

nh nhiễm khuẩn hô hấp kèm theo. Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu ở bệnh viện hô hấp tuyến cuối nên các đặc điểm của bệnh bụi phổi silic ở các bệnh nhân có những đặc điểm riêng biệt rất dễ nhầm lẫn với nhiều bệnh hô hấp khác. Các triệu chứng thực thể của bệnh rõ ràng và gặp với tỷ lệ phổ biến. Mặc dù nghiên cứu chỉ mới thực hiện trong phạm vi nhỏ nên chưa thể đại diện cho tất cả các bệnh nhân bụi phổi silic điều trị tại bệnh viện của Việt Nam, tuy nhiên các kết quả của nghiên cứu cũng giúp các thầy thuốc lâm sàng cần đặc biệt lưu tâm đến bệnh bụi phổi silic ở các bệnh nhân có triệu chứng bệnh hô hấp và có tiền sử làm việc trong các môi trường tiếp xúc bụi silic.

## V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân bụi phổi silic điều trị tại Bệnh viện phổi trung ương có đặc điểm: Khó thở là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của các bệnh nhân (98,8%); Rì rào phế nang giảm 91,2% triệu chứng thực thể rale nổ là 75,7%, rale ẩm là 73,8%. Cần khai thác tiền sử nghề nghiệp để có thể chẩn đoán sớm bệnh bụi phổi silic tại các cơ sở điều trị bệnh hô hấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khương Văn Duy.** Bệnh bụi phổi silic (Silicosis) nghề nghiệp. Bệnh nghề nghiệp - Giáo trình đào tạo sau đại học. Nhà xuất bản Y học: Đại học Y Hà Nội; 2017. 64-81

2. **Nguyễn Ngọc Anh, Lê Thị Thanh Xuân, Khương Văn Duy** và cs Đặc điểm các hình ảnh bất thường trên phim xquang phổi của người lao động luyện thép tiếp xúc bụi silic tại Thái Nguyên năm 2019. Tạp chí Nghiên cứu y học. 2020;129(5):139 - 145.
3. **Fernández Alvarez R, Martínez González C, Quero Martínez A, et al.** Guidelines for the diagnosis and monitoring of silicosis. Archivos de bronconeumologia. 2015;51(2):86-93.
4. **Barber CM, Fishwick D, Carder M, et al.** Epidemiology of silicosis: reports from the SWORD scheme in the UK from 1996 to 2017. Occup Environ Med. 2019;76(1):17-21.
5. **CDC. Silicosis Screening in Surface Coal Miners** --- Pennsylvania, 1996--1997. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4927a2.htm>. Published 2000. Accessed 22/12/2020.
6. **Cowie RL.** The epidemiology of tuberculosis in gold miners with silicosis. Am J Respir Crit Care Med. 1994;150(5 Pt 1):1460-1462.
7. **Kleinschmidt I, Churchyard G.** Variation in incidences of tuberculosis in subgroups of South African gold miners. Occup Environ Med. 1997;54(9):636-641.
8. **Ta Thị Kim Nhung, Nguyễn Ngọc Anh, Lê Thị Thanh Xuân và cs.** Thực trạng mắc bệnh bụi phổi silic của người lao động ở một nhà máy luyện gang và một số yếu tố liên quan năm 2018. Tạp chí Y học Việt Nam. 2019;478:96-100.
9. **Nguyễn Ngọc Sơn và Lê Hoài Cẩm.** Tỷ lệ nhiễm bụi và đặc điểm lâm sàng X – quang, thông khí phổi của công nhân mắc bệnh bụi phổi silic tại xí nghiệp tàu thủy Sài Gòn. Y học thực hành (817) - số 4/2012, trang 29 – 33. 2012;817(4):29 - 33.

## ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG

Nguyễn Thị Tuyền\*, Lâm Vĩnh Niên\*\*, Nguyễn Văn Thanh\*\*\*, Võ Xuân Quế Ninh\*\*\*\*, Đặng Thị Huệ\*, Nguyễn Thị Hà Thanh\*, Hồ Thị Nguyên Sa\*, Lê Văn Hội\*, Lê Ngọc Ánh\*\*\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới. **Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô đại trực tràng theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới năm 2010. Xác định mối liên quan

giữa một số yếu tố bệnh học của ung thư biểu mô đại trực tràng. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 156 trường hợp được phẫu thuật và chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô đại trực tràng, tại bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng từ tháng 01/2018 đến hết tháng 8/2020. Đọc lại các tiêu bản, phân loại cácтип MBH, độ mô học, độ xâm lấn, di căn hạch, này chồi, hoại tử bản, xâm nhập lympho trong biểu mô theo phân loại của WHO 2010. **Kết quả:** UTBM tuyến thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 80,1%. Độ mô học biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 75,2%, độ xâm lấn T3 chiếm tỷ lệ cao nhất 60,3%. Tỷ lệ di căn hạch là 47,5%; tỷ lệ hoại tử bản là 41,7%; xâm nhập lympho trong biểu mô chiếm 14,7%; hình ảnh này chồi u chiếm 33,3%. Có mối liên quan giữa hoại tử bản, xâm nhập lympho trong biểu mô, này chồi u với độ xâm lấn. **Kết luận:** UTBM tuyến thông thường thường gặp

\*Đại học Kỹ Thuật Y-Dược Đà Nẵng

\*\*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

\*\*\*Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

\*\*\*\*Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Vĩnh Niên

Email: nien@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2021

Ngày duyệt bài: 15.11.2021

nhất. Độ mô học biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất, đa số bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn. Những trường hợp u ở giai đoạn T3 và T4 có tỷ lệ hoại tử bần, này chồi cao hơn ở giai đoạn T1 và T2. Trong khi đó, ở giai đoạn T1 và T2 tỷ lệ xâm nhập lympho trong biểu mô lại cao hơn ở giai đoạn T3 và T4.

**Từ khóa:** Giải phẫu bệnh, Ung thư biểu mô đại trực tràng.

## SUMMARY

### PATHOLOGIC FEATURES OF COLORECTAL AND RECTAL CARCINOMA AT DA NANG ONCOLOGY HOSPITAL

**Background:** Colorectal cancer is one of the most common cancers in the world. **Objectives:** To comment on pathological features of colorectal and rectal carcinoma by classification of the World Health Organization in 2010. Determining the association between some pathological factors of colorectal carcinoma. **Method:** A cross-sectional descriptive study of 156 cases that have had surgery and diagnosed histopathology as colorectal and rectal carcinoma, at Da Nang Oncology Hospital from January 2018 to the end of August 2020. Re-read the copies, classify the histological type, histological grade, invasiveness, lymph node metastasis, tumor budding, dirty necrosis, intraepithelial lymphocytes according to WHO 2010 classification. **Results:** Adenocarcinoma NOS has the highest rate of 80.1%. The moderately differentiated histology accounted for the highest rate of 75.2%, the pT3 stage accounted for the highest rate of 60.3%. Rate of lymph node metastasis is 47.5%; dirty necrosis rate is 41.7%; intraepithelial lymphocytes accounts for 14.7%; tumor budding accounted for 33.3%. There is a relationship between dirty necrosis, intraepithelial lymphocytes, and tumor budding with invasiveness. **Conclusion:** Most common adenocarcinoma NOS. The moderately differentiated histology accounted for the highest percentage, most of the disease was detected in the late stage. The rates of dirty necrosis, budding of tumors in the stage T3 and T4 have higher than these rates in T1 and T2 stages. Meanwhile, in the T1 and T2 stages, the intraepithelial lymphocytes rate is higher in the T3 and T4 stages.

**Keywords:** Pathological features, colorectal and rectal carcinoma

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới, bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng. Dựa trên tình hình ung thư toàn cầu năm 2018, trên thế giới có khoảng 18,1 triệu trường hợp mới mắc, trong đó có khoảng 9,5 triệu ca tử vong. Ước tính số trường hợp mới mắc sẽ tăng lên 24 triệu đến năm 2035. Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới. Theo số liệu của GLOBOCAN 2018 ước tính, số ca mới mắc bệnh là 1,85 triệu chiếm khoảng 10,2% trong tổng số bệnh lý ung thư và

có khoảng 880.791 ca tử vong<sup>(3)</sup>.

Tại Việt Nam, bệnh có xu hướng gia tăng, theo thống kê năm 2018 trên cả nước có khoảng 14.733 trường hợp mắc mới<sup>(3)</sup>. UTĐTT đứng thứ năm về tần số sau ung thư vú, gan, phổi và dạ dày trong các bệnh ung thư nói chung, đứng thứ ba trong các bệnh ung thư đường tiêu hóa và tít bệnh chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến<sup>(3)</sup>.

Trong các yếu tố tiên lượng bệnh thì tít mô bệnh học, độ mô học và giai đoạn bệnh học là các yếu tố quan trọng nhất, có ý nghĩa trực tiếp tới phương pháp điều trị và kết quả điều trị bệnh. Đặc điểm giải phẫu bệnh là yếu tố ảnh hưởng rất lớn đến giai đoạn TNM. Đặc điểm đại thể của khối u trong ung thư đại trực tràng đã được nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu và cho thấy ảnh hưởng tới giai đoạn bệnh. Tuy nhiên, mô học của u vẫn là yếu tố đặc biệt quan trọng do ảnh hưởng của tít u và độ mô học đến sự tiến triển của bệnh nhân. Năm 2010, Tổ chức Y tế Thế giới công bố bảng phân loại mới về UTĐTT dựa trên những thành tựu về hóa mô miễn dịch và sinh học phân tử, trong đó đã có nhiều thay đổi về tên gọi các tít, bổ sung thêm một số tít mô học mới có ý nghĩa cho việc tiên lượng bệnh nhân như ung thư biểu mô vi nhú, ung thư biểu mô tuyến răng cưa<sup>(2)</sup>. Vì vậy, chúng tôi áp dụng những tiêu chuẩn của bảng phân loại năm 2010 để tiến hành đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô đại trực tràng tại bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng". Mục tiêu nghiên cứu: *Nhận xét đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô đại trực tràng theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới năm 2010 và xác định mối liên quan giữa một số yếu tố bệnh học của ung thư biểu mô đại trực tràng.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Các mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân được phẫu thuật và chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô đại trực tràng, tại bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng từ tháng 01/2018 đến hết tháng 8/2020 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Các trường hợp UT đại trực tràng có chỉ định phẫu thuật triệt để và được chẩn đoán xác định là UTBM đại trực tràng trên bệnh phẩm phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ tháng 01/2018 đến hết tháng 8/2020.

- Bệnh nhân không có bệnh lý ung thư khác kèm theo.

- Bệnh nhân chỉ có một khối u trong đại tràng hoặc trực tràng.

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.
- Có khối nén và tiêu bản lưu giữ đủ để nghiên cứu. Tiêu bản và block sáp lưu trữ phải đầy đủ các lớp mô học của thành đại tràng để đánh giá mức độ xâm nhập của u.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Các trường hợp không đủ tiêu chuẩn trên.
- Khối u đại trực tràng là di căn từ cơ quan khác đến.
- Các trường hợp tái phát sau phẫu thuật hoặc đã điều trị bằng hóa chất, xạ trị trước phẫu thuật.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.2.2. Cỡ mẫu:** Công thức tính cỡ mẫu

$$n = Z^2_{\alpha/2} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu; Z ( $\alpha/2$ ): hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% tương đương với z = 1,96.

p: Theo số liệu của GLOBOCAN 2018 ước tính, số ca mới mắc bệnh là 1,85 triệu chiếm khoảng 10,2% trong tổng số bệnh lý ung thư và có khoảng 880.791 ca tử vong<sup>(3)</sup>. Chọn p=0,102

d: là mức chính xác của nghiên cứu, chính là sự khác biệt giữa tỷ lệ p thu được trên mẫu và tỷ lệ phân biệt trong quần thể, chọn d= 0,05.

Cỡ mẫu tối thiểu cần phải thu thập là 140 mẫu. Cỡ mẫu thực tế n=156.

**2.2.3. Phương pháp thu thập:** lấy mẫu toàn bộ

**2.2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu**

Tra cứu kết quả các trường hợp được chẩn đoán UTĐTT trong sổ lưu kết quả GPB tại khoa GPB bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

+ Ghi nhận tên bệnh nhân, mã khám bệnh, mã bệnh phẩm và khối nén. Sau đó tìm lại tiêu bản, khối nén.

+ Cắt nhuộm lại tiêu bản HE trong trường hợp tiêu bản không đủ tiêu chuẩn đánh giá.

+ Đánh giá các đặc điểm mô bệnh học trên H.E: Típ mô bệnh học theo WHO 2010, độ mô học, độ xâm lấn, di căn hạch, nẩy chồi, hoại tử bản, xâm nhập lympho trong biểu mô.

**2.3. Các biến số nghiên cứu**

- Phân loại MBH: chia thành 11 nhóm theo phân loại WHO 2010.

- Độ mô học: chia thành 4 nhóm: cao, vừa, kém, không biệt hóa theo WHO 2010.

- Độ xâm lấn: chia thành 5 nhóm Tis, T1, T2, T3, T4.

- Di căn hạch: chia thành 3 nhóm: N0, N1, N2.

- Hoại tử bản: chất vụn hoại tử trong lòng tuyến.

- Xâm nhập lympho bào: được xác định khi có ít nhất 5 tế bào lympho trong biểu mô trên một vi trường độ phóng đại 400 lần.

- Nảy chồi: được định nghĩa là sự xuất hiện các tế bào u đơn lẻ hoặc đám nhỏ tế bào u (<5 tế bào), rải rác trong mô đệm vùng u xâm nhập. Một bệnh nhân được xác định có hiện tượng nảy chồi khi có trên 10 chồi đếm trên một vi trường có độ phóng đại 200 lần<sup>(7)</sup>.

**2.4. Xử lý số liệu.** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý và tính: tần số, tỷ lệ %, so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng thuật toán Chi-square, các trường hợp mẫu quan sát nhỏ hơn 5 sẽ sử dụng phương pháp kiểm định Fisher's Exact Test.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm mô bệnh học**

**Bảng 1. Đặc điểm mô bệnh học UTBM đại trực tràng**

Đặc điểm		N=156	%
Típ mô bệnh học	UTBM tuyến thông thường	125	80,1
	UTBM tuyến nhầy	16	10,3
	UTBM tuyến mặt sàng	6	3,8
	UTBM vi nhú	4	2,6
	UTBM tế bào nhân	3	1,9
	UTBM tuyến răng cưa	2	1,3
Độ biệt hóa (UTBM tuyến thông thường)	Cao	26	20,8
	Vừa	94	75,2
	Kém	5	4,0

**Nhận xét:** - Các típ mô bệnh học gặp trong nghiên cứu gồm có: UTBM tuyến thông thường, típ nhầy, típ mặt sàng, típ vi nhú, típ tế bào nhân, và típ răng cưa. Trong đó, UTBM tuyến thông thường chiếm tỷ lệ cao với 80,1%, đứng thứ hai là UTBM nhầy mặc dù có tỷ lệ thấp là 10,3%, tiếp theo là 3 típ mô bệnh học mới: UTBM tuyến mặt sàng với 3,8%, UTBM tuyến vi nhú với 2,6%, típ răng cưa là 1,3%.

- Trong 125 trường hợp UTBM tuyến thông thường, hầu hết bệnh nhân có UTBM ở độ biệt hóa vừa với 75,2%, tiếp theo là UTBM biệt hóa cao có tỷ lệ là 20,8% và kém biệt hóa là 4,0%.

**3.2. Đặc điểm về sự xâm lấn của khối u và di căn hạch của UTBM đại trực tràng**

**Bảng 2. Đặc điểm xâm lấn và di căn hạch của UTBM đại trực tràng**

Đặc điểm		N=156	%
Độ xâm	T1	2	1,3
	T2	36	23,1

lần	T3	94	60,3
	T4	24	15,4
Di căn hạch	N0	82	52,6
	N1	60	38,5
	N2	14	9,0

**Nhận xét:** - UTBM đại trực tràng xâm lấn dưới thanh mạc (T3) chiếm tỷ lệ cao nhất (60,3%), xâm lấn lớp cơ (T2) chiếm tỷ lệ 23,1%; tiếp theo là xâm lấn ra ngoài thanh mạc (T4) chiếm 15,4% và xâm lấn lớp dưới niêm mạc chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,3%.

- Kết quả cho thấy đa số bệnh nhân không có di căn hạch (52,6%). Trong nhóm bệnh nhân có di căn hạch thì số bệnh nhân di căn ≤ 3 hạch chiếm tỷ lệ 38,5% và 9,0% trường hợp di căn > 3 hạch.

**3.3. Tình trạng xuất hiện hoại tử bần, xâm nhập lympho bào trong biểu mô và hiện tượng nảy chồi u (Tumor budding - TBD)**

**Bảng 3. Tỷ lệ gặp hoại tử bần, xâm nhập lympho bào trong biểu mô và nảy chồi u**

Đặc điểm	n	%	
Hoại tử bần	Có	65	41,7
	Không	91	58,3
Xâm nhập lympho bào	Có	23	14,7
	Không	133	85,3
Nảy chồi u	Có	52	33,3
	Không	104	66,7
<b>Tổng</b>	<b>156</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** - Có 65 trường hợp có hình ảnh hoại tử bần trong u, chiếm tỷ lệ 41,7%.

- Có 23 trường hợp có sự xâm nhập của lympho bào trong lớp biểu mô của mô u, chiếm tỷ lệ 14,7%.

- Có 52 trường hợp có hình ảnh nảy chồi u, chiếm tỷ lệ 33,3%.

**3.4. Môi liên quan giữa hoại tử bần và độ xâm lấn**

**Bảng 4. Môi liên quan giữa hoại tử bần và độ xâm lấn**

Độ xâm lấn	Hoại tử bần		p
	Có	Không	
T1	0 (0)	2 (100)	<b>0,019</b>
T2	9 (25,0)	27 (75,0)	
T3	41 (43,6)	53 (56,4)	
T4	15 (62,5)	9 (37,5)	
<b>Tổng</b>	<b>65 (41,7)</b>	<b>91 (58,3)</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ hoại tử bần chiếm chủ yếu ở nhóm bệnh nhân T3, T4. Tỷ lệ bệnh nhân có độ xâm lấn T3, T4 ở nhóm có hoại tử bần cao hơn nhóm không có hoại tử bần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,019.

**3.5. Môi liên quan giữa xâm nhập lympho trong biểu mô và độ xâm lấn**

**Bảng 5. Môi liên quan giữa xâm nhập lympho trong biểu mô và độ xâm lấn**

Độ xâm lấn	Xâm nhập lympho trong biểu mô		p
	Có	Không	
T1	1 (50,0)	1 (50,0)	<b>0,031</b>
T2	10 (27,8)	26 (72,2)	
T3	10 (10,6)	84 (89,4)	
T4	2 (8,3)	22 (91,7)	
<b>Tổng</b>	<b>23 (14,7)</b>	<b>133 (85,3)</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có độ xâm lấn T3, T4 có xâm nhập lympho trong biểu mô (10,6% và 8,3%) thấp hơn so với nhóm độ xâm lấn T1, T2 (27,8% và 50,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**3.6. Môi liên quan giữa nảy chồi và độ xâm lấn**

**Bảng 6. Môi liên quan giữa nảy chồi và độ xâm lấn**

Độ xâm lấn	Nảy chồi, n(%)		p
	Có	Không	
T1	0 (0)	2 (100)	<b>0,024</b>
T2	5 (13,9)	45 (80,4)	
T3	37 (39,4)	57 (60,6)	
T4	10 (41,7)	1 (33,3)	
<b>Tổng</b>	<b>52 (33,3)</b>	<b>104 (66,7)</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ nảy chồi u chiếm chủ yếu ở các bệnh nhân có độ xâm lấn T3, T4. Tỷ lệ bệnh nhân có độ xâm lấn T3, T4 ở nhóm có nảy chồi u (39,4% và 41,7%) cao hơn ở nhóm xâm lấn T1 và T2 (0% so với 13,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,024.

**IV. BÀN LUẬN**

**Đặc điểm các típmô bệnh học.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư biểu mô tuyến típmô thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 80,1%, sau đó là ung thư biểu mô tuyến nhầy 10,3%, các típmô học khác chiếm tỷ lệ thấp từ 1 đến 4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Đặng Trần Tiến năm 2007 tại bệnh viện E cho thấy tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến là 84%<sup>(5)</sup>. Nghiên cứu của Chu Văn Đức năm 2015 trên 174 trường hợp UTĐTT cho thấy ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ 87,9%, sau đó là ung thư biểu mô tuyến nhầy 6,9%, ung thư biểu mô tế bào nhầy chiếm 1,7% và ung thư thể tủy chiếm 0,6%<sup>(4)</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào là UTBM thể tủy và không biệt hóa, có 1,9% là

UTBM tế bào nhẵn. UTBM tế bào nhẵn biểu hiện đặc điểm kém biệt hóa, độ mô học cao và có tiên lượng xấu. Một trong các điểm mới trong phân loại của WHO năm 2010 so với các phân loại cũ là sự bổ sung 3 típ mô học mới: UTBM tuyến dạng sàng, UTBM tuyến răng cưa và UTBM vi nhú. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ các típ này lần lượt là 3,8%; 1,3%; 2,6%. UTBM vi nhú cũng được mô tả trong các cơ quan khác như tuyến vú, phổi, bàng quang, buồng trứng, tuyến nước bọt. Đặc điểm mô học này là một yếu tố tiên lượng xấu. UTBM vi nhú có tần số cao di hạch, xâm nhập mạch, thần kinh và giai đoạn T cao. Qua các nghiên cứu đều cho thấy típ mô học vi nhú nên được nhận biết trong kết quả giải phẫu bệnh bởi giá trị tiên lượng của nó.

**Đặc điểm về độ mô học.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, u biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 75,2%, u biệt hóa cao chiếm 20,8% và u kém biệt hóa chiếm 4,0%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hồng năm 2011 cho thấy u biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 66,22%, sau đó là biệt hóa cao 21,62% và kém biệt hóa 12,16%<sup>(8)</sup>. Nghiên cứu của Chu Văn Đức năm 2015 cho thấy u biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ 52,3%, biệt hóa cao chiếm tỷ lệ 25,4% và kém biệt hóa là 20,3%<sup>(4)</sup>. Các kết quả trên tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đều cho thấy nhóm u biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất. Nhiều nghiên cứu cho thấy độ mô học là một yếu tố tiên lượng độc lập, độ mô học cao liên quan đến tăng nguy cơ di căn hạch, di căn xa và có tiên lượng xấu<sup>(6)</sup>.

**Đặc điểm về độ xâm lấn.** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp xâm lấn lớp dưới niêm mạc (T1) chiếm tỷ lệ 1,3%; 36 trường hợp xâm lấn lớp cơ (T2) chiếm 23,1%; 94 trường hợp xâm lấn lớp dưới thanh mạc (T3) chiếm 60,3% và 24 trường hợp mô u phá vỡ thanh mạc (T4) chiếm 15,4%. Theo Chu Văn Đức, u xâm nhập lớp niêm mạc chiếm 1,2%<sup>(4)</sup>. Nghiên cứu của Betge cho thấy u ở T1 chiếm tỷ lệ thấp nhất 7,3%, u ở T3 chiếm tỷ lệ cao nhất 57,2%<sup>(1)</sup>. Các nghiên cứu đều cho kết quả chung là u ở giai đoạn T3 chiếm tỷ lệ chủ yếu, thấp nhất là giai đoạn T1, điều đó cũng cho thấy u được phát hiện chủ yếu ở giai đoạn muộn.

**Đặc điểm di căn hạch.** Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân có di căn hạch là 74/156 chiếm tỷ lệ 47,5% trong đó tỷ lệ N1 (di căn  $\leq 3$  hạch) là 38,5% và N2 (di căn  $\geq 4$  hạch) là 9,0%. Nhiều nghiên cứu cũng đánh giá độ mô học, sự xâm lấn, số lượng di căn hạch là các yếu tố tiên lượng quan trọng trong UTĐTT<sup>(6)</sup>. Sự trao đổi thông tin giữa bác sĩ phẫu thuật và nhà giải

phẫu bệnh là luôn cần thiết để đánh giá chính xác giai đoạn bệnh, đưa đến phác đồ điều trị hợp lý cho bệnh nhân.

**Hoại tử bần.** Hoại tử u được xác định như yếu tố tiên lượng trong một số u đặc như vú, phổi, tụy, thận cũng như sarcôm mô mềm. Nghiên cứu về hoại tử u trong UTĐTT còn ít được nói đến. Các nghiên cứu gần đây đã xác định hoại tử u trong UTĐTT có liên quan đến bệnh tiến triển, độ mô học cao, xâm nhập mạch và kích thước u lớn.

**Xâm nhập lympho trong biểu mô.** Xâm nhập lympho trong u (Tumor-infiltrating lymphocytes - TILs) gợi ý đặc điểm tiên lượng tốt cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng. Nó phản ánh đáp ứng miễn dịch kháng u của cơ thể, qua trung gian tế bào lympho T. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 14,7% bệnh nhân có TILs. Nghiên cứu của Ogino và cộng sự trên 843 bệnh nhân cho thấy số bệnh nhân có TILs chiếm tỷ lệ 25,9%<sup>(9)</sup>.

**Hình ảnh nảy chồi u.** Hiện tượng nảy chồi (Tumor budding - TBD) thể hiện tính chất mất kết dính của tế bào u. Trong nghiên cứu này, hiện tượng nảy chồi chiếm 33,3%. Nakamura và cộng sự phân tích 200 bệnh nhân ung thư đại tràng, xác định TBD là một yếu tố tiên lượng mạnh liên quan đến tỷ lệ tử vong<sup>(7)</sup>.

**Mối liên quan giữa hoại tử bần, nảy chồi u và xâm nhập lympho trong biểu mô với độ xâm lấn.** Hoại tử bần, nảy chồi u và xâm nhập lympho trong biểu mô là các yếu tố chưa được đánh giá trong giải phẫu bệnh thường quy nhưng nhiều nghiên cứu đã chứng minh chúng có giá trị tiên lượng độc lập trong ung thư biểu mô đại trực tràng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa hoại tử bần, nảy chồi u với độ xâm lấn. Tỷ lệ hoại tử bần, nảy chồi u chiếm chủ yếu ở các bệnh nhân có độ xâm lấn T3, T4. Tỷ lệ bệnh nhân có độ xâm lấn T3, T4 trong nhóm bệnh nhân có hoại tử bần, nảy chồi cao hơn nhóm bệnh nhân có độ xâm lấn T1 và T2 ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa xâm nhập lympho trong biểu mô và độ xâm lấn. Cụ thể, tỷ lệ bệnh nhân có độ xâm lấn T3, T4 xâm nhập lympho trong biểu mô (10,6% và 8,3%) thấp hơn so với nhóm độ xâm lấn T1, T2 (27,8% và 50,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của Richards và Pollheimer đều cho thấy có mối liên quan giữa hoại tử bần và độ xâm lấn ( $p < 0,001$ ).

## V. KẾT LUẬN

UTBM tuyến thông thường thường gặp nhất.

Độ mô học biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất, đa số bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn. Có mối liên quan giữa hoại tử bần, nảy chồi và xâm nhập lympho trong biểu mô với độ xâm lấn. Cụ thể, những trường hợp u ở giai đoạn T3 và T4 có tỷ lệ hoại tử bần, nảy chồi cao hơn ở giai đoạn T1 và T2. Trong khi đó, ở giai đoạn T1 và T2 tỷ lệ xâm nhập lympho trong biểu mô lại cao hơn ở giai đoạn T3 và T4.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Betge J, Pollheimer M, Lindtner R A, et al. (2012)**, Intramural and extramural vascular invasion in colorectal cancer: prognostic significance and quality of pathology reporting, *Cancer*, 118(3): 628-38.
2. **Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, et al. (2010)**, WHO classification of tumours of the digestive system, vol. 3. 4th ed Lyon: International Agency for Research on Cancer.
3. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL,**

- Torre LA, Jemal A. (2018)** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 68(6):394-424.
4. **Chu Văn Đức (2015)**, Nghiên cứu bộc lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch và mối liên quan với đặc điểm mô bệnh học trong ung thư biểu mô đại trực tràng, Luận An tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
  5. **Đặng Trần Tiên (2007)**, Nghiên cứu hình thái học của ung thư đại trực tràng, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 11(3):86-88.
  6. **Marzouk O and Schofield J (2011)**, Review of histopathological and molecular prognostic features in colorectal cancer, *Cancers (Basel)*, 3(2):2767-810.
  7. **Nakamura T, Mitomi H, Kanazawa H, et al. (2008)**, Tumor budding as an index to identify high-risk patients with stage II colon cancer, *Dis Colon Rectum*, 51(5):568-72.
  8. **Nguyễn Văn Hồng (2011)**, Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch (Ki67 và p53) ung thư đại trực tràng tại bệnh viện 19.8 - Bộ Công An, Đề tài nghiên cứu cấp Bộ.

## NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CỦA TRÀ NHÚNG BTL VÀ TƯ VẤN TRONG ĐIỀU TRỊ CAI NGHIỆN THUỐC LÁ

Trần Thái Hà<sup>1</sup>, Bùi Thị Phương Thảo<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng điều trị Hội chứng cai trong cai nghiện thuốc lá của trà nhúng BTL và tư vấn, theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp. **Đối tượng và phương pháp:** thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, so sánh trước và sau điều trị. Đối tượng là 200 bệnh nhân. Liệu trình điều trị là 30 ngày. **Kết quả:** Cai nghiện thuốc lá đạt tỷ lệ 38% tốt, 25% khá và 37% không kết quả. **Kết luận:** Trà nhúng BTL kết hợp tư vấn có tác dụng hỗ trợ cai nghiện thuốc lá, cải thiện các triệu chứng của Hội chứng cai: thèm thuốc, lo lắng, căng thẳng, cáu gắt, giảm tập trung, tăng cân... và làm giảm hàm lượng CO trong hơi thở của bệnh nhân sau cai nghiện thuốc lá.

**Từ khóa:** Cai nghiện thuốc lá, Hội chứng cai, trà nhúng BTL, tư vấn

### SUMMARY

#### STUDY THE EFFICIENCY OF SMOKING CESSATION THROUGH THE BLT TEA AND MEDICAL ADVICE

**Objectives:** To determine the effectiveness of BTL tea and giving medical advice in smoking cessation treatment and monitor methods' adverse

reaction. **Subjects and Methods:** Perspective clinical trial, comparisons of before and after treatment. There are 200 patients in the 30-day treatment. **Results:** The very good rate of smoking cessation cases were 38%, 25% of these were good and 37% of these were not effective. **Conclusions:** BTL tea and medical advice is effective in smoking cessation, improving symptoms of withdrawal syndrome (shortness, irritability, insomnia, cravings...) and decreased levels of CO in the breath of patients after treatment.

**Keywords:** Smoking cessation, withdrawal syndrome, BTL tea, medical advise

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới hiện có khoảng 1,3 tỷ người hút thuốc lá. Việt Nam vẫn là một trong 15 nước có số người hút thuốc lá cao nhất trên thế giới. Theo kết quả điều tra GATS (2015) (điều tra tình hình sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành), Việt Nam hiện có 22,5% dân số trên 15 tuổi đang hút thuốc lá, tương đương với 15,6 triệu người [1]. Mỗi năm, tại Việt Nam có khoảng 40.000 ca tử vong liên quan đến sử dụng thuốc lá, nếu không có biện pháp phòng chống tích cực con số này sẽ là 70.000 vào năm 2030 [2].

Thuốc lá gây ra những tổn thất về kinh tế và sức khỏe đối với các cá nhân, gia đình và xã hội. Trên thế giới, ước tính mỗi năm sử dụng thuốc lá gây thiệt hại khoảng 500 tỷ đô-la Mỹ. Tại Việt

<sup>1</sup>Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Hà

Email: phdtranthaiha@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2021

Ngày duyệt bài: 12.11.2021