

nặng xơ vữa hiện tại mà còn dự báo nguy cơ tiến triển bệnh và các biến cố tim mạch tương lai.

Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế quan trọng. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, do đó không thể đánh giá mối liên hệ nhân quả và kiểm soát được các yếu tố nhiễu khi phân tích mối liên quan giữa nồng độ non-HDL-C với tổn thương hẹp mạch vành. Đồng thời, cỡ mẫu nhỏ, thực hiện đơn trung tâm cũng là các nhược điểm quan trọng của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Đa phần bệnh nhân hội chứng vành cấp có đặt stent có mức nồng độ non-HDL-C cao. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số nhánh mạch vành tổn thương và nồng độ non-HDL-C trên nhóm đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thanh Bình, Mạnh Hùng Phạm, Oanh Oanh Nguyễn (2021), "Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân hội chứng vành cấp được can thiệp stent chỗ chia nhánh động mạch vành", Tạp chí Y học Việt Nam, 504 (1).
2. Lê Văn Duy, Hồ Anh Bình, Trần Quốc Bảo (2023), "Đánh giá thang điểm Risk-PCI trong dự báo biến cố tim mạch chính (mace) ở bệnh nhân hội chứng vành cấp được can thiệp động mạch vành qua da", Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Huế, (89).
3. Trần Nguyễn Phương Hải, Hoàng Văn Sỹ (2024), "Giá trị tiên đoán kết cục tim mạch của non-high-density cholesterol ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp không st chênh lên", Tạp

chí Y học Việt Nam, 535 (1B).

4. **Hội Tim mạch học Việt Nam.** Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về Quản lý hội chứng vành cấp, 2024.
5. **Byrne R. A., Rossello X., Coughlan J., et al** (2024), "2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes: developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC)", European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care, 13 (1), 55-161.
6. **Catapano A., Ray K., Tokgozoglu S.** Prevention guidelines and EAS/ESC guidelines for the treatment of dyslipidaemias: A look to the future, 2022.
7. **Haider S. S., Shahid M., Razaq K., et al** (2022), "Association of Non HDL-Cholesterol and other lipid parameters in patients with Acute Coronary Syndrome", The Professional Medical Journal, 29 (01), 82-87.
8. **Li C., He K., Yang Y., et al** (2023), "Discordance of Circulating Non-HDL Cholesterol with LDL Cholesterol Concerning Long-Term Prognosis in Statin-Treated Individuals with Acute Coronary Syndrome and Previous Coronary Artery Bypass Grafting Undergoing Percutaneous Coronary Intervention", Reviews in Cardiovascular Medicine, 24 (9), 263.
9. **Liu J., Zhao L., Zhang Y., et al** (2024), "A higher non-HDL-C/HDL-C ratio was associated with an increased risk of progression of nonculprit coronary lesion in patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention", Clinical Cardiology, 47 (2), e24243.
10. **Mohammedi M. K. M., Altaweel R. B., Al Gburi A. K. K.** (2024), "Exploring the Role of Non-HDL Cholesterol in Acute Coronary Syndrome: A Case-Control Study", Pakistan Heart Journal, 57 (1), 13-17.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CỦA NẢY CHỒI U TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN ĐẠI TRỰC TRÀNG

Đào Thị Luận^{1,2}, Nguyễn Văn Chủ^{1,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ác tính thường gặp nhất của đường tiêu hóa với tỷ lệ tử vong cao. Nảy chồi u là một yếu tố tiên lượng quan trọng liên quan đến di căn hạch, di căn xa, tái phát tại chỗ, thời gian sống thêm toàn bộ và không bệnh xấu hơn. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định tình trạng nảy chồi u và mối liên quan giữa nảy chồi u với một số đặc

điểm mô bệnh học. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu được tiến hành trên các tiêu bản nhuộm hematoxylin và eosin (H&E) của 103 người bệnh ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng nguyên phát đã cắt bỏ khối u và nạo vét hạch vùng mà không hóa xạ trị trước phẫu thuật từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 11 năm 2018 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Phân tích dữ liệu được thực hiện trên phần mềm SPSS 20.0. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0.05$ được sử dụng. Nghiên cứu tuân thủ theo tuyên bố Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học và được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức y sinh của Trường Đại học Y Hà Nội (IRB-VN922). **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm phát hiện bệnh là $62,96 \pm 12,651$ tuổi, trong đó nhóm tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (36,9%). Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (lần lượt là 55,3% và 44,7%). Vị trí giải phẫu phổ biến nhất là trực tràng (32,0%). Hầu hết các trường hợp là ung thư biểu mô tuyến tip

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Luận

Email: daothiluan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2025

Ngày duyệt bài: 20.6.2025

không đặc biệt (82,5%), biệt hóa vừa (86,4%) và giai đoạn pT3 (53,4%). Tỷ lệ di căn hạch bạch huyết chung là 41,7%; di căn đến 1–3 hạch bạch huyết là thường gặp nhất (32,0%). Khối u giai đoạn I, II và III chiếm lần lượt 5,8%, 52,4% và 41,7% các trường hợp. Tỷ lệ xâm nhập mạch bạch huyết và quanh dây thần kinh lần lượt là 38,8% và 36,9%. Tỷ lệ này chỗi u theo 3 mức độ là độ thấp Bd1 (52,4%), độ trung bình Bd2 (28,2%) và độ cao Bd3 (19,4%). Nảy chỗi u độ cao gặp nhiều hơn ở nhóm người bệnh có di căn hạch, giai đoạn xâm lấn sâu hơn, có xâm lấn mạch bạch huyết và quanh thần kinh ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nảy chỗi u độ cao là yếu tố tiên lượng xấu trong ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng. **Từ khóa:** nảy chỗi u, ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng

SUMMARY

STUDYING THE TUMOR BUDDING IN COLORECTAL ADENOCARCINOMA

Introduction: Colorectal cancer is the most common malignant disease of the gastrointestinal tract with a high mortality rate. Tumor budding is an important prognostic factor associated with lymph node metastasis, distant metastasis, local recurrence, and reduced overall survival and disease-free survival.

Objectives: To assess the tumor budding and its relation with several histopathological features.

Material and Methods: A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on hematoxylin and eosin (H&E)-stained slides of 103 patients with primary colorectal adenocarcinoma who underwent tumor resection and regional lymph node dissection without preoperative chemoradiotherapy, from January 2017 to November 2018 at Hanoi Medical University Hospital. Data analysis was performed using SPSS version 20.0. A p-value of <0.05 was considered statistically significant. The study complied with the Declaration of Helsinki on ethical principles for medical research involving human subjects and was approved by the Biomedical Ethics Committee of Hanoi Medical University (IRB-VN922).

Results: The mean age of patients was 62.96 ± 12.651 years, with the most common age group being 60–69 years (36.9%). Males accounted for a higher proportion than females (55.3% vs. 44.7%). The most common anatomical site was the rectum (32.0%). Most cases were of the conventional type of adenocarcinoma (82.5%), moderately differentiated (86.4%), and at pathological stage pT3 (53.4%). The overall lymph node metastasis rate was 41.7%, with metastasis to 1–3 lymph nodes being the most common (32.0%). Tumors at stages I, II, and III accounted for 5.8%, 52.4%, and 41.7% of cases, respectively. The rates of lymphovascular and perineural invasion were 38.8% and 36.9%, respectively. Tumor budding was classified into three levels: low (Bd1, 52.4%), intermediate (Bd2, 28.2%), and high (Bd3, 19.4%). High-grade tumor budding was more frequently observed in patients with lymph node metastasis, deeper invasion stage, lymphovascular invasion, and perineural invasion ($p < 0.05$). **Conclusion:** High-grade tumor budding is a poor prognostic factor in colorectal carcinoma.

Keywords: Tumor budding, colorectal adenocarcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là bệnh ác tính phổ biến nhất của đường tiêu hóa. Theo Thống kê Ung thư Toàn cầu GLOBOCAN 2022: UTĐTT chiếm 9,6% các ca ung thư mới trên toàn thế giới, đứng thứ ba sau ung thư phổi và ung thư vú, gây ra 9,3% số ca tử vong do ung thư, chỉ đứng sau ung thư phổi. Tại Việt Nam, đã có 16.835 ca UTĐTT được báo cáo, xếp hạng đây là loại ung thư phổ biến thứ tư sau ung thư vú, gan và phổi.¹ Một số nghiên cứu đã chỉ ra sự phức tạp trong tiên lượng UTĐTT và cho rằng các đặc điểm mô bệnh học cổ điển như loại mô học, độ mô học hay giai đoạn pT không phải lúc nào cũng là yếu tố dự đoán nhất quán hoặc đáng tin cậy. Yếu tố tiên lượng tối ưu phải đáp ứng các tiêu chí: dễ thực hiện mà không cần các kỹ thuật và trang thiết bị chuyên sâu, có khả năng tái lập cao và có thể áp dụng rộng rãi. Do đó, chúng tôi chọn đánh giá nảy chỗi u (NCU), được giới thiệu bởi Hội nghị đồng thuận NCU quốc tế (International Tumor Budding Consensus Conference-ITBCC) năm 2016.² Tại Việt Nam, hiện chỉ có rất ít cơ sở giải phẫu bệnh đánh giá về NCU và số lượng công trình nghiên cứu đánh giá giá trị tiên lượng của nảy chỗi u trong ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng ở Việt Nam chưa nhiều. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá tình trạng nảy chỗi u và mối liên quan giữa nảy chỗi u với một số đặc điểm mô bệnh học khác trong ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu được thực hiện trên các mẫu mô nhuộm H&E từ 103 người bệnh mắc UTĐTT nguyên phát đã cắt bỏ khối u và nạo vét hạch vùng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 11 năm 2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn gồm những người bệnh được phẫu thuật cắt u với chẩn đoán mô bệnh học (MBH) là ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng nguyên phát, không điều trị hóa xạ tiền phẫu, còn đủ hồ sơ bệnh án, tiêu bản H&E và khối nén.

Tất cả các trường hợp không có đủ tiêu chuẩn lựa chọn như trên hay có u tái phát hoặc di căn hoặc mắc đồng thời nhiều loại u bị loại ra khỏi nghiên cứu.

Nghiên cứu sử dụng công thức tính ước lượng cỡ mẫu tối thiểu:

$$n = Z^2 \frac{p \cdot (1-p)}{d^2} \quad (1-q/2)$$

n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

Z: Hệ số tin cậy, chọn độ tin cậy 95% vậy $Z=1,96$; p: Là tỷ lệ kết quả NCU cao trong ung thư biểu mô đại - trực tràng, theo nghiên cứu của tác giả Đoàn Minh Khuy và cộng sự thì $p = 11,9\%$.³ d: Là sai số cho phép, chọn $d = 0,07$.

Từ công thức trên tính được cỡ mẫu tối thiểu là $n = 83$. Chúng tôi chọn tất cả người bệnh theo tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ, số lượng mẫu là 103 người bệnh.

Thông tin lâm sàng và phẫu thuật của người bệnh được trích xuất từ hồ sơ bệnh án bao gồm tuổi, giới tính, vị trí khối u, thời gian chẩn đoán, số lượng hạch đã cắt bỏ.

Các tiêu bản nhuộm H&E được đánh giá độc lập bởi hai nhà giải phẫu bệnh. Trong trường hợp kết quả mô bệnh học không nhất quán, một nhà giải phẫu bệnh thứ ba sẽ xem và cho ý kiến. Chẩn đoán cuối cùng được xác định bằng sự đồng thuận giữa tất cả các nhà giải phẫu bệnh. Loại và độ mô học được xác định dựa trên phân loại mô học của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2019 về u đường tiêu hóa. Mức độ xâm lấn, di căn hạch bạch huyết và giai đoạn bệnh được phân loại theo hệ thống phân loại của Ủy ban Ung thư Hoa Kỳ phiên bản thứ tám năm 2017.^{4,5} Quy trình đánh giá tình trạng NCU được thực hiện theo hướng dẫn của ITBCC năm 2016 thành 3 mức: độ thấp (NCU1) 0–4 chồi; độ trung gian (NCU 2) 5–9 chồi; độ cao (NCU3) 10 chồi trở lên.²

Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20. Test χ^2 , Fisher và Phi and Cramer's được sử dụng. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Nghiên cứu tuân thủ theo tuyên bố Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học và được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức y sinh của Trường Đại học Y Hà Nội (IRB-VN922). Tất cả thông tin cá nhân đều được mã hóa để đảm bảo giữ bí mật và không có bất kỳ sự can thiệp bổ sung nào trên người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đánh giá các mẫu mô của 103 người bệnh UTĐTT nguyên phát được phẫu thuật cắt bỏ u và nạo vét hạch vùng mà không có hóa trị tiền phẫu.

Đặc điểm lâm sàng bệnh học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng giải phẫu bệnh của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số lượng (n=103)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<40	4	3,9
	40-49	15	14,6
	50-59	15	14,6

	60-69	38	36,9
	≥ 70	31	30,1
Giới	Nam	57	55,3
	Nữ	46	44,7
Vị trí	Trực tràng	33	32,0
	Sigma	24	23,3
	Đt trái	9	8,7
	Đt ngang	8	7,8
	Đt phải	22	21,4
	Manh tràng	7	6,8
Độ biệt hóa	Cao	5	4,9
	Vừa	89	86,4
	Kém	9	8,7
Típ MBH	Tuyến NOS	85	82,5
	Tuyến nhầy	16	15,5
	Khác	2	1,9
Giai đoạn T	1	5	4,9
	2	14	13,6
	3	55	53,4
	4	29	28,2
Hạch di căn	Không	60	58,3
	N1	33	32,0
	N2a	7	6,8
	N2b	3	2,9
Giai đoạn TNM	I	6	5,8
	II	54	52,4
	III	43	41,7
Xâm nhập mạch	Không	63	61,2
	Có	40	38,8
Xâm nhập thần kinh	Không	65	63,1
	Có	38	36,9
Nảy chồi u	Độ thấp	54	52,4
	Độ trung gian	29	28,2
	Độ cao	20	19,4

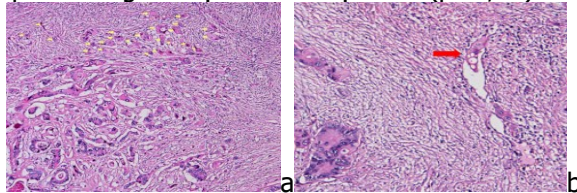
Độ tuổi trung bình của người bệnh là $62,96 \pm 12,651$ tuổi, dao động từ 32 đến 88 tuổi, mặc dù hầu hết người bệnh thuộc nhóm tuổi 60–69 (36,9%) và ≥ 70 tuổi (30,1%). Nam giới chiếm tỷ lệ người bệnh cao hơn nữ giới (lần lượt là 55,3% và 44,7%). Vị trí giải phẫu phổ biến nhất là trực tràng (32,0%). Hầu hết các trường hợp là ung thư biểu mô tuyến tụy không đặc biệt (82,5%), biệt hóa vừa (86,4%) và giai đoạn pT3 (53,4%). Tỷ lệ di căn hạch bạch huyết chung là 41,7%; di căn đến 1–3 hạch bạch huyết là thường gặp nhất (32,0%). Khối u giai đoạn I, II và III chiếm lần lượt 5,8%, 52,4% và 41,7% các trường hợp. Tỷ lệ xâm nhập mạch bạch huyết và quanh dây thần kinh lần lượt là 38,8% và 36,9%. Tỷ lệ Bd1, Bd2 và Bd3 lần lượt là 52,4%, 28,2% và 19,4%.

Mối liên quan giữa nẩy chồi u với một số đặc điểm mô bệnh học

Bảng 2. Mối liên quan giữa nẩy chồi u với một số đặc điểm mô bệnh học

Đặc điểm		Nảy chồi u			p
		Độ thấp	Độ trung gian	Độ cao	
Mức độ xâm lấn trên vi thể	pT1	4 (80,0)	0 (0)	1 (20,0)	0,025
	pT 2	11 (78,6)	0 (0)	3 (21,4)	
	pT 3	29 (52,7)	17 (30,9)	9 (16,4)	
	pT 4	10 (34,5)	12 (41,4)	7 (24,1)	
Độ biệt hóa	Cao	5 (100)	0 (0)	0 (0)	0,222
	Vừa	46 (51,7)	26 (29,2)	17 (19,1)	
	Kém	3 (33,3)	3 (33,3)	3 (33,3)	
Xâm nhập mạch	Không	42 (66,7)	14 (22,2)	7 (11,1)	0,001
	Có	12 (30,0)	15 (37,5)	13 (32,5)	
Xâm nhập thần kinh	Không	45 (69,2)	13 (20,0)	7 (10,8)	< 0,001
	Có	9 (23,7)	16 (42,1)	13 (34,2)	
Hạch di căn	Không	39 (65,0)	14 (23,3)	7 (11,7)	0,02
	N1	13 (39,4)	10 (30,3)	10 (30,3)	
	N2a	2 (28,6)	3 (42,9)	2 (28,6)	
	N2b	0 (0)	2 (66,7)	1 (33,3)	
Giai đoạn TNM	I	6 (100)	0 (0)	0 (0)	0,011
	II	33 (61,1)	14 (25,9)	7 (13,0)	
	III	15 (34,9)	15 (34,9)	13 (30,2)	

NCU độ cao (NCU3) phổ biến hơn ở những người bệnh có xâm lấn sâu, xâm nhập mạch bạch huyết, xâm nhập quanh thần kinh, di căn hạch bạch huyết ($p < 0,05$). NCU3 chiếm 30,2% các trường hợp giai đoạn III và 13,0% các trường hợp giai đoạn II. NCU độ cao có liên quan đến giai đoạn TNM muộn hơn ($p < 0,05$).



Hình 1. Hình ảnh nảy chồi u độ cao (a) (HE, x200) và xâm nhập mạch bạch huyết (b) (HE, x400)

IV. BÀN LUẬN

UTĐTT là bệnh ác tính phổ biến nhất ở đường tiêu hóa và có tỷ lệ tử vong cao. Theo báo cáo của GLOBOCAN 2022, UTĐTT chiếm 9,6% các ca chẩn đoán ung thư và 9,3% số ca tử vong do ung thư trên toàn thế giới, chỉ thấp hơn ung thư phổi. Tại Việt Nam, UTĐTT có tỷ lệ mắc bệnh cao thứ tư với 16.835 ca được báo cáo, đứng sau ung thư vú, gan và phổi.¹

Tiền lượng người bệnh mắc ung thư biểu mô tuyến đại tràng vẫn là một thách thức đáng kể vì

các yếu tố mô bệnh học truyền thống như loại mô học, độ mô học hay giai đoạn pT không phải lúc nào cũng cung cấp giá trị tiên lượng đáng tin cậy. Trong khi đó, các xét nghiệm sinh học phân tử được cho là có giá trị thường đắt đỏ và không phổ biến. Gần đây, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra vai trò tiên lượng của nảy chồi u và việc đánh giá NCU trên các tiêu bản nhuộm H&E dựa theo các tiêu chuẩn của ITBCC năm 2016 lại không tồn kém, dễ dàng triển khai trong các phòng xét nghiệm bệnh lý, đồng thời đảm bảo tính đồng bộ và độ tin cậy cao.

NCU được định nghĩa là sự hiện diện của các tế bào u đơn lẻ hoặc các cụm nhỏ tế bào u (< 5 tế bào) nằm trong mô đệm u. NCU chủ yếu được đánh giá ở mặt trước xâm lấn. Lugli và cộng sự đã báo cáo rằng NCU là một yếu tố tiên lượng độc lập. NCU cũng liên quan đến quá trình chuyển dạng biểu mô-trung mô, được đặc trưng bởi mất kết dính tế bào, thay đổi bộ khung tế bào, tăng sản xuất chất nền ngoại bào, kháng apoptosis, thoái hóa hoặc phá vỡ màng đáy dẫn đến tăng khả năng xâm lấn và di căn.²

Nghiên cứu trên 103 người bệnh, chúng tôi thấy độ tuổi trung bình là $63,03 \pm 12,577$ tuổi, dao động từ 32 đến 88 tuổi, mặc dù hầu hết người bệnh thuộc nhóm tuổi 60–69 tuổi (36,9%). Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (lần lượt là 55,3% và 44,7%). Các kết quả này phù hợp với y văn và nhiều nghiên cứu khác, như của Đoàn Minh Khuy (2021), Phạm Hiền Đình Nghi (2024), Van Wyk (2019) đều thống nhất rằng UTĐTT thường gặp ở bệnh nhân có tuổi cao trên 60 và nam giới hay gặp hơn nữ giới.^{3,6,7} Vị trí giải phẫu phổ biến nhất là trực tràng (32,0%). Hầu hết các trường hợp là ung thư biểu mô tuyến tít không đặc biệt (82,5%), biệt hóa vừa (86,4%) và giai đoạn pT3 (53,4%). Tỷ lệ di căn hạch bạch huyết chung là 41,7%; di căn đến 1–3 hạch bạch huyết là thường gặp nhất (32,0%). Khối u giai đoạn I, II và III chiếm lần lượt 5,8%, 52,4% và 41,7% các trường hợp. Tỷ lệ xâm lấn bạch huyết và quanh thần kinh lần lượt là 38,8% và 36,9%. Các kết quả của chúng tôi cho thấy sự tương đồng về mức độ phổ biến của một số đặc điểm mô bệnh học cổ điển trong ung thư đại trực tràng với các kết quả trước đó.^{6,7}

Khi đánh giá về đặc điểm NCU, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ NCU theo 3 mức độ như sau: độ thấp Bd1 (52,4%), độ trung bình Bd2 (28,2%) và độ cao Bd3 (19,4%). Kết quả này tương đồng với kết quả của Đoàn Minh Khuy (2021) cho thấy tỷ lệ NCU độ thấp chiếm tỷ lệ cao nhất (61,7%), NCU độ cao chiếm tỷ lệ thấp nhất (17,7%) nhưng khác với kết quả nghiên cứu của Phạm

Hiện Đình Nghi (2024) cho thấy NCU độ trung gian chiếm tỷ lệ thấp nhất.^{3,6}

Khi đánh giá mối liên quan giữa NCU và các đặc điểm mô bệnh học, chúng tôi thấy rằng NCU độ cao thường gặp hơn ở khối u có mức độ xâm lấn sâu hơn, xâm lấn mạch bạch huyết, xâm lấn quanh thần kinh và di căn hạch bạch huyết ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước. Cụ thể, Phạm Hiện Đình Nghi cho thấy tỷ lệ NCU độ cao gặp nhiều ở nhóm bệnh nhân có độ mô học cao, xâm lấn sâu, di căn hạch, xâm nhập mạch và thần kinh ($p < 0,005$).⁶ Van Wyk và cộng sự thấy NCU độ cao có liên quan đến giai đoạn T, giai đoạn N, giai đoạn TNM, xâm nhập mạch ($p < 0,001$).⁷ Những kết quả này cho thấy rằng việc đánh giá NCU trên các tiêu bản nhuộm H&E có thể giúp dự báo về sự xâm lấn và lan rộng của khối u từ đó hỗ trợ cho các bác sĩ lâm sàng đưa ra định hướng điều trị và dự đoán tiên lượng người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ NCU độ thấp là 61,7%, độ trung bình chiếm 20,6%, độ cao chiếm 17,8%. Tình trạng NCU độ cao gặp nhiều hơn ở nhóm u có di căn hạch, giai đoạn xâm lấn sâu hơn, có xâm lấn mạch bạch huyết và quanh thần kinh. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209–49. doi:10.3322/caac.21660.
2. Lugli A, Kirsch R, Ajioka Y, et al. Recommendations for reporting tumor budding in colorectal cancer based on the International Tumor Budding Consensus Conference (ITBCC) 2016. *Mod Pathol*. 2017;30(9):1299–1311. doi:10.1038/modpathol.2017.46.
3. Khuy Đoàn Minh, Mai Hoàng Thị Ngọc, và Hạnh Bùi Thị Mỹ. Này chồi u: Một số yếu tố mô bệnh học mới trong ung thư biểu mô đại trực tràng. *Tạp Chí Học Lâm Sàng*. 2021; 120, 89–95.
4. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, Paradis V, Rugge M, Schirmacher P, et al. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology*. 2020;76(2):182–8. doi:10.1111/his.13975.
5. Weiser MR. AJCC 8th Edition: Colorectal cancer. *Ann Surg Oncol*. 2018;25(6):1454–5. doi:10.1245/s10434-018-6462-1.
6. Nghi Phạm Hiện Đình, Minh Đỗ Đạt, Bình Nguyễn Như và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, sự nảy chồi u và mô bệnh học của ung thư biểu mô đại - trực tràng tại Bệnh viện ung bướu Cần Thơ và Bệnh viện Đại học Y dược Cần Thơ năm 2022–2023. *Tạp Chí Dược Học Cần Thơ*. 2024; 71, 89–95.
7. van Wyk H.C., Roseweir A., Alexander P. và cộng sự. The Relationship Between Tumor Budding, Tumor Microenvironment, and Survival in Patients with Primary Operable Colorectal Cancer. *Ann Surg Oncol*. 2019; 26(13), 4397–4404.

ĐÁNH GIÁ HÌNH THÁI NOÃN, PHÔI CỦA BỆNH NHÂN THỤ TINH TRONG ống NGHIỆM BẰNG PHÁC ĐỒ ANTAGONIST VỚI DELTA-FOLLITROPIN (REKOVELLE)

Lê Thị Kim Như¹, Dương Đình Hiếu²,
Trịnh Thế Sơn², Trần Văn Tuấn², Trịnh An Thiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá được hình thái noãn, phôi của bệnh nhân kích thích buồng trứng bằng phác đồ Antagonist với Delta – follitropin (Rekovele). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 71 phụ nữ vô sinh điều trị vô sinh tại Viện mô phôi lâm sàng Quân đội từ tháng 8/2023 đến 12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình

bệnh nhân là $36,31 \pm 4,58$ năm, tất cả đều đã từng thực hiện IVF, trong đó 31% đã thực hiện ≥ 2 lần. Phần lớn có BMI bình thường (81,7%) và AMH $< 2,1$ ng/ml (71,8%). Thời gian kích thích trung bình là $10,14 \pm 1,427$ ngày, tổng liều Rekovele trung bình $176,28 \pm 35,98\mu\text{g}$, có tương quan dương giữa E2 ngày trigger và số noãn ≥ 14 mm. Số noãn thu được trung bình là $5,41 \pm 3,52$ noãn; số MII là $4,3 \pm 3,11$; tỷ lệ thụ tinh trung bình đạt $74,44 \pm 28,84\%$. Sự khác biệt số noãn chọc được giữa các nhóm tuổi và AMH có ý nghĩa thống kê. Trong số phôi nang ngày 5-6 trung bình là $1,92 \pm 2,36$ phôi, trong đó phôi chất lượng tốt là $0,77 \pm 1,38$ phôi, phần lớn đạt độ giãn nở cấp 3 (83,82%); hình thái nụ phôi và lá nuôi có mối liên hệ phụ thuộc rõ rệt. **Kết luận:** đã đánh giá về hình thái noãn, phôi của bệnh nhân sử dụng phác đồ Antagonist với Delta – follitropin (rekovele). Từ đó là cơ sở cho các bước nghiên cứu và đánh giá tiếp theo

¹Học viện Quân Y

²Viện Mô phôi Lâm sàng Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Kim Như

Email: nhulehvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025