

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG NGHE KÉM Ở TRẺ TỪ 2-5 TUỔI

Đặng Anh Dũng¹, Phạm Thị Chúc², Phạm Trần Anh², Cao Minh Thành², Nguyễn Đình Phúc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng nghe kém ở trẻ từ 2-5 tuổi tại huyện Lý Nhân, tỉnh Hà Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu gồm 1818 trẻ em từ 2-5 tuổi tại các trường mầm non, huyện Lý Nhân, tỉnh Hà Nam. **Kết quả:** Tỷ lệ nghe kém ở trẻ từ 2-5 tuổi tại tỉnh Hà Nam là 5,67%. Nghe kém cả hai tai là hình thức nghe kém phổ biến nhất chiếm 93,2%. Chỉ nghe kém một tai trái hoặc phải chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 5,83% và 0,97%. Trẻ sinh non, sinh nhẹ cân, thở oxy sau sinh, vàng da sau sinh bất thường phải điều trị, trẻ bị viêm màng não, và trẻ bị bệnh ở tai là những yếu tố có liên quan đến nghe kém của trẻ 2-5 tuổi. **Kết luận:** Vẫn có tỷ lệ nghe kém ở các trẻ mầm non. Sinh non, nhẹ cân, viêm màng não, viêm tai giữa là các yếu tố làm tăng nguy cơ nghe kém ở trẻ. **Từ khóa:** Nghe kém, yếu tố liên quan, trẻ mầm non.

SUMMARY

THE SITUATION AND SOME RELATED FACTORS TO HEARING HEARING CONDITION IN CHILDREN 2-5 YEARS OLD

Objective: Describe the current situation and some factors related to hearing loss in children aged 2-5 years in Ly Nhan district, Ha Nam province. **Research subjects and methods:** The study included 1818 children aged 2-5 years at preschools, Ly Nhan district, Ha Nam province. **Results:** The rate of hearing loss in children aged 2-5 years in Ha Nam province is 5.67%. Hearing loss in both ears is the most common form of hearing loss, accounting for 93.2%. Hearing loss in only the left or right ear accounts for a low rate, 5.83% and 0.97% respectively. Premature babies, low birth weight, postnatal oxygen, abnormal postnatal jaundice that requires treatment, children with meningitis, and children with ear disease are factors related to hearing loss in children 2-5 years old. **Conclusion:** There is still a rate of hearing loss in preschool children. Premature birth, low birth weight, meningitis, and otitis media are factors that increase the risk of hearing loss in children. **Keywords:** Hearing loss, related factors, preschool children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghe kém là một trong những khiếm khuyết

giác quan thường gặp nhất, ảnh hưởng nặng nề tới khả năng giao tiếp, hòa nhập cuộc sống của bệnh nhân và là gánh nặng cho toàn xã hội. Theo Tổ chức Y tế Thế Giới có 430 triệu người tương đương 5% dân số thế giới bị nghe kém năm 2019 và có thể tăng lên đến 9% vào năm 2050¹. Hàng năm cứ 1000 trẻ sinh ra thì có 5 trẻ được phát hiện nghe kém². Tại Hà Nội, theo nghiên cứu của Nguyễn Tuyết Xương và cộng sự trên những trẻ tiền học đường từ 2-5 tuổi, có tới 4,4% trẻ có nghe kém các mức độ³.

Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, trẻ bị nghe kém sẽ không giao tiếp được, không học được từ những âm thanh xung quanh, kết quả là trẻ chậm phát triển ngôn ngữ, trí tuệ và gặp khó khăn trong việc hòa nhập cuộc sống^{4,5}. Việc phát hiện và can thiệp kịp thời sẽ mang lại cho trẻ cơ hội lớn trong việc hồi phục khả năng nghe, phát triển các kỹ năng ngôn ngữ, giúp trẻ học tập, hòa nhập cộng đồng và giảm gánh nặng cho bản thân trẻ, gia đình và xã hội⁶.

Trẻ em trong lứa tuổi nhà trẻ, mầm non từ 2 tuổi đến 5 tuổi là một trong những nhóm đối tượng cần được quan tâm nghiên cứu, bởi ở lứa tuổi này trẻ bắt đầu phát triển mạnh mẽ những kỹ năng giao tiếp cộng đồng thông qua việc học tập ở lớp học và tiếp xúc với thế giới xung quanh. Lứa tuổi này cũng là lứa tuổi chuẩn bị đi học nên việc phát hiện sớm trẻ nghe kém kết hợp với các biện pháp can thiệp sẽ giúp trẻ có khả năng trở lại cộng đồng, hòa nhập với xã hội. Xuất phát từ lý do trên chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu là mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan ở trẻ từ 2-5 tuổi tại huyện Lý Nhân, tỉnh Hà Nam

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 1818 trẻ em từ 2-5 tuổi tại các trường mầm non, huyện Lý Nhân, tỉnh Hà Nam.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.2.2. Các bước tiến hành:

+ Dựa trên danh sách các trường và số trẻ từ 2 đến 5 tuổi tham gia nghiên cứu điều tra viên sẽ mang máy đo OAE đến các trường mầm non đã được chọn và tiến hành đo âm ốc tai trẻ theo quy trình chuẩn.

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Anh Dũng

Email: danganhdung.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 8.7.2024

+ Những trẻ có kết quả đo âm ốc tai OAE âm tính lần 1 (lần đo tại các trường) sẽ được mời về Bệnh viện Nhi Trung ương để đo âm ốc tai kích thích lần 2 (OAE lần 2) và tiến hành khám thính lực.

+ Những trẻ có kết quả đo âm ốc tai âm tính lần 2 tại phòng cách âm chuẩn sẽ được đo thính lực nhằm xác định đặc điểm nghe kém bằng các phương pháp đo thính lực như sau:

- Các trẻ được khám nội soi tai mũi họng, đo thính lực, đo nhĩ lượng và phản xạ cơ bản đập.

- Đối với trẻ 2 tuổi, sử dụng phương pháp đo điện thính thân não (ABR) hoặc ASSR theo quy trình đo ABR

- Trẻ 3, 4, 5 tuổi sử dụng phương pháp đo đơn âm theo quy trình đo đơn âm.

+ Phòng vấn trực tiếp mẹ của trẻ tham gia nghiên cứu, sử dụng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn nhằm thu thập thông tin ở tất cả các trẻ được chọn vào nghiên cứu.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được kiểm tra làm sạch trước khi nhập. Nhập số liệu, xử lý số liệu theo chương trình thống kê y học Stata 15. Cả thông kê mô tả và phân tích được sử dụng.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu:

+ Nghiên cứu được lãnh đạo bệnh viện và bộ môn cho phép thực hiện đề tài.

+ Nghiên cứu tuân thủ các yêu cầu về mặt đạo đức trong nghiên cứu y học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số trẻ tham gia nghiên cứu là 1818 trẻ. Trong cả nhóm nghiên cứu, số trẻ nhóm 3 tuổi là thấp nhất với 313 trẻ chiếm tỷ lệ 17,22%, tiếp đến là nhóm 4 tuổi với 450 trẻ chiếm tỷ lệ 24,75%, nhóm 2 tuổi với 484 trẻ chiếm tỷ lệ 26,62% và nhóm trẻ 5 tuổi là cao nhất với 571 trẻ, chiếm tỷ lệ 31,41%. Tỷ lệ nữ và nam tham gia nghiên cứu là gần tương đương nhau 49,83% và 50,17%.

Bảng 3.1. Kết quả đo OAE lần 1 cho những trẻ từ 2-5 tuổi

	OAE lần 1			
	OAE (-)		OAE (+)	
	Số lượng	%	Số lượng	%
OAE	309	17	1509	83

Nhận xét: Trong tổng số 1818 trẻ thực hiện đo OAE lần đầu, số trẻ có kết quả đo OAE âm tính là 309 trẻ, chiếm tỷ lệ 17% trong khi đó số trẻ có kết quả đo OAE dương tính cao hơn gấp gần 5 lần với 1509 trẻ chiếm tỷ lệ 83%.

Bảng 3.2. Kết quả đo OAE lần 2 cho những trẻ có kết quả đo OAE âm tính lần 1 (n=309)

	OAE lần 2	
	OAE (-)	OAE (+)

	Số lượng	%	Số lượng	%
Trẻ OAE (-) lần 1 (n=309)	103	33,33	206	66,67

Nhận xét: Trong số 309 trẻ có kết quả đo OAE âm tính lần 1, sau khi những trẻ này được khám tai và được thực hiện đo lại OAE lần 2 tại phòng cách âm tiêu chuẩn tại Trung tâm Thính học- Bệnh viện Nhi Trung ương, kết quả có 103 trẻ có kết quả OAE âm tính lần 2 chiếm tỷ lệ 33,33%. Còn lại có 206 trẻ em có kết quả đo OAE lần 2 dương tính chiếm tỷ lệ 67,67%. Vậy trong tổng số 1818 trẻ thực hiện đo OAE có 103 trẻ có kết quả OAE âm tính lần 2 tương đương 5,67%.

Bảng 3.3: Phân bố nghe kém (n=1818)

	Nghe kém		Không nghe kém	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Tổng	103	5,67	1715	94,33

Nhận xét: Sau khi trẻ được đo thính lực chẩn đoán có 103 trẻ trong 1818 trẻ được chẩn đoán nghe kém tương đương 5,67%.

Bảng 3.4. Đặc điểm trẻ nghe kém theo vị trí tai

Đặc điểm	Nam (n=59)		Nữ (n=44)		Chung (n=103)	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Chỉ nghe kém tai phải	0	0	1	2,28	1	0,97
Chỉ nghe kém tai trái	2	3,39	4	9,09	6	5,83
Nghe kém 2 tai	57	96,61	39	88,63	96	93,2
Tổng	59	57,28	44	42,72	103	100

Nhận xét: Kết quả nghe kém theo vị trí tai cho thấy nghe kém cả 2 tai là phổ biến nhất chiếm 93,2%, tiếp đến là nghe kém tai trái (5,83%). Chỉ nghe kém tai phải chiếm tỷ lệ thấp nhất tương đương 0,97%. Tỷ lệ nghe kém theo vị trí tai ở nam và nữ là gần như nhau và không có ý nghĩa thống kê (p> 0,05).

Bảng 3.5. Đặc điểm tiền sử khi sinh của trẻ nghe kém

Đặc điểm	Chung (n=103)		
	Số lượng	%	
Tuổi thai	Đủ tháng	101	98,06
	Thiếu tháng	2	1,94
Cân nặng	<2500mg	2	1,94
	≥2500mg	101	98,06
Cách thức sinh	Sinh mổ	34	33,01
	Sinh thường	69	66,99
Thở oxy sau sinh		7	6,80

Nhận xét: Trong số 103 trẻ nghe kém, chủ yếu là trẻ đủ tháng khi sinh với 101 trẻ ứng với

98,06%, có 2 trẻ sinh thiếu tháng tương ứng 1,94 %. Các trẻ sinh ra đa số là đủ cân với 101 trẻ > 2500mg, có 2 trẻ cân nặng khi sinh < 2500mg tương ứng 1,94 %. Về cách thức sinh, có 34 trẻ sinh mổ tương ứng 33,01% và 69 trẻ sinh thường ứng với 66,99%. Có 7 trường hợp bé phải thở oxy sau sinh tương đương 6,8%.

Bảng 3.6. Đặc điểm tiền sử bị bệnh của trẻ nghe kém

Đặc điểm	Chung (n=103)	
	Số lượng	%
Vàng da sau sinh	4	3,88
Viêm màng não	2	1,94
Điếc đột ngột	1	0,97
Trẻ bị viêm tai giữa	64	62,14
Sau mổ tai	12	11,65

Nhận xét: Trong các trẻ nghe kém có 64 trẻ bị viêm tai giữa trước đó chiếm 62,14%, có 12 trẻ trước đó có phẫu thuật tai chiếm 11,65%, có 4 trường hợp trẻ bị vàng da nhân, có 2 trường hợp tiền sử viêm màng não chiếm 1,94% và 1 trường hợp bé bị điếc đột ngột chiếm 0,97%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng nghe kém ở trẻ 2-5 tuổi. Trong nghiên cứu này, trẻ được tiến hành sàng lọc nghe kém bằng phương pháp đo âm ốc tai hai lần tại cộng đồng và tại phòng các âm chuẩn tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Nhi Trung Ương đối với nhưng trẻ có kết quả OAE (-) lần 1. Kết quả sàng lọc giảm thính lực bằng đo âm ốc tai kích thích lần 1 với 1818 trẻ mầm non cho thấy có 309 trẻ có kết quả âm ốc tai kích thích âm tính (OAE (-)), chiếm 17%. Tuy nhiên trong lần đo OAE thứ 2 đối với tất cả 309 trẻ này chỉ có 103 trẻ có kết quả OAE (-), chiếm 33,33% số trẻ OAE (-) trong lần 1. Như vậy qua 2 lần đo, tỷ lệ trẻ mẫu giáo từ 2-5 tuổi tại các trường mầm non công lập tại huyện Lý Nhân, tỉnh Hà Nam nghi ngờ bị nghe kém là 5,67%; tỷ lệ OAE (-) ở trẻ em nam 6,51% chiếm 57,28% tổng số trẻ có kết quả OAE (-), cao hơn tỷ lệ này ở trẻ em nữ 4,82% chiếm 42,72%. Kết quả đo OAE lần 1 cao hơn nhiều kết quả đo lần 2 do trong lần đo thứ nhất tại trường mầm non được thực hiện tại lớp học nên việc cách âm không đảm bảo yêu cầu và sự đo phụ thuộc nhiều vào.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Trần Mỹ Hương⁹ (2019) cho kết quả sau 2 lần đo OAE (-), tỷ lệ trẻ nghi ngờ bị nghe kém là 4,68%. Nghiên cứu giảm thính lực ở trẻ sơ sinh bằng đo âm ốc tai sàng lọc cho trẻ sơ sinh tại Hà Nội của Nguyễn Thu Thủy cho thấy trong số 11.789 trẻ sơ sinh được đo OAE sàng lọc lần 1, có 413 trẻ cho kết quả

OAE âm tính, chiếm 3,4% số trẻ sơ sinh có kết quả sàng lọc âm tính⁹. Tỷ lệ OAE (-) của Nguyễn Thu Thủy tại bệnh viện phụ sản Hà Nội thấp hơn rất nhiều tỷ lệ OAE (-) sàng lọc nghe kém tại Thái Bình của Phạm Thị Tinh (2011) trên hơn 6000 trẻ sơ sinh tại các Trạm y tế xã. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ OAE (-) lần 1 là 5,9%¹⁰. Tuy nhiên, trẻ được xác định bị giảm thính lực chỉ chiếm 0,24%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu tại Bệnh viện Hùng Vương, thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh có kết quả giảm thính lực có tỷ lệ thấp, chỉ chiếm 0,2%.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nghe kém. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở trẻ từ 2-5 tuổi huyện Lý Nhân, Hà Nam cho thấy có 2 trẻ sinh thiếu tháng trong số 103 trẻ nghe kém chiếm tỷ lệ 1,94%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tuyết Xương khi có 2,2% số trẻ nghe kém sinh non. Như vậy tuổi thai khi sinh có liên quan đến nghe kém. Kết quả nghiên cứu cắt ngang sàng lọc bằng OAE ở trẻ sơ sinh tại Hà Nội cũng cho thấy trẻ đẻ non dưới 37 tuần có kết quả OAE (-) cao hơn so với trẻ đủ tháng (≥ 37 tuần) Tuy nhiên do đây là nghiên cứu cắt ngang sàng lọc trẻ có khả năng giảm thính lực, do đó kết quả nghiên cứu dựa trên số trẻ có kết quả OAE (-) và OAE (+), tức chỉ gợi ý khả năng nghe kém chứ không phải trẻ bị nghe kém, đây là một hạn chế của nghiên cứu này.

Tương tự như tuổi thai, trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trẻ thấp cân dưới 2500 gam trong số 103 trẻ nghe kém chiếm 1,94%, kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tuyết Xương³ 2014 khi có 10 trẻ sinh thấp cân dưới 2500 gam chiếm 3,2%. Những nghiên cứu dịch tễ học gần đây cho những kết quả khác nhau về mối quan hệ giữa yếu tố này với nghe kém hoặc nghi ngờ nghe kém ở trẻ sơ sinh. Nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Trung Ương cho thấy nguy cơ trẻ sơ sinh cân nặng khi sinh dưới 2500 gam có kết quả đo OAE (-) cao hơn trẻ có cân nặng khi sinh ≥ 2500 gam¹⁰. Một nghiên cứu khác ở trẻ sinh thiếu tháng tại Hà Nội đã không tìm ra sự khác biệt về nghe kém ở tất cả các nhóm trẻ có cân nặng khác nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 2 trẻ bị viêm màng não chiếm 1,94% số trẻ nghe kém. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Mỹ Hương (2019) khi có 1 trẻ bị viêm màng não chiếm 1,95% số trẻ nghe kém và thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tuyết Xương (2014) khi có 12 trẻ bị viêm màng não chiếm 3,8% số trẻ nghe kém. Một số nghiên cứu khác trên thế giới và tại Việt Nam.

Các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy bệnh ở tai là bệnh thường gặp ở lứa tuổi trẻ em, đặc biệt là trẻ mẫu giáo. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài An (2003) tại một số phường của Hà Nội cho thấy tỷ lệ mắc viêm tai giữa ở trẻ 2 tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất chiếm 12,21%. Đặc biệt nghiên cứu ở miền nam nước ta cho thấy trẻ 2 tuổi có tỷ lệ viêm tai ở mức rất cao, 22%. Theo y văn, VTG ở trẻ có thể tiến triển thành các bệnh lý mạn tính của tai giữa: túi co kéo màng nhĩ, xẹp nhĩ, viêm tai xơ dính, xơ nhĩ, viêm tai giữa mạn tính thường. Bệnh cũng có thể làm nền cho những đợt tái phát của viêm tai giữa cấp tính từ đó gây ra các biến chứng nguy hiểm. VTG ở trẻ cũng là nguyên nhân thường gặp nhất làm giảm sức nghe của trẻ.

V. KẾT LUẬN

- + Tỷ lệ nghe kém ở trẻ từ 2-5 tuổi tại tỉnh Hà Nam là 5,67%.
- + Nghe kém cả hai tai là hình thức nghe kém phổ biến nhất chiếm 93,2%. Chỉ nghe kém một tai trái hoặc phải chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 5,83% và 0,97%.
- + Trẻ sinh non, sinh nhẹ cân, thở oxy sau sinh, vàng da sau sinh bất thường phải điều trị, trẻ bị viêm màng não, và trẻ bị bệnh ở tai là những yếu tố có liên quan đến nghe kém của trẻ 2-5 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stevens G, Flaxman S, Brunskill E, et al.** Global Burden of Disease Hearing Loss Expert

- Group. Global and regional hearing impairment prevalence: an analysis of 42 studies in 29 countries. *Eur J Public Health.* 2013 Feb; 23(1):146-52. doi: 10.1093/eurpub/ckr176. Epub 2011 Dec 24.
2. **Swanepoel, D, Störbeck, C, Friedland, P.** Early hearing detection and intervention in South Africa. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2009; 73:783-786.
3. **Xuong Nguyen Tuyet.** "Prevalence of hearing loss among preschool children in Hanoi, Vietnam", *International Journal of Contemporary Pediatrics,* 2019, 6(4), 1501.
4. **Woodcock K, Pole JD.** Educational attainment, labour force status and injury: a comparison of Canadians with and without deafness and hearing loss. *Int J Rehabil Res.* 2008 Dec; 31(4):297-304.
5. **Rydberg E, Gellerstedt LC, Danermark B.** The position of the deaf in the Swedish labor market. *Am Ann Deaf.* 2010 Spring; 155(1):68-77.
6. **Mathers C, A. Smith và M Concha.** Global burden of hearing loss in the year 2000, WHO, Geneva. 2000.
7. **Cheng AK, Grant GD, Niparko JK.** Meta-analysis of pediatric cochlear implant literature. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl.* 1999; 177:124-128.
8. **Burke MJ, Shenton RC, Taylor MJ.** The economics of screening infants at risk of hearing impairment: an international analysis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2012
9. **Trần Mỹ Hương,** situation of hearing loss and some associated factors among children aged 2 to 5 in kindergartens at Hai Duong province, Master thesis, Hanoi Medical University, 2019
10. **Nguyễn Thị Bích Thủy, Nguyễn Trọng Hiếu và Đỗ Hồng Giang,** Giá trị của nghiệm pháp đo âm ốc tai trong sàng lọc khiếm thính trẻ sơ sinh. Hội nghị khoa học kỷ niệm 20 năm thành lập Bệnh viện Tai mũi họng Thành phố Hồ Chí Minh 1986-2006, 2006

ĐỐI CHIẾU TỶ LỆ BỘC LỘ DẤU ẪN VIMENTIN VỚI ĐỘ MÔ HỌC, TYP MÔ HỌC, GIAI ĐOẠN BỆNH SAU PHẪU THUẬT CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2022-2023

Hoàng Văn Tuấn¹, Phùng Thế Khang², Lê Văn Thu³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đối chiếu tỷ lệ bộc lộ dấu ấn Vimentin với độ mô học, typ mô học, giai đoạn bệnh sau phẫu thuật của ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022-2023. **Đối tượng và**

phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Tuổi thấp nhất của bệnh nhân là 30 tuổi, tuổi cao nhất là 86 tuổi, tuổi trung bình là 62,09 ± 10,73 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,6. Tỷ lệ bộc lộ Vimentin với typ UTBM tuyến nhú là 28,1%, UTBM tuyến hỗn hợp 22,8%, UTBM tuyến ống và UTBM kém kết dính cùng chiếm tỷ lệ cao thứ ba (19,3%). Tỷ lệ UTBM tuyến biệt hóa vừa chiếm 64,9%, UTBM tuyến kém biệt hóa chiếm 35,1%. Ung thư dạ dày ở giai đoạn pT4 chiếm tỷ lệ cao nhất (42,1%), giai đoạn 3 (35,1%), các giai đoạn khác chiếm tỷ lệ thấp (giai đoạn 1a, 1,8%; giai đoạn 2 và 4b cùng chiếm 5,3%; giai đoạn 1b chiếm 15,8%). **Kết luận:** Vimentin là một dấu ấn hữu ích trong việc xác định giai đoạn bệnh của ung thư dạ dày.

Từ khóa: ung thư dạ dày, dấu ấn Vimentin

¹Trường Đại học Phenikaa

²Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

³Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Tuấn

Email: hvttuan.lab@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 8.7.2024