sử dụng các thuốc, đặc biệt là các nhóm thuốc mới có hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có NAFLD điều trị tại Khoa Nội tiết và phòng khám Nội tiết – Bệnh viện Bạch Mai có tỉ lệ GNM và xơ hóa gan tiến triển khá cao trên siêu âm đàn hồi gan Fibrocan. Chỉ số CAP phản ánh tình trạng nhiễm mỡ có mối liên quan với chỉ số BMI, HbA1c, HDL – C và chỉ số xơ hóa gan LSM. Do đó cần quản lý, tầm soát những bệnh nhân đái tháo đường type 2 có chỉ số BMI cao, HbA1c cao và HDL-C thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chalasani, N., et al.,** The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: Practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. Hepatology, 2018. 67(1): p. 328-357.
2. **Younossi, Z.M., et al.,** Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease-Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. Hepatology, 2016. 64(1): p. 73-84.
3. **Dyson, J.K., Q.M. Anstee, and S. McPherson,** Non-alcoholic fatty liver disease: a practical approach to diagnosis and staging. Frontline Gastroenterol, 2014. 5(3): p. 211-218.
4. **Lim, J.U., et al.,** Comparison of World Health Organization and Asia-Pacific body mass index classifications in COPD patients. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2017. 12: p. 2465-2475.
5. **Pozzan, R., et al.,** Risk factors associated with nonalcoholic fatty liver disease evaluated by elastography in patients with type 2 diabetes. Arch Endocrinol Metab, 2022. 66(4): p. 452-458.
6. **Tuong, T.T.K., et al.,** Non-Alcoholic Fatty Liver Disease in Patients with Type 2 Diabetes: Evaluation of Hepatic Fibrosis and Steatosis Using Fibroscan. Diagnostics (Basel), 2020. 10(3).
7. **Lomonaco, R., et al.,** Advanced Liver Fibrosis Is Common in Patients With Type 2 Diabetes Followed in the Outpatient Setting: The Need for Systematic Screening. Diabetes Care, 2021. 44(2): p. 399-406.
8. **Wang, Y., et al.,** Controlled attenuation parameter for assessment of hepatic steatosis grades: a diagnostic meta-analysis. Int J Clin Exp Med, 2015. 8(10): p. 17654-63.
9. **Kwok, R., et al.,** Screening diabetic patients for non-alcoholic fatty liver disease with controlled attenuation parameter and liver stiffness measurements: a prospective cohort study. Gut, 2016. 65(8): p. 1359-68.
10. **Lai, L.L., et al.,** Screening for non-alcoholic fatty liver disease in patients with type 2 diabetes mellitus using transient elastography. J Gastroenterol Hepatol, 2019. 34(8): p. 1396-1403.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ BIỂU MÔ TIỂU THÙY XÂM NHẬP QUA NGHIÊN CỨU 167 BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Hồng Khoa[1], Đinh Hữu Tâm[2], Bùi Thị Mỹ Hạnh[3]

TÓM TẮT

Mục đích: để nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng đối với UTV nói chung và ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập (UTBMTTXN) nói riêng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được tiến hành trên 167 bệnh nhân UTBMTTXM, đã được phẫu thuật điều trị cắt vú tại bệnh viện K từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 7 năm 2023. **Kết quả:** có 5 dưới típ MBH của UTBMTTXN theo phân loại của WHO 2019 được ghi nhận. Dưới típ kinh điển chiếm tỷ lệ cao nhất với 94 trường hợp chiếm 56,3%, đứng thứ 2 là dưới típ đa hình 41 trường hợp chiếm 24,6%, tiếp theo là dưới típ nang với 14 trường hợp chiếm 8,4% và dưới típ đặc 13 trường hợp chiếm 7,8%, dưới típ ống nhỏ – tiểu thùy chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5 trường hợp chiếm 3,0%. Độ mô học chung cho UTBMTTXN I; II; III lần lượt là: 11,4%; 70% và 18,6%. **Kết luận:** Típ kinh điển và típ dưới đa hình hay gặp nhất trong ung thư BMTTXN, chiếm 80,9% trong nghiên cứu của chúng tôi với độ mô học II là chủ yếu 56,3%.

Từ khóa: Ung thư vú, ung thư tiểu thùy xâm nhập, dưới típ mô học, độ mô học

SUMMARY

SOME HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF INVASIVE LOBULAR CARCINOMA THROUGH A STUDY OF 167 BREAST CANCER PATIENTS AT K HOSPITAL

Objective: To improve the quality of diagnosis, treatment, and prognosis for breast cancer in general and invasive lobular carcinoma (ILC) in particular. **Subjects and methods:** We conducted a retrospective descriptive study on 167 ILC patients who underwent a mastectomy at K Hospital from January 2019 to July 2023. **Results:** 5 subtypes of ILC according to the WHO 2019 classification were recorded. The classic type accounted for the highest

[1]*Bệnh viện K*
[2]*Bệnh viện 108*
[3]*Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Khoa
Email: bsphamhongkhoabvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024
Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024
Ngày duyệt bài: 26.9.2024

rate with 94 cases, accounting for 56.3%; followed by the polymorphic type with 41 cases, accounting for 24.6%; then the cystic type with 14 cases, accounting for 8.4%; the solid type had 13 cases, accounted for 7.8%; tubular - lobular type accounted for the lowest percentage with 5 cases accounting for 3.0%. Histological grades of ILC (grades I, II, and III) were 11.4%, 70%, and 18.6%, respectively. **Conclusion:** The classic and pleomorphic subtypes are the most common in invasive lobular carcinoma, accounting for 80.9% of our study. Histological grade II is mainly with 56.3% of all.

Keywords: breast cancer, invasive lobular carcinoma, histological subtypes, histological grades.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tiểu thùy tuyến vú xâm nhập (UTBMTTXN) chiếm từ 5-15% các loại ung thư biểu mô tuyến vú xâm nhập (UTBMXN), đứng thứ hai chỉ sau UTBMXN típ không đặc biệt (UTBMXN-NST). UTBMTTXN thường gặp ở độ tuổi từ 57-65 tuổi, bệnh có xu hướng gia tăng lên trong những thập niên gần đây, đặc biệt ở phụ nữ độ tuổi mãn kinh liên quan đến việc sử dụng hooc-mon thay thế[1]. Việc chẩn đoán lâm sàng UTBMTTXN thường gặp nhiều khó khăn do UTBMTTXN thường đa ổ, có ranh giới không rõ ràng; độ nhạy của xquang vú và siêu âm vú trong chẩn đoán UTBMTTXN thấp hơn so với UTBMXN-NST[2].

Do có các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và bệnh học riêng biệt và độc đáo, nên mặc dù phần lớn UTBMTTXN có tiên lượng tốt hơn so với típ ung thư vú hay gặp nhất là UTBMXN-NST, nhưng nó thường được chẩn đoán và phát hiện ở giai đoạn muộn khi kích thước u đã lớn và đã có tình trạng di căn hạch. Vì vậy, xuất phát từ những yêu cầu thực tiễn lâm sàng, để nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng đối với UTV nói chung và UTBMTTXN nói riêng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Một số đặc điểm mô bệnh học ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập qua nghiên cứu 167 bệnh nhân"* nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm mô bệnh học ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập của vú theo WHO 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 167 bệnh nhân ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập của vú đã được phẫu thuật điều trị cắt vú tại bệnh viện K từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 7 năm 2023. Các trường hợp được chọn vào nghiên cứu phải có các tiêu chuẩn sau:

- Có chẩn đoán xác định bằng MBH là UTBM tiểu thùy tuyến vú xâm nhập.
- Khối u nguyên phát và không được điều trị hóa xạ bổ trợ tiền phẫu
- Có hồ sơ bệnh án cung cấp đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu: họ tên, tuổi, địa chỉ, mã điều trị, số điện thoại.
- Có mô tả hình ảnh đại thể của mô u.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Trung tâm GPB-SHPT, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều
- Thời gian: Từ tháng 10/2022 đến tháng 10/2023

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.3.1. Các bước tiến hành

- Các bệnh nhân được chẩn đoán UTTTXN từ 01/2019 đến 09/2023
- Tra cứu hồ sơ bệnh án thu thập số liệu theo bệnh án nghiên cứu.
- Tìm lại tiêu bản HE, HMMD và khối nến.
- Cắt nhuộm lại những trường hợp tiêu bản xấu, tiêu bản bị thất lạc hoặc không còn đủ điều kiện để chẩn đoán từ block lưu trữ.

2.3.2. Nghiên cứu về đặc điểm MBH

- Phân loại MBH của UTBMTTXN. Các tiêu bản được đọc và phân tích kết quả trên kính hiển vi quang học ở các độ phóng đại 40, 100 và 400, sau đó phân loại mô bệnh học theo WHO 2019. UTBMTTXN được phân thành 05 dưới típ mô bệnh học bao gồm: dưới típ kinh điển, dưới típ đa hình, dưới típ đặc, dưới típ nang, dưới típ-ống nhỏ tiểu thùy theo các tiêu chuẩn.
- Phân độ mô học

2.3.3. Xử lý số liệu

- Các trường hợp nghiên cứu được ghi nhận đầy đủ thông tin và mã hóa dữ liệu.
- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20. Sử dụng kiểm định Chi-square để phân tích sự khác biệt giữa các biến định tính, kiểm định Fisher được sử dụng trong các nhóm định tính khi có nhiều hơn 20% ô có tần số mong đợi nhỏ hơn 5, với $p < 0,05$ là có ý nghĩa về mặt thống kê.

Sử dụng kiểm định Anova và Kruskal Wallis để phân tích so sánh trung bình giữa các biến định lượng, chọn $p < 0,05$ là có ý nghĩa về mặt thống kê.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm mô bệnh học của UTBMTTXN

3.1.1. Dưới típ mô bệnh học

Bảng 3.1. Tỷ lệ dưới típ MBH

Dưới típ	Số lượng	Tỷ lệ %
Kinh điển	94	56,3%
Đa hình	41	24,6%
Nang	14	8,4%
Đặc	13	7,8%

Ống nhỏ - tiểu thùy	5	3,0%
Tổng	**167**	**100%**

Áp dụng bảng phân loại mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến vú của WHO năm 2019, nghiên cứu trên 167 bệnh nhân UTBMTTXN chúng tôi ghi nhận 05 dưới típ, trong đó dưới típ kinh điển chiếm tỷ lệ cao nhất với 94 trường hợp chiếm 56,3%, đứng thứ 2 là dưới típ đa hình 41 trường hợp chiếm 24,6%, tiếp theo là dưới típ nang với 14 trường hợp chiếm 8,4% và dưới típ đặc 13 trường hợp chiếm 7,8%, dưới típ ống nhỏ – tiểu thùy chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5 trường hợp chiếm 3,0%.

- *Vi thể dưới típ kinh điển.* Đây là típ mô học hay gặp nhất. Các tế bào u kém kết dính, phân tán lỏng lẻo trên khắp nền mô đệm xơ, kiểu hình phát triển thành từng dây tế bào đơn lẻ (kiểu hình Indian) hoặc phát triển vòng tròn đồng tâm quanh các ống dẫn và tiểu thùy tạo kiểu hình "bia bắn"(targetoid). Nhìn chung, mô đệm xơ phân bố mật độ khác nhau, một vài vùng quan sát xâm nhập nhiều lympho bào. Chúng tôi gặp hai hình thái tế bào chủ yếu trong dưới típ kinh điển, thứ nhất là tế bào đồng dạng, ít bào tương, nhân mịn, nhạt màu, không rõ hạt nhân, đường kính gấp khoảng 1,5 lần lympho bào; thứ hai là nhóm các tế bào có nhân lớn hơn và bào tương rộng hơn với hạt nhân rõ hơn. Chúng tôi cũng bắt gặp những vùng lân cận u ở nhiều trường hợp UTBMTTXN dưới típ kinh điển tổn thương LCIS típ kinh điển với nhân nhỏ đều, tăng sắc nhẹ, mở rộng và lấp đầy các đơn vị tiểu thùy ống tận và ống nhỏ.

- *Vi thể dưới típ đa hình.* Chúng tôi gặp 41/167 trường hợp. Dưới típ này đặc trưng bởi các tế bào đa hình thái, méo mó, kém kết dính xâm nhập trong mô đệm giàu chất xơ. Cấu trúc dưới típ đa hình giống với dưới típ kinh điển, xếp dạng hàng đơn hoặc dạng đồng tâm. Nhân tế bào lớn, đa hình, lớn gấp hơn 4 lần lympho bào, hạt nhân rõ, nhiều hình nhân chia. Bào tương tế bào ưa toan. Chúng tôi gặp 05 trường hợp dưới típ kinh điển có các thành phần tế bào nhẫn, 06 trường hợp có biệt hóa tế bào nhẫn và 07 trường hợp biệt hóa mô bào trong dưới típ kinh điển. Ngoài ra một số trường hợp có các tế bào biến đổi dạng apocrine. Sự xuất hiện những thành phần tế bào này này là dấu hiệu cần chú ý trong chẩn đoán UTBMTTXN dưới típ đa hình.

- *Vi thể dưới típ đặc.* Chúng tôi gặp 13/167 dưới típ đặc. Những khối u này cấu trúc gồm các mảng đám đặc lớn xen lẫn ít mô đệm, xâm nhập lan tỏa vào các mô xung quanh. Sự sắp xếp tế bào u có thể nhầm lẫn với u lympho hoặc u hắc tố di căn vào. Tế bào u phần lớn có đặc điểm tế bào gần giống với dưới típ kinh điển, tuy nhiên thường có tỷ lệ đa hình thái hơn và nhân chia cao hơn.

- *Vi thể dưới típ nang.* Chúng tôi gặp 14/167 trường hợp dưới típ nang. Đặc điểm tế bào ở những khối u này tương tự với dưới típ kinh điển với tế bào đều nhau, nhân khá đồng dạng. Bào tương sáng hoặc nhạt màu, đặc biệt ở vùng ngoại vi các ổ tế bào u. U có cấu trúc thành từng đảo tròn hoặc bầu dục, gồm 20 tế bào hoặc hơn, ngăn cách nhau bởi dải xơ mảnh, xung quanh các đảo tế bào không có màng đáy, mà thường có các nguyên bào xơ hoặc nguyên bào xơ cơ kéo dài.

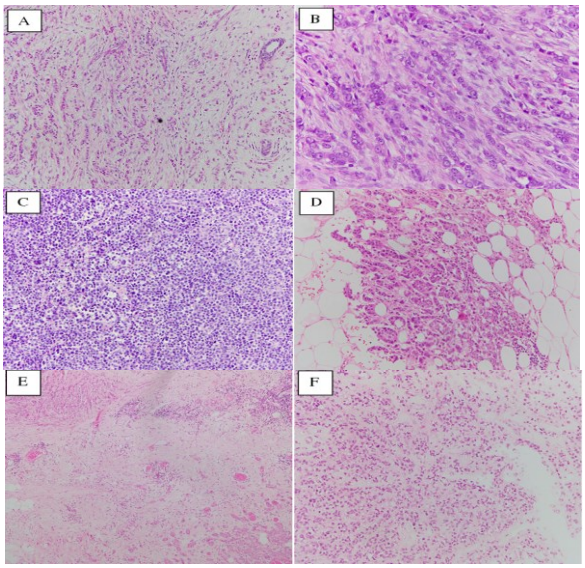
- Vi thể dưới típ ống nhỏ tiểu thùy. Đây là dưới típ ít gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ chiếm 5/167 trường hợp. Các tế bào sắp xếp thành dây dải, xen lẫn các ống nhỏ. Nhân tế bào nhỏ, khá đều nhau, chất nhiễm sắc mịn, hiếm nhân chia. Dưới típ này được đánh giá là có độ biệt hóa cao nhất, tiên lượng tốt nhất.

Tỷ lệ các dưới típ trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các tác giả khác ở trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Dương Văn Thùy (2016) về áp dụng phân loại ung thư biểu mô tuyến vú theo WHO 2012 phát hiện 92 trường hợp UTBMTTXN, trong đó dưới típ kinh điển và hỗn hợp (bao gồm mẫu đa hình) chiếm 78,3%; tiếp theo là dưới típ đặc, nang và ống nhỏ - tiểu thùy chiếm lần lượt là 8,7%, 6,5% và 6,5%. Tác giả Rakha và cộng sự (2007) nghiên cứu trên 517 bệnh nhân UTBMTTXN cho thấy UTBMTTXN dưới típ kinh điển hay gặp nhất với 55%, tiếp theo là dưới típ đa hình với 34%, các dưới típ còn gồm dưới típ đặc, dưới típ nang và ống nhỏ tiểu thùy chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là: 5%, 2% và 4%[3]. Nghiên cứu của Bozkurt E (2021) cũng cho kết quả gần tương tự khi nghiên cứu trên 77 bệnh nhân UTBMTTXN cho thấy dưới típ kinh điển chiếm tỷ lệ cao nhất với 63,6%, đứng thứ hai là dưới típ đa hình chiếm 20,9%, hiếm gặp hơn là các dưới típ ống nhỏ tiểu thùy và dưới típ đặc chiếm lần lượt là 12,8% và 2,7%.

Một số nghiên cứu khác cho kết quả dưới típ đa hình chiếm tỷ lệ thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả nghiên cứu tỷ lệ của các dưới típ kinh điển, dưới típ đa hình, dưới típ nang, dưới típ đặc của tác giả Iorfida M và cộng sự (2012) lần lượt là: 55,8%, 14,8%, 18,8% và 10,6%; và của tác giả Orvieto (2008) lần lượt là: 57%, 13%, 19% và 13%[4]. Cả hai nghiên cứu đều cho thấy chủ yếu gặp dưới típ kinh điển, tiếp theo là dưới típ nang và dưới típ đa hình trong

đó dưới típ nang chiếm tỷ lệ cao hơn dưới típ đa hình, thấp nhất là dưới típ đặc.

Mặc dù các nghiên cứu cho tỷ lệ các dưới típ của UTBMTTXN khác nhau, sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu, cỡ mẫu, cách chọn mẫu. Tuy nhiên tất cả các nghiên cứu đều cho thấy dưới típ kinh điển chiếm chủ yếu, tiếp theo là dưới típ đa hình và dưới típ nang, các dưới típ khác của UTBMTTXN hiếm gặp. Theo WHO, dưới típ kinh điển và hỗn hợp chiếm trên 75% các trường hợp UTBM tiểu thùy xâm nhập.[2] UTBMTTXN dưới típ đa hình chiếm khoảng 1% ung thư tuyến vú của nữ, và chiếm xấp xỉ 15% của UTBMTTXN. UTBMTTXN dưới típ nang chiếm từ 4-15% bệnh nhân UTBMTTXN.[5]



Hình 3.1. *Các dưới típ MBH trong nghiên cứu*

A. Dưới típ kinh điển, H-E x 100 (K3-20-57435); B. Dưới típ đa hình, H-E x 200 (K3-22-54748); C. Dưới típ đặc, H-E x 100 (K3-22-50751); D. Dưới típ nang, H-E x 200 (K3-23-46708); E. Dưới típ ống nhỏ- tiểu thùy, H-E x 100 (K3-20-65797); F. Dưới típ đa hình có thành phần tế bào nhẫn, H-E x 100 (K3-20-75262).

3.2.2. Độ mô học

Bảng 3.2. Độ mô học

Dưới típ	Độ mô học			Tổng
	I	II	III	
Kinh điển	14 14,9%	80 85,1%	0 0,0%	94 100%
Đa hình	0 0,0%	14 34,1%	27 65,9%	41 100%
Đặc	0 0,0%	9 69,2%	4 30,8%	13 100%
Nang	1 7,1%	13 92,9%	0 0,0%	14 100%
Ống nhỏ- tiểu thùy	4 80,0%	1 20,0%	0 0,0%	5 100%
Tổng	**19 11.4%**	**117 70,0%**	**31 18,6%**	**167 100%**

Fisher's Exact test = 97,192, p = 0,000

Độ mô học là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng của ung thư vú được đánh giá theo hệ thống phân độ Nottingham, độ mô học càng cao tiên lượng càng xấu. Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong 167 bệnh nhân UTBMTTXN cho thấy u có độ mô học II chiếm đa số với 117 bệnh nhân chiếm 70,0%; tiếp theo là độ mô học 3 với 31 trường hợp chiếm 18,6%; độ mô học I chiếm tỷ lệ thấp nhất với 19 bệnh nhân chiếm 11,4%.

Bảng 3.3. So sánh kết quả phân độ mô học theo các tác giả

Tác giả	Độ mô học			
	Độ I	Độ II	Độ III	Cỡ mẫu
Danzinger và cs (2021)[43]	21,5%	50,3%	28,2%	493
Tille JC và cs (2020)[51]	9,8%	79,7%	10,5%	459
Güven và cs (2018)[40]	12,3%	69,8%	17,9%	105
Biglia N và cs (2013)[56]	12,1%	56,8%	31,1%	201
Iorfida M và cs (2012)[55]	34,9%	52,0%	13,1%	981
Orvieto và cs (2008)[16]	39,4%	49,6%	10,9%	530
Chúng tôi (2023)	11,4%	70,0%	18,6%	167

Tỷ lệ độ mô học UTBMTTXN trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Güven (2018) cho thấy độ mô học II chiếm đa số với 69,8%, tiếp theo là độ III chiếm 17,9%, ít nhất là độ I chiếm 12,3%. Các nghiên cứu của Danzinger (2021), Tille JC (2020), Biglia N (2013) cũng cho kết quả độ mô học II chiếm tỷ lệ cao nhất, độ I chiếm tỷ lệ thấp nhất. Nghiên cứu của tác giả Iorfida M (2012) và Orvieto (2008) cũng cho tỷ lệ độ mô học II cao nhất, tuy nhiên khác với nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ độ mô học I cao hơn độ mô học III.

Nhiều nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt về tỷ lệ các độ mô học của UTBMTTXN và UTBMXN-NST. Nghiên cứu của Zheling Chen và cs (2017) và nghiên cứu của Danzinger và cs (2021) cho thấy tỷ lệ độ mô học II của nhóm UTBMTTXN cao hơn UTBMXN-NST và ngược lại, tỷ lệ độ mô học III của nhóm UTBMXN-NST cao

hơn nhóm bệnh nhân UTBMTTXN, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01.[8]

Hệ thống phân độ mô học dựa vào 3 yếu tố: sự tạo ống, đa hình của nhân và chỉ số nhân chia. Do đặc điểm mô bệnh học khác biệt của UTBMTTXN so với UTBMXN-NST nên độ mô học có ý nghĩa tiên lượng khác nhau. Nhìn chung, UTBMTTXN có độ mô học thấp hơn so với UTBMXN-NST. Độ mô học được chứng minh là có giá trị tiên lượng độc lập trong UTBMTTXN cũng giống như các dưới típ khác của ung thư tuyến vú. Tuy nhiên, ý nghĩa của độ mô học trong UTBMTTXN có thể khác với UTBMXN-NST và giá trị của nó như một công cụ tiên lượng cần được xem xét, đặc biệt trong việc xác định chiến lược điều trị.

- Tỷ lệ độ mô học trong các dưới típ MBH

Nhóm dưới típ cổ điển, nang và ống nhỏ tiểu thùy chủ yếu gặp độ mô học I và II, không có trường hợp nào u có độ mô học III. Tất cả các bệnh nhân đô mô học III đều thuộc dưới típ đa hình và dưới típ đặc, hai dưới típ này không có trường hợp nào u có độ mô học III. Dưới típ đa hình có tỷ lệ độ mô học III chiếm cao nhất. Sự khác biệt về tỷ lệ độ mô học trong các dưới típ có ý nghĩa thống kê với p < 0,01 (Bảng 3.3).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Iorfida M (2012) ghi nhận dưới típ đa hình có tỷ lệ độ mô học III và II chiếm lần lượt là 58,6%, 41,4%, không có trường hợp nào độ I; dưới típ đặc có tỷ lệ độ I,II và III lần lượt là 4,8%, 57,7% và 37,5%. Tác giả Rakha (2008) nghiên cứu trên 517 bệnh nhân UTBMTTXN cũng cho kết quả dưới típ đặc và dưới típ đa hình chủ yếu có độ mô học II và III; các dưới típ còn lại chủ yếu có độ mô học I và II, p<0,01.

Mặc dù ý nghĩa tiên lượng của độ mô học đã được đánh giá và ghi chép qua nhiều y văn liên quan đến UTBMXN-NST, giá trị của nó trong UTBMTTXN vẫn đang còn là vấn đề bàn cãi. Trong loạt nghiên cứu Nottingham, hầu hết UTBMTTXN có mức độ biệt hóa vừa phải (độ II, 76%), trong khi đó một tỷ lệ nhỏ khối u độ I chủ yếu là dưới típ ống nhỏ tiểu thùy, còn lại là độ mô học III (khoảng 12% mỗi loại). Khối u độ III chủ yếu gặp ở dưới típ đặc và dưới típ đa hình, cho thấy tiên lượng xấu hơn so với khối u độ II.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 167 bệnh nhân ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập của vú tại Trung tâm GPB-SHPT bệnh viện K, chúng tôi nhận thấy có 5 dưới típ MBH của UTBMTTXN theo phân loại của WHO 2019 được ghi nhận. Dưới típ kinh điển chiếm tỷ lệ cao nhất với 94 trường hợp chiếm 56,3%, đứng thứ 2 là dưới típ đa hình 41 trường hợp chiếm 24,6%, tiếp theo là dưới típ nang với 14 trường hợp chiếm 8,4% và dưới típ đặc 13 trường hợp chiếm 7,8%, dưới típ ống nhỏ – tiểu thùy chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5 trường hợp chiếm 3,0%. Dưới típ đặc có tuổi mắc bệnh trung bình cao hơn các dưới típ khác (p<0,01). Dưới típ kinh điển có kích thước u trung bình cao hơn các dưới típ khác (p>0,05). Độ mô học chung cho UTBMTTXN I; II; III lần lượt là: 11,4%; 70% và 18,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Biglia N, Mariani L, Sgro L, Mininanni P, Moggio G, Sismondi P.** Increased incidence of lobular breast cancer in women treated with hormone replacement therapy: implications for diagnosis, surgical and medical treatment. Endocrine-related cancer. Sep 2007;14(3):549-67. doi:10.1677/erc-06-0060
2. **Porter AJ, Evans EB, Foxcroft LM, Simpson PT, Lakhani SR.** Mammographic and ultrasound features of invasive lobular carcinoma of the breast. Journal of medical imaging and radiation oncology. Feb 2014; 58(1):1-10. doi:10.1111/1754-9485.12080
3. **Rakha EA, El-Sayed ME, Menon S, Green AR, Lee AH, Ellis IO.** Histologic grading is an independent prognostic factor in invasive lobular carcinoma of the breast. Breast Cancer Res Treat. Sep 2008;111(1):121-7. doi:10.1007/s10549-007-9768-4
4. **Orvieto E, Maiorano E, Bottiglieri L, et al.** Clinicopathologic characteristics of invasive lobular carcinoma of the breast: results of an analysis of 530 cases from a single institution. Cancer. Oct 1 2008;113(7):1511-20. doi:10.1002/cncr.23811
5. **Thomas M, Kelly ED, Abraham J, Kruse M.** Invasive lobular breast cancer: A review of pathogenesis, diagnosis, management, and future directions of early stage disease. Seminars in oncology. Apr 2019;46(2): 121-132. doi:10.1053/j.seminoncol.2019.03.002
6. **Ciobanu M, Eremia IA, Pirici D, Crăiţoiu Ş.** Breast invasive lobular carcinoma: a retrospective clinicopathologic study of 25 cases. Romanian journal of morphology and embryology = Revue roumaine de morphologie et embryologie. 2012;53(3):533-48.
7. **Ohashi R, Matsubara M, Watarai Y, et al.** Pleomorphic lobular carcinoma of the breast: a comparison of cytopathological features with other lobular carcinoma variants. Cytopathology : official journal of the British Society for Clinical Cytology. Apr 2017;28(2):122-130. doi:10.1111/cyt.12362
8. **Chen Z, Yang J, Li S, et al.** Invasive lobular carcinoma of the breast: A special histological tipe compared with invasive ductal carcinoma. PloS one. 2017;12(9): e0182397. doi:10.1371/journal.pone.0182397

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT GLUCOSE MÁU, LIPID MÁU VÀ HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Nguyễn Thị Nhung[1,2], Nguyễn Khoa Diệu Vân[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét thực trạng kiểm soát glucose máu, lipid máu và huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 điều trị ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 303 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Mộc Châu từ tháng 8/2023 đến tháng 6/2024. Kết quả: Tuổi trung bình 66.15±10.26(40-97);Giới tính nam chiếm tỉ lệ 41,6%, thấp hơn so với nữ (58,4%).Tỉ lệ mắc đái tháo đường typ 2 trên 10 năm là cao nhất 58.4%. Tỉ số WHR trung bình là 0,85 ± 0,91 với giá trị lớn nhất là 1,2; nhỏ nhất là 0,7.Tỉ lệ người bệnh đạt mức đường huyết mục tiêu là 27,1%; Tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c < 7% là 30.7%; tỉ lệ kiểm soát được LDL-C là 46,2%, HDL-C là 32%, Triglycerid là 42,6%. HbA1c trung bình của nhóm nghiên cứu là 8,55 ± 2,22%; Glucose máu lúc đói trung bình 8,52 ± 1,95 mmol/L. Có mối liên quan giữa tỷ lệ đạt HbA1c < 7% với tuân thủ hoạt động thể lực, chế độ ăn bệnh lý và tuân thủ sử dụng thuốc (p<0,05). **Kết luận: tỉ lệ** kiểm soát glucose máu, lipid máu và huyết áp còn chưa tốt.Tuân thủ hoạt động thể lực, chế độ ăn và tuân thủ sử dụng thuốc đóng vai trò quan trọng và có liên quan đến đạt mục tiêu kiểm soát bệnh. ***Từ khóa:*** đái tháo đường, kiểm soát đường huyết, yếu tố liên quan.

SUMMARY

STATUS OF GLYCEMIC CONTROL, BLOOD LIPID AND BLOOD PRESSURE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES OUTPATIENT TREATMENT

Objectives: To investigate the status of glycemic control,lipidemia and blood pressure in patients with type 2 diabetes outpatients treatment.**Subjects and methods**: A cross-sectional descriptive study on 303 patients with type 2 diabetes who visited the Outpatient, Moc Chau Hospital from August 2023 to June 2024. Results: The average age is 66.15 ± 10.26 (40-97); the proportion of males is 41.6%, lower than females (58.4%). The 10-year prevalence of type 2 diabetes is highest at 58.4%. The average WHR is 0.85 ± 0.91, with the highest value being 1.2 and the lowest being 0.7. The proportion of patients achieving target blood glucose levels is 27.1%; the proportion achieving an HbA1c < 7% is 30.7%; LDL-C is 46.2%, HDL-C is 32%, and Triglycerides is 42.6%. The average HbA1c is 8.55 ± 2.22%; the average fasting blood glucose is 8.52 ± 1.95 mmol/L. There is an association between the achievement of HbA1c < 7% and adherence to physical activity, dietary regimen, and medication use. **Conclusions**: The current status of glycemic control, lipidemia and blood pressure status is still inadequate. A number of related factors such as age, gender, compliance with physical activity, diet and medication compliance play an important role, affecting the achievement of disease control goals. ***Keywords:*** diabetesglycemic, control, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là tình trạng tăng glucose máu mạn tính, bệnh được đặc trưng bởi rối loạn chuyển hóa carbonhydrat, lipid và protein do thiếu insulin tương đối hoặc tuyệt đối, suy giảm chức năng tế bào β hoặc phối hợp cả hai[1].

Sự gia tăng của bệnh ĐTĐ đã trở thành một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn của y tế toàn cầu2.Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), năm 2019 toàn thế giới có 463 triệu người (trong độ tuổi 20 – 79) mắc bệnh ĐTĐ, dự kiến sẽ là 578 triệu người vào năm 2030 và 700 triệu người vào năm 2045[1]. Sự gia tăng của bệnh ĐTĐ đã trở thành một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn của y tế toàn cầu.[1]

Bệnh ĐTĐ typ 2 tiến triển âm thầm, gây ra nhiều biến chứng mạn tính nguy hiểm để lại nhiều di chứng nặng nề thậm chí tử vong.Đái tháo đường typ 2 thường đi kèm với các yếu tố liên quan như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, thừa cân béo phì2... Chính vì vậy kiểm soát glucose máu, lipid máu và các yếu tố nguy cơ liên quan luôn là mục tiêu điều trị của bệnh nhân ĐTĐ typ 2[3,4].

Mộc Châu là huyện miền núi, cao nguyên và biên giới phía Bắc với địa hình chia cắt phức tạp.Huyện Mộc Châu là nơi có nhiều dân tộc cùng sinh sống như Thái, Kinh, Mường, Mông, Dao, Xinh Mun, Khơ Mú, La Ha, Tày..., trong đó đông nhất là dân tộc Thái, Kinh, Mường, Mông, Dao. Bệnh viện đa khoa Mộc Châu khám và điều trị cho bệnh nhân của 15 xã và 2 thị trấn trên địa bàn huyện, hiện nay bệnh viện đã thành lập 1 phòng quản lý bệnh mạn tính khám và điều trị cho khoảng gần 500 bệnh nhân ĐTĐ typ 2.Nhờ sự phát triển của hệ thống y tế tuyến cơ sở, việc kiểm soát glucose máu cho người bệnh đã đạt được những hiệu quả tích cực. Tuy nhiên, cho đến nay bệnh viện đa khoa Mộc Châu vẫn chưa có một nghiên cứu đầy đủ nào được thực hiện

[1]*Bệnh viện Đa khoa Mộc Châu*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nhung
Email: bsnhungbvmc@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.7.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024
Ngày duyệt bài: 27.9.2024