

**SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH
BỆNH VIỆN UNG BƯỚU**

HOÀNG THỊ HIẾU

**ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ TÌNH TRẠNG DI CẢN
HẠCH CỦA BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU
MÔ TUYẾN ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN UNG
BƯỚU BẮC NINH GIAI ĐOẠN 2024-2025**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Bắc Ninh - 2026

**SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH
BỆNH VIỆN UNG BƯỚU**

**ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ TÌNH TRẠNG DI CẢN
HẠCH CỦA BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU
MÔ TUYẾN ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN UNG
BƯỚU BẮC NINH GIAI ĐOẠN 2024- 2025**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Người thực hiện: Hoàng Thị Hiếu

Bắc Ninh - 2026

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

AJCC	American Joint Committee on Cancer (Ủy ban Liên kết chống Ung thư của Mỹ)
ĐMH	Độ mô học
ĐTT	Đại trực tràng
HE	Hematoxylin and eosin
UTBM	Ung thư biểu mô
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới)

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN.....	4
1.1. Đặc điểm giải phẫu và mô học đại trực tràng	4
1.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng.....	9
1.3. Di căn hạch vùng của ung thư biểu mô đại trực tràng.....	14
1.4. Mối liên quan giữa di căn hạch vùng và đặc điểm giải phẫu bệnh.....	17
1.5. Điều trị ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng.....	17
1.6. Một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới.....	18
1.7. Giới thiệu về địa điểm nghiên cứu.....	21
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	23
2.1. Đối tượng nghiên cứu	23
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	23
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	23
2.4. Cỡ mẫu	23
2.5. Phương pháp chọn mẫu.....	23
2.6. Phương pháp thu thập số liệu.....	24
2.7. Các biến số nghiên cứu	25
2.8. Phương pháp phân tích số liệu.....	27
2.9. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.....	27
2.10. Hạn chế nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số.....	27
CHƯƠNG 3. DỰ KIẾN KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN.....	29
3.1. Đặc điểm mô bệnh học đối tượng nghiên cứu	29
3.2. Mối liên quan giữa đặc điểm MBH với tình trạng di căn hạch.....	33
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1: Giải phẫu các vị trí của đại trực tràng	9
Bảng 1.2: Phân loại mô bệnh học UTBMT đại trực tràng.....	11
Bảng 1.3: Phân loại độ mô học UTBMT đại tràng	12
Bảng 2.1: Các biến số và chỉ số nghiên cứu	25
Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới tính	29
Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi	29
Bảng 3.3: Đặc điểm phân bố theo vị trí u	30
Bảng 3.4: Đặc điểm phân đặc điểm kích thước u	30
Bảng 3.5: Đặc điểm hình thái đại thể u.....	31
Bảng 3.6: Đặc điểm phân bố tít mô bệnh học.....	31
Bảng 3.7: Phân bố về độ mô học	31
Bảng 3.8: Phân bố theo mức độ xâm lấn của u.....	32
Bảng 3.9: Số lượng hạch nạo vét được	32
Bảng 3.10: Tỷ lệ di căn hạch.....	33
Bảng 3.11: Mối liên quan giữa kích thước u và tình trạng di căn hạch.....	33
Bảng 3.12: Mối liên quan giữa hình thái đại thể u và tình trạng di căn hạch.	34
Bảng 3.13: Mối liên quan giữa tít mô bệnh học và tình trạng di căn hạch....	34
Bảng 3.14: Mối liên quan giữa độ mô học và tình trạng di căn hạch.....	35
Bảng 3.15: Mối liên quan giữa mức độ xâm lấn u và tình trạng di căn hạch.	35

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1: Hình thể ngoài của đại trực tràng.....	4
Hình 1.2: Hệ thống bạch huyết đại tràng.....	6
Hình 1.3: Hệ thống bạch huyết trực tràng: hướng dẫn lưu về của bạch huyết trực tràng, hậu môn.....	7
Hình 1.4: Mô học niêm mạc đại trực tràng	8
Hình 1.5: Hình ảnh mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng di căn hạch.....	17

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng là u ác tính xuất phát từ biểu mô đại trực tràng. Đây là một loại ung thư thường gặp và là một trong những nguyên nhân hàng đầu về tử vong do ung thư. Theo tổ chức ung thư toàn cầu (GLOBOCAN) năm 2022, ung thư đại trực tràng là loại ung thư phổ biến đứng hàng thứ 3 và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 2 trên thế giới. Tại Việt Nam năm 2022, ung thư đại trực tràng là loại ung thư phổ biến với 16.835 trường hợp mắc mới và hơn 8.454 ca tử vong [12].

Có nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới ung thư đại trực tràng như: địa lý, chế độ ăn uống, nghề nghiệp và hội chứng đa polyp gia đình... Đặc biệt các yếu tố như kích thước u, loại mô học, độ mô học, tình trạng hạch di căn là các yếu tố tiên lượng kinh điển đã được rất nhiều các nhà khoa học nghiên cứu và áp dụng trong những năm qua, liên quan trực tiếp đến kết quả điều trị [13]. Chẩn đoán sớm và điều trị giúp cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng. Phác đồ điều trị và nguy cơ tử vong của ung thư đại trực tràng có liên quan trực tiếp tới các yếu tố: ung thư lan tràn tại chỗ, di căn theo đường bạch huyết và theo đường máu. Trong đó, bạch huyết là con đường di căn chủ yếu với 30-50% ung thư đại trực tràng có di căn hạch vùng. Trong ung thư đại trực tràng, hạch vùng giúp cung cấp thông tin quan trọng đối với việc điều trị hóa xạ trị hỗ trợ. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, hạch bạch huyết là một biến độc lập trong tiên lượng ung thư đại trực tràng [15] [21].

Di căn là một quá trình gồm nhiều giai đoạn, đòi hỏi những thay đổi về mặt sinh học trong tế bào khối u. Di căn đến các hạch bạch huyết khu vực là một yếu tố tiên lượng quan trọng và được sử dụng để phân loại giai đoạn ung thư đại trực tràng. Thông thường, xét nghiệm hạch vùng được thực hiện bởi kỹ thuật nhuộm Hematoxylin-Eosin trong giải phẫu bệnh. Tình trạng di căn hạch bạch huyết được xác định bởi số lượng hạch có di căn, tiên lượng xấu dần khi

số lượng hạch di căn tăng lên. Như vậy, xét nghiệm chính xác hạch vùng có di căn hay không có vai trò quan trọng, giúp quyết định chiến lược điều trị và tiên lượng bệnh. Tại Việt Nam đã có các nghiên cứu về mô bệnh học ung thư đại trực tràng và tỷ lệ di căn hạch, tuy nhiên tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh vẫn chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Vậy để góp phần tăng hiệu quả chẩn đoán, điều trị và tiên lượng về ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh, tôi thực hiện đề tài **“Đặc điểm mô bệnh học và tình trạng di căn hạch của bệnh nhân phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh giai đoạn 2024- 2025”** với 2 mục tiêu.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả đặc điểm mô bệnh học bệnh nhân phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh giai đoạn 2024-2025.
2. Nhận xét mối liên quan giữa đặc điểm mô bệnh học với tình trạng di căn hạch của bệnh nhân phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh giai đoạn 2024-2025.

CHƯƠNG 1

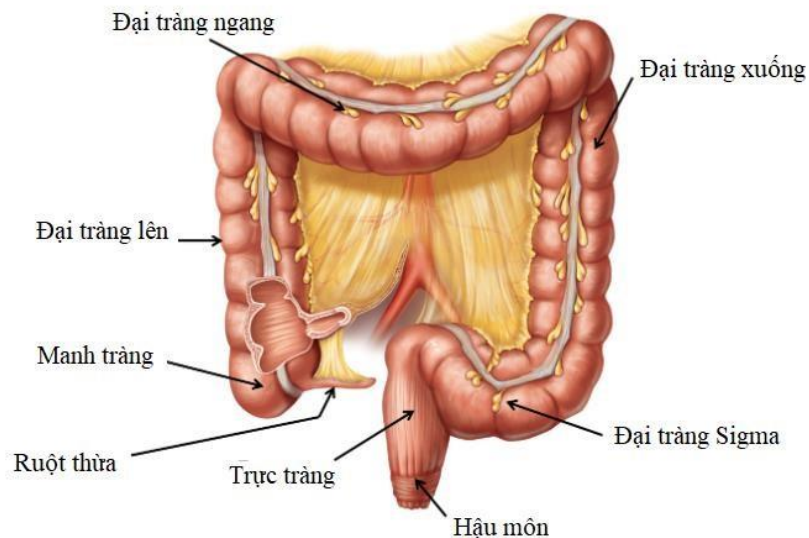
TỔNG QUAN

1.1. Đặc điểm giải phẫu và mô học đại trực tràng

1.1.1. Giải phẫu đại trực tràng

* Vị trí và hình thể ngoài

Hình thể ngoài: Đại trực tràng (ĐTT) là phần gần cuối cùng của ống tiêu hóa, tiếp theo hồi tràng ở góc hồi manh tràng đi tới ống hậu môn. ĐTT dài trung bình 1,5- 2 mét. Đại tràng ngang và đại tràng sigma có chiều dài thay đổi nhiều hơn. ĐTT tạo thành một khung hình chữ U ngược quay lấy ruột non bao gồm: manh tràng, đại tràng lên, đại tràng ngang, đại tràng xuống và đại tràng sigma, trực tràng. Có 3 vị trí gấp khúc tại đại tràng góc gan, đại tràng góc lách và đại tràng sigma.



Hình 1.1: Hình thể ngoài của đại trực tràng [4].

(Nguồn: Schuenke M. và cs, *Atlas of Anatomy* – 2007)

* Hệ thống mạch máu của đại trực tràng

Đại trực tràng được nuôi dưỡng bởi hai động mạch: động mạch mạc treo tràng trên và động mạch mạc treo tràng dưới, là nhánh trực tiếp từ động mạch

chủ bụng. Động mạch mạc treo tràng trên cấp máu cho ruột thừa, manh tràng, đại tràng lên và nửa phải đại tràng ngang, động mạch mạc treo tràng dưới cấp máu cho nửa trái đại tràng ngang, đại tràng xuống và đại tràng sigma. Tất cả các nhánh động mạch nuôi đại tràng khi tới gần bờ ruột đều chia nhánh lên và xuống tiếp nối với nhau tạo thành cung mạch dọc bờ đại tràng gọi là cung viên. Riêng trực tràng còn được nuôi dưỡng bởi động mạch trực tràng giữa và động mạch trực tràng dưới xuất phát từ động mạch chậu trong.

Các tĩnh mạch của toàn bộ đại trực tràng được đổ vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch mạc treo tràng dưới rồi cùng đổ vào tĩnh mạch cửa.

* Chi phối thần kinh đại trực tràng

Thần kinh thực vật giao cảm và phó giao cảm chi phối đại trực tràng xuất phát từ đám rối mạc mạc treo tràng trên và mạc treo tràng dưới.

* Hệ thống hạch lympho và dẫn lưu bạch huyết

Có khoảng 100 đến 150 hạch lympho nằm trong mạc treo đại tràng.

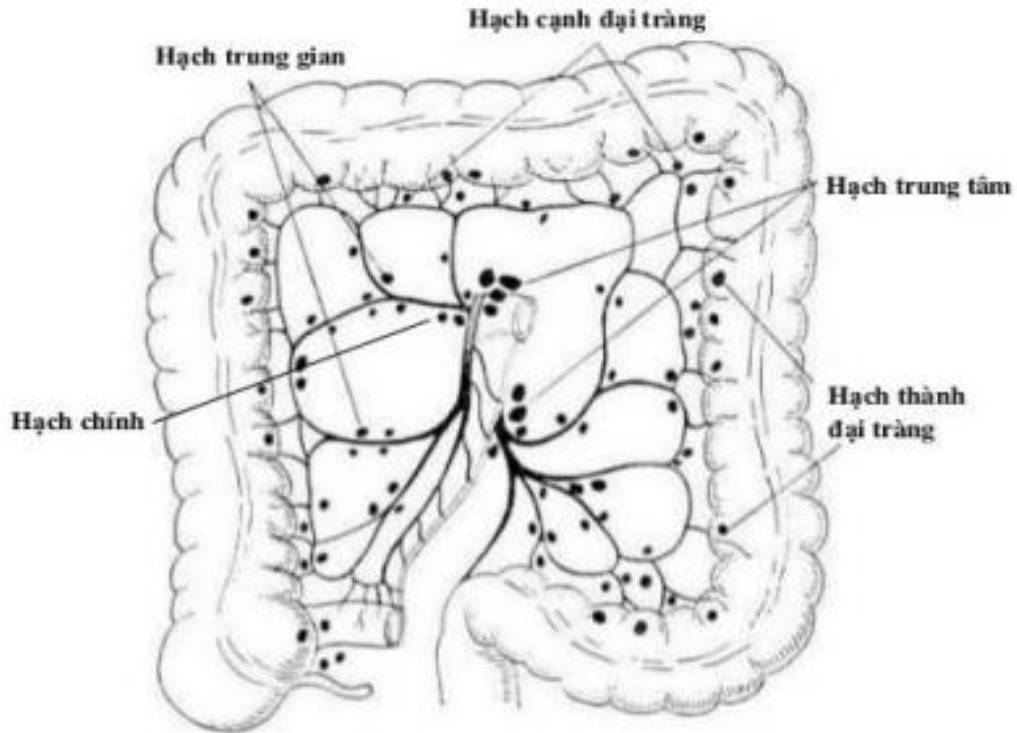
Các hạch vùng nằm dọc theo đại trực tràng và dọc theo các động mạch chính cung cấp máu cho đoạn đại trực tràng cụ thể đó [4].

Ở đại tràng có hai kiểu dẫn lưu bạch huyết: dẫn lưu dọc theo chiều dài của ruột (dẫn lưu cạnh ruột) và dẫn lưu hướng về hạch chính của mạc treo ruột (dẫn lưu trong mạc treo). Trong khi đó, ở trực tràng có ba kiểu dẫn lưu bạch huyết: dẫn lưu dọc theo thành ruột, dẫn lưu hướng về hạch chính ở mạc treo ruột và dẫn lưu hướng về thành chậu (dẫn lưu bên). Phạm vi di căn hạch cũng là cơ sở để phẫu thuật viên thực hiện nạo vét hạch vùng rộng rãi trong phẫu thuật điều trị triệt căn ung thư đại trực tràng. Tuy nhiên, khi chưa có di căn hạch thì nạo vét hạch rộng rãi là không cần thiết vì làm gia tăng chấn thương phẫu thuật, giảm sức đề kháng tại chỗ với u.

Hệ thống bạch huyết đại tràng được chia thành:

- Chuỗi hạch trong thành đại tràng.

- Chuỗi hạch cạnh thành đại tràng nằm dọc các cung mạch viền.
- Chuỗi hạch trung gian nằm dọc theo đường đi các mạch máu đại tràng.
- Chuỗi hạch trung tâm nằm ở nguyên uỷ các mạch máu của đại tràng.

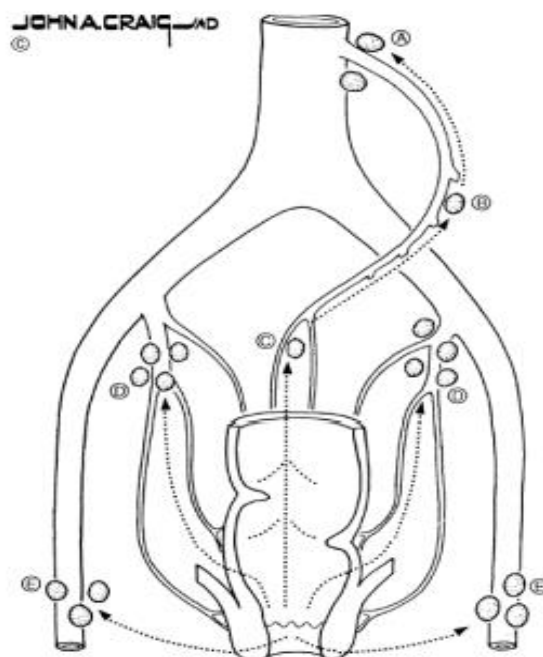


Hình 1.2: Hệ thống bạch huyết đại tràng [1].

“Nguồn: Glenn D., 1996”

Hệ thống bạch huyết vùng trực tràng:

- Bạch huyết ở 1/3 trên và 1/3 giữa trực tràng được dẫn về các chùm hạch mạc treo tràng dưới (A, B, C).
- Bạch huyết 1/3 dưới trực tràng có thể được dẫn lưu về theo hệ bạch mạch mạc treo tràng dưới (A, B, C) hoặc về mạng lưới dọc theo động mạch trực tràng giữa và dưới về các hạch chậu gốc (D), và cuối cùng đổ về các hạch dọc theo động mạch chủ bụng (A).



Hình 1.3: Hệ thống bạch huyết trực tràng: hướng dẫn lưu về của bạch huyết trực tràng, hậu môn

“Nguồn: Haile T., 2004”

(A: hạch dọc động mạch chủ bụng và gốc mạc treo tràng dưới; B, C: hạch mạc treo tràng dưới và các nhánh trực tràng trên, giữa; D: hạch chậu trong và chậu gốc)

Một số quan điểm cho rằng di căn hạch diễn tiến tuần tự qua các chuỗi hạch bạch huyết mà không có kiểu đi tắt ngang. Nhưng thực tế cho thấy các tế bào ung thư có thể đi tắt ngang qua các hạch vùng hoặc xuyên qua hạch mà không bị giữ lại (dạng nhảy cóc). Ngoài ra các tế bào ung thư có thể đi thẳng vào hệ thống tĩnh mạch theo kiểu thông thương trực tiếp hoặc thông qua ống ngực.

1.1.2. Mô học ĐTT

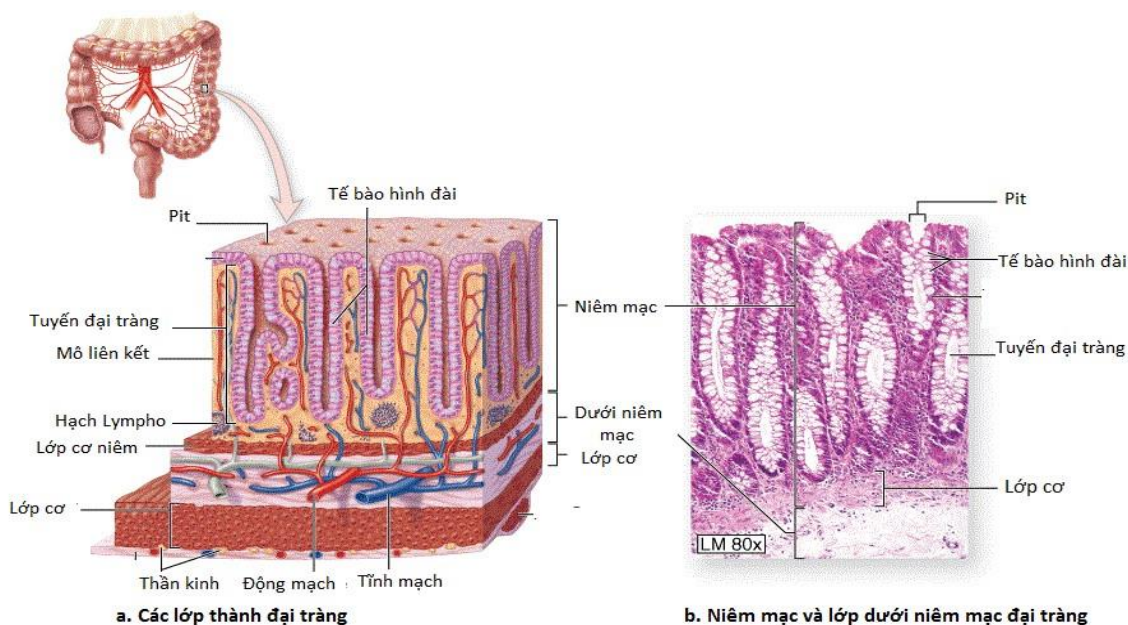
Từ trong ra ngoài, thành ĐTT gồm 4 tầng: niêm mạc, dưới niêm mạc, cơ, vỏ ngoài [1].

* Tầng niêm mạc

- Lớp biểu mô: Biểu mô lớp niêm mạc ĐTT là biểu mô trụ đơn, gồm tế bào hấp thu, tế bào hình đài và tế bào ưa bạc.

- Lớp đệm: Được tạo thành bởi mô liên kết thưa, nhiều tương bào và lympho bào. Trong mô đệm có nhiều tuyến Liberkuhn, được tạo thành do niêm mạc ruột lõm sâu vào phía trong thành ruột. Vì vậy, biểu mô lớp thành tuyến cũng được tạo bởi 3 loại tế bào giống biểu mô niêm mạc.

- Lớp cơ niêm: Gồm 2 lớp cơ trơn mỏng.



Source: Mescher AL: *Junqueira's Basic Histology: Text and Atlas, 12th Edition*: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Hình 1.4: Mô học niêm mạc đại trực tràng

(Nguồn Mescher AL: *Junqueira's Basic Histology: Text and Atlas 12th*)

- * Tầng dưới niêm mạc: được tạo thành bởi mô liên kết.
- * Tầng cơ: Gồm 2 lớp cơ (lớp trong vòng, lớp ngoài dọc) tạo thành. Tầng cơ của ruột già có điểm đặc biệt là lớp cơ dọc ở 3 nơi dày lên thành 3 dải cơ lồi ra mặt ngoài ruột.
- * Vỏ ngoài: Tạo thành bởi mô liên kết, nối tiếp với lá tạng của màng bụng.

1.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh ung thư biểu mô ĐTT

1.2.1. Đại thể

* Vị trí khối u

Vị trí ung thư đại trực tràng có thể được chia thành: manh tràng, đại tràng lên, đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng sigma và trực tràng.

Bảng 1.1: Giải phẫu các vị trí của ĐTT

Vị trí	Liên quan với phúc mạc	Độ dài
Manh tràng	Được bao phủ hoàn toàn bởi phúc mạc	6-9 cm
Đại tràng lên	Nằm sau phúc mạc, mặt sau không được phúc mạc che phủ, mặt trước và mặt bên được phủ bởi phúc mạc tạng (thanh mạc)	15-20 cm
Đại tràng ngang	Nằm trong phúc mạc, có mạc treo	Thay đổi
Đại tràng xuống	Nằm sau phúc mạc, mặt sau không được phúc mạc che phủ, mặt trước và mặt bên được phủ bởi phúc mạc tạng (thanh mạc)	10-15 cm
Đại tràng Sigma	Nằm trong phúc mạc, có mạc treo	Thay đổi
Trực tràng	Nửa trên có phúc mạc che phủ, nửa dưới không có	15-20 cm

Trong đó, cơ chế bệnh sinh của giữa ung thư đại tràng trái và ung thư đại tràng phải là khác nhau [8]. Vì vậy, đặc điểm mô bệnh học, tiên lượng và điều trị giữa 2 nhóm này cũng có điểm khác biệt, khối u ở đại tràng phải thường có tỷ lệ sống thấp hơn so với khối u bên trái có cùng giai đoạn và phương pháp điều trị [8] [18].

* Hình thái khối u

Hình thái đại thể u bao gồm: Thở sùi (có cuống hoặc không có cuống), thở loét, thở loét sùi và thở thâm nhiễm.

Thể loét sùi chiếm khoảng 2/3 các trường hợp. Thể thâm nhiễm hiếm gặp, thường gây chít hẹp lòng đại tràng.

Thể sùi: Khối u lồi vào trong lòng đại tràng. Mặt u không đều, có thể chia thành thùy, múi. Màu sắc loang lổ, trắng lẫn đỏ tím. Mật độ mụn bờ, dễ rụng vỡ chảy máu. Khi u phát triển mạnh có thể hoại tử trung tâm, tạo giả mạc, lõm xuống tạo ổ loét. Hay gặp ở đại tràng phải, ít gây hẹp, ít di căn hạch hơn các thể khác.

Thể loét: Khối u là một ổ loét tròn hoặc bầu dục, mặt u lõm sâu vào thành đại tràng, màu đỏ thẫm hoặc có giả mạc hoại tử, thành ổ loét dộc, nhẵn. Bờ ổ loét phát triển gồ lên, có thể sần sùi, mật độ đáy thường mụn, ranh giới u rõ ràng. Khối u thể loét gặp ở đại tràng trái nhiều hơn, u chủ yếu phát triển sâu vào các lớp thành ruột và theo chu vi ruột, xâm lấn các cơ quan khác, có tỉ lệ di căn hạch bạch huyết kèm theo cao hơn.

Khối u thể thâm nhiễm hay thể chai: Tổn thương lan toả, không rõ ranh giới, mặt tổn thương hơi lõm, có những nốt sần nhỏ, lớp niêm mạc bạc màu, mất bóng. Khi mô thường thấy thành đại tràng chắc, cứng đỏ, thanh mạc sần. Khối u dạng này thường phát triển nhanh theo chiều dọc, chiều dày lẫn theo chu vi, nhiều khi u phát triển làm ruột cứng tròn như một đoạn ống [7] [17].

1.2.2. Vi thể

Theo phân loại lần thứ 5 của Tổ chức Y tế thế giới – WHO (2019) [17], ung thư biểu mô ĐTT được chia thành các típ mô bệnh học sau:

- Ung thư biểu mô tuyến: ung thư biểu mô tuyến chiếm khoảng 98% tổng số các típ mô học ung thư ĐTT. Ung thư biểu mô tuyến xuất phát từ các tế bào biểu mô phủ hoặc các tế bào tuyến dưới niêm mạc. Các tế bào u, điển hình sắp xếp thành ống tuyến với các hình thái và kích cỡ khác nhau, tùy thuộc vào mức độ biệt hóa. Các tế bào u mất cực tính, nhân tế bào lớn, tỷ lệ nhân/bào tương

tăng cao, chất nhiễm sắc thô, ưa kiềm, hạt nhân to, rõ, có thể thấy nhân chia không điển hình.

Bảng 1.2: Phân loại mô bệnh học ung thư biểu mô ĐTT

Típ mô bệnh học	ICD-10
Ung thư biểu mô tuyến, NOS	8140/3
Ung thư biểu mô tuyến dạng u tuyến	8262/3
Ung thư biểu mô thể tủy	8510/3
Ung thư biểu mô vi nhú	8265/3
Ung thư biểu mô tuyến nhày	8480/3
Ung thư biểu mô tuyến răng cưa	8213/3
Ung thư biểu mô tế bào nhẵn	8490/3
Ung thư biểu mô tuyến vảy	8560/3
Ung thư biểu mô với thành phần dạng sarcoma	8033/3
Ung thư biểu mô không biệt hóa	8020/3

+ Ung thư biểu mô tuyến chế nhày: đây là một típ đặc biệt của ung thư biểu mô tuyến được xác định bằng > 50% diện tích mô u chứa chất nhày ngoại bào. Những mô u có <50% diện tích mô u chứa chất nhày ngoại bào được xếp vào típ ung thư biểu mô tuyến và có ghi chú thêm có thành phần chế nhày.

+ Ung thư biểu mô tế bào nhẵn: mô u thấy tăng trưởng khuếch tán của các tế bào nhẵn (trên 50% tổng số tế bào khối u) có ít hình cấu trúc tuyến. Các tế bào nhẵn hình tròn, bào tương rộng, chứa nhiều chất nhày, đẩy nhân ra sát màng bào tương trong giống chiếc nhẫn dính mặt đá. Hình thái vi thể giống típ tế bào nhẵn ở dạ dày, vú hay phổi.

Típ mô bệnh học ung thư biểu mô tế bào nhẵn thể hiện tiên lượng xấu, không phụ thuộc vào giai đoạn bệnh.

- Các típ ung thư biểu mô tuyến vảy, ung thư biểu mô dạng sarcoma, ung thư biểu mô không biệt hóa: đây là các típ hiếm gặp của ung thư biểu mô ĐTT.

1.2.3. Độ mô học

Phân độ mô học là thông số rất hay dùng trong giải phẫu bệnh nhưng cũng khó xác định chính xác. Xếp độ biệt hóa tế bào trong ung thư biểu mô ĐTT, về cơ bản dựa trên hình thái sự hình thành ống tuyến. Hệ thống phân loại theo WHO được sử dụng rộng rãi nhất, trong đó u được phân thành 3 mức độ dựa trên tỷ lệ tế bào sắp xếp tạo thành ống tuyến trong đó: độ biệt hoá cao, biệt hóa vừa và kém biệt hóa. Phân độ mô học ung thư ĐTT chỉ được áp dụng cho ung thư biểu mô tuyến típ thông thường. Ung thư biểu mô tế bào nhẵn và ung thư biểu mô không biệt hóa được coi là độ ác tính cao. Ung thư biểu mô tuyến nhày phải dựa vào đặc điểm hình thành tuyến và sự biệt hóa của tế bào.

Bảng 1.3: Phân loại độ mô học ung thư biểu mô tuyến ĐTT

Grade	Phân độ biệt hóa	Tiêu chuẩn
G1	Biệt hóa cao	>95% tế bào tạo cấu trúc ống tuyến
G2	Biệt hóa vừa	50-95% tế bào tạo cấu trúc ống tuyến
G3	Biệt hóa kém	<50% tế bào tạo cấu trúc ống tuyến

1.2.4. Giai đoạn của ung thư ĐTT

Ung thư ĐTT được chia làm 5 giai đoạn theo AJCC 2019 [19]:

Giai đoạn T	
Tx	Không đánh giá được khối u nguyên phát
T0	Không có bằng chứng về khối u nguyên phát
Tis	Ung thư biểu mô tại chỗ: Khối u trong lớp biểu mô không xâm nhập lớp đệm, loạn sản độ cao

T1	Khối u xâm nhập đến lớp đệm, cơ niêm, hoặc tầng dưới niêm mạc
T2	Khối u xâm nhập đến tầng cơ
T3	Khối u xâm nhập đến mô liên kết dưới thanh mạc nhưng chưa phá vỡ phúc mạc tạng hoặc xâm nhập các tạng xung quanh
T4a	Khối u phá vỡ phúc mạc tạng
T4b	Khối u xâm nhập các tạng xung quanh

Giai đoạn N	
Nx	Không đánh giá được hạch vùng
N0	Không có ung thư di căn hạch vùng
N1	Di căn 1-3 hạch vùng
N1a	Di căn 1 hạch vùng
N1b	Di căn 2-3 hạch vùng
N1c	Nhân di căn dưới thanh mạc, không có hạch vùng
N2	Di căn từ 4 hạch vùng trở lên
N2a	Di căn từ 4- 6 hạch vùng
N2b	Di căn từ 7 hạch vùng trở lên

Giai đoạn M	
M0	Không có di căn xa
M1	Có di căn xa

Giai đoạn bệnh	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T4a	N0	M0
IIC	T4b	N0	M0
IIIA	T1- T2	N1/N1c	M0
	T1	N2a	M0
IIIB	T3- T4a	N1/N1c	M0
	T2- T3	N2a	M0
	T1-T2	N2b	M0
IIIC	T4a	N2a	M0
	T3- T4a	N2b	M0
	T4b	N1- N2	M0
IVA	T bất kỳ	N bất kỳ	M1a
IVB	T bất kỳ	N bất kỳ	M1b

1.3. Di căn hạch vùng của ung thư biểu mô ĐTT

1.3.1. Di căn hạch vùng

Hạch bạch huyết là cấu trúc nhỏ có hình bầu dục, phân bố rộng khắp cơ thể, giữ vai trò như các “trạm kiểm soát miễn dịch” – nơi lọc bỏ vi khuẩn, tế bào chết, mảnh vụn tế bào và các tác nhân ngoại lai trước khi máu và dịch bạch huyết tiếp tục lưu thông.

Hạch vùng trong ung thư đại tràng bao gồm hạch cạnh đại tràng, hạch dọc theo các mạch máu nuôi dưỡng (như động mạch đại tràng phải/trái, động

mạch mạc treo tràng trên/dưới) và hạch trung tâm (chặng cuối cùng được cắt bỏ).

Hạch vùng của trực tràng là: hạch ở mạc treo trực tràng, mạc treo đại tràng xích ma, mạc treo tràng dưới, mạch chậu trong, mạch trực tràng trên, mạch trực tràng giữa, mạch trực tràng dưới.

Trong phẫu thuật, hạch thường được chia thành chặng 1 (cạnh u), chặng 2 (dọc mạch máu), và chặng 3 (gốc mạch máu) để đánh giá mức độ lan tràn.

Hạch di căn là hiện tượng tế bào ung thư từ khối u nguyên phát lan đến các hạch bạch huyết trong cơ thể thông qua hệ thống bạch huyết hoặc mạch máu. Đây là một trong những dấu hiệu lâm sàng quan trọng cho thấy ung thư đã bước vào giai đoạn tiến triển, không còn khu trú tại vị trí ban đầu. Khi tế bào ung thư xâm nhập vào hạch, chúng có thể vượt qua hàng rào miễn dịch, tiếp tục tăng sinh và hình thành ổ di căn. Di căn hạch thường là bước trung gian trước khi ung thư lan ra các cơ quan xa hơn như gan, phổi, não hoặc xương.

Theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC), số lượng hạch nạo vét được phải đạt tối thiểu 12 hạch cho phẫu thuật ung thư ĐTT nói chung mới đủ để đánh giá giai đoạn di căn hạch. Đánh giá đúng giai đoạn ung thư ĐTT sau mổ giúp xác định phương pháp điều trị bổ trợ tiếp theo và là yếu tố tiên lượng quan trọng.

1.3.2. Cơ chế di căn hạch

Quá trình di căn hạch là một chuỗi các sự kiện sinh học phức tạp. Khởi đầu, tế bào ung thư phá vỡ màng đáy để vượt qua phân mô liên kết xen kẽ, phá vỡ cả màng đáy quanh mạch, xâm nhập vào trong mạch máu (quá trình xâm nhập mạch). Tiếp theo, tế bào ung thư lan theo dòng máu (có thể đi rất xa u nguyên phát) rồi thực hiện ngược lại con đường xâm nhập mạch (tế bào u từ mạch đi vào các mô), đây là quá trình xuất mạch. Trong trường hợp ung thư,

các tế bào ung thư có biến đổi cadherin màng biểu mô do vậy làm các tế bào ung thư mất dính, rời nhau nên dễ lan rộng và đi xa.

Chu trình di căn hạch có thể tóm tắt qua 4 bước chính:

- + Tách rời: Tế bào ung thư tách khỏi khối u nguyên phát.
- + Xâm nhập: Thâm nhập vào mạch bạch huyết gần đó.
- + Vận chuyển: Di chuyển trong dòng bạch huyết đến hạch đích.
- + Định cư: Gắn vào và tăng sinh trong hạch, hình thành ổ di căn.

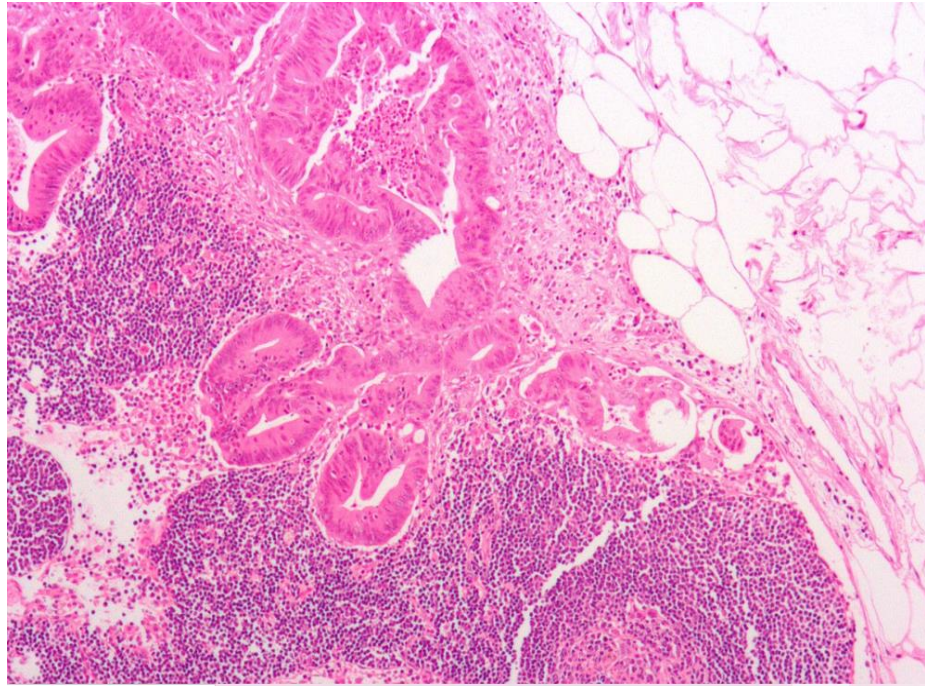
1.3.3. Các phương pháp chẩn đoán hạch di căn

Chẩn đoán hạch di căn cần kết hợp giữa lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học. Tuy nhiên, để khẳng định bản chất ác tính, cần thực hiện các kỹ thuật cận lâm sàng chuyên sâu.

Phương pháp chẩn đoán hình ảnh gồm:

- + Siêu âm: Đánh giá cấu trúc và kích thước hạch, hạch ác tính thường mất rốn hạch, có vi vôi hóa và tăng sinh mạch máu.
- + Chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ: Giúp xác định vị trí, số lượng và mối liên quan giải phẫu của hạch với các mô lân cận.
- + PET/CT: Phát hiện sớm tổn thương chuyển hóa tăng hoạt động, hữu ích trong tìm kiếm di căn nhỏ chưa có biểu hiện rõ ràng [22].

Tuy nhiên, việc xác định chính xác các hạch di căn được khẳng định bởi các nhà giải phẫu bệnh. Thông thường, các hạch sau khi được phẫu tích sẽ được nhuộm Hematoxylin- Eosin (xét nghiệm mô bệnh học thường quy). Khi trong mô hạch xuất hiện các tế bào ung thư biểu mô thì hạch đó được xác định là hạch di căn. Tuy nhiên, hạn chế của xét nghiệm này là độ nhạy thấp, không thể phát hiện các nhóm tế bào vi di căn hoặc những tế bào di căn đơn độc có đường kính nhỏ hơn 0,2 mm. Khi đó phải cần đến các xét nghiệm chuyên sâu hơn như hóa mô miễn dịch [11]



Hình 1.5: Hình ảnh mô bệnh học UTBM tuyến ĐTT di căn hạch

1.4. Mối liên quan giữa di căn hạch vùng và đặc điểm giải phẫu bệnh

Nhiều tác giả nhận thấy rằng di căn hạch vùng liên quan đến một số yếu tố nguy cơ như: mức độ xâm lấn của khối u, kích thước khối u, hình dạng u, thể giải phẫu bệnh, độ mô học... Theo Beaton cho thấy độ xâm lấn dưới niêm mạc của khối u, xâm lấn mạch bạch huyết, biệt hóa kém và sự nảy chồi của khối u có liên quan đáng kể đến di căn hạch bạch huyết. Nghiên cứu của Hua Ye cho thấy: kích thước khối u, độ biệt hóa, vị trí khối u nguyên phát, mô học, nồng độ CEA và tuổi tác đối với di căn hạch bạch huyết cần được xem xét trong việc đưa ra quyết định y tế về phẫu thuật cắt bỏ tại chỗ. Thể giải phẫu bệnh cũng liên quan tới xâm lấn hạch: ung thư không biệt hoá hay di căn hạch hơn thể biệt hoá. Nhiều nghiên cứu cho thấy: khối u xâm nhập sâu, độ mô học cao và tuổi trẻ là các yếu tố dự báo nguy cơ di căn hạch cao [9],[14].

1.5. Điều trị ung thư biểu mô tuyến ĐTT

1.5.1. Phẫu thuật

Trong điều trị ung thư biểu mô ĐTT, phẫu thuật là phương pháp quan trọng nhất. Nguyên tắc chung:

- Lấy toàn bộ khối u và một phần ruột trên, dưới khối u thành một khối, đảm bảo diện cắt an toàn không còn tế bào ung thư.

- Lấy toàn bộ bạch huyết theo khối u một cách triệt để, có hệ thống.

- Lập lại lưu thông ruột, giảm những bất thường về lưu thông ruột, về chức năng và tâm sinh lý của bệnh nhân mà không ảnh hưởng tới hai yêu cầu trên.

1.5.2. Hóa trị

Mục đích của điều trị hoá chất là tiêu diệt các ổ di căn vi thể, làm giảm nguy cơ tái phát. Điều trị hoá chất sau mổ với ung thư ĐTT giai đoạn III và ung thư ĐTT giai đoạn II có yếu tố nguy cơ cao được chứng minh là kéo dài thời gian sống thêm không bệnh, sống thêm toàn bộ và được coi là phương pháp điều trị chuẩn.

1.5.3. Xạ trị

Thường chỉ xạ trị đối với ung thư trực tràng. Xạ trị ít đặt ra đối với ung thư đại tràng, chỉ xạ trị trong một số trường hợp tổn thương di căn, xạ trị triệu chứng

1.5.4. Điều trị đích

Trong thập kỷ gần đây, một thành tựu quan trọng trong điều trị ung thư được nghiên cứu và áp dụng là điều trị đích bằng các kháng thể đơn dòng. Các thuốc kháng thể đơn dòng được Hiệp hội thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) chứng nhận sử dụng hiện nay là: Cetuximab, Bevacizumab, Panitumumab... [5].

1.6. Một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới

1.6.1. Trên thế giới

Theo Sugimoto và các cộng sự (2014) nghiên cứu trên 102 bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng tại Bệnh viện Shizuoka Đại học Jutendo (Nhật Bản) cho thấy: Tuổi trung bình bệnh nhân là 69 tuổi (37 - 89 tuổi). Có 68 nam giới (66,7%) và 34 nữ giới (33,3%). Vị trí khối u hay gặp nhất là đại tràng sigma với 42 bệnh nhân (41,2%). Trong đó có 14 bệnh nhân (13,7%) bị di căn hạch bạch huyết. Về mối liên quan với tình trạng di căn hạch nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt đáng kể về mức độ biệt hóa, độ sâu xâm lấn dưới niêm mạc và xâm lấn tĩnh mạch giữa các bệnh nhân có và không có di căn hạch bạch huyết. [20].

Một nghiên cứu trên 2256 bệnh nhân ung thư ĐTT giai đoạn III được phẫu thuật triệt căn tại Trung tâm Ung thư Thượng Hải của Qingguo Li và cộng sự (2016) cho kết quả: nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (1347 nam so với 929 nữ), ung thư biểu mô độ mô học biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (1475 bệnh nhân). Có 1876 bệnh nhân có loại mô học là ung thư biểu mô tuyến, trong khi đó chỉ có 380 bệnh nhân là ung thư biểu mô tế bào nhày và tế bào nhẵn. Độ xâm lấn mô u T4 chiếm tỷ lệ cao nhất với 1670 bệnh nhân. Trong các bệnh nhân di căn hạch, số bệnh nhân N1 là 1296 bệnh nhân và 960 bệnh nhân N2 [16].

Nghiên cứu của Betge J. và cộng sự (2017) trên 381 bệnh nhân ung thư ĐTT tại Đại học Y khoa Graz, Áo cho thấy: Trung bình có $18,1 \pm 10,7$ hạch bạch huyết được lấy ra ở bệnh nhân, hạch bạch huyết dương tính được phát hiện ở 168 (44%) bệnh nhân. Số lượng hạch di căn có liên quan với mức độ xâm lấn của khối u, kích thước khối u. Không có mối liên quan nào với tuổi tác, giới tính, độ ác tính của khối u. Số lượng hạch bạch huyết thấp chỉ ra kết quả bất lợi ở bệnh nhân có u nguyên phát xâm lấn T3/T4 [10].

1.6.2. Tại Việt Nam

Theo Trần Anh Cường (năm 2017), nghiên cứu trên 116 bệnh nhân ung thư trực tràng tại Bệnh Viện K cho kết quả: Tuổi mắc bệnh trung bình là $58,6 \pm 10$. Nam giới chiếm 37,1%, nữ giới chiếm 62,9%. Hình thái u thể sùi loét chiếm tỷ lệ cao nhất (54,3%), tiếp theo là thể sùi (44,8%), chỉ có tỷ lệ nhỏ thể loét (0,9%). Phần lớn bệnh nhân có loại mô học là ung thư biểu mô tuyến (93,1%), chiếm tỷ lệ nhỏ là ung thư biểu mô tuyến nhày (6,9%). Phần lớn (84,5%) là biệt hóa vừa, chỉ có tỷ lệ nhỏ (13,8%) là biệt hóa cao và biệt hóa kém (1,7%). Bệnh nhân di căn hạch chiếm tỷ lệ 31%. Nguy cơ di căn hạch ở nhóm bệnh nhân u chiếm $>1/2$ chu vi trực tràng cao gấp 2,6 lần so với nhóm bệnh nhân u chiếm $\leq 1/2$ chu vi ($p < 0,05$). Nguy cơ di căn hạch ở nhóm bệnh nhân có xâm lấn u pT4 cao gấp 2,52 lần so với nhóm bệnh nhân có xâm lấn u pT1+pT2+pT3 ($p < 0,05$) [2].

Tác giả Trần Thị Như Quỳnh và cộng sự nghiên cứu trên 110 bệnh nhân ung thư ĐTT được khám và điều trị tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108 từ năm 2017 đến năm 2020 cho thấy: Ung thư ĐTT ở nam giới là 66,4%, tỷ lệ mắc bệnh nam/nữ là 1,97/1; nhóm tuổi hay gặp nhất là trên 60 tuổi, tuổi mắc bệnh trung bình $63,5 \pm 11,5$. Về đặc điểm mô bệnh học ung thư đại trực tràng: 91,8% ung thư biểu mô tuyến và 8,2% ung thư biểu mô tuyến nhày; mức độ biệt hóa kém, vừa, cao lần lượt là 3,6%, 92,7%, 3,6%. Mức độ xâm lấn thành đại trực tràng T2, T3, T4 lần lượt là 17,3%, 29,1% và 53,6%. Di căn hạch N0, N1, N2 là 53,6%, 29,1% và 17,3%. Bên cạnh đó, 3,6% trường hợp có xâm nhập mạch, 5,5% có xâm nhập thần kinh. Ung thư đại trực tràng di căn xa gặp ở 11,8%. Ung thư đại trực tràng giai đoạn I, II, III, IV lần lượt là 11,8%, 39,1%, 37,3%, 11,8% [6].

Theo tác giả Phạm Văn Dũng và cộng sự, năm 2024 nghiên cứu đặc điểm di căn hạch trong ung thư đại tràng phải được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K cho kết quả: độ tuổi trung bình là $58,85 \pm 12,89$, tỉ lệ nam/ nữ 1,35; dạng vi

thể chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến (79,2%), độ biệt hóa vừa (75,0%). Tỷ lệ di căn hạch trong 29,2% các trường hợp. Tỷ lệ di căn hạch chặng 3 là 6,25%. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có 1 bệnh nhân di căn nhảy cóc hạch chặng 3 mà không có di căn hạch chặng 1 và 2, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, $p=0,09$. Có mối liên quan giữa độ xâm lấn khối u và tỷ lệ di căn hạch, tăng tỷ lệ di căn hạch trong những trường hợp u T3, T4, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p=0,163$. Không có sự khác biệt giữa tỷ lệ di căn hạch và độ biệt hóa của khối u, $p=1,000$ [3].

1.7. Giới thiệu về địa điểm nghiên cứu.

Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh là cơ sở y tế Chuyên khoa cấp cơ bản, có chức năng khám, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc toàn diện cho người bệnh ung thư trong khu vực và các tỉnh lân cận.

Bệnh viện hiện có quy mô 410 giường kế hoạch, 512 giường thực kê, đáp ứng nhu cầu điều trị ngày càng tăng của người dân. Trung bình mỗi ngày, bệnh viện đón tiếp và khám bệnh cho 250- 300 lượt bệnh nhân ngoại trú, đồng thời điều trị nội trú cho 400- 500 lượt bệnh nhân.

Khoa Giải phẫu bệnh là một trong 20 khoa, phòng của Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh.

Hiện khoa thực hiện hầu hết các kỹ thuật cơ bản theo phân tuyến kỹ thuật giải phẫu bệnh:

- Xét nghiệm tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ.
- Xét nghiệm tế bào học các loại dịch.
- Xét nghiệm sàng lọc và phát hiện sớm ung thư cổ tử cung (Pap Smear).
- Xét nghiệm mô bệnh học các bệnh phẩm mổ, bệnh phẩm sinh thiết....
- Xét nghiệm tức thì trong mổ bằng cắt lạnh.
- Xét nghiệm nhuộm hóa mô miễn dịch.

Hàng năm, khoa thực hiện khoảng 6000- 7000 lượt xét nghiệm mô bệnh học, 10000 – 11000 lượt tế bào học.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn cắt đoạn đại trực tràng kết hợp nạo vét hạch tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh giai đoạn 2024-2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn cắt đoạn đại trực tràng kết hợp nạo vét hạch có kết quả xét nghiệm mô bệnh học bệnh phẩm sau mổ là ung thư biểu mô tuyến ĐTT.

- Có đầy đủ thông tin bệnh án, tiêu bản lưu trữ của bệnh nhân.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư từ nơi khác di căn đến ĐTT.

- Bệnh nhân ung thư ĐTT đã hóa- xạ trị tân bổ trợ, ung thư ĐTT tái phát.

- Bệnh nhân có kèm theo ung thư khác.

- Bệnh nhân phẫu thuật có từ 2 khối u trở lên.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

-Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh.

-Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3/2026 đến hết tháng 8/2026.

2.3. Thiết kế

Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang, hồi cứu.

2.4. Cỡ mẫu

Mẫu nghiên cứu: lấy toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, dự kiến cỡ mẫu khoảng 100 bệnh nhân.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Cách chọn mẫu: chọn mẫu có chủ đích thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Phương pháp thu thập số liệu: Hồi cứu hồ sơ bệnh án từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2025.

Công cụ nghiên cứu là phiếu thu thập số liệu (Phụ lục 1).

Bước 1. Thu thập thông tin về đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu.

Lập danh sách bệnh nhân, sau đó thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân: tuổi, giới, vị trí u nguyên phát, kích thước u, hình thái đại thể u. Các thông tin thu thập được sẽ được điền vào phiếu thu thập số liệu.

Bước 2: Thu thập thông tin về đặc điểm mô bệnh học đối tượng nghiên cứu.

- Thu thập tiêu bản và khối nén. Tiêu bản xấu hoặc không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán được cắt nhuộm lại Hematoxylin – Eosin thường quy từ khối nén của bệnh nhân.

- Quy trình kỹ thuật xét nghiệm mô bệnh học

+ Bệnh phẩm phẫu thuật được chuyển đến khoa giải phẫu bệnh, được cố định trong Formalin trung tính 10%.

+ Bệnh phẩm sau khi quan sát và mô tả đại thể được cắt lát thành các mảnh có chiều dày khoảng 2mm

+ Sau khi pha bệnh phẩm được cố định ngay trong dung dịch Formalin 10%, lượng dung dịch cố định lớn gấp 10- 20 lần thể tích bệnh phẩm.

+ Sau 8-24 giờ, bệnh phẩm sẽ được đem chuyển, đúc, cắt mảnh và nhuộm thành tiêu bản theo quy trình tại khoa Giải phẫu bệnh – Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh.

+ Kết quả xét nghiệm mô bệnh học được nhập vào phần mềm bệnh viện trên máy tính của khoa Giải phẫu bệnh.

+ Khôi nén và tiêu bản được lưu tại khoa giải phẫu bệnh ở nhiệt độ phù hợp theo quy định.

- Đọc tiêu bản dưới kính hiển vi quang học, phân tích các đặc điểm tế bào và cấu trúc để đánh giá các đặc điểm mô bệnh học: Típ mô bệnh học, mức độ xâm lấn u, độ mô học, số lượng hạch nạo vét được, di căn hạch. Các thông tin thu thập được sẽ được điền vào phiếu thu thập số liệu.

2.7. Các biến số nghiên cứu

Bảng 2.1: Các biến số và chỉ số nghiên cứu

STT	Tên biến số/ chỉ số	Định nghĩa/ phân loại	Loại biến số	Phương pháp thu thập	Công cụ
1	Tuổi/ Nhóm tuổi	Tính bằng năm tại thời điểm chẩn đoán. Mỗi nhóm tuổi cách nhau 10 năm.	Định lượng	Xem bệnh án	Phiếu thu thập số liệu
2	Giới tính	Là giới tính của người bệnh gồm: Nam và Nữ	Định tính	Xem bệnh án	Phiếu thu thập số liệu
3	Vị trí u nguyên phát	Xác định theo mốc giải phẫu theo sơ lược phẫu thuật: Manh tràng, đại tràng lên, đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng sigma, trực tràng.	Định tính	Xem bệnh án	Phiếu thu thập số liệu
4	Kích thước u	Đo kích thước thực tế khi pha bệnh phẩm, tính bằng	Định lượng	Xem bệnh án	Phiếu thu thập số liệu

		đơn vị cm, chia thành các nhóm cách nhau 2 cm.			
5	Hình thái đại thể u	Là đặc điểm bên ngoài khối u nhìn bằng mắt thường khi pha bệnh phẩm: Thể sùi, thể loét, thể sùi loét, thể thâm nhiễm.	Định tính	Xem bệnh án	Phiếu thu thập số liệu
6	Típ mô bệnh học	Là hình ảnh nhìn thấy qua kính hiển vi gồm: utbm tuyến, utbm tuyến nhày, utbm tuyến khác	Định tính	Đọc tiêu bản HE	Phiếu thu thập số liệu
7	Mức độ xâm lấn u	Là hình ảnh nhìn thấy qua kính hiển vi gồm: T1, T2, T3, T4	Định tính	Đọc tiêu bản HE	Phiếu thu thập số liệu
8	Độ mô học	Là hình ảnh nhìn thấy qua kính hiển vi gồm: Biệt hóa cao, biệt hóa vừa, biệt hóa kém	Định tính	Đọc tiêu bản HE	Phiếu thu thập số liệu
9	Số lượng hạch nạo vét được	Là số lượng hạch bạch huyết nạo vét được trên 1 bệnh nhân sau phẫu thuật, chia thành 2 nhóm: ≥ 12 hạch và < 12 hạch	Định lượng	Đọc tiêu bản HE	Phiếu thu thập số liệu

10	Di căn hạch	Là hình ảnh nhìn thấy qua kính hiển vi: Có, không	Định tính	Độc tiêu bản HE	Phiếu thu thập số liệu
----	-------------	---	-----------	-----------------	------------------------

2.8. Phương pháp phân tích số liệu

- Các trường hợp nghiên cứu được ghi nhận đầy đủ thông tin và mã hóa dữ liệu.
- Nhập và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.0.
- + Tính tần suất, tỷ lệ phần trăm, số trung bình.
- + Áp dụng test χ^2 tính giá trị p. Trường hợp mẫu quan sát dưới 5 sẽ dùng phương pháp kiểm định chính xác (Fisher Exact Test). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.9. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

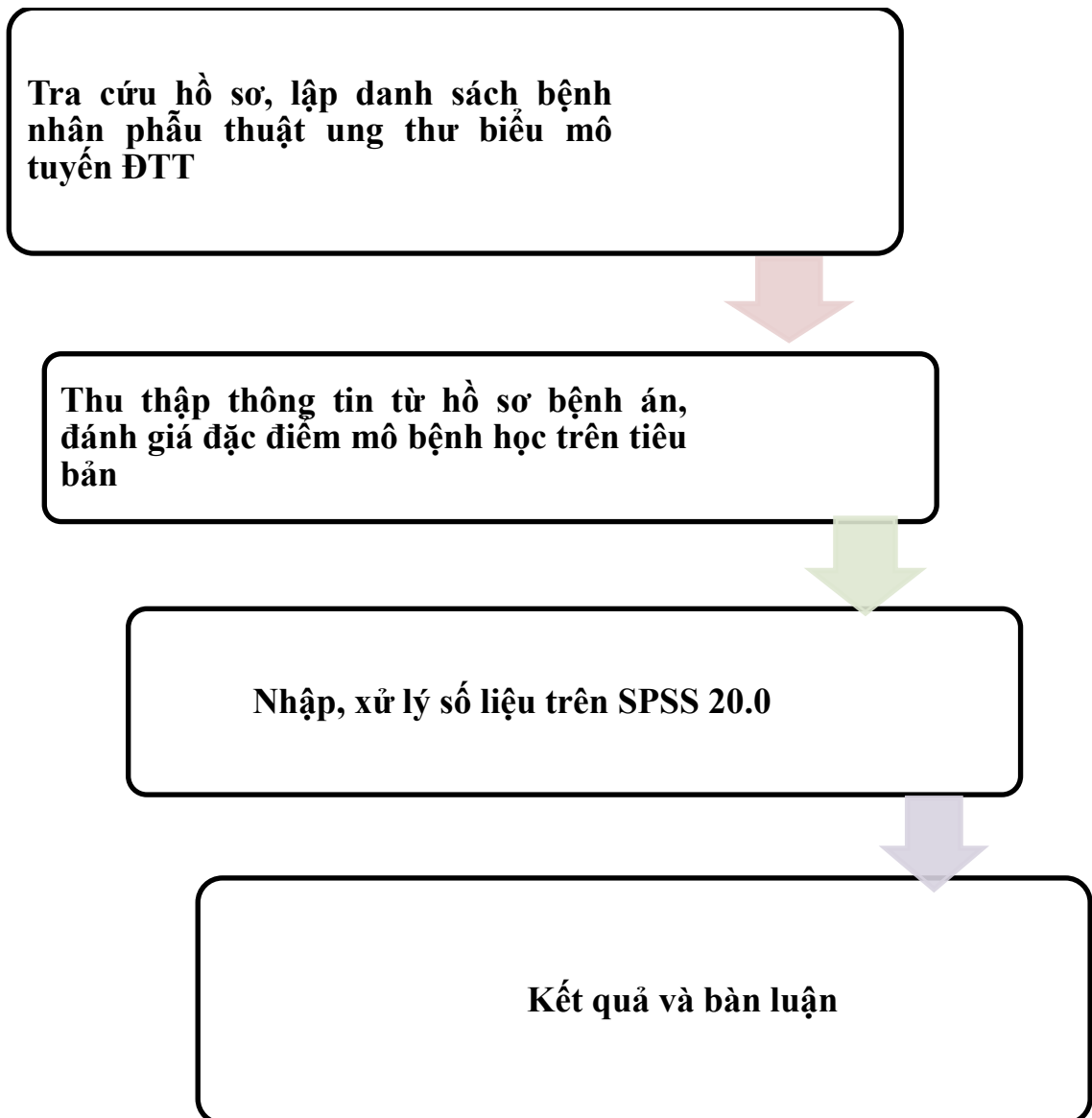
- Tất cả các thông tin khai thác từ bệnh nhân và hồ sơ bệnh án đều được giữ bí mật, chỉ sử dụng cho nghiên cứu.
- Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị, đánh giá tiên lượng bệnh, phục vụ công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh, không nhằm mục đích nào khác.
- Nghiên cứu được thực hiện sau khi được Hội đồng Khoa học kỹ thuật của Sở Y tế Bắc Ninh thông qua. Nghiên cứu này được tiến hành đảm bảo tuân theo các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học.

2.10. Hạn chế nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số

- Dùng biểu mẫu để thu thập thông tin.
- Các thông tin về chẩn đoán và phân loại có tiêu chuẩn thống nhất và rõ ràng.
- Đảm bảo kỹ thuật cắt nhuộm tiêu bản HE.
- Hội chẩn các trường hợp khó chẩn đoán với các bác sỹ có kinh nghiệm.

- Việc xử lý và phân tích số liệu cũng được tiến hành một cách khoa học và chính xác để tránh các sai số trong quá trình tính toán.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



CHƯƠNG 3

DỰ KIẾN KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm mô bệnh học trên đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Giới	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nam		
Nữ		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 40 tuổi		
41 - 50 tuổi		
51 - 60 tuổi		
61 - 70 tuổi		
> 70 tuổi		
Tổng		
Min	Tuổi trung bình	Max

Nhận xét:

3.1.3. Vị trí khối u

Bảng 3.3: Đặc điểm phân bố theo vị trí u

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Manh tràng		
Đại tràng lên		
Đại tràng ngang		
Đại tràng xuống		
Đại tràng Sigma		
Trực tràng		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.4. Kích thước u

Bảng 3.4: Đặc điểm kích thước u

Kích thước u	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
≤ 3 cm		
3,1- 5 cm		
5,1- 7 cm		
>7 cm		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.5. Hình thái đại thể u

Bảng 3.5: Đặc điểm hình thái đại thể u

Hình thái đại thể	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thể sùi		
Thể loét		
Thể sùi loét		
Thể thâm nhiễm		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.6. Phân bố theo các tít mô bệnh học

Bảng 3.6: Đặc điểm phân bố tít mô bệnh học

Tít mô bệnh học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
UT biểu mô tuyến		
UT biểu mô tuyến nhày		
UT biểu mô tuyến khác		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.7. Độ mô học

Bảng 3.7: Phân bố về độ mô học

Độ mô học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Biệt hóa cao		
Biệt hóa vừa		
Biệt hóa kém		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.8. Mức độ xâm lấn

Bảng 3.8: Phân bố theo mức độ xâm lấn của u

Xâm lấn u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
T1		
T2		
T3		
T4		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.9. Số lượng hạch nạo vét được

Bảng 3.9: Số lượng hạch nạo vét được

Số lượng hạch nạo vét được	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≥ 12 hạch		
< 12 hạch		
Tổng		
Min:	Trung bình:	Max:

Nhận xét:

3.1.10. Di căn hạch

Bảng 3.10: Tỷ lệ di căn hạch

Di căn hạch	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không		
Có		
Tổng		

Nhận xét:

3.2. Mỗi liên quan giữa đặc điểm mô bệnh học với tình trạng di căn hạch trên đối tượng nghiên cứu.

3.2.1. Mỗi liên quan giữa kích thước u và tình trạng di căn hạch

Bảng 3.11: Mỗi liên quan giữa tình trạng di căn hạch và kích thước u

Kích thước u	Di căn hạch				Tổng	
	Có di căn hạch		Không di căn hạch			
	n	%	n	%	n	%
≤ 3 cm						
3,1- 5 cm						
5,1- 7 cm						
>7 cm						
p =						

Nhận xét:

3.2.2. Mỗi liên quan giữa hình thái đại thể u và tình trạng di căn hạch

Bảng 3.12: Mối liên quan giữa hình thái đại thể u và tình trạng di căn hạch

Hình thái đại thể u	Di căn hạch				Tổng	
	Có di căn hạch		Không di căn hạch			
	n	%	n	%	n	%
Thể sùi						
Thể loét						
Thể sùi loét						
Thể thâm nhiễm						
$p =$						

Nhận xét:

3.2.3. Mối liên quan giữa tít mô bệnh học và tình trạng di căn hạch

Bảng 3.13: Mối liên quan giữa tít mô bệnh học và tình trạng di căn hạch

Tít mô bệnh học	Di căn hạch				Tổng	
	Có di căn hạch		Không di căn hạch			
	n	%	n	%	n	%
UTBM tuyến						
UTBM tuyến nhày						
UTBM tuyến khác						
$p =$						

Nhận xét:

3.2.4. *Mối liên quan giữa độ mô học và tình trạng di căn hạch*

Bảng 3.14: *Mối liên quan giữa độ mô học và tình trạng di căn hạch*

Độ mô học	Di căn hạch				Tổng	
	Có di căn hạch		Không di căn hạch			
	n	%	n	%	n	%
Biệt hóa cao						
Biệt hóa vừa						
Biệt hóa kém						
$p =$						

Nhận xét:

3.2.5. *Mối liên quan giữa mức độ xâm lấn u và tình trạng di căn hạch*

Bảng 3.15: *Mối liên quan giữa mức độ xâm lấn u và tình trạng di căn hạch*

Mức độ xâm lấn	Di căn hạch				Tổng	
	Có di căn hạch		Không di căn hạch			
	n	%	n	%	n	%
T1						
T2						
T3						
T4						
$p =$						

Nhận xét:

DỰ KIẾN BÀN LUẬN

Theo mục tiêu và kết quả nghiên cứu

DỰ KIẾN KẾT LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu

DỰ KIẾN KHUYẾN NGHỊ

Theo kết quả nghiên cứu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

I. Tiếng Việt

1. Trịnh Bình (2015). *Mô- Phôi (Phần mô học)*. NXB Y học.
2. Trần Anh Cường (2017). “Nghiên cứu đặc điểm di căn hạch và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng tại Bệnh viện K”. Luận văn Tiến sĩ trường Đại học Y Hà Nội.
3. Phạm Văn Dũng, Kim Văn Vụ, Hoàng Anh (2024). “Đặc điểm di căn hạch trong ung thư đại tràng phải được phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện K”. *Tạp chí Y học Việt Nam, tập 535, tháng 2, số 1- 2024, 5- 9*.
4. F. Netter (2007). *Atlas Giải Phẫu Người*. NXB Y học.
5. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại- trực tràng. Quyết định số: 2549/QĐ-BYT ngày 19/4/2018.
6. Trần Thị Như Quỳnh, Lê Hữu Song, Ngô Thị Hoài và các cộng sự (2024). “Đặc điểm mô bệnh học của bệnh ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2017 đến năm 2020”. *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*.
7. Lê Đình Roanh, Hoàng Văn Kỳ, Ngô Thu Thoa, Hoàng XuânKháng, Đặng Thế Căn, Tạ Văn Tờ (1999). “Nghiên cứu hình thái học ung thư đại trực tràng gặp tại bệnh viện K Hà Nội, 1994-1997”. *Tạp Chí Thông Tin Dược*.

II. Tiếng Anh

8. Baran B, Mert Ozupek N, Yerli Tetik N, Acar E, Bekcioglu O, Baskin Y (2018). “Difference Between Left-Sided and Right-Sided Colorectal Cancer: A Focused Review of Literature. *Gastroenterol Res*”;11(4):pg 264-273. doi:10.14740/gr1062w
9. Beaton C, Twine CP, Williams GL, Radcliffe AG (2013). “Systematic review and meta-analysis of histopathological factors influencing the risk

- of lymph node metastasis in early colorectal cancer”. *Colorectal Dis. Jul*;15(7): pg 788-97. doi: 10.1111/codi.12129. PMID: 23331927.
10. Betge, J., Harbaum L., Pollheimer M.J., et al (2017). “Lymph node retrieval in colorectal cancer: determining factors and prognostic significance”. *Int J Colorectal Dis.* 32: pg. 991-998.
 11. Bilchik, A.J., Hoon D.S., Saha S., et al (2007). “Prognostic impact of micrometastases in colon cancer: interim results of a prospective multicenter trial”. *Ann Surg.* 246(4): pg. 568-75; discussion 575-7.
 12. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. (2022). “Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*”. 2024;74(3):pg. 229-263.
 13. Chen K, Collins G, Wang H, Toh JWT (2021). “Pathological Features and Prognostication in Colorectal Cancer”. *Curr Oncol.* Dec 13;28(6): pg 5356-5383. doi: 10.3390/currenocol28060447. PMID: 34940086; PMCID: PMC8700531.
 14. Hua Ye, Bin Zheng, Qi Zheng, Ping Chen (2021). *Influence of Old Age on Risk of Lymph Node Metastasis and Survival in Patients with T1 Colorectal Cancer: A Population-Based Analysis*
 15. Ince, M., Ozdemir Y., Balta A.Z., et al (2014). “Prognostic Value of the Lymph Node Ratio in Rectal Cancer”. *Archives of Clinical and Experimental Surgery (ACES)*. 3(4): pg. 207-212.
 16. Li, Q., Liang L., Jia H., et al (2016). “Negative to positive lymph node ratio is a superior predictor than traditional lymph node status in stage III colorectal cancer”. *Oncotarget.* 7(44): pg. 72290-72299.
 17. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, et al (2020). *The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. Histopathology*;76(2):pg 182-188. doi:10.1111/his.13975

18. Petrelli F, Tomasello G, Borgonovo K, et al (2017). “Prognostic Survival Associated with Left-Sided vs Right-Sided Colon Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis”. *JAMA Oncol*;3(2): pg 211-219. doi:10.1001/jamaoncol.2016.4227
19. S.B. Edge, Roswell Park Cancer Institute, Buffalo, et al (2019). *AJCC Staging Manual*. 8th ed. Springer
20. Sugimoto, K., Sato, K., Maekawa, H., et al (2014). “Analysis of Predictive Factors for Lymph Node Metastasis in Submucosal Invasive Colorectal Carcinoma. *Surgical Science*”. 5: pg. 75-83.
21. Wong, S.L. (2009). “Lymph Node Counts and Survival Rates After Resection for Colon and Rectal Cancer”. *Gastrointestinal Cancer Research: GCR*. 3(2 Suppl 1): pg. S33-S35.
22. Zhou H, Lei PJ, Padera TP (2021). “Progression of Metastasis through Lymphatic System. *Cells*”. *Mar* 12;10(3): pg 627. doi: 10.3390/cells10030627. PMID: 33808959; PMCID: PMC7999434.

PHỤ LỤC 1
PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU NGHIÊN CỨU

Mã phiếu:.....

A. Hành chính:

Họ và tên:..... Tuổi:..... Giới:.....

Mã bệnh nhân:..... Mã GPB:.....

Địa chỉ:.....

B. Tiền sử

-Tiền sử ung thư ĐTT: có không không xác định

-Tiền sử khác:

C.Đặc điểm giải phẫu bệnh của u tuyến:

- Vị trí u: Trực tràng Đại tràng sigma Đại tràng xuống

Đại tràng ngang Đại tràng lên Manh tràng

- Kích thước u: cm

- Hình thái đại thể u: Thở sùi Thở loét Thở sùi loét Thở thâm nhiễm

- Loại mô học:

- Số lượng hạch nạo vét được:.....hạch

- Mức độ xâm lấn u: T1 T2 T3 T4

- Độ mô học: Biệt hóa cao Biệt hóa vừa Biệt hóa kém

- Di căn hạch: Có Không

Người thực hiện

Hoàng Thị Hiếu