

ĐẶC ĐIỂM BỘC LỘ PD-L1 Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ TUYẾN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Tiến Đạt¹, Nguyễn Thuận Lợi^{1,2}, Từ Quang Anh¹

TÓM TẮT

Ung thư phổi biểu mô tuyến là thể mô học phổ biến nhất trong các loại ung thư phổi tại Việt Nam và thường có tiên lượng xấu. Liệu pháp ức chế điểm kiểm soát miễn dịch PD-1/PD-L1 đang mở ra triển vọng cải thiện hiệu quả điều trị và kéo dài thời gian sống. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm bộc lộ PD-L1 và mối liên quan giữa sự bộc lộ PD-L1 với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 182 bệnh nhân tại Bệnh viện Bạch Mai, sử dụng kỹ thuật hóa mô miễn dịch với kháng thể PD-L1 22C3 pharmDx. **Kết quả:** Tỷ lệ dương tính với PD-L1 là 51,6%, bao gồm 28,5% có mức bộc lộ thấp (TPS 1–49%) và 23,1% có mức bộc lộ cao (TPS ≥50%). PD-L1 âm tính (TPS <1%) chiếm 48,4%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự bộc lộ PD-L1 giữa nam giới (58,1%) và nữ giới (32,8%), cũng như giữa nhóm có và không có tiền sử hút thuốc (58,7% so với 41%), với p lần lượt là 0,011 và 0,020. Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự bộc lộ PD-L1 và các yếu tố khác như tuổi, giai đoạn TNM, vị trí lấy mẫu mô, đột biến EGFR hoặc chỉ số maxSUV. **Kết luận:** Sự bộc lộ PD-L1 dương tính mức độ cao ở bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến có mối liên quan với giới tính nam và tiền sử hút thuốc. Kết quả này có ý nghĩa trong việc định hướng lựa chọn nhóm bệnh nhân phù hợp để áp dụng liệu pháp miễn dịch, góp phần cá thể hóa điều trị ung thư phổi tại Việt Nam.

Từ khóa: Ung thư phổi biểu mô tuyến, PD-L1, liệu pháp miễn dịch

SUMMARY

PD-L1 EXPRESSION CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH LUNG ADENOCARCINOMA AT BACH MAI HOSPITAL

Adenocarcinoma is the most common histological subtype of lung cancer in Vietnam and is often associated with poor prognosis. Immune checkpoint inhibitor therapy targeting PD-1/PD-L1 has shown promise in improving treatment outcomes and prolonging survival. **Objective:** To investigate the expression of PD-L1 and its association with selected clinical and paraclinical factors in patients with lung adenocarcinoma at Bach Mai Hospital. **Subjects and**

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 182 patients at Bach Mai Hospital. PD-L1 expression was evaluated using immunohistochemistry with the PD-L1 22C3 pharmDx antibody. **Results:** The PD-L1 positive rate was 51.6%, including 28.5% with low expression (TPS 1–49%) and 23.1% with high expression (TPS ≥50%). Negative expression (TPS <1%) was observed in 48.4% of cases. PD-L1 expression was significantly higher in male patients (58.1%) compared to females (32.8%), and in patients with a history of smoking (58.7%) versus non-smokers (41%), with p-values of 0.011 and 0.020, respectively. No significant associations were found between PD-L1 expression and other factors such as age, TNM stage, biopsy site, EGFR mutation status, or maxSUV index. **Conclusion:** High-level PD-L1 expression in patients with lung adenocarcinoma is associated with male gender and a history of smoking. These findings contribute to guiding the selection of appropriate patients for immunotherapy, supporting the personalization of lung cancer treatment in Vietnam. **Keywords:** Lung adenocarcinoma, PD-L1, immunotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những loại ung thư phổ biến nhất và có tỷ lệ tử vong cao hàng đầu trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Trong đó, ung thư phổi không tế bào nhỏ chiếm khoảng 85% tổng số ca mắc, với ung thư biểu mô tuyến là thể bệnh thường gặp nhất. Do triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu và sự tiến triển bệnh âm thầm, ung thư phổi thường gây khó khăn trong chẩn đoán và điều trị.

PD-1 (Programmed Death-1) và PD-L1 (Programmed Death Ligand-1) là các protein có vai trò điều hòa đáp ứng miễn dịch, giúp tế bào ung thư né tránh sự tấn công của hệ miễn dịch. Đánh giá mức độ bộc lộ PD-L1 trên mô u không chỉ có giá trị dự báo đáp ứng với thuốc miễn dịch, mà còn là yếu tố tiên lượng độc lập, phản ánh mức độ tiến triển và đặc điểm sinh học của khối u. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các dữ liệu về tỷ lệ bộc lộ PD-L1 và mối liên quan với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: *Khảo sát đặc điểm bộc lộ PD-L1 và đánh giá mối liên quan giữa sự bộc lộ PD-L1 với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến tại Bệnh viện Bạch Mai.* Kết quả nghiên

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tiến Đạt

Email: tiendat.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 19.8.2025

cứ kỳ vọng sẽ cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn, hỗ trợ trong việc định hướng điều trị phù hợp và hiệu quả hơn cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng: Bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến điều trị tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2018 đến năm 2023

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân chẩn đoán xác định ung thư phổi biểu mô tuyến dựa trên mô bệnh học theo tiêu chuẩn WHO 2021, có xét nghiệm PD-L1, đủ hồ sơ bệnh án và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân dưới 18 tuổi; mắc các bệnh ung thư khác; phụ nữ mang thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu.

- Thu thập dữ liệu: Ghi nhận dữ liệu lâm sàng (tuổi, giới, tiền sử hút thuốc) và cận lâm sàng (vị trí và phương pháp lấy mẫu, giai đoạn bệnh, đột biến EGFR, chỉ số maxSUV từ PET/CT).

- Xét nghiệm PD-L1: Nhuộm hóa mô miễn dịch (kháng thể PD-L1 22C3 pharmDx) tại Trung tâm Giải phẫu bệnh và Tế bào học, Bệnh viện Bạch Mai. Phân nhóm: âm tính (<1%), dương tính thấp (1–49%), dương tính cao (≥50%).

- Thống kê và phân tích: phần mềm SPSS 20.0. So sánh các biến định tính (Chi-square), biến định lượng (T-test/ANOVA) với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận bởi Bệnh viện Bạch Mai và Trường Đại học Y Dược – ĐHQGHN. Dữ liệu chỉ sử dụng cho mục đích khoa học và được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 60 tuổi	73	40,1
	≥ 60 tuổi	109	59,9
	Trung bình ± SD	62 ± 10	
	Min – Max	28 – 91	
Giới tính	Nam	124	68,1
	Nữ	58	31,9
Tiền sử hút thuốc	Có hút thuốc	110	60,4
	Không hút thuốc	72	39,6

Nhận xét: Trong tổng số 182 ca bệnh được nghiên cứu, 59,9% thuộc nhóm tuổi ≥ 60;

40,1% thuộc nhóm < 60. Tuổi trung bình là 62 ± 10, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 28 tuổi, và lớn tuổi nhất là 91 tuổi. Nhóm bệnh nhân nam gồm 124 bệnh nhân (68,1%) và nhóm bệnh nhân nữ gồm 58 bệnh nhân (31,9%). Đa số bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá (60,4%).

Bảng 2. Đặc điểm vị trí và phương pháp lấy mẫu bệnh phẩm

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí lấy mẫu bệnh phẩm	U phổi	131	72,0
	Tổ chức di căn hạch	20	11,0
	Tổ chức di căn xa	23	12,6
	Dịch màng phổi, màng tim	8	4,4
Phương pháp lấy mẫu bệnh phẩm	Sinh thiết	161	88,5
	Phẫu thuật	13	7,1
	Chọc dịch màng phổi, màng tim	8	4,4

Nhận xét: Mẫu bệnh phẩm xét nghiệm chủ yếu được lấy từ khối u phổi. Phương pháp thường sử dụng nhất là sinh thiết (88,5%).

Bảng 3. Đặc điểm về nồng độ PD-L1, giai đoạn bệnh (TNM), đột biến EGFR và giá trị maxSUV của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
PD-L1	Âm tính (<1%)	88	48,4
	Dương tính 1–49%	52	28,5
	Dương tính ≥50%	42	23,1
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	19	10,5
	Giai đoạn II	12	6,6
	Giai đoạn III	46	25,0
	Giai đoạn IV	105	57,9
Giai đoạn TNM	T1	17	9,2
	T2	38	21,1
	T3	24	13,2
	T4	119	65,6
	N0	33	18,4
	N1	21	11,8
	N2	38	21,1
	N3	89	48,7
	M0	33	18,1
	M1	43	23,6
Đột biến EGFR	Có đột biến	59	33,1
	Không đột biến	119	66,9
Giá trị maxSUV trung bình (PET/CT)			
Giá trị maxSUV Trung bình ±SD (g/mL)	Tại u nguyên phát	8,8 ± 4,4	
	Tại hạch	5,6 ± 3,0	
	Tại tổ chức di căn xa	6,1 ± 3,7	

Nhận xét: Trong 182 trường hợp, số lượng bệnh nhân có kết quả âm tính với PD-L1 chiếm tỷ lệ 48,4%; dương tính < 50% chiếm tỷ lệ 28,5%

và dương tính $\geq 50\%$ chiếm tỷ lệ 23,1%. Đa số bệnh nhân thuộc giai đoạn IV - chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,9%. Bệnh nhân giai đoạn III, II và I chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là 25%, 6,6% và 10,5%. Phân tích TNM cho thấy đa số bệnh nhân ở giai đoạn T4 (65,6%). Số bệnh nhân có di căn hạch là

81,6%, chủ yếu là giai đoạn N3 (48,7%). Có 59/178 (33,1%) trường hợp phát hiện đột biến gen EGFR. Kết quả maxSUV trung bình tại khối u phổi nguyên phát là $8,8 \pm 4,4$, cao hơn so với hạch ($5,6 \pm 3$) và các tổ chức di căn ($6,1 \pm 3,7$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa sự bộc lộ PD-L1 với các đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Phân nhóm	Tổng số (n)	Dương tính PD-L1 (n, %)	Âm tính PD-L1 (n, %)	p ^a
Tuổi	< 60	73	41 (56,2%)	32 (43,8%)	0,318
	≥ 60	109	53 (48,7%)	56 (51,3%)	
Giới tính	Nam	124	72 (58,1%)	52 (41,9%)	0,011*
	Nữ	58	22 (32,8%)	36 (67,2%)	
Tiền sử hút thuốc	Có	109	64 (58,7%)	45 (41,3%)	0,020*
	Không	73	30 (41,0%)	43 (59,0%)	

^aKiểm định Chi-square

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ bộc lộ PD-L1 giữa nhóm tuổi < 60 và ≥ 60 với $p = 0,318$. Nam giới có tỷ lệ dương tính với PD-L1 (58,1%) cao hơn nữ giới (32,8%) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê

với $p = 0,011$. Tỷ lệ dương tính với PD-L1 ở những bệnh nhân hút thuốc (58,7%) cao hơn những bệnh nhân không hút thuốc (41%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,020$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa sự bộc lộ PD-L1 với vị trí và phương pháp lấy mẫu

Đặc điểm		Tổng số (n)	PD-L1		p ^a
			Dương tính	Âm tính	
Vị trí lấy mẫu bệnh phẩm	Khối u phổi	131	67 (51,1%)	64 (48,9%)	0,288
	Tổ chức di căn hạch	20	12 (60%)	8 (40%)	
	Tổ chức di căn xa	23	9 (39,1%)	14 (60,9%)	
	Dịch màng phổi, màng tim	8	6 (75%)	2 (25%)	
Phương pháp lấy mẫu	Sinh thiết	161	81 (50,3%)	80 (29,7%)	0,389
	Phẫu thuật	13	7 (53,8%)	6 (46,2%)	
	Chọc dịch	8	6 (75%)	2 (25%)	

^aKiểm định Chi-square

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ dương tính với PD-L1 giữa các vị trí lấy mẫu cũng như các phương pháp lấy mẫu khác nhau ($p > 0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa sự bộc lộ PD-L1 với các đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân

Đặc điểm	Phân nhóm	Tổng số (n)	Dương tính PD-L1 (n, %)	Âm tính PD-L1 (n, %)	p
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn IV	44	24 (54,5%)	20 (45,5%)	0,231 ^a
	Giai đoạn I, II, III	32	13 (40,6%)	19 (59,4%)	
T	T1	7	2 (28,5%)	5 (71,5%)	0,144 ^a
	T2	16	8 (50,0%)	8 (50,0%)	
	T3	10	8 (80,0%)	2 (20,0%)	
	T4	43	19 (44,1%)	24 (55,9%)	
N	N0	14	6 (42,8%)	8 (57,2%)	0,128 ^a
	N1	9	6 (66,7%)	3 (33,3%)	
	N2	16	11 (68,7%)	5 (31,3%)	
	N3	37	14 (37,8%)	23 (62,2%)	
M	M0	33	13 (39,3%)	20 (60,7%)	0,290 ^a
	M1	43	24 (55,8%)	19 (44,2%)	
Đột biến gen EGFR	Có	59	24 (40,6%)	35 (59,4%)	0,063 ^a
	Không	119	66 (55,4%)	53 (44,6%)	
Giá trị maxSUV	U nguyên phát	77	$9,6 \pm 4,1$	$7,9 \pm 4,6$	0,612 ^b
	Hạch	60	$6,1 \pm 3,6$	$5,7 \pm 2,5$	0,081 ^b
	Tổ chức di căn xa	46	$6,5 \pm 4,2$	$5,7 \pm 3,3$	0,378 ^b

Nhận xét: Trong 76 bệnh nhân, tỷ lệ bộc lộ PD-L1 ở giai đoạn IV cao hơn so với các giai đoạn I–III, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,231$). Phân tích chi tiết theo phân loại TNM và tình trạng đột biến EGFR cũng không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ bộc lộ PD-L1 ($p > 0,05$). Giá trị maxSUV trung bình cao nhất tại khối u nguyên phát, thấp hơn ở hạch và tổn thương di căn. Ngoài ra, nhóm bệnh nhân PD-L1 dương tính có maxSUV trung bình cao hơn so với nhóm âm tính, nhưng không đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình khi chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến là 62 ± 10 , với gần 60% bệnh nhân thuộc nhóm ≥ 60 tuổi (Bảng 1). Đây là nhóm tuổi có thể trạng suy giảm và thời gian tiếp xúc kéo dài với các yếu tố nguy cơ, do đó thường chiếm tỷ lệ cao. Nam giới chiếm ưu thế rõ rệt với tỷ lệ hơn gấp đôi nữ giới, đồng thời 60,4% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá. Các kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trong nước, phản ánh sự liên quan giữa giới tính, hành vi hút thuốc và tỷ lệ mắc bệnh – đặc biệt là ở nam giới [1].

Về mô bệnh học, đa số mẫu mô được lấy từ khối u nguyên phát tại phổi (72,0%), trong khi mô từ các vị trí di căn chiếm tỷ lệ nhỏ hơn (12,6%) (Bảng 2). Việc lựa chọn vị trí lấy mẫu phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, khả năng tiếp cận tổn thương và tình trạng bệnh lý thực thể. Trong các trường hợp khó sinh thiết, mẫu dịch màng phổi hoặc màng tim có thể được sử dụng thay thế. Tuy nhiên, việc đánh giá PD-L1 trên các mẫu này còn nhiều hạn chế, do ảnh hưởng bởi số lượng, tỷ lệ tế bào u và quy trình cố định – nhuộm mô bệnh học [2].

Bộc lộ PD-L1 trong quần thể nghiên cứu cho thấy 28,5% bệnh nhân dương tính ở mức thấp (TPS 1–49%) và 23,1% dương tính cao (TPS $\geq 50\%$) (Bảng 3), phù hợp với các nghiên cứu trước đó tại Việt Nam [1]. Tỷ lệ bộc lộ PD-L1 đáng kể này nhấn mạnh vai trò của xét nghiệm trong chỉ định điều trị miễn dịch – liệu pháp ngày càng phổ biến trong điều trị ung thư phổi.

Về giai đoạn bệnh, 59,7% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn IV. Ở nhóm này, di căn xa thường lan rộng đến 3–4 cơ quan, thể hiện khả năng xâm lấn cao và tiên lượng xấu. Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn muộn lên tới gần 70,0% [3].

^aKiểm định Chi-square, ^bKiểm định Independent T

Chụp PET/CT với chất đánh dấu phóng xạ fluorodeoxyglucose (^{18}F -FDG) cho phép đánh giá mức độ chuyển hóa glucose của khối u và các tổn thương nghi ngờ, thông qua chỉ số hấp thu phóng xạ tối đa (maxSUV). Trong nghiên cứu này, chỉ số maxSUV trung bình tại khối u nguyên phát là $8,8 \pm 4,4$ – cao hơn so với hạch lympho ($5,6 \pm 3,0$) và tổn thương di căn xa ($6,1 \pm 3,7$), phản ánh hoạt tính chuyển hóa tăng cao của khối u nguyên phát – một đặc điểm sinh học thường gặp ở tế bào ung thư. Ngoài ra, tỷ lệ đột biến gen EGFR ghi nhận là 33,1%, tương đồng với các báo cáo trong nước [1], nhấn mạnh vai trò của xét nghiệm phân tử trong lựa chọn điều trị đích và cá thể hóa chiến lược điều trị ung thư phổi biểu mô tuyến tại Việt Nam.

4.2. Môi liên hệ giữa sự bộc lộ PD-L1 với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ bộc lộ PD-L1 được phân tích theo các đặc điểm lâm sàng như độ tuổi, giới tính và tiền sử hút thuốc (Bảng 4). Nhóm <60 tuổi có tỷ lệ PD-L1 dương tính cao hơn nhóm ≥ 60 tuổi (56,2% so với 48,7%), tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,318$). Điều này cho thấy tác động của tuổi lên bộc lộ PD-L1 chưa rõ ràng trong quần thể nghiên cứu. Ngược lại, giới tính và hút thuốc lại cho thấy mối liên hệ đáng chú ý. Nam giới có tỷ lệ dương tính PD-L1 là 58,1%, cao hơn đáng kể so với nữ (32,8%, $p = 0,011$). Kết quả này phù hợp với các báo cáo trước, được cho là liên quan tới sự khác biệt về hormone sinh dục, đặc biệt là tác động của androgen đối với bộc lộ PD-L1 [4]. Yếu tố hút thuốc cũng có liên quan: nhóm có tiền sử hút thuốc có tỷ lệ PD-L1 dương tính là 58,7%, cao hơn đáng kể so với nhóm không hút (41%, $p = 0,020$). Cơ chế có thể liên quan đến phản ứng viêm mạn tính do các hóa chất trong thuốc lá, dẫn đến tăng sản xuất cytokine và tăng bộc lộ PD-L1 như một cơ chế né tránh miễn dịch [5,6]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác ghi nhận kết quả trái ngược [6], cho thấy cần thêm nghiên cứu sâu hơn để làm rõ vai trò của các yếu tố này trong tiên lượng miễn dịch.

Bộc lộ PD-L1 cũng được phân tích theo vị trí lấy mẫu mô (Bảng 5). Tỷ lệ PD-L1 dương tính cao nhất ghi nhận ở mẫu dịch màng phổi, màng tim (75%), tiếp theo là mô hạch (60%), mô u nguyên phát (51,1%) và thấp nhất ở tổ chức di căn xa (39,1%), tuy không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,288$). Sự khác biệt có thể phản ánh vai trò của môi trường vi mô tại từng vị trí. Dịch màng phổi, màng tim thường chứa nhiều cytokine hơn, trong khi mẫu từ di căn xa có mật

độ tế bào thấp hơn. Các nghiên cứu quốc tế cũng ghi nhận ảnh hưởng của môi trường vi mô đến mức độ bộc lộ PD-L1 [7].

Xét theo giai đoạn bệnh (Bảng 6), tỷ lệ dương tính PD-L1 tăng theo tiến triển TNM. Ở giai đoạn IV, tỷ lệ này là 54,5% so với 40,6% ở các giai đoạn sớm hơn ($p = 0,231$). Mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê, xu hướng này cho thấy PD-L1 có thể tăng khi bệnh tiến triển, có thể do thay đổi vi môi trường u như tăng tiết các cytokine và các tín hiệu ức chế miễn dịch. Ngoài ra, nhóm không có đột biến EGFR có tỷ lệ PD-L1 dương tính cao hơn nhóm có đột biến (55,4% so với 40,6%, $p = 0,063$). Một số nghiên cứu trước đây cho rằng con đường tín hiệu qua EGFR có thể kích thích sự bộc lộ PD-L1, góp phần vào cơ chế trốn tránh miễn dịch của khối u. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây lại cho thấy điều ngược lại: biểu hiện PD-L1 có xu hướng thấp hơn ở nhóm có đột biến EGFR, gợi ý rằng hoạt hóa EGFR không đồng hành với tăng PD-L1 như giả thuyết trước đây [8]. Cuối cùng, chỉ số maxSUV trên PET/CT cũng cao hơn ở nhóm PD-L1 dương tính tại tất cả các vị trí khảo sát, tuy nhiên sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ung thư phổi biểu mô tuyến tại Bệnh viện Bạch Mai chủ yếu gặp ở nam giới, người lớn tuổi và phần lớn được phát hiện ở giai đoạn muộn. Tỷ lệ bộc lộ PD-L1 dương tính chiếm đa số, trong đó có sự liên quan có ý nghĩa thống kê với giới tính nam và tiền sử hút thuốc lá. Các đặc điểm khác như giai đoạn bệnh, vị trí khối u, vị trí và phương pháp lấy mẫu, tình trạng đột biến EGFR và chỉ số maxSUV chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa với sự bộc lộ PD-L1. Kết quả này góp phần cung cấp dữ liệu nền tại Việt Nam và làm cơ sở cho

các nghiên cứu chuyên sâu hơn trong tương lai về điều trị đích và miễn dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Minh Lanh** (2019). Nhân xét đặc điểm bộc lộ PD-L1 ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2018 – 2019. Khóa luận tốt nghiệp ngành Y Khoa, Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội.
2. **Le H, Hiep L, Hong D** (2022). Clinical and subclinical of non-small cell lung cancer stage IIIB-IVB patients with positive PD-L1. Tạp chí Y học lâm sàng, 129, 178–185.
3. **Rashed H.E., Abdelrahman A.E., Abdelgawad M., et al.** (2017). Prognostic significance of programmed cell death ligand 1 (PD-L1), CD8+ tumor-infiltrating lymphocytes and p53 in non-small cell lung cancer: an immunohistochemical study. Turk Patoloji Dergisi, 1(1), 211–222.
4. **Rodriguez-Lara V., Soca-Chafre G., Avila-Costa M.R., et al.** (2023). Role of sex and sex hormones in PD-L1 expression in NSCLC: clinical and therapeutic implications. Frontiers in Oncology, 13, 1210297.
5. **Rizvi N.A., Hellmann M.D., Snyder A., et al.** (2015). Mutational landscape determines sensitivity to PD-1 blockade in non-small cell lung cancer. Science, 348(6230), 124–128.
6. **Cha Y.J., Kim H.R., Lee C.Y., Cho B.C., Shim H.S.** (2016). Clinicopathological and prognostic significance of programmed cell death ligand-1 expression in lung adenocarcinoma and its relationship with p53 status. Lung Cancer, 97, 73–80.
7. **Munari E., Rossi G., Zamboni G., et al.** (2016). PD-L1 expression heterogeneity in non-small cell lung cancer: defining criteria for harmonization between biopsy specimens and whole sections. Journal of Thoracic Oncology, 13(8), 1113–1120.
8. **Schoenfeld A.J., Rizvi H., Bandlamudi C., et al.** (2020). Clinical and molecular correlates of PD-L1 expression in patients with lung adenocarcinomas. Annals of Oncology, 31(5), 599–608.

ĐẶC ĐIỂM DI CĂN HẠCH CỦA CÁC BỆNH NHÂN VI UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ

Trần Thị Nhật¹, Nguyễn Quang Bảy²,
Lê Quang Toàn¹, Phạm Bá Tuấn¹, Vũ Văn Lại¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Nội tiết Trung ương

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Quang Bảy

Email: quangbay70@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.6.2025

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm di căn hạch của các bệnh nhân vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện Nội tiết trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang trên 181 bệnh nhân được chẩn đoán vi ung thư biểu mô

Ngày phản biện khoa học: 17.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025