

như tăng bán kính đường tròn nhằm tìm ra sự khác biệt so với các chủng tộc khác ở khu vực châu Á.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này ghi nhận sự hiện diện của thần kinh chẩm lớn tại vị trí đi ra da ở tất cả các trường hợp. Trong các dạng thần kinh, thì dạng 3 chiếm tỷ lệ cao nhất là 81,8%. Độ dài từ ụ chẩm ngoài đến hình chiếu của điểm thần kinh ra da trên đường giữa là $30,5 \pm 10,8$ (mm). Độ dài từ ụ chẩm ngoài đến hình chiếu của điểm thần kinh ra da trên đường tham chiếu 1 là $20,2 \pm 8,3$ (mm). Về vị trí thần kinh ra da so với đường tròn trên đường tham chiếu 2, kết quả ghi nhận 54,5% nằm trong đường tròn và 50% tại vị trí góc phần tư dưới ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stovner LJ.** Epidemiology of headache in Europe. *European Journal of Neurology* 2006;13:333-45.
2. **Buse D.** Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
3. **Choi I, Jeon SR.** Neuralgias of the Head: Occipital Neuralgia. *J Korean Med Sci*. 2016;31(4):479-88.
4. **Greher M, Moriggi B, Curatolo M, Kirchmair L, Eichenberger U.** Sonographic visualization and ultrasound-guided blockade of the greater occipital nerve: a comparison of two selective techniques confirmed by anatomical dissection. *Br J Anaesth*. 2010;104(5):637-42.
5. **Natsis K, Baraliakos X, Appell HJ, Tsikaras P, Gigis I, Koebke J.** The course of the greater occipital nerve in the suboccipital region: a proposal for setting landmarks for local anesthesia in patients with occipital neuralgia. *Clin Anat*. 2006;19(4):332-6.
6. **Tubbs RS, Watanabe K, Loukas M, Cohen-Gadol AA.** The intramuscular course of the greater occipital nerve: novel findings with potential implications for operative interventions and occipital neuralgia. *Surg Neurol Int*. 2014;5:155.
7. **Kariya K, Usui Y, Higashi N, Nakamoto T, Shimbori H, Terada S, et al.** Anatomical basis for simultaneous block of greater and third occipital nerves, with an ultrasound-guided technique. *J Anesth*. 2018;32(4):483-92.
8. **Won HJ, Ji HJ, Song JK, Kim YD, Won HS.** Topographical study of the trapezius muscle, greater occipital nerve, and occipital artery for facilitating blockade of the greater occipital nerve. *PLoS One*. 2018;13(8):e0202448.
9. **Huanmanop T, Issara I, Agthong S, Chentanez V.** Evaluation of the greater occipital nerve location regarding its relation to intermastoid and external occipital protuberance to mastoid process lines. *Folia Morphol (Warsz)*. 2021;80(3):533-41.
10. **Laine G, Jecko V, Wavasseur T, Gimbert E, Vignes JR, Liguoro D.** Anatomy of the Greater Occipital Nerve Implications in Posterior Fossa Approaches. *Research Square*. 2021.

TÌNH TRẠNG DI CẢN HẠCH NÁCH TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TIỂU THỤY TUYẾN VÚ XÂM NHẬP

Phạm Hồng Khoa¹, Đinh Hữu Tâm²

TÓM TẮT

Mục đích: Để nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng đối với UTV nói chung và ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập (UTBMTTXN) nói riêng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được tiến hành trên 167 bệnh nhân UTBMTTXM, đã được phẫu thuật điều trị cắt vú tại bệnh viện K từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 7 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ di căn hạch trong nhóm nghiên cứu 63,5% trong đó nhóm dưới tip đa hình có tỷ lệ di căn hạch nách cao nhất với 82,9%. Các yếu tố như độ mô học, thụ thể nội tiết, kích thước u có mối

liên quan đến tình trạng di căn hạch nách trong ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập. **Kết luận:** Di căn hạch nách trong ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập hay gặp, u càng lớn thì tỷ lệ di căn hạch càng cao. Di căn hạch nách còn có liên quan đến tình trạng thụ thể nội tiết và độ mô học của khối u.

Từ khóa: ung thư vú, di căn hạch nách, ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập.

SUMMARY

AXILLARY LYMPH NODE METASTASIS STATUS IN INVASIVE LOBULAR BREAST CANCER

Objective: To improve the quality of diagnosis, treatment, and prognosis for breast cancer in general and invasive lobular carcinoma (ILC) in particular. **Subjects and Methods:** We conducted a retrospective descriptive study on 167 ILC patients who underwent a mastectomy at K Hospital from January 2019 to July 2023. **Results:** The rate of axillary lymph node metastasis were 63.5%. The type accounted for the highest rate with the polymorphic,

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Khoa

Email: phamhongkhoa1974@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025

accounting for 82.9%. Several factors such as histological grades, hormone receptors, and tumor size are associated with axillary lymph node metastasis in ILC. **Conclusion:** Axillary lymph node metastasis in ILC is common; the larger the tumor, the higher the rate of lymph node metastasis. Axillary lymph node metastasis is also related to hormone receptor status and tumor grading.

Keywords: breast cancer, axillary lymph node metastasis, invasive lobular carcinoma of the breast

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Di căn hạch nách là yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng nhất trong ung thư vú (UTV), hạch di căn càng nhiều thì càng tăng nguy cơ tái phát và giảm thời gian sống thêm toàn bộ [1]. Nhiều nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa các đặc điểm của khối u nguyên phát và khả năng di căn hạch bạch huyết khu vực. Tuổi, vị trí u, kích thước loại mô học, độ mô học, tình trạng xâm nhập mạch và thần kinh, sự bộc lộ ER, PR, Her-2/neu... được chỉ ra có nhiều khả năng liên quan đến mức độ di căn hạch trong UTV. Ung thư biểu mô tiểu thùy tuyến vú xâm nhập (UTBMTTXN) chiếm từ 5-15% các loại ung thư biểu mô tuyến vú xâm nhập (UTBMXN), đứng thứ hai chỉ sau UTBMXN tip không đặc biệt (UTBMXN-NST).

Do có các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và bệnh học tương đối khác với loại UTBMXN-NST, nên mặc dù phần lớn UTBMTTXN có tiên lượng tốt hơn so với tip này, nó thường được chẩn đoán và phát hiện ở giai đoạn muộn khi kích thước u đã lớn và đã có tình trạng di căn hạch. Xuất phát từ những yêu cầu thực tiễn lâm sàng, để nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng đối với UTV nói chung và UTBMTTXN nói riêng, chúng tôi tiến hành đề tài để đánh giá: *"Tình trạng di căn hạch nách qua nghiên cứu 167 bệnh nhân ung thư BMTTXN của vú"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 167 bệnh nhân ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập của vú đã được phẫu thuật điều trị cắt vú tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 7 năm 2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Các trường hợp được chọn vào nghiên cứu phải có các tiêu chuẩn sau:

- Có chẩn đoán xác định bằng MBH là UTBM tiểu thùy tuyến vú xâm nhập.
- Được phẫu thuật cắt bỏ khối u vú, vét hạch nách triệt căn cải biên hoặc phẫu thuật bảo tồn
- Khối u nguyên phát không được điều trị hóa xạ bổ trợ tiền phẫu
- Có hồ sơ bệnh án cung cấp đầy đủ thông

tin cần thiết cho nghiên cứu: họ tên, tuổi, địa chỉ, mã điều trị, số điện thoại.

- Có mô tả hình ảnh đại thể của mô u.
- Có tiêu bản nhuộm H-E u và hạch, có khối nắn đủ tiêu chuẩn nhuộm HMMD.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.
- Ung thư vú tái phát hoặc di căn từ nơi khác đến.
- Ung thư vú tại chỗ.
- Bệnh nhân ung thư vú là nam giới.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Các bước tiến hành
- Các bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTTXN từ 01/2019 đến 09/2023

- Tra cứu hồ sơ bệnh án thu thập số liệu theo bệnh án nghiên cứu.

- Tìm lại tiêu bản HE, HMMD và khối nắn.
- Cắt nhuộm lại những trường hợp tiêu bản xấu, tiêu bản bị thất lạc hoặc không còn đủ điều kiện để chẩn đoán từ block lưu trữ.

2.3. Xử lý số liệu

- Các trường hợp nghiên cứu được ghi nhận đầy đủ thông tin và mã hóa dữ liệu.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

Sử dụng kiểm định Chi-square để phân tích sự khác biệt giữa các biến định tính, kiểm định Fisher được sử dụng trong các nhóm định tính khi có nhiều hơn 20% ô có tần số mong đợi nhỏ hơn 5, với $p < 0,05$ là có ý nghĩa về mặt thống kê.

Sử dụng kiểm định Anova và Kruskal Wallis để phân tích so sánh trung bình giữa các biến định lượng, chọn $p < 0,05$ là có ý nghĩa về mặt thống kê.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm MBH và HMMD 167 trường hợp UTBM tiểu thùy xâm nhập của vú chúng tôi thu được các kết quả như sau:

3.1. Tình trạng di căn hạch nách của các dưới tip trong UTBMTTXN

Bảng 3.1. Tình trạng di căn hạch nách của các dưới tip

Dưới tip	Di căn hạch nách		Tổng
	Có	Không	
Kinh điển	55 58,5%	39 41,5%	94 100%
Đa hình	34 82,9%	7 17,1%	41 100%
Đặc	8 61,5%	5 38,5%	13 100%
Nang	6 42,9%	8 57,1%	14 100%
Ổng nhỏ -	3	2	5

tiểu thùy	60,0%	40,0%	100%
Tổng	105 63,5%	61 36,5%	167 100%

Tình trạng di căn hạch nách là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng nhất trong ung thư vú giai đoạn sớm. Kết quả các nghiên cứu trước đây đang gây tranh cãi liên quan đến tình trạng di căn hạch giữa UTBMCTXN và UTBMXN-NST. Nhiều nghiên cứu cho rằng không có sự khác biệt về tỷ lệ di căn hạch giữa hai nhóm u chủ yếu của UTBMXN này [2]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ di căn hạch của UTBMCTXN cao hơn. Ngược lại, cũng có một số tác giả báo cáo tỷ lệ di căn hạch của UTBMCTXN thấp hơn UTBMXN-NST. Nghiên cứu của tác giả Danzinger S (2023) đưa ra kết luận rằng có sự tăng nguy cơ về di căn hạch nách giai đoạn muộn (giai đoạn pN2/3) ở bệnh nhân UTBMCTXN [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân không di căn hạch chiếm 36,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng di căn hạch chiếm 63,5%, trong đó: di căn từ 1-3 hạch có 61/167 trường hợp, chiếm 36,5%; di căn >3 hạch có 45/167 trường hợp chiếm 27,0 %. Nhóm dưới tip đa hình có tỷ lệ di căn hạch nách cao nhất với 82,9%, đứng thứ hai là tip đặc chiếm 61,5%. Các dưới tip còn lại có tỷ lệ di căn hạch thấp hơn, dưới tip kinh điển 58,5%, dưới tip ống nhỏ tiểu thùy 60%, dưới tip nang có tỷ lệ di căn hạch thấp nhất với 42,9%.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt giữa tỷ lệ di căn hạch nách giữa các dưới tip của UTBMCTXN với $p < 0,05$. Tỷ lệ di căn hạch của dưới tip đa hình chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,9%, dưới tip nang có tỷ lệ di căn hạch thấp nhất với 42,9%. Các dưới tip còn lại có tỷ lệ di căn hạch gần tương đương nhau, tỷ lệ di căn hạch của dưới tip kinh điển, dưới tip đặc và dưới tip ống nhỏ tiểu thùy lần lượt là: 58,5%, 61,5% và 60,0% (Bảng 3.1).

Tác giả Ohashi (2017) cho tỷ lệ di căn của dưới tip đa hình là 54,5%, cao hơn nhóm còn lại chỉ với 18,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ [4]. Tác giả Iorfida M (2012) cho tỷ lệ di căn hạch giảm dần theo thứ tự dưới tip đa hình, dưới tip đặc, dưới tip nang và dưới tip kinh điển lần lượt là 54,3%, 50,9%, 41,3%, 37,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ [5].

Mặc dù không có đặc điểm lâm sàng riêng biệt để phân biệt UTBMCTXN dưới tip đa hình với các loại ung thư vú khác. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng UTBMCTXN dưới tip đa hình có tiên lượng kém, có tỷ lệ cao di căn hạch và di căn xa hơn so với các dưới tip khác của UTBMCTXN [4].

3.2. Tình trạng di căn hạch nách theo các đặc điểm hóa mô miễn dịch và độ mô học trong UTBTXN

Bảng 3.2. Tình trạng di căn hạch nách theo các đặc điểm HMMD và độ mô học

Đặc điểm HMMD và ĐMH		Di căn hạch nách		P
		Có	Không	
Her-2/neu	Âm tính	56(38,9%)	88(61,1%)	0,113
	Dương tính	5(21,7%)	18(78,3%)	
Typ lòng ống	A	36(54,5%)	30(45,5%)	0,053
	Khác	70(69,3%)	31(30,7%)	
Nội tiết	ER và PR (-)	17(85%)	3(15%)	0,033
	ER và/hoặc PR (+)	89(60,5%)	58(39,5%)	
Ki67	Ki67 ≤ 20%	54(59,3%)	37(40,7%)	0,225
	Ki67 > 20%	22(47,8%)	24(52,2%)	
Độ mô học	Độ 1	9(45%)	11(55%)	0,019
	Độ 2	70(61,4%)	44(38,6%)	
	Độ 3	27(81,8%)	6(18,2%)	
Kích thước u	u ≤ 2cm	27(43,5%)	35(56,5%)	< 0,005
	2cm < u < 5cm	69(74,2%)	24(25,8%)	
	U ≥ 5cm	10(83,3%)	2(16,7%)	

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ di căn hạch ở nhóm Her-2/neu (-) là 38,9% cao hơn nhóm (+) chiếm 21,7%, cũng tương tự như vậy tip không phải lòng ống A có tỷ lệ di căn hạch là 69,3% cao hơn tip lòng ống A chiếm 54,5%, tuy nhiên sự khác biệt ở đây không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

Trong nghiên cứu này yếu tố nội tiết ER(+) và hoặc PR(+) thì tỷ lệ di căn hạch có sự khác biệt giữa hai nhóm, tương tự như vậy ở nhóm có độ mô học càng cao, kích thước u càng lớn thì tỷ lệ hạch di căn tỷ lệ thuận với độ mô học và kích thước u, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. So sánh với các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ di căn hạch nách.

của UTBMCTXN tương đối khác nhau giữa các tác giả. Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả đều cho tỷ lệ UTBMCTXN có di căn hạch cao hơn nhóm không di căn. Tác giả Zengel B và cs (2015) cho tỷ lệ di căn hạch là 56,3%; tác giả Duraker và cs (2020) có 160/263 trường hợp UTBMCTXN di căn hạch chiếm 60,8% [2;6]. Tác giả Nguyễn Thị Quỳnh (2021) nghiên cứu về tình trạng di căn hạch nách của các ung thư tuyến vú thể đặc biệt ghi nhận tỷ lệ di căn hạch của nhóm bệnh nhân UTBMCTXN cao nhất so với các thể khác với 38/78 trường hợp chiếm 48,7% [7].

Tuy nhiên cũng có các nghiên cứu cho kết quả khác với chúng tôi khi tỷ lệ nhóm di căn hạch thấp hơn nhóm không di căn hạch. Nghiên

cứu của Danzinger S và cs (2023) cho tỷ lệ di căn hạch là 88/288 trường hợp chiếm 30,6%, trong đó nhóm di căn từ 1-3 hạch chiếm 18,8%, nhóm > 3 hạch chiếm thấp hơn với 11,8% [3]. Tác giả Hengqiang Zhao và cs (2020) phân tích 16.433 bệnh nhân UTBMTTXN thu thập từ dữ liệu Chương trình Giám sát, Dịch tễ và Kết quả cuối cùng (SEER) cho tỷ lệ di căn hạch là 33,6%, trong đó nhóm di căn từ 1-3 hạch chiếm chủ yếu với 21,7%, nhóm >3 hạch chiếm 11,9%. Asturka và cộng sự (2011) trong nghiên cứu của mình đã chỉ ra mối liên quan chặt chẽ giữa độ mô học, tình trạng bộc lộ ER và PR và khả năng di căn hạch.

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ di căn hạch nách 63,5%, trong đó nhóm dưới tip đa hình có tỷ lệ di căn hạch nách cao nhất với 82,9%, đứng thứ hai là tip đặc chiếm 61,5%. Các dưới tip còn lại có tỷ lệ di căn hạch nách thấp hơn, dưới tip kinh điển 58,5%, dưới tip ống nhỏ tiểu thùy 60%, dưới tip nang có tỷ lệ di căn hạch thấp nhất với 42,9%.

- Các yếu tố như kích thước u, độ mô học, thụ thể nội tiết có mối liên quan đến tình trạng di căn hạch nách trong ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eleftherios P Mamounas, Stewart J Anderson, James J Dignam, Harry D Bear, Thomas B Julian, Charles E Geyer Jr, Alphonse Taghian, D Lawrence Wickerham, Norman Wolmark: Predictors of locoregional recurrence after neoadjuvant chemotherapy:

results from combined analysis of National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-18 and B-27. J Clin Oncol. 2012 Nov 10;30(32):3960-6. doi: 10.1200/JCO.2011.40.8369. Epub 2012 Oct 1.

2. Zengel B, Yararbas U, Duran A, et al. Comparison of the clinicopathological features of invasive ductal, invasive lobular, and mixed (invasive ductal + invasive lobular) carcinoma of the breast. Breast cancer (Tokyo, Japan). Jul 2015;22(4):374-81. doi:10.1007/s12282-013-0489-8
3. Danzinger S, Pöckl K, Kronawetter G, et al. Axillary lymph node status and invasive lobular breast cancer: Analysis of the Clinical Tumor Register of the AGO Austria. Wiener klinische Wochenschrift. Sep 2023;135(17-18):463-471. doi:10.1007/s00508-023-02162-y.
4. Ohashi R, Matsubara M, Watarai Y, et al. Pleomorphic lobular carcinoma of the breast: a comparison of cytopathological features with other lobular carcinoma variants. Cytopathology : official journal of the British Society for Clinical Cytology. Apr 2017;28(2):122-130. doi:10.1111/cyt.12362
5. Iorfida M, Maiorano E, Orvieto E, et al. Invasive lobular breast cancer: subtypes and outcome. Breast Cancer Res Treat. Jun 2012;133(2): 713-23. doi:10.1007/s10549-012-2002-z.
6. Duraker N, Hot S, Akan A, Nayir P. A Comparison of the Clinicopathological Features, Metastasis Sites and Survival Outcomes of Invasive Lobular, Invasive Ductal and Mixed Invasive Ductal and Lobular Breast Carcinoma. European journal of breast health. Jan 2020;16(1):22-31. doi:10.5152/ejbh.2019.5004
7. Nguyễn Thị Quỳnh. Đặc điểm di căn hạch nách ung thư biểu mô tuyến vú thể đặc biệt. 2021.

NGHIÊN CỨU ĐỘT BIẾN XÓA ĐOẠN GEN LMP1-EBV TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Vũ Hải Linh¹, Nguyễn Hữu Quốc²,
Nguyễn Hoàng Việt², Lê Hạ Long Hải²

TÓM TẮT²¹

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) hiện đang là loại ung thư dẫn đầu cả về tỷ lệ mắc và tử vong tại Việt Nam. Các nghiên cứu gần đây đều chỉ ra rằng EBV (Epstein-Barr virus) có liên quan đến quá trình phát sinh u và tiên lượng xấu hơn ở những bệnh nhân

HCC. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: xác định tỷ lệ đột biến xóa đoạn 30bp gen LMP1, một loại gen gây ung thư quan trọng của virus EBV và mối tương quan giữa gen LMP1 với một số đặc điểm cận lâm sàng trên bệnh nhân HCC. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang thực hiện trên 173 mẫu mô sinh thiết của bệnh nhân HCC tại Bệnh viện K3, Tân Triều và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Đột biến xóa đoạn gen được phát hiện bằng kỹ thuật PCR. **Kết quả:** Nghiên cứu phát hiện 36/173 (21%) mẫu mô HCC dương tính với gen LMP1; trong đó tỷ lệ đột biến mất đoạn gen LMP1 chiếm 18/36 (50%). Ngoài ra, nghiên cứu còn phát hiện mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HBV và đột biến xóa đoạn gen LMP1 ($p=0,018$), nồng độ các chỉ số AFP, AST ở bệnh nhân HCC có đột biến xóa đoạn gen LMP1 cao hơn nhóm

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025

không có đột biến gen này tuy nhiên $p > 0,05$. Đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam miêu tả sự phân bố của virus EBV trên bệnh nhân HCC. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, gen LMP1, Virus Epstein-Barr.

SUMMARY

ASSOCIATION OF LMP1-EBV GENE DELETION MUTATION ON

HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS

Hepatocellular carcinoma (HCC) is currently the leading cancer in both incidence and mortality in Vietnam. Recent studies have shown that Epstein-Barr virus (EBV) is associated with tumorigenesis and poor prognosis in HCC patients. The main aim of study was conducted: to determine the prevalence of 30bp deletion mutation in the LMP1 gene, that is an important oncogene of EBV, and the correlation between the LMP1 gene and some paraclinical characteristics in HCC patients. **Research method:** the cross-sectional study performed on 173 tissue samples derived from HCC patients at the K3 Hospital, Tan Trieu and Hanoi Medical University Hospital. Deletion mutation was detected by PCR method. **Results:** Our study displayed 36/173 (21%) HCC samples positive with the LMP1 gene; and deletion mutation of LMP1 gene accounted for 18/36 (50%). Additionally, the study identified a correlation between HBV infection and the LMP1 deletion mutation ($p=0.018$), the concentrations of AFP and AST in HCC patients with LMP1 deletion mutation were higher than wild-type LMP1 gene, but not significantly different ($p > 0.05$). This is the first study to describe the distribution of EBV in HCC patients in Vietnam.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, LMP1 gene, Epstein-Barr virus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (Hepatocellular carcinoma, HCC) là một loại ung thư nguyên phát phổ biến nhất, chiếm 80-90% tổng số ca bệnh và có tỷ lệ tử vong hàng đầu trên thế giới. Theo thống kê của GLOBOCAN tại Việt Nam năm 2022, ung thư gan xếp vị trí thứ hai với trên 24.500 ca bệnh (13,6%), gặp nhiều hơn ở nam giới.¹ Sự lây nhiễm virus là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng trong hình thành ung thư biểu mô tế bào gan, như nhiễm HBV, HCV. Từ nhiều năm nay, với sự trợ giúp của vaccin kiểm soát đáng kể bệnh HCC liên quan đến hai loại virus này. Tuy nhiên số lượng bệnh nhân HCC vẫn có xu hướng tăng, điều đó gợi ý cho các nhà khoa học các nguyên nhân gây bệnh khác, trong đó có virus EBV-một loại virus được xác định có mặt ở nhiều loại ung thư khác nhau.²

EBV (Epstein-Barr Virus) thuộc họ Herpes Simplex virus, một loại virus liên quan đến nhiều loại ung thư phổ biến như: ung thư vòm họng, U lympho Hodgkin, ung thư dạ dày... Các nghiên cứu gần đây đều chỉ ra mối liên quan giữa EBV trong sự phát triển của HCC liên quan đến virus

HCV và HBV.² Gen Latent Membrane Protein 1 (LMP1) là một gen gây ung thư quan trọng của virus EBV, được cho là liên quan đến việc kích thích tế bào tăng tổng hợp DNA và chống lại quá trình apoptosis bằng cách điều chỉnh lại BCL-2³, khởi đầu cho sự biến đổi ác tính của tế bào. Đột biến xóa đoạn 30 bp trên gen LMP1 giúp EBV né tránh đáp ứng miễn dịch của cơ thể, khả năng biến đổi cao hơn từ đó hình thành khối u.³

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ đột biến xóa đoạn gen LMP1 và mối liên quan giữa đột biến xóa đoạn gen LMP1 với một số đặc điểm cận lâm sàng trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan. Kết quả nghiên cứu góp phần làm sáng tỏ cơ chế phát sinh và phát triển ung thư biểu mô tế bào gan do đột biến xóa đoạn gen LMP1 của virus EBV tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 173 mẫu mô đúc nền của bệnh nhân đã được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát tại Bệnh viện K3, Tân Triều và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong năm 2020-2021. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được thu thập thông tin về tuổi, giới, tiền sử, kết quả giải phẫu bệnh, và các chỉ số cận lâm sàng có liên quan đến bệnh ung thư gan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Tách chiết DNA. Mẫu mô đúc nền sẽ được cắt thành các lát mỏng 5µm và thu thập trong ống eppendorf 1,5mL. Tách chiết DNA tổng số được tiến hành sử dụng QIAamp DNA FFPE Tissue Kit (QIAGEN, 56404) theo hướng dẫn của nhà sản xuất, sau đó được bảo quản ở nhiệt độ -20°C.

Xác định đột biến xóa đoạn 30 bp trên gen LMP1 bằng phương pháp PCR. PCR khuếch đại gen LMP1 có kích thước 230bp sử dụng cặp mồi ở vị trí 168373: 5'-CTA GCGACTCTGGAAAT- 3'; 168174: 5'-CGCGGATCCTTAGTCATAGTAGCTTAG- 3'. Thành phần phản ứng PCR gồm: 2,5µL DNA; 5µL Master mix 2X; 1µL mỗi mồi; 0,5µL nước cất. Chu kỳ nhiệt như sau: 95°C trong 7 phút; 35 chu kỳ: 94°C trong 1 phút 30 giây, 55°C trong 1 phút, 72°C trong 1 phút 30 giây; 72°C trong 7 phút.

Tiến hành điện di, đọc kết quả sản phẩm PCR trên gel Agarose 2%, đệm TBE 1X, điện áp 50V trong 10 phút và 120V trong 40 phút. Sản phẩm khuếch đại có kích thước 200 bp: có đột biến xóa 30 bp gen LMP1, sản phẩm khuếch đại có kích thước 230 bp: không có đột biến xóa đoạn LMP1.

Xử lý số liệu. Kết quả được xử lý bằng phần mềm Graphpad Prism 8.0.1. Sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

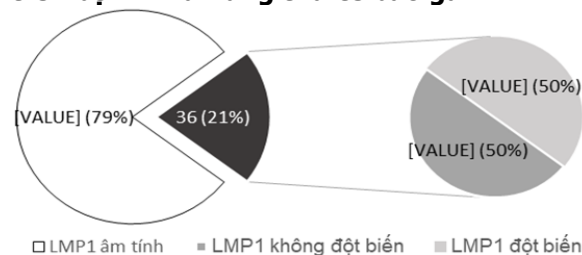
3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n (%)	EBV Dương tính	EBV Âm tính
Tuổi (Trung bình $\pm$ SD)		56,3 $\pm$ 9,71	
Giới	Nam	142 (82,1)	29 (20,4)
	Nữ	31 (17,9)	7 (22,6)
Nhiễm HBV	Dương tính	149 (86,1)	27 (18,1)
	Âm tính	24 (13,9)	9 (37,5)
Mức độ xơ gan	Có	68 (39,3)	11 (16,2)
	Không	105 (60,7)	25 (23,8)
Tổng cộng	173	36	137

Nghiên cứu thực hiện trên 173 bệnh nhân được chẩn đoán mắc ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát ở độ tuổi trung bình $56,3 \pm 9,71$. Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới với tỷ lệ nam/nữ là 4,6 và tình trạng nhiễm HBV cao chiếm 86,1%. Bên cạnh đó mức độ xơ gan của đối tượng nghiên cứu là 68/173 (39,3%). Tỷ lệ nhiễm virus EBV chiếm 36/173 (21%).

3.2. Tỷ lệ đột biến xóa đoạn gen LMP1 trên bệnh nhân ung thư tế bào gan



Hình 1. Tình trạng đột biến xóa đoạn gen LMP1 trên bệnh nhân HCC

Nghiên cứu phát hiện gen LMP1 có ở 36/173 (21%) bệnh nhân HCC. Trong đó tỷ lệ bệnh nhân HCC mang đột biến xóa đoạn 30 bp gen LMP1 và không mang đột biến xóa đoạn gen này là như nhau, chiếm 50% (18/36).

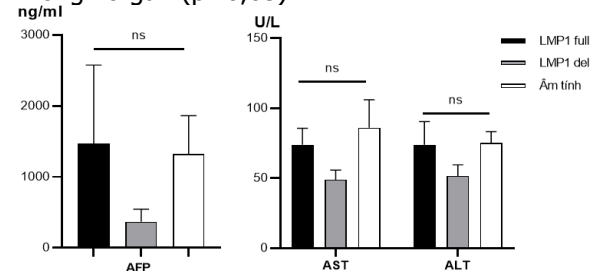
3.3. Môi liên quan giữa tình trạng đột biến xóa đoạn gen LMP1 với một số đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan

Bảng 2. Môi liên quan giữa đột biến xóa đoạn gen LMP1 với tình trạng nhiễm HBV và mức độ xơ gan

		LMP1		LMP1 mất đoạn		p
		n	%	n	%	
HBV	Âm tính	17	63,0	10	37,0	0,018
	Dương tính	1	11,1	8	88,9	
Tình trạng xơ gan	Có	7	63,6	4	36,4	0,278
	Không	11	44,0	14	56,0	

Kết quả chỉ ra sự khác biệt có ý nghĩa thống

kê giữa tình trạng nhiễm HBV và đột biến xóa đoạn gen LMP1 với tỷ lệ phát hiện nhiễm HBV trong nhóm có đột biến xóa đoạn gen LMP1 là 88,9% ($p=0,018$). Tỷ lệ đột biến xóa đoạn gen LMP1 không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh nhân HCC xơ gan và không xơ gan ($p>0,05$).



Hình 2. Đồ thị biểu diễn mối liên quan giữa đột biến xóa đoạn gen LMP1 và các chỉ số AFP, AST, ALT trên bệnh nhân HCC

Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ các chất AFP, AST và ALT ở bệnh nhân HCC có đột biến mất đoạn gen LMP1 đều thấp hơn nhóm bệnh nhân có gen LMP1 không đột biến và nhóm gen LMP1 âm tính, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù cơ chế gây bệnh chưa được làm sáng tỏ, tuy nhiên nhiễm virus EBV được cho là yếu tố nguy cơ cao liên quan đến nhiều loại ung thư, trong đó có HCC. Tương tự như các loại virus Herpes khác, EBV biểu hiện một số protein để duy trì tiềm ẩn khi xâm nhập vào các tế bào biểu mô, các tế bào lympho B. LMP1 là một gen gây ung thư quan trọng của virus này. LMP1 được chứng minh thực nghiệm gây ra biến đổi nguyên bào sợi của loài gặm nhấm và gây biến đổi hình thái mô tạo ra khối u ở chuột⁴. Trên cơ thể người, LMP1 có khả năng gây ra quá trình chuyển đổi ác tính không chỉ ở tế bào lympho B mà còn ở cả tế bào biểu mô. LMP1 thúc đẩy quá

trình sinh ung thư bằng cách tạo ra các phân tử kết dính bề mặt tế bào (CD23, CD40, ICAM1, LAF1 và LAF3), kích hoạt các kháng nguyên và điều hòa tăng các phân tử chống apoptosis (BCL2, MCL1, BFL1, ABF)³. Ngoài ra LMP1 còn có vai trò quan trọng trong cả quá trình tăng sinh mạch máu, di căn trong giai đoạn khởi phát và phát triển của các khối u liên quan đến EBV⁵.

Gen LMP1 mã hóa cho một protein xuyên màng tiềm ẩn của EBV. Gen có hai vùng hoạt hóa chính là C Terminal Activation Region 1 (CTAR1) và C Terminal Activation Region 2 (CTAR2). Đột biến mất đi 30 nucleotide là dạng đột biến thường gặp nhất trên toàn thế giới, đặc biệt phổ biến ở Trung Quốc. Việc xóa 30 bp ở đầu 3' của đuôi C-terminal, liên quan đến miễn chức năng CTAR2 dẫn đến tăng sinh ung thư và giảm phản ứng miễn dịch³.

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam khảo sát phân bố virus EBV trên bệnh nhân HCC. Kết quả cho thấy 36/173, chiếm 21% mẫu mô u của bệnh nhân HCC dương tính với virus EBV. Trong đó, số lượng mẫu phát hiện đột biến xóa đoạn 30 bp và không xóa đoạn trên gen LMP1 đều bằng nhau (18/36, chiếm 50%). Tỷ lệ đột biến xóa đoạn gen LMP1 trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu trên mẫu ung thư vòm họng (NPC) của Trịnh Thị Hồng Cửa tại miền Nam, Việt Nam (57,5%)⁶ và nghiên cứu của Hui Shien See ở Malaysia với 19/34 (55,9%)⁷. Tuy nhiên sự khác biệt này không quá lớn, có thể do sự khác biệt về loại mẫu, vị trí địa lý, các yếu tố môi trường khác.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra 27/173 (15,6%) bệnh nhân HCC nhiễm đồng thời virus HBV và EBV. Mặt khác, trong nhóm bệnh nhân mang đột biến xóa đoạn gen LMP1, có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân dương tính và âm tính với HBV ($p=0,018$) chứng tỏ có mối liên quan giữa HBV và đột biến xóa đoạn gen LMP1. Theo nghiên cứu của Kung-Chao Chang năm 2014 về cơ chế sinh bệnh của u lympho Hodgkin (HL) và ung thư vòm họng (NPC) liên quan đến EBV và ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) liên quan đến HBV đều cho thấy tác động của các oncoprotein virus này lên quá trình sinh u. Protein LMP1 của virus EBV và HBx của virus HBV đều có tác động gián tiếp lên con đường truyền tín hiệu nội bào thông qua NF- κ B, con đường đóng vai trò quan trọng trong điều hòa miễn dịch tế bào. Như vậy, tác động hiệp đồng giữa EBV và HBV có thể kích thích mạnh mẽ quá trình sinh u khi chúng trên cùng một tế bào. Điều này góp phần mở ra triển vọng tương lai về thuốc điều trị hướng đến con đường NF- κ B⁸.

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ các chất AFP, AST và ALT ở bệnh nhân HCC có gen LMP1 mất đoạn đều thấp hơn nhóm bệnh nhân có gen LMP1 không đột biến và nhóm gen LMP1 âm tính, tuy nhiên $p>0,05$ và không phát hiện mối liên quan về tỷ lệ đột biến xóa đoạn gen LMP1 giữa nhóm có và không xơ gan. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nghiên cứu không lớn và lấy mẫu thuận tiện nên cần nghiên cứu sâu hơn để làm rõ mối liên quan và vai trò của đột biến xóa đoạn gen LMP1 trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xác định tỷ lệ đột biến xóa đoạn gen LMP1 và mối liên quan giữa đột biến xóa đoạn gen LMP1 với một số đặc điểm cận lâm sàng trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan. Kết quả phát hiện 36/173 (21%) mẫu mô HCC có gen LMP1 với tỷ lệ có và không có đột biến mất đoạn gen LMP1 bằng nhau đều chiếm 18/36 (50%). Ngoài ra, nghiên cứu còn phát hiện mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HBV và đột biến xóa đoạn LMP1 ($p=0,018$). Nghiên cứu góp phần làm sáng tỏ cơ chế gây bệnh của virus EBV trong quá trình phát sinh và phát triển ung thư trên bệnh nhân HCC tại Việt Nam.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được thực hiện với sự hỗ trợ kinh phí của đề tài mã số 108.02-2019.307, thuộc Quỹ phát triển khoa học và công nghệ quốc gia (NAFOSTED).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray, F. et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 74, 229–263 (2024).
2. **Y. Sugawara, M. M., K. Takada.** Detection of Epstein-Barr Virus DNA in Hepatocellular Carcinoma Tissues from Hepatitis C-positive Patients. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 35, 981–984 (2000).
3. **Montes-Mojarro, I. A., Fend, F. & Quintanilla-Martinez, L.** EBV and the Pathogenesis of NK/T Cell Lymphoma. *Cancers* 13, 1414 (2021).
4. **Wang, D., Liebowitz, D. & Kieff, E.** An EBV membrane protein expressed in immortalized lymphocytes transforms established rodent cells. *Cell* 43, 831–840 (1985).
5. **Smatti, M. K. et al.** Epstein-Barr Virus Epidemiology, Serology, and Genetic Variability of LMP-1 Oncogene Among Healthy Population: An Update. *Front. Oncol.* 8, (2018).
6. **Cửa T. T. H., Tờ T. V., Phi P. T. P. & Dung T. N.** Tần suất và đột biến gen LMP1 của virus Epstein-Barr ở mẫu sinh thiết vòm của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng điều trị tại Bệnh viện Ung

bướu Cần Thơ. Tạp chí Khoa học Đại học Cần Thơ 55, 66–71 (2019).

7. **See, H. S., Yap, Y. Y., Yip, W. K. & Seow, H. F.** Epstein-Barr virus latent membrane protein-1 (LMP-1) 30-bp deletion and Xho I-loss is associated with type III nasopharyngeal carcinoma in Malaysia.

World J Surg Onc 6, 18 (2008).

8. **Chang, K.-C. et al.** Pathogenesis of virus-associated human cancers: Epstein-Barr virus and hepatitis B virus as two examples. Journal of the Formosan Medical Association 113, 581–590 (2014).

NGHIÊN CỨU SUV MAX KHỐI U NGUYÊN PHÁT TRÊN PET/CT CỦA UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ TUYẾN

Huỳnh Quang Huy¹

TÓM TẮT

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính khá phổ biến của hệ hô hấp. Ung thư phổi nếu phát hiện muộn, tiên lượng rất xấu, tỉ lệ tử vong rất cao và tử vong trong một thời gian ngắn kể từ khi phát hiện được bệnh. PET/CT trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn của ung thư phổi không tế bào nhỏ, đặc biệt là ung thư phổi biểu mô tuyến ngày càng được khẳng định. **Mục tiêu:** Khảo sát trị số SUV max khối u nguyên phát ung thư phổi biểu mô tuyến trên PET/CT. **Đối tượng, phương pháp:** 24 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh (sinh thiết, phẫu thuật). Thiết kế nghiên cứu hồi cứu: phân tích trị số SUV max của SPEC/CT được chụp trước đó trong quá trình chẩn đoán bệnh. Phương tiện, kỹ thuật: máy PET/CT Biograph True Point - Siemens - Đức. Thực hiện chụp CT với các thông số 80mA, 140KV, tốc độ vòng quay là 0,5s/tube, độ dày lát cắt 4,25mm, chiều dài chụp quét là 867mm và thời gian đặt được dữ liệu là 22,5s. Thuốc phóng xạ F-18 FDG (2-fluoro-2-deoxy-D-glucose). Liều dùng 0,15-0,20 mCi/Kg cân nặng (7-12mCi), tiêm tĩnh mạch. Chụp hình PET/CT: tiến hành sau tiêm F-18 FDG 45-60 phút. **Kết quả:** Phần lớn trường hợp ung thư phổi biểu mô tuyến ở lứa tuổi > 50 tuổi. Tuổi thấp nhất 34, tuổi cao nhất 74, trung bình 58,1 ± 8,1 tuổi. Nam chiếm tỉ lệ nhiều hơn nữ. Khối u định vị ở phổi trái hoặc phổi phải với tỉ lệ tương đương nhau. Khối u nhỏ nhất có đường kính 2cm; khối u lớn nhất 8,2cm; trung bình 4,7 ± 1,9 cm. Trị số SUV max thấp nhất 1,81 cm; cao nhất 21,03 cm; trung bình 10,8 ± 4,2 (cm). **Kết luận:** Xác định trị số SUV max khối u nguyên phát rất có giá trị trong chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến, góp phần định hướng điều trị cũng như theo dõi bệnh sau điều trị.

Từ khóa: SUV max; ung thư phổi biểu mô tuyến, khối u nguyên phát.

SUMMARY

STUDY THE SUV MAX OF PET/CT IN LUNG EPITHELIAL CARCINOMA

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: drhuycdhabachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 28.3.2025

Background: Lung cancer is a fairly common malignant disease of the respiratory system. Lung cancer if detected late, very poor prognosis, very high mortality and death in a short time since the detection of the disease. PET/CT in the diagnosis and assessment of non-small cell lung cancer stage, especially lung carcinoma, is increasingly confirmed.

Objective: To investigate the SUV max value of primary epithelial lung cancer on PET/CT. **Object and method:** 24 patients diagnosed with lung epithelial carcinoma were identified by histopathology (biopsy, surgery). Research design: Retrospective study. Materials: PET/CT Biograph True Point - Siemens - Germany. CT scan with parameters of 80mA, 140KV, rotation speed of 0.5s/tube, thickness of 4.25mm, scan length of 867mm and time of data acquisition is 22.5s. Radioactive was F-18 FDG (2-fluoro-2-deoxy-D-glucose) at dosage 0.15-0.20 mCi / kg body weight (7-12mCi) intravenously. PET/CT was performed after injection of F-18 FDG 45-60 minutes. **Results:** Most cases of lung carcinoma of epithelium at age > 50 years. The lowest age was 34, the highest age 74, mean age was 58.1 ± 8.1 years. Male accounts for more than women. Tumors located in the left lung or right lung with similar proportions. The smallest tumor is 2cm in diameter; the largest tumor 8.2cm; average 4.7 ± 1.9 cm. The lowest SUV max at 1.81 cm; highest 21.03 cm; average 10.8 ± 4.2 (cm). **Conclusion:** Determining the SUV max value is very significant in the diagnosis of adenocarcinoma of the epithelial lining, which contributes to the therapeutic orientation as well as post-treatment follow-up.

Keywords: SUV max; lung epithelial carcinoma, primary tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính khá phổ biến của hệ hô hấp, là nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong của bệnh ung thư ở châu Âu năm 2006 (khoảng 334.800 trường hợp tử vong), sau ung thư tuyến tiền liệt và là loại thường gặp nhất của bệnh ung thư ở nam giới. Tỷ lệ mắc và tử vong năm 2006 là 75,3 và 64,8/100.000 dân/năm [1]. Theo thống kê của hiệp hội ung thư Hoa Kỳ năm 2006, ung thư phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư (khoảng 162.460 vào năm 2006), chiếm khoảng 13% các loại ung thư và chiếm 28% các ca tử

vong ung thư [2].

Ở Việt Nam, theo ghi nhận dịch tễ học ung thư trong năm 2004, ung thư phổi là loại ung thư phổ biến trên cả nước, đứng hàng đầu ở nam giới với tỷ lệ mới mắc ở Hà Nội là 39,8/100.000 [3].

Ung thư phổi nếu phát hiện muộn, tiên lượng rất xấu, tỉ lệ tử vong rất cao và tử vong trong một thời gian ngắn kể từ khi phát hiện được bệnh. Việc chẩn đoán sớm và đánh giá giai đoạn ung thư phổi là nhu cầu cần thiết và cấp bách. Trong đó có sự trợ giúp quan trọng của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Chụp XQ qui ước và cắt lớp vi tính là hai kỹ thuật khảo sát thương qui. Tuy nhiên, đánh giá giai đoạn khối u còn nhiều hạn chế.

Trong những năm gần đây, vai trò của PET/CT trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn của ung thư phổi không tế bào nhỏ, đặc biệt là ung thư phổi biểu mô tuyến ngày càng được khẳng định. Tuy nhiên ở nước ta chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề này. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Khảo sát trị số SUV max khối nguyên phát ung thư phổi biểu mô tuyến trên PET/CT*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn. Đối tượng chọn là những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh (sinh thiết hoặc phẫu thuật).

Được chụp PET/CT theo đúng phương pháp đã lựa chọn trong nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Kết quả PET/CT không đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu này.

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: thực hiện tại khoa Ung bướu và Y học hạt nhân - Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian nghiên cứu: 11/2016-10/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu: bắt đầu nghiên cứu với những bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư phổi biểu mô tuyến bằng kết quả giải phẫu bệnh (sinh thiết hoặc phẫu thuật), tìm kiếm kết quả PET/CT được chụp trước đó trong quá trình chẩn đoán bệnh, đọc và phân tích trị số SUV max của khối u nguyên phát.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi đã chọn được 24 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

2.2.3. Các biến số nghiên cứu.

thu thập các biến số nghiên cứu gồm: tuổi, giới, vị trí khối u nguyên phát, đường kính u nguyên phát, trị số SUV max khối u nguyên phát.

2.2.4. Phương tiện, kỹ thuật nghiên cứu:

Bệnh nhân được chụp bằng máy PET/CT Biograph True Point - Siemens - Đức.

Quy trình chụp: Thực hiện chụp CT với các thông số 80mA, 140KV, tốc độ vòng quay là 0,5s/tube, độ dày lát cắt 4,25mm, chiều dài chụp quét là 867mm và thời gian đạt được dữ liệu là 22,5s.

Để giảm liều chiếu phóng xạ cần cho bệnh nhân chụp CT với cường độ dòng điện 40mA (liều chiếu do CT là 2-3mSv) và liều chiếu của PET khoảng 8-9mSv. Như vậy, PET/CT có liều chiếu xạ thấp hơn so với CT tiêu chuẩn.

Thuốc phóng xạ: F-18 FDG (2-fluoro-2-deoxy-D-glucose). Liều dùng 0,15-0,20 mCi/Kg cân nặng (7-12mCi), tiêm tĩnh mạch. Chụp hình PET/CT: tiến hành sau tiêm F-18 FDG 45-60 phút.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

24 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi biểu mô tuyến được chọn vào nghiên cứu.

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số trường hợp	Tỉ lệ %
≤ 40	1	4,2
41 – 50	2	8,3
51 – 60	10	41,7
> 60	11	45,8
Tổng	24	100

Nhận xét: Phần lớn trường hợp ung thư phổi biểu mô tuyến ở lứa tuổi > 50 tuổi (87,5%). Tuổi thấp nhất 34, tuổi cao nhất 74, trung bình 58,1 ± 8,1 tuổi.

Bảng 3.2. Phân bố theo giới

Giới	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Nam	16	66,7
Nữ	8	33,3
Tổng	24	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân nam ung thư phổi biểu mô tuyến chiếm tỉ lệ cao hơn bệnh nhân nữ (66,7% so với 33,3%, p<0,05).

Bảng 3.3. Vị trí u nguyên phát

Vị trí u nguyên phát	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Trái	14	58,3
Phải	10	41,7
Tổng	24	100

Nhận xét: Tỉ lệ ung thư phổi biểu mô tuyến theo vị trí phổi (trái, phải) khác biệt không có ý nghĩa (p>0,05).

Bảng 3.4. Đường kính khối u nguyên phát

Đường kính u nguyên phát	Số trường hợp	Tỉ lệ %
2 – 4 cm	11	45,8

> 4 - 6cm	5	20,8
> 6 - 8 cm	7	29,2
> 8 cm	1	4,2
Tổng	24	100,0

Nhận xét: Phần lớn khối u nguyên phát có đường kính 2-6 cm (chiếm 66,6%); khối u nhỏ nhất có đường kính 2cm; khối u lớn nhất 8,2cm; trung bình $4,7 \pm 1,9$ cm.

Bảng 3.5. SUV max khối u nguyên phát

SUV max khối u nguyên phát (cm)	Số trường hợp	Tỉ lệ %
≤ 5	1	4.2
> 5 – 10	12	50.0
> 10 -15	8	33.3
> 15	3	12.5
Tổng	24	100.0

Nhận xét: Một nửa số trường hợp khối u nguyên phát có trị số SUV max > 5 – 10 cm. Giá trị thấp nhất 1,81 cm; cao nhất 21,03 cm; trung bình $10,8 \pm 4,2$ (cm).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong vì ung thư ở Hoa Kỳ và trên toàn thế giới [4]. Ở Việt Nam, theo thống kê giai đoạn 2006-2007 tại Hà Nội, ung thư phổi đứng hàng đầu ở nam giới, khoảng 21,4% trong tổng số các loại ung thư, tỷ lệ mắc là 39,9/100.000 dân và vị trí thứ 4 ở nữ giới chiếm 8,1%, tỷ lệ mắc là 13,2/100.000 dân [5].

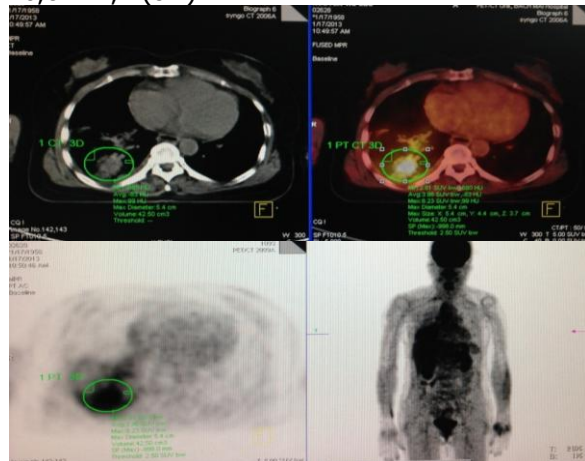
Kết quả nghiên cứu của chúng tôi. các bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến chủ yếu là nam giới chiếm tỉ lệ 66,7 %. Phần lớn trường hợp bệnh nhân lớn hơn 50 tuổi (chiếm tỉ lệ 87,5%). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu tác giả Mai Trọng Khoa [5] và Dela Cruz [4].

PET/CT là kỹ thuật hình ảnh rất tốt, có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao hơn CT và MRI đơn thuần trong chẩn đoán ung thư phổi, đặc biệt PET/CT có vai trò rất quan trọng trong đánh giá giai đoạn ung thư phổi [2],[6].

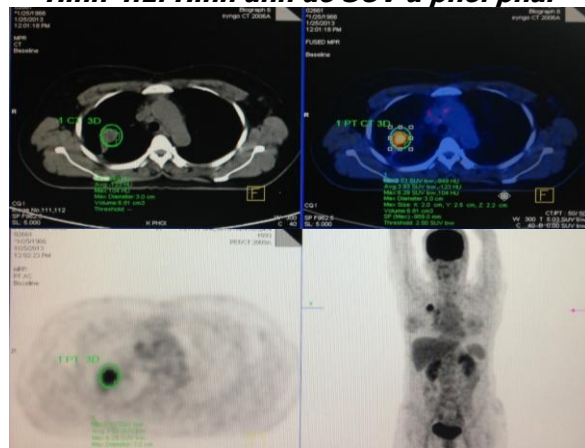
Khảo sát SUV giúp phân biệt khối u nguyên phát hay tổn thương di căn. Dijkman BG và cộng sự nghiên cứu tổng cộng có 37 bệnh nhân với các khối tại phổi (21 tổn thương di căn, 16 khối u nguyên phát thứ hai) được phân tích. Các ΔSUV cao hơn đáng kể ở những khối u nguyên phát thứ hai so với tổn thương di căn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu kết luận: đo SUV trên PET/CT có giá trị trong chẩn đoán phân biệt tổn thương thứ phát tại phổi và khối u nguyên phát [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ ung thư phổi biểu mô tuyến theo vị trí phổi

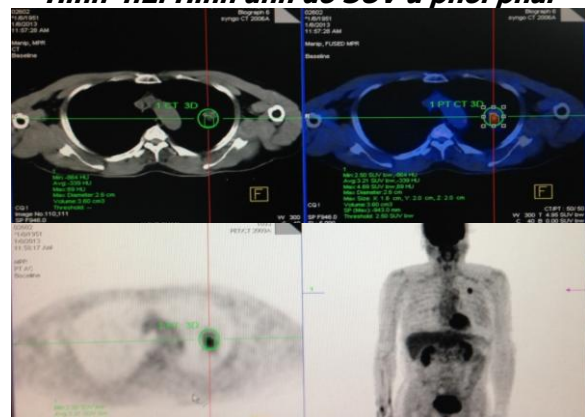
(trái, phải) khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Phần lớn khối u nguyên phát có đường kính 2-6 cm (chiếm 66,6%); khối u nhỏ nhất có đường kính 2cm; khối u lớn nhất 8,2cm; trung bình $4,7 \pm 1,9$ cm. Một nửa số trường hợp khối u nguyên phát có trị số SUV max > 5 – 10 cm. Giá trị thấp nhất 1,81 cm; cao nhất 21,03 cm; trung bình $10,8 \pm 4,2$ (cm).



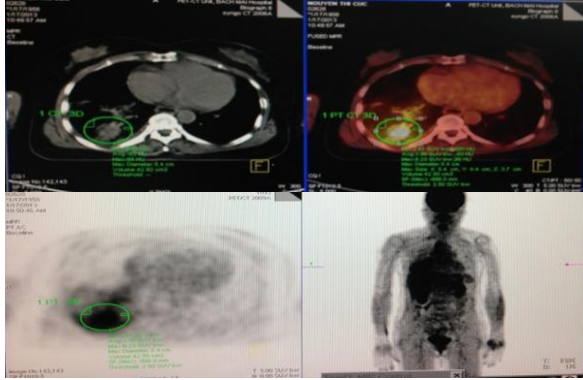
Hình 4.1. Hình ảnh đo SUV u phổi phải



Hình 4.2. Hình ảnh đo SUV u phổi phải



Hình 4.3. Hình ảnh đo SUV u phổi trái



Hình 4.4. Hình ảnh đo SUV u phổi phải

V. KẾT LUẬN

Trị số SUV max khối u nguyên phát thấp nhất 1,81 cm; cao nhất 21,03 cm; trung bình $10,8 \pm 4,2$ (cm)

Xác định trị số SUV max khối u nguyên phát rất có giá trị trong chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến, góp phần định hướng điều trị cũng như theo dõi bệnh sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sorensen M., M. Pijls-Johannesma, E. Felip, et al.** (2010), Small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol, 21 Suppl 5, pp. v120-5.
2. **Society A.C.** (2006), Cancer Facts and Figures. www.cancer.org.
3. **Nguyễn Bá Đức** (2006), Tình hình ung thư ở Việt Nam giai đoạn 2001-2004. Tạp chí Y học thực hành, pp. 9-19.
4. **Dela Cruz C.S., L.T. Tanoue, and R.A. Matthey** (2011), Lung cancer: epidemiology, etiology, and prevention. Clin Chest Med, 32(4), pp. 605-44.
5. **Mai Trọng Khoa** (2013), Ứng dụng kỹ thuật PET/CT trong ung thư, pp. 245-270.
6. **Özgül M.A, Kirkil G et al** (2013), The maximum standardized FDG uptake on PET-CT in patients with non-small cell lung cancer, Multidiscip Respir Med, 8(1): 69.
7. **Dijkman BG S.O., Vriens D** (2010), The role of 18F-FDG PET in the differentiation between lung metastases and synchronous second primary lung tumours. Eur J Nucl Med Mol Imaging, 37(11), pp. 2037-2047.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, MIỄN DỊCH Ở BỆNH NHÂN NHIỄM HIV MỚI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ ARV TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI NĂM 2023 – 2024

Võ Triều Lý¹, Nguyễn Hoàng Mai Uyên²,
Phạm Văn Tân¹, Vương Minh Nhật³, Vũ Thị Hiếu⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, nhiễm HIV/AIDS vẫn là đại dịch toàn cầu cũng như tại Việt Nam. Năm 2023, Việt Nam ghi nhận có khoảng 249.000 người sống chung với HIV, 13445 ca nhiễm mới và 1623 ca tử vong liên quan đến HIV. Vì vậy, việc tìm hiểu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm HIV mới được điều trị ARV sẽ cung cấp nhiều kiến thức trong việc xây dựng kế hoạch điều trị và phòng ngừa nhiễm HIV/AIDS. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân mới chẩn đoán HIV tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành tại phòng khám

ngoại trú HIV/AIDS Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ tháng 10/2023 đến tháng 7/2024. Tiêu chuẩn chọn vào: (1) ≥ 18 tuổi; (2) 3 xét nghiệm kháng thể HIV dương tính, (3) Bắt đầu khởi trị ARV ≤ 1 tháng trước khi vào nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại ra: (1) có tình trạng nguy kịch cần cấp cứu hoặc nặng cần nhập viện điều trị nội trú; (2) không có khả năng đọc, hiểu, trả lời, nhớ lại, (3) không đồng ý tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** Có tổng cộng 76 trường hợp được ghi nhận. Độ tuổi trung vị của bệnh nhân là 33 (26 - 42,8) tuổi, với 81,6% nam giới. Trình độ học vấn từ trung cấp trở lên chiếm 76,3% và 75% bệnh nhân có công việc ổn định. Lây truyền qua quan hệ tình dục chiếm 90,8%, trong đó, 2/3 trường hợp là quan hệ tình dục đồng giới nam. Bệnh lây truyền qua đường tình dục chiếm 13,1%, trong đó giang mai chiếm 9,2%. Hơn 1/2 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm HIV ở giai đoạn lâm sàng (GĐLS) 3 và 4. Bệnh nhiễm trùng cơ hội phổ biến nhất là nấm miệng – thực quản (26,3%), lao (22,4%) và PCP (15,8%). Về đặc điểm miễn dịch: TCD4⁺ trung vị ban đầu là 101 tế bào/mm³, với 60,5% bệnh nhân thuộc nhóm suy giảm miễn dịch nặng. **Kết luận:** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS có nhiều thay đổi với tỉ lệ lây truyền qua quan hệ tình dục đặc biệt là nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) ngày

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

²Trường Đại học Tây Nguyên

³Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

⁴Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Võ Triều Lý

Email: drtrieuly@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 28.3.2025

càng cao. Tỷ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục cao, đặc biệt là giang mai. Đa phần được phát hiện ở giai đoạn trễ. Trong các bệnh nhiễm trùng cơ hội thì lao phổi vẫn chiếm tỷ lệ cao. **Kiến nghị:** Tăng cường tuyên truyền nhằm phát hiện sớm HIV/AIDS và các nhiễm trùng cơ hội, đặc biệt là bệnh lao. Tầm soát các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Từ khóa: HIV/AIDS, mới chẩn đoán, GDLS, suy giảm miễn dịch, MSM, nhiễm trùng cơ hội.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, AND IMMUNOLOGICAL PROFILES OF NEWLY TREATED HIV PATIENTS ON ART AT THE HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES IN 2023–2024

Background: HIV/AIDS remains a global pandemic, as well as a significant health issue in Vietnam. In 2023, approximately 249,000 people in Vietnam were living with HIV, with 13,445 new cases and 1,623 HIV-related deaths. Consequently, understanding the epidemiological, clinical, and paraclinical characteristics of HIV-infected patients newly initiating antiretroviral therapy (ART) will provide valuable insights into the development of treatment and prevention strategies for HIV/AIDS.

Objective: To describe the epidemiological, clinical, and paraclinical characteristics of newly diagnosed HIV patients at the Hospital for Tropical Diseases.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted at the HIV/AIDS outpatient clinic of the Tropical Disease Hospital from October 2023 to July 2024. Inclusion criteria were: (1) patients aged ≥ 18 years; (2) three positive HIV antibody tests; (3) initiation of ART within one month prior to study enrollment. Exclusion criteria were: (1) critically ill patients requiring emergency care or hospitalization; (2) patients unable to read, understand, or recall the study procedures; (3) patients unwilling to participate in the study. **Results:** A total of 76 cases were recorded. The median age of the patients was 33 years (range: 26–42.8 years), with 81.6% male patients. 76.3% had a secondary education or higher, and 75% were employed. The predominant mode of HIV transmission was sexual contact, accounting for 90.8%, with two-thirds of cases being men who have sex with men (MSM). Sexually transmitted infections (STIs) were present in 13.1% of cases, with syphilis accounting for 9.2%. More than half of the patients were diagnosed with HIV at clinical stages 3 or 4. The most common opportunistic infections were oral-esophageal candidiasis (26.3%), tuberculosis (22.4%), and Pneumocystis pneumonia (PCP) (15.8%). Regarding immune characteristics, the median initial CD4⁺ count was 101 cells/mm³, with 60.5% of patients categorized as having severe immunosuppression.

Conclusion: The epidemiological, clinical, and paraclinical characteristics of HIV-infected patients have shown significant changes, with an increasing proportion of sexual transmission, particularly among MSM. The high rate of sexually transmitted infections, especially syphilis, was observed. The majority of patients were

diagnosed at advanced stages of the disease. Among opportunistic infections, pulmonary tuberculosis remains highly prevalent. **Recommendations:** It is essential to strengthen public awareness efforts to enable early detection of HIV/AIDS and opportunistic infections, especially tuberculosis. Routine screening for sexually transmitted infections, especially syphilis, should be implemented. **Keywords:** HIV/AIDS, newly diagnosed, clinical stage, immunodeficiency, MSM, opportunistic infections.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, nhiễm HIV/AIDS vẫn là một vấn đề sức khỏe quan trọng; trong đó có nhiều thay đổi về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng trong đối tượng mới được chẩn đoán mới. Hiện nay, nhóm mắc mới HIV tập trung vào độ tuổi từ 30 đến 40 tuổi với nhóm đối tượng MSM chiếm đa số. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Thư (2022) báo cáo 67,2% bệnh nhân thuộc nhóm từ 30 đến dưới 50 tuổi¹, nghiên cứu của Đoàn Văn Diễn (2024) ghi nhận nam giới chiếm 88,6%, đa số thuộc nhóm tuổi 25 đến 34 chiếm 41,2%² và nghiên cứu của Loghin (2023) cũng ghi phần lớn bệnh nhân từ 30 đến 40 tuổi với 40,1%³. Tỷ lệ MSM trong nghiên cứu của Loghin (2023) và Đoàn Văn Diễn (2024) lần lượt là 60% và 66,1%.^{2,3} Ngoài ra các nghiên cứu đều cho thấy đa phần người bệnh đều phát hiện bệnh trong giai đoạn trễ với 43,1% trường hợp trong nghiên cứu của tác giả Loghin (2020) suy giảm miễn dịch nặng (TCD4⁺ $\leq$ 200 tế bào/mL) và 65,8% có nhiễm trùng cơ hội tại thời điểm chẩn đoán.³ Tỷ lệ các bệnh đồng nhiễm có sự thay đổi theo thời gian và địa địa điểm thực hiện nghiên cứu. Kết quả trong nghiên cứu của Huy VB (2014) ghi nhận tỷ lệ đồng nhiễm HBV và HCV trên 50%⁴, trong khi đó tỷ lệ nhiễm HBV và HCV trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Thư và cộng sự (2022) là 6,6% và 24,6%¹.

Tóm lại, đặc điểm nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam có nhiều thay đổi về đường lây cũng như tỷ lệ bệnh đồng nhiễm đồng mắc. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân mới chẩn đoán HIV tại BV Bệnh Nhiệt đới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân đến khám tại phòng khám HIV ngoại trú Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ tháng 10/2023 đến tháng 7/2024.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn vào: (1) ≥ 18

tuổi; (2) 3 xét nghiệm kháng thể HIV dương tính, (3) Bắt đầu khởi trị ARV $\leq$ 1 tháng trước khi vào nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại ra: (1) có tình trạng nguy kịch cần cấp cứu hoặc nặng cần nhập viện điều trị nội trú; (2) không có khả năng đọc, hiểu, trả lời, nhớ lại, (3) không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Biến số: (1) biến số nền: Tuổi, giới, địa chỉ, chiều cao, cân nặng, dân tộc, trình độ học vấn (2) biến số về nhận thức lây nhiễm HIV, tiền căn, dịch tễ: lý do đến khám, đường lây truyền HIV, bệnh lý đồng nhiễm (HBV, HCV, bệnh lây qua đường tình dục), bệnh đồng mắc (tăng huyết áp, đái tháo đường, hay các bệnh nội khoa khác (3) biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm tham gia nghiên cứu.

Các thông tin trên được thu thập từ hồ sơ bệnh án cũng như thông qua việc phỏng vấn. Các bệnh nhiễm trùng cơ hội, giai đoạn lâm sàng, giai đoạn miễn dịch, AIDS, bệnh HIV tiến triển được định nghĩa theo Hướng dẫn của Bộ Y tế.

2.4. Phương pháp phân tích số liệu: Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Kết quả tính toán và phân tích được trình bày dưới dạng bảng. Phép kiểm Chi bình phương và Fisher's Exact được dùng để so sánh tỉ lệ giữa các nhóm.

2.5. Y đức: Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp điều trị trên bệnh nhân. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu sẽ được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung nghiên cứu trước khi tự nguyện ký "Phiếu đồng ý cung cấp thông tin và chấp thuận tham gia nghiên cứu". Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới ngày 23 tháng 10 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 76 trường hợp đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm dịch tễ, tiền căn của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ, tiền căn (n=76)

Đặc điểm		Tần số (tỉ lệ) n (%)
Giới tính	Nam	62 (81,6%)
	Nữ	14 (18,4%)
Tuổi	18 – 25 tuổi	18 (23,7%)
	26 – 35 tuổi	27 (35,5%)
	36 – 45 tuổi	19 (25,0%)

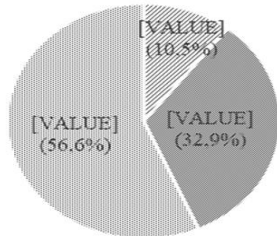
	≥ 46 tuổi	22 (15,8%)
Cân nặng (kg)	Trung vị (IQR): 57,0 (49,3-65,0)	
BMI (kg/m ²)	Trung vị (IQR): 20,4 (17,7-24,2)	
	Thiếu cân	26 (34,2%)
	Bình thường	25 (32,9%)
	Thừa cân, béo phì	25 (32,9%)
Tình trạng sinh sống	Sống chung với người thân	53 (69,7%)
	Sống một mình	23 (31,3%)
Nơi cư ngụ	TP. Hồ Chí Minh	35 (46,1%)
	Khác	44 (53,9%)
Nghề nghiệp	Sinh viên	12 (15,8%)
	Công việc ổn định	57 (75%)
	Thất nghiệp	7 (9,2%)
Trình độ học vấn	Tốt nghiệp THPT trở lên	18 (23,7%)
	Chưa tốt nghiệp THPT	58 (76,3%)
Đường lây truyền HIV	Không biết	6 (7,9%)
	Tiềm chích ma túy	1 (1,3%)
	Quan hệ tình dục đồng giới	25 (32,8%)
	Quan hệ tình dục khác giới	44 (57,9%)
Sử dụng biện pháp dự phòng HIV	Không	49 (51,3%)
	Bao cao su	36 (47,4%)
	PrEP	1 (1,3%)
Bệnh nền	Viêm gan siêu vi B	3 (3,9%)
	Viêm gan siêu vi C	2 (2,6%)
	Giang mai	7 (9,2%)
	Sùi mào gà	3 (3,9%)
	Tăng huyết áp	2 (2,6%)
	Đái tháo đường type 2	1 (1,3%)
	Ung thư tuyến giáp	1 (1,3%)

Độ tuổi trung vị trong nghiên cứu là 33 (26-43) tuổi với nhóm 26-35 tuổi chiếm ưu thế với 27/76 (35,5%) bệnh nhân, trong khi nhóm > 45 tuổi có tỷ lệ thấp nhất với 15,8% (12/76 bệnh nhân). Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là nam với 62/76 bệnh nhân, chiếm 81,6%. Cân nặng và BMI trung vị là 57,0 kg (IQR: 49,3-65,0); trong đó có 34,2% (26 bệnh nhân) thuộc nhóm thiếu cân. Tỷ lệ mẫu nghiên cứu có công việc ổn định cao 57/76 (75%) bệnh nhân và nhóm sinh viên có 12/76 (15,8%) bệnh nhân. Về trình độ học vấn, nhóm có trình độ học vấn từ tốt nghiệp THPT trở lên chiếm ưu thế với 58 bệnh nhân, chiếm 76,3%. Có 23/76 bệnh nhân sống một mình (chiếm 30,3%). Về nơi cư ngụ, có 35 bệnh nhân sống tại TP. Hồ Chí Minh, chiếm 46,1%.

Đường lây truyền chủ yếu trong nghiên cứu là qua quan hệ tình dục (QHTD) với 69/76 bệnh nhân chiếm 90,8% với tỷ lệ đường lây truyền MSM và QHTD khác giới là 2:1. Có 49/76 (51,3%) bệnh nhân không dùng biện pháp phòng bệnh

nào và chỉ có 1 (1,3%) bệnh nhân sử dụng thuốc dự phòng trước phơi nhiễm. Kết quả nghiên cứu ghi nhận có 10 (13,1%) bệnh nhân đồng nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục, trong đó đồng nhiễm giang mai có 7 (9,2%) bệnh nhân và sùi mào gà có 3 (3,9%) bệnh nhân. Nhiễm HBV và HCV lần lượt có 3 (3,9%) và 2 (2,6%) bệnh nhân. Đa số bệnh nhân không có bệnh nền (94,7%). Có 4 (5,3%) trường hợp có bệnh khác gồm tăng huyết áp (2,6%), đái tháo đường (1,3%) và ung thư giáp (1,3%).

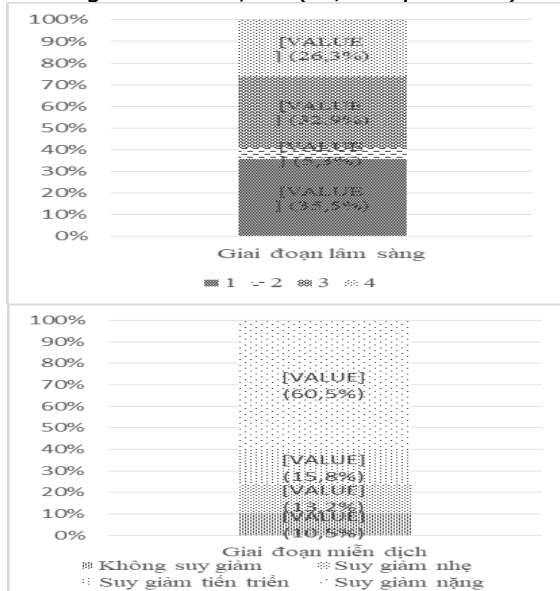
3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu. Lý do đến khám HIV chủ yếu do có triệu chứng với 43/76 (56,6%) bệnh nhân, tiếp theo là do có yếu tố nguy cơ với 25/76 (32,9%) bệnh nhân.



※ Phát hiện tình cờ ※ Có triệu chứng ※ Có yếu tố nguy cơ

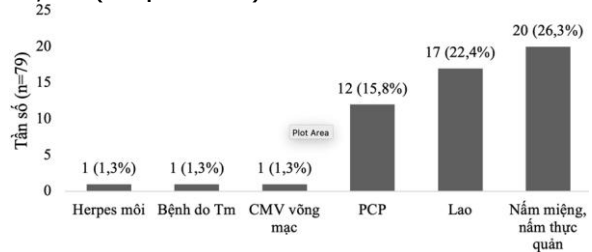
Biểu đồ 1. Lý do đến khám (n=76)

Về giai đoạn lâm sàng, nhóm bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển chiếm ưu thế với 59,2% (45/76 bệnh nhân), trong đó giai đoạn lâm sàng 3 chiếm 32,9% (25/76 bệnh nhân), giai đoạn lâm sàng 4 chiếm 26,3% (20/76 bệnh nhân).



Biểu đồ 2. Giai đoạn lâm sàng và giai đoạn miễn dịch tại thời điểm bắt đầu uống ARV (n=76)

Kết quả ghi nhận số lượng tế bào TCD4⁺ có trung vị là 101,0 (18,0 – 328,0) tế bào/mm³. Trong đó nhóm bệnh nhân có suy giảm nặng chiếm ưu thế với tỷ lệ 60,5% (46/76 bệnh nhân). Nhóm không suy giảm miễn dịch chỉ chiếm 10,5% (8 bệnh nhân).



Biểu đồ 3. Các nhiễm trùng cơ hội thường gặp

Nghiên cứu ghi nhận nhiễm trùng cơ hội thường gặp là nấm miệng, nấm thực quản với 20 bệnh nhân (26,3%), tiếp theo là lao với 17 bệnh nhân (22,4%) và PCP với 12 bệnh nhân (15,8%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ, tiền căn của mẫu nghiên cứu. Đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới, còn trẻ có trình độ học vấn cao và thu nhập ổn định (Bảng 1). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới và tại Việt Nam, như Đoàn Văn Diễn (2024)² ghi nhận nam giới chiếm 88,6%, đa số thuộc nhóm tuổi 25 đến 34 chiếm 41,2%, nghiên cứu của Loghin (2023) cũng ghi phần lớn bệnh nhân từ 30 đến 40 tuổi với 40,1%³, và Nguyễn Thị Kim Thư (2022)¹ báo cáo 67,2% bệnh nhân thuộc nhóm từ 30 đến dưới 50 tuổi. Điều này có thể được giải thích là do sự thay đổi trong phương thức lây truyền hiện nay. Kết quả trong nghiên cứu cũng như những báo cáo gần đây đều ghi nhận tỉ lệ MSM cao trong số người mắc HIV, ví dụ tỉ lệ MSM trong nghiên cứu của chúng tôi, Isabela Ioana Loghin (2023)³ và Đoàn Văn Diễn (2024)² lần lượt là 57,9%, 60% và 66,1%. Nhận thức xã hội về quan hệ tình dục đồng giới đã cởi mở hơn, nhiều người cảm thấy thoải mái khi công khai xu hướng tình dục. Bên cạnh việc hành vi quan hệ tình dục qua đường hậu môn có nguy cơ lây nhiễm HIV cao hơn do niêm mạc mỏng và dễ tổn thương, một số đối tượng MSM có thể có nhiều bạn tình hoặc tham gia vào các mối quan hệ tình dục không an toàn làm tăng nguy cơ lây nhiễm.⁵ Do đó, cần tăng cường các chương trình xét nghiệm, giáo dục phòng ngừa HIV trong cộng đồng MSM và phát hiện, điều trị HIV một cách hiệu quả hơn.

Tỉ lệ đồng nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục cao trong đó giang mai là bệnh phổ biến nhất (9,2%), tiếp theo là sùi mào gà

với tỷ lệ 3,9%. Báo cáo của Yuelin Wu (2022), tỷ lệ nhiễm giang mai ở người nhiễm HIV tại Trung Quốc là 19,9%, với tỷ lệ mắc bệnh giang mai ở nhóm MSM cao gấp đôi so với nam giới quan hệ tình dục khác giới.⁶ Cùng với đó tỉ lệ sử dụng bao cao su trong nghiên cứu thấp (47,4%) (Bảng 1). Từ đó cho thấy, việc quản lý các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS trong đó có giang mai cần được quan tâm, chú trọng. Ngược lại, tỉ lệ nhiễm HBV và HCV cũng như các bệnh nền khác thấp với tỉ lệ nhiễm HBV, HCV lần lượt 3,9% và 2,6%. Kết quả thấp hơn nhiều so các báo cáo trước đây cùng thực hiện tại Việt Nam như nghiên cứu của Huy VB (2014)⁴ ghi nhận tỷ lệ đồng nhiễm HBV, HCV và HIV là 50,3% (364/724). Tỷ lệ nhiễm HBV, HCV trên người nhiễm HIV giảm ở Việt Nam do đối tượng nhiễm trẻ hoá, chủ yếu lây qua đường tình dục trong khi chương trình tiêm chủng viêm gan siêu vi B được tăng cường triển khai từ năm 1997, đồng thời nhận thức của cộng đồng tăng về chủ động sàng lọc và phòng ngừa HBV, HCV được nâng cao như sử dụng kim tiêm dùng một lần. Từ những kết quả đó, cho thấy có sự thay đổi trong tỉ lệ các bệnh đồng mắc, đồng nhiễm ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS. Để tăng cường hiệu quả quản lý bệnh nhân HIV/AIDS, cần xây dựng những chiến lược thích hợp để tầm soát và điều trị những bệnh nhân này.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu ghi nhận phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm HIV khi đã triệu chứng lâm sàng (56,6%). Đồng thời nghiên cứu ghi nhận hơn nửa số bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn tiến triển; cụ thể GĐLS 3 chiếm 32,9%, GĐLS 4 chiếm 26,3% và 60,5% suy giảm miễn dịch nặng. Kết quả của nghiên cứu tương đương với báo cáo của Nguyễn Thị Hoài Dung (2023) ghi nhận GĐLS 4 chiếm 24,7%, GĐLS 1 chiếm 71%⁷ hay nghiên cứu của Loghin (2023) cũng ghi nhận có tới 65,8% bệnh nhân có nhiễm trùng cơ hội tại thời điểm chẩn đoán³. Tỉ lệ nhóm suy giảm miễn dịch nặng trong nghiên cứu của chúng tôi (60,5%) cao hơn so với nghiên cứu của Isabela Ioana Loghin năm 2023 (43,11%)³ và Nguyễn Kim Thư năm 2022 (31,2%)¹. Điều này có thể phản ánh thực tế nhiều người không nhận ra mình có nguy cơ nhiễm HIV hoặc thiếu kiến thức HIV nên không chủ động xét nghiệm tầm soát bệnh, dẫn đến việc phát hiện muộn. Điều này nhấn mạnh vai trò của xét nghiệm sàng lọc HIV giúp phát hiện và ngăn ngừa lây lan HIV, đồng thời cần tăng cường công tác truyền thông và giáo dục nhằm nâng cao hiểu biết về HIV và ý thức tầm soát

định kì ở nhóm đối tượng nguy cơ cao.

Nghiên cứu ghi nhận các nhiễm trùng cơ hội phổ biến nhất là nấm miệng và nấm thực quản với 20 bệnh nhân (26,3%), tiếp theo là lao với 17 bệnh nhân (22,4%) và PCP với 12 bệnh nhân (15,8%). Các nghiên cứu trên thế giới ghi nhận tỷ lệ nhiễm nấm miệng-thực quản đều cao trong các nghiên cứu, ngược lại tỷ lệ bệnh lao có sự khác biệt. Trong khi nghiên cứu của Isabela Ioana Loghin thực hiện Romania năm 2023 cho thấy nấm miệng chiếm tỉ lệ cao nhất với 34,7% bệnh nhân, lao chiếm 5,4% và các trường hợp nhiễm Toxoplasma, Cryptococcus, CMV, vi rút Herpes và VZV cũng được ghi nhận³. Tác giả Trần Huỳnh Gia Quyển (2017)⁸ cũng ghi nhận nấm họng thực quản chiếm 22,3%, lao chiếm 13%, herpes chiếm 4,7%. Sự khác biệt này có thể do lao vẫn là bệnh phổ biến ở các quốc gia đang phát triển với hệ thống y tế còn nhiều hạn chế, trong khi ở các quốc gia phát triển, tỷ lệ lao có xu hướng thấp hơn. Tỉ lao trong nghiên cứu cao trong nghiên cứu này và của tác giả Trần Huỳnh Gia Quyển cho thấy đồng nhiễm lao vẫn là một vấn đề sức khỏe quan trọng trong bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS có nhiều thay đổi. Tỉ lệ lây truyền qua quan hệ tình dục đặc biệt là nhóm MSM ngày càng cao. Điều này dẫn đến những thay đổi trong đặc điểm tâm lý, xã hội, tỉ lệ các bệnh đồng mắc, đồng nhiễm. Trong đó, tuổi phát hiện HIV ngày càng trẻ, thu nhập ổn định hơn, tỉ lệ các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong đó có giang mai tăng lên, tỉ lệ đồng nhiễm HBV, HCV ngày càng giảm.

Dù có nhiều thay đổi và phát triển trong điều trị và phòng ngừa HIV, bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS đa phần được phát hiện ở giai đoạn trễ. Trong các bệnh nhiễm trùng cơ hội thì lao phổi vẫn chiếm tỉ lệ cao

VI. HẠN CHẾ

Cỡ mẫu nhỏ, chỉ làm ở một trung tâm nên không phản ánh hết được thực trạng của nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam.

VII. KIẾN NGHỊ

Tiếp tục nghiên cứu về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS. Từ đó, xây dựng được những chiến lược phòng ngừa và điều trị hiệu quả. Tăng cường tuyên truyền nhằm phát hiện sớm HIV/AIDS. Tiếp tục tăng cường phát hiện và phòng ngừa lao ở bệnh nhân nhiễm HIV

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Kim Thư, Phạm Bá Hiên, Lê Xuân Toàn.** Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ ARV TDF+ 3TC+ DTG trên bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện đa khoa Đống Đa 2020-2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;511(2)
2. **Đoàn Văn Diên, Nguyễn Thị Hải Yến, Trà Lâm Tuấn Vũ, et al.** Khảo sát tỉ lệ nhiễm mới hiv trên người mới được chẩn đoán nhiễm HIV tại trung tâm kiểm soát bệnh tật thành phố Cần Thơ năm 2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024;(73):31-37.
3. **Loghin, II, Văță A, Mihai IF, et al.** Profile of Newly Diagnosed Patients with HIV Infection in North-Eastern Romania. Medicina (Kaunas, Lithuania). Feb 23 2023;59(3)doi:10.3390/medicina59030440
4. **Huy BV, Vernavong K, Kinh NV.** HBV and HCV Coinfection among HIV/AIDS Patients in the National Hospital of Tropical Diseases, Vietnam. AIDS research and treatment. 2014;2014:581021. doi:10.1155/2014/581021
5. **Wương Minh Nhật, Nguyễn Hoàng Phi, Võ Triều Lý.** Đặc điểm dịch tễ và hành vi nguy cơ của bệnh nhân nam quận hệ tình dục đồng giới nhiễm HIV/AIDS có nhiễm trùng cơ hội tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024; 540(2)
6. **Wu Y, Zhu W, Sun C, et al.** Prevalence of syphilis among people living with HIV and its implication for enhanced coinfection monitoring and management in China: A meta-analysis. Frontiers in Public Health. 2022;10:1002342.
7. **Nguyễn Thị Hoài Dung, Nguyễn Thị Dung, Phạm Thanh Tuyền.** Đánh giá hiệu quả của phác đồ Acriptega trong năm đầu tiên trên người nhiễm HIV chưa từng điều trị ARV. Truyền nhiễm Việt Nam. 2023;01(41)
8. **Trần Huỳnh Gia Quyên.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, sự tuân thủ điều trị và đánh giá kết quả điều trị bằng ARV của bệnh nhân HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Bạc Liêu năm 2016-2017. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ; 2017.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM LOÉT ĐẠI TRỰC TRÀNG CHẢY MÁU NHẬP VIỆN

Nguyễn Thị Thu Hiền^{1,2}, Nguyễn Thị Vân Hồng^{1,3}, Nguyễn Hoài Nam^{1,2},
Lỗ Thị Yến¹, Khúc Thu Trang¹, Nguyễn Trung Hà¹,
Trịnh Thị Hồng Nhung^{1,2}, Trần Việt Thắng³, Đoàn Thị Ngọc Hà¹,
Lê Phú Tài^{1,2}, Nguyễn Văn Hiếu¹, Nguyễn Công Long^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 38 người bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu điều trị nội trú tại Trung tâm Tiêu hóa - Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai và khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8/2019 đến tháng 8/2020. Tất cả người bệnh được phỏng vấn bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống IBDQ-32. **Kết quả:** Người bệnh chủ yếu thuộc nhóm tuổi trên 40 với tỉ lệ 65,8%, nữ nhiều hơn nam với tỉ lệ xấp xỉ 1,3/1. Điểm trung bình IBDQ-32 là 120,63±24,52, trong đó, nhóm triệu chứng ruột (B) là 36,73±8,68; nhóm sức khỏe toàn thân (S) là 15,21±4,88; nhóm chức năng xã hội (SF) là 19,73±6,22; nhóm cảm xúc (E) là 48,94±9,62. Có mối liên quan giữa điểm chất lượng cuộc sống và số lần đại tiện trong ngày, điều trị steroid, trong đó, số lần đại tiện trên 6 lần và có điều trị steroid có chất

lượng cuộc sống thấp hơn ($p < 0,05$). Điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh lúc nhập viện có tương quan nghịch biến với mức độ nặng theo thang điểm Mayo, số triệu chứng của bệnh nhân và số lần đại tiện trong ngày với $p < 0,05$. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống ở cả 2 giới nam và nữ là như nhau, thấp nhất ở nhóm tuổi 40-49, mức độ bệnh nặng, và có mối tương quan nghịch biến với số lần đại tiện, số triệu chứng của người bệnh và điểm Mayo. **Từ khóa:** Viêm loét đại trực tràng chảy máu, chất lượng cuộc sống, IBDQ-32

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

Objective: To describe the quality of life and some related factors in patients with ulcerative colitis. **Subjects and methods:** A cross-sectional description of 38 patients with ulcerative colitis treated as inpatients at the Center for Gastroenterology and Hepatology, Bach Mai Hospital, and the Department of General Internal Medicine, Hanoi Medical University Hospital from August 2019 to August 2020. All patients were interviewed with the IBDQ-32 quality of life questionnaire. **Results:** Patients were mainly in the over 40 age group with a rate of 65.8%, females were more than males with a ratio of approximately 1.3/1. The average IBDQ-32 score was 120.63±24.52, of which, the intestinal symptom group (B) was

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền

Email: bacsyhiem@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025