

2. Eshoa C, Perkins S, Kampalath B, Shidham V, Juckett M, Chang C-C. Decreased CD10 expression in grade III and in interfollicular infiltrates of follicular lymphomas. *American journal of clinical pathology*. 2001;115(6):862 - 867.

3. Ohshima K, Kawasaki C, Muta H, et al. CD10 and Bcl10 expression in diffuse large B-cell lymphoma: CD10 is a marker of improved prognosis. *Histopathology*. 2001;39(2):156 - 162.

4. Fang J-M, Finn WG, Hussong JW, Goolsby CL, Cubbon AR, Variakojis D. CD10 antigen expression correlates with the t (14; 18)(q32; q21) major breakpoint region in diffuse

large B-cell lymphoma. *Modern pathology: an official journal of the United States and Canadian Academy of Pathology, Inc.* 1999;12(3):295 - 300.

5. Wakely Jr PE. Fine-needle aspiration cytopathology in diagnosis and classification of malignant lymphoma: accurate and reliable? *Diagnostic cytopathology*. 2000;22(2):120 - 125.

6. Dogan A, Bagdi E, Munson P, Isaacson PG. CD10 and BCL-6 expression in paraffin sections of normal lymphoid tissue and B-cell lymphomas. *The American journal of surgical pathology*. 2000;24(6):846 - 852.

MÔ BỆNH HỌC VÀ TÌNH TRẠNG BỘC LỘ VIMENTIN BẰNG HÓA MÔ MIỄN DỊCH Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ VÒM HỌNG

LÊ THỊ YẾN, NGUYỄN VĂN HƯNG
Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm vi thể, giai đoạn lâm sàng và xác định tình trạng bộc lộ protein vimentin bằng hóa mô miễn dịch ở bệnh nhân ung thư biểu mô vòm họng (UTBMVH) theo phân loại của WHO 2017.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên số lượng 80 bệnh nhân có chẩn đoán UTBMVH tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

Kết quả: UTBMVH có typ mô bệnh học thường gặp nhất là UTBM vảy không sừng hoá chiếm 96,2%, trong đó riêng dưới typ không biệt hoá chiếm 80%. Vimentin bộc lộ chủ yếu ở bào tương tế bào UTBMVH trong đó u không bộc lộ và bộc lộ vimentin thấp chiếm tỷ lệ cao hơn (81,2%). Không có mối liên quan giữa bộc lộ vimentin tế bào UTBMVH với typ mô bệnh học ($p = 0,846$). Có mối liên quan giữa bộc lộ vimentin tế bào UTBMVH với giai đoạn T ($p = 0,013$), di căn hạch ($p = 0,019$), di căn xa ($p = 0,000$) và giai đoạn lâm sàng ($p = 0,000$).

Kết luận: UTBMVH có typ mô bệnh học thường gặp nhất là UTBM vảy không sừng hoá không biệt hóa. Vimentin có mối liên quan chặt chẽ với giai đoạn T, di căn hạch, di căn xa và giai đoạn bệnh của UTBMVH, gợi ý vai trò quan trọng của yếu tố này trong sự xâm lấn và di căn

của khối u và có thể được coi là một yếu tố tiên lượng độc lập trong UTBMVH.

Từ khóa: Ung thư biểu mô vòm họng, UTBMVH, vimentin.

SUMMARY

Purpose: Describe the microscopic characteristics, clinical stage and determine the status of vimentin protein expression by immunohistochemistry in patients with nasopharyngeal carcinoma (NPC) according to WHO classification 2017.

Methods: A cross-sectional description on 80 patients diagnosed with NPC at K Hospital.

Results: The most common histological type is non-keratinizing squamous cell carcinoma, 96.2%, of which the undifferentiated subtype accounts for 80%. Vimentin is mainly expressed in the cytoplasm of NPC cells, in which no expressing and low vimentin expressing tumors account for a higher proportion (81.2%). There was no relationship between the expression of vimentin with histological type ($p = 0.846$). There was a relationship between the expression of vimentin in NPC cells with T stage ($p = 0.013$), lymph node metastasis ($p = 0.019$), distant metastasis ($p = 0.000$) and clinical stage ($p = 0.000$).

Conclusions: The most common histological type is non-keratinizing squamous cell carcinoma, undifferentiated subtype. Vimentin has a strong association with T stage, lymph node metastasis, distant metastasis and disease

Chịu trách nhiệm: Lê Thị Yến
Email: lethiyena1k45@gmail.com
Ngày nhận: 19/8/2021
Ngày phản biện: 21/9/2021
Ngày duyệt bài: 08/10/2021

stage of NPC, suggesting an important role of this factor in tumor invasion and metastasis and may be considered as an independent prognostic factor in NPC.

Keywords: Nasopharyngeal carcinoma, NPC, vimentin.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm họng (UTVH) là ung thư thường gặp nhất ở vùng đầu cổ. Theo thống kê của Globocan 2018, UTVH có số ca mắc mới đứng thứ 6 trong các ung thư nói chung ở Việt Nam, chủ yếu ở nam giới [1]. Vimentin là một protein tế bào, sự bộc lộ quá mức của vimentin liên quan với tốc độ tăng trưởng khối u, sự kết dính tế bào ung thư, sự xâm lấn và di căn, dự đoán tiên lượng xấu cho bệnh nhân mắc UTBMVH. Hiện nay, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về sự bộc lộ vimentin trong UTBMVH nhằm làm rõ vai trò của yếu tố này trong cơ chế sinh bệnh học cũng như mối liên quan với lâm sàng, giai đoạn, tiên lượng và điều trị bệnh, tuy nhiên kết quả của các nghiên cứu này còn có sự khác biệt. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá về tình trạng bộc lộ vimentin trong UTBMVH và mối liên quan giữa yếu tố này với mô bệnh học, giai đoạn bệnh. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm vi thể và giai đoạn lâm sàng ở bệnh nhân ung thư biểu mô vòm họng theo phân loại của WHO 2017; 2. Xác định tình trạng bộc lộ protein vimentin bằng hóa mô miễn dịch và đối chiếu với typ mô bệnh học, giai đoạn lâm sàng ở nhóm bệnh nhân trên.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 80 bệnh nhân được chẩn đoán UTBM vòm họng tại Bệnh viện K - Cơ sở Tân Triều, từ tháng 8/2020 đến tháng 7/2021, còn tiêu bản và khối nền đủ chất lượng, số lượng để chẩn đoán và nhuộm HMMD, được làm các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh cần thiết để đánh giá di căn hạch và di căn xa.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3. Cơ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho so sánh hai tỷ lệ.

4. Quy trình nghiên cứu: Thu thập thông tin về đặc điểm chung. Thu thập thông tin chẩn đoán hình ảnh về đặc điểm xâm lấn, di căn hạch, di căn xa của khối u, phân loại giai đoạn lâm sàng theo AJCC 2017. Thu thập tiêu bản và khối nền, đọc tiêu bản nhuộm HE, phân tích các đặc điểm tế bào và cấu trúc để định typ MBH theo tiêu chuẩn phân loại của WHO 2017. Nhuộm HMMD với vimentin trong tất cả các

trường hợp bệnh. Đánh giá bộc lộ dấu ấn vimentin [2]. Mức độ bộc lộ các dấu ấn được phân độ theo số lượng tế bào dương tính: 0 = không có tế bào u bắt màu thuốc nhuộm, 1 = < 10% số tế bào bắt màu thuốc nhuộm, 2 = 10 - 50% số tế bào bắt màu thuốc nhuộm, 3 = > 50% số tế bào bắt màu thuốc nhuộm. Cường độ bắt màu các dấu ấn được phân thành 4 mức độ: 0 = không bắt màu, 1 = bắt màu vàng nhạt, 2 = bắt màu vàng, 3 = bắt màu nâu. Điểm hoá mô miễn dịch được phân làm 2 nhóm dựa trên tích số của điểm mức độ và cường độ bắt màu: 0, 1, 2, 4 = bộc lộ thấp; 6, 9 = bộc lộ cao.

5. Phân tích và xử lý số liệu

Các số liệu và kết quả thu được được xử lý bằng máy vi tính, sử dụng phần mềm thống kê SPSS 16.0. Khảo sát mối tương quan giữa các tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 (trường hợp có nhiều hơn 20% ô có tần số mong đợi nhỏ hơn 5 sẽ sử dụng kiểm định Fisher's Exact); các phép so sánh có $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

1.1. Giới: Các bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu là nam (74%) với tỷ lệ nam/nữ bằng 2,81.

1.2. Tuổi: Bệnh nhân lớn tuổi nhất trong nghiên cứu là 80 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 20 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 45 - 65 tuổi chiếm 53,7%. Tuổi trung bình là $51,7 \pm 14,3$ tuổi.

1.3. Vị trí u: Đa số UTBMVH xuất phát từ hố Rosenmuller với tỷ lệ 65%. Các u xuất phát từ các vị trí thành bên họng, thành sau trên họng và thành dưới họng chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 20%, 12% và 3%.

2. Đặc điểm vi thể

Về đặc điểm các typ mô bệnh học, typ mô bệnh học thường gặp nhất là ung thư biểu mô vảy không sừng hoá chiếm 96,2%, trong đó dưới typ không biệt hoá chiếm 80% và dưới typ biệt hoá chiếm 16,2%. Nghiên cứu ghi nhận 2 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy sừng hoá (2,5%), 1 bệnh nhân ung thư tuyến nhũ vòm họng (1,3%) và không có bệnh nhân nào ung thư biểu mô tế bào vảy dạng tế bào đáy.

3. Đặc điểm giai đoạn lâm sàng

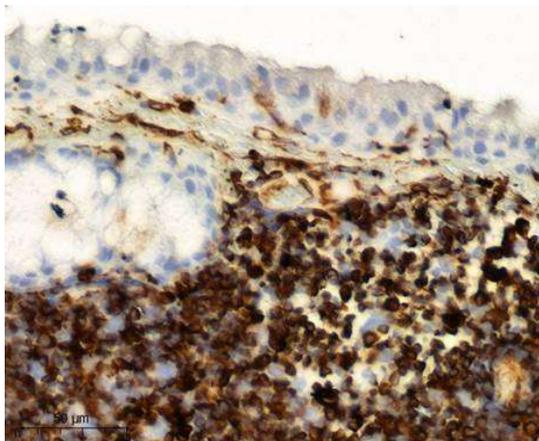
Giai đoạn T: Giai đoạn T1 chiếm nhiều nhất với 42 trường hợp chiếm 52,5%. Số ca thuộc các giai đoạn còn lại theo thứ tự T2, T3, T4 là 13 (16,2%), 17 (21,2%) và 8 (10%).

Di căn hạch: UTBMVH chủ yếu là di căn hạch chiếm 71,2%, trong đó tỷ lệ cái giai đoạn N1, N2, N3 lần lượt là 31,2%, 37,5% và 2,5%.

Có 15 trường hợp chưa có di căn hạch chiếm tỷ lệ 18,8%.

Di căn xa: Nghiên cứu chỉ ghi nhận 8 trường hợp di căn xa (10%) đến các cơ quan khác nhau trong cơ thể trong đó có 4 trường hợp di căn phổi, 3 trường hợp di căn gan và 1 trường hợp di căn xương.

Giai đoạn bệnh: Giai đoạn II và III chiếm tỷ lệ nhiều nhất với tỷ lệ 32,5% và 33,8%. Các giai



Hình 1. Vimentin không bộc lộ ở tế bào biểu mô vòm họng lành (K3-21-2338, Vimentin x 400)

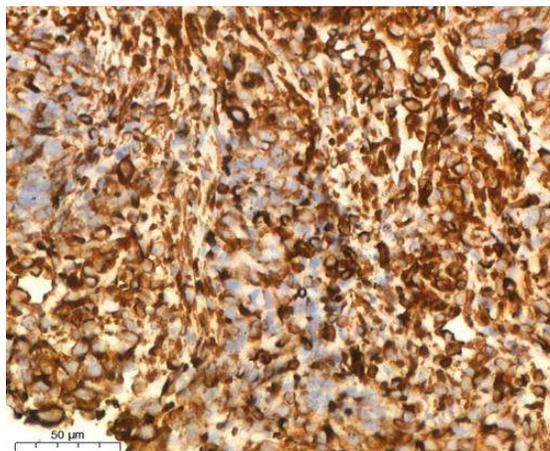
Bảng 1. Phân bố các nhóm bộc lộ vimentin theo đặc điểm mô bệnh học và giai đoạn bệnh

Đặc điểm mô bệnh học	Bộc lộ vimentin thấp n (...%)	Bộc lộ vimentin cao n (...%)	P
<i>Typ mô học</i>			0,846
UTBM vảy không sừng hóa biệt hóa	52 (81,2%)	12 (18,8%)	
UTBM vảy không sừng hóa không biệt hóa	10 (76,9%)	3 (12,1%)	
UTBM vảy sừng hoá	2 (100%)	0 (0%)	
UTBM vảy dạng tế bào đáy	0 (0%)	0 (0%)	
UTBM tuyến vú	1 (100%)	0 (0%)	
<i>Giai đoạn T</i>			0,013
T1 - T2	49 (89,1%)	6 (10,9%)	
T3 - T4	16 (64%)	9 (36%)	
<i>Di căn hạch</i>			0,019
Di căn hạch sớm (N0-1)	43 (89,6%)	5 (10,4%)	
Di căn hạch muộn (N2-N3)	22 (68,8%)	10 (31,2%)	

đoạn I, IVA, IB chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 15%, 8,8% và 10%.

4. Đặc điểm hóa mô miễn dịch

Vimentin bộc lộ chủ yếu bào tương của tế bào u và không bộc lộ ở tế bào biểu mô vòm họng lành. Các trường hợp u không bộc lộ và bộc lộ vimentin thấp có tỷ lệ cao hơn với 65/80 trường hợp chiếm 81,2%, u bộc lộ vimentin cao có 15/80 trường hợp chiếm 18,8%.



Hình 2. Vimentin dương tính ở bào tương tế bào UTBMVH (K3-20-78787, Vimentin x 400)

<i>Di căn xa</i>			0,000
M0	63 (87,5%)	9 (12,5%)	
M1	2 (25%)	6 (75%)	
<i>Giai đoạn bệnh</i>			0,000
I-II	37 (97,4%)	1 (2,6%)	
III-IV	28 (66,7%)	14 (33,3%)	

Nhận xét: Các typ mô bệnh học đều có tỷ lệ u bộc lộ vimentin thấp chiếm nhiều hơn tỷ lệ bộc lộ vimentin cao, trong đó cả 2 trường hợp UTBM vảy sừng hoá và trường hợp UTBM tuyến vú vòm họng đều bộc lộ vimentin thấp. Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,846$.

U bộc lộ vimentin cao chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm u tiến triển giai đoạn T3 - T4, di căn hạch N2 - N3, di căn xa và giai đoạn bệnh III - IV so với ở nhóm còn lại. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm chung

1.1. Đặc điểm về giới

Khảo sát về sự phân bố giới tính của bệnh nhân UTBMVH trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ nam/nữ bằng 2,81. Kết quả này hoàn

toàn phù hợp với các nghiên cứu trước đó bởi hầu hết các tác giả trong và ngoài nước đều thống nhất quan điểm UTBMVH chủ yếu gặp ở nam, với tỷ lệ nam/nữ là 2 - 3 lần. Nghiên cứu của Luo (2012) tại Trung Quốc ghi nhận 84 bệnh nhân nam và 31 bệnh nhân nữ, tỷ lệ nam/nữ là 2,7^[2]. Nghiên cứu của Trần Thị Thuý (2019) với 72 bệnh nhân nam và 28 bệnh nhân nữ, tỷ lệ nam/nữ = 2,57^[3]. Nguyên nhân dẫn đến sự chênh lệch về giới tính có thể được lý giải do nam giới thường xuyên tiếp xúc hơn với một số yếu tố nguy cơ gây bệnh UTBMVH. Đó là các yếu tố về môi trường và nghề nghiệp như khói bụi, hoá chất và đặc biệt là thói quen hút thuốc lá, uống rượu.

1.2. Đặc điểm về tuổi

Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 80 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 20 tuổi, tuổi trung bình là 51,7 ± 14,3 tuổi, nhóm tuổi thường gặp nhất là 45 - 65 tuổi chiếm 53,7%. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với tài liệu của WHO ghi nhận trong quần thể người có nguy cơ cao, tỷ lệ mắc UTBMVH tăng lên sau tuổi 30, cao điểm ở 40 - 60 tuổi và sau đó giảm dần^[4].

1.3. Vị trí khối u

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận vị trí xuất phát chủ yếu của khối u vòm họng là từ hố Rosenmuller với 65% bệnh nhân. Tác giả Trần Thị Thuý (2019) ghi nhận có 62% bệnh nhân có tổn thương UTBMVH xuất phát từ hố Rosenmuller^[3]. Như vậy, chúng tôi đều đồng thuận rằng hố Rosenmuller là vị trí xuất phát thường gặp nhất của UTBMVH. Đây là vị trí sâu khó phát hiện, nằm ở thành bên vòm họng. Các vị trí khác của thành bên ít gặp hơn.

2. Đặc điểm mô bệnh học

Nghiên cứu của chúng tôi theo phân loại mới nhất của WHO 2017 cho kết quả có 96,2% UTBM vảy không sừng hoá (trong đó dưới typ không biệt hoá chiếm 80% và dưới typ biệt hoá chiếm 16,2%), 2,5% UTBM vảy sừng hoá, 1,3% UTBM tuyến nhũ vòm họng và không có trường hợp nào UTBM vảy dạng tế bào đáy.

UTBM vảy không sừng hoá không biệt hoá trong phân loại của WHO 2017 tương đương với UTBM không biệt hoá (UCNT) theo phân loại cũ năm 2016. Đây cũng là typ mô bệnh học thường gặp chủ yếu ở các nước Đông Nam Á và vùng Nam Trung Quốc trong đó có Việt Nam. Các nghiên cứu khác tại Việt Nam và Trung Quốc cũng đều có tỷ lệ UTBM không biệt hoá cao hơn hẳn các typ khác như trong nghiên cứu của Trần Thị Thuý (2019) với 65%^[3], nghiên

cứu của Tang (2014) với 96,1%^[5] hay nghiên cứu của Wang (2017) với 79,5%^[6].

3. Đặc điểm về giai đoạn lâm sàng

3.1. Giai đoạn T

Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn T1, T2 cao hơn tỉ lệ bệnh nhân ở giai đoạn muộn T3, T4 với 68,8%. Một số nghiên cứu có kết quả tương tự với chúng tôi như nghiên cứu của Phạm Huy Tần (2017) với 55,5% bệnh nhân ở giai đoạn T1-2^[7], nghiên cứu của Hao (2014) tại Canada với tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn T1-2 tới 64,2%.

3.2. Di căn hạch

Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác với tỷ lệ u di căn hạch cao hơn hẳn không di căn hạch. Trong nghiên cứu của Phạm Huy Tần (2017), tỷ lệ di căn hạch chiếm 74,8%^[7]. Nghiên cứu của Hao (2014) tại Canada bệnh nhân di căn hạch cũng chiếm phần lớn với 67,9%^[8]. Những kết quả này đều chỉ ra đặc điểm của UTBMVH đó là một ung thư có tiên lượng xấu với tỷ lệ di căn hạch vùng cao ngay từ giai đoạn sớm của bệnh.

3.3. Di căn xa

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 8 bệnh nhân di căn xa (giai đoạn M1) chiếm tỷ lệ 10%. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Phạm Huy Tần (2017) với tỷ lệ di căn xa thấp là 1,7%^[8]. Trong số 8 bệnh nhân có tổn thương di căn ở nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có 4 trường hợp di căn phổi, 3 trường hợp di căn gan và 1 trường hợp di căn xương. Đây cũng là các vị trí di căn hay gặp nhất của UTBMVH theo tài liệu của WHO 2017^[4].

3.4. Giai đoạn bệnh

Có 47,5% bệnh nhân thuộc giai đoạn I-II và 52,5% bệnh nhân thuộc giai đoạn III-IV. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy phần lớn bệnh nhân UTBMVH ở giai đoạn III-IV, điển hình trong nghiên cứu của Tang (2013) tỷ lệ bệnh nhân tiến triển ở giai đoạn III - IV lên tới 86,8%^[5]. Các kết quả này chỉ ra tiên lượng xấu của UTBMVH, hầu hết bệnh nhân đến khám khi đã ở giai đoạn muộn của bệnh.

4. Đặc điểm hóa mô miễn dịch

Tình trạng bộc lộ vimentin trong UTBMVH:

Kết quả nhuộm hoá mô miễn dịch đã cho thấy vimentin bộc lộ chủ yếu ở bào tương của tế bào u và không bộc lộ ở tế bào biểu mô lành. Các trường hợp u bộc lộ vimentin thấp có tỷ lệ cao hơn chiếm 81,2%.

Nghiên cứu của Wei và cs (2019) trên 57 mẫu UTBMVH và 20 mẫu vòm họng lành tính cũng chỉ ra vimentin được thấy chủ yếu ở bào tương tế bào u với tỷ lệ vimentin dương tính là

24,6% ở mô UTVH, trong khi vimentin âm tính ở mô không u [9]. Như vậy vimentin đều bộc lộ chủ yếu ở bào tương tế bào u và tỷ lệ bộc lộ vimentin ở mô u là cao hơn rõ rệt so với ở mô vòm họng không ung thư.

Mức độ bộc lộ vimentin cao hơn ở UTBMVH có thể giải thích bởi cơ chế tác động của vimentin trong khối u biểu mô. Sự biểu hiện của vimentin trong các tế bào biểu mô đủ để tạo ra một số đặc tính quan trọng của EMT, bao gồm tạo hình dạng trung mô, tăng khả năng vận động và điều chỉnh đáp ứng của tế bào biểu mô với áp lực cơ học trong suốt quá trình EMT.

Đối chiếu tình trạng bộc lộ vimentin với typ mô bệnh học

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra không có mối liên quan giữa các typ mô bệnh học với tỷ lệ các nhóm bộc lộ vimentin ($p = 0,846$). Các typ mô bệnh học đều có tỷ lệ u bộc lộ vimentin thấp chiếm nhiều hơn tỷ lệ bộc lộ vimentin cao. Một vài tác giả khác trên thế giới cũng đồng thuận rằng không có mối liên quan giữa các typ mô bệnh học với tỷ lệ các nhóm bộc lộ vimentin như trong nghiên cứu của Wang năm 2017 ($p = 0,096$)^[6] hay nghiên cứu của Luo năm 2012 ($p = 0,15$)^[2].

Đối chiếu tình trạng bộc lộ vimentin với giai đoạn lâm sàng

Kết quả của chúng tôi đã ghi nhận có sự liên quan giữa bộc lộ vimentin bào tương tế bào UTBMVH với giai đoạn T ($p = 0,013$), di căn hạch ($p = 0,019$), di căn xa ($p = 0,000$) và giai đoạn lâm sàng ($p = 0,000$).

U xâm lấn ở giai đoạn muộn T3 – T4 có tỷ lệ bộc lộ vimentin cao cao hơn so với giai đoạn sớm T1 - T2, gợi ý rằng các u bộc lộ vimentin cao có khả năng xâm lấn cao hơn. Nghiên cứu của Wei (2019) cũng đã chỉ ra có mối liên quan giữa tỷ lệ bộc lộ vimentin cao với giai đoạn T ($p = 0,003$)^[9]. Các kết quả này cho thấy vai trò của vimentin trong sự xâm lấn của khối u biểu mô vòm họng.

Kết quả của chúng tôi cũng đồng thuận với các nghiên cứu của Wei (2019) và Luo (2012) đều cho rằng có mối liên quan chặt chẽ giữa bộc lộ vimentin với di căn hạch ($p = 0,000$)^[2],^[9]. Tỷ lệ u bộc lộ vimentin cao hơn ở nhóm di căn hạch giai đoạn muộn N2 - N3 gợi ý giá trị của yếu tố này trong tiên lượng di căn hạch ở bệnh nhân UTBMVH.

Nhóm di căn xa có tỷ lệ bộc lộ vimentin cao chiếm đa số. Khác với kết quả của chúng tôi, nghiên cứu của Wei (2019) và Luo (2012) cho rằng không có sự liên quan giữa bộc lộ vimentin

với di căn xa ($p = 0,273$ và $p = 0,097$), tuy nhiên tỷ lệ bộc lộ vimentin cao ở nhóm di căn xa vẫn cao hơn^[2],^[9]. Kết quả này gợi ý sự tăng bộc lộ vimentin làm tăng khả năng di căn xa của khối u. Nghiên cứu của Wei cũng khẳng định rằng vimentin có vai trò quan trọng trong tiến triển u và bộc lộ vimentin cao là yếu tố tiên lượng xấu trong UTBMVH.

Mối liên quan chặt chẽ giữa tỷ lệ bộc lộ vimentin với giai đoạn lâm sàng cũng có sự đồng thuận trong nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu của Luo ($p < 0,001$) và Wei ($p = 0,000$)^[9]. Bằng chứng tích lũy cho thấy mối liên quan giữa sự bộc lộ quá mức của vimentin với tiến triển khối u và tiên lượng xấu ở một số bệnh ung thư biểu mô, bao gồm ung thư đại trực tràng, dạ dày, vú, phổi tít không tế bào nhỏ, cổ tử cung và tuyến tiền liệt^[2].

KẾT LUẬN

UTBMVH có typ mô bệnh học thường gặp nhất là UTBM vảy không sừng hoá chiếm 96,2%, trong đó riêng dưới typ không biệt hoá chiếm 80%. Vimentin bộc lộ chủ yếu ở bào tương tế bào UTBMVH và không bộc lộ ở biểu mô vòm họng lành. U bộc lộ vimentin bào tương thấp chiếm phần lớn với 81,2%. Không có mối liên quan giữa bộc lộ vimentin tế bào UTBMVH với typ mô bệnh học ($p = 0,846$). Có mối liên quan giữa bộc lộ vimentin bào tương tế bào UTBMVH với giai đoạn T ($p = 0,013$), di căn hạch ($p = 0,019$), di căn xa ($p = 0,000$) và giai đoạn lâm sàng ($p = 0,000$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Globocan 2018** (2018). Viet Nam - Global cancer Observatory.
2. **Luo W., Fang W., Li S.** et al. (2012). Aberrant expression of nuclear vimentin and related epithelial-mesenchymal transition markers in nasopharyngeal carcinoma. *Int J Cancer*, 131(8), 1863–1873.
3. **Trần Thị Thuý,** (2019). Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và sự bộc lộ LMP1, Cyclin D1 trong ung thư biểu mô vòm họng. Trường Đại học Hà Nội.
4. **Adel K. El-Naggar, John K.C. Chan, Jennifer R. Grandis** et al. (2017). WHO Classification of Head and Neck Tumours, International Agency for Research on Cancer.
5. **Tang M., Ou N., Li C.** et al. (2015). Expression and Prognostic Significance of Macrophage Inflammatory Protein-3 Alpha and Cystatin A in Nasopharyngeal Carcinoma. *BioMed Res Int*, 2015, 617143.
6. **Wang W., Yi M., Zhang R.** et al. (2017). Vimentin is a crucial target for anti-metastasis

therapy of nasopharyngeal carcinoma. Mol Cell Biochem, 438(1-2), 47-57.

7. **Phạm Huy Tân**, (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và định hướng nồng độ EBV-DNA huyết tương trong ung thư vòm mũi họng. Trường Đại học Hà Nội.

8. **Hao D., Phan T., Jagdis A.** et al, (2014). Evaluation of E-cadherin, β -catenin and vimentin protein expression using quantitative

immunohistochemistry in nasopharyngeal carcinoma patients. Clin Invest Med, E320-E330.

9. **Lu W., Luo J., Wu M.** et al, (2019). Expression of vimentin in nasopharyngeal carcinoma and its possible molecular mechanism: A study based on immunohistochemistry and bioinformatics analysis. Pathol - Res Pract, 215(5), 1020-1032.

KẾT QUẢ BÀI TẬP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG Ở NGƯỜI BỆNH MẮC BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI CÓ TRIỆU CHỨNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

PHẠM THỊ HẢI VÂN¹, ĐỖ ĐÀO VŨ²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm so sánh thay đổi về khả năng đi lại và chất lượng cuộc sống của người mắc bệnh động mạch chi dưới có triệu chứng giữa bài tập đi bộ ngắt quãng tại nhà với điều trị thông thường.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên, có đối chứng tiến hành tại Bệnh viện Bạch Mai, từ 1/1/2021 đến 30/6/2021. Có 69 đối tượng hoàn thành chương trình 12 tuần. Phân tích dựa vào trắc nghiệm đi bộ 6 phút, bộ câu hỏi đánh giá suy giảm chức năng đi lại (WIQ) và bộ câu hỏi khảo sát chất lượng cuộc sống (SF - 36).

Kết quả: Sau 6 tuần, nhóm can thiệp đã các khoảng đi bộ trong trắc nghiệm đi bộ 6 phút tăng đáng kể so với nhóm chứng (cả hai $p < 0,05$). Số lần nghỉ, điểm khoảng cách WIQ và điểm thể chất của SF-36 tốt hơn nhóm chứng sau tuần 12 (tất cả $p < 0,05$).

Kết luận: Bài tập đi bộ ngắt quãng tại nhà giúp cải thiện chức năng đi lại và chất lượng cuộc sống thể chất ở người mắc bệnh động mạch chi dưới có triệu chứng tốt hơn so với điều trị thông thường.

Từ khóa: Bệnh động mạch chi dưới, triệu chứng đau chi dưới, bài tập đi bộ ngắt quãng tại nhà.

SUMMARY

EFFECTS OF REHABILITATION EXERCISE IN PATIENTS WITH SYSTEMATIC LOWER EXTREMITY ARTERY DISEASE IN BACH MAI HOSPITAL

Objective: To compare changes in ambulatory function and quality of life between the home-based intermittent walking exercise program and usual-care control in symptomatic lower extremity artery disease.

Objects and methods: The randomized, control clinical trial was conducted at Bach Mai Hospital between January 1, 2021, and June 30, 2021. There are 69 participants that accomplished 12-week program. The outcome measurements include 6-minute walk test, walking impairment questionnaire (WIQ), and SF-36 questionnaire.

Results: After the 6th week, there are a significantly increasing in both two walking distances of 6-minute walk test in the walking exercise group over the control group (both $p > 0,05$). Until the 12th week assessment, the rest times, WIQ distance score, and SF-36 Physical Component Summary (SF-36 PCS) achieved statistical improvement over the control group (all $p < 0,05$).

Conclusion: The home-based intermittent walking exercise program showed more efficacious in improving the ambulatory function and physical quality of life than usual-care control in symptomatic lower extremity artery disease patients.

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Hải Vân

Email: phamhaivan695@gmail.com

Ngày nhận: 06/9/2021

Ngày phản biện: 27/9/2021

Ngày duyệt bài: 06/10/2021