

- Epidemiology of adult asthmatic in Vietnam: results from cross-sectional study nationwide. Internal Medicine Journal, 2012. 42: p. 1-16.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)**, Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. 2020: Seattle, United States.
 - Phạm Huy Tuấn Kiệt, Vũ Văn Giáp, and Nguyễn Thị Thanh Hà**, Chi phí y tế trực tiếp trong điều trị hen theo phân loại GINA dựa trên dữ liệu lớn từ Bảo hiểm y tế Việt Nam năm 2019. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 503(2): p. 169-72.
 - Bateman, E.D., et al.**, Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control study. Am J Respir Crit Care Med, 2004. 170(8): p. 836-44.
 - Shih, Y.-C.T., J. Mauskopf, and R. Borker**, A cost-effectiveness analysis of first-line controller therapies for persistent asthma. Pharmacoeconomics, 2007. 25: p. 577-590.
 - Ismaila, A.S., et al.**, COST-effectiveness of salmeterol/fluticasone propionate combination (Advair®) in uncontrolled asthma in Canada. Respir Med, 2014. 108(9): p. 1292-302.
 - GINA**. 2023 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Available from: <https://ginasthma.org/2023-gina-main-report/>.
 - Doull, I., et al.**, Cost-effectiveness of salmeterol xinafoate/fluticasone propionate combination inhaler in chronic asthma. Curr Med Res Opin, 2007. 23(5): p. 1147-59.
 - Oh, B.C., et al.**, Health-related quality of life in adult patients with asthma according to asthma control and severity: A systematic review and meta-analysis. Front Pharmacol, 2022. 13: p. 908837.
 - Shepherd, J., et al.**, Systematic review and economic analysis of the comparative effectiveness of different inhaled corticosteroids and their usage with long-acting beta2 agonists for the treatment of chronic asthma in adults and children aged 12 years and over. Health Technol Assess, 2008. 12(19): p. iii-iv, 1-360.

ĐÁNH GIÁ HỒI PHỤC TỔN THƯƠNG THẦN KINH TỬY SỐNG SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG NGỰC CAO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Ngô Thanh Tú¹, Nguyễn Lê Bảo Tiến^{1,3}, Võ Văn Thanh^{1,2},
Phạm Hồng Phong³, Nguyễn Vũ Công Bảo Long²,
Nguyễn Việt Lực¹, Nguyễn Duy Linh¹, Nguyễn Thị Hồng Liễu⁴

TÓM TẮT

Chấn thương tủy sống có thể dẫn đến mất một phần hoặc hoàn toàn chức năng vận động và cảm giác dưới mức chấn thương. Đối với chấn thương tủy sống ngực, phẫu thuật thường được thực hiện để giải phóng chèn ép và làm vững cột sống để tạo điều kiện phục hồi tổn thương thần kinh¹. **Kết quả:** Nghiên cứu chỉ ra rằng tổn thương tủy hoàn toàn sau phẫu thuật cột sống ngực chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,4%, trong khi tổn thương tủy không hoàn toàn chiếm 27,1%. Cải thiện sau phẫu thuật được quan sát thấy với tỷ lệ rối loạn cơ tròn giảm từ 72,9% xuống còn 54,2%. **Kết luận:** Phẫu thuật giải ép và cố định cột sống ngực cao đem lại sự phục hồi chức năng thần kinh đáng kể ở bệnh nhân bị tổn thương tủy không hoàn toàn, nhưng không mấy hiệu quả đối với những bệnh nhân có tổn thương tủy hoàn toàn. **Từ khóa:** Phẫu thuật cột sống ngực, tổn thương tủy sống, phục hồi chức năng thần kinh

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Thanh

Email: Thanhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 4.3.2024

SUMMARY

ASSESSMENT OF SPINAL CORD NEURAL RECOVERY AFTER SURGERY FOR UPPER THORACIC SPINE INJURY AT VIET DUHOSPITAL

Spinal cord injuries can result in partial or complete loss of motor and sensory functions below the level of injury. For thoracic spinal cord injuries, surgery is commonly performed to decompress and stabilize the spine to facilitate neural recovery¹. **Results:** The study indicates that complete spinal cord injury post high thoracic spine surgery accounts for the highest proportion at 60.4%, while incomplete spinal cord injuries account for 27.1%. Postoperative improvements were observed with a reduction in the rate of autonomic dysfunction from 72.9% down to 54.2%. **Conclusion:** Decompression and stabilization surgery of the high thoracic spine yield significant neural function recovery in patients with incomplete spinal cord injury but are less effective in those with complete spinal cord injury.

Keywords: Thoracic spine surgery, spinal cord injury, neural function recovery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống ngực chiếm khoảng 17-18% tổng số chấn thương cột sống. Mỗi năm tại Hoa Kỳ có khoảng 5000 ca mắc mới hàng năm, chi phí điều trị khoảng 1,7 tỉ đô-la. Những

nguyên nhân thường gặp là tai nạn giao thông (30%), tai nạn ngã cao (27%)¹. Cột sống ngực có những đặc điểm khác với những đoạn còn lại, làm tăng nguy cơ tổn thương tủy và hạn chế khả năng phục hồi gây ra do những tổn thương này. Tại Việt Nam, nghiên cứu về chấn thương cột sống ngực đã có một số công trình được thực hiện, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu cụ thể về khả năng phục hồi thần kinh sau phẫu thuật chấn thương cột sống ngực cao. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá hồi phục tổn thương thần kinh sau phẫu thuật điều trị chấn thương cột sống ngực cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Là các bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống có tổn thương từ T1 đến T5 tại khoa phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức, từ 5/2021 đến 5/2023

2.1 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bao gồm những bệnh nhân bị chấn thương cột sống ngực từ T1 đến T5
- Được điều trị tại khoa phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức
- Bệnh nhân có tổng điểm TLICS từ 4 trở lên
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án
- Được phẫu thuật bắt vít qua cuống cung lồi sau và mở cung sau giải ép
- Được xác định các thương tổn giải phẫu trong mổ

2.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp có tổn thương phối hợp nhất là chấn thương sọ não nặng, có tổn thương thực thể tại não hoặc hôn mê làm sai lệch đánh giá thần kinh tại tủy sống.
- Các trường hợp có bệnh lý mạn tính có thể làm ảnh hưởng tới kết quả như suy gan, suy thận, suy tim...

3.2 Liên quan mức độ hẹp ống sống và tổn thương thần kinh

Bảng 2: Liên quan mức độ hẹp ống sống và tổn thương thần kinh

	Mức độ hẹp ống sống					
	Dưới 25% (nhóm I)		25% -> 50% (Nhóm II)		≥50% (Nhóm III)	
	Số lượng	Tần số	Số lượng	Tần số	Số lượng	Tần số
AIS A và B	17	63,0%	3	60,0%	16	100%
AIS C, D và E	10	37,0%	2	40,0%	0	0%
Tổng	27		5		16	

Kiểm định chi bình phương nhóm I và II, p = 0,9
 Kiểm định Fisher's exact test nhóm I và III, II và III, p < 0,01

- Đối với mức độ hẹp ống sống dưới 25% (Nhóm I), có 17 bệnh nhân thuộc AIS A và B, chiếm tỷ lệ 63,0%, và 10 bệnh nhân thuộc AIS C, D và E, chiếm 37,0%.

- Các tổn thương do lao hoặc ung thư.
- Bệnh nhân có các chấn thương cột sống khác
- Bệnh nhân rối loạn tâm thần
- Không có đủ hồ sơ nghiên cứu

Bệnh nhân được phẫu thuật cố định cột sống ngực đơn thuần đối với trường hợp không có tổn thương thần kinh, phẫu thuật cố định cột sống ngực và mở cung sau giải ép vị trí hẹp cho những trường hợp có tổn thương thần kinh.

Biến số nghiên cứu: Đặc điểm tổn thương thần kinh (theo thang điểm TLICS): Không tổn thương, tổn thương nhẹ, tổn thương tủy hoàn toàn, tổn thương tủy không hoàn toàn, hội chứng đuôi ngựa, mức độ hẹp ống sống trên phim chụp cắt lớp vi tính, có hoặc không có tổn thương cơ tròn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm tổn thương thần kinh theo TLICS

Bảng 1: Đặc điểm tổn thương thần kinh theo TLICS

Chức năng thần kinh	Số lượng	Tỷ lệ %
Không tổn thương	6	12,5
Tổn thương nhẹ	0	0
Tổn thương tủy hoàn toàn	29	60,4
Tổn thương tủy không hoàn toàn	13	27,1
Hội chứng đuôi ngựa	0	0
Tổng	48	100

Nhận xét: số lượng bệnh nhân không có tổn thương thần kinh chiếm tỷ lệ thấp nhất (12,5%), trong khi đó, tổn thương tủy hoàn toàn lại chiếm tỷ lệ cao nhất (60,4%), và tổn thương tủy không hoàn toàn cũng chiếm một tỷ lệ đáng kể (27,1%), phản ánh mức độ nghiêm trọng của tổn thương thần kinh tủy sống sau chấn thương cột sống ngực.

- Trong khi đó, ở mức độ hẹp ống sống từ 25% đến dưới 50% (Nhóm II), có 3 bệnh nhân AIS A và B, chiếm 60,0%, và 2 bệnh nhân AIS C, D và E, chiếm 40,0%.

- Đáng chú ý, ở mức độ hẹp ống sống từ 50% trở lên (Nhóm III), tất cả bệnh nhân (16 người) đều thuộc AIS A và B, tức là có tỷ lệ 100%.

3.3 Phục hồi thần kinh khi khám lại

Bảng 3: Phục hồi thần kinh khi khám lại

≥ 6 tháng Vào viện	AIS A	AIS B	AIS C	AIS D	AIS E
AIS A	23	3	2	0	0
AIS B	0	0	3	3	1
AIS C	0	0	0	1	3
AIS D	0	0	0	0	2
AIS E	0	0	0	0	7
Tổng	n = 48				

Nhận xét: Trong số 23 bệnh nhân ban đầu phân loại AIS A, chỉ có 5 người phục hồi lên các cấp độ AIS B và C, trong khi không ai tiến triển tới AIS D hoặc E. Bệnh nhân từ các nhóm AIS B và C ban đầu đã có sự cải thiện lên các cấp độ cao hơn, và tất cả bệnh nhân AIS D ban đầu cũng như AIS E duy trì được mức phục hồi của mình sau 6 tháng.

3.4 Phục hồi cơ tròn

Bảng 4: Phục hồi cơ tròn

Rối loạn cơ tròn	Trước mổ		Khi ra viện		Khi khám lại	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Có	35	72,9%	35	72,9%	26	54,2
Không	13	27,1%	13	27,1%	22	45,8
Tổng	48	100	48	100	48	100

Nhận xét: sau phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn cơ tròn giảm từ 72,9% xuống còn 54,2%, cho thấy sự cải thiện chức năng cơ tròn ở một số bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm tổn thương thần kinh. Qua quan sát lâm sàng, nhóm nghiên cứu của chúng tôi đã phân loại các trạng thái cảm giác và chức năng vận động dưới mức tổn thương thành ba nhóm chính: mất hoàn toàn cảm giác, rối loạn cảm giác và vận động, không có rối loạn về cảm giác và vận động. Trong số bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 14 người (60,8%) mất hoàn toàn cảm giác, 16 người (69,6%) mất hoàn toàn khả năng vận động. Có 3 người (13%) vận động bình thường và 6 người (26,2%) có cảm giác bình thường.

Điểm cơ lực vận động ASIA, dùng để đánh giá rối loạn vận động ở hai chi dưới, cho thấy 31 bệnh nhân (chiếm 65,6%) không có cơ lực (0/5). 7 bệnh nhân có cơ lực không đồng đều giữa hai chân, trong khi 4 bệnh nhân có cơ lực liệt không hoàn toàn đều ở hai chân và 6 người có cơ lực bình thường.

Rối loạn cơ tròn, một dấu hiệu của chèn ép tủy, xuất hiện ở 35 bệnh nhân (72,9%) trước khi phẫu thuật, biểu hiện qua các triệu chứng như

không kiểm soát được việc đại tiện, tiểu tiện, và không cảm nhận được nhu cầu tiểu tiện, cần phải sử dụng sonde tiểu. Tỷ lệ này tương đương với các nghiên cứu trước đó của Lê Hoàng Nhã² (87,2%) và Nguyễn Quang Huy³ (67,7%).

Tỷ lệ tổn thương tủy nằm ở mức cao đối với những trường hợp gãy cột sống ngực từ T1 đến T5 có thể được giải thích bởi sự hẹp của ống sống ở đoạn này, khiến mảnh vỡ từ gãy xương dễ dàng gây hại cho tủy sống. Thêm vào đó, khu vực tủy ngực cao cũng nhận được ít sự nuôi dưỡng từ mạch máu hơn so với những khu vực khác của tủy, và điều này cùng với tình trạng phù nề tủy sống có thể gây ra tình trạng thiếu máu cục bộ.

Mặc dù kết quả về mức độ tổn thương tủy từ nghiên cứu của chúng tôi phần nào tương đồng với các nghiên cứu trước đây, vẫn có sự khác biệt đáng chú ý xuất phát từ việc mẫu nghiên cứu hạn chế hơn cả về phạm vi lẫn số lượng.

Do đặc tính cứng cáp của cấu trúc xương, gãy cột sống ngực, đặc biệt là ở phần cao, thường yêu cầu lực chấn thương rất mạnh, thường là do tai nạn giao thông tốc độ cao hoặc rơi từ độ cao lớn. Lực chấn thương lớn này thường dẫn đến tổn thương nghiêm trọng. Bệnh nhân thường nhập viện với triệu chứng tổn thương tủy hoàn toàn.

4.2 Liên quan mức độ hẹp ống sống và tổn thương thần kinh. Những số liệu trên cho thấy mối liên quan rõ rệt giữa mức độ hẹp ống sống và tổn thương thần kinh. Cụ thể, khi mức độ hẹp ống sống càng cao ($\geq 50\%$, Nhóm III), tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thần kinh nghiêm trọng (AIS A và B) cũng tăng lên tới 100%. Còn ở mức độ hẹp thấp hơn (dưới 25%, Nhóm I và từ 25% đến dưới 50%, Nhóm II), tỷ lệ bệnh nhân bị tổn thương nghiêm trọng giảm xuống, và xuất hiện tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thần kinh nhẹ hơn (AIS C, D và E).

Kiểm định chi bình phương giữa Nhóm I và II không phát hiện ra sự khác biệt đáng kể ($p = 0,9$), điều này có nghĩa là không có sự khác biệt thống kê giữa tỷ lệ tổn thương thần kinh giữa hai nhóm hẹp ống sống này. Tuy nhiên, kiểm định Fisher's exact test giữa Nhóm I và III và giữa Nhóm II và III cho thấy có sự khác biệt đáng kể ($p < 0,01$), điều này chứng tỏ mức độ hẹp ống sống 50% trở lên có mối liên hệ mạnh mẽ với tổn thương thần kinh nghiêm trọng.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Thạch⁴, qua việc nghiên cứu 146 ca gãy cột sống vùng ngực và thắt lưng, và đo đặc mức độ hẹp ống

sống trong 85 trường hợp, ông đã đưa ra nhận định rằng: mức độ hẹp của ống sống được ghi nhận trên hình ảnh phim cắt lớp càng lớn thì mức độ tổn thương thần kinh càng tăng.

Tương tự, Fontijne⁵ cùng các cộng sự, trong nghiên cứu của họ về 139 ca vỡ đốt sống, đã xác định mối liên hệ giữa sự hẹp của ống sống và tình trạng tổn thương thần kinh. Họ đã quan sát thấy rằng tại cột sống ngực, khi tỷ lệ hẹp ống sống là 25%, 50% và 70%, tỷ lệ tổn thương thần kinh tương ứng là 38%, 60% và 78%.

4.3 Phục hồi tổn thương thần kinh

Tỷ lệ phục hồi từ tổn thương nặng (AIS A)

A): Nhóm AIS A ban đầu, những bệnh nhân có tổn thương nặng nhất, chỉ có một tỷ lệ nhỏ phục hồi đến mức độ nhẹ hơn (AIS B và C), và không có bệnh nhân nào phục hồi hoàn toàn đến mức không liệt (AIS D hoặc E). Điều này phản ánh rằng tổn thương tủy sống nặng có khả năng phục hồi hạn chế, và việc cải thiện chức năng có thể không đạt đến mức độ hoàn hảo.

Phục hồi từ tổn thương vừa phải (AIS B và C): Bệnh nhân với tổn thương thần kinh ít nghiêm trọng hơn (AIS B và C) cho thấy khả năng phục hồi tốt hơn, với một số bệnh nhân phục hồi đến mức độ không liệt (AIS E). Điều này cho thấy rằng mức độ tổn thương ban đầu có ảnh hưởng đến tiên lượng phục hồi, và bệnh nhân với tổn thương nhẹ hơn có cơ hội bình phục cao hơn.

Phục hồi từ tổn thương nhẹ (AIS D): Tất cả bệnh nhân từ nhóm AIS D đều phục hồi đến AIS E, tức là họ đã bình phục hoàn toàn về mặt chức năng thần kinh. Điều này chứng tỏ rằng tổn thương ban đầu ít nghiêm trọng hơn có tiên lượng phục hồi rất tốt.

Duy trì mức phục hồi (AIS E): Bệnh nhân AIS E duy trì mức độ này, cho thấy họ đã không gặp phải sự suy giảm chức năng thần kinh sau thời gian tái khám.

Những nhận định trên đều hỗ trợ cho việc hiểu rõ hơn về quá trình phục hồi sau chấn thương tủy sống và có thể hướng dẫn cho việc lập kế hoạch can thiệp phục hồi chức năng, đặc biệt là trong việc thiết lập mục tiêu và kỳ vọng thực tế cho bệnh nhân và gia đình họ. Sự phục hồi thần kinh không chỉ phụ thuộc vào chất lượng điều trị ban đầu mà còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác như tuổi tác, sức khỏe tổng thể, hỗ trợ dinh dưỡng và tâm lý, cũng như tích cực tham gia vào các chương trình phục hồi chức năng. Điều này cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi lâu dài để đánh giá tiến trình

phục hồi của bệnh nhân sau tổn thương tủy. Phân tích bảng số liệu về "Phục hồi thần kinh khi khám lại" sau 6 tháng cung cấp cái nhìn sâu sắc vào mối liên hệ giữa mức độ tổn thương ban đầu và khả năng phục hồi qua thời gian. Điều này không chỉ giúp xác định tiên lượng cho bệnh nhân mà còn hỗ trợ trong việc đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị và can thiệp phục hồi. Phục hồi rối loạn cơ tròn

Mặc dù tỷ lệ rối loạn cơ tròn không thay đổi ngay sau phẫu thuật (72,9% cả trước và sau mổ), có một sự cải thiện đáng kể trong số lượng bệnh nhân có rối loạn cơ tròn khi khám lại (giảm xuống còn 54,2%). Sự cải thiện này có thể là kết quả của việc giải phóng chèn ép lên tủy sống sau phẫu thuật, cũng như sự phục hồi tự nhiên của cơ thể và hiệu quả từ các biện pháp phục hồi chức năng.

Tuy nhiên, cần lưu ý rằng một số bệnh nhân vẫn tiếp tục có rối loạn cơ tròn ngay cả sau thời gian phục hồi, điều này cho thấy rằng tổn thương có thể có tính chất vĩnh viễn hoặc cần một thời gian phục hồi lâu hơn. Điều này cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi lâu dài và cung cấp hỗ trợ tiếp tục cho bệnh nhân sau phẫu thuật.

Ngoài ra, việc 22 bệnh nhân không còn rối loạn cơ tròn khi kiểm tra lại (tăng từ 27,1% lên 45,8%) cho thấy hy vọng về khả năng phục hồi chức năng và độc lập trong sinh hoạt hàng ngày cho bệnh nhân sau tổn thương tủy sống. Điều này cũng phản ánh sự hiệu quả của các chương trình phục hồi chức năng, trong đó có thể bao gồm các biện pháp kích thích thần kinh, tập luyện chức năng, cũng như can thiệp phẫu thuật để giảm chèn ép tủy.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, sau phẫu thuật giải ép và cố định cột sống ngực cao, sự phục hồi chức năng thần kinh là không đáng kể ở bệnh nhân có tổn thương tủy hoàn toàn nhưng tương đối tốt ở những bệnh nhân có tổn thương tủy không hoàn toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kirshblum SC, Burns SP, Biering-Sorensen F, et al.** International standards for neurological classification of spinal cord injury (Revised 2011). *J Spinal Cord Med.* 2011;34(6):535-546. doi:10.1179/204577211X13207446293695
2. **Lê Hoàng Nhã.** Điều Trị Gãy Cột Sống Ngực Do Chấn Thương Bằng Phẫu Thuật Nẹp Vít Cường Cứng.
3. **Nguyễn Quang Huy.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Phẫu Thuật Chấn Thương Cột Sống Ngực Bằng Phương Pháp Bắt Vít qua Cường Tại Bệnh Viện

Việt Đức.
4. Nguyễn Văn Thạch. Nghiên cứu điều trị phẫu thuật gãy cột sống ngực – thắt lưng không vững, không liệt và liệt tủy không hoàn toàn bằng dụng cụ Moss Miami. HVQY. 2007;25(3).

5. Fontijne WP, de Klerk LW, Braakman R, et al. CT scan prediction of neurological deficit in thoracolumbar burst fractures. J Bone Joint Surg Br. 1992;74(5):683-685. doi:10.1302/0301-620X.74B5.1527112

BIỂU HIỆN PDL-1 TRONG UNG THƯ TẾ BÀO GAI HỐC MIỆNG

Trương Hải Ninh¹, Nguyễn Thị Hồng², Đặng Huy Quốc Thịnh³,
 Đoàn Thị Phương Thảo¹, Thái Thanh Trúc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát biểu hiện của PD-L1 trong ung thư tế bào gai hốc miệng (UTHM) và mối liên quan với lâm sàng, giải phẫu bệnh, và sự kháng xạ theo dõi sau 5 năm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ trên 157 bệnh nhân UTHM tại bệnh viện Ung bướu TP. HCM. Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng và quá trình điều trị trong hồ sơ bệnh án. Cắt lát mẫu bệnh phẩm đã vùi nẫn, nhuộm HE và nhuộm hóa mô miễn dịch kháng thể kháng PD-L1. Theo dõi thời gian sống còn không tiến triển (PFS) trong 5 năm. Đối với bệnh nhân được xạ trị với tổng liều ≥ 50 Gy, PFS < 2 năm được xem là kháng xạ, PFS ≥ 2 năm là có đáp ứng xạ. **Kết quả:** PD-L1 biểu hiện trong 60,5% trường hợp, có liên quan với thói quen uống rượu ($p = 0,024$) ít limphô bào trong bướu ($p=0,049$); nhưng không liên quan với các đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh khác. Bướu nguyên phát dương tính với PD-L1 có nguy cơ kháng xạ gấp khoảng 1,5 lần (KTC 95%: 1,17-1,86) so với bướu nhuộm PD-L1 âm tính ($p<0,001$). **Kết luận:** Biểu hiện PD-L1 dương tính có thể là yếu tố dự báo khả năng kháng xạ của UTHM. **Từ khóa:** Ung thư hốc miệng, biểu hiện PD-L1, kháng xạ, sống còn không tiến triển.

SUMMARY

PD-L1 EXPRESSION IN ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA

Objectives: The aim of this study was to characterise the PD-L1 immunohistochemical expression in oral cavity squamous cell carcinoma (OSCC) and its association with clinicopathological factors and radiotherapy response after 5-year follow-up. **Methods:** A cohort study was conducted on 157 OSCC patients at Ho Chi Minh City Oncology Hospital. Clinical characteristics and treatment history were recorded from patient medical records. Paraffin-embedded specimens were sectioned at a thickness of 4 μ m. We assessed the histopathologic grade of each

case according to the Anneroth classification. Immunohistochemical staining of archived tissue samples was performed using anti-PD-L1 antibodies. The progression-free survival (PFS) was monitored for 5 years. PFS less than 2 years in patients receiving a radiation dose ≥ 50 Gy was considered radioresistance, while PFS ≥ 2 years was defined as a radiosensitivity. **Results:** PD-L1 expression was observed in 60,5% of cases and was found to be associated with alcohol consumption habits ($p = 0,024$), lower limpho-plasmacytic infiltration ($p=0,049$), but not with other clinical or pathological characteristics. Positivity for PD-L1 in primary tumors was associated with a 1,5-fold increased risk of radioresistance (95% CI = 1,17-1,86) compared to PD-L1 negative staining ($p < 0,001$). **Conclusion:** Positive PD-L1 expression may be a predictive factor of radioresistance in OSCC.

Keywords: Oral squamous cell carcinoma, PD-L1 expression, radioresistance, progression-free survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

PD-L1 (Programmed Death Ligand 1) (Phối tử chết tế bào theo lập trình 1) là một protein xuyên màng, hiện diện trên màng tế bào của các tế bào miễn dịch và tế bào ung thư^{1,6} có chức năng điều hòa quan trọng trong các phản ứng miễn dịch qua trung gian tế bào. Protein PD-L1 có chức năng quan trọng trong việc điều hòa các phản ứng miễn dịch qua trung gian tế bào. PD-L1 biểu hiện dương tính trong nhiều loại ung thư^{3,5,6}. Khi PD-L1 gắn vào thụ thể PD-1 trên tế bào T khiến cho hệ miễn dịch không thể tiêu diệt các tế bào ung thư, giúp tế bào ung thư sống sót và tăng sinh¹. Nhiều nghiên cứu cho thấy biểu hiện PD-L1 liên quan với một số yếu tố lâm sàng, giải phẫu bệnh cũng như tiên lượng của ung thư^{2,4,6}. Các nghiên cứu gần đây đã chứng minh rằng biểu hiện PD-L1 dương tính liên quan với tình trạng kháng xạ⁸. Dùng kháng thể kháng PD-1 hoặc PD-L1 sẽ ức chế sự liên kết PD-L1/PD-1, giúp tế bào T được kích hoạt và tấn công tế bào ung thư¹. Tuy nhiên, đến nay, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu khảo sát PD-L1/PD-1 trong UTHM. Nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu

¹Trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

³Bệnh viện Ung bướu Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trương Hải Ninh

Email: thninh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 4.3.2024