

7. **Thắng, Hoàng Minh và các cộng sự.** (2022), "Kết quả phẫu thuật khâu chóp xoay khớp vai bằng kỹ thuật hai hàng qua nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức", Tạp chí Nghiên cứu Y học. 149(1), tr. 117-125.
8. **Võ, Thành Toàn và các cộng sự.** (2023), "Đánh giá kết quả nội soi điều trị rách chóp xoay", Tạp chí Y học Việt Nam. 530(1).

NGHIÊN CỨU ẢNH HƯỞNG TÌNH TRẠNG MẤT ỔN ĐỊNH VI VỆ TINH (MSI) VÀ HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) TRÊN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Nguyễn Mai Chi¹, Nguyễn Hữu Quốc¹, Nguyễn Thị Mến¹, Nguyễn Thị Mỹ Lệ¹, Đặng Huyền Diệu¹, Nguyễn Thị Hà², Tạ Văn Thọ¹, Nguyễn Hoàng Việt¹, Nguyễn Kim Đồng^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm Human Papillomavirus (HPV) trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng (UTĐTT) nguyên phát và đánh giá mối liên quan giữa nhiễm HPV với tình trạng mất ổn định vi vệ tinh (MSI). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 98 mẫu mô đút nắn của bệnh nhân được chẩn đoán UTĐTT nguyên phát tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong giai đoạn 2021-2023. Sử dụng kỹ thuật PCR để phát hiện sự có mặt của HPV, kỹ thuật nhuộm hóa mô miễn dịch để đánh giá tình trạng mất ổn định vi vệ tinh. Dữ liệu được xử lý và phân tích thống kê bằng phần mềm GraphPrism 10. **Kết quả:** Trong 98 ca nghiên cứu, phát hiện nhiễm HPV ở 35 ca (35,7%). Tình trạng mất ổn định vi vệ tinh là 18 ca (18,4%), chủ yếu phát hiện ở giai đoạn I & II và không phát hiện tình trạng di căn hạch hoặc di căn xa ($p = 0,01$). Không ghi nhận mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HPV với tuổi, giới và phân loại giải phẫu bệnh hay tình trạng mất ổn định vi vệ tinh ($p > 0,05$). **Kết luận:** Sự bất ổn vi vệ tinh MSI trong UTĐTT bị ảnh hưởng bởi sự có mặt của HPV, trong khi việc nhiễm HPV ở UTĐTT nguyên phát chiếm 35,7% ở trong nghiên cứu này cho thấy HPV có thể là nguy cơ tiềm tàng trong cơ chế sinh UTĐTT.

Từ khóa: HPV, ung thư đại trực tràng, mất ổn định vi vệ tinh

SUMMARY

EVALUATION OF MICROSATELLITE INSTABILITY (MSI) AND HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) IN COLORECTAL CANCER

Objective: To determine the prevalence of Human Papillomavirus (HPV) infection in patients with primary colorectal cancer (CRC) and to evaluate its

association with microsatellite instability (MSI) status. **Subjects and Methods:** This cross-sectional study included 98 formalin-fixed, paraffin-embedded (FFPE) samples derived from patients diagnosed with primary colorectal cancer (CRC) at Hanoi Medical University Hospital during 2021-2023. HPV DNA was amplified by PCR method, and MSI status was assessed by immunohistochemistry. Data were processed and statistically analyzed using GraphPad Prism 10 software. **Results:** Among 98 cases, HPV infection was detected in 35 cases (35.7%). MSI was identified in 18 cases (18.4%), mainly observed in stage I and II tumors without lymph node or distant metastasis ($p = 0.01$). No significant association was found between HPV infection and age, sex, histopathological classification, or MSI status ($p > 0.05$). **Conclusion:** MSI status in CRC does not appear to be significantly influenced by HPV infection. However, the detection of HPV in 35.7% of primary CRC cases in this study suggests that HPV may represent a potential risk factor in colorectal carcinogenesis. **Keywords:** HPV, colorectal cancer, microsatellite instability.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là loại ung thư ác tính phổ biến thứ ba trên thế giới, gây ra 1,9 triệu ca mắc và 0,9 triệu ca tử vong vào năm 2020.¹ Tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng cao hơn ở các nước phát triển, các nước đang phát triển và có thu nhập trung bình thấp tuy có tỷ lệ mắc ung thư thấp hơn, nhưng số ca mắc mới mỗi năm lại không ngừng tăng cao, nguyên nhân chủ yếu là do tiếp xúc nhiều hơn với các yếu tố rủi ro môi trường, thay đổi lối sống và chế độ ăn uống kém lành mạnh.^{2,3} Dự kiến đến năm 2040, số ca mắc mới ung thư đại trực tràng sẽ đạt 3,2 triệu ca.¹ Do ảnh hưởng của quá trình đô thị hóa - hiện đại hóa, tỷ lệ mắc ung thư nói chung và ung thư đại trực tràng nói riêng tại Việt Nam vẫn không ngừng tăng lên mỗi năm.⁴ Thống kê cho thấy số ca mắc mới của nam nhiều hơn nữ, đối tượng mắc chủ yếu là những người đã từng/đang hút thuốc, tập thể dục không thường xuyên và mắc các rối loạn chuyển hóa liên quan đến tim mạch.⁵

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Đồng

Email: nguyengkimdong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

Sự hình thành khối u ở đại trực tràng dựa vào sự bất ổn định trong bộ gen của người được mô tả theo 2 con đường chính. Đó là sự mất ổn định của nhiễm sắc thể (Chromosomal Instability - CIN) và sự mất ổn định vi vệ tinh (Microsatellite Instability - MSI).⁶ Vùng vi vệ tinh là một trình tự gồm các chuỗi ngắn DNA lặp đi lặp lại. Mất ổn định vi vệ tinh được biểu hiện khi chiều dài đoạn vi vệ tinh tăng lên, là hậu quả của sự suy giảm chức năng hệ thống gen sửa chữa ghép cặp sai (dMMR).⁷

Human papillomavirus (HPV) là virus lây truyền qua đường tình dục phổ biến nhất, gây ra trên 90% các trường hợp ung thư cổ tử cung trên toàn thế giới.⁸ Cơ chế gây ung thư đại trực tràng của Human papillomavirus (HPV) đến nay vẫn chưa được hiểu rõ hoàn toàn; hơn nữa, đại trực tràng là một loại ung thư rất phổ biến và khó xác định nguyên nhân gây bệnh cụ thể do có nhiều yếu tố môi trường bên ngoài như lối sống, nhiễm khuẩn, nhiễm virus... đều có thể tương tác một cách phức tạp với nhau, tác động đến sự phát triển của ung thư.^{9,10}

Như vậy, việc tìm hiểu vai trò của HPV và MSI trong ung thư đại trực tràng trở nên cần thiết. Tuy nhiên, mối liên hệ giữa nhiễm HPV và tình trạng MSI trong UTĐTT vẫn chưa được làm rõ. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với 2 mục tiêu như sau: "Bước đầu xác định tỷ lệ nhiễm của Human papillomavirus (HPV) trên ung thư đại trực tràng nguyên phát" và "Đánh giá tình trạng mất ổn định vi vệ tinh (MSI) và Human papillomavirus (HPV) trên ung thư đại trực tràng nguyên phát".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 98 mẫu ung thư đại trực tràng nguyên phát tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong giai đoạn 2021 – 2023.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Mẫu bệnh phẩm mô u đúc nén của bệnh nhân được chẩn đoán UTĐTT nguyên phát chưa từng được điều trị bằng bất kỳ liệu pháp nào.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các ca mắc UTĐTT cùng với các loại ung thư khác.

- Các ca mẫu nén bị mòn, hao hụt, không tìm thấy vùng mô u.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Trung tâm nghiên cứu Gen - Protein, Trường Đại học Y Hà Nội.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận

tiện, cỡ mẫu N = 98 mẫu.

2.3. Kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu Phát hiện sự có mặt của HPV DNA bằng kỹ thuật PCR:

- Tách chiết DNA: Mẫu mô đúc nén được cắt thành các lát mỏng 5 - 8 μ m và được thu thập trong ống Eppendoft 1,5mL. DNA tổng số được tách chiết bằng QIAamp DNA FFPE Tissue Kit (QIAGEN, #56404), mẫu sau khi tách chiết được bảo quản ở nhiệt độ -20°C.

- Xác định tỷ lệ nhiễm HPV trong mẫu mô bằng kỹ thuật Nested PCR: Khuếch đại một đoạn trong vùng gen L1 có kích thước 140~150 bp sử dụng cặp mồi có trình tự như sau:¹¹

GP5+: 5'-TTT GTT ACT GTG GTA GAT ACT AC-3'

GP6+: 5'-GAA AAA TAA ACT GTA AAT CAT ATT C-3'

Chu trình nhiệt: Biến tính 95°C trong 10 phút; lặp lại 40 chu kỳ ở 95°C trong 1 phút, 55°C trong 1 phút tại PCR vòng 1 và 45°C trong 1 phút 30 giây tại PCR vòng 2, 72°C trong 1 phút; giai đoạn kéo dài ở 72°C trong 10 phút và bảo quản ở 4 °C trước khi dùng phản ứng.

Xác định tình trạng mất ổn định vi vệ tinh bằng kỹ thuật hóa mô miễn dịch:

Mảnh cắt sau khi cắt được để khô ở 60°C trong 1 giờ. Mảnh cắt được xử lý trên hệ thống máy hóa mô miễn dịch tự động Benchmark Ultra (Ventana Medical System, AZ, USA) với quy trình nhuộm đã được chuẩn hóa cho các kháng thể đơn dòng MLH1 (M1), MSH2 (G219-1129), MSH6 (SP93), PMS2 (A16-4) (Ventana Medical System, AZ, USA). Mảnh cắt được loại paraffin bằng dung dịch EZ Prep, bóc lô kháng nguyên bằng dung dịch CC1, ức chế men nội sinh bằng H₂O₂, ủ kháng thể đặc hiệu theo điều kiện khuyến cáo. Sử dụng bộ phát hiện OptiView Universal DAB Detection Kit, gồm kháng thể thứ cấp gắn enzyme HRP, dung dịch DAB tạo kết tủa màu nâu tại vị trí biểu hiện protein MLH1/MSH2/MSH6/PMS2. Nhuộm nhân bằng Hematoxyline II trong 8 phút, làm xanh nhân bằng dung dịch Bluing reagent trong 4 phút. Rửa nước, làm trong và gắn lamen.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Phân tích thống kê bằng phần mềm GraphPrism 10. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

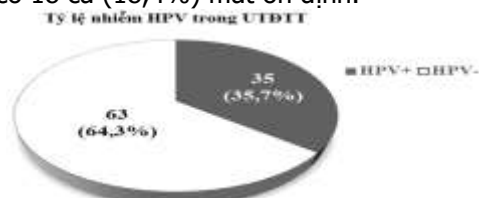
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

	Số lượng	%
Giới tính		
Nam	67	68,4
Nữ	31	31,6

Độ tuổi		
<50 tuổi	11	11,2
≥50 tuổi	87	88,8
Tuổi trung bình ± SD	56,4 ± 13,5	
Tuổi nhỏ nhất	25	
Tuổi lớn nhất	94	
Phân loại giải phẫu bệnh		
UTBM tuyến	88	89,8
UTBM tuyến nhầy	10	10,2
Giai đoạn bệnh		
I & II	65	66,3
III & IV	33	33,7
Tình trạng di căn		
Có	28	28,6
Không	70	71,4
Kích thước khối u		
<5cm	57	58,2
≥5cm	41	41,8
Số lượng hạch vét		
<12 hạch	10	10,2
≥12 hạch	88	89,8
Tình trạng mất ổn định vi vệ tinh		
Có	18	18,4
Không	80	81,6
Tổng số	98	100

Trong tổng số 98 mẫu nghiên cứu, tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế hơn so với nữ giới (67 ca so với 31 ca). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 56,4 ± 13,5, dao động từ 25 đến 94 tuổi. Về phân loại giải phẫu bệnh, có 88 ca (89,8%) được chẩn đoán ung thư biểu mô (UTBM) tuyến, còn lại 10 ca (10,2%) được chẩn đoán UTBM tuyến nhầy. Trong nhóm nghiên cứu này thu thập được 65 ca (66,3%) thuộc giai đoạn I & II và 33 ca (33,7%) thuộc giai đoạn III & IV. Tình trạng di căn được ghi nhận ở 28 ca, chiếm 28,6%. Về kích thước khối u, nhóm nghiên cứu ghi nhận 57 ca có khối u < 5cm (58,2%) và 41 ca có khối u ≥ 5cm (41,8%). Tổng lượng hạch vét được dưới 12 hạch có 10 ca (10,2%) và 88 ca (89,8%) nạo vét được từ 12 hạch trở lên. Tỷ lệ ổn định vi vệ tinh chiếm phần lớn với 80 ca (81,6%), trong khi chỉ có 18 ca (18,4%) mất ổn định.



Hình 1. Tỷ lệ nhiễm HPV qua biểu hiện của gen L1 trong ung thư đại trực tràng

Trong 98 mẫu nghiên cứu phát hiện 35 ca HPV+ (35,7%) trong UTĐTT bằng khuếch đại PCR vùng gen L1 của HPV, tỷ lệ HPV- còn lại chiếm 63 ca (64,3%).

Bảng 2: Tình trạng nhiễm HPV trong ung thư đại trực tràng liên quan tới các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

	HPV dương tính N (%)	HPV âm tính N (%)	p
Giới tính			
Nam	25 (37,31%)	42 (62,69%)	0,65
Nữ	10 (32,26%)	21 (67,74%)	
Độ tuổi			
< 50 tuổi	2 (18,18%)	9 (81,82%)	0,31
≥ 50 tuổi	33 (37,93%)	54 (62,07%)	
Phân loại giải phẫu bệnh			
UTBM tuyến	30 (34,09%)	58 (65,91%)	0,32
UTBM tuyến nhầy	5 (50%)	5 (50%)	
Giai đoạn bệnh			
I & II	23 (35,38%)	42 (64,62%)	0,99
III & IV	12 (36,36%)	21 (63,64%)	
Tình trạng di căn			
Có	9 (32,14%)	19 (67,86%)	0,81
Không	26 (37,14%)	44 (62,86%)	
Kích thước khối u			
<5cm	20 (35,09%)	37 (64,91%)	0,99
≥5cm	15 (36,59%)	26 (63,41%)	
Số lượng hạch vét			
<12 hạch	6 (60%)	4 (40%)	0,16
≥12 hạch	29 (32,95%)	59 (67,05%)	
Tình trạng mất ổn định vi vệ tinh			
Có	5 (27,78%)	13 (72,22%)	0,58
Không	30 (37,50%)	50 (62,50%)	
Tổng số	35	63	

Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố lâm sàng với tình trạng nhiễm HPV trong UTĐTT nguyên phát. Cụ thể, tỷ lệ nhiễm HPV không có sự khác biệt với các đặc điểm nhóm tuổi, giới tính, phân loại mô học, giai đoạn bệnh, tình trạng di căn, kích thước khối u, số lượng hạch được nạo vét và tình trạng mất ổn định vi vệ tinh ($p > 0,05$).

Bảng 3: Tình trạng mất ổn định vi vệ tinh (MSI) liên quan tới các đặc điểm lâm sàng trong UTĐTT

	Mất ổn định vi vệ tinh (MSI) N(%)	Ổn định vi vệ tinh N(%)	p
Giới tính			
Nam	9 (13,43%)	58 (86,57%)	0,09
Nữ	9 (29,03%)	22 (70,97%)	
Độ tuổi			
<50 tuổi	3 (27,27%)	8 (72,73%)	0,41
≥50 tuổi	15 (17,24%)	72 (82,76%)	
Phân loại giải phẫu bệnh			
UTBM tuyến	15 (17,05%)	73 (82,95%)	0,38

UTBM tuyến nhầy	3 (30%)	7 (70%)	
Giai đoạn bệnh			
I & II	18 (26,47%)	50 (73,53%)	0,01*
III & IV	2 (5,71%)	33 (94,29%)	
Tình trạng di căn			
Có	1 (3,57%)	27 (96,43%)	0,01*
Không	17 (24,29%)	53 (75,71%)	
Kích thước khối u			
<5cm	8 (14,04%)	49 (85,96%)	0,29
≥5cm	10 (24,39%)	31 (75,61%)	
Số lượng hạch vết			
<12 hạch	0 (0%)	10 (100%)	0,20
≥12 hạch	18 (20,45%)	70 (79,55%)	
Tổng số	18	80	

Tỷ lệ MSI ở nữ giới cao hơn nam giới (29,03% so với 13,43%). Ở nhóm tuổi < 50 tuổi ghi nhận tỷ lệ MSI là 27,27%, cao hơn so với nhóm ≥ 50 tuổi (17,24%). Bên cạnh đó thì MSI xuất hiện ở 30% dạng UTBM tuyến nhầy, trong khi ở nhóm UTBM tuyến, tỷ lệ này chỉ đạt 17,05%. Nhóm có kích thước khối u ≥ 5cm có tỷ lệ MSI cao hơn so với nhóm có khối u < 5cm (24,39% so với 14,04%). Nhóm vết hạch ≥ 12 hạch có 20,45% tỷ lệ MSI, cao hơn so với nhóm < 12 hạch (0%). Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm cũng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỷ lệ MSI ở bệnh nhân UTĐTT giai đoạn I & II là 26,47%, cao hơn rõ rệt so với nhóm giai đoạn III & IV (5,71%), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$). Điều này cho thấy MSI có xu hướng xuất hiện nhiều hơn ở giai đoạn sớm. Về tình trạng di căn, nhóm bệnh nhân không di căn hạch có tỷ lệ MSI cao hơn (17 ca, 24,29%) so với nhóm có di căn (1 ca, 3,57%). Tỷ lệ này cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm HPV trong UTĐTT nguyên phát là 35,7%, gợi ý rằng HPV có liên quan đến sự phát triển của UTĐTT. Trong khi một số nghiên cứu đã chỉ ra mối liên hệ giữa HPV và UTĐTT thông qua việc phát hiện hàm lượng HPV-DNA trong mô u, một số khác lại phủ nhận mối liên hệ này do không tìm thấy vật chất di truyền của virus trong tất cả các mẫu ung thư biểu mô tuyến đại tràng, ung thư biểu mô tuyến nhầy đại tràng, và một số phân loại ung thư đại tràng khác bất kể độ mô học, giai đoạn bệnh hay vị trí khối u. Thực tế, các nghiên cứu tổng quan đã ghi nhận tỷ lệ phát hiện HPV-DNA trong UTĐTT dao động rất rộng, từ 0% đến 84%.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không ghi nhận mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm HPV với các đặc điểm lâm sàng như tuổi, giới tính, phân loại giải phẫu bệnh, giai đoạn bệnh, tình trạng di căn, kích thước khối u hay số lượng hạch vết ($p > 0,05$). Điều này cho thấy HPV có thể tồn tại độc lập với các yếu tố này. Ngoài ra, kết quả không tìm thấy mối liên hệ có ý nghĩa giữa nhiễm HPV và tình trạng MSI ($p = 0,58$). Điều này cho thấy hai yếu tố này có thể hoạt động theo các cơ chế riêng biệt trong quá trình sinh ung thư.

Các nghiên cứu cho thấy có khoảng 10 đến 15% bệnh nhân UTĐTT có đột biến trong gen MMR được biểu hiện dưới dạng MSI, và bệnh nhân UTĐTT có MSI có tiên lượng tốt hơn so với bệnh nhân có khối u ổn định vi vệ tinh (MSS). Tỷ lệ MSI trong nghiên cứu này là 18,4%, cao hơn so với tỷ lệ trung bình được ghi nhận trong các nghiên cứu quốc tế, sự chênh lệch này có thể do quy mô mẫu trong nghiên cứu còn hạn chế. Khi phân tích các đặc điểm lâm sàng trong UTĐTT, kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm HPV và các yếu tố như độ tuổi, giới tính, phân loại mô học, kích thước khối u hoặc số lượng hạch được nạo vét ($p > 0,05$). Tuy nhiên, lại tìm thấy sự khác biệt thống kê về mối liên quan giữa MSI với giai đoạn bệnh và tình trạng di căn ($p = 0,01$). Cụ thể, MSI xuất hiện với tần suất cao hơn ở nhóm bệnh nhân giai đoạn I & II và nhóm không có di căn, cho thấy MSI có thể liên quan đến đặc điểm sinh học của khối u ở giai đoạn sớm và ít xâm lấn hơn. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho rằng MSI là một yếu tố tiên lượng tích cực, thường đi kèm với đáp ứng miễn dịch tốt hơn và tỷ lệ sống cao hơn.

Trong nghiên cứu này vẫn còn tồn tại một vài hạn chế nhất định cần được cân nhắc khi diễn giải kết quả. Cỡ mẫu của nghiên cứu còn hạn chế, chỉ gồm 98 ca, do đó chưa đủ để rút ra các kết luận có tính khái quát cao hơn. Tiếp đến là tính không đồng đều và chưa được đa dạng trong đặc điểm mô bệnh học của các mẫu được khảo sát.

Nghiên cứu đã cung cấp cái nhìn ban đầu về tỷ lệ nhiễm HPV và MSI trong UTĐTT nguyên phát tại Việt Nam. Mặc dù chưa xác định được mối liên hệ trực tiếp giữa hai yếu tố này, nhưng kết quả cho thấy MSI có liên quan đến giai đoạn bệnh và tình trạng di căn. Những phát hiện này có thể góp phần định hướng cho các nghiên cứu tiếp theo về UTĐTT.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy trong 98 ca UTĐTT nguyên phát, phát hiện nhiễm HPV ở 35 ca (35,7%). Tình trạng mất ổn định vi vệ tinh là 18 ca (18,4%), chủ yếu phát hiện ở giai đoạn I & II và không phát hiện tình trạng di căn hạch hoặc di căn xa ($p = 0,01$). Không ghi nhận mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HPV với tuổi, giới và phân loại giải phẫu bệnh hay tình trạng mất ổn định vi vệ tinh ($p > 0,05$).

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Hà Nội dành cho sinh viên nghiên cứu khoa học (Nguyễn Mai Chi) theo thông báo số 2907/TB-ĐHYHN ngày 20 tháng 11 năm 2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Xi Y, Xu P. Global colorectal cancer burden in 2020 and projections to 2040. *Transl Oncol*. 2021;14(10):101174. doi:10.1016/j.tranon.2021.101174
2. Keum N, Giovannucci E. Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019;16(12): 713-732. doi:10.1038/s41575-019-0189-8
3. Murphy N, Moreno V, Hughes DJ, et al. Lifestyle and dietary environmental factors in colorectal cancer susceptibility. *Mol Aspects Med*. 2019;69:2-9. doi:10.1016/j.mam.2019.06.005
4. Pham DX, Phung AHT, Nguyen HD, et al. Trends in colorectal cancer incidence in Ho Chi

Minh City, Vietnam (1996–2015): Joinpoint regression and age-period-cohort analyses. *Cancer Epidemiol*. 2022;77:102113. doi:10.1016/j.canep.2022.102113

5. Luu HN, Tran MT, Nguyen MVT, et al. Association between body mass index and colorectal adenomas: Findings from a case-control study in Vietnam. *Int J Cancer*. 2021;149(11): 1898-1909. doi:10.1002/ijc.33757
6. Yamamoto H, Watanabe Y, Arai H, Umemoto K, Tateishi K, Sunakawa Y. Microsatellite instability: A 2024 update. *Cancer Sci*. 2024;115(6): 1738-1748. doi:10.1111/cas.16160
7. Parente P, Grillo F, Vanoli A, et al. The Day-To-Day Practice of MMR and MSI Assessment in Colorectal Adenocarcinoma: What We Know and What We Still Need to Explore. *Dig Dis Basel Switz*. 2023;41(5): 746-756. doi:10.1159/000531003
8. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *The Lancet*. 2007;370(9590): 890-907. doi:10.1016/S0140-6736(07)61416-0
9. Ambrosio MR, Niccolai E, Petrelli F, et al. Immune landscape and onco-biota in HPV-Associated Colorectal Cancer: an explorative study. *Clin Exp Med*. 2023;23(8):5101-5112. doi:10.1007/s10238-023-01165-3
10. Usman M, Hameed Y, Ahmad M. Does human papillomavirus cause human colorectal cancer? Applying Bradford Hill criteria postulates. *Ecancermedicalscience*. 2020;14:1107. doi:10.3332/ecancer.2020.1107

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DẠ ĐẼ NON BẰNG NIFEDIPINE TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Bùi Huy¹, Hoàng Đức Vĩnh¹, Trần Thế Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị dọa đẻ non bằng Nifedipin tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/06/2024 đến 31/05/2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 72 thai phụ dọa đẻ non có tuổi thai từ 22 đến hết 36 tuần tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Tỷ lệ thai phụ vào viện ở tuổi thai 32-36 tuần chiếm 59,8%; tuổi thai 32-34 tuần là 29,2% và từ 28-31 tuần là 23,6%. Tỷ lệ điều trị thành công bằng Nifedipine là 90,3%. Tỷ lệ thành công cao hơn ở nhóm có tần số CCTC ≤ 3 cơn và CTC mở ≤ 1 cm so với nhóm còn lại

($p < 0,05$). Tỷ lệ kéo dài thai kỳ > 28 ngày chiếm 65,3%; kéo dài thai kỳ 15–28 ngày là 19,4% và từ 8–14 ngày là 5,6%. Tỷ lệ tác dụng không mong muốn là đau đầu 6,9% và buồn nôn 6,9%. **Kết luận:** Nifedipine là thuốc điều trị dọa đẻ non cho kết quả rất cao và đảm bảo an toàn.

Từ khóa: Dọa đẻ non, Nifedipine, kết quả điều trị

SUMMARY

THE TREATMENT RESULT OF THREATENED PRETERM LABOR BY NIFEDIPINE AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the treatment result threatened preterm labor by Nifedipine at Thai Nguyen national hospital from June 1, 2024 to May 31, 2025. **Study subject and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 72 pregnant women with threatened premature labor which have gestational age from 22 to 36 weeks at Thai Nguyen national hospital. **Results:** The proportion of pregnant women had hospital admitted

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bùi Huy

Email: obstetricians87@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025