

$p < 0,05$

2. Các chỉ số mạch, lưỡi theo YHCT sau điều trị được cải thiện ở cả hai nhóm NC và ĐC. Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quy não; ban hành kèm theo Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế; 2020
- Bệnh viện Bạch Mai.** Đột quy não – Thách thức và cơ hội. Hội nghị Đột quy não quốc tế. Hà nội. 2022.
- Bệnh viện Châm cứu Trung ương.** Hội thảo cập nhật thông tin phương pháp cấy chỉ dùng kim Hàn Quốc trong điều trị và nâng cơ bằng chỉ. Hà Nội; 2023
- Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy.** Châm cứu sau đại

học. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 1997:125-142, 46-250

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2020:97-105
- Qingqing Li, Laiming Yu, Hui Chen.** Catgut Implantation at Baliao and Xingfu One Catgut Implantation Urinary Incontinence in Patients with Incomplete Spinal Cord Injury. 2019. Open journal of Urology, 2019,9,115-118-216. <https://www.scirp.org/journal/oju>. ISSN Online: 2160-5629
- Wenqiang Cui, Wenshan Sun, Qi-Liang.** Evaluation of catgut implantation at acupoints for as A systematic review and meta-analysis. 2018
- Vol. 1, No. 2** (2018) 123-132 Institutes of Integrative Medicine, Fudan University and World Century Publishing Corporation. DOI: 10.1142/S2575900018400025

## ĐẶC ĐIỂM TẾ BÀO HỌC, HÓA MÔ MIỄN DỊCH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN GIST RUỘT NON

Nguyễn Văn Đề<sup>1</sup>, Nguyễn Bằng Lực<sup>2</sup>, Phạm Văn Thịnh<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm tế bào học, hóa mô miễn dịch và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân GIST ruột non tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp giữa hồi cứu và tiến cứu; thực hiện trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hóa ở ruột non, được điều trị phẫu thuật nội tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2016 đến tháng 5/2024. **Kết quả:** có 100% số khối u có dạng tế bào học là tế bào hình thoi. Chỉ số nhân chia thấp  $\leq 5/50$  vi trường chiếm chủ yếu với 60,6%. Kết quả về hóa mô miễn dịch cho thấy, dấu ấn CD117 chiếm tỉ lệ cao nhất với 97,0%. Dấu ấn DOG1 chiếm 93,9%; Ki67 chiếm 75,8%. Kết quả GIST nguy cơ thấp chiếm chủ yếu với 54,5%. Có mối liên quan giữa chỉ số nhân chia và kết quả hóa mô miễn dịch. **Kết luận:** GIST ruột non thường gặp tế bào học có dạng tế bào hình thoi, chủ yếu dương tính với các dấu ấn CD117, DOG1, Ki67. **Từ khóa:** tế bào học, hóa mô miễn dịch, u mô đệm đường tiêu hóa ruột non.

#### SUMMARY

#### CYTOLOGICAL CHARACTERISTICS, IMMUNOHISTOCHEMISTRY AND SOME RELATED FACTORS IN SMALL INTESTINAL GIST PATIENTS

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đề

Email: doctorde108@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 16.10.2024

**Objective:** Describe cytological characteristics, immunohistochemistry, and some related factors in small bowel GIST patients at Central Military Hospital 108. **Methods:** A cross-sectional descriptive study combining retrospective and prospective; conducted on 33 patients diagnosed with gastrointestinal stromal tumor in the small intestine, treated surgically at Central Military Hospital 108 from January 2016 to May 2024. **Results:** 100% of tumors had spindle cell cytology. Low mitoses  $\leq 5/50$  fields accounted for mainly 60.6%. Immunohistochemical results showed that the CD117 marker accounted for the highest proportion at 97.0%. DOG1 markers account for 93.9%; Ki67 accounts for 75.8%. Low-risk GIST results accounted for the majority, with 54.5%. There is a relationship between the multiplication index and immunohistochemical results. **Conclusion:** Small intestinal GISTs often have spindle-shaped cytology, mainly positive for markers CD117, DOG1, Ki67.

**Keywords:** cytology, immunohistochemistry, small intestinal gastrointestinal stromal tumor.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

GIST được định nghĩa là những khối u trung mô của đường tiêu hóa, dương tính với CD117 và liên quan với đột biến gen KIT hoặc PDGFRA với những đặc điểm mô bệnh học đa dạng như dạng tế bào hình thoi hoặc dạng biểu mô. Đột biến gen KIT được mô tả lần đầu năm 1998, gồm 4 vị trí thường gặp là exon 11, exon 9, exon 13 và exon 17, trong khi đó, PDGFRA có 3 vùng đột biến là exon 18, exon 12 và exon 14. Các vùng đột biến này có mối liên quan với cơ chế kháng hay nhạy cảm với điều trị đích của GIST [1].

Trước đây, phần lớn GIST được coi là lành

tính nhưng những nghiên cứu gần đây cho thấy GIST được coi là dạng u có tiềm năng ác tính hóa cao tùy thuộc vào kích thước u và chỉ số nhân chia. Mặc dù GIST ruột non tỷ lệ gặp không nhiều khoảng 20 -25% trong GIST đường tiêu hóa nói chung [2], tuy nhiên các thầy thuốc lâm sàng phải có những hiểu biết cơ bản về đặc điểm mô bệnh học, hóa mô miễn dịch nhóm u này để có xác định được hướng điều trị phù hợp. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "*Mô tả đặc điểm tế bào học, hóa mô miễn dịch và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân GIST ruột non tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108*".

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hóa ở ruột non, được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2016 đến tháng 5/2024.

**Tiêu chuẩn chọn lựa:** Kết quả giải phẫu bệnh chẩn đoán xác định là u mô đệm đường tiêu hóa ruột non (GIST), được khẳng định kết quả bằng hóa mô miễn dịch với CD 117 (+). Cả hai giới nam và nữ, mọi lứa tuổi. Được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật nội soi. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án với các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, biên bản phẫu thuật, giấy kết quả giải phẫu bệnh.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Kết quả giải phẫu bệnh là tổn thương lành tính, ung thư biểu mô hoặc các u không thuộc tiêu hóa, hoặc nghi ngờ nhưng không còn tiêu bản lưu trữ. Những bệnh nhân không có đầy đủ hồ sơ, bệnh án, không có kết quả giải phẫu bệnh.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

\* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp giữa hồi cứu và tiến cứu.

\* **Cỡ mẫu nghiên cứu:** chọn mẫu thuận tiện, thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi lựa chọn được 33 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu.

\* **Quy trình nghiên cứu:**

Bước 1: Tra cứu kết quả giải phẫu bệnh theo sổ gốc tại khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện 108 từ 1/2016 đến 5/2024 để lấy các chẩn đoán u mô đệm ruột non (GIST) – chỉ chọn những trường hợp có khẳng định bằng kết quả hóa mô miễn dịch ruột non.

Từ kết quả trên, lập danh sách bệnh nhân gồm

tên, tuổi, chẩn đoán lâm sàng, khoa phòng gửi bệnh phẩm, ngày đọc tiêu bản của bệnh nhân tương ứng theo sổ gốc tại khoa Giải phẫu bệnh.

Bước 2: Lấy ngày ra viện của từng bệnh nhân ở bộ phận vi tính thuộc phòng Kế hoạch tổng hợp và sổ ra viện của các khoa phòng tương ứng: khoa phẫu thuật ống tiêu hóa, khoa điều trị theo yêu cầu.

Từ đó, tra mã bệnh án của từng bệnh nhân tại phòng hồ sơ lưu trữ bệnh viện 108 theo phân loại bệnh quốc tế ICD 10.

Kiểm tra hồ sơ, đối chiếu phù hợp với chỉ tiêu, mới lấy vào nghiên cứu.

Bước 3: Liên lạc qua điện thoại và qua thư tín với bệnh nhân hoặc người nhà để đánh giá tình trạng sống/chết, điều trị bổ trợ hay không, dấu hiệu tái phát tính tới thời điểm nghiên cứu.

\* **Các chỉ số nghiên cứu:**

- Đặc điểm tế bào học.
- Đặc điểm về chỉ số nhân chia
- Kết quả các dấu ấn hóa mô miễn dịch
- Kết quả chung hóa mô miễn dịch
- Liên quan giữa chỉ số nhân chia và kích thước khối u nguyên phát, với kết quả hóa mô miễn dịch.

**2.3. Xử lý số liệu.** Các số liệu được nhập và làm sạch trước khi phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Mô tả: tần suất, tỷ lệ, số trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max.

Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng đạo đức của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Các thông tin bệnh nhân chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm về tế bào học và chỉ số nhân chia (n=33)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Loại tế bào</b>		
Tế bào hình thoi	33	100,0
Tế bào dạng biểu mô	0	0,0
Tế bào hỗn hợp	0	0,0
<b>Đặc điểm về chỉ số nhân chia</b>		
≤ 5/50 vi trường	20	60,6
> 5/50 vi trường	13	39,4
<b>Cộng</b>	33	100,0

**Nhận xét:** Đặc điểm về tế bào học khối u cho thấy toàn bộ số khối u đều có dạng tế bào hình thoi chiếm 100,0%.

Chỉ số nhân chia thấp ≤ 5/50 vi trường chiếm chủ yếu với 60,6%.

**Bảng 2. Liên quan giữa chỉ số nhân chia và kích thước khối u nguyên phát (n=33)**

Kích thước (cm)	Thấp		Cao		Chung	
	n	%	n	%	n	%

≤ 2	1	50,0	1	50,0	2	100,0
>2 - 5	9	81,8	2	18,2	11	100,0
>5 - 10	7	50,0	7	50,0	14	100,0
>10	3	50,0	3	50,0	6	100,0
p	0,368					

**Nhận xét:** Kết quả cho thấy, phần lớn các khối u có kích thước từ 5-10 cm (14/33 BN).

Chưa có mối liên quan giữa đặc điểm về chỉ số nhân chia và kích thước khối u với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3. Đặc điểm dấu ấn hóa mô miễn dịch (n=33)**

Dấu ấn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
CD 117	32	97,0
CD 34	15	45,5
SMA	9	27,3
S100	1	3,0
Desmin	0	0,0
DOG 1	31	93,9
Ki 67	25	75,8

**Nhận xét:** Kết quả về hóa mô miễn dịch cho thấy, dấu ấn CD117 chiếm tỉ lệ cao nhất với 97,0%. Dấu ấn DOG1 chiếm 93,9%; Ki67 chiếm 75,8%. Dấu ấn CD 34 chiếm 45,5%; SMA chiếm 27,3%; S100 chiếm 3,0%. Không gặp trường hợp nào dương tính với dấu ấn Desmin.

**Bảng 4. Đặc điểm kết quả hóa mô miễn dịch (n=33)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
GIST nguy cơ thấp	18	54,5
GIST nguy cơ trung bình	2	6,1
GIST nguy cơ cao	13	39,4
<b>Cộng</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Đặc điểm kết quả hóa mô miễn dịch cho thấy, kết quả GIST nguy cơ thấp chiếm chủ yếu với 54,5%. GIST nguy cơ cao chiếm 39,4% và chỉ có 6,1% số BN có GIST nguy cơ trung bình.

**Bảng 5. Liên quan giữa chỉ số nhân chia và kết quả hóa mô miễn dịch (n=33)**

Kết quả HMMD	Thấp		Cao		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Nguy cơ thấp	18	100,0	0	0,0	18	100,0
Nguy cơ trung bình	2	100,0	0	0,0	2	100,0
Nguy cơ cao	0	0,0	13	100,0	13	100,0
p	<0,001					

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa chỉ số nhân chia và kết quả hóa mô miễn dịch. Những bệnh nhân có chỉ số nhân chia thấp thì có kết quả HMMD nguy cơ thấp và ngược lại. Kết quả này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

#### IV. BÀN LUẬN

\* **Đặc điểm tế bào học.** Trong nghiên cứu của chúng tôi toàn bộ số khối u đều có dạng tế bào hình thoi chiếm 100,0%, phù hợp với nghiên

cứu của các tác giả khác khi cho rằng tế bào hình thoi là dạng tế bào chiếm chủ yếu trong GISTs. Tuy nhiên nếu chỉ dựa vào hình ảnh vi thể qua phương pháp nhuộm thông thường thì khó chẩn đoán phân biệt giữa GISTs với các sarcoma khác. Một nghiên cứu khác của tác giả Nguyễn Văn Mão (2011) cho thấy, mô bệnh học tế bào hình thoi chiếm đa số đến hơn 75% [3]. Điều này là hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

\* **Đặc điểm về chỉ số nhân chia và một số yếu tố liên quan.** Theo y văn, độ mô học hay chỉ số nhân chia (Mitotic Count) là một thông số tiên lượng quan trọng không chỉ đối với bệnh ung thư nói chung mà còn các khối u có nguồn gốc trung mô (sarcoma) hay GISTs nói riêng. Chỉ số nhân chia được đánh giá bằng số tế bào có nhân chia được đếm trên 50 vi trường với độ phóng đại ở vật kính 40. Khu vực đếm được chọn là vùng có nhân chia nhiều nhất sau khi đã khảo sát chung. Chỉ số nhân chia được các tác giả sử dụng là yếu tố tiên lượng quan trọng trong GISTs. Cho đến nay, yếu tố này luôn có mặt trong tất cả các hệ thống phân loại các yếu tố nguy cơ của bệnh.

Hệ thống phân loại TNM đã thống nhất phân chia độ mô học hay chỉ số nhân chia thành độ mô học thấp hay chỉ số nhân chia  $< 5/50$  vi trường và độ mô học cao hay chỉ số nhân chia  $> 5/50$  vi trường. Việc phân chia này rất có ý nghĩa trong tiên lượng và xếp giai đoạn bệnh GISTs. Hầu hết các phân loại đều cho thấy, chỉ số nhân chia càng cao càng có tiên lượng xấu [4]. Chỉ số nhân chia là một trong 2 yếu tố chính và quan trọng nhất của tuyên bố đồng thuận NCCN (2024) để phân loại yếu tố nguy cơ cho GISTs. Các yếu tố này được phân tích rất rõ trong 3 hướng dẫn của NCCN. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ số nhân chia thấp  $\leq 5/50$  vi trường chiếm chủ yếu với 60,6%. Tuy nhiên, chưa có mối liên quan giữa đặc điểm về chỉ số nhân chia và kích thước khối u với  $p > 0,05$ . Kết quả này của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu khác, khi chưa cho thấy mối liên quan giữa chỉ số nhân chia và kích thước khối u [5].

Nhưng kết quả nghiên cứu lại cho thấy, có mối liên quan giữa chỉ số nhân chia và kết quả hóa mô miễn dịch. Những bệnh nhân có chỉ số nhân chia thấp thì có kết quả HMMD nguy cơ thấp và ngược lại. Kết quả này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Điều này là phù hợp với cách phân loại của NCCN (2024) trong việc sử dụng kích thước khối u và chỉ số nhân chia để phân tầng nguy cơ của GISTs [5].

**\* Đặc điểm hóa mô miễn dịch.** Kết quả về hóa mô miễn dịch cho thấy, dấu ấn CD117 chiếm tỉ lệ cao nhất với 97,0%. Dấu ấn CD 34 chiếm 45,5%; SMA chiếm 27,3%; S100 chiếm 3,0%. Protein CD-117 là 1 thụ thể yếu tố tăng trưởng gắn tyrosin kinase (tyrosine kinase growth factor receptor) xuyên màng, sản phẩm của sự bộc lộ gen C-kit. Nó hiện diện ở một số tế bào bình thường, bao gồm biểu mô tuyến vú, tế bào mầm, hắc tố bào, tế bào tuỷ chưa trưởng thành và dưỡng bào. Mặc dù CD-117 giữ vai trò chủ đạo cho chẩn đoán GISTs tuy nhiên trong một số trường hợp, một số dấu ấn khác có thể thay thế giá trị chẩn đoán của CD-117 như DOG1 hay Ki67 [6]. DOG-1 là một protein chức năng chưa rõ, người ta thấy protein này bộc lộ chọn lọc ở các u mô đệm dạ dày-ruột. Gen mã hóa DOG-1 nằm trên nhiễm sắc thể số 11 (11q13). Phân tích bộ mã của DNA cho thấy protein này có 8 vùng xuyên màng tế bào, cho nên rất có thể đây là protein tham gia vào kênh vận chuyển ion. DOG-1 là dấu ấn có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, có thể bổ sung cho nhóm dấu ấn chẩn đoán GISTs trong các trường hợp khó chẩn đoán như HMMĐ âm tính với CD117, nhằm để giúp chẩn đoán thêm các trường hợp nghi ngờ GISTs trong điều kiện chưa làm được phân tích đột biến gen do thiếu kỹ thuật hoặc lý do kinh phí. Trong khi Ki67 có thể cho thấy về độ ác tính của GISTs [6].

Theo nghiên cứu của tác giả K.M. Kim tại Hàn Quốc trên 747 trường hợp u MĐĐTH. Tác giả cho rằng CD34 (+) có liên quan tới nguy cơ ác tính cao của MĐĐTH, và thường thấy trên u MĐĐTH ở ruột non, điều này giải thích tại sao u MĐĐTH ở ruột non thường là nguyên nhân tử vong thường gặp nhất đối với MĐĐTH, dù chiếm tỷ lệ nhỏ hơn u MĐĐTH ở thực quản [7].

Ngược lại, SMA là yếu tố liên quan ngược đến nguy cơ ác tính cao của MĐĐTH, và thường gặp ở u MĐĐTH ở thực quản. Tác giả Kang Yoon Koo lại kết luận SMA thường dương tính cao ở u ruột non. Tỷ lệ dương tính của SMA trong nghiên cứu của chúng tôi so với các tác giả khác cũng khá tương đồng. S100 trong nghiên cứu của chúng tôi dương tính với 3,0% các trường hợp, tương đồng so với tác giả K.M. Kim, và tương đương so với các nghiên cứu tại các nước phương Tây (chỉ dương tính <10%) [7]. S100 dương tính thay đổi tùy theo vị trí u, thường gặp ở ruột non, và hiếm khi dương tính ở đại tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 1 trường hợp, vai trò của S100 trong đối với nguy cơ ác tính của u MĐĐTH chưa được đề cập trong các nghiên cứu trước đây.

Thống kê của M. Miettinen năm 2006 cho thấy chỉ 95% u MĐĐTH dương tính với CD117, 80% dương tính với CD34 và khoảng 50% CD34 dương tính ở GISTs ruột non, 35% dương tính với SMA, và dương tính với Desmin có tỷ lệ rất thấp <5% [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi bên cạnh các dấu ấn kể trên tỉ lệ dương tính với dấu ấn DOG1 chiếm 93,9%; Ki 67 chiếm 75,8%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Sözütek D. (2014), nghiên cứu về kết quả HMMĐ cho thấy có 90% trường hợp u GIST dương tính với DOG1. Trong khi tỉ lệ dương tính với ki-67 là 82% [6]. Dựa theo đánh giá nhóm nguy cơ của tiêu chuẩn bổ sung của VYTQG Hoa Kỳ, trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận, kết quả GIST nguy cơ thấp chiếm chủ yếu với 54,5%. GIST nguy cơ cao chiếm 39,4% và chỉ có 6,1% số BN có GIST nguy cơ trung bình. Nghiên cứu của Iannicelli E. (2017) trên 44 trường hợp chia thành 5 nhóm nguy cơ, tác giả này tách riêng những trường hợp bướu cho di căn xa, gieo rắc ổ bụng vào thời điểm chẩn đoán. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy có 27,0% thuộc nhóm nguy cơ rất thấp, 20% thuộc nhóm nguy cơ thấp, 20% thuộc nhóm nguy cơ trung bình, và 9% thuộc nhóm nguy cơ cao, kết quả này cũng khá quan hơn nghiên cứu này của chúng tôi [8].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hóa ở ruột non, được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108, chúng tôi nhận thấy toàn bộ số khối u đều đặc điểm tế bào học có dạng tế bào hình thoi. Chỉ số nhân chia thấp  $\leq 5/50$  vì trường chiếm chủ yếu với 60,6%. Kết quả về hóa mô miễn dịch cho thấy, dấu ấn CD117 chiếm tỉ lệ cao nhất với 97,0%. Dấu ấn CD 34 chiếm 45,5%; SMA chiếm 27,3%. Kết quả GIST nguy cơ thấp chiếm chủ yếu với 54,5%. Có mối liên quan giữa chỉ số nhân chia và kết quả hóa mô miễn dịch.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hirota S., Isozaki K., Moriyama Y., et al.** (1998). Gain-of-function mutations of c-kit in human gastrointestinal stromal tumors. *Science*, 279(5350): 577-580.
2. **Miettinen M., Lasota J.** (2006), Gastrointestinal stromal tumors: pathology and prognosis at different sites. In *Seminars in diagnostic pathology*. Vol. 23. WB Saunders: 70-83.
3. **Nguyễn Văn Mão** (2011). Đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch u mô đệm dạ dày ruột ngoài ống tiêu hóa. *Tạp chí Y dược học - Trường đại học Y dược Huế*, 2: 65-71.

- National Comprehensive Cancer Network (NCCN)** (2024), Gastrointestinal stromal tumor. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.
- Đỗ Hùng Kiên** (2017), Nghiên cứu kết quả điều trị u mô đệm đường tiêu hóa (GISTS) giai đoạn muộn bằng imatinib tại bệnh viện K, Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
- Sözütek D., Yanik S., Akkoca A. N., et al.** (2014). Diagnostic and prognostic roles of DOG1 and Ki-67, in GIST patients with localized or advanced/metastatic disease. International journal of clinical and experimental medicine, 7(7): 1914-22.
- Kim K. M., Kang D. W., Moon W. S., et al.** (2005). Gastrointestinal stromal tumors in Koreans: its incidence and the clinical, pathologic and immunohistochemical findings. Journal of Korean medical science, 20(6): 977.
- Iannicelli E., Carbonetti F., Federici G. F., et al.** (2017). Evaluation of the relationships between computed tomography features, pathological findings, and prognostic risk assessment in gastrointestinal stromal tumors. Journal of Computer Assisted Tomography, 41(2): 271-278.

## KIỂM SOÁT LDL CHOLESTEROL TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 MỚI CHẨN ĐOÁN

Nguyễn Văn Sĩ<sup>1,2</sup>, Nguyễn Vũ Đạt<sup>3</sup>, Đinh Quốc Bảo<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Đái tháo đường type 2 là một yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng. Bên cạnh việc ổn định đường huyết, việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ khác bao gồm rối loạn lipid máu với chỉ số đại diện là LDL cholesterol là cần thiết để phòng ngừa sự hình thành và tiến triển của các biến chứng tim mạch. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện để xác định tỉ lệ kiểm soát LDL cholesterol trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên người bệnh đái tháo đường type 2 được chẩn đoán trong vòng 6 tháng tại phòng khám Nội tiết và phòng khám Y học gia đình, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Nghiên cứu tuyển chọn 275 người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán. Phân tầng nguy cơ tim mạch bao gồm trung bình 3,6%, cao 53,1% và rất cao 43,3%. Tương ứng, tỉ lệ kiểm soát LDL cholesterol chung là 37,8%, trong đó tương ứng các phân tầng nguy cơ tim mạch trung bình, cao và rất cao thì tỉ lệ kiểm soát LDL cholesterol là 30,0%, 36,9% và 39,0%. **Kết luận:** Tỉ lệ kiểm soát LDL cholesterol trên người đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán cần được cải thiện hơn.

**Từ khóa:** Đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán, kiểm soát LDL cholesterol

### SUMMARY

#### LDL CHOLESTEROL CONTROL IN PATIENT WITH NEWLY DIAGNOSED TYPE 2 DIABETES MELLITUS

**Introduction:** Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a significant cardiovascular risk factor. Besides

controlling blood glucose levels, managing other risk factors, including dyslipidemia with LDL cholesterol as a representative index, is essential to prevent the development and progression of cardiovascular complications. **Objective:** This study was conducted to determine the rate of LDL cholesterol control in newly diagnosed T2DM patients. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on T2DM patients diagnosed within the last 6 months at the Endocrinology Clinic and Family Medicine Clinic of Ho Chi Minh City University Medical Center. **Results:** The study included 275 newly diagnosed T2DM patients. Cardiovascular risk stratification revealed that 3.6% of patients were at moderate risk, 53.1% at high risk and 43.3% at very high risk. Correspondingly, the overall rate of LDL cholesterol control was 37.8%. The rates of LDL cholesterol control for moderate, high and very high cardiovascular risk groups were 30.0%, 36.9% and 39.0%, respectively. **Conclusion:** The rate of LDL cholesterol control in newly diagnosed T2DM patients needs to be improved. **Keywords:** Newly diagnosed type 2 diabetes, LDL cholesterol control

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 là một bệnh lý chuyển hoá thường gặp và được dự đoán sẽ tiếp tục gia tăng trong tương lai trên thế giới và ở Việt Nam.<sup>[1,2]</sup> Đái tháo đường type 2 liên quan mật thiết đến tăng nguy cơ tổn thương mạch máu lớn dẫn đến các biến chứng tim mạch do xơ vữa. Đối với người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán, việc kiểm soát tích cực tình trạng rối loạn lipid máu với ưu tiên hàng đầu là LDL (lipoprotein trọng lượng phân tử thấp) cholesterol được chứng minh giúp phòng ngừa các biến chứng nói trên.<sup>[3]</sup> Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để xác định tỉ lệ kiểm soát LDL cholesterol trên người đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 14.10.2024