

với 10,85±5,83). Bệnh nhân vảy nến mảng mức độ nặng có tỷ lệ mắc HCCH cao nhất là 76,5%. Vảy nến mức độ càng nặng thì nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa càng tăng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Khác với Danijela, không thể tìm thấy bất kỳ mối liên quan nào giữa mức độ nghiêm trọng của bệnh vảy nến và HCCH. Sự khác biệt này có thể do phép đo trực tiếp (giá trị trong phòng thí nghiệm) của các thành phần của HCCH và mức độ nặng được đánh giá một cách chủ quan tùy thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ lâm sàng. Tuy nhiên, nhiều tác giả khác có kết quả tương tự chúng tôi, cho rằng bệnh vảy nến có liên quan đến HCCH theo kiểu "mức độ-đáp ứng", bệnh càng nặng càng dễ mắc HCCH [10]. Đồng thời, mối liên quan giữa tăng huyết áp, tăng triglycerid, đái tháo đường, béo phì bụng với vảy nến trung bình và nặng mạnh hơn so với vảy nến nhẹ [5].

V. KẾT LUẬN

Tuổi khởi phát trung bình và thời gian mắc bệnh của nhóm bệnh nhân vảy nến có HCCH cao hơn nhóm không có HCCH, chủ yếu là nhóm khởi phát bệnh sau 40 tuổi. Điểm PASI trung bình ở nhóm bệnh nhân vảy nến mảng có HCCH cao hơn nhóm không có HCCH, nhất là mức độ trung bình-nặng. Do đó, việc sàng lọc hội chứng chuyển hóa được khuyến cáo đối với bệnh nhân vảy nến để được hưởng lợi từ việc chẩn đoán và can thiệp sớm, như thay đổi lối sống, giảm cân và điều trị tăng huyết áp, tiểu đường và rối loạn lipid máu, đồng thời xem xét việc cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trường Hải (2022), Nồng độ

- Calprotectin trong phân và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân vảy nến, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
2. Trần Việt Quốc Liêm (2022), Khảo sát nồng độ IL-31 huyết thanh và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân vảy nến, Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
 3. Trần Nguyễn Ánh Tú (2021), Nghiên cứu sự thay đổi nồng độ hs-CRP, IL-17A và hiệu quả điều trị bệnh vảy nến thông thường bằng Secukinimab, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
 4. Aalemi A. K., Bahain M. B., et al. (2021), "Metabolic Syndrome and Psoriasis: A Case-Control Study in Kabul, Afghanistan", Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy. 14, tr. 1465.
 5. Agarwal K., Das S., et al. (2023), "Psoriasis and its association with metabolic syndrome", Indian Journal of Dermatology. 68(3), tr. 274.
 6. Armstrong A. W., Read C. (2020), "Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review", Jama. 323(19), tr. 1945-1960.
 7. Chan W. M. M., Yew Y. W., et al. (2020), "Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a cross-sectional study in Singapore", Singapore medical journal. 61(4), tr. 194.
 8. El-Komy M. H. M., Mashaly H., et al. (2020), "Clinical and epidemiologic features of psoriasis patients in an Egyptian medical center", JAAD international. 1(2), tr. 81-90.
 9. Hao Y., Zhu Y.-j., et al. (2021), "Metabolic syndrome and psoriasis: mechanisms and future directions", Frontiers in Immunology. 12, tr. 711060.
 10. Langan S. M., Seminara N. M., et al. (2012), "Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a population-based study in the United Kingdom", Journal of Investigative Dermatology. 132(3), tr. 556-562.
 11. Parisi R., Iskandar I. Y., et al. (2020), "National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study", bmj. 369.

BIỂU HIỆN HÓA MÔ MIỄN DỊCH CỦA Ki67 TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN ỚNG CỦA TỤY

Ngô Thị Tuyết Hạnh¹, Phạm Quang Thông², Trần Thị Thanh Trâm²,
Hoàng Thị Bích Nhân³, Nguyễn Bùi Ngọc Diệp², Hoàng Văn Thịnh²

TÓM TẮT

¹Đại Học Y Dược TP.HCM.

²Bệnh viện Chợ Rẫy.

³Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Kiên Giang.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Thông

Email: thongpham86@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023

Mục tiêu: Khảo sát biểu hiện hóa mô miễn dịch của dấu ấn Ki67 trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến ống của tụy và phân tích thời gian sống theo chỉ số Ki67 trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến ống của tụy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 102 trường hợp ung thư biểu mô tuyến ống của tụy được phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ tháng 3/2017 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Chỉ số Ki67 trung bình là 17,2±1,4%. Chỉ số Ki67 ở nhóm có hoại tử u và không có hoại tử u lần lượt 20,5% và 13,3%;

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,006$). Chỉ số Ki67 ở độ biệt hóa rõ, vừa và kém lần lượt là 10,7%, 17,0% và 19,3%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,022$). Chỉ số Ki67 ở độ mô học 1, 2 và 3 lần lượt là 6,3%, 17,4% và 19,3%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,002$). Thời gian sống trung bình ở nhóm có chỉ số Ki67 <10% và $\geq 10\%$ lần lượt là 24,7 tháng và 23,5 tháng; sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p=0,614$). **Kết luận:** Những bệnh nhân có đặc điểm hoại tử u, độ biệt hóa vừa và kém, và độ mô học 2 và 3 có tỉ lệ bắt màu Ki67 cao hơn đáng kể so với những bệnh nhân không hoại tử u, độ biệt hóa rõ và độ mô học 1. Chỉ số Ki67 chưa cho thấy đây là một yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến ống của tụy. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tuyến ống của tụy, hoại tử u, độ biệt hóa, độ mô học, xâm nhập quanh dây thần kinh, xâm nhập ngoài tụy, thông thường, gai-tuyến, nhầy, chỉ số Ki67, thời gian sống.

SUMMARY

IMMUNOHISTOCHEMICAL EXPRESSION OF Ki67 IN PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA

Objective: To describe the immunohistochemical expression of Ki67 in pancreatic ductal adenocarcinoma and to analyze the survival time according to the Ki67 index in patients with pancreatic ductal adenocarcinoma. **Material and method:** Case series of 102 cases of pancreatic ductal adenocarcinoma operated at Cho Ray Hospital between March 2017 and December 2022. **Results:** The mean of the Ki67 index is $17.2 \pm 1.4\%$. The Ki67 index in the group with and without tumor necrosis was 20.5% and 13.3%, respectively; the difference is statistically significant ($p=0.006$). The Ki67 index at well, moderately, and poorly differentiated grades is 10.7%, 17.0%, and 19.7%, respectively; the difference is statistically significant ($p=0.022$). The Ki67 index at histological grades 1, 2, and 3 are 6.3%, 17.4%, and 19.3%, respectively; the difference is statistically significant ($p=0.002$). The mean survival time in the group with Ki67 index <10% and $\geq 10\%$ was 24.7 months and 23.5 months, respectively; the difference is not statistically significant ($p=0.614$). **Conclusion:** Patients with tumor necrosis, moderately and poorly differentiated, and histological grades 2 and 3 had percentages of Ki67 stained cells higher than patients without tumor necrosis, well differentiated, and histological grade 1, significantly. The Ki67 index has not been shown to be a factor affecting the survival time of patients with pancreatic ductal adenocarcinoma. **Keywords:** Pancreatic ductal adenocarcinoma, tumor necrosis, differentiation, histological grade, perineural invasion, extrapancreatic spread, conventional, adenosquamous, colloid, Ki67 index, survival time.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN năm 2020, ở Việt Nam, ung thư tụy xếp ở vị trí thứ 22 về số lượng trường hợp ung thư mới và vị trí thứ 19 về số trường hợp tử vong[1]. Ung thư biểu mô tuyến

ống (UTBMTÔ) là loại ung thư tụy chiếm tỉ lệ cao nhất (gần 90%)[2]. Hiện nay, UTBMTÔ có khả năng sống còn rất thấp, số lượng bệnh nhân tử vong gần tương đương số lượng bệnh nhân mắc bệnh với tỉ lệ tử vong/mắc bệnh là 0,94[2].

Một dấu ấn hóa mô miễn dịch gần đây được quan tâm đánh giá đối với UTBMTÔ của tụy là Ki67, một protein liên quan đến sự tăng trưởng tế bào u. Một số nghiên cứu cho thấy chỉ số Ki67 ở các mức cao hơn sẽ có thời gian sống giảm đi[3,4], do đó chỉ số Ki67 đang được nghiên cứu như một yếu tố giúp bác sĩ lâm sàng tiên lượng thời gian sống đối với bệnh nhân UTBMTÔ của tụy. Hiện nay, tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu về biểu hiện của Ki67 trong UTBMTÔ của tụy. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát biểu hiện hóa mô miễn dịch của dấu ấn Ki67 và phân tích về thời gian sống theo chỉ số Ki67 trên bệnh nhân UTBMTÔ của tụy tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Các trường hợp được chẩn đoán là UTBMTÔ của tụy tại khoa Giải phẫu bệnh, bệnh viện Chợ Rẫy, được hồi cứu trong khoảng thời gian từ tháng 3/2017 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn chọn lựa bao gồm: Các trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật cắt u tụy, có kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là UTBMTÔ của tụy.

Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: (1) Bệnh nhân đã được hóa trị hoặc xạ trị. (2) Khối sấp bị hư hỏng hoặc thất lạc. (3) Các trường hợp không đủ số liệu cho các biến số nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu là 102 trường hợp.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Chợ Rẫy. Thời gian tiến hành từ tháng 10/2021 đến tháng 8/2023.

2.3 Công cụ đo lường, thu thập số liệu.

Bệnh phẩm được xử lý theo quy trình giải phẫu bệnh thường quy, sau đó được nhuộm Hematoxylin và Eosin (H&E), nhuộm hóa mô miễn dịch với dấu ấn Ki67 (kháng thể thứ hai là Monoclonal Mouse Anti-Human Ki67 Antigen (Dako Omnis) của Dako, dòng MIB-1, dung dịch pha sẵn). Các kết quả thu thập được ghi vào phiếu thu thập số liệu, sau đó nhập liệu vào phần mềm SPSS 20. Tương quan được xem là có ý nghĩa thống kê khi phép kiểm có $p < 0,05$. Các thống kê được thực hiện với độ tin cậy 95%, với

sai lầm loại 1 là 5%.

2.4 Các biến số nghiên cứu: Biến số tuổi và biến số giới tính: được thu thập từ bệnh án của bệnh nhân.

Biến số về đặc điểm vi thể gồm: đặc điểm xâm nhập quanh dây thần kinh, đặc điểm xâm nhập ngoài tụy, đặc điểm hoại tử u, độ biệt hóa, độ mô học. Các biến số này được ghi nhận kết quả dựa theo các tiêu bản nhuộm H&E.

Biến số về biểu hiện Ki67: được tính bằng ước lượng phần trăm tế bào u bắt màu nhuộm hóa mô miễn dịch Ki67 trên tổng số tế bào u trong 5 quang trường 400x liên tiếp tại vùng có mật độ tế bào u cao nhất.

Phân tích về thời gian sống: được phân tích theo phương pháp Kaplan-Meier. Biến số kết cục: biến định tính, gồm 3 giá trị: tử vong/còn sống/mất dấu. Biến số thời gian sống: biến định lượng, được tính theo thời gian sống toàn bộ (overall survival), đơn vị: tháng.

2.5 Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi đã được sự chấp thuận của Hội Đồng Đạo Đức Trong Nghiên Cứu Y Sinh Học Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, quyết định số 47/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày chấp thuận: 14/01/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung

3.1.1 Tuổi và giới tính. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 60,6 ± 9,6 tuổi. Tỷ lệ các nhóm tuổi 30-40, 41-50, 51-60, 61-70 và >70 trong nghiên cứu lần lượt là 2,9%, 14,7%, 27,5%, 40,2% và 14,7%.

Tỷ lệ nam:nữ trong nghiên cứu là 0,88:1.

3.1.2 Đặc điểm vi thể

Bảng 1: Đặc điểm vi thể trong nghiên cứu

Đặc điểm vi thể	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Xâm nhập quanh dây thần kinh	98	96,1
Xâm nhập ngoài tụy	91	89,2
Hoại tử u	55	53,9
Phân nhóm mô học		
Thông thường	94	92,2
Nhầy	4	3,9
Gai-tuyến	4	3,9
Độ biệt hóa		
Rõ	12	11,8
Vừa	55	53,9
Kém	35	34,3
Độ mô học		
Độ 1	10	9,8
Độ 2	45	44,1
Độ 3	47	46,1

Các đặc điểm vi thể được thể hiện trong bảng 1. Các đặc điểm xâm nhập quanh dây thần kinh và xâm nhập ngoài tụy có tỷ lệ cao trong UTBMTÔ của tụy (lần lượt là 96,1% và 89,2%). Hoại tử u là một đặc điểm thường gặp với tỷ lệ 53,9%. Trong các phân nhóm mô học, tỷ lệ phân nhóm nhầy và gai-tuyến đều có tỷ lệ 3,9%, thấp hơn so với phân nhóm thông thường (92,2%). Trong các độ biệt hóa, biệt hóa vừa có tỷ lệ cao nhất là 53,9%. Trong các độ mô học, độ 3 có tỷ lệ cao nhất là 46,1%.

3.1.3 Thời gian sống. Trong 102 trường hợp nghiên cứu của chúng tôi, tính từ tháng 3/2017 đến tháng 4/2023, có 29 bệnh nhân xác định đã chết (28,4%), 14 bệnh nhân xác định còn sống (13,7%), 59 bệnh nhân mất dấu (57,8%). Thời gian theo dõi trong nghiên cứu của chúng tôi là từ 1 đến 38 tháng (trung bình: 10,3±9,8 tháng). Qua phân tích, thời gian sống trung bình sau phẫu thuật của bệnh nhân trong nghiên cứu là 23,6±1,9 tháng, khoảng tin cậy 95% là 19,9 – 27,4 tháng. Thời gian sống trung vị là 26 tháng với khoảng tin cậy 95% là 17,3 – 34,7 tháng.

3.2 Chỉ số Ki67. Trong nghiên cứu, chỉ số Ki67 trung bình là 17,2±1,4%.

3.3 Tương quan giữa biểu hiện Ki67 và đặc điểm tuổi – giới tính

Bảng 2: Tương quan giữa chỉ số Ki67 và các đặc điểm tuổi – giới tính

	Chỉ số Ki67 trung bình (%)	P
Nhóm tuổi		
30-40	20,0	0,447
41-50	16,7	
51-60	16,1	
61-70	15,6	
Trên 70	23,3	
Giới tính		
Nam	17,3	0,834
Nữ	17,1	

Chỉ số Ki67 trung bình không có sự chênh lệch đáng kể giữa các nhóm tuổi, thấp nhất ở nhóm 61-70 tuổi (15,6%) và cao nhất ở nhóm trên 70 tuổi (23,3%). Nghiên cứu không cho thấy sự tương quan giữa chỉ số Ki67 trung bình và các nhóm tuổi (p=0,447, kiểm định Kruskal Wallis) (Bảng 2).

Về giới tính, chỉ số Ki67 trung bình ở nam và nữ gần như tương đồng, với 17,3% ở nam và 17,1% ở nữ (Bảng 2).

3.4 Tương quan giữa biểu hiện Ki67 và đặc điểm vi thể

Bảng 3: Tương quan giữa chỉ số Ki67 và

các đặc điểm vi thể

	Chỉ số Ki67 trung bình (%)	p
Xâm nhập quanh dây thần kinh		
Không	20,8	0,468
Có	17,0	
Xâm nhập ngoài tụy		
Không	16,6	0,670
Có	17,3	
Hoại tử u		
Không	13,3	0,006
Có	20,5	
Phân nhóm mô học		
Thông thường	17,3	0,573
Nhầy	13,0	
Gai-tuyến	18,8	
Độ biệt hóa		
Rõ	10,7	0,022
Vừa	17,0	
Kém	19,7	
Độ mô học		
Độ 1	6,3	0,002
Độ 2	17,4	
Độ 3	19,3	

Nghiên cứu không cho thấy sự tương quan giữa chỉ số Ki67 và các đặc điểm vi thể gồm xâm nhập quanh dây thần kinh ($p=0,468$), xâm nhập ngoài tụy ($p=0,670$) và phân nhóm mô học ($p=0,573$) (Bảng 3).

Nghiên cứu cho thấy có sự tương quan giữa chỉ số Ki67 với các đặc điểm vi thể gồm hoại tử u, độ biệt hóa và độ mô học. Chỉ số Ki67 trung bình ở nhóm không hoại tử u là 13,3%, đối với nhóm có hoại tử u là 20,5% ($p=0,006$, kiểm định Mann Whitney). Chỉ số Ki67 trung bình ở các độ biệt hóa rõ, vừa và kém lần lượt là 10,7%, 17,0% và 19,7% ($p=0,022$, kiểm định Kruskal Wallis). Chỉ số Ki67 trung bình ở độ mô học 1, 2 và 3 lần lượt là 6,3%, 17,4% và 19,3% ($p=0,002$, kiểm định Kruskal Wallis).

3.5 Thời gian sống theo chỉ số Ki67. Khi đánh giá thời gian sống theo chỉ số Ki67, chúng tôi ghi nhận thời gian sống trung bình của nhóm bệnh nhân có chỉ số $Ki67 < 10\%$ là 24,7 tháng, của nhóm bệnh nhân có chỉ số $Ki67 \geq 10\%$ là 23,5 tháng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,614$, kiểm định Log Rank).

IV. BÀN LUẬN

Chỉ số Ki67 trung bình trong nghiên cứu của Goitia-Duran là $11,9 \pm 9,5\%$ [5], của Stanton là $28,1 \pm 14,7\%$ [6], của Lebe là $39,4 \pm 26,6\%$ [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ số Ki67 trung

bình là $17,2 \pm 1,4\%$, giá trị nằm trong khoảng giữa các nghiên cứu vừa nêu. Chỉ số Ki67 trong các nghiên cứu khác nhau có thể do mỗi mẫu nghiên cứu có phân bố độ mô học khác nhau. Cách đánh giá chỉ số Ki67 của mỗi nghiên cứu cũng có thể là nguyên nhân làm chỉ số Ki67 khác nhau. Theo chúng tôi, mỗi cách đánh giá đều có ưu, nhược điểm riêng và không tuyệt đối chính xác do UTBMTÔ thường không phân bố tế bào u đồng nhất, mật độ tế bào có vùng thưa và vùng đặc. Do đó, mỗi kết quả đánh giá đều là tương đối.

Một số nghiên cứu như của Yamamoto[3] và Kim[8] chưa cho thấy tương quan giữa chỉ số Ki67 với tuổi và giới tính của bệnh nhân. Điều này tương tự như nghiên cứu của chúng tôi.

Nghiên cứu của chúng tôi không cho thấy tương quan giữa biểu hiện Ki67 và đặc điểm xâm nhập quanh dây thần kinh. Điều này cũng tương tự nghiên cứu của Lebe[7]. Chúng tôi không thấy sự tương quan giữa biểu hiện Ki67 và các đặc điểm xâm nhập ngoài tụy và phân nhóm mô học. Không có nghiên cứu nào trên thế giới khảo sát mối tương quan này.

Nghiên cứu của chúng tôi có điểm mới là cho thấy sự tương quan giữa biểu hiện Ki67 và đặc điểm hoại tử u ($p=0,006$). Điều này thể hiện trong UTBMTÔ, khối u tăng trưởng càng nhanh thì khả năng hoại tử u càng cao.

Trong nghiên cứu của Yamamoto[3] và Lebe[7], chỉ số Ki67 chưa cho thấy sự tương quan với độ biệt hóa. Khác với 2 nghiên cứu trên, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự tương quan giữa biểu hiện Ki67 và độ biệt hóa ($p=0,022$). Chỉ số Ki67 tăng khi mức độ biệt hóa càng kém. Điều này có thể được giải thích là do các khối u ở các độ biệt hóa càng kém thì khả năng tăng trưởng càng cao hơn.

Nhiều nghiên cứu cho thấy sự tương quan giữa biểu hiện của Ki67 và độ mô học như của Kim[8], Myoteri[9] và Pergolini[4]. Tương tự các nghiên cứu của kể trên, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có sự tương quan giữa biểu hiện Ki67 và độ mô học ($p=0,002$). Sự tương quan giữa biểu hiện Ki67 và độ mô học được thể hiện rằng độ mô học càng cao thì chỉ số Ki67 sẽ càng tăng.

Một số nghiên cứu cho thấy sự khác biệt về thời gian sống theo biểu hiện Ki67 như của Yamamoto[3] và Pergolini[4]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không cho thấy đặc điểm này ($p=0,614$). Điều này tương tự như một số nghiên cứu khác của Goitia-Duran[5] và Luttes[10]. Vì vậy, chưa thể khẳng định chỉ số Ki67 là một yếu tố tiên lượng. Chỉ số này cần

được đánh giá thêm qua các nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Những bệnh nhân có đặc điểm hoại tử u, độ biệt hóa vừa và kém, và độ mô học 2 và 3 có tỉ lệ bắt màu Ki67 cao hơn đáng kể so với những bệnh nhân không hoại tử u, độ biệt hóa rõ và độ mô học 1. Chỉ số Ki67 không có sự tương quan với các đặc điểm vi thể khác như xâm nhập quanh dây thần kinh, xâm nhập ngoài tụy và phân nhóm mô học. Chỉ số Ki67 chưa cho thấy đây là một yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống của bệnh nhân UTBMTÔ của tụy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sun H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3): 209-249.
2. **Gill AJ, Klimstra DS, Lam AK, Washington MK.** Tumours of the pancreas The WHO Classification of Tumours Editorial Board, eds. WHO Classification of Tumours – Digestive System Tumours. 5th edition. International Agency for Research on Cancer; 2019: 295-372.
3. **Yamamoto S, Tomita Y, Hoshida Y, et al.** Prognostic significance of activated Akt expression in pancreatic ductal adenocarcinoma. *Clinical cancer research.* 2004; 10(8):2846-2850.
4. **Pergolini I, Crippa S, Pagnanelli M, et al.** Prognostic impact of Ki-67 proliferative index in

- resectable pancreatic ductal adenocarcinoma. *BJO Open.* 2019; 3(5): 646-655.
5. **Goitia-Duran MB, Linhares MM, Neto RA, et al.** Expression of p53, p16 and Ki67 proteins in ductal adenocarcinoma of the pancreatic head and their relation with survival and cell differentiation. *Einstein (Sao Paulo).* 2010; 8(4): 444-448.
 6. **Stanton KJ, Sidner RA, Miller GA, et al.** Analysis of Ki-67 antigen expression, DNA proliferative fraction, and survival in resected cancer of the pancreas. *Am J Surg.* 2003;186(5):486-92.
 7. **Lebe B, Sagol O, Ulukus C, et al.** The importance of cyclin D1 and Ki67 expression on the biological behavior of pancreatic adenocarcinomas. *Pathology, research and practice.* 2004; 200(5): 389-396.
 8. **Kim H, Park CY, Lee JH, et al.** Ki-67 and p53 expression as a predictive marker for early postoperative recurrence in pancreatic head cancer. *Annals of surgical treatment and research.* 2015; 88(4): 200-207.
 9. **Myoteri D, Dellaportas D, Lykoudis PM, et al.** Prognostic evaluation of Vimentin expression in correlation with Ki67 and CD44 in surgically resected pancreatic ductal adenocarcinoma. *Gastroenterology research and practice.* 2017: 9207616.
 10. **Luttaes J, Schemm S, Voael I, Hedderich J, Kremer B, Klöppel G.** The grade of pancreatic ductal carcinoma is an independent prognostic factor and is superior to the immunohistochemical assessment of proliferation. *J Pathol.* 2000;191(2):154-161.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH CẢNH Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP KÈM ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÀ MAU NĂM 2022 – 2023

Vương Hữu Phú¹, Lê Hữu Phước², Lại Văn Nông²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường (ĐTĐ) và tăng huyết áp (THA) là hai bệnh lý mãn tính đáng quan tâm vì đang gia tăng với tốc độ nhanh chóng trên toàn cầu. Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm tổn thương động mạch cảnh ở bệnh nhân tăng huyết áp kèm đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện đa khoa Cà Mau, năm 2022 – 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang tại Bệnh viện đa khoa Cà Mau trên 100 bệnh nhân nhập

viện được chẩn đoán tăng huyết áp kèm đái tháo đường type 2 trong thời gian từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023. **Kết quả:** Có tổng 55 nữ và 45 nam tham gia trong nghiên cứu. Số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ĐTĐ, THA trên 10 năm chiếm tỷ lệ lần lượt là 18% và 25%. Có 51% bệnh nhân ít hoạt động thể lực và 23% bệnh nhân có BMI thuộc nhóm thừa cân, béo phì. 81% bệnh nhân có LDL-c bất thường, 47% bệnh nhân có bất thường về Cholesterol toàn phần, triglycerid và HDL-c. Tăng độ dày nội trung mạc gặp ở 30% động mạch cảnh (ĐMC) trong, ĐMC chung và ĐMC ngoài chỉ là 9% và 3%. Hẹp mạch máu phát hiện ở 30% bệnh nhân có hẹp ĐMC trong, ĐMC chung chỉ là 4% và ĐMC ngoài là 1%. 42% mảng xơ vữa gặp ở ĐMC trong và không được phát hiện ở hai động mạch còn lại. **Kết luận:** Hơn 1/3 bệnh nhân tăng huyết áp kèm đái tháo đường type 2 trong nghiên cứu có tổn thương động mạch cảnh. Việc phát hiện tổn thương sớm sẽ giúp kiểm soát nguy cơ gây bệnh động mạch cảnh, phòng ngừa đột quỵ cho bệnh nhân.

¹Bệnh viện Đa Khoa Cà Mau

²Trường Đại học Y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lại Văn Nông

Email: lvnong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023