

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN VÀ MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Huỳnh Quang Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm tuổi, giới số và phân loại mô bệnh học ung thư phổi không tế bào nhỏ. **Đối tượng, phương pháp:** 318 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh tại khoa Ung bướu và Y học hạt nhân - Bệnh viện Bạch Mai, từ 11/2015-10/2018. Nghiên cứu mô tả, hồi cứu. Các biến số nghiên cứu gồm: tuổi, giới, phân loại mô bệnh học UTP KTBN (UTP biểu mô tuyến, UTP tế bào lớn, UTP tế bào vảy). **Kết quả:** UTP KTBN gặp nhiều ở nhóm tuổi 51-70, chiếm tỉ lệ 76,8%. Tuổi thấp nhất 26; lớn nhất 88; trung bình 60,9±9,1 tuổi. Nam giới chiếm tỉ lệ nhiều hơn nữ (69,2% so với 30,8%, $p < 0,01$). Tỉ lệ nam / nữ = 2,2/1. Phần lớn trường hợp là UTP KTBN là UTP biểu mô tuyến (chiếm 87,4%), tiếp đến là UTP tế bào vảy (8,8%) và UTP tế bào lớn (3,8%). Phân loại mô bệnh học không khác biệt theo giới và các nhóm tuổi. **Kết luận:** Ung thư phổi là bệnh lý ác tính khá phổ biến của hệ hô hấp và là loại thường gặp nhất của bệnh ung thư ở nam giới. Phân loại mô bệnh học giúp lựa chọn phương pháp điều trị và tiên lượng bệnh.

SUMMARY

STUDY ON DEMOGRAPHY AND HISTOLOGIC CLASSIFICATION OF NON SMALL CELL LUNG CANCER

Objectives: To explore the demographic features and histologic classification of non-small cell lung cancer (NSCLC). **Object and method:** 318 patients diagnosed with non small non-small cell lung cancer based on pathology results were retrospective analyzed at Oncology and Nuclear Medicine Department - Bach Mai Hospital, from November 2015 to October 2018. The variables include age, gender and histologic classification of NSCL (adenocarcinoma, squamous cell carcinoma, large cell carcinoma). **Results:** NSCLC were more common in the age group of 51-70, accounting for 76.8%. The lowest age is 26; largest 88; mean age 60.9 ± 9.1 years old. Men are more likely than females for NSCLC incidence (69.2% vs. 30.8%, $p < 0.01$). Male / female ratio = 2.2 / 1. For histologic classification, adenocarcinoma is the most common subtype (accounting for 87.4%), followed squamous cell carcinoma (8.8%) and large cell carcinoma (3.8%). Histopathology subtype is not differentiated by gender and age group. **Conclusion:** NSCLC is a fairly common malignant disease of the

respiratory system and is the most common type of cancer in men. Histopathological classification helps for the selection of treatments and prognosis.

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].

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 [2].

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 của khối u còn nhiều hạn chế.

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Xác định đặc điểm dân số và phân loại mô bệnh học ung thư phổi không tế bào nhỏ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng chọn là những bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng kết quả giải phẫu bệnh.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: thực hiện tại khoa Ung bướu và Y học hạt nhân - Bệnh viện Bạch Mai, từ 11/2015-10/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

- **Chọn mẫu thuận tiện:** trong thời gian nghiên cứu chúng tôi đã chọn được 318 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

- Các bước tiến hành:

Bước 1: Lập danh sách các trường hợp được chẩn đoán UTP KTBN được chẩn đoán tại Bệnh viện Bạch Mai bằng kết quả giải phẫu bệnh.

Bước 2: Tìm hồ sơ và ghi nhận các đặc điểm

¹Trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch – Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: huyhq@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025

tuổi, giới, phân loại mô bệnh học.

Bước 3: Thống kê và xử lý số liệu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố theo tuổi và giới

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
≤ 40	8	2,5
41 - 50	25	7,9
51 - 60	122	38,4
61 - 70	122	38,4
> 70	41	12,9
Nhỏ nhất, lớn nhất Trung bình	Nhỏ nhất: 26; lớn nhất: 88 Trung bình: 60,9±9,1	

Nhận xét: UTP KTBN gặp nhiều ở nhóm tuổi 51-70, chiếm tỉ lệ 76,8%. Tuổi thấp nhất 26; lớn nhất 88; trung bình 60,9±9,1 tuổi.

Bảng 3.2. Phân bố theo giới

Giới	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Nam	220	69,2
Nữ	98	30,8
Tổng	318	100,0

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, nam giới chiếm tỉ lệ nhiều hơn nữ (69,2% so với 30,8%, $p < 0,01$). Tỉ lệ nam/nữ = 2,2/1.

3.2. Phân loại UTP KTBN theo mô bệnh học

Bảng 3.3. Phân loại UTP KTBN theo mô bệnh học

Phân loại MBH	Số trường hợp	Tỉ lệ
UTP biểu mô tuyến	278	87,4
UTP tế bào lớn	12	3,8
UTP tế bào vảy	28	8,8
Tổng	318	100,0

Nhận xét: Phần lớn trường hợp là UTP KTBN là UTP biểu mô tuyến (chiếm 87,4%), tiếp đến là UTP tế bào vảy (8,8%) và UTP tế bào lớn (3,8%).

Bảng 3.4. Liên quan giữa MBH và giới

Giới	UTP biểu mô tuyến	UTP tế bào lớn	UTP tế bào vảy
Nam (n=220)	190 (86,4%)	8 (3,6%)	22 (10%)
Nữ (n=98)	88 (89,8%)	4 (4,1%)	6 (6,1%)

Nhận xét: Tỉ lệ các nhóm MBH của UTP KTBN theo giới khác biệt không có ý nghĩa.

Bảng 3.5. Liên quan giữa MBH và tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	UTP biểu mô tuyến	UTP tế bào lớn	UTP tế bào vảy
≤ 40	8	6 (75%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)
41 - 50	25	25 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
51 - 60	122	104 (85,2%)	2 (1,6%)	16 (13,1%)
61 - 70	122	107 (87,7%)	6 (4,9%)	9 (7,4%)
> 70	41	36 (87,8%)	3 (7,3%)	2 (4,9%)

Nhận xét: Tỉ lệ các nhóm MBH của UTP KTBN theo nhóm tuổi khác biệt không có ý nghĩa.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi và giới. Ung thư phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư trên toàn thế giới. Bệnh thường ở giai đoạn di căn xa tại thời điểm chẩn đoán. Tỷ lệ tái phát cao sau khi phẫu thuật và đề kháng với hệ thống liệu pháp góp phần vào tỷ lệ tử vong cao của bệnh này. Mặc dù có một số tiến bộ gần đây trong điều trị ung thư phổi, nhưng nhìn chung, tiên lượng vẫn còn rất nghèo nàn. Hầu hết các bệnh nhân vào viện với triệu chứng không đặc hiệu như ho hoặc giảm cân. Điều này làm trì hoãn thời gian để chẩn đoán đáng kể.

Trên thế giới, ung thư phổi là nguyên nhân tử vong phổ biến nhất trong các loại ung thư ở nam và nữ giới. Ung thư phổi không phải tế bào nhỏ (UTPKTBN) và ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN) (dựa vào phân loại mô học). Tiên lượng của cả hai UTPKTBN và UTPTBN phụ thuộc vào giai đoạn của bệnh.

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi gồm 318 bệnh nhân, trong đó: UTP KTBN gặp nhiều ở nhóm tuổi 51-70, chiếm tỉ lệ 76,8%. Tuổi thấp nhất 26; lớn nhất 88; trung bình 60,9±9,1 tuổi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ là nam giới (69,2% so với nữ 30,8%, $p < 0,01$). Tỉ lệ nam / nữ = 2,2/1.

Theo nghiên cứu tác giả Koizumi. T [3], tỉ lệ giới tính mắc ung thư phổi tế bào nhỏ giữa nam và nữ là 10,5:1. Nghiên cứu của tác giả Rin. PM các bệnh nhân tuổi trung bình là 65,66 và 85,5% là nam giới [4].

4.2. Phân loại UTP KTBN theo mô bệnh học. Kết quả nghiên cứu chúng tôi, phần lớn trường hợp là UTP KTBN là UTP biểu mô tuyến (chiếm 83,5%), tiếp đến là UTP tế bào vảy (11,6%) và UTP tế bào lớn (5%).

Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu tử vong do bệnh ung thư ở các nước phương tây. UTPKTBN chiếm khoảng 75-80% và UTPTBN chiếm khoảng 15-20% ung thư phổi nói chung. Chỉ có một số ít các bệnh nhân tuân thủ điều trị do khả năng phát hiện sớm tại thời điểm chẩn đoán. Nhiều bệnh nhân sau khi điều trị khối u tái phát hoặc di căn xa. Phân loại giai đoạn và chẩn đoán xác định ung thư phổi là rất quan trọng để xác định phương pháp điều trị tốt nhất có thể lựa chọn. Trong chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt và đánh giá giai đoạn của ung thư phổi: chụp X quang, chụp cắt lớp vi tính đa dãy và chụp cộng hưởng từ (MRI) cung cấp thông tin cấu trúc. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy truyền thống đánh giá tốt giai đoạn không xâm lấn. Mặc dù cung cấp cung cấp thông tin giải phẫu có giới

hạn [5].

F-18 FDG PET là một hình ảnh chuyển hóa dựa trên chức năng và đặc điểm sinh hóa của mô, chứ không phải là cấu trúc giải phẫu của nó. Tích hợp PET/CT là hình ảnh chuẩn hiện nay, kết nối lợi thế của PET (độ nhạy cao) với cắt lớp vi tính cho hình ảnh rất tốt về độ phân giải không gian và mô tả chi tiết giải phẫu học [6].

Chẩn đoán ung thư phổi thường bắt đầu bằng việc xác định các nốt nghi ngờ trên X quang phổi hoặc CLVT. Đánh giá của khối u ác tính tiềm tàng trong nốt phổi ngoại vi, các nốt phổi đơn độc là rất quan trọng trong chẩn đoán xác định hoặc loại trừ các dạng ung thư phổi [7]. Chụp cắt lớp vi tính được xem như kỹ thuật hình ảnh khảo sát đầu tiên và là phương pháp rất tốt để phát hiện các nốt đơn độc, nhưng đánh giá đặc tính của các nốt này còn kém [8]. Cho đến nay, PET/CT là kỹ thuật hình ảnh chẩn đoán, đánh giá ung thư phổi tốt hơn so với chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ. Ở bệnh nhân tăng hấp thu FDG ở các nốt đơn độc (thường lớn hơn giá trị hấp thu chuẩn SUV là 2,5), có khả năng tổn thương ác tính, cần thực hiện thủ thuật xâm lấn, sinh thiết kim qua thành ngực hoặc qua soi phế quản để chẩn đoán mô bệnh học [7].

V. KẾT LUẬN

UTP KTBN phổ biến ở lứa tuổi 51-70, chiếm

tỉ lệ 76,8%, nam giới mắc bệnh gấp đôi nữ giới.

Chiếm 87,4% là UTP biểu mô tuyến, 8,8% UTP tế bào vảy và 3,8% UTP tế bào lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sorensen M, Pijls-Johannesma M, Felip E, et al.** (2010). Small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, 21 Suppl 5: v120-5.
2. **Nguyễn Bá Đức** (2006). Tình hình ung thư ở Việt Nam giai đoạn 2001-2004. *Tạp chí Y học thực hành*: 9-19.
3. **Koizumi T, Fukushima T, Hamanaka K, et al.** (2013). Surgical outcomes in patients with small cell lung cancer: comparative analysis of computed tomography-detected patients with others. *World J Surg Oncol*, 11: 61.
4. **Park MR, Park YH, Choi JW, et al.** (2014). Progression-free survival: an important prognostic marker for long-term survival of small cell lung cancer. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*, 76(5): 218-25.
5. **Hollings N and Shaw P** (2002). Diagnostic imaging of lung cancer. *Eur Respir J*, 19(4): 722-42.
6. **Wolley SMR, P.B** (2008). The use of PET and PET/CT scanning in lung cancer. *AsianCardiovasc Thorac Ann*, 16: 353-354.
7. **Fletcher JW, Kymes SM, Gould M, et al.** (2008). A comparison of the diagnostic accuracy of 18F-FDG PET and CT in the characterization of solitary pulmonary nodules. *J Nucl Med*, 49(2): 179-85.
8. **Swensen SJ, Jett JR, Hartman TE, et al.** (2003). Lung cancer screening with CT: Mayo Clinic experience. *Radiology*, 226(3): 756-61.

THỰC TRẠNG ĐAU BỤNG KINH NGUYÊN PHÁT VÀ PHƯƠNG PHÁP GIẢM ĐAU BỤNG KINH Ở SINH VIÊN CỬ NHÂN ĐIỀU DƯỠNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH

Việt Thị Minh Trang*, Đặng Trần Ngọc Thanh*,
Tạ Thị Hồng Vân*, Võ Thị Tám*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau bụng kinh là vấn đề thường gặp, ảnh hưởng đến nhiều khía cạnh khác nhau của phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Lựa chọn và áp dụng biện pháp giảm đau bụng kinh (dùng thuốc hoặc không dùng thuốc hoặc kết hợp cả hai) góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống, công việc cũng như kết quả học tập trong những ngày có kinh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, sử dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng và chọn được 160 sinh viên năm 1 và năm 2 Trường Đại học Y khoa

Phạm Ngọc Thạch đủ tiêu chuẩn tham gia. Chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi tự điền và phương pháp thống kê mô tả. **Kết quả:** Phần lớn sinh viên (83,1%) trải qua đau bụng kinh trong 1 năm gần đây, phần lớn đau ở mức trung bình, đạt 4 - 7 điểm theo thang VAS (65,4%). Đáng chú ý là có 7,5% trường hợp phải nghỉ học vì đau bụng kinh. Trong số các sinh viên cần can thiệp để giảm đau bụng kinh (n=23), gần 3/4 sinh viên tự dùng thuốc giảm đau (n=17) và tất cả các em đều áp dụng biện pháp hỗ trợ để giảm đau. **Kết luận:** Tỷ lệ sinh viên bị đau bụng kinh khá cao. Nên thực hiện chương trình giáo dục sức khỏe và chăm sóc đau bụng kinh phù hợp khi nữ sinh viên nhập học cũng như đưa vào giảng dạy chính thức nội dung này.

Từ khóa: đau bụng kinh nguyên phát, sinh viên điều dưỡng, phương pháp giảm đau

SUMMARY

PRIMARY DYSMENORRHEA AND PAIN RELIEF

*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Trần Ngọc Thanh
Email: dangtranngocthanh@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 10.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025
Ngày duyệt bài: 25.3.2025