

mỗi liên quan với tỷ lệ tồn dư giãn cơ ở thời điểm sau rút ống nội khí quản 15 phút với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của Đoàn Minh Nhựt cũng chỉ ra rằng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố thừa cân béo phì với tỷ lệ tồn dư giãn cơ ở 2 thời điểm là nhập hồi tỉnh và rút nội khí quản ( $p < 0,05$ ). Tại thời điểm nhập hồi tỉnh, tỷ lệ tồn dư giãn cơ ở người bệnh thừa cân béo phì cao hơn gấp 1,65 lần so với người bệnh bình thường. Tương tự, người bệnh gặp tình trạng thừa cân béo phì có tỷ lệ tồn dư giãn cơ khi rút ống nội khí quản cao hơn gấp 1,87 lần so với người bệnh bình thường [5].

Tỷ lệ người bệnh không phải nhắc lại liều giãn cơ trong mổ chiếm tỷ lệ 44,5% và tỷ lệ có nhắc lại giãn cơ là 54,5% đã được chúng tôi báo cáo. Và kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tồn dư giãn cơ với việc người bệnh có lặp lại thuốc giãn cơ với  $p < 0,05$ ; ở tại thời điểm sau rút ống nội khí quản 2 phút, 5 phút và 10 phút, tỷ lệ người bệnh tồn dư giãn cơ có lặp lại thuốc giãn cơ cao hơn so với người bệnh không lặp lại thuốc giãn cơ. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Đoàn Minh Nhựt, tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lặp lại thuốc giãn cơ và tồn dư giãn cơ ( $p < 0,05$ ) ở tại thời điểm nhập hồi tỉnh và rút ống nội khí quản [5].

## V. KẾT LUẬN

Qua thu thập số liệu trên 110 người bệnh phẫu thuật vùng bụng tại khoa Gây mê II, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, kết quả cho thấy, tỷ lệ

tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật vùng bụng cao nhất tại 2 thời điểm sau khi rút nội khí quản 2 phút và 5 phút là: 35,5% và 25,5%. Sau đó sẽ giảm dần tại các thời điểm 10 phút, 15 phút, 30 phút, 60 phút với tỷ lệ tồn dư giãn cơ lần lượt là: 16,4%; 10,9%; 2,7% và 0,9%. Thời điểm 90 phút sau rút ống nội khí quản, không ghi nhận trường hợp còn tồn dư giãn cơ. Số lần nhắc lại thuốc giãn cơ trong mổ và yếu tố béo phì có mối liên quan với tồn dư thuốc giãn cơ sau phẫu thuật với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Beaussier M. and Boughaba M.A.** (2005). [Residual neuromuscular blockade]. Ann Fr Anesth Reanim, 24(10), 1266–1274.
2. **Trịnh Kế Điệp.** Đánh giá tỷ lệ tồn dư giãn cơ Rocuronium sau mổ bằng máy TOF Scan.
3. **Nguyễn Thị Bạch Dương.** So sánh tỷ lệ tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật nội soi ổ bụng ở nhóm bệnh nhân có hoặc không được theo dõi bằng máy TOF WATCH.
4. **Nguyễn Thị Minh Thu** (2012). "Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng giãn cơ tồn dư của vecuronium và hiệu quả giải giãn cơ của Neostigmine". Luận án Tiến sĩ y học, Viện Nghiên cứu Khoa Học Y - Dược Lâm Sàng 108, Hà Nội.
5. **Đoàn Minh Nhựt.** So sánh dấu hiệu lâm sàng và chỉ số TOF trong đánh giá tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa.
6. **Murphy G.S., Szokol J.W., Avram M.J., et al.** (2015). Residual Neuromuscular Block in the Elderly: Incidence and Clinical Implications. Anesthesiology, 123(6), 1322–1336.
7. **Bùi Hạnh Tâm.** Nghiên cứu ảnh hưởng lên giãn cơ tồn dư của rocuronium tiêm ngắt quãng hoặc truyền liên tục trong phẫu thuật nội soi ổ bụng kéo dài.

## VAI TRÒ CỦA NHUỘM HÓA MÔ MIỄN DỊCH TRONG PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ PHỔI

Lê Hoàn<sup>1,2</sup>, Trần Ngọc Minh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Như Quỳnh<sup>2</sup>,  
Nguyễn Đông Dương<sup>2</sup>, Đỗ Thu Huyền<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét vai trò của nhuộm hóa mô miễn dịch trong phân loại mô bệnh học của ung thư phổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 142 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi

nguyên phát tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Ung thư biểu mô tuyến chiếm 85,9%; ung thư biểu mô vảy chiếm 8,5%; ung thư biểu mô tế bào nhỏ chiếm 4,2% và các loại khác là 1,4%. Nhuộm hóa mô miễn dịch được thực hiện trên 40/142 trường hợp, trong đó: ung thư biểu mô tuyến dương tính với TTF1 trong 22/22 (100%) và Napsin A trong 19/22 (86,4%) trường hợp; ung thư biểu mô tế bào vảy cho thấy dương tính với p40 ở 10/10 (100%) trường hợp; các dấu ấn thần kinh nội tiết đều dương tính trong tất cả các ung thư biểu mô tế bào nhỏ. **Kết luận:** Nhuộm hóa mô miễn dịch giúp định tính mô bệnh học ung thư phổi trong những trường hợp nhuộm Hematoxylin- Eosin chưa xác định được. **Từ khóa:** Ung thư phổi, nhuộm hóa mô miễn dịch

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàn

Email: lehoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

**SUMMARY****THE ROLE OF IMMUNOHISTOCHEMICAL IN CLASSIFICATION OF LUNG CANCER**

**Objective:** To evaluate the role of immunohistochemical staining in histopathological classification of lung cancer at Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study on 142 patients diagnosed with primary lung cancer at Hanoi Medical University Hospital from January 2022 to December 2023. **Results:** Adenocarcinoma accounts for 85.9%, squamous carcinoma accounts for 8.5%, small cell carcinoma accounts for 4.2% and other types account for 1.4%. Immunohistochemical staining was performed in 40/142 cases, of which: adenocarcinoma was positive for TTF1 in 22/22 (100%) and Napsin A in 19/22 (86.4%) cases; squamous cell carcinoma showed p40 positivity in 10/10 (100%) cases; neuroendocrine markers were positive in all small cell carcinomas. **Conclusion:** Immunohistochemistry helps determine the histopathological type of lung cancer in cases where Hematoxylin-Eosin staining cannot be determined. **Keywords:** Lung cancer, immunohistochemical staining

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư phổi là một trong những loại ung thư phổ biến nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư, ước tính mỗi năm có gần 1,8 triệu ca tử vong trên toàn thế giới.<sup>1</sup> Ở Việt Nam, thống kê của GLOBOCAN 2020 ghi nhận có 26262 người mắc mới ung thư phổi, chiếm 14,4% tổng số ca ung thư mới mắc, đứng thứ 2 sau ung thư gan.<sup>1</sup> Ung thư biểu mô phổi nguyên phát được phân loại thành ung thư biểu mô phổi tế bào nhỏ (SCLC) và ung thư biểu mô phổi không tế bào nhỏ (NSCLC), bao gồm ung thư biểu mô tuyến (50-70%), ung thư biểu mô tế bào vảy (20-30%) và các loại ung thư ít phổ biến khác (<5%).<sup>2</sup>

Trong những năm gần đây, các nghiên cứu phân tử về ung thư phổi đã dẫn đến sự phát triển các phương pháp điều trị nhắm tới các con đường tín hiệu phân tử do các bất thường gen gây nên, được biết đến với tên gọi là điều trị đích cho thấy những hiệu quả đáng kể so với những phương pháp điều trị kinh điển trước đây như hóa trị, xạ trị. Vì vậy, phân loại mô bệnh học một cách chính xác có vai trò rất quan trọng trong điều trị ung thư phổi.<sup>2</sup> Tuy nhiên, nhiều trường hợp chỉ nhuộm Hematoxylin-Eosin (HE) là chưa đủ để định tính mô bệnh học, khi đó nhuộm hóa mô miễn dịch (Immunohistochemistry - IHC) đóng vai trò quyết định trong chẩn đoán phân loại mô bệnh học ung thư phổi nhờ vào sự bộc lộ đặc hiệu các dấu ấn miễn dịch đặc trưng cho mỗiтип tương ứng.<sup>2</sup>

Trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện nghiên

cứu này với sự bộc lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch thường gặp nhằm đánh giá vai trò của nhuộm hóa mô miễn dịch trong phân loại mô bệnh học ung thư phổi tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 142 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2023, thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư phổi dựa trên kết quả mô bệnh học theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới 2021.<sup>2</sup>

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Ung thư phổi tái phát hoặc đã điều trị trước đó (hóa trị, xạ trị, phẫu thuật)

- Ung thư di căn đến phổi.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu

- Kỹ thuật xét nghiệm sử dụng trong nghiên cứu:

+ Kỹ thuật nhuộm Hematoxylin - Eosin (H-E) thường quy.

+ Kỹ thuật nhuộm hóa mô miễn dịch: Kháng thể sử dụng: CK7, CK5/6, TTF1, Synaptophysin, Chromogranin A, napsin A, p63, p40, CD56.

- Các biến số nghiên cứu:

+ Một số đặc điểm chung: tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, giai đoạn ung thư phổi.

+ Kết quả mô bệnh học dựa vào kết quả nhuộm HE và nhuộm hóa mô miễn dịch

**2.3. Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc của nghiên cứu y học. Các thông tin liên quan đến bệnh nhân được bảo mật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1: Một số đặc điểm chung (n=142)**

Đặc điểm		n	%
Tuổi trung bình: 62,8 ± 8,8 tuổi (dao động từ 32-88 tuổi)			
Giới tính	Nam	99	69,7
	Nữ	43	30,3
Hút thuốc	Có	85	59,8
	Không	57	40,2
Giai đoạn ung thư	I	31	21,8
	II	16	11,2
	IIIA	25	17,6

	IIIB-C	19	13,4
	IV	51	36,0

**Nhận xét:** Nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình là  $62,8 \pm 8,8$  tuổi; nam giới chiếm đa số (69,7%), tỷ lệ so với nữ giới là 2,3:1; 59,8% bệnh nhân có hút thuốc; ung thư giai đoạn IV chiếm 36%.

### 3.2. Đặc điểm mô bệnh học

**Bảng 2: Đặc điểm mô bệnh học (n=142)**

Loại mô bệnh học	Nhuộm HE thường quy		Sau khi nhuộm IHC	
	n	%	n	%
Ung thư không tế bào nhỏ	18	12,7	0	0
Ung thư biểu mô tuyến	99	69,7	122	85,9

**Bảng 3: Đặc điểm các dấu ấn miễn dịch trong ung thư phổi (n= 40)**

Dấu ấn miễn dịch	Ung thư biểu mô tuyến (n=22) (%)	Ung thư biểu mô vảy (n=10) (%)	Ung thư tế bào nhỏ (n=6) (%)	Ung thư biểu mô phổi khác (n=2) (%)
CK7	16 (72,7%)	1 (10%)	5 (83,3%)	1 (50%)
CK 5/6	0	1 (10%)	0	0
p63	0	2 (20%)	0	0
P40	0	10 (100%)	0	0
TTF1	22 (100%)	1 (10%)	1 (16,7%)	2 (100%)
Napsin A	19 (86,4%)	0	0	1 (50%)
Synaptophysin	1 (4,5%)	0	6 (100%)	2 (100%)
Chromogranin A	0	0	6 (100%)	1 (50%)
CD56	1 (4,5%)	1 (10%)	6 (100%)	2 (100%)

**Nhận xét:** - Trong 22 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến, được thực hiện IHC, TTF1 dương tính trong tất cả 22 trường hợp, tiếp theo là Napsin A và CK7 với tỷ lệ dương tính lần lượt là 86,4% và 72,7%; tất cả đều âm tính với CK 5/6, p63, p40 và chromogranin A.

- Trong 10 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô vảy được thực hiện IHC, p40 dương tính trong tất cả 10 trường hợp, tiếp theo là p63 chiếm 20%, các dấu ấn miễn dịch khác như CK7, CK5/6, TTF1, CD56 xuất hiện với tỷ lệ như nhau là 10%; tất cả các trường hợp đều âm tính với Napsin A, Chromogranin A và synaptophysin.

- Trong số 6 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tế bào nhỏ, IHC được thực hiện ở 6/6 bệnh nhân. CD56, chromogranin A và synaptophysin gặp ở 100% các trường hợp ung thư tế bào nhỏ, CK7 cũng dương tính ở 5/6 trường hợp chiếm tỷ lệ 83,3%, có 1 trường hợp dương tính với TTF1 chiếm 16,7%.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu thực hiện trên 142 bệnh nhân ung thư phổi được chẩn đoán trong 2 năm 2022-2023 tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội cho thấy ung thư phổi phổ biến hơn ở nam giới. Tỷ lệ nam

Ung thư biểu mô vảy	02	1,4	12	8,5
Ung thư tế bào nhỏ	01	0,7	6	4,2
Ung thư chưa định loại	22	15,5	0	0
Các loại khác	0	0	2	1,4

**Nhận xét:** - Có 40/142 trường hợp cần nhuộm hóa mô miễn dịch để định típ ung thư phổi sau khi có kết quả mô bệnh học bằng nhuộm HE thường quy.

- Kết quả mô bệnh học sau khi nhuộm hóa mô miễn dịch thì ung thư phổi thường gặp nhất là ung thư biểu mô tuyến chiếm 85,9%, tiếp đến là ung thư biểu mô vảy chiếm tỷ lệ 8,5%, ung thư tế bào nhỏ là 4,2%, các thể mô bệnh học khác chiếm tỷ lệ thấp.

### 3.3. Đặc điểm các dấu ấn miễn dịch trong ung thư phổi

so với nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,3:1, cao hơn so với dân số thế giới với tỷ lệ này là 1,9:1.<sup>1</sup> Ở các nước phát triển, tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ đã bắt đầu tương đương nhau, nguyên nhân một phần do việc thay đổi thói quen hút thuốc lá. Tuy nhiên, các nghiên cứu về dân số Việt Nam vẫn cho thấy tỷ lệ nam cao hơn so với nữ mặc dù khoảng cách này cũng đang được rút ngắn. Trần Khánh Chi và cộng sự nghiên cứu trên 146 bệnh nhân ung thư phổi tại Bệnh viện Bạch Mai trong 2 năm (2013-2014) ghi nhận tỷ lệ nam/nữ là 1,95:1.<sup>3</sup> Nghiên cứu của Phạm Nguyên Cường trên 124 bệnh nhân ung thư phổi tại Bệnh viện Trung ương Huế trong 3 năm (2016-2019) ghi nhận tỷ lệ nam/nữ là 2,45:1.<sup>4</sup>

Độ tuổi trung bình khi chẩn đoán là  $62,8 \pm 8,8$  tuổi, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 51-70 tuổi, chiếm 75,3%. Tuổi thấp nhất là 32, cao nhất là 88 tuổi. Các nghiên cứu khác ở Việt Nam cũng chỉ ra độ tuổi trung bình khi chẩn đoán ung thư phổi và nhóm tuổi phổ biến thường gặp ung thư phổi là tương đương với nghiên cứu của chúng tôi.<sup>3,4</sup>

Trong nghiên cứu này, có đến 50,7% trường hợp chẩn đoán ung thư phổi giai đoạn sớm có

thể phẫu thuật và 1/3 số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn.

**4.2 Đặc điểm mô bệnh học và vai trò của hóa mô miễn dịch.** Ung thư biểu mô phổi chiếm tỷ lệ phổ biến nhất hiện nay là ung thư biểu mô tuyến. Nghiên cứu của Zang Y và cộng sự thực hiện trên 185 quốc gia và vùng lãnh thổ cho thấy ung thư phổi tip biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại ung thư phổi ở cả hai giới nam và nữ.<sup>5</sup> Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tới 85,9% trường hợp ung thư phổi là ung thư biểu mô tuyến. Vì hút thuốc lá có liên quan chặt chẽ với ung thư biểu mô tế bào vảy và ung thư biểu mô tế bào nhỏ nên tỷ lệ mắc hai loại ung thư này giảm có lẽ liên quan đến việc giảm tỷ lệ hút thuốc. Sự gia tăng tỷ lệ mắc ung thư biểu mô tuyến có thể liên quan đến sự thay đổi trong thiết kế của thuốc lá, thành phần của thuốc lá hoặc các nguyên nhân chưa xác định khác.

Mặc dù nhuộm HE là đủ để định tip một số lượng lớn các trường hợp ung thư phổi, IHC vẫn đóng một vai trò quan trọng trong việc phân loại ung thư phổi. Vì phổi là cơ quan thường gặp nhất của các khối u di căn nên cần phải loại trừ di căn trước khi xem xét ung thư nguyên phát ở phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 40/142 trường hợp (28,2%) cần nhuộm IHC để định tip ung thư phổi sau khi có kết quả mô bệnh học qua nhuộm HE thường quy.

IHC cũng được yêu cầu thực hiện trong các trường hợp ung thư phổi nguyên phát kém biệt hóa, không có sự biệt hóa rõ ràng về tuyến hoặc vảy trên hình thái nhuộm HE. Trong trường hợp này, sự phân loại giữa ung thư biểu mô tế bào vảy và ung thư biểu mô tuyến là rất quan trọng trong điều trị ung thư phổi, do sự phát triển của các xét nghiệm xác định đột biến gen và các thuốc điều trị đích trong ung thư phổi biểu mô tuyến hiện nay.<sup>6</sup>

**4.2.1. Vai trò của nhuộm hóa mô miễn dịch trong việc phân biệt ung thư biểu mô tuyến phổi kém biệt hóa với ung thư biểu mô tế bào vảy.** TTF-1 và napsin A cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu cao đối với ung thư biểu mô tuyến phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu ấn TTF-1 và Napsin-A được quan sát thấy ở 100% và 86,4% trường hợp ung thư biểu mô tuyến. Tỷ lệ dương tính TTF-1 trong các nghiên cứu là khác nhau: Sainz và cộng sự (63%)<sup>7</sup>, Phạm Nguyên Cường và cộng sự (96.5%)<sup>4</sup>. Nguyên nhân của sự khác biệt này đối với dấu ấn TTF-1 có thể là do TTF-1 sẽ dương tính hơn trong ung thư biểu mô tuyến biệt hóa tốt hơn. Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, các

nghiên cứu của Alekhya M<sup>8</sup> và Phạm Nguyên Cường<sup>4</sup> đã cho thấy dấu ấn Napsin-A dương tính trong ung thư biểu mô tuyến với tỷ lệ lần lượt là 79% và 83,1%. Ye J và cộng sự<sup>9</sup> quan sát thấy Napsin-A và TTF-1 là một dấu hiệu mạnh mẽ cho thấy ung thư biểu mô tuyến có nguồn gốc từ phổi. Dấu ấn CK7 trong nghiên cứu của chúng tôi dương tính 72,77% ung thư phổi tip biểu mô tuyến, thấp hơn so với trong nghiên cứu của Alekhya M (95%)<sup>8</sup>. Mặc dù TTF-1 có độ nhạy cao hơn, Napsin-A rất hữu ích như một dấu hiệu thay thế khi gặp ung thư biểu mô tuyến phổi kém biệt hóa hoặc khối u nguyên phát chưa xác định. CK7 cũng đã được sử dụng làm chất đánh dấu ung thư biểu mô tuyến; tuy nhiên, đôi khi, nó có thể dương tính trong ung thư biểu mô tế bào vảy, trong nghiên cứu của chúng tôi có 1/10 trường hợp ung thư tế bào vảy dương tính với dấu ấn CK7.

Các dấu hiệu phân biệt vảy thường được đánh giá trong ung thư biểu mô phổi bao gồm p63, CK5/6 và p40. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy độ nhạy cao của CK5/6 và p63 trong việc phát hiện ung thư biểu mô tế bào vảy; tuy nhiên, biểu hiện của chúng trong ung thư biểu mô tuyến có thể thay đổi. Camilo R và cộng sự<sup>10</sup> nhận thấy CK5/6 dương tính ở 56% ung thư biểu mô tuyến, trong khi Pelosi G và cộng sự<sup>11</sup> tìm thấy biểu hiện p63 ở 47,6% ung thư biểu mô tuyến, do đó hạn chế tính hữu ích của các dấu hiệu này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, CK5/6 và p63 chỉ dương tính ở 10% và 20% trường hợp ung thư biểu mô tế bào vảy. Gần đây hơn, p40 đã được chứng minh là một dấu hiệu tuyệt vời để phân biệt tế bào vảy, p40 tương đương với p63 về độ nhạy đối với ung thư biểu mô tế bào vảy, nhưng nó vượt trội hơn rõ rệt so với p63 về độ đặc hiệu.<sup>12</sup> Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy p40 biểu hiện ở 100% trường hợp ung thư biểu mô vảy.

**4.2.2. Vai trò nhuộm hóa mô miễn dịch trong ung thư biểu mô tế bào nhỏ.** Các dấu hiệu thần kinh nội tiết như CD56, chromogranin A, synaptophysin được biểu hiện nhất quán ở ung thư biểu mô tế bào nhỏ, trong đó CD56 là nhạy cảm nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp ung thư biểu mô tế bào nhỏ đều cho kết quả dương tính 100% với tất cả các dấu ấn này. Biểu hiện của các dấu ấn không phải thần kinh nội tiết trong ung thư biểu mô tế bào nhỏ cũng đã được nghiên cứu. Bên cạnh pan-cytokeratin là dương tính, các cytokeratin khác như CK7, CK5/6 và CK20 cũng có thể cho kết quả dương tính khác nhau, nghiên cứu của Johansson L, tỷ lệ dương tính các dấu ấn CK7, CK5/6 và CK20 lần lượt là: 84,6%, 15,4% và

15,4%. Tỷ lệ ung thư phổi tế bào nhỏ dương tính với dấu ấn CK7 trong nghiên cứu của chúng tôi là 83,3%. TTF-1 cũng được biểu hiện trong một tỷ lệ lớn (>80%) các trường hợp. Tuy nhiên, cần phải thận trọng vì biểu hiện TTF-1 có thể gặp ở ung thư biểu mô tế bào nhỏ ở các vị trí khác ngoài phổi, chẳng hạn như ung thư biểu mô tế bào nhỏ của bàng quang, tuyến tiền liệt, đường tiêu hóa và đường sinh dục nữ.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến vẫn là loại ung thư phổi phổ biến nhất ở dân số Việt Nam, tiếp theo là ung thư biểu mô vảy và ung thư biểu mô tế bào nhỏ. Nhuộm hóa mô miễn dịch có thể giúp phân biệt các trường hợp khó định tính. Các dấu ấn hóa mô miễn dịch bao gồm TTF-1, napsin A, CK5/6, p63 và p40 có thể giải quyết hầu hết các vấn đề chẩn đoán liên quan đến hình thái ung thư biểu mô tế bào phổi không phải tế bào nhỏ.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện thuận lợi để chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung 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 May;71(3):209-249. DOI: 10.3322/caac.21660.
2. **WHO Classification of Tumours Editorial Board, Thoracic Tumours, 5th ed.** International Agency for Research on Cancer. 2021.
3. **Trần Khánh Chi, Lê Tuấn Minh, Lê Hoàn và**

- cộng sự.** Nồng độ Cyfra 21-1 và NSE trong máu ở bệnh nhân ung thư phổi tại Bệnh viện Bạch Mai 2013-2014. *Tạp chí nghiên cứu Y học.* 2015;Số chuyên đề tháng 11: 142-147
4. **Phạm Nguyễn Cường.** Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch của ung thư phổi tại Khoa Giải phẫu bệnh- Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Y học lâm sàng.* 2020. 66: 23-28.
  5. **Zhang Y, Vaccarella S, Morgan E, et al.** Global variations in lung cancer incidence by histological subtype in 2020: a population-based study. *Lancet Oncol.* 2023 Nov;24(11):1206-1218. DOI: 10.1016/S1470-2045(23)00444-8.
  6. **Powell CA, Brambilla E, et al.** Molecular testing for treatment selection in lung cancer WHO Classification of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart. International Agency for Research on Cancer (IARC). 2015 4th ed:22-37
  7. **Sainz, Fukuoka, et al.** Napsin-A: a new marker for lung adenocarcinoma is complementary and more sensitive than TTF-1 (thyroid transcription factor-1): evaluation of 967 cases by tissue microarray. *Mod Pathol.* 2008; 213 – 249
  8. **Alekha M, Rukmanqadha N, Lakshmi AY, et al.** Role of Immunohistochemistry in The Subtyping of Non Small Cell Lung Carcinoma on True Cut Lung Biopsies. *Ann Pathol Lab Med.* 2018; 56A:447- 455. DOI: <https://doi.org/10.21276/apalm.1839>.
  9. **Ye J, Findeis-Hosev JJ, Yang O, et al.** Combination of napsin A and TTF-1 immunohistochemistry helps in differentiating primary lung adenocarcinoma from metastatic carcinoma in the lung. *Appl Immunohistochem Mol Morphol.* 2011 Jul;19(4):313-7. DOI: 10.1097/PAI.0b013e318205b059.
  10. **Camilo R, Capelozzi VL, Siqueira SAC, et al.** Expression of p63, keratin 5/6, keratin 7, and surfactant-A in non-small cell lung carcinomas. *Hum Pathol.* 2006 May;37(5):542-6. DOI: 10.1016/j.humpath.2005.12.019.

# THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THỰC HÀNH DỰ PHÒNG ĐỘT QUỴ NÃO CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI HUYỆN LƯƠNG SƠN, TỈNH HÒA BÌNH NĂM 2024 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Thu Hiền<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Hương<sup>3</sup>, Hoàng Thị Xuân Hương<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành về dự phòng đột quỵ não của người bệnh tăng huyết

áp điều trị ngoại trú tại huyện Lương Sơn, tỉnh Hòa Bình năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 375 người bệnh tăng huyết áp đang được điều trị ngoại trú tại 11 trạm y tế xã thuộc huyện Lương Sơn, tỉnh Hòa Bình. **Kết quả:** có 375 người bệnh tăng huyết áp, số người bệnh nữ/nam là gần tương đương nhau (192 nữ/183 nam). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62,5 ± 8,9. Nghề nghiệp chủ yếu của đối tượng nghiên cứu là nông dân chiếm 77,6%. Điểm trung bình kiến thức chung về phòng biến chứng ĐQN là 24,4 ± 6,0; điểm thực hành chung về phòng biến chứng ĐQN là 10,6 ± 2,5. Bốn yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với

<sup>1</sup>Đại học Phenikaa

<sup>2</sup>Trung tâm Y tế Lương Sơn, Hoà Bình

<sup>3</sup>Cao đẳng Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Xuân Hương  
Email: [huong.hoangthixuan@phenikaa-uni.edu.vn](mailto:huong.hoangthixuan@phenikaa-uni.edu.vn)

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024