

- Cytokine, 169, 156267.
7. **Morris RM, Mortimer TO, O'Neill KI (2022).** Cytokines: can cancer get the message? *Cancers*, 14 (9), 2178.
8. **Lian H, Cai H, Wang X, et al (2024).** Inflammation-Associated Coagulation Reactions are Associated with the Prognosis in Critically Ill Very Old Patients (VOPs) with Infection. *Journal of Inflammation Research*, 9335-9346.
9. **Karolczak K, Watala C (2021).** Blood platelets as an important but underrated circulating source of TGFβ. *International journal of molecular sciences*, 22 (9), 4492.

## NGHIÊN CỨU SỰ LIÊN QUAN GIỮA KÍCH THƯỚC HẠCH VÀ DI CĂN HẠCH TRONG UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

Lê Huy Minh Hoàng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định số hạch phẫu tích trung bình trên mỗi bệnh nhân, tỉ lệ hạch di căn trên tổng số hạch phẫu tích và tỉ lệ hạch di căn theo kích thước: < 5mm, 5 - < 10 mm, 10 - 20 mm, > 20 mm trên tổng số hạch phẫu tích và trên tổng số hạch di căn. Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm bệnh nhân, tình trạng CEA, kích thước hạch và sự di căn hạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu 63 bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là UTĐT, được PTNS cắt đoạn ĐTT tại BV Bình Dân TP. HCM từ 12/2022 đến 7/2023. Bệnh phẩm sau khi rửa sạch được xác định tổng số hạch phẫu tích, số lượng hạch theo kích thước (< 5mm, 5 - < 10 mm, 10 - 20 mm, > 20 mm). Xác định tỉ lệ hạch di căn trên tổng số hạch phẫu tích và tỉ lệ hạch di căn theo kích thước hạch trên tổng số hạch phẫu tích và trên tổng số hạch di căn. Khảo sát các biến số: đặc điểm bệnh nhân (giới tính, tuổi), tình trạng CEA (> 5ng/ml, < 5ng/ml). Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm bệnh nhân, tình trạng CEA (+), kích thước hạch và sự di căn của hạch. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, ngưỡng có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ . **Kết quả nghiên cứu:** UTĐT thường gặp ở nhóm > 40 tuổi (93,6%), tỉ lệ nam/nữ 1,92. Bệnh nhân thường nhập viện ở giai đoạn muộn: kích thước dọc > 2 cm (90%), kích thước ngang > 1/4 chu vi (91,2%), xâm lấn sâu đến và qua thanh mạc (96,8%). Dạng đại thể thường gặp là dạng sùi (63,5%). Dạng vi thể chủ yếu là carcinoma tuyến (84,1%). Độ biệt hóa vừa chiếm tỉ lệ cao (77,8%). Tỉ lệ CEA (+) 39,4%. Tỉ lệ hạch phẫu tích trung bình 23,8/bệnh nhân. Tỉ lệ hạch di căn trên tổng số hạch phẫu tích là 7,2%. Tỉ lệ hạch di căn trung bình trên mỗi bệnh nhân là 1,7. Kích thước hạch: < 5 mm, từ 5 - 10 mm, 10 - 20 mm có tỉ lệ di căn lần lượt là 3,7%; 14,2%; 31% trên tổng số hạch phẫu tích và có tỉ lệ di căn 36,1%; 51,8%; 12,1% trên tổng số hạch di căn. Kích thước hạch có liên quan với sự di căn hạch: hạch càng lớn thì tỉ lệ di căn càng cao. Hạch < 5mm có tỉ lệ di căn hạch có ý nghĩa.

**Từ khóa:** Kích thước hạch, CEA, Di căn hạch

### SUMMARY

#### THE RELATIONSHIP BETWEEN SIZE AND METASTASIS STATUS OF LYMPH NODE IN COLONIC CANCER

**Purpose:** To determine the lymph node examines, lymph node metastasis (focus on the lymph nodes size : <5mm; 5 - < 10mm; 10 - < 20 mm and > 20 mm) ratio, and CEA status. Evaluated the relationship between patient's, characteristics, CEA(+), lymph node size and lymph node metastasis status. **Patient and methods:** Prospective reseach of 63 cases colonic cancer, radically operated at Binh Dân Hospital from 12/2022 to 7/2023. The specimen were washed up. The tumor's chareteristics (location, size, macro, micro, deep invasion, defferentiation chareteristics), CEA(+) were defined. The lymph node examines ratio and the lymph node metastasis ratio was determined. The relationship between the patient's, chareteristics, CEA(+), lymph nodes size and the lymph node metastasis status were evaluated. **Result:** The most common age was > 40 (93,6%), ratio of male to female was 1,92. The disease is advanced at hospitalization; the tumor's height of 2 cm or more was in 90%; tumor's perimeter > 1/4 colonic wall's perimeter was in 91,2%; deep invasion T3 and more was 96,8%; the buds (macro type) was 63,5%; adenocarcinoma (micro type) was 83,1% and moderately defferented was 77,8%. The lymph node examines was 23,8/ patient, the lymph node metastasis ratio was 7,2%, and the ratio and the average lymph node metastasis ratio was 1,7 per patient, the CEA(+) was 34,9%. The lymph node metastasis status were related to lymph node size: Thelarger the lymph node, the higher the rate of lympho node metastasis. Lymph node < 5mm have a significant rate of lymph node metastasis. **Keywords:** Lymph nodes size, CEA, Lymph node metastasis

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại - trực tràng (UTĐT) đứng hàng đầu trong các ung thư đường tiêu hóa, và là bệnh phổ biến tại các nước phương Tây. Xuất độ bệnh tăng đáng kể sau 40 tuổi (1,2,3,4,5,6) Theo Hiệp hội Phòng chống Ung thư Quốc tế (Unio Internationalis Contra Cancrum/

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Minh Hoàng

Email: hoangfinal@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

International Union Against Cancer - UICC) ước tính mỗi năm trên thế giới có khoảng 1.200.000 người mắc UTĐTT. Đại tràng là vị trí ung thư thường gặp trong UTĐTT (1,6)

Tại Việt Nam, tỉ lệ mắc bệnh chuẩn theo tuổi của UTĐTT là 9/100.000 người (1,6). Trong những thập niên vừa qua, ở Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu về UTĐTT. Các nghiên cứu đã đề cập đến đặc điểm bệnh học, chẩn đoán và điều trị (1,2,3). Hiện tại, cũng đã có vài báo cáo về số lượng hạch phẫu tích và số lượng hạch di căn thu được của phẫu thuật trong điều trị UTĐT, nhưng sự liên quan giữa kích thước và tình trạng di căn của hạch chưa được nghiên cứu đầy đủ (1,2). Câu hỏi đặt ra là sự di căn hạch có liên quan gì đến đặc điểm bệnh nhân, tình trạng CEA(+), và kích thước hạch?. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài "Nghiên cứu sự liên quan giữa kích thước và di căn hạch trong ung thư đại tràng" nhằm các mục tiêu:

**Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Xác định số hạch phẫu tích trung bình trên mỗi bệnh nhân, tỉ lệ hạch di căn trên tổng số hạch phẫu tích và trên tổng số hạch di căn theo kích thước hạch: < 5mm, 5 - < 10 mm, 10 - 20 mm, > 20 mm.

2. Đánh giá mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch với các yếu tố: đặc điểm bệnh nhân, tình trạng CEA, kích thước hạch và sự di căn hạch.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu**

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** bệnh nhân được chẩn đoán UTĐT, có kết quả giải phẫu bệnh, được phẫu thuật cắt đoạn đại tràng hoặc cắt đoạn đại - trực tràng tại Bệnh viện Bình Dân TP. HCM từ 12/2022 đến 7/2023.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** UTĐT tái phát, ung thư nơi khác di căn đến đại tràng, bệnh nhân mổ cấp cứu, phẫu thuật cắt đoạn đại tràng hoặc cắt đoạn đại - trực tràng làm sạch.

**Phương pháp nghiên cứu**

Phương pháp phẫu thuật: cắt đoạn đại tràng (cắt đại tràng phải, cắt đại tràng ngang, cắt đại tràng trái, cắt đại tràng chậu hông) hoặc cắt đoạn đại - trực tràng.

Bệnh phẩm sau khi rửa sạch được xác định: vị trí khối u (đại tràng phải, đại tràng ngang, đại tràng trái, đại tràng chậu hông); kích thước dọc (theo cm); kích thước ngang (theo chu vi đại tràng); mức độ xâm lấn sâu (theo hệ thống phân giai đoạn TNM); dạng đại thể (sùi, loét, xâm nhiễm cứng); dạng vi thể (carcinoma tuyến, carcinoma tuyến nhầy); độ biệt hóa (tốt, vừa, kém); khảo sát tình trạng CEA.

Xác định tỉ lệ hạch di căn trên tổng số hạch phẫu tích, và tỉ lệ hạch di căn theo kích thước (< 5mm, 5 - <10mm, 10 - < 20mm, > 20 mm) trên tổng số hạch phẫu tích và trên tổng số hạch di căn. Khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm bệnh nhân, CEA(+), kích thước hạch với sự di căn hạch.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm bệnh nhân**

**Giới :** Nam: 39 trường hợp (61,9%); Nữ: 24 trường hợp (38,1%). Tỉ lệ nam/nữ: 1,92/1.

**Tuổi**

**Bảng 1: Phân bố UTĐT theo tuổi**

Tuổi	Số BN	Tỉ lệ (%)
20-29	1	1,6
30-39	3	4,8
40-49	6	9,5
50-59	17	27,0
60-69	23	36,5
70-79	10	15,9
>80	3	4,7
Tổng số	63	100

**Đặc điểm u**

**Vị trí u**

**Bảng 2: Vị trí u**

Vị trí u	Số BN	Tỉ lệ (%)
Manh tràng và đại tràng lên	23	36,5
ĐT ngang	5	7,9
ĐT trái	12	19,1
ĐT chậu hông	23	36,5
Tổng số	63	100

**Kích thước u theo chiều dọc**

**Bảng 3: Kích thước u theo chiều dọc**

Kích thước	Số BN	Tỉ lệ (%)
<2 cm	2	3,2
2 - <5 cm	34	54,0
5 - <10 cm	24	38,1
≥10 cm	3	4,7
Tổng số	63	100

**Kích thước ngang của u theo chu vi đại tràng**

**Bảng 4: Kích thước ngang của u theo chu vi đại tràng**

KT ngang/chu vi	Số BN	Tỉ lệ (%)
<1/4	5	7,9
1/4 - < 1/2	11	17,5
1/2 - < 3/4	14	22,2
≥ 3/4	33	52,4
Tổng số	63	100

**Mức độ xâm lấn sâu (theo xếp giai đoạn TNM của UICC 2011)**

**Bảng 5: Mức độ xâm lấn sâu**

Mức độ xâm lấn sâu	Số BN	Tỉ lệ (%)
T1	0	0

T2	2	3,2
T3	24	38,1
T4*	37	58,7
<b>Tổng số</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Đại thể****Bảng 6: Đại thể**

Đại thể	Số BN	Tỉ lệ (%)
Sùi (có loét hay không)	40	63,5
Xâm nhiễm (có loét hay không)	6	9,7
Loét đơn thuần	17	26,8
<b>Tổng số</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Vi thể****Bảng 7: Vi thể**

Vi thể	Số BN	Tỉ lệ (%)
Carcinom tuyến	53	84,1
Carcinom tuyến nhày	10	15,9
<b>Tổng số</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Độ biệt hóa****Bảng 8: Độ biệt hóa**

Độ biệt hóa	Số BN	Tỉ lệ (%)
Biệt hóa tốt	8	12,7
Biệt hóa vừa	49	77,8
Biệt hóa kém	6	9,5
<b>Tổng số</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Định lượng CEA trước mổ****Bảng 9: Định lượng CEA trước mổ**

Định lượng CEA	Số BN	Tỉ lệ (%)
CEA >5 ng/ml	22	34,9
CEA ≤5 ng/ml	41	65,1
<b>Tổng cộng</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Tổng số hạch phẫu tích.** Tổng số hạch phẫu tích theo kỹ thuật qui ước

Theo kỹ thuật qui ước (10), chúng tôi đã phẫu tích được 1498 hạch. Trung bình 23,8 hạch/bệnh nhân.

Số lượng hạch phẫu tích theo kích thước

**Bảng 10: Số lượng hạch phẫu tích theo kích thước**

Kích thước	Số hạch	Tỉ lệ (%)
<5mm	1062	70,9
5-10mm	394	26,3
>10-20mm	42	2,8
>20mm	0	0
<b>Tổng số</b>	<b>1498</b>	<b>100</b>

**Tổng số và tỉ lệ hạch di căn**

Có 108 hạch di căn.

Tỉ lệ hạch di căn/bệnh nhân là 1,71 (108 hạch di căn /63 bệnh nhân).

Tỉ lệ hạch di căn trên tổng số hạch phẫu tích là 7,2% (108/1498) hạch.

Tỉ lệ hạch di căn theo kích thước trên tổng số hạch phẫu tích

**Bảng 11: Hạch di căn/kích thước/Tổng số hạch phẫu tích**

KT hạch di căn	Hạch di căn/TS hạch phẫu tích	Tỉ lệ (%)
<5 mm	39/1062	3,8
≥5-10 mm	56/394	14,2
>10-20 mm	13/42	30,9
>20 mm	0	0
<b>Tổng số</b>	<b>108/1498</b>	<b>100</b>

Tỉ lệ hạch di căn theo kích thước trên tổng số hạch di căn

**Bảng 12: Hạch di căn/kích thước/Tổng số hạch di căn**

KT hạch di căn	Hạch di căn/Tổng số HDC	Tỉ lệ (%)
<5 mm	39/108	36,1
≥5-10 mm	56/108	51,8
>10-20 mm	13/108	12,1
>20 mm	0	0
<b>Tổng số</b>	<b>108/1498</b>	<b>100</b>

**IV. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN DI CĂN HẠCH****Đặc điểm bệnh nhân****Giới và di căn hạch****Bảng 13: Giới và di căn hạch**

Giới	Di căn	Không di căn	Tổng
Nam	19	20	39
Nữ	13	11	24
<b>Tổng số</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>63</b>

Không có mối tương quan giữa giới tính và di căn hạch,  $p = 0,16$

**Tuổi và di căn hạch****Bảng 14: Tuổi và di căn hạch**

Nhóm tuổi	Di căn	Không di căn	Tổng
20-29	1	0	1
30-39	1	2	3
40-49	2	4	6
50-59	9	8	17
60-69	15	8	23
70-79	2	8	10
≥80	2	1	3
<b>Tổng số</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>63</b>

Không có mối tương quan giữa tuổi và di căn hạch,  $p=0,23$ .

**CEA và di căn hạch****Bảng 15: Định lượng CEA và di căn hạch.**

Định lượng CEA	Di căn	Không di căn	Tổng
CEA (+)	13	9	22
CEA (-)	19	22	41
<b>Tổng cộng</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>63</b>

Không có mối tương quan giữa CEA(+) trước mổ và di căn hạch,  $p = 0,33$ .

**Kích thước hạch và di căn hạch trên tổng số hạch phẫu tích****Bảng 16: Số hạch di căn/kích thước hạch/tổng số hạch phẫu tích**

KT hạch	Số hạch di căn/không di căn/Tổng số hạch	Tổng
---------	--	------

	<b>phẫu tích</b>	
<5 mm	39/1023	1062
≥5-10 mm	56/338	394
>10-20 mm	13/29	42
>20 mm	0	0
Tổng cộng	108/1390	1498

Có mối tương quan giữa kích thước và di căn hạch, kích thước hạch càng lớn thì tỉ lệ di căn hạch càng cao,  $p = 0,01$ .

#### **Kích thước hạch và di căn hạch trên tổng số hạch di căn**

**Bảng 17: Số hạch di căn/kích thước hạch/tổng số hạch di căn**

<b>KT hạch</b>	<b>Số hạch di căn/KT hạch/Tổng số hạch di căn</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
<5 mm	39/108	36,1
≥5-10 mm	56/108	51,8
>10-20 mm	13/108	12,1
>20 mm	0	0
Tổng số	108/108	100

Trong các hạch di căn, hạch có kích thước >5 – 10 mm có lệ di căn cao.

## **V. BÀN LUẬN**

**Đặc điểm bệnh nhân:** Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu này là 60,2 (Bảng 1) phù hợp với các nghiên cứu về UTĐT tại Việt Nam. Về giới, tỉ lệ mắc bệnh nam và nữ rất khác nhau giữa các tác giả. Nguyễn Sào Trung và Võ Tấn Long có tỉ lệ mắc bệnh nam và nữ ngang nhau (1,2,3). Theo chương trình ghi nhận ung thư của Tổ chức Y tế thế giới thì nam mắc bệnh cao hơn nữ với tỉ lệ 1,34/1(6). Chúng tôi có 39 bệnh nhân nam và 24 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam/nữ là 1,92/1.

**Đặc điểm khối u:** Về vị trí khối u cũng rất khác nhau trong các nghiên cứu. Tuy nhiên, đa số tác giả đều ghi nhận UTĐT gặp nhiều hơn ở nửa trái của đại tràng (1,2,3,4,5,7,8,9). Chúng tôi có 33 trường hợp ung thư ở đại tràng xuống và đại tràng chậu hông, chiếm 55,6% (Bảng 2).

Bệnh nhân thường nhập viện ở giai đoạn muộn, u > 2 cm chiếm 96,8% (Bảng 3), u > 1/4 chu vi chiếm 92,1% (Bảng 4), u xâm lấn sâu đến hoặc vượt quá thanh mạc chiếm 96,8% (Bảng 5). Đây cũng là hình ảnh của UTĐT trong y văn của nước ta hiện nay. Về đại thể dạng sùi chiếm 63,5% (Bảng 6). Về vi thể carcinoma chiếm 84,1% (Bảng 7). Độ biệt hóa vừa chiếm 77,8% (Bảng 8). Chúng tôi thấy không có sự khác biệt so với các tác giả trong và ngoài nước (1,2,3).

**Định lượng CEA trước mổ:** Theo John và cộng sự, dựa vào kết quả nghiên cứu, cho rằng nồng độ trung bình của CEA trong máu của người bình thường không hút thuốc lá ≤ 5

ng/ml. Như vậy, CEA > 5 ng/ml được coi là CEA (+). Cần lưu ý CEA bình thường không có nghĩa là bệnh nhân không bị UTĐT vì có một số bệnh nhân mắc UTĐT nhưng CEA(-). Nguyễn Đức Bảo, Nguyễn Quang Thái ghi nhận nồng độ CEA (+) trước mổ gặp trong 52,1% và 43,9% CEA(-). Kết quả của chúng tôi phù hợp với y văn (1,2,3,4,5,7,8, 9). cho thấy chỉ có 34,9% bệnh nhân (22/63) có CEA (+) trước mổ (Bảng 9).

**Số lượng hạch phẫu tích:** Khi phẫu tích 63 bệnh phẩm phẫu thuật, chúng tôi thu được tổng số 1498 hạch. Số hạch trung bình thu được trên 1 bệnh phẩm là  $23,8 \pm 12,3$ . Nghiên cứu Barcelona (2002), so sánh mổ mở và PTNS trong điều trị UTĐT, thấy số lượng hạch phẫu tích của PTNS là 11,8 so với mổ mở là 12,2. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (1,3,4,7,8,9). Tại Việt Nam, nghiên cứu đầu tiên về số lượng hạch phẫu tích được trên một bệnh nhân của PTNS đã được Lê Huy Hòa (1) báo cáo, theo đó tác giả đã ghi nhận về số lượng hạch trung bình thu được là 16,7 hạch / bệnh nhân. Wu Z ghi nhận số hạch trung bình phẫu tích được /bệnh phẩm của PTNS là 18. Như vậy, số lượng hạch thu được của chúng tôi nhiều hơn nghiên cứu Barcelona, của Lê Huy Hòa, và tương đương với nghiên cứu của Wu Z (1,2,3).

Phân tích số lượng hạch phẫu tích theo kích thước hạch, trong tổng số 1498 hạch phẫu tích, hạch kích thước <5mm chiếm 70,9% (1062/1498), hạch kích thước 5 - <10 mm chiếm 26,3% (394/1498), hạch có kích thước 10 - 20 mm chiếm 2,8% (42/1498) và không có trường hợp nào hạch có kích thước > 20 mm (Bảng 10). Tại Việt Nam, hiện tại chúng tôi chưa tìm thấy có báo cáo nào ghi nhận về tỉ lệ kích thước của các hạch phẫu tích được trên bệnh phẩm PTNS điều trị UTĐT.

**Tỉ lệ hạch di căn:** Trong tổng số 63 bệnh nhân chúng tôi phẫu tích được 1498 hạch, trong đó số lượng hạch di căn là 108 chiếm tỉ lệ 7,2% (108/1498). Chúng tôi ghi nhận có 32 bệnh nhân có hạch di căn, chiếm tỉ lệ 50,8%. Tỉ lệ hạch di căn trên mỗi bệnh nhân là 1,7 % (108 hạch/63 bệnh nhân). Nguyễn Quang Thái (2) có tỉ lệ này là 2,82% và 2,5 hạch di căn/bệnh nhân. Theo Alfred (1,3) tỉ lệ này là 25%, và 2,75 hạch di căn/bệnh nhân.

Tỉ lệ hạch di căn/tổng số hạch lấy được của chúng tôi cao hơn Nguyễn Quang Thái, thấp hơn Alfred (1,2). Tuy nhiên, tỉ lệ hạch di căn trung bình trên mỗi bệnh nhân là gần tương đương với các tác giả trên. Tỉ lệ bệnh nhân có hạch di căn/tổng số bệnh nhân khảo sát của chúng tôi là khá cao, chiếm 50,8%.

### **Các yếu tố liên quan đến sự di căn hạch Đặc điểm bệnh nhân và di căn hạch.**

Tuổi trung bình là 62, tỉ lệ hạch di căn giữa các nhóm tuổi không có sự khác biệt, do đó có thể kết luận tuổi không tương quan đến sự di căn hạch, với  $p > 0,05$  (Bảng 14).

Giới tính: tỉ lệ nam/nữ 1,92. Nam có 19/39 trường hợp di căn hạch (48,7%), tỉ lệ này ở nữ là 13/24 (54,1%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, nên giới tính không tương quan đến sự di căn hạch, với  $p > 0,05$  (Bảng 13).

**CEA và di căn hạch.** Xét mối tương quan giữa CEA(+) và di căn hạch. Nguyễn Đức Bảo ghi nhận nếu CEA (+) trước mổ có 24/29 trường hợp (chiếm 82,76%) di căn hạch, so với chỉ có 5/49 trường hợp CEA (-) trước mổ di căn hạch (chiếm 10,2%). Theo Nguyễn Triệu Vũ, tỉ lệ CEA (+) tăng theo giai đoạn bệnh, theo đó bệnh ở giai đoạn I chỉ có 29,4% CEA (+), nhưng tỉ lệ này ở giai đoạn II là 30,4% và giai đoạn III là 65,8% Sugamo, ghi nhận 50% các trường hợp UTĐT có tỉ lệ CEA(+) trước mổ, và tác giả nhận xét CEA trước mổ thấp cho tiên lượng tốt, thời gian ổn định kéo dài. Ngược lại, sự gia tăng nồng độ CEA trước mổ có liên quan đến tình trạng di căn hạch cũng như tỉ lệ tái phát (1,3,5,7,9).

Chúng tôi ghi nhận có 59,1% (13/22) trường hợp di căn hạch có CEA(+) trước mổ, CEA(-) chỉ có 46,3% (19/41) trường hợp di căn hạch. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, với  $p=0,33$  (Bảng 15).

**Kích thước hạch và di căn hạch.** Trong tổng số 1498 hạch chúng tôi phẫu tích được có 1062/1498 hạch <5mm chiếm tỉ lệ 70,9%. Hạch có kích thước từ 5 - 10mm là 394/1498 (26,3%), chỉ có 42/1498 hạch 10 - 20 mm (2,8%) và không có hạch nào lớn hơn 20mm (Bảng 10).

Để xét mối liên hệ giữa kích thước hạch và tỉ lệ di căn hạch, chúng tôi xem xét hai tỉ lệ sau:

Tỉ lệ thứ nhất là xét tỉ lệ hạch di căn kích thước trên tổng số hạch phẫu tích. Theo cách này chúng tôi thấy hạch < 5mm có tỉ lệ di căn là 3,7% (39/1062). Hạch 5 - <10 mm có tỉ lệ di căn là 14,2% (56/394). Hạch 10 - 20 mm có 13/42 là hạch di căn chiếm tỉ lệ 30,9% (Bảng 16).

Như vậy, có mối tương quan giữa kích thước hạch và sự di căn hạch, hạch có kích thước càng lớn thì tỉ lệ di căn càng cao ( $p=0,01$ ). Tuy nhiên, với những hạch nhỏ (<5mm) vẫn có tỉ lệ hạch di căn có ý nghĩa. Vì vậy chúng ta cần xét nghiệm giải phẫu bệnh tất cả các hạch phẫu tích được để có số lượng hạch di căn chính xác, để xếp giai đoạn UTĐT chính xác, giúp tối ưu hóa quá trình điều trị bệnh nhân.

Hiện tại, tại Việt Nam chúng tôi chưa tìm

thấy có báo cáo nào ghi nhận về tỉ lệ hạch di căn chia theo kích thước hạch trên tổng số hạch phẫu tích.

Tỉ lệ thứ hai chúng tôi xét tỉ lệ hạch di căn theo kích thước trên tổng số hạch di căn. Theo cách này chúng tôi ghi nhận: hạch < 5mm có 39/108 là hạch di căn (36,1%), hạch từ 5 - < 10mm có 56/108 là hạch di căn (51,8%); hạch 10 - < 20mm có 13/108 là hạch di căn chiếm tỉ lệ 12,04% (Bảng 17).

Lê Huy Hòa (1) ghi nhận hạch <5mm có tỉ lệ di căn 23,5%, hạch 5 - <10mm có tỉ lệ di căn 34,7%, hạch 10 - < 20mm có tỉ lệ di căn 35,3%. Deliiski (1,3) ghi nhận hạch kích thước < 5 mm có tỉ lệ di căn là 69%. Hida, Wade (1,2,3,4,5,6) ghi nhận hạch < 5 mm có tỉ lệ di căn lần lượt là 32%, và 15. Như vậy, tỉ lệ hạch di căn trong nhóm hạch < 5 mm và 5 - <10mm trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn Lê Huy Hòa nhưng ở nhóm 10 - 20mm và >20mm thì tỉ lệ di căn cao hơn. So với các nghiên cứu nước ngoài thì tỉ lệ hạch di căn trong nhóm <5mm của chúng tôi thấp hơn Deliiski, tương đương Hida, nhưng cao hơn Wade (5,6,7,8,9).

## **VI. KẾT LUẬN**

Tổng số hạch phẫu tích là 1498, trung bình 1 bệnh nhân phẫu tích được 23,8 hạch. Tổng số hạch di căn là 108 hạch. Tỉ lệ hạch di căn / tổng số hạch phẫu tích là 7,20% (108/1498) hạch. Tỉ lệ bệnh nhân có hạch di căn là 50,8% (32 / 63) bệnh nhân. Tỉ lệ hạch di căn/mỗi bệnh nhân là 1,7% (108 hạch/63 bệnh nhân). Tỉ lệ CEA(+) là 34,9%

Có mối tương quan giữa kích thước hạch và di căn hạch: kích thước hạch càng lớn thì tỉ lệ di căn hạch càng cao; hạch < 5mm có tỉ lệ di căn hạch có ý nghĩa. Không có mối tương quan giữa: đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới; Nồng độ CEA trước mổ và di căn hạch.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Lê Huy Hòa** (2015). Nghiên cứu tình trạng hạch mạc treo trong ung thư đại tràng bằng phẫu thuật nội soi kết hợp với kỹ thuật làm sạch mô mỡ. Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; tr. 4 - 130.
2. **Nguyễn Quang Thái** (2002). Nghiên cứu một số phương pháp chẩn đoán và kết quả sau 5 năm điều trị phẫu thuật ung thư đại tràng. Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội; tr. 1 - 148.
3. **Nguyễn Triệu Vũ** (2010). Nghiên cứu di căn hạch trong ung thư đại - trực tràng, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; tr. 3 - 60.
4. **Deliiski T.A** (2004). Clearing technique to increase detectability of lymph nodes in radical surgery for colon and rectal cancer, Annual Proceedings IMAB (10); pp. 45 - 46.
5. **NCCN Guideline Version 2.2020** (2020). Colon cancer, National Comprehensive Cancer Network ;

- pp. 6 - 93.
6. Miguel AR, Sherif M, Thomas KW et al (1996). Clinical significance of colorectal cancer metastases in lymph nodes < 5 mm in size, Ann Surg Oncol, 3(2), Lippincott Williams and Wilkins; pp. 124 - 130.
  7. Russell H., Kathryn T., et al (2023). Correlation between lymph node size on pathology and metastasis disease in colorectal cancer. <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36566668>.
  8. Sarli L, Bader G, Luscodi et al (2005). Number of lymph nodes examines and prognosis of TNM stage II colorectal cancer, Eu J Cancer (47); pp. 272 - 279.
  9. Xiao Quang N., Jiaqing C. (2023). Predicting lymph node metastasis in colorectal cancer patient. Surg 2024 Aug; 76 (4); pp 1301 - 1310.
  10. Washington MK, Berlin J, Branton, et al (2009). Protocol for the examination of specimens from patients with primary carcinoma of the colon and rectum, Arch Pathol Lab Med (133); pp. 1539 - 1551.

## MỘT SỐ YẾU TỐ THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG SÂU RĂNG CỦA HỌC SINH TRƯỜNG TIỂU HỌC VÕ TRƯỜNG TOÀN

Trần Minh Tiến<sup>1</sup>, Võ Đại Thành<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Mai<sup>1</sup>, Phạm Thanh Phương<sup>1</sup>,  
Bùi Trần Hoàng Huy<sup>2</sup>, Lê Minh Nhân<sup>1\*</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát một số yếu tố thực hành phòng chống sâu răng của học sinh Trường Tiểu học Võ Trường Toàn, Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 123 học sinh đang học tại Trường Tiểu học Võ Trường Toàn, Thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Thực hành vệ sinh răng miệng của học sinh có một số khác biệt theo giới tính, trong đó số lần chải răng trong ngày là yếu tố duy nhất ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Đa số học sinh chải răng  $\geq 2$  lần/ngày (82,1%), với tỷ lệ ở nữ cao hơn nam (89,7% so với 75,4%;  $p = 0,039$ ). Các yếu tố khác như thời điểm chải răng, thói quen ăn vặt, cách chải răng và thời gian mỗi lần chải răng >2 phút không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới ( $p > 0,05$ ). Theo nhóm tuổi, đa số học sinh chải răng  $\geq 2$  lần/ngày và có thói quen ăn vặt, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm 6-7 và 8-10 tuổi đối với các yếu tố này. Nhóm 8-10 tuổi có tỷ lệ chải răng đúng và thời gian chải răng >2 phút cao hơn rõ rệt, trong đó thời gian chải răng là yếu tố duy nhất khác biệt có ý nghĩa thống kê (51,7% so với 9,5%;  $p = 0,0001$ ). **Kết luận:** Thực hành vệ sinh răng miệng của học sinh có xu hướng tốt hơn ở nữ sinh và học sinh lớn tuổi, tuy nhiên nhìn chung kỹ năng vệ sinh răng miệng đúng vẫn còn hạn chế, cho thấy sự cần thiết của các chương trình giáo dục nha khoa học đường đồng bộ và phù hợp cho học sinh tiểu học. **Từ khóa:** sâu răng, số lần chải răng, học sinh tiểu học.

### SUMMARY

#### SOME FACTORS IN THE PRACTICES OF

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Nhân

Email: lmnhan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

### PREVENTING DENTAL CARIES AMONG STUDENTS AT VO TRUONG TOAN PRIMARY SCHOOL, CAN THO CITY

**Objectives:** To investigate selected factors related to dental caries prevention practices among students at Vo Truong Toan Primary School, Can Tho City. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 123 students currently studying at Vo Truong Toan Primary School, Can Tho City. **Results:** Students' oral hygiene practices showed certain differences by gender, of which toothbrushing frequency per day was the only factor with a statistically significant difference. The majority of students brushed their teeth at least twice daily (82.1%), with a higher proportion among girls than boys (89.7% vs. 75.4%;  $p = 0.039$ ). Other factors, including appropriate toothbrushing timing, snacking habits, toothbrushing technique, and toothbrushing duration longer than two minutes, showed no statistically significant differences between genders ( $p > 0.05$ ). By age group, most students brushed their teeth at least twice daily and had snacking habits, with no statistically significant differences between the 6-7 and 8-10 year-old groups regarding these factors ( $p > 0.05$ ). Students aged 8-10 years demonstrated a higher proportion of correct toothbrushing practices and brushing duration longer than two minutes. Among these, toothbrushing duration was the only factor showing a statistically significant difference between age groups (51.7% vs. 9.5%;  $p = 0.0001$ ). **Conclusions:** Oral hygiene practices tended to be better among female students and older students; however, overall correct oral hygiene skills remained limited. These findings highlight the need for comprehensive and age-appropriate school-based dental education programs for primary school students. **Keywords:** Dental caries; toothbrushing frequency; primary school students.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng là bệnh lý răng miệng phổ biến ở trẻ em, đặc biệt ở lứa tuổi học sinh tiểu học, hình thành do sự mất cân bằng giữa quá trình