

nhận những trường hợp bệnh nhân đủ tiêu chuẩn xuất viện trễ là do bệnh nội khoa kèm theo hoặc do những biến chứng xảy ra do thủ thuật nội soi MTND. Thông thường, sau khi làm nội soi MTND, bệnh nhân sẽ hồi phục rất nhanh và có thể xuất viện sau 1 ngày.

**Kết quả điều trị:** Trong 35 ca lấy được sỏi OMC, chúng tôi lấy hết sỏi và không ghi nhận tai biến, biến chứng ở 31 trường hợp. Như vậy có 31/35 bệnh nhân đạt kết quả tốt (88,6%).

Chúng tôi gặp 3 trường hợp viêm tụy cấp (8,6%). Các biến chứng này chỉ cần điều trị nội khoa theo dõi ngăn ngừa. Chúng tôi không gặp trường hợp nào có kết quả xấu, nghĩa là trường hợp sau khi lấy sỏi có kèm tai biến, biến chứng phải điều trị hồi sức tích cực hoặc điều trị bằng can thiệp. Qua đó khẳng định được vai trò của NSMTND, đây là phương pháp điều trị nhẹ nhàng, có hiệu quả và độ an toàn cao để dẫn lưu, giải áp đường mật, đặc biệt khi điều trị nội khoa nhiễm trùng đường mật thất bại.

## V. KẾT LUẬN

- BN có tuổi trung bình là  $63,2 \pm 16,7$  tuổi, trong đó, hay gặp nhất là BN trên 60 tuổi (54,3%). Tỷ lệ BN nam/nữ  $\approx 2,89$ .

- Chủ yếu BN có sỏi OMC nhiều viên (35,3%), kích thước sỏi từ 1-2 cm (60%).

- Kết quả điều trị: 100% BN thông nhú thành công. Trong số BN thông nhú thành công có 85,7% BN lấy sỏi thành công.

- Tỷ lệ tai biến là 8,6% viêm tụy cấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Hồng Bằng** (2012), "Nghiên cứu nội soi mật tụy ngược dòng trong chẩn đoán và điều trị sỏi, giun ống mật chủ tại Bệnh viện TWQĐ 108".
2. **Nguyễn Đình Hải** (2012), "Dịch tễ học bệnh sỏi ống mật", Sỏi đường mật NXB Y học, 45-55.
3. **Nguyễn Đắc Hiệu, Đỗ Thiện Quang, Nguyễn Đức Công, Hà Thị Tuyết** (2023), "Kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng nội soi mật tụy ngược dòng tại bệnh viện quân y 110 từ năm 2016-2022".
4. **Dương Xuân Như** (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và kết quả điều trị sỏi ống mật chủ ở người cao tuổi bằng NSMTND, Học viện Quân Y.
5. **La Văn Phương** (2005), Nghiên cứu giá trị NSMTND trong chẩn đoán và điều trị sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện đa khoa Cần thơ, Học viện Quân y.
6. **Trần Như Nguyễn Phương** (2010), Nghiên cứu ứng dụng nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị sỏi ống mật chủ tại bệnh viện trung ương Huế, Trường Đại học Y dược Huế.
7. **Y. Hu, D. Q. Kou, S. B. Guo** (2020), "The influence of periampullary diverticula on ERCP for treatment of common bile duct stones", Sci Rep, 10, (1), 11477.
8. **Labib Al-Ozaibi Noor Amar, Faisal Badri** (2018), "Hepatolithiasis: a case report and literature review".
9. **A. Penaloza-Ramirez, C. Leal-Buitrago, A. Rodriguez-Hernandez** (2009), "Adverse events of ERCP at San Jose Hospital of Bogota (Colombia)", Rev Esp Enferm Dig, 101, (12), 837-49.
10. **Z. Sun, W. Bo, P. Jiang, Q. Sun** (2016), "Different Types of Periampullary Duodenal Diverticula Are Associated with Occurrence and Recurrence of Bile Duct Stones: A Case-Control Study from a Chinese Center", Gastroenterol Res Pract, 2016, 9381759.

## NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HÓA MÔ MIỄN DỊCH UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ Ở NỮ GIỚI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Trần Mạnh Hà<sup>1</sup>, Đinh Thị Huyền Trang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét sự bộc lộ các dấu ấn hóa mô miễn dịch ung thư biểu mô tuyến vú của bệnh nhân nữ được điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu được tiến hành trên 52 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vú được khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Kết quả:** ER, PR: ER (dương tính 63,5%) thường bộc lộ cao hơn PR (44,3%), đồng bộc lộ hay gặp ở type lòng ống A, đồng âm tính cao nhất

ở type HER2. HER2: HER2(-/1+) chiếm 61,6%, hay gặp ở type lòng ống A, bộc lộ chủ yếu ở type phân tử HER2 và type lòng ống B có HER2(+). Ki67: thường bộc lộ thấp ở type lòng ống A (chiếm 36,5%), type lòng ống B có HER2(+) và bộc lộ cao (chiếm 30,8%) ở type HER2 và type dạng đá.

**Từ khóa:** Ung thư vú, hóa mô miễn dịch

### SUMMARY

#### IMMUNOLOGICAL CHARACTERISTICS OF BREAST CARCINOMA IN WOMEN TREATED AT THAIBINH GENERAL HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the expression of immunohistochemical markers of breast carcinoma in women treated at Thai Binh General Hospital. **Methods:** cross-sectional descriptive study. The study was conducted on 52 breast carcinoma patients examined and treated at Thai Binh General Hospital.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hà

Email: hatm@tbump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 25.7.2024

**Results:** ER, PR: ER (63.5%) is more often expressed than PR (44.3%), co-expression is common in tubular type A, co-negative is highest in type HER2. HER2: HER2(-/1+) in 61.6%, common in tubular type A, mainly expressed in HER2 molecular type and HER2(+) lumen type B. Ki67: usually low expression in tubular type A (36.5%), in tubular type B with HER2(+) and high expression (30.8%) in HER2 type and basal type. **Keywords:** breast carcinoma; immunohistochemistry

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến ở nữ giới. Theo GLOBOCAN 2020, trên toàn thế giới có 2,3 triệu trường hợp ung thư vú mới được chẩn đoán, chiếm 11,7% trong tất cả các loại ung thư [1]. Về đặc điểm mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến vú là loại thường gặp nhất. Khảo sát ở cấp độ phân tử cho thấy bệnh ung thư biểu mô tuyến vú bao gồm các phân nhóm phân tử khác nhau. Những phân nhóm này có các yếu tố nguy cơ về dịch tể học khác nhau, diễn biến tự nhiên của bệnh cũng khác nhau và đáp ứng với các phác đồ trị liệu toàn thân cũng như tại chỗ khác nhau. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy ung thư biểu mô tuyến vú có thể phân type phân tử bằng nhuộm hóa mô miễn dịch. Các type phân tử này có kết quả lâm sàng, mức độ đáp ứng với điều trị hỗ trợ và tỷ lệ di căn, tái phát khác nhau [1]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét sự bộc lộ các dấu ấn hóa mô miễn dịch ung thư biểu mô tuyến vú của bệnh nhân nữ được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu gồm 52 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vú được khám và điều trị tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình trong khoảng thời gian từ 01/01/2021 đến hết 31/5/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:**

+ Được chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tuyến vú.

+ Có đầy đủ tiêu bản mô bệnh học thường quy đảm bảo chất lượng.

+ Có kết quả hóa mô miễn dịch ít nhất 4 dấu ấn: ER, PR, HER2, Ki67.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang.

**2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu.** Chúng tôi chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu. Số bệnh nhân trong nghiên cứu là 52.

**2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu**

**2.3.1. Thu thập thông tin**

- Thu thập số liệu theo mẫu nghiên cứu.  
- Nhận định kết quả MBH khối ung thư vú dưới kính hiển vi quang học và định type MBH (theo phân loại của WHO năm 2019).

- Xét nghiệm HMMD (có chỉ định ít nhất 4 dấu ấn ER, PR, HER2, Ki67), nhận định kết quả và phân type phân tử theo phân loại của St Gallen, năm 2015.

**2.3.2. Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu:**

- Kỹ thuật làm tiêu bản mô bệnh học thường quy  
- Kỹ thuật cắt, nhuộm tiêu bản hóa mô miễn dịch

**2.4. Các chỉ số, biến số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá**

- Các chỉ số chung: tuổi, tình trạng kinh nguyệt  
- Đặc điểm vị trí, kích thước u.

- Đặc điểm mô bệnh học: phân loại type MBH theo WHO năm 2019.

- Đặc điểm HMMD: 04 dấu ấn (ER, PR, HER2, Ki67) và phân type phân tử theo phân loại St Gallen, năm 2015.

**2.5. Xử lý số liệu.** Các số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1. Vị trí các khối ung thư biểu mô tuyến vú**

Vị trí u	n	%
1/4 trên ngoài	24	46,2
1/4 trên trong	16	30,8
1/4 dưới trong	6	11,5
1/4 dưới ngoài	5	9,6
Núm vú	1	1,9
<b>Tổng</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Ung thư vú tại vị trí 1/4 trên ngoài chiếm 46,2%, sau đó là 1/4 trên trong chiếm 30,8%, ít gặp 1/4 dưới trong (11,5%) và 1/4 dưới ngoài (9,6%), chỉ 1,9% trường hợp gặp tại núm vú.

**Bảng 3.2. Phân bố các type mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến vú**

Type mô bệnh học	n	%
UTBM xâm nhập không phải loại đặc biệt	42	80,8
UTBM tiểu thùy xâm nhập	6	11,5
UTBM thể nhầy	4	7,7
<b>Tổng</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** UTBM xâm nhập không phải loại đặc biệt (UTBM thể ống xâm nhập) là loại chủ yếu chiếm 80,8%, UTBM tiểu thùy xâm nhập và thể nhầy lần lượt chiếm 11,5% và 7,7%.

**Bảng 3.3. Phân bố các type phân tử ung thư biểu mô tuyến vú**

Type phân tử	n	%
Lòng ống A	18	34,6
Lòng ống B	4	7,7
HER2(-)	4	7,7

	HER2(+)	12	23,1
	HER2	13	25,0
	Dạng đáy	5	9,6
	<b>Tổng</b>	52	100

**Nhận xét:** Type lòng ống A chiếm tỷ lệ cao nhất 34,6%, sau đó đến type lòng ống B (30,8%), type HER2 chiếm 25,0%, thấp nhất là type dạng đáy (9,6%).

**Bảng 3.4. Sự bộc lộ ER theo các type phân tử**

ER	Âm tính		Dương tính		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Lòng ống A	0	0,0	18	54,5	18	34,6	
Lòng ống B	HER2(-)	1	5,3	3	9,1	4	7,7
	HER2(+)	0	0,0	12	36,4	12	23,1
HER2	13	68,4	0	0,0	13	25,0	
Dạng đáy	5	26,3	0	0,0	5	9,6	
<b>Tổng</b>	19	100	33	100	52	100	

**Nhận xét:** ER dương tính 63,5%, chủ yếu ở type lòng ống A và lòng ống B có HER2(+). ER âm tính chủ yếu ở type phân tử HER2, sau đó đến dạng đáy.

**Bảng 3.5. Sự bộc lộ PR theo các type phân tử**

PR	Âm tính		Dương tính		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Lòng ống A	1	3,4	17	73,9	18	34,6	
Lòng ống B	HER2(-)	4	13,8	0	0,0	4	7,7
	HER2(+)	6	20,7	6	26,1	12	23,1
HER2	13	44,8	0	0,0	13	25,0	
Dạng đáy	5	17,3	0	0,0	5	9,6	
<b>Tổng</b>	29	100	23	100	52	100	

**Nhận xét:** Có 44,3% trường hợp PR dương tính, gặp ở type lòng ống A và type lòng ống B có HER2(+), trong đó chủ yếu ở type lòng ống A. PR âm tính nhiều nhất ở type HER2, tỷ lệ này giảm dần ở các type lòng ống B và type dạng đáy, ít nhất ở type lòng ống A.

**Bảng 3.6. Sự bộc lộ ER, PR theo các type phân tử**

ER, PR	(+) (+)		(+) (-)		(-) (+)		(-) (-)		Tổng		
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Lòng ống A	17	73,9	1	10,0	0	0,0	0	0,0	18	34,6	
Lòng ống B	HER2(-)	0	0,0	3	30,0	0	0,0	1	5,3	4	7,7
	HER2(+)	6	26,1	6	60,0	0	0,0	0	0,0	12	23,1
HER2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	68,4	13	25,0	
Dạng đáy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	26,3	5	9,6	
<b>Tổng</b>	23	100	10	100	0	0,0	19	100	52	100	

**Nhận xét:** Có 23/52 bệnh nhân đồng bộc lộ ER và PR chiếm tỷ lệ cao nhất là 44,2%, chủ yếu gặp ở type lòng ống A, sau đó là type lòng ống B có HER2(+). ER, PR đồng âm tính gặp 19/52 trường hợp chiếm 36,6%, cao nhất ở type HER2,

giảm dần ở các type khác và không gặp trường hợp nào ở type lòng ống A và lòng ống B có HER2(+). ER(+), PR(-) gặp 10/52 trường hợp chiếm 19,2% gặp ở type lòng ống và không có trường hợp nào có ER(-), PR(+).

**Bảng 3.7. Sự bộc lộ HER2 theo các type phân tử**

HER2	(-)		(1+)		(2+)		(3+)		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Lòng ống A	17	63,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	18	34,6	
Lòng ống B	HER2(-)	3	11,1	1	20,0	0	0,0	0	0,0	4	7,7
	HER2(+)	2	7,4	1	20,0	5	50,0	4	40,0	12	23,1
HER2	0	0,0	2	40,0	5	50,0	6	60,0	13	25,0	
Dạng đáy	5	18,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	9,6	
<b>Tổng</b>	27	100	5	100	10	100	10	100	52	100	

**Nhận xét:** HER2(-/1+) trong 32/52 trường hợp chiếm 61,6%, cao ở type lòng ống A, giảm dần ở các type khác. HER2 bộc lộ chủ yếu ở type phân tử HER2 và type lòng ống B có HER2(+) trong đó HER2(2+) và HER2(3+) đều chiếm 19,2%.

**Bảng 3.8. Sự bộc lộ Ki67 theo type phân tử**

Ki67	Thấp		Trung bình		Cao		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Lòng ống A	12	63,2	5	29,4	1	6,2	18	34,6	
Lòng ống B	HER2(-)	2	10,5	1	5,9	1	6,2	4	7,7
	HER2(+)	5	26,3	5	29,4	2	12,6	12	23,1
HER2	0	0,0	5	29,4	8	50,0	13	25,0	
Dạng đáy	0	0,0	1	5,9	4	25,0	5	9,6	
<b>Tổng</b>	19	100	17	100	16	100	52	100	

**Nhận xét:** Ki67 bộc lộ thấp gặp ở 19/52 trường hợp, chiếm 36,5%, tiếp đến là Ki67 có sự bộc lộ ở mức trung bình với 17/52 trường hợp, chiếm 32,7%, Ki67 bộc lộ ở mức cao gặp 16/52 trường hợp, chiếm 30,8%. Ki67 thường bộc lộ thấp ở type phân tử lòng ống A, type lòng ống B có HER2(+) và thường bộc lộ cao ở type HER2, type dạng đáy.

**IV. BÀN LUẬN**

Ung thư vú có thể gặp ở bên phải hoặc trái, một số trường hợp có thể xảy ra ở 2 bên. Khi chia vú thành các vùng nhỏ theo mốc giải phẫu, chúng tôi nhận thấy rằng ung thư vú hay gặp ở 1/4 trên ngoài chiếm 46,2%, sau đó là 1/4 trên trong chiếm 30,8%, ít gặp 1/4 dưới trong (chiếm 11,5%) và 1/4 dưới ngoài (chiếm 9,6%), chỉ 1/52 trường hợp gặp tại núm vú chiếm 1,9%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Tạ Văn Tờ (2004), Nguyễn Văn Chủ (2016), [4],[6]. Nghiên cứu của Kroman và cộng sự (2003) cũng cho thấy ung thư vú ở trên ngoài chiếm đa số là

53,5%, tiếp đến là vị trí trên trong (18,1%) và dưới ngoài là 13,8%, thứ 4 là vị trí trung tâm: 7,9% [6].

Đối với đặc điểm mô bệnh học, bảng 3.2 cho thấy: UTBM xâm nhập không phải loại đặc biệt (UTBM thể ống xâm nhập) là loại chủ yếu gặp trong nghiên cứu chiếm 80,8%, UTBM tiểu thùy xâm nhập và thể nhầy lần lượt chiếm 11,5 % và 7,7%. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Phương Thảo [5], Nguyễn Văn Chủ [6].

\* **ER, PR:** Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.4 cho thấy ER dương tính 63,5%, chủ yếu ở type lòng ống A và lòng ống B có HER2(+). ER âm tính chủ yếu ở type phân tử HER2, sau đó đến dạng đáy. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Chủ tỷ lệ ER(+) là 52,7% [6]. Trong một nghiên cứu hợp tác quốc tế giữa bệnh viện K và Hoa Kỳ, tác giả Mohsin và cộng sự (2004) cho thấy tỷ lệ ung thư vú có ER(+) là 68,0% [7] và theo Tạ Văn Tờ (2004), tỷ lệ ER(+) là 59,1% [4].

Đối với sự bộc lộ PR cho thấy PR dương tính chiếm 44,3%, gặp ở type lòng ống A và type lòng ống B có HER2(+), trong đó chủ yếu ở type lòng ống A. PR âm tính nhiều nhất ở type HER2, tỷ lệ này giảm dần ở các type lòng ống B và type dạng đáy, ít nhất ở type lòng ống A. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,000$ . Tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Chủ (2016) là 50,3% [6], của tác giả Tạ Văn Tờ (2004) là 51,4% [4], của Mohsin và cộng sự (2004) là 55,6% [7].

Qua so sánh kết quả nhuộm HMMD ER, PR trong ung thư vú, chúng tôi nhận thấy rằng mặc dù tỷ lệ dương tính có thể khác nhau giữa các tác giả, nhưng sự chênh lệch không đáng kể và trong ung thư vú ER(+) thường cao hơn PR(+). Các kết quả nghiên cứu đều cho thấy mức độ ER và PR dương tính ở phụ nữ Việt Nam tương tự như các nước phát triển và như vậy mức độ đáp ứng điều trị nội tiết của phụ nữ Việt Nam cũng tương đương các nước phát triển và việc điều trị bổ trợ bằng nội tiết là cần thiết và đem lại lợi ích cho họ.

Khi đánh giá sự kết hợp của 2 thụ thể nội tiết này (bảng 3.6) chúng tôi thấy 23/52 bệnh nhân đồng bộc lộ ER và PR chiếm tỷ lệ cao nhất là 44,2%, chủ yếu gặp ở type lòng ống A, sau đó là type lòng ống B có HER2(+). Sau đó đến ER, PR đồng âm tính chiếm 36,6%, cao nhất ở type HER2, giảm dần ở các type khác và không gặp trường hợp nào ở type lòng ống A và lòng ống B có HER2(+). ER(+), PR(-) chiếm 19,2 % chỉ gặp ở type lòng ống và không có trường hợp nào có ER(-), PR(+). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống

kê với  $p = 0,000$ . Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Chủ cho thấy sự đồng bộc lộ thụ thể nội tiết ER và PR chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,8% [6], còn theo Tạ Văn Tờ (2004), tỷ lệ ER(+), PR(+) cao nhất là 47,2% [4]. Qua sự so sánh trên, chúng tôi thấy sự chênh lệch về tỷ lệ không nhiều và thứ tự các nhóm từ ER(+), PR(+) đến ER(-), PR(-) không thay đổi.

\* **HER2:** Trong nghiên cứu của chúng tôi HER2 (-/1+) chiếm 61,6%, cao ở type lòng ống A, giảm dần ở các type khác. HER2 bộc lộ chủ yếu ở type phân tử HER2 và type lòng ống B có HER2 (+) trong đó HER2 (2+) và HER2 (3+) đều chiếm 19,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,000$ . Tác giả Nguyễn Văn Chủ thì thấy HER2 (3+) chiếm tỷ lệ 26,7%, HER2 (2+) là 19,4% và HER2 âm tính (0/1+) chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,9% [6]. Đoàn Thị Phương Thảo (2012) cho thấy tỷ lệ HER2 (3+) là 27,24%, HER2 (2+) chiếm 11,94% và tỷ lệ HER2 âm tính cao nhất là 60,82% [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu trên.

\* **Ki67:** Mức độ tăng sinh của tế bào ung thư vú có liên quan trực tiếp với tiến triển và tiên lượng bệnh. Chỉ số Ki67 được chia thành 3 mức độ: thấp ( $\leq 15\%$ ), trung bình (16-30%) và cao ( $> 30\%$ ). Từ bảng 3.8 trong nghiên cứu thấy Ki67 thường bộc lộ thấp chiếm tỷ lệ cao nhất 36,5%, tiếp đến là Ki67 có sự bộc lộ ở mức trung bình chiếm 32,7%, Ki67 bộc lộ ở mức cao chiếm 30,8%. Ki67 thường bộc lộ thấp ở type phân tử lòng ống A, type lòng ống B có HER2 (+) và thường bộc lộ cao ở type HER2, type dạng đáy. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Chủ (2016) cho thấy cao nhất là ung thư vú có chỉ số Ki67 thấp (chiếm 41,6%), tiếp đến là Ki67 cao (37,2%) và Ki67 trung bình chiếm tỷ lệ thấp nhất là 21,2%. Ở nhóm Ki67 thấp type lòng ống A và B chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 58,8% và 55,4%. Ở nhóm Ki67 cao, các type chiếm tỷ lệ cao là type dạng đáy (chiếm 55,6%), type HER2 chiếm 51,5%, type lòng ống A và B chiếm tỷ lệ thấp nhất là 20,6% và 21,6% [6]. Theo Spitale (2009) sự bộc lộ dấu ấn Ki67 khác biệt có ý nghĩa với các type phân tử ( $p < 0,0001$ ), type lòng ống A chiếm tỷ lệ cao nhất ở Ki67 thấp (33,9%), trái lại chỉ số Ki67 cao ở type dạng đáy và HER2 (lần lượt là 75,3% và 63,2%) [1]. Các nghiên cứu phân tích đa biến cho thấy chỉ số Ki67 cao là yếu tố tiên lượng xấu trong ung thư vú. Một số nghiên cứu cho thấy chỉ số Ki67 trung bình cao nhất ở các khối u bộ ba âm tính và hầu hết typ này có chỉ số Ki67  $> 50\%$ . Typ HER2 có chỉ số Ki67 cao thứ 2 (Ki67 trung bình là 28%), tiếp theo là các khối u thụ thể nội tiết dương

tính. Mặc dù hầu hết các khối u thụ thể nội tiết dương tính có chỉ số Ki67 trung bình chiếm tỷ lệ thấp, song không phải tất cả, mà có một phổ rộng Ki67. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của các tác giả trong và ngoài nước. Qua kết quả nghiên cứu trên chúng tôi nhận thấy rằng các type có tiên lượng tốt như type lòng ống A và B xu hướng có chỉ số tăng sinh nhân Ki67 thấp và thường giảm dần theo mức độ Ki67. Trái lại, các type có tiên lượng xấu hơn là type dạng đáy và HER2 xu hướng có chỉ số tăng sinh nhân Ki67 cao và tăng theo mức độ tế bào u dương tính với Ki67.

**V. KẾT LUẬN**

- ER, PR: ER (dương tính 63,5%) thường bộc lộ cao hơn PR (44,3%), đồng bộc lộ hay gặp ở type lòng ống A, đồng âm tính cao nhất ở type HER2.
- HER2: HER2 (-/1+) chiếm 61,6%, hay gặp ở type lòng ống A, bộc lộ chủ yếu ở type phân tử HER2 và type lòng ống B có HER2 (+).
- Ki67: thường bộ lộ thấp ở type lòng ống A (chiếm 36,5%), type lòng ống B có HER2 (+) và bộc lộ cao (chiếm 30,8%) ở type HER2 và type dạng đáy.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Jemal A, et al (2020). GLOBOCAN Estimates of Incidence and

Mortality Worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2021 May; 71(3): 209-249.

2. Spitale A, Mazzla P, Soldini D, et al (2009). Breast cancer classification according to immunohistochemical markers: clinicopathologic features and short-term survival analysis in a population-based study from the South Switzerland. Annals of Oncology, 20, 628-35.

3. Tạ Văn Tờ (2004). Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. Kroman N, Wohlfart J, Henning T, et al (2003). Influence of tumor location on breast cancer prognosis. Int. J. Cancer, 105, 542-45.

5. Đoàn Thị Phương Thảo (2012). Nghiên cứu gen HER2 và phân nhóm phân tử ung thư vú, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y-Dược, thành phố Hồ Chí Minh.

6. Nguyễn Văn Chủ (2016). Nghiên cứu áp dụng phân loại phân tử ung thư biểu mô tuyến vú bằng phương pháp hóa mô miễn dịch. Luận án tiến sĩ y học.

7. Mohsin S.K, Weiss H, Havighurst, et al (2004). Progesterone receptor by immunohistochemistry and clinical outcome in breast cancer: a validation study.

8. Brien O K.M, Cole S.R and Tse C.K, et al (2010). Intrinsic Breast Tumor Subtypes, Race, and Long-Term Survival in the Carolina Breast Cancer Study. Clin Cancer Res, 16(24), 6100-10

9. Bhargava R, Esposito N.N and Dabbs D.J (2010). Immunohistology of the Breast. Diagnostic Immunohistochemistry: Theranostic and genomic applications, Saunders, USA, 763-819.

**THỰC TRẠNG MỘT SỐ CHỈ TIÊU MÔI TRƯỜNG LAO ĐỘNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHOẺ TẠI HAI CÔNG TY MAY THÀNH PHỐ THÁI BÌNH**

Đặng Thị Vân Quý<sup>1</sup>, Nguyễn Đăng Vững<sup>2</sup>, Ngô Thị Nhu<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng một số chỉ tiêu đánh giá môi trường lao động tại hai công ty may thành phố Thái Bình năm 2021. **Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại hai công ty TNHH may Hưng Nhân và công ty TNHH may Hualida. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện theo thiết kế mô tả cắt ngang từ tháng 7/2021-12/2021. **Kết quả nghiên cứu:** Điều kiện lao động tại 2 công ty đạt 98,4% chỉ tiêu cho phép các chỉ số về nhiệt độ, độ ẩm, tốc độ gió. Chỉ số về ánh sáng có 55,7% đạt TCCP. Chỉ số bụi, CO và CO2 đạt tỷ lệ 100% số mẫu

đạt TCCP. **Từ khóa:** Môi trường lao động, công nhân may, điều kiện lao động

**SUMMARY**

**STATUS OF SOME INDICATORS ASSESSING OCCUPATIONAL ENVIRONMENT AT TWO GARMENT COMPANIES IN THAI BINH CITY**

**Objective:** to describe the current status of some indicators to assess occupational environment at two garment companies in Thai Binh city in 2021. **Participants:** The study was conducted at Hưng Nhân garment company limited and Hualida Garment company Limited. **Methodology:** The study was a cross-sectional descriptive design conducted from July 2021 to December 2021. **Results:** Occupational conditions at the two companies reached 98.4% of the allowable indicators for temperature, humidity, and wind speed. About 55.7% of the samples had lighting index meeting the allowed standards. All the samples had CO and CO2 indexes that meet the allowed standards

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Vân Quý

Email: vanquyytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 25.7.2024