

khu vực nông thôn, nơi thường có lễ hội, đám tiệc diễn ra quanh năm nên có sự khác nhau về văn hóa ẩm thực, thói quen sinh hoạt, nghề nghiệp với các địa phương khác, điều đó ảnh hưởng đến tỷ lệ tăng huyết áp. Mặc dù có sự khác nhau về thời gian và địa điểm, song nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy tỷ lệ mắc THA tăng theo độ tuổi [2], [5].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tăng huyết áp của người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Châu Thành năm 2024 là 58,5%, trong đó đã được chẩn đoán là 85%, mới phát hiện là 15%. Tỷ lệ tăng huyết áp ở nam là 49,57%, ở nữ là 50,43%.

Tỷ lệ tăng huyết áp theo nhóm tuổi: 60 - 69 tuổi là 51,71%, 70 - 79 tuổi là 32,91% và ≥ 80 tuổi là 15,38%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Thị Vân Anh** (2018). Thực trạng tăng huyết áp và nguy cơ ngã ở người cao tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2018. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 143, trang 142-151.
2. **Đậu Đức Bảo và cộng sự** (2021). Tăng huyết

áp và mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở người cao tuổi tại huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam, 522, trang 271-275.

3. **Nguyễn Thanh Bình và cộng sự** (2015). Tình hình bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi đồng bào dân tộc Khmer, tỉnh Trà Vinh. Tạp chí Y học cộng đồng, 37, trang 9-13.
4. **Nguyễn Thanh Bình** (2017). Thực trạng bệnh Tăng huyết áp ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số biện pháp can thiệp. Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
5. **Mai Thị Mỹ Duyên** (2022). Tỷ lệ tăng huyết áp và mối liên quan với thói quen ăn uống ở người cao tuổi tại thành phố Huế. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, 5, trang 140-146.
6. **Đoàn Văn Thành** (2020). Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi tại huyện Cát Hải năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam, 503, trang 125-131.
7. **Dương Tân Thọ và cộng sự** (2019). Tình hình và đánh giá kết quả can thiệp tăng huyết áp ở người cao tuổi thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai năm 2018 - 2019. Tạp chí Y dược học Cần Thơ.
8. **Phan Thanh Thủy** (2018). Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại tỉnh Quảng Bình. Tạp chí Y học Việt Nam, 519, trang 208-212.

ĐẶC ĐIỂM HÓA MÔ MIỄN DỊCH TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ VÚ NỘI ỨNG

Lê Thị Duyên^{1,2}, Tạ Văn Tò^{1,2}, Lê Thị Uyên²

Từ khóa: Ung thư biểu mô vú nội ứng, ER, PR, HER2, Ki67

SUMMARY

IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF DUCTAL CARCINOMA IN SITU OF THE BREAST

Objective: Determine the expression rates of ER, PR, HER2, and Ki67 and correlate them with histopathological features in ductal carcinoma in situ (DCIS) at the Department of Pathology -Molecular Biology, K Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 210 cases of DCIS diagnosed on surgical specimens from 2022 to 2024. Data were analyzed using SPSS version 20.0 with Chi-square and Fisher's Exact tests; p-values less than 0.05 were considered statistically significant. **Results:** The positive expression rates of ER and PR were 61.4% and 49%, respectively, predominantly observed in DCIS lesions with low to intermediate nuclear grade, cribriform or mixed architectural patterns, and absence of comedo necrosis ($p < 0.001$). Conversely, HER2 positivity (55.2%) and high Ki-67 index (59%) were significantly associated with high-grade lesions, solid or micropapillary types, and presence of comedo necrosis ($p < 0.001$). **Conclusion:** ER, PR, HER2 and Ki-67 are statistically significantly associated with histological grade, histological type, and comedo necrosis ($p < 0.001$).

Keywords: DCIS, ER, PR, HER2, Ki-67.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ bộc lộ ER, PR, HER2, Ki67 và đối chiếu với đặc điểm mô bệnh học trong ung thư biểu mô vú nội ứng (DCIS) tại Trung tâm Giải phẫu bệnh - Sinh học phân tử, Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 210 trường hợp DCIS được chẩn đoán trên bệnh phẩm phẫu thuật từ năm 2022 đến 2024. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với các kiểm định Chi-square và Fisher's Exact Test, giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** Tỷ lệ dương tính với ER và PR lần lượt là 61,4% và 49%, chủ yếu gặp ở các tổn thương DCIS có độ mô học thấp/trung gian, tip mặt sàng, hỗn hợp và không có hoại tử trung cá ($p < 0,001$). Ngược lại, HER2 dương tính (55,2%) và Ki-67 cao (59%) có liên quan có ý nghĩa thống kê với tổn thương độ cao, tip đặc hoặc vi nhú, và có hoại tử trung cá ($p < 0,001$). **Kết luận:** ER, PR, HER2 và Ki-67 có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các đặc điểm độ mô học, tip mô học và hoại tử trung cá ($p < 0,001$).

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Duyên

Email: duyenle17041998@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư hàng đầu ở nữ giới. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư vú ở nữ giới đã trở thành loại ung thư được chẩn đoán phổ biến nhất với ước tính khoảng 2,3 triệu ca chẩn đoán mới, chiếm 11,6% tổng số ung thư nói chung và 24,5% tổng số ca mắc ung thư ở nữ giới. Tại Việt Nam, hằng năm có 24563 ca chẩn đoán mới chiếm đến 28,9% số trường hợp mới được chẩn đoán ở phụ nữ.¹

Tuy nhiên, việc phân loại và quản lý DCIS vẫn còn nhiều tranh cãi, đặc biệt trong thực hành giải phẫu bệnh. Trước đây, DCIS được phân nhóm theo hình thái cấu trúc thành 5 nhóm chính gồm: tít hoại tử trứng cá, tít sàng, nhú, vi nhú và tít đặc. Trong bản phân loại mới nhất của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2019 (WHO 2019), DCIS không còn phân theo cấu trúc, mà được chia theo độ nhân thành ba mức: thấp, trung bình và cao. Ngoài ra, hoại tử trứng cá cũng không còn được xem là một dưới tít riêng mà chỉ ghi nhận như một kiểu hoại tử.² Việc đánh giá chính xác độ mô học, đặc biệt là độ nhân và hoại tử, có ý nghĩa tiên lượng và quyết định điều trị. Các dấu ấn hóa mô miễn dịch như thụ thể estrogen (ER), progesterone (PR), HER2 và Ki-67 cũng đóng vai trò quan trọng trong phân tầng nguy cơ và lựa chọn điều trị. Việc xét nghiệm ER hiện nay được xem là tiêu chuẩn chăm sóc bắt buộc trong DCIS theo hướng dẫn NCCN. Những bệnh nhân có ER/PR dương tính đều được khuyến cáo điều trị nội tiết bổ trợ nhằm giảm nguy cơ tái phát, dù đã phẫu thuật bảo tồn hay cắt tuyến vú. HER2 cũng đã được chứng minh là yếu tố dự báo độc lập cho nguy cơ tổn thương xâm lấn kèm theo.

Tại Việt Nam, dù DCIS được phát hiện ngày càng phổ biến, vẫn còn thiếu các nghiên cứu chuyên sâu về sự bộc lộ hóa mô miễn dịch của tổn thương này. Đặc biệt, mối liên quan giữa các dấu ấn miễn dịch với đặc điểm mô bệnh học chưa được khai thác đầy đủ. Do đó tôi tiến hành nghiên cứu này với với hai mục đích: *Xác định tỷ lệ bộc lộ ER, PR, Her2, Ki67 và đối chiếu với đặc điểm mô bệnh học nhóm nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu bao gồm 210 bệnh nhân nữ được chẩn đoán ung thư biểu mô vú nội ống (DCIS) trên bệnh phẩm phẫu thuật tại Trung tâm Giải phẫu bệnh - Sinh học phân tử, Bệnh viện K từ tháng 1/2022 đến 12/2024, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, bệnh phẩm vú sau phẫu thuật, tất cả được

nhuộm hóa mô miễn dịch với ER, PR, Her2, Ki67.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang; khai thác hồ sơ, bệnh án; đọc và phân loại các bệnh phẩm theo phân loại về DCIS của WHO năm 2019.² Độ mô học được chia thành 3 độ: độ thấp, độ cao, độ trung gian. Hình thái cấu trúc thành 5 nhóm chính gồm tít đặc, tít mặt sàng, tít vi nhú, tít nhú và tít hỗn hợp. Hoại tử trứng cá được xét như một đặc điểm hoại tử thay vì một dưới tít riêng biệt. DCIS được xếp vào tít hỗn hợp khi kiểu tăng sinh chủ đạo chiếm dưới 90% của tổn thương tại chỗ.³

- Đánh giá kết quả HMMD:

+ ER, PR: Theo hướng dẫn của ASCO/CAP, ER, PR dương tính khi $\geq 1\%$ nhân tế bào u bắt màu.

+ HER2: Theo hướng dẫn của ASCO/CAP 2018, HER2 0 khi hoàn toàn không bắt màu hoặc bắt màu mờ nhạt không hoàn toàn $<10\%$ tế bào u, HER2 1+ khi màng bào tương bắt màu mờ nhạt không hoàn toàn $>10\%$ tế bào u; HER2 2+ khi toàn bộ màng bào tương bắt màu yếu - trung bình $>10\%$ tế bào u, HER2 3+ khi bào tương bắt màu toàn bộ với cường độ mạnh được quan sát thấy trên 10% các tế bào u (IHC 0 và 1+ được coi là âm tính, 2+ là không xác định, 3+ được coi là dương tính).

+ Ki-67: Ki-67 dương tính khi có bất kỳ nhân tế bào u bắt màu. Theo hội nghị đồng thuận tại Saint Gallen năm 2015, chỉ số Ki67 được chia thành 2 mức độ: thấp $<20\%$, cao: $\geq 20\%$

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các test Chi-square, Fisher's Exact Test được sử dụng. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mô bệnh học ung thư biểu mô vú nội ống theo phân loại Tổ chức Y tế thế giới 2019. 210 bệnh nhân trong nghiên cứu có đặc điểm mô bệnh học sau:

Bảng 3.1: Đặc điểm mô bệnh học ung thư biểu mô vú nội ống của các đối tượng nghiên cứu

Giá trị	Đặc điểm	Số trường hợp	%
Độ mô học	Thấp	35	16,7
	Trung gian	55	26,2
	Cao	120	57,1
Tít mô học	Tít đặc	60	28,6
	Tít mặt sàng	32	15,2
	Tít vi nhú	17	8,1
	Tít nhú	10	4,8
	Tít hỗn hợp	91	43,3
Hoại tử trứng cá	Có	117	55,7
	Không	93	44,3

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi ở 210 trường hợp DCIS thấy nhóm có độ mô học cao chiếm tỷ lệ lớn nhất (57,1%), tiếp theo là độ trung gian (26,2%) và thấp (16,7%). Về hình thái mô học, típ hỗn hợp chiếm 43,3%, típ đặc 28,6%, mặt sàng 15,2%, vi nhú 8,1% và nhú 4,8%. Hoại tử trứng cá gặp ở 55,7% trường hợp.

3.2 Xác định mối liên quan giữa tỷ lệ bộc lộ ER, PR, Her2, Ki67 và đặc điểm mô bệnh học nhóm nghiên cứu.

Bảng 3.2: Tỷ lệ bộc lộ các dấu ấn HMMD ER, PR, Her2, Ki67

Sự bộc lộ các dấu ấn HMMD	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
ER	Dương tính	129
	Âm tính	81
PR	Dương tính	103
	Âm tính	107
HER2	Dương tính	117
	Âm tính	70
	Không xác định	24
Ki-67	Cao	124
	Thấp	86

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dấu ấn ER và PR dương tính lần lượt ở 61,4% và 49%, trong khi HER2 dương tính chiếm 55,2% và Ki-67 cao gặp ở 59% trường hợp.

Bảng 3.3: Đối chiếu sự bộc lộ giữa ER và các đặc điểm mô bệnh học

Giá trị		ER (n,%)		p-value
		Dương tính	Âm tính	
Độ mô học	Thấp	32 (91,4)	3 (8,6)	< 0,001*
	Trung bình	43 (78,2)	12 (21,8)	
	Cao	54 (45)	66 (55)	
Típ mô học	Đặc	19 (31,7)	41 (68,3)	< 0,001*
	Mặt sàng	25 (78,1)	7 (21,9)	
	Vi nhú	12 (70,6)	5 (29,4)	
	Nhú	9 (90)	1 (10)	
Hoại tử trứng cá	Hỗn hợp	64 (70,3)	27 (29,7)	<
	Có	59 (50,4)	58 (49,6)	

Bảng 3.5: Đối chiếu sự bộc lộ giữa HER2 và các đặc điểm mô bệnh học

Giá trị		HER2 (n,%)			p-value
		Dương tính	Âm tính	Không xác định	
Độ mô học	Thấp	4 (11,4)	26 (74,3)	5 (14,3)	<0,001*
	Trung gian	19 (34,5)	29 (52,7)	7 (12,7)	
	Cao	93 (77,5)	15 (12,5)	12 (10)	
Típ mô học	Đặc	47 (78,3)	6 (10)	7 (11,7)	<0,001**
	Mặt sàng	9 (28,1)	20 (62,5)	3 (9,4)	
	Vi nhú	13 (76,5)	4 (23,5)	0 (0)	
	Nhú	2 (20)	6 (60)	2 (20)	
Hoại tử trứng cá	Hỗn hợp	45 (49,5)	34 (37,4)	12 (13,2)	<0,001*
	Có	90 (77,6)	16 (22,9)	11 (45,8)	
	Không	26 (22,4)	54 (77,1)	13 (54,2)	

*: Kiểm định Chi-square; **: Kiểm định Fisher's Exact test

trứng cá	Không	70 (75,3)	23 (24,7)	0,001*
----------	-------	-----------	-----------	--------

*: Kiểm định Chi-square

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu ấn ER dương tính chiếm đa số ở DCIS độ thấp (91,4%) và trung bình (78,2%), trong khi ER âm tính gặp nhiều ở độ cao (55%). Về típ mô học, ER âm tính phổ biến ở típ đặc (68,3%), còn ER dương tính chủ yếu ở típ hỗn hợp (70,3%) và mặt sàng (78,1%). Hoại tử trứng cá ghi nhận nhiều hơn ở nhóm ER âm tính (49,6%) so với dương tính (50,4%), với khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.4: Đối chiếu sự bộc lộ giữa PR và các đặc điểm mô bệnh học

Giá trị		PR (n,%)		p-value
		Dương tính	Âm tính	
Độ mô học	Thấp	30 (85,7)	5 (14,3)	< 0,001*
	Trung gian	39 (70,9)	16 (29,1)	
	Cao	34 (28,3)	86 (71,7)	
Típ mô học	Đặc	13 (21,7)	47 (78,3)	< 0,001*
	Mặt sàng	25 (78,1)	7 (21,9)	
	Vi nhú	7 (41,2)	10 (58,8)	
	Nhú	8 (80)	2 (20)	
Hoại tử trứng cá	Hỗn hợp	50 (54,9)	41 (45,1)	<
	Có	42 (35,9)	75 (64,1)	
	Không	61 (64,1)	32 (34,4)	0,001*

*: Kiểm định Chi-square

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dấu ấn PR dương tính gặp nhiều ở DCIS độ thấp (85,7%) và trung gian (70,9%), trong khi PR âm tính chiếm ưu thế ở độ cao (71,7%). Về típ mô học, PR âm tính tập trung ở típ đặc (76,7%), còn PR dương tính phổ biến ở típ hỗn hợp (54,9%) và mặt sàng (78,1%). Hoại tử trứng cá ghi nhận nhiều hơn ở nhóm PR âm tính (65%) so với nhóm dương tính (35%). Các khác biệt đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), cho thấy PR liên quan chặt chẽ với đặc điểm mô bệnh học DCIS.

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dấu ấn HER2 dương tính chủ yếu gặp ở các tổn thương DCIS độ cao (77,5%), trong khi HER2 âm tính phân bố nhiều hơn ở độ mô học thấp (74,3%) và trung gian (52,7%). Về típ mô học, HER2 dương tính có xu hướng liên quan đến các típ đặc (78,3%), vi nhú (76,5%) và hỗn hợp (49,5%), trong khi HER2 âm tính tập trung ở típ mặt sàng (62,5%) và nhú (60%). Ngoài ra, hoại tử trứng cá ghi nhận tỷ lệ HER2 dương tính cao hơn đáng kể (77,6%) so với nhóm âm tính (22,4%). Tất cả các mối liên quan đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.6: Đối chiếu sự bộc lộ giữa Ki-67 và các đặc điểm mô bệnh học

Giá trị		Ki-67 (n,%)		p-value
		Cao ($\geq 20\%$)	Thấp ($< 20\%$)	
Độ mô học	Thấp	8 (22,9)	27 (77,1)	< 0,001*
	Trung gian	21 (38,2)	34 (61,8)	
	Cao	95 (79,2)	25 (20,8)	
Típ mô học	Đặc	45 (75)	15 (25)	< 0,001*
	Mặt sàng	13 (40,6)	19 (59,4)	
	Vi nhú	12 (70,6)	5 (29,4)	
	Nhú	4 (40)	6 (60)	
	Hỗn hợp	50 (54,9)	41 (45,1)	
Hoại tử trứng cá	Có	91 (77,8)	26 (22,2)	< 0,001*
	Không	33 (35,5)	60 (64,5)	

*: Kiểm định Chi-square

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ Ki-67 có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các đặc điểm mô bệnh học ($p < 0,001$). Tỷ lệ Ki-67 cao chiếm ưu thế ở nhóm DCIS độ mô học cao (79,2%) và típ đặc (75%), vi nhú (70,6%) và hỗn hợp (54,9%). Ngoài ra, hoại tử trứng cá cũng ghi nhận tỷ lệ Ki-67 cao cao hơn rõ rệt (77,8%) so với nhóm không có hoại tử (35,5%).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô vú nội ống (DCIS) là tổn thương tân sinh tại chỗ của biểu mô ống tuyến vú, được xem là giai đoạn tiền xâm nhập với nguy cơ tái phát và tiến triển khác nhau tùy theo đặc điểm mô học và sinh học phân tử. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành ở 210 trường hợp DCIS tại trung tâm Giải phẫu bệnh- Sinh học phân tử, bệnh viện K với các dấu ấn hóa mô miễn dịch (ER, PR, HER2, Ki-67) cho thấy sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ bộc lộ với các đặc điểm mô bệnh học, phản ánh mối liên quan chặt chẽ giữa đặc điểm hình thái mô học và sinh học phân tử của tổn thương. Dấu ấn ER dương tính được ghi nhận ở 61,4% tổng số trường hợp, với xu hướng giảm dần theo độ mô học: từ 91,4% ở nhóm độ thấp xuống 78,2% và 45% ở nhóm độ

trung gian và độ thấp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tương tự, dấu ấn PR dương tính ở 49% trường hợp và cũng giảm từ 85,7% xuống 70,9% và 28,3% tương ứng với ba nhóm độ mô học ($p < 0,001$). Tỷ lệ bộc lộ ER, PR ở nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Borgquist và cộng sự (2015) với tỷ lệ ER, PR lần lượt là 77,3% và 52,1%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Kim et al. (2016) tại Hàn Quốc với tỷ lệ ER dương tính chiếm 90% ở DCIS độ thấp, 80% ở độ trung gian và, 55% ở độ cao.⁴ Điều này nhấn mạnh rằng sự bộc lộ của các dấu ấn ER và PR có xu hướng giảm theo độ mô học, phản ánh tính ác tính gia tăng và khả năng đáp ứng hormon giảm dần ở nhóm độ cao. Xét về típ mô học, biểu hiện ER/PR cao hơn thấy rõ ở các típ mặt sàng và hỗn hợp (ER: 78,1% và 70,3%; PR: 78,1% và 54,9%), trong khi típ đặc - thường liên quan đến tổn thương mô học độ cao lại có tỷ lệ ER và PR thấp hơn rõ rệt (ER: 31,7%; PR: 21,7%). Ngoài ra, mối liên quan giữa hoại tử trứng cá và biểu hiện ER/PR cũng rất đáng lưu ý. Tỷ lệ ER và PR dương tính đều thấp hơn đáng kể ở nhóm có hoại tử trứng cá (ER: 50,4%; PR: 35,9%) so với nhóm không hoại tử (ER: 75,3%; PR: 64,1%), với $p < 0,001$. Kết quả này củng cố thêm giả thuyết rằng hoại tử trứng cá là một yếu tố liên quan đến đặc tính sinh học ác tính hơn, thường gặp ở nhóm DCIS có biểu hiện hormone âm tính.⁴

Tỷ lệ HER2 dương tính chiếm 55,7%, nổi bật ở nhóm độ mô học cao với 77,5%, so với ở độ thấp và độ trung gian với sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu trước đây của Yang và cộng sự cũng như Akrida và cộng sự, hầu hết các khối u dương tính với HER2 là độ cao.^{5,6} Ngoài ra, tỷ lệ HER2 dương tính cao nhất ghi nhận ở nhóm vi nhú (76,5%), đặc (78,3%), trong khi thấp hơn đáng kể ở nhóm nhú (20%) và mặt sàng (28,1%). Điều này tương đồng với nghiên cứu Sathvik và cộng sự (2024) trong đó các kiểu mô học đặc và vi nhú có xu hướng liên quan đến nguy cơ tái phát cao và thường đồng xuất hiện với các đặc điểm sinh học nguy cơ cao như HER2 dương tính.⁷ Về đặc điểm hoại tử, tỷ lệ HER2 dương tính cao hơn rõ rệt ở nhóm có hoại tử trứng cá (77,6%) so với nhóm không có hoại tử (22,4%) ($p < 0,001$), củng cố vai trò của HER2 như một dấu ấn sinh học liên quan đến các tổn thương DCIS có đặc tính ác tính hơn. Tỷ lệ HER2 dương tính ở nhóm có hoại tử trứng cá là 77,6%, cao hơn đáng kể so với nhóm không có hoại tử trứng cá. Điều này củng cố giả thiết rằng, các tổn thương DCIS có hoại tử trứng cá

thường là các tổn thương có đặc điểm mô học tiến triển, liên quan đến tăng sinh tế bào, bộc lộ HER2 cao hơn và nguy cơ xâm nhập lớn hơn. Riêng nhóm HER2 IHC2+, chiếm 11,4%, phân bố rải rác giữa các nhóm độ mô học. Dù không được khẳng định bằng FISH trong nghiên cứu này, nhóm không xác định có thể ảnh hưởng đến đánh giá phân tầng nguy cơ nếu không được làm rõ bằng kỹ thuật bổ sung. HER2 dương tính trong DCIS không chỉ phản ánh đặc điểm sinh học ác tính hơn mà còn gợi ý nguy cơ tái phát cao, đặc biệt là tái phát tại chỗ sau phẫu thuật bảo tồn. Mặc dù hiện tại chưa có hướng dẫn chuẩn hóa việc sử dụng liệu pháp kháng HER2 trong DCIS, song các nghiên cứu lâm sàng gần đây đang xem xét vai trò của Trastuzumab như một liệu pháp bổ trợ tiềm năng ở nhóm nguy cơ cao.

Chỉ số tăng sinh Ki-67, khi chia theo ngưỡng 20% (phân nhóm cao/thấp), cho thấy sự khác biệt rõ rệt: nhóm DCIS độ cao có tỷ lệ Ki-67 cao lên tới 79,2%, so với 38,2% ở độ trung gian và chỉ 22,9% ở độ thấp ($p < 0,001$). Mỗi liên quan giữa Ki-67 cao với nhóm độ cao đã được khẳng định trong nhiều nghiên cứu gần đây, được xem là một yếu tố nguy cơ độc lập trong DCIS. Việc sử dụng Ki-67 giúp hỗ trợ thêm trong phân tầng DCIS nguy cơ cao, đặc biệt ở nhóm tổn thương hormone âm tính.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 210 trường hợp DCIS cho thấy ER dương tính chiếm 61,4% và PR dương tính 49%, giảm rõ theo độ mô học,

đặc biệt thấp ở nhóm độ cao (ER 45%, PR 28,3%). HER2 dương tính ghi nhận ở 55,7% trường hợp, nổi bật ở nhóm độ cao (77,5%) và liên quan chặt chẽ với hoại tử trứng cá (77,6%). Ki-67 cao ($\geq 20\%$) gặp ở 79,2% DCIS độ cao so với 22,9% ở độ thấp. ER, PR, HER2 và Ki-67 có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các đặc điểm mô bệnh học ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2022;2.
2. Tan PH, Ellis I, Allison K, et al. The 2019 World Health Organization classification of tumours of the breast. *Histopathology*. 2020
3. Scripcaru G, Zardawi IM. Mammary ductal carcinoma in situ: a fresh look at architectural patterns. *Int J Surg Oncol*. 2012;2012:979521.
4. Kim JY, Park K, Kang G, Kim HJ, Gwak G, Shin YJ. Predictors of recurrent ductal carcinoma in situ after breast-conserving surgery. *J Breast Cancer*. 2016;19(2):185–190.
5. Yang L, Shen M, Qiu Y, Tang T, Bu H. Molecular subtyping reveals uniqueness of prognosis in breast ductal carcinoma in situ patients with lumpectomy. *The Breast*. 2022;64:1–6.
6. Barnes NLP, Boland GP, Davenport A, Knox WF, Bundred NJ. Relationship between hormone receptor status and tumour size, grade and comedo necrosis in ductal carcinoma in situ. *Br J Surg*. 2005
7. Sathvik G, V P, Joseph LD, Challa CB. Spectrum of ductal carcinoma in situ (DCIS) lesions of the breast: From morphology to molecular characteristics. *Cureus*. 2024;16(9): e69929.

ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU Ở TRẺ SINH NON DƯỚI 32 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Trương Thị Ngọc Phú², Nguyễn Phan Minh Nhật¹,
Phạm Bảo Châu², Nguyễn Thị Kim Nhi², Nguyễn Thu Tịnh¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Trẻ sinh non < 32 tuần có nguy cơ thiếu máu do dự trữ sắt kém vì giảm nguồn cung trong 3 tháng cuối thai kỳ từ mẹ, nồng độ erythropoietin thấp, nhiễm khuẩn, bệnh lý đi kèm cần lấy máu xét nghiệm, Đánh giá được yếu tố liên quan

và biểu hiện sớm của thiếu máu trên lâm sàng ở trẻ sinh non giúp điều trị kịp thời và hiệu quả, tránh những biến chứng do thiếu máu nặng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ sơ sinh non tháng < 32 tuần được chẩn đoán thiếu máu tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, các trẻ sinh non dưới 32 tuần được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** Có 32 trẻ sinh non < 32 tuần nhập bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2022 đến 31/07/2024 thỏa chẩn đoán thiếu máu với Hct < 35%. Tuổi thai trung bình $28,2 \pm 1,5$ tuần, với 34,4% trẻ có tuổi thai < 28 tuần. Cân nặng lúc sinh trung bình là $1203,4 \pm 286,8$ gram. Thể tích máu lấy làm xét nghiệm trước khi ghi nhận thiếu máu là $9,67 \pm 4,12$

¹Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Tịnh

Email: tinhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025