

- esophagectomy. Dis Esophagus. 2020. Epub ahead of print. doi:10.1093/dote/daaa999.
4. **Gong L, Yue J, Duan X, Jiang H, Zhang H, et al.** Comparison of therapeutic effects of ESD and minimally invasive esophagectomy for T1 stage esophageal carcinoma. Thorac Cancer. 2019; 10(10):2161-2167. doi:10.1111/1759-7714.13194.
  5. **Wang CY, Chen BH, Lee CH, Le PH, Tsou YK, et al.** cT1N0M0 esophageal squamous cell carcinoma invading muscularis mucosa or submucosa: results of ESD versus esophagectomy. Cancers (Basel). 2022;14(2):424. doi:10.3390/cancers14020424.
  6. **Lee HD, Chung H, Kwak Y, Choi J, Lee A, et al.** Endoscopic submucosal dissection versus surgery for superficial esophageal squamous cell carcinoma: a propensity score-matched survival analysis. Clin Transl Gastroenterol. 2020;11(5): e00193. doi:10.14309/ctg.000000000000193.
  7. **Liu W, Yu Z.** Clinical characteristics and prognosis of synchronous multiple primary esophageal squamous cell carcinoma: a retrospective study. Dis Esophagus. 2024;37(Suppl 1): doae057.390. doi:10.1093/dote/daoe057.390.
  8. **Tsai PC, Ting YC, Hsu PK, Hung JJ, Huang CS, et al.** Overall survival for esophageal SCC with multiple primary cancers after curative esophagectomy. Cancers (Basel). 2022;14(21):5263. doi:10.3390/cancers14215263.
  9. **Xu Y, Zhao L, Shi A, Chen C, Cao J, et al.** Radiotherapy improves survival in patients with lymphovascular invasion in pT1b esophageal squamous cell carcinoma after ESD. Am J Gastroenterol. 2023;118(8):1344-1352. doi:10.14309/ajg.0000000000002257.
  10. **Wang S, Chen X, Wang A.** Lymph node metastasis pattern in thoracic superficial esophageal squamous cell carcinoma. Dis Esophagus. 2018;31(Suppl 1):93-94. doi:10.1093/dote/doy089.

## KHẢO SÁT BIỂU HIỆN TILs TRONG CARCINÔM PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Hà Kiều Trang<sup>1</sup>, Trần Thị Thanh Loan<sup>1</sup>, Đặng Hoàng Minh<sup>1</sup>,  
Lý Thanh Thiện<sup>1</sup>, Phan Đặng Anh Thư<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) là loại ung thư phổ biến với tỷ lệ tử vong cao. Vai trò tiên lượng của tế bào lympho xâm nhập khối u (TILs) trong UTPKTBN vẫn còn gây tranh cãi trên thế giới và chưa được nghiên cứu tại Việt Nam. Mục tiêu của nghiên cứu này là khảo sát tỷ lệ thâm nhập TILs trong UTPKTBN và đánh giá mối tương quan với các đặc điểm lâm sàng bệnh học. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 117 trường hợp bệnh nhân nhân được chẩn đoán xác định carcinôm phổi không tế bào nhỏ nguyên phát tại Bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM và Bộ môn Mô phổi - Giải phẫu bệnh Đại học y dược TPHCM trong khoảng thời gian từ 01/01/2015 đến 01/01/2024. Đánh giá TILs dựa vào hướng dẫn đánh giá TILs ở khối u đặc của Nhóm công tác Quốc tế về TILs (International TILs Working Group). **Kết quả và bàn luận:** Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện TILs dương tính ( $\geq 11\%$ ) là 29,1%. Nghiên cứu ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa biểu hiện TILs với kích thước khối u nhỏ hơn ( $p = 0,013$ ), độ mô học trung bình (độ 2) ( $p = 0,005$ ), và tình trạng không hoại tử u ( $p = 0,025$ ). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa biểu hiện TILs với tuổi, giới, giai đoạn bệnh, hay loại mô học. **Kết luận:** Sự thâm nhập của lympho bào là một thành phần

quan trọng trong môi trường vi mô của UTPKTBN, có liên quan đến các đặc điểm sinh học của khối u như kích thước, độ biệt hóa và hoại tử. Phát hiện này gợi ý vai trò tiềm tàng của TILs như một yếu tố tiên lượng, nhấn mạnh sự cần thiết của các nghiên cứu sâu hơn để làm rõ vai trò của các phân nhóm lympho bào cụ thể, nhằm tối ưu hóa liệu pháp miễn dịch cho bệnh nhân ung thư phổi tại Việt Nam. **Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, Ung thư phổi, Tế bào lympho xâm nhập khối u, TILs, Tiên lượng.

### SUMMARY

#### A STUDY OF TILs EXPRESSION IN NON-SMALL CELL LUNG CARCINOMA

**Introduction:** Non-small cell lung cancer (NSCLC) is a common type of cancer with a high mortality rate. The prognostic role of tumor-infiltrating lymphocytes (TILs) in NSCLC remains controversial globally and has not yet been studied in Vietnam. The objective of this study was to survey the infiltration rate of TILs in NSCLC and evaluate its correlation with clinicopathological features. **Methods:** Cross-sectional description of 117 cases of patients diagnosed with primary non-small cell lung carcinoma at the University of Medicine and Pharmacy Hospital, Ho Chi Minh City and the Department of Embryology - Pathology, University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh City, between January 1, 2015 and January 1, 2024. TILs were assessed based on the guidelines for assessing TILs in solid tumors of the International Working Group on TILs. **Results:** The rate of patients with positive TILs expression ( $\geq 11\%$ ) was 29.1%. The study found a statistically significant correlation

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đặng Anh Thư

Email: phandanganhthu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

between TILs expression and smaller tumor size ( $p = 0.013$ ), intermediate histological grade (grade 2) ( $p = 0.005$ ), and the absence of tumor necrosis ( $p = 0.025$ ). No significant association was found between TILs expression and age, sex, disease stage, or histological type. **Conclusion:** Lymphocyte infiltration is an important component of the NSCLC microenvironment, associated with tumor biological characteristics such as size, differentiation, and necrosis. This finding suggests the potential role of TILs as a prognostic factor, highlighting the need for further research to clarify the role of specific lymphocyte subpopulations to optimize immunotherapy for lung cancer patients in Vietnam.

**Keywords:** Non-small cell lung cancer, Lung cancer, Tumor-infiltrating lymphocytes, TILs, Prognosis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm 80-85% các ca ung thư phổi và có tiên lượng xấu do tỷ lệ tử vong cao [1]. Mặc dù ý nghĩa tiên lượng thuận lợi của TILs đã được báo cáo ở nhiều loại khối u đặc ở người, tuy nhiên vai trò của TILs trong ung thư phổi không tế bào nhỏ vẫn còn gây tranh cãi [2][3]. Một số tác giả báo cáo rằng sự hiện diện của TILs không mang lại lợi ích trong tiên lượng sống, trong khi các tác giả khác lại đưa ra kết luận ngược lại [2][3]. Nghiên cứu thực hiện nhằm khảo sát tỷ lệ biểu hiện TILs, mối tương quan với các biến số lâm sàng bệnh học và đánh giá ý nghĩa tiên lượng tiềm tàng của các yếu tố này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

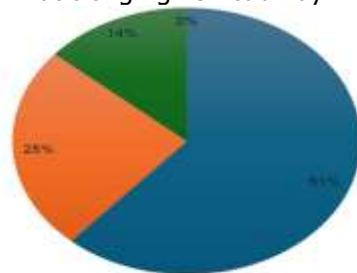
Nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân được chẩn đoán xác định carcinôm phổi không tế bào nhỏ nguyên phát tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh và Bộ môn Mô phổi – Giải phẫu bệnh, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trong giai đoạn từ 01/01/2015 đến 01/01/2024 với tổng cộng 117 trường hợp. Các trường hợp được lựa chọn bao gồm bệnh nhân ung thư phổi nguyên phát đã phẫu thuật và được chẩn đoán mô học là carcinôm phổi không tế bào nhỏ. Các biến số nghiên cứu bao gồm biểu hiện của tế bào lympho thâm nhiễm u (Tumor-Infiltrating Lymphocytes – TILs) được đánh giá định tính theo hai mức: dương tính khi  $\geq 11\%$  và âm tính khi  $< 11\%$ , và mức độ TILs được định lượng theo tỷ lệ phần trăm tế bào lympho thâm nhiễm trên tiêu bản H&E, dựa vào hướng dẫn của International TILs Working Group, chia thành bốn mức: (1) vắng mặt, (2)  $\leq 10\%$ , (3) 11–50% và (4)  $> 50\%$ . Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y Sinh học – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh phê duyệt theo Quyết định số 3078/ĐHYD-HĐĐĐ ký ngày 22/10/2024.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân là  $64,3 \pm 10,4$ ; trong đó tuổi mắc bệnh cao nhất là 86 tuổi, thấp nhất là 27 tuổi. Đa số bệnh nhân trên 50 tuổi (92%), nhóm tuổi 61-70 và  $\geq 70$  chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 37,6% và 27,9%. Nam giới chiếm tỷ lệ 51,3% (60/117 trường hợp), cao hơn nữ giới với 48,7% (57/117 trường hợp). Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam : nữ là 1,05:1.

Tổn thương nguyên phát ở bên phổi phải gặp nhiều hơn phổi trái, tỷ lệ phải : trái là 1,78. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn I với tỷ lệ 61% (72/117 trường hợp).

Trong tổng số các mẫu UTPKTBN, carcinôm tuyến chiếm nói chung chiếm tỷ lệ cao nhất với 81,2% (95/117 trường hợp). Carcinôm tế bào gai đứng ở vị trí thứ hai với tỷ lệ 10,3% (12 trường hợp). Có 6 trường hợp loại mô học được xếp vào loại "Khác" bao gồm 4 trường hợp carcinôm đa dạng và 1 trường hợp carcinôm nhầy bì và 1 trường hợp sarcomatoid carcinoma. Trong nhóm carcinôm tuyến, phân nhóm carcinôm tuyến không tiết nhầy chiếm đa số với 90/95 trường hợp (tỷ lệ là 94,7%). Phân nhóm thành phần carcinôm tuyến không tiết nhầy, dạng túi tuyến là phân nhóm chiếm ưu thế nhất với 40 trường hợp, chiếm tỷ lệ 44,5%. Dạng vi nhú và dạng nhú ít gặp hơn, với dạng nhú là phân nhóm ít phổ biến nhất trong nghiên cứu này.



■ Giai đoạn I ■ Giai đoạn II ■ Giai đoạn III ■ Giai đoạn IV

### Biểu đồ 1. Tỷ lệ các giai đoạn bệnh

Trong tổng số 117 bệnh nhân, 29,1% (34 trường hợp) có biểu hiện TILs dương tính ( $\geq 11\%$ ). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biểu hiện TILs với tuổi ( $p=0,586$ ), giới tính ( $p=0,162$ ), vị trí tổn thương và giai đoạn bệnh ( $p=0,513$ ). Tuy nhiên, nghiên cứu ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biểu hiện TILs với kích thước khối u nhỏ hơn ( $p=0,013$ ), độ mô học trung bình (độ 2) ( $p=0,005$ ), và không hoại tử u ( $p=0,025$ ). Mặc dù tỷ lệ TILs dương tính dao động giữa các loại mô học, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,276$ ).

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của bệnh nhân với biểu hiện của TILs**

Đặc điểm		TILs (≥11%)		P
		Âm tính	Dương tính	
Tuổi	<50	5	3	0,586
	≥50	78	31	
Giới tính	Nam	46	14	0,162
	Nữ	37	20	
Bên phổi tổn thương	Phải	49	26	0,074
	Trái	34	8	
Giai đoạn bệnh	I	48	24	0,513
	II	23	6	
	III	12	4	
Kích thước u	≤3	39	26	0,013
	>3-≤5	35	7	
	>5	9	1	
Hình thái mô học	Carcinôm gai – tuyến	1	2	0,276
	Carcinôm tế bào gai	9	3	
	Carcinôm tuyến	66	29	
	Khác	7	0	
Độ mô học	1	4	1	0,005
	2	28	22	
	3	51	10	
Xâm lấn mạch máu	Có	11	1	0,095
	Không	72	33	
Xâm lấn thần kinh	Có	4	0	0,193
	Không	79	34	
Xâm lấn màng phổi tạng	Có	25	7	0,184
	Không	58	27	
Lan tràn qua đường dẫn khí	Có	24	10	0,639
	Không	59	24	
Hoại tử u	Có	30	6	0,025
	Không	53	28	

Kiểm định Chi bình phương được sử dụng, phương pháp hồi qui logistic được dùng để tính tỉ số số chênh (OR viết tắt của Odds Ratio) và khoảng tin cậy 95% của OR. Giá trị p < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

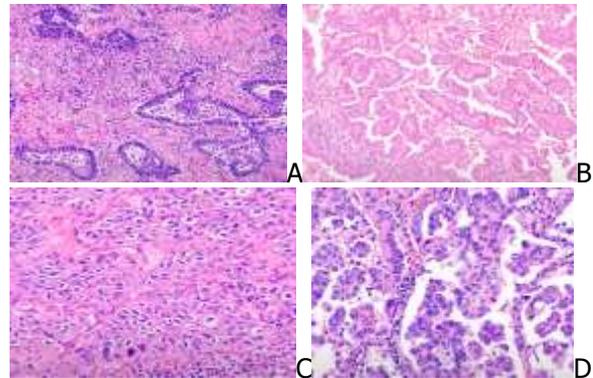
**IV. BÀN LUẬN**

Trong tổng số 117 bệnh nhân nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 64,3 ± 10,4, trong đó tuổi mắc bệnh cao nhất là 86 tuổi, thấp nhất là 27 tuổi. Đa số bệnh nhân trên 50 tuổi (92%), nhóm tuổi 61-70 và ≥ 70 chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 37,6% và 27,9%. Kết quả này tương ứng với một số nghiên cứu trong nước về UTPKTBN. Tạ Bá Thắng và cộng sự (2012) [4], cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân tương ứng là 60,2 ±

16,9. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu trên thế giới như của Wu C.F. và cs (2015) [5] với độ tuổi mắc bệnh trung bình là 62,8. Một nghiên cứu khác của tác giả Mariam Gachechiladzea và cs (2019) [6] cũng cho thấy độ tuổi mắc bệnh trung bình là 63.

Về giới tính, nam giới chiếm tỷ lệ 51,3% (60/117 trường hợp), cao hơn nữ giới với 48,7% (57/117 trường hợp). Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam : nữ là 1,05:1. Kết quả này phù hợp với đa số các nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới [4][7]. Nam giới thường hơn nữ giới về số ca mắc ung thư phổi, có lẽ là do thói quen hút thuốc lá, là một tác nhân quan trọng gây ung thư phổi đã được chứng minh. Tuy nhiên tỉ lệ ngày càng thu hẹp, có thể do thay đổi thói quen, môi trường sống cũng như thành phần hút thuốc lá hiện nay.

Chúng tôi ghi nhận tổn thương phổi ở bên phải gặp nhiều hơn bên trái với tỷ lệ lần lượt là 64,1% và 35,9%. Kết quả này tương ứng với nghiên cứu của Wang (2020) khi phổi bên phải gặp nhiều hơn với tỷ lệ là 54,3% [8]. Điều này có thể được giải thích do cấu tạo giải phẫu, phổi phải thể tích lớn hơn phổi trái, cùng với đó phế quản gốc bên phải thẳng và ngắn hơn bên trái nên các tác nhân gây ung thư xâm nhập từ ngoài theo đường hô hấp vào phổi bên phải nhiều hơn.



**Hình 1. A. Carcinôm tuyến dạng túi tuyến (HE, 200X) B. Carcinôm tuyến dạng nhú (HE, 200X) C. Carcinôm tuyến dạng đặc (HE, 400X, mã số) D. Carcinôm tuyến dạng vi nhú (HE, 400X)**

Về giai đoạn bệnh, trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu bệnh nhân thuộc giai đoạn I-II với gần 86%, trong đó giai đoạn I gặp nhiều nhất với tỷ lệ 61% (72/117 trường hợp). Theo phân loại mô học ung thư phổi của WHO năm 2021, chúng tôi ghi nhận carcinôm tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất với 81,2% (95/117 trường hợp). Nhóm tuyến chiếm ưu thế phù hợp với các

nghiên cứu trong nước và trên thế giới. Mariam Gachechiladzea (2019) [6] và Ruffini (2009) [9] khi khảo sát trên dân số ung thư phổi tại Cộng

Hòa Séc và Ý cũng kết luận ung thư phổi biểu mô tuyến thường gặp nhất, với tỷ lệ tương ứng là 40,6% và 27%.

**Bảng 2. So sánh tỷ lệ biểu hiện TILs với các nghiên cứu trước**

Tác giả (Năm)	Quốc gia	Bệnh phẩm	Ngưỡng cắt	Tỷ lệ TILs cao (%)
Tokito và cs (2016) [10]	Nhật Bản	PT	Mật độ CD8+ cao	47%
Ruffini và cs (2009) [9]	Ý	PT	TILs >20%	23%
Mariam Gachechiladzea và cs (2019) [6]	Cộng hòa Séc	PT và TMA	TILs >1%	93,4%
Nghiên cứu của chúng tôi	Việt Nam	PT	TILs ≥11%	29,1%

Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) có biểu hiện TILs dương tính (TILs ≥11%) là 29,1%. Tỷ lệ 29,1% của chúng tôi có sự tương đồng đáng kể với một số nghiên cứu lớn. Cụ thể, nghiên cứu của Ruffini và cộng sự (2009) tại Ý (với ngưỡng cắt TILs >20%) trên các mẫu phẫu thuật đã báo cáo tỷ lệ thâm nhiễm lympho bào là 23% [9]. Một nghiên cứu khác của tác giả Tokito và cộng sự (2016) tại Nhật Bản ghi nhận tỷ lệ TILs dựa vào nhuộm dấu ấn hóa mô miễn dịch CD8 là 47% [10]. Trong khi đó Mariam Gachechiladzea (2019) tại Cộng hòa Séc (với ngưỡng cắt TILs >1%) ghi nhận tỷ lệ thâm nhiễm lympho bào mức độ cao là 93,4% [6]. Các nghiên cứu cho thấy một sự biến thiên rất lớn trong tỷ lệ TILs, từ 25,6% đến 93,4%. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi các yếu tố chính sau: Các yếu tố như đặc điểm di truyền của quần thể, tỷ lệ hút thuốc lá, sự đa dạng của hệ kháng nguyên bạch cầu người (HLA), và thậm chí cả hệ vi sinh vật đường hô hấp đều có thể góp phần định hình tính sinh miễn dịch của khối u. Về mặt phương pháp nghiên cứu, việc sử dụng các ngưỡng cắt khác nhau, đánh giá trên các loại mẫu bệnh phẩm khác nhau (mảnh sinh thiết nhỏ so với toàn bộ khối u phẫu thuật) và sự không đồng nhất trong diễn giải của các nhà giải phẫu bệnh là những thách thức lớn trong việc so sánh trực tiếp các nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê ( $p=0,013$ ) giữa kích thước khối u và biểu hiện TILs. Cụ thể, các khối u có kích thước nhỏ hơn ( $\leq 3$  cm) có tỷ lệ TILs dương tính cao hơn đáng kể so với các khối u lớn hơn. Tuy nhiên, nghiên cứu của K Hiraoka và cộng sự tại Nhật Bản lại không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giai đoạn T và mật độ TILs trong mô đệm ( $p=0,27$ ) [7]. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ sự không đồng nhất trong đặc điểm sinh học của khối u giữa các quần thể, hoặc do sự khác biệt trong phương pháp nghiên cứu, chẳng hạn như ngưỡng cắt được sử dụng để định nghĩa

"TILs cao". Ngoài ra chúng tôi ghi nhận tương quan có ý nghĩa thống kê ( $p=0,005$ ) giữa độ mô học và sự thâm nhiễm của TILs. Đáng chú ý, tỷ lệ TILs dương tính cao nhất ở nhóm có độ mô học độ 2 (44%), sau đó giảm một cách đáng kể ở nhóm độ 3 (16,4%). Phát hiện này có phần khác biệt với xu hướng chung được báo cáo trong nhiều y văn quốc tế. Các nghiên cứu lớn của Bremnes, Donnem đều cho thấy một mối tương quan thuận rõ rệt, trong đó các khối u biệt hóa kém (độ 3) có mật độ TILs cao hơn đáng kể so với các khối u biệt hóa tốt hoặc trung bình [2]. Tuy nhiên, không phải tất cả các nghiên cứu đều đồng thuận, ví dụ như nghiên cứu của Ruffini và cộng sự không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê, cho thấy sự phức tạp và không đồng nhất của tương tác giữa khối u và hệ miễn dịch [7].

Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, giới tính, bên phổi tổn thương, giai đoạn bệnh, phân nhóm mô bệnh học, xâm lấn mạch máu, xâm lấn thần kinh, xâm lấn màng phổi và lan tràn qua đường dẫn khí với biểu hiện TILs. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế khác [7],[8],[10]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu gợi ý rằng việc chỉ đánh giá mật độ TILs tổng thể trên tiêu bản H&E có thể chưa đủ để nắm bắt toàn bộ ý nghĩa sinh học của đáp ứng miễn dịch.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng sự thâm nhập của lympho bào là một thành phần quan trọng trong môi trường vi mô của UTPKTBN. Mối liên hệ giữa TILs với kích thước u, độ biệt hóa và tình trạng hoại tử cho thấy vai trò tiềm tàng của nó như một yếu tố tiên lượng. Tuy nhiên, để xác định rõ hơn vai trò và giá trị tiên đoán của các phân nhóm lympho bào cụ thể như CD4+ và CD8+, cần có những nghiên cứu sâu hơn với quy mô lớn hơn, kết hợp các kỹ thuật hóa mô miễn dịch và phân tích phân tử, nhằm mục tiêu tối ưu hóa và cá thể hóa các liệu pháp miễn dịch cho bệnh nhân ung thư phổi tại Việt Nam.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 147/2025/HĐ- ĐHYD ngày 17/4/2025.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 2024;74(3):229-263.
2. Bremnes, R. M., Busund, L. T., Kivlaer, T. L., Andersen, S., Richardsen, E., Paulsen, E. E.,... & Dønnem, T. (2016). The role of tumor-infiltrating lymphocytes in development, progression, and prognosis of non-small cell lung cancer. *Journal of Thoracic Oncology*, 11(6), 789-800.
3. Guo X, Zhang Y, Zheng L, et al. Global characterization of T cells in non-small-cell lung cancer by single-cell sequencing. 2018;24(7):978-985.
4. Tạ Bá Thắng, Nguyễn Văn Chương (2012), Đặc điểm lâm sàng, giai đoạn bệnh ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ, *Tạp chí Y học thực hành* (804), Số 1/2012, 110- 113.
5. Wu C. F., Fu J. Y., Yeh C. J. et al. (2015), Recurrence Risk Factors Analysis for Stage I Non-small Cell Lung Cancer, *Medicine (Baltimore)*, 94(32):e1337.
6. Gachechiladze, M., Škarda, J., Skanderova, D., Überall, I., Kolek, V., Smičkova, P.,... & Joerger, M. (2020). Prognostic value of tumor-infiltrating lymphocytes (TILs) and their association with PD-L1 expression and DNA repair protein RAD51 in patients with resected non-small cell lung carcinoma. *Lung Cancer*, 147, 30-38.
7. Hiraoka, K., Miyamoto, M., Cho, Y., Suzuoki, M., Oshikiri, T., Nakakubo, Y.,... & Kato, H. (2006). Concurrent infiltration by CD8+ T cells and CD4+ T cells is a favourable prognostic factor in non-small-cell lung carcinoma. *British journal of cancer*, 94(2), 275-280.
8. Wang H, Wang Z, Zhang G, et al. (2020), "Driver genes as predictive indicators of brain metastasis in patients with advanced NSCLC: EGFR, ALK, and RET gene mutations", *Cancer Med*, 9 (2), pp. 487-495.
9. Ruffini, E., Asioli, S., Filosso, P. L., Lyberis, P., Bruna, M. C., Macri, L.,... & Oliaro, A. (2009). Clinical significance of tumor-infiltrating lymphocytes in lung neoplasms. *The Annals of thoracic surgery*, 87(2), 365-372.
10. Tokito, T., Azuma, K., Kawahara, A., Ishii, H., Yamada, K., Matsuo, N.,... & Hoshino, T. (2016). Predictive relevance of PD-L1 expression combined with CD8+ TIL density in stage III non-small cell lung cancer patients receiving concurrent chemoradiotherapy. *European journal of cancer*, 55, 7-14.

## GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN DI CĂN HẠCH CỔ TIỀM ẨN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAI HẠ HỌNG VÀ THANH QUẢN

Lý Xuân Quang<sup>1,3</sup>, Trần Thị Hà Phương<sup>2</sup>, Nguyễn Bảo Minh Triết<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Chẩn đoán chính xác tình trạng di căn hạch cổ là yếu tố then chốt trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gai (UTBMTBG) hạ họng và thanh quản. Mặc dù chụp cắt lớp vi tính (CT) và cộng hưởng từ (MRI) là công cụ chẩn đoán chính, khả năng bỏ sót di căn hạch tiềm ẩn (DCHTA) của chúng vẫn là một thách thức lớn, ảnh hưởng trực tiếp đến quyết định điều trị. **Mục tiêu:** Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và âm của CT và MRI trong chẩn đoán di căn hạch cổ ở bệnh nhân (BN) UTBMTBG hạ họng và thanh quản. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu hồ sơ bệnh án của 78 BN UTBMTBG hạ họng và thanh quản được phẫu thuật và nạo hạch cổ hai bên nhóm

II, III, IV tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh và Bệnh viện Quân y 175 từ 01/2021 đến 06/2025. Kết quả chẩn đoán hình ảnh trước mổ được đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh (GPB) sau mổ.

**Kết quả:** Khi đánh giá trên từng BN, chẩn đoán di căn hạch (cN+) dựa trên CT/MRI có độ nhạy 85,2%, độ đặc hiệu 86,3%, giá trị tiên đoán dương 82,9% và giá trị tiên đoán âm 88,3%. Khi phân tích trên từng nhóm hạch riêng lẻ (n=468), độ nhạy giảm xuống còn 67,2% trong khi độ đặc hiệu là 96,3%. **Kết luận:** CT và MRI là những công cụ có giá trị cao trong việc xác định tình trạng di căn hạch cổ trên từng BN. Tuy nhiên, các phương tiện này có độ nhạy hạn chế trong việc phát hiện di căn ở từng nhóm hạch riêng lẻ, cho thấy khả năng bỏ sót các ổ di căn tiềm ẩn và khẳng định vai trò của nạo hạch cổ chẩn đoán giai đoạn.

**Từ khóa:** ung thư hạ họng, ung thư thanh quản, di căn hạch tiềm ẩn, chẩn đoán hình ảnh, CT, MRI.

## SUMMARY

**THE VALUE OF COMPUTED TOMOGRAPHY AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN DIAGNOSING OCCULT CERVICAL NODE METASTASIS IN PATIENTS WITH SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE**

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân Y 175

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: quang.lx@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025