong hệ tiêu hóa, phổi, vú, giáp,... và không chuyên biệt cho một loại tổn thương u nào. Cyfra 21-1 là một phân đoạn cytokeratin 19, được tiết ra bởi tế bào biểu mô phổi khi có sự tăng sinh tế bào một cách bất thường (như trường hợp ung thư). Trong lâm sàng, vai trò của CEA và Cyfra21-1 thường được dùng như một chất lượng giá hiệu quả sau quá trình điều trị theo các phác đồ hóa trị [2]. Với việc phát triển của nhiều phương pháp chẩn đoán huyết thanh kèm các phương pháp chẩn đoán hỗ trợ trong lúc phẫu thuật như sinh thiết lạnh thì vai trò chẩn đoán của CEA và Cyfra21-1 ngày càng thu hẹp. Tuy nhiên, ở những cơ sở chưa có đủ điều kiện và trang thiết bị, việc dùng CEA và Cyfra như một chẩn đoán gợi ý ung thư khi bệnh nhân có tổn thương nghi ngờ tại phổi mà không có giải phẫu bệnh trước điều trị cũng là một lựa chọn có thể chấp nhận [3]. Việc đánh giá hiệu quả của xét nghiệm này là cần thiết để giúp các bác sĩ trong các chuyên ngành phẫu thuật lồng ngực và ung bướu sử dụng hiệu quả hơn trên lâm sàng cũng như đưa ra chỉ định thích hợp.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Đánh giá kết quả trung hạn điều trị đa mô thức ung thư phổi không tế bào nhỏ tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca.

Thời gian và địa điểm

Thời gian: Từ 1/2022- 6/2023

Địa điểm: Bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tất cả bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ điều trị tại khoa ngoại lồng ngực bệnh viện Đồng Nai trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ.

Bệnh nhân có ung thư khác đi kèm cần điều trị

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

Các trường hợp mất dữ liệu hay không thể liên lạc được để theo dõi giai đoạn trung hạn.

Quy trình thực hiện nghiên cứu

Số liệu bệnh nhân và điều trị sẽ được lấy số liệu theo phương pháp hồi cứu hồ sơ điện tử và hồ sơ giấy.

Giai đoạn ung thư được đánh giá theo TNM 8.

Định nghĩa trung hạn: Bệnh nhân sống còn sau 1 năm thực hiện phẫu thuật và điều trị đa mô thức khác.

Chỉ định phẫu thuật triệt căn: Ung thư phổi không tế bào nhỏ được chỉ định phẫu thuật triệt căn ở giai đoạn từ IIIA đến sớm hơn

Không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn: Ung thư phổi không tế bào nhỏ muộn hơn giai đoạn IIIA

Chúng tôi phân chia thành hai nhóm bệnh nhân:

Nhóm 1: Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật triệt căn bằng phương pháp cắt thùy phổi và nạo hạch.

Nhóm 2: Bệnh nhân được phẫu thuật để sinh thiết lấy mẫu làm giải phẫu bệnh, không thực hiện phẫu thuật triệt căn.

Chúng tôi thực hiện đánh giá kết quả trung hạn chung về tỉ lệ sống còn và so sánh giữa nhóm 1 và nhóm 2 về tỉ lệ sống còn sau 2 năm điều trị.

Thông tin trong giai đoạn trung hạn được thu thập bằng cách liên lạc với bệnh nhân hoặc thân nhân bệnh nhân.

Bên cạnh đó, chúng tôi thực hiện đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của 2 chỉ dấu ung thư được sử dụng phổ biến trong ung thư phổi không tế bào nhỏ là CEA và Cyfra 21-1, tính diện tích dưới

đường cong ROC và xác định ngưỡng cắt phù hợp trong mẫu nghiên cứu này.

Phương pháp phân tích số liệu.

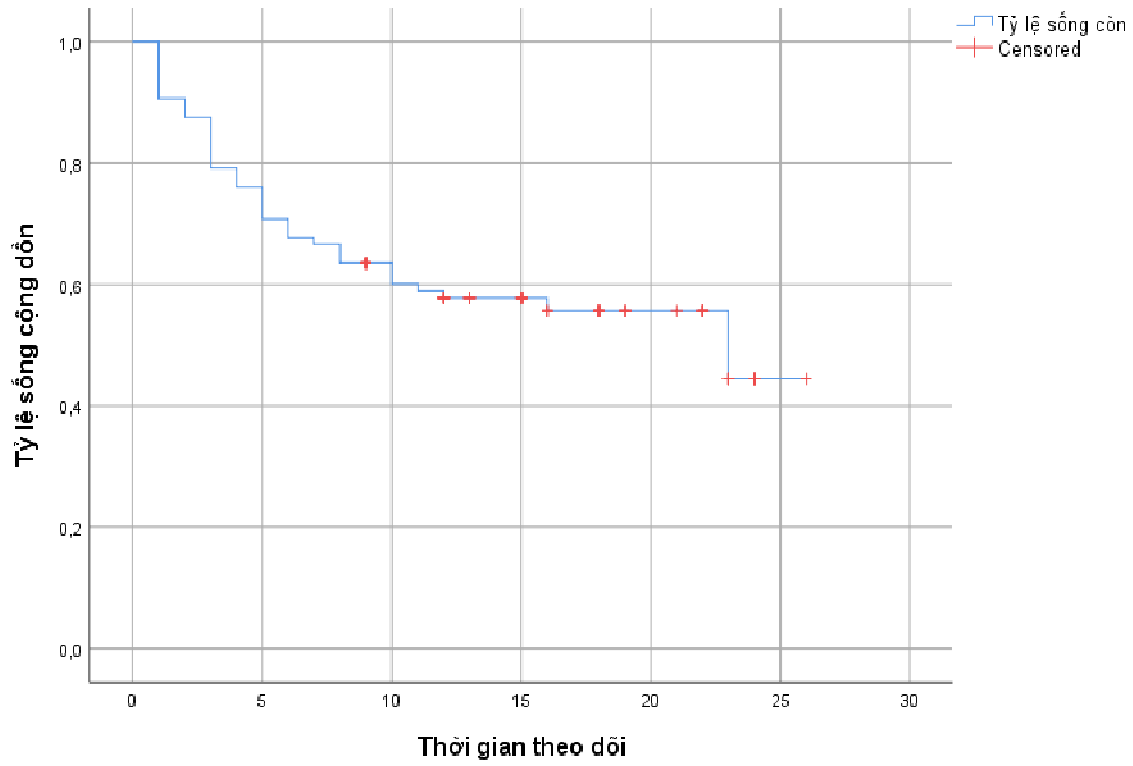
Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26. So sánh tỷ lệ bằng phương pháp Chi bình phương hoặc Fisher. So sánh trung bình sẽ được thực hiện bằng phép kiểm T test hoặc Wilcoxon. Trong giai đoạn trung hạn, so sánh thời điểm tử vong bằng log rank, so sánh nguy cơ tử vong tại một thời điểm nhất định bằng phương pháp hồi quy Cox. Xây dựng mô hình xét nghiệm bằng biểu đồ đường cong ROC.

KẾT QUẢ

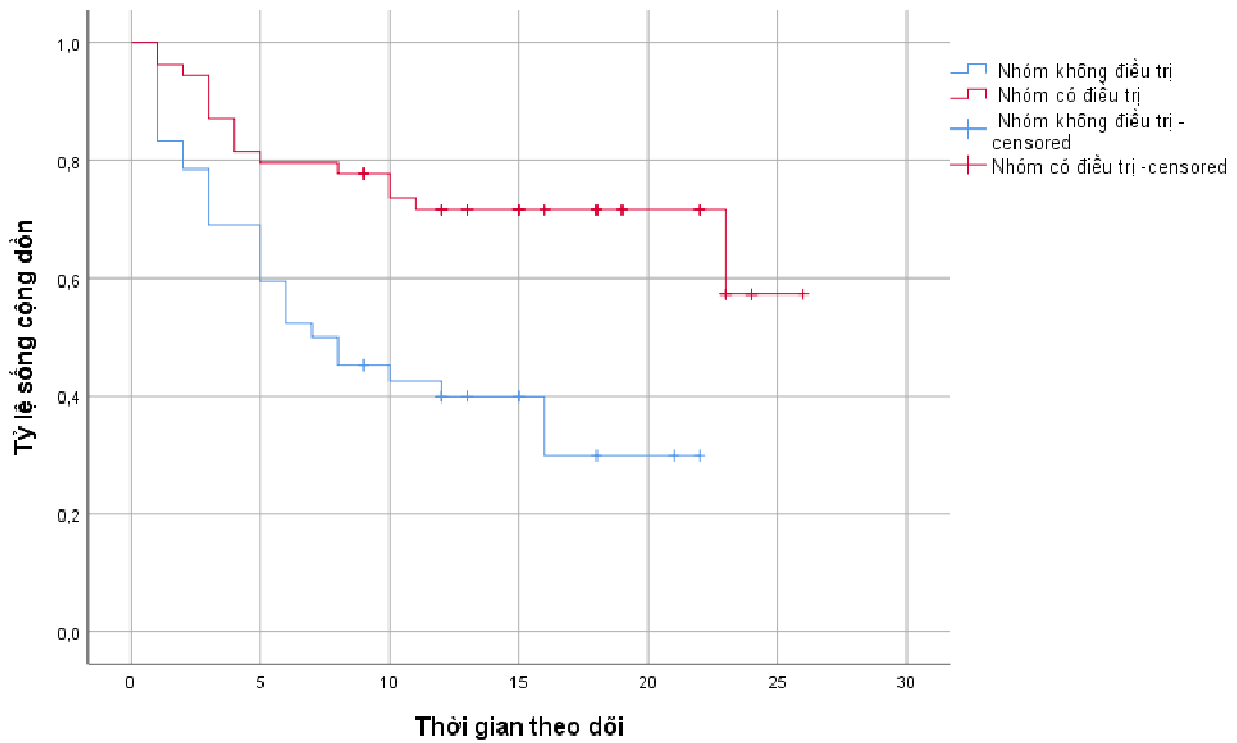
2.1. Kết quả trung hạn

Bảng 5.1: Đặc điểm bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại bệnh viện ĐK ĐN

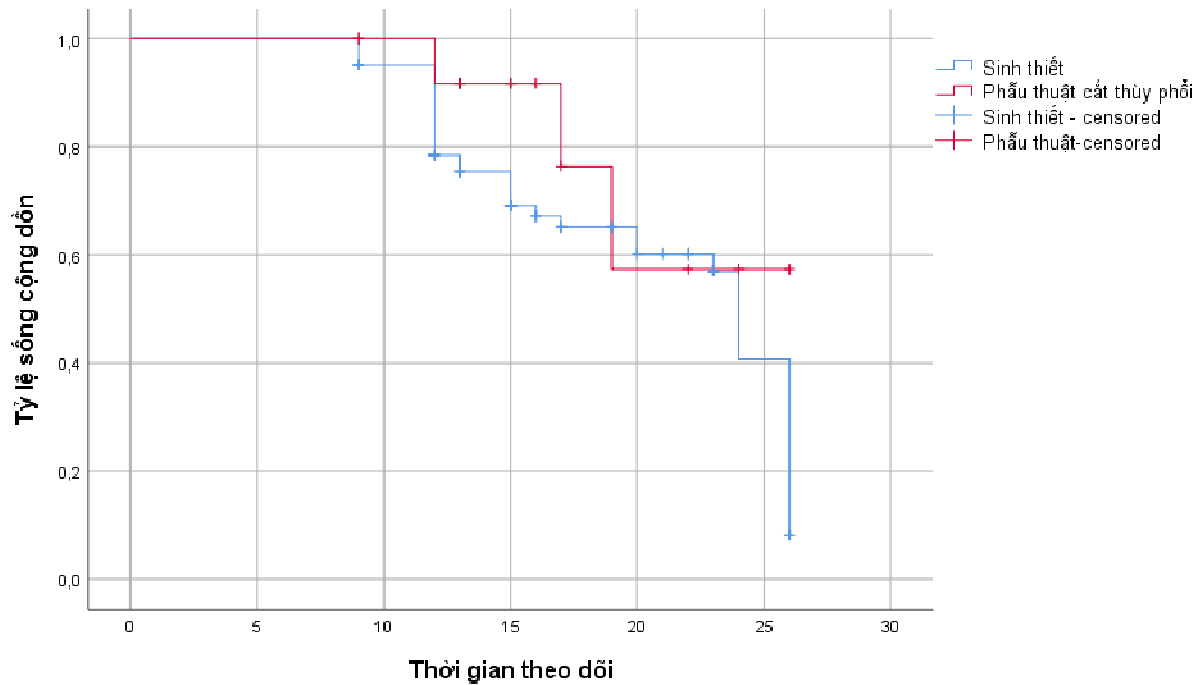
	Nhóm 1	Nhóm 2	Tổng	p
Số bệnh nhân	54	42	96	
Tuổi	61,6 ± 9,8	64,1 ± 9,6		0,23
Giới tính				
Nam giới	33	31	64	0,27
Nữ giới	21	11	32	
Triệu chứng				
Không	13	8	21	0,74
Ho	10	13	23	
Khó thở	9	8	17	
Đau ngực	20	15	35	
Hút thuốc (gói năm)	16,3 ± 2,2	24,74 ± 2,7		0,01
Giai đoạn				
Sớm (< IIIB)	10	4	14	0,25
Trễ (≥ IIIB)	44	38	82	
Giải phẫu bệnh				
Carcinom tuyến	35	25	60	0,09
Carcinom TB gai	7	2	9	
Carcinom biệt hóa kém	12	15	27	
Lấy mẫu bệnh phẩm				
Phẫu thuật	10	4	14	0,25
Sinh thiết	44	38	82	



Biểu đồ 5.1: Kaplan-Meier tỷ lệ sống còn theo dõi trong 2 năm



Biểu đồ 5.2: Kaplan-Meier của nhóm 1 và nhóm 2



Biểu đồ 5.3: Kaplan-Meier của nhóm 1 và nhóm 2

2.2 Xét nghiệm CEA và CYFRA

Bảng 5.2: Xét nghiệm CEA trong chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ

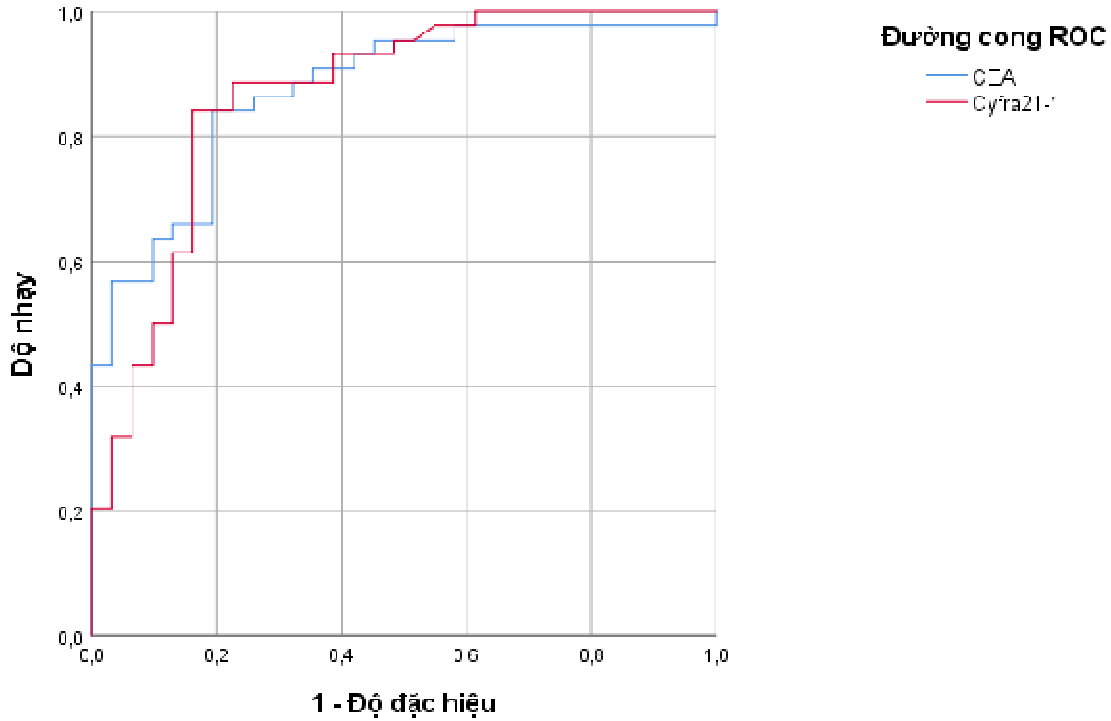
	Ung thư	Lành tính	Tổng
Dương tính	33	11	44
Âm tính	6	25	31
Tổng	39	36	75

Độ nhạy: 84,6% Độ đặc hiệu: 69,4%

Bảng 5.3: Xét nghiệm Cyfra21-1 trong chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ

	Ung thư	Lành tính	Tổng
Dương tính	38	9	47
Âm tính	6	26	32
Tổng	44	35	79

Độ nhạy: 86,3% Độ đặc hiệu: 74,2%



Biểu đồ 5.5: Đường cong ROC của CEA và Cyfra 21-1.

Để tính ngưỡng cắt tối ưu, chúng tôi sử dụng chỉ số youden index để xác định kết quả.

Bảng 5.4: Xác định ngưỡng chẩn đoán

	Youden index	Ngưỡng	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
CEA	0,65	3,77 ng/ml	84%	81%
Cyfra21-1	0,68	2,99 ng/ml	84%	84%

BÀN LUẬN

Trong năm 2022 chúng tôi ghi nhận được 127 trường hợp ung thư phổi không tế bào nhỏ đến khám tại bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai nhưng chỉ có 96 trường hợp còn đủ cơ sở dữ liệu theo dõi cũng như liên lạc được và thỏa tiêu chuẩn đưa vào mẫu nghiên cứu. Trong 96 trường hợp này, chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình là 62,7±9,7 tuổi với tỷ lệ nam : nữ là 2 : 1. Tỷ lệ bệnh nhân có hút thuốc lá là 65%, phần lớn bệnh nhân đến khám với triệu chứng đau ngực 36% trong khi đó tỷ lệ tình cờ phát hiện khối u là 22%.

Loại ung thư thường gặp nhất là Carcinoma tuyến chiếm 62,5%, tiếp đó là carcinom biệt hóa kém 28,1% và carcinom tế bào gai 9,1%. Có 14 trường hợp (15%) còn chỉ định phẫu thuật triệt căn (giai đoạn IIIA và sớm hơn), 82 trường hợp (85%) thuộc giai đoạn IIIB trở lên và chỉ được sinh thiết để làm giải phẫu bệnh chẩn đoán và điều trị. Trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ, việc phát hiện tổn thương trong giai đoạn còn chỉ định phẫu thuật triệt căn ảnh hưởng rất nhiều tới phương pháp điều trị và tiên lượng sống của bệnh nhân về sau. Theo một báo cáo của CDC tại Mỹ

cho thấy tỷ lệ phát hiện ung thư phổi không tế bào nhỏ trong giai đoạn còn chỉ định phẫu thuật triệt căn khoảng 28% trong giai đoạn muộn đã di căn ra ngoài phổi là 22% và 45% trường hợp ghi nhận di căn xa^[4]. Tỷ lệ phát hiện ung thư phổi không tế bào nhỏ ở giai đoạn còn chỉ định phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện Đồng Nai thấp gần một nửa so với các báo cáo trên thế giới (15% so với 28%) cho thấy còn nhiều bất cập trong hệ thống y tế dự phòng và tầm soát bệnh của địa phương. Bên cạnh đó, trong 96 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ có 44% trường hợp không đồng ý điều trị đầy đủ theo phác đồ của bệnh viện vì nhiều lý do như: gia đình không có đủ điều kiện, bệnh nhân muốn điều trị theo phương pháp khác hoặc không muốn điều trị thêm. Theo một báo cáo tại Bắc Kinh trên 7311 trường hợp bị ung thư phổi không tế bào nhỏ thì có 954 (13%) trường hợp không tham gia điều trị^[5]. Mặc dù quyền quyết định có điều trị hay không phụ thuộc hoàn toàn vào bệnh nhân và thân nhân, nhưng với tỷ lệ 44% trường hợp không đồng ý điều trị là khá cao, nó phản ánh nhiều về trình độ dân trí cũng như việc giáo dục tuyên truyền về y tế trong cộng đồng dân số của tỉnh chưa được lan tỏa và hiệu quả.

Qua những kết quả trên, chúng tôi nhận thấy điểm mấu chốt cần cải thiện là phát triển chương trình tầm soát ung thư ở các bệnh viện tại tỉnh Đồng Nai, tăng cường giáo dục sức khỏe cho người dân có yếu tố nguy cơ cao, đặc biệt là hút thuốc lá. Việc thuyết phục bệnh nhân điều trị đúng phác đồ để cải thiện tỉ lệ sống còn cũng đóng một vai trò rất quan trọng, vì vậy, bác sĩ cần cải thiện kỹ năng tư vấn tốt hơn để tăng tỉ lệ bệnh nhân đồng ý điều trị dù ở giai đoạn quá chỉ định phẫu thuật triệt căn.

Theo báo cáo từ CDC của Mỹ, tỷ lệ tử vong chung của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào

nhỏ không tế bào nhỏ trong 5 năm kể từ khi được chẩn đoán là 26,7%^[6]. Tỷ lệ này sẽ thay đổi tùy vào giai đoạn phát hiện bệnh:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sống cộng dồn ghi nhận trong khoảng gần 2 năm kể từ lúc bệnh nhân được chẩn đoán ung thư là 44,5%. Theo báo cáo của trung tâm dữ liệu ung thư quốc gia của Trung Quốc cũng ghi nhận tỷ lệ sống của bệnh nhân giai đoạn IV trong 20 tháng vào khoảng 50%^[5]. Vì vậy, tỷ lệ 44,5% trong 2 năm là có thể chấp nhận được trên một dân số có mẫu gồm 85% bệnh nhân thuộc giai đoạn trễ. Khi dùng phương pháp hồi quy Cox so sánh nguy cơ tử vong tại một thời điểm nhất định trong giai đoạn trung hạn, giữa nhóm có tham gia đủ phác đồ điều trị và nhóm từ chối điều trị ta được HR = 0,35 (p = 0,001). Điều này có nghĩa là việc tham gia điều trị theo phác đồ đa mô thức tại bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai sẽ giúp giảm nguy cơ tử vong trong giai đoạn trung hạn của bệnh nhân xuống 65% so với những bệnh nhân từ chối điều trị.

Khi phân tích sự khác nhau giữa thời gian tử vong và nguy cơ tử vong giữa nhóm giai đoạn còn chỉ định phẫu thuật triệt căn với nhóm giai đoạn trễ bằng phương pháp Log Rank và hồi quy Cox ta được kết quả lần lượt là (p: 0,07) và (p: 0,24; HR: 0,49). Điều này có nghĩa chưa ghi nhận sự khác biệt giữa thời gian tử vong và nguy cơ tử vong trong giai đoạn trung hạn giữa hai nhóm trên. Rõ ràng, theo ghi nhận của các báo cáo trên thế giới thì sự khác biệt giữa nhóm ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn còn chỉ định phẫu thuật triệt căn (\leq IIIA) và nhóm giai đoạn trễ (\geq IIIB) là khá rõ. Lý giải cho kết quả trên, chúng tôi đưa ra hai nguyên nhân chính.

- Nguyên nhân thứ nhất: Do sự chênh lệch mẫu tham gia nghiên cứu của hai nhóm khá cao. Trong khi số lượng bệnh nhân giai đoạn còn chỉ định phẫu thuật triệt căn là 14 bệnh nhân thì số

bệnh nhân giai đoạn trễ là 82 bệnh nhân. Cỡ mẫu chênh lệch nhiều nên khi có biến cố tử vong xảy ra sẽ làm tỷ lệ sống cộng dồn giảm rất nhiều lần so với một biến cố bên nhóm giai đoạn trễ.

- Nguyên nhân thứ hai: Trong những bệnh nhân giai đoạn còn chỉ định phẫu thuật triệt căn có 5 trường hợp (36%) là giai đoạn IIIA và 4 trong số này ghi nhận tử vong trong giai đoạn trung hạn. Việc chẩn đoán bệnh nhân giữa giai đoạn IIIA và IIIB trên lâm sàng đôi khi rất khó xác định chính xác do không phải trường hợp nào cũng có kết quả giải phẫu bệnh của hạch trung thất trước mổ. Từ đó có thể ảnh hưởng đến kết quả của nhóm giai đoạn còn chỉ định phẫu thuật triệt căn.

Mặc khác, khi xét riêng trên nhóm giai đoạn trễ trong thời gian theo dõi 2 năm, thì nguy cơ tử vong ở nhóm có tham gia điều trị sau khi đã có giải phẫu bệnh sẽ thấp hơn 66% so với nhóm đã có giải phẫu bệnh nhưng từ chối tham gia điều trị với ghi nhận của hồi quy Cox là HR = 0,34 (p = 0,01). Điều này sẽ có lợi trong việc giải thích, tuyên truyền nhằm động viên bệnh nhân đồng ý điều trị đầy đủ theo phác đồ để có tiên lượng tốt hơn.

Trong nghiên cứu, chúng tôi đã thu thập dữ liệu của 75 trường hợp có tổn thương tại phổi và có xét nghiệm CEA kèm theo đó là 79 trường hợp có tổn thương tại phổi kèm dữ liệu về Cyfra 21-1. Ngưỡng xác định dương tính của CEA và Cyfra 21-1 đang sử dụng trên lâm sàng tại khoa ngoại lồng ngực lần lượt là 5 ng/ml và 3,3 ng/ml. Với ngưỡng xét nghiệm này ta có thể tính ra độ nhạy và độ đặc hiệu thực tế của xét nghiệm CEA và Cyfra 21-1 đang sử dụng tại khoa trong chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ là CEA (84,4% và 64,4%) và Cyfra (86,3% và 74,2%). Kết quả này cho thấy độ nhạy của 2 xét nghiệm trên là ổn nhưng độ đặc hiệu thì chưa được tốt. Trong báo cáo của mình, Okamura đã ghi nhận độ

nhạy và độ đặc hiệu của CEA, Cyfra 21-1 trên bệnh nhân có tổn thương tại phổi lần lượt là (69% và 68%), (43% và 89%). Khi dùng công thức xác suất điều kiện Bayes để tính giá trị chẩn đoán dương trên nhóm nhập viện (có tỷ lệ ung thư là 51%) thì được 87,3% với ngưỡng chẩn đoán được tác giả đề nghị là gấp 2 lần giá trị tiêu chuẩn^[8].

Để tính lại ngưỡng cắt tối ưu giá trị chẩn đoán cho CEA và Cyfra 21-1 trên nhóm bệnh nhân có tổn thương nghi ngờ tại phổi ở bệnh viện đa khoa Đồng Nai. Chúng tôi đã vẽ lại đường cong ROC và thu được AUC của CEA và Cyfra 21-1 lần lượt là 0,874 và 0,866. Với giá trị AUC này thì hai xét nghiệm CEA và Cyfra 21-1 có độ tin cậy khá tốt khi dùng để chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ trên bệnh nhân có đã có tổn thương ở phổi nghi ngờ ung thư.

Bằng chỉ số youden index, chúng tôi ghi nhận ngưỡng cắt 3,77ng/ml (CEA) và 2,99ng/ml (Cyfra21-1) để gợi ý chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ phát hiện bệnh giai đoạn còn chỉ định phẫu thuật triệt căn khá thấp và tỷ lệ tham gia điều trị theo đủ phác đồ còn khá hạn chế. Việc điều trị đủ theo phác đồ sẽ giúp giảm nguy cơ tử vong 65% so với việc không điều trị, nếu xét riêng trên nhóm giai đoạn trễ thì việc sinh thiết và điều trị cũng giúp giảm 66% nguy cơ tử vong so với nhóm từ chối điều trị.

Sử dụng xét nghiệm CEA và Cyfra21-1 để chẩn đoán ung thư trên một bệnh nhân nhập viện có tổn thương nghi ngờ ở phổi có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là (84% ; 81%) cho CEA và (84%; 84%) cho Cyfra21-1, với ngưỡng cắt được ghi nhận là 3,77ng/ml đối với CEA và 2,99 ng/ml đối với Cyfra21-1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO.

1. R. L. Siegel, K. D. Miller, A. Jemal. Cancer statistics, 2020. *CA: a cancer journal for clinicians*. Jan 2020;68(1):pp.7-30. doi:10.3322/caac.21442
2. T. Zhao, G. Mao, M. Chen. The Role of Change Rates of CYFRA21-1 and CEA in Predicting Chemotherapy Efficacy for Non-Small-Cell Lung Cancer. *Computational and mathematical methods in medicine*. 2021;2021:pp.1951364. doi:10.1155/2021/1951364
3. Hoàng Hữu, Phạm Hùng Cường. Giá trị chẩn đoán và tiên lượng của cyfra 21-1 và cea trong ung thư phổi không tế bào nhỏ không tế bào nhỏ. *Tạp Chí Y Học Lâm Sàng*. 26/7/2022 8:pp.52 - 57.
4. United States government. U.S. Cancer Statistics Lung Cancer Stat Bite. CDC. 2024. <https://www.cdc.gov/united-states-cancer-statistics/publications/lung-cancer-stat-bite.html>
5. S. He, H. Li, M. Cao, et al. Survival of 7,311 lung cancer patients by pathological stage and histological classification: a multicenter hospital-based study in China. *Translational lung cancer research*. Aug 2022;11(8):pp.1591-1605. doi:10.21037/tlcr-22-240
6. NIH. Cancer Stat Facts: Lung and Bronchus Cancer. official website of the United States government, June 2024. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/lungb.html>
7. Sally Robertson. What are the Survival Rates for Lung Cancer? News-Medical. September 29, 2024. <https://www.news-medical.net/health/What-are-the-Survival-Rates-for-Lung-Cancer.aspx>
8. K. Okamura, K. Takayama, M. Izumi, T. Harada, K. Furuyama, Y. Nakanishi. Diagnostic value of CEA and CYFRA 21-1 tumor markers in primary lung cancer. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*. Apr 2013;80(1):pp.45-9. doi:10.1016/j.lungcan.2013.01.002