

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ BỘC LỘ DẤU ẤN VIMENTIN VỚI TYP MÔ HỌC, ĐỘ MÔ HỌC VÀ GIAI ĐOẠN SAU PHẪU THUẬT CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY

Phùng Thế Khang¹, Phạm Thị Thủy¹,
Nguyễn Thị Thúy Hương¹, Đặng Thị Thu Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ bộc lộ dấu ấn Vimentin với typ mô học, độ mô học và giai đoạn pT sau phẫu thuật của ung thư biểu mô tuyến dạ dày.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trên 57 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là: $62,09 \pm 10,73$ tuổi, trong đó tuổi thấp nhất là 30 tuổi và tuổi cao nhất là 86 tuổi. Tỷ lệ nam: nữ là 1,59. Mức độ bộc lộ mạnh gặp nhiều nhất ở trong thứ typ ung thư biểu mô tuyến hỗn hợp chiếm 38,5%. Sự bộc lộ Vimentin mức mạnh ở nhóm kém biệt hóa là cao nhất 16,2%. Tỷ lệ cường độ bộc lộ mạnh lớn hơn cường độ bộc lộ mức yếu ở các độ sâu xâm nhập u.

Kết luận: Cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định vai trò của dấu ấn Vimentin trong ung thư biểu mô tuyến dạ dày.

Từ khóa: *Vimentin, ung thư biểu mô tuyến dạ dày*

SUMMARY

EVALUATION OF THE LEVEL OF VIMENTIN MARKER EXPRESSION WITH HISTOLOGICAL TYPE, HISTOLOGICAL GRADE AND POST-SURGERY STAGE OF GASTRIC ADENOCARCINOMA

Objective: Evaluate the level of Vimentin marker expression with histological type, histological grade and post-surgery stage of gastric adenocarcinoma.

Research subjects and methods: cross-sectional description, convenience sampling on 57 patients who met the selection criteria.

Results: The average age of the study subjects was: 62.09 ± 10.73 years old, of which the lowest age was 30 years old and the highest age was 86 years old. The

male: female ratio is 1.59. The level of strong expression is most common in the mixed adenocarcinoma type, accounting for 38.5%. The strong Vimentin expression in the poorly differentiated group was the highest at 16.2%. The ratio of strong exposure intensity is greater than weak exposure intensity at tumor penetration depths.

Conclusion: Research with a larger sample size is needed to confirm the role of the Vimentin marker in gastric adenocarcinoma.

Keywords: *Vimentin, gastric adenocarcinoma*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là loại ung thư phổ biến thứ năm và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng thứ ba trên toàn thế giới, chịu trách nhiệm cho hơn 1.000.000 trường hợp mới và ước tính 783.000 ca tử vong vào năm 2018 [1]. Do đó, nó vẫn là một gánh nặng sức khỏe cộng đồng quan trọng trên toàn thế giới, đặc biệt là ở các nước đang phát triển.

Bình thường, tế bào biểu mô lành âm tính với Vimentin. Trong ung thư biểu mô, một phần tế bào u dương tính với Vimentin (ở bào tương) – đó là một trong dấu hiệu nhận biết tế bào u đang chuyển dạng sang trung mô (EMT) để xâm nhập, di căn. Vì vậy Vimentin được sử dụng như một dấu ấn sinh học để xác định sự chuyển dạng biểu mô – trung mô thúc trong cơ chế di căn, xâm lấn của các bệnh ung thư [2]. Sự biểu hiện của Vimentin trong các tế bào ung thư có mối tương quan thuận với sự di căn, xâm lấn, phát triển khối u và tiên lượng xấu. Dựa vào tỷ lệ Vimentin dương tính của tế bào biểu mô ác tính có thể sơ bộ đánh giá tiến triển u. Việc ứng dụng dấu ấn miễn dịch Vimentin bộc lộ chuyển dạng trung mô trong ung thư biểu mô (UTBM) tuyến dạ dày sẽ góp phần dự đoán di căn, xâm lấn sớm của UTDD. Năm 2013, nghiên cứu của Zhao và cộng sự cho rằng Vimentin như một dấu hiệu tiên lượng tiềm năng có liên quan đến xâm lấn của ung thư dạ dày tiến triển [3]. Năm 2015, báo cáo

¹Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Phùng Thế Khang

Email: phungthekhanghd@gmail.com

Mã bài: N818

Ngày nhận bài: 10/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 7/4/2026

Ngày duyệt bài: 5/5/2026

của Huang và cộng sự cho thấy kích hoạt EMT dạ dày có thể làm cho các tế bào UTBM dạ dày chuyển dạng đặc điểm trung mô và giảm các đặc điểm biểu mô, và thúc đẩy tế bào ung thư xâm lấn, di căn và kháng hóa chất với các phân tử kết dính tế bào [4]. Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về bệnh UTDD cả về hình thái mô bệnh học và hóa mô miễn dịch, tuy nhiên ít có nghiên cứu về ứng dụng của Vimentin trong bọc lộ chuyển dạng trung mô của UTBM tuyến dạ dày. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: “Đánh giá mức độ bọc lộ dấu ấn Vimentin với typ mô học, độ mô học và giai đoạn pT sau phẫu thuật của ung thư biểu mô tuyến dạ dày”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân được điều trị phẫu thuật cắt dạ dày tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là UTBM tuyến dạ dày, từ tháng 10/2022 đến tháng 10/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán MBH là UTBM tuyến dạ dày.
- Bệnh nhân được điều trị ban đầu bằng phẫu thuật cắt đoạn hoặc toàn bộ dạ dày.
- Có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ thông tin liên quan.
- Còn tiêu bản nhuộm HE và khối nén bệnh phẩm đủ để thực hiện kỹ thuật hóa mô miễn dịch.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Lấy toàn bộ các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn để tham gia nghiên cứu. Số lượng bệnh nhân được nghiên cứu là 57 bệnh nhân.

2.3. Xử lý số liệu

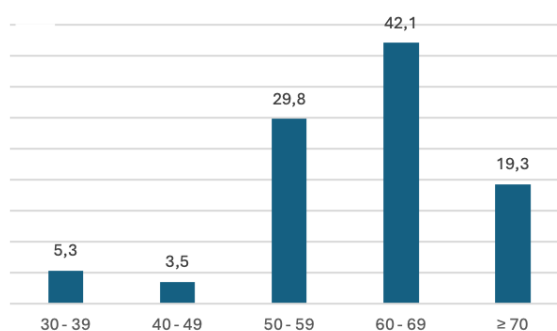
Nhập số liệu, quản lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các phân tích mô tả được sử dụng phù hợp với các thông tin được phân tích.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự cho phép và ủng hộ của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.
- Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua.
- Giữ bí mật về mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu.
- Nghiên cứu chỉ phục vụ cho khoa học, ngoài ra không vì mục đích nào khác.

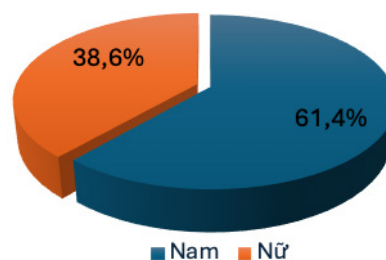
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh theo nhóm tuổi

Nhận xét: Nhóm tuổi 60 – 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (42,1%). Nhóm 40 – 49 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,5%. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là: $62,09 \pm 10,73$ tuổi, trong đó tuổi thấp nhất là 30 tuổi và tuổi cao nhất là 86 tuổi.



Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh theo giới

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 22 nữ chiếm tỷ lệ 38,6%, và 35 nam chiếm tỷ lệ 61,4%. Tỷ lệ nam: nữ là 1,59.

3.2. Đối chiếu mức độ bọc lộ Vimentin với typ mô học, độ mô học và giai đoạn pT

Bảng 3.1. Đối chiếu mức độ bộc lộ Vimentin với typ mô học

Typ mô học	Âm tính		Mức yếu		Mức mạnh		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
UTBM tuyến ống	10	90,9	1	9,1	0	0	11	100
UTBM tuyến nhú	12	75	3	18,8	1	6,2	16	100
UTBM tuyến nhày	4	80	1	20	0	0	5	100
UTBM kém kết dính	10	90,9	0	0	1	9,1	11	100
UTBM tuyến hỗn hợp	8	61,5	0	0	5	38,5	13	100

Nhận xét: Ở nhóm thứ typ UTBM tuyến ống âm tính 90,9%, dương tính yếu là 9,1%, không có trường hợp nào dương tính mạnh. Ở nhóm thứ typ UTBM tuyến nhú âm tính 75%, dương tính yếu là 18,8%, dương tính mạnh là 6,2%. Ở nhóm thứ typ UTBM tuyến ống âm tính 90,9%, không có trường hợp nào dương tính yếu dương tính mạnh 9,1%. Nhóm thứ typ UTBM kém kết dính có 90,0% âm tính, 9,1% dương tính mạnh và không có trường hợp nào dương tính yếu. Ở nhóm thứ typ UTBM hỗn hợp âm tính 61,5%, không có trường hợp nào dương tính yếu, dương tính mạnh chiếm 38,5%.

Bảng 3.2. Đối chiếu mức độ bộc lộ Vimentin với độ mô học

Typ mô học	Âm tính		Mức yếu		Mức mạnh		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kém biệt hóa	29	78,4	2	5,4	6	16,2	37	100
Biệt hóa vừa	16	80	3	15	1	5	20	100

Nhận xét: Ở nhóm độ mô học kém biệt hóa, âm tính (78,4%), dương tính yếu (5,4%), dương tính mạnh (16,2%). Ở nhóm biệt hóa vừa, âm tính (80%), dương tính yếu (15%), dương tính mạnh (5%).

Bảng 3.3. Đối chiếu mức độ bộc lộ Vimentin với giai đoạn pT

Giai đoạn pT	Âm tính		Mức yếu		Mức mạnh		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Giai đoạn sớm (pT1)	7	70	1	10	2	20	10	100
Giai đoạn tiến triển (pT2, pT3, pT4)	38	80,9	4	8,4	5	10,6	47	100

Nhận xét: Ở nhóm giai đoạn sớm, âm tính (70%), dương tính yếu (10%), dương tính mạnh (20%). Ở nhóm giai đoạn tiến triển, âm tính (80,9%), dương tính yếu (8,4%), dương tính mạnh (10,6%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi, trong tổng số 57 bệnh nhân UTBM tuyến dạ dày thấy rằng độ tuổi từ 60 – 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (42,1%), tiếp theo là độ tuổi từ 50 – 59 tuổi chiếm tỷ lệ 29,8%. Nếu tính chung nhóm tuổi từ 50 – 69 tuổi là 71,9%. Nhóm tuổi ≥ 70 chiếm 19,3%, còn lại các nhóm tuổi khác chiếm tỷ lệ thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi thấp nhất của bệnh nhân là 30 tuổi, tuổi cao nhất là 86 tuổi, tuổi trung bình là $62,09 \pm 10,73$ tuổi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với tác giả Trương Thị Hoàng Lan (2013) trong đó tuổi trung bình là $61,03 \pm 10,05$, tuổi cao nhất là 82 tuổi thấp nhất là 29 [5]. Nghiên cứu của tác giả Zhao và cộng sự (2013) tuổi trung bình là 61, tuổi cao nhất là 90 tuổi thấp nhất là 31 [3]. Nghiên cứu của chúng tôi trên 35 bệnh nhân là nam chiếm 61,4%, 22 bệnh nhân là nữ chiếm tỷ lệ 38,6%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,6. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Trương Thị

Hoàng Lan (2013) tỷ lệ phần trăm nam, nữ lần lượt là 62,8% và 37,3%, tỷ lệ nam/nữ 1,68 [5]. Theo tác giả Zhao (2013) tỷ lệ nam/nữ là 1,68 [3], ở nghiên cứu của tác giả Đặng Trần Tiến tỷ lệ nam/nữ là 1,5 [6]. Các nghiên cứu đều cho thấy ung thư biểu mô tuyến dạ dày thường gặp hơn nam giới, tuy nhiên có khác biệt về tỷ lệ nam/nữ giữa các nghiên cứu, sự khác biệt tỷ lệ nam và nữ có thể giải thích do nam giới có nhiều khả năng phơi nhiễm với yếu tố có nguy cơ cao đối với ung thư dạ dày như thói quen sử dụng rượu bia, hút thuốc lá liên quan tăng nguy cơ mắc UTDD, phơi nhiễm nghề nghiệp: các ngành nghề tiếp xúc với than và khai thác mỏ thiếc, chế biến kim loại, đặc biệt là sắt thép và các ngành công nghiệp sản xuất cao su... dẫn đến tăng nguy cơ UTDD [7], [8].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở nhóm thứ tự ung thư biểu mô tuyến ống âm tính 90,9%, dương tính yếu là 9,1%, không có trường hợp nào dương tính mạnh. Ở nhóm thứ tự UTBM tuyến nhú âm tính 75%, dương tính yếu là 18,8%, dương tính mạnh là 6,2%. Ở nhóm thứ tự UTBM tuyến ống âm tính 90,9%, không có trường hợp nào dương tính yếu dương tính mạnh 9,1%. Ở nhóm thứ tự ung thư biểu mô hỗn hợp âm tính 61,5%, không có trường hợp nào dương tính yếu, dương tính mạnh 38,5%. Kết quả cho thấy ung thư biểu mô tuyến ống và UTBM tuyến nhú (nhóm biệt hóa) các tế bào ác tính ít chuyển sang dạng trung mô hơn tỷ lệ Vimentin dương tính thấp hơn so với Vimentin âm tính, có lẽ chính vì lý do này mà nhóm thứ tự này mô u thường xâm lấn và di căn chậm hơn. Mức độ bộc lộ mạnh gặp nhiều nhất ở trong thứ tự UTBM tuyến hỗn hợp chiếm 38,5%. Trong phân chia thứ tự mô học của Tổ chức y tế thế giới năm 2019 thì UTBM tuyến dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất trên 90% trong đó thứ tự UTBM tuyến hỗn hợp chiếm từ 6 – 22% nhưng chúng lại là thứ tự bộc lộ Vimentin nhiều nhất và dương tính mức mạnh cao nhất trong các thứ tự, như vậy khi nghiên cứu sự bộc lộ chuyển dạng trung mô của ung thư biểu mô tuyến dạ dày chúng ta nên quan tâm hơn trong các nhóm thứ tự này.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở nhóm kém biệt hóa, âm tính (78,4%), dương tính yếu (5,4%), dương tính mạnh (16,2%). Ở nhóm biệt hóa vừa, âm tính (80%), dương tính yếu (15%), dương tính mạnh (5%). Ung thư biểu mô tuyến dạ dày được các nhà giải phẫu bệnh

xếp loại theo mức độ biệt hóa, biệt hóa càng kém thì mức độ ác tính càng cao [9], [10]. Dựa vào tỷ lệ và hình thái tuyến trong u để ta chia khối u thành biệt hóa hay không biệt hóa và căn cứ vào mức độ ống tuyến mà phân loại biệt hóa thành biệt cao, biệt hóa vừa, kém biệt hóa. Sự bộc lộ Vimentin càng mạnh trong các bệnh ung thư có mối tương quan thuận với sự phát triển nhanh chóng của khối u, sự xâm lấn và tiên lượng xấu. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bộc lộ mức mạnh ở nhóm kém biệt hóa là cao nhất 16,2%. Từ kết quả nghiên cứu trên ta có thể thấy rằng nhóm ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa sẽ có sự xâm lấn và di căn mạnh nhất. Điều này gợi ý cho các nhà lâm sàng nên tập trung nghiên cứu sự xâm lấn và di căn của bệnh tập trung chủ yếu vào nhóm ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở nhóm giai đoạn sớm, âm tính (70%), dương tính yếu (10%), dương tính mạnh (20%). Ở nhóm giai đoạn tiến triển, âm tính (80,9%), dương tính yếu (8,4%), dương tính mạnh (10,6%). Độ sâu xâm nhập của UTBM tuyến dạ dày được các nhà giải phẫu bệnh xếp loại theo mức độ xâm nhập từ lớp biểu mô tới lớp thanh mạc, mức độ xâm nhập càng sâu tới lớp thanh mạc thì mức độ bệnh càng muộn, độ ác tính càng cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng tỷ lệ cường độ bộc lộ mạnh đều lớn hơn cường độ bộc lộ mức yếu ở các độ sâu xâm nhập u.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là: $62,09 \pm 10,73$ tuổi, trong đó tuổi thấp nhất là 30 tuổi và tuổi cao nhất là 86 tuổi. Tỷ lệ nam: nữ là 1,59. Mức độ bộc lộ mạnh gặp nhiều nhất ở trong thứ tự ung thư biểu mô tuyến hỗn hợp chiếm 38,5%. Sự bộc lộ Vimentin mức mạnh ở nhóm kém biệt hóa là cao nhất 16,2%. Tỷ lệ cường độ bộc lộ mạnh lớn hơn cường độ bộc lộ mức yếu ở các độ sâu xâm nhập u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68:394–424. doi: 10.3322/caac.21492.

2. **Leader M, Collins M, Patel J, Henry K.** Vimentin: an evaluation of its role as a tumour marker. *Histopathology*. 1987;11(1):63–72.
3. **Zhao W, Yue L, Zhou F, et al.** Clinical significance of vimentin expression and Her-2 status in patients with gastric carcinoma. *Clin Transl Sci*. 2013;6(3):184–190.
4. **Huang L, Wu R-L, Xu A-M.** Epithelial-mesenchymal transition in gastric cancer. *Am J Transl Res*. 2015;7(11):2141
5. **Trương Thị Hoàng Lan** (2013) *Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và sự bộc lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch trong ung thư biểu mô dạ dày*, Trường Đại học Y Hà Nội. Hà Nội.
6. **Đặng Trần Tiến** (2002) *Nghiên cứu tổn thương trong và ngoài vùng ung thư dạ dày*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội
7. **Annie On On Chan, Benjamin Wong** (2014), *Epidemiology of gastric cancer*, UpToDate, September 2014, version 19.0.
8. **Valle JW, Armstrong A, Newman C, et al.** A phase 2 study of SP1049C, doxorubicin in P-glycoprotein-targeting pluronics, in patients with advanced adenocarcinoma of the esophagus and gastroesophageal junction. *Invest New Drugs*. 2011;29(5):1029–1037
9. **Sobin L.** International Union Against Cancer (UICC) TNM classification of malignant tumours. *Oesophagus Oesophagogastric Junction*. Published online 2009:66–72.
10. **Ajani JA, D'Amico TA, Almhanna K, et al.** Gastric cancer, version 3.2016, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2016;14(10):1286–1312.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG SẸO LỖI VÙNG NGỰC SAU PHẪU THUẬT TIM MẠCH BẰNG THANG ĐIỂM JSS VÀ POSAS TẠI BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC

Tống Thanh Hải¹, Đỗ Trung Quyết¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân sẹo lồi vùng ngực sau phẫu thuật tim mạch điều trị tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 25 bệnh nhân sẹo lồi vùng ngực sau phẫu thuật tim mạch điều trị giai đoạn 2022–2025. Các đặc điểm dịch tễ, tiền sử và đặc điểm lâm sàng được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Mức độ sẹo được đánh giá bằng thang điểm JSS và POSAS.

Kết quả: Tuổi trung bình là 46,6; nữ giới chiếm 60% và nhóm trên 40 tuổi chiếm 76%. Phẫu thuật mạch vành là nguyên nhân thường gặp nhất (40%). Sẹo xuất hiện

trung bình sau phẫu thuật 7,3 tháng. Thời gian từ khi xuất hiện sẹo đến khi điều trị lần đầu trung bình 175,2 tháng. 64% bệnh nhân đã điều trị trước đó và đều tái phát. Dạng sẹo cánh bướm gặp nhiều nhất (32%). Kích thước sẹo trung bình 14,5 × 3,4 × 0,8 cm. Điểm JSS trung bình 18,1 ± 2,5; tổng điểm POSAS của quan sát viên và bệnh nhân lần lượt là 38,3 ± 4,5 và 40,1 ± 3,2.

Kết luận: Sẹo lồi vùng ngực sau phẫu thuật tim mạch có kích thước lớn, mức độ nặng và tỷ lệ tái phát cao. Phát hiện và can thiệp sớm có ý nghĩa quan trọng cải thiện kết quả điều trị.

Từ khóa: Sẹo lồi; phẫu thuật tim mạch; sẹo vùng ngực; JSS; POSAS

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF THORACIC KELOIDS AFTER CARDIOVASCULAR SURGERY ASSESSED USING THE JSS AND POSAS SCALE AT LE HUU TRAC NATIONAL BURN HOSPITAL

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Tống Thanh Hải

Email: drtonghai@gmail.com

Mã bài: N814

Ngày nhận bài: 5/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 3/5/2026

Ngày duyệt bài: 15/6/2026