

**V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ**

Tỷ lệ HGM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 dựa vào giá trị xét nghiệm nồng độ glucose máu khá thấp, tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân tự ghi nhận đã từng có triệu chứng HGM khá cao chiếm 53,98%. Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ HGM bệnh nhân tự ghi nhận theo triệu chứng với nơi sống và thời gian mắc bệnh ĐTĐ type 2, với giá trị  $p < 0,05$ . Vì vậy cần tuyên truyền để nâng cao ý thức phòng ngừa HGM thầm lặng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Đồng thời, khảo sát thêm các yếu tố liên quan khác với tỷ lệ hạ glucose máu để có cái nhìn tổng thể về tình trạng hạ glucose máu giúp bệnh nhân có cách phòng ngừa hiệu quả hơn.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Trung Anh và các cộng sự (2021), "Nghiên cứu đặc điểm hạ đường huyết và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân cao tuổi có ĐTĐ typ 2 điều trị tại Bệnh viện Thanh Nhàn", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tập 16, số 2, tr. 25-32.
2. Nguyễn Thị Mai Hoàng và các cộng sự (2019), "Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị ĐTĐ type 2 trên bệnh nhân cao tuổi điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội tiết - Bệnh viện Đại học Y

- Được Thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 23, số 2, tr. 213-220.
3. Võ Tuấn Khoa và các cộng sự (2020), "Tỷ lệ hạ đường huyết tự ghi nhận và các yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường typ 2 tại Việt Nam", Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường, số 41, tr. 54-58.
  4. Phạm Thị Thúy Liên và các cộng sự (2023), "Thực trạng kiến thức và thực hành phòng biến chứng hạ đường huyết ở người bệnh đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 527, số 1, tr. 136-141.
  5. Trần Thị Hoa Vi và cộng sự (2014), "Khảo sát tỷ lệ hiện mắc hạ đường huyết và mối liên quan giữa hạ đường huyết với HbA1c ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2", Kỷ Yếu Hội nghị Khoa Học Công Nghệ Tuổi Trẻ các Trường Đại học Cao đẳng, tr. 235-243.
  6. Urmimala Sarkar and et al., "Hypoglycemia is more common among type 2 diabetes patients with limited health literacy: the Diabetes Study of Northern California(DISTANCE)", Journal of General Internal Medicine, vol. 25(9), pp. 962-968, 2010, doi: 10.1007/s11606-010-1389-7.
  7. Richard Silbert and et al., "Hypoglycemia among Patients with Type 2 Diabetes: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention Strategies", Current Diabetes Reports, vol.18(8), pp. 1- 16, 2018, doi: 10.1007/s11892-018-1018-0.

## ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DI CẢN HẠCH NÁCH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I –III A ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Cẩm Phương<sup>1,2,3</sup>, Phạm Văn Thái<sup>1,2</sup>,  
Phan Tùng Lâm<sup>3</sup>, Mai Trọng Khoa<sup>1,2</sup>, Nguyễn Quang Hùng<sup>3</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng di căn hạch nách và các yếu tố liên quan dự báo tình trạng di căn hạch nách của các bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I –III A được phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 37 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I –III A được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú hoặc bảo tồn có vét hạch nách tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2024. **Kết quả:** Đa số nhóm đối tượng nghiên cứu có tuổi  $\geq 40$  (83,7%). Khối u kích thước chủ yếu ở giai đoạn T1, T2 (94,6%), nằm ở vị trí ¼ trên ngoài (67,6%), số hạch vét được sau phẫu thuật chủ yếu ít hơn 10 hạch, chiếm tỷ lệ

54,0%. Thể mô bệnh học hay gặp nhất là Carcinoma xâm nhập type NST (89,2%) với độ mô học chủ yếu là độ II 70,2(%). Đa số khối u chưa xâm nhập mạch máu, mạch bạch huyết và thần kinh (90,9%, 78,4% và 95,5%). Có 67,6% khối u có tình trạng ER(+), 64,9% có PR(+), 43,2% bộc lộ quá mức Her-2 và đa số có chỉ số Ki67 cao (59,5%). Tỷ lệ di căn hạch nách là 43,0%. Đánh giá hạch nách bằng lâm sàng có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp, tỷ lệ âm tính giả cao. Yếu tố ảnh hưởng đến di căn hạch nách là kích thước u với  $p < 0,05$ . **Kết luận:** Tỷ lệ di căn hạch nách trên các bệnh nhân UTV giai đoạn I –III A là 43,0%, trong đó có 24,3% số bệnh nhân di căn 1-3 hạch và 18,7% bệnh nhân di căn từ 4 hạch trở lên. Kích thước u là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch nách với  $p=0,045$ . **Từ khóa:** ung thư vú, hạch nách, di căn hạch, giai đoạn I-III A

**SUMMARY**

**AXILLARY LYMPH NODE METASTASIS ASSESSMENT AND RELATED FACTORS IN STAGE I-III A BREAST CANCER PATIENTS UNDERGOING SURGERY AT BACH MAI HOSPITAL**

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thái

Email: thaipv2052000@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

**Objective:** To assess axillary lymph node metastasis and identify associated prognostic factors in patients with stage I-III breast cancer who underwent surgery at Bach Mai Hospital. **Materials and Methods:** This retrospective, cross-sectional study included 37 patients with stage I-III breast cancer who underwent either total mastectomy or breast-conserving surgery with axillary lymph node dissection at Bach Mai Hospital between January 2021 and January 2024. **Results:** Most of the study participants were aged  $\geq 40$  years (83.7%). Tumor size were predominantly at T1 or T2 stages (94.6%), located in the upper outer quadrant (67.6%). In most cases, fewer than 10 lymph nodes were removed post-surgery (54.0%). The most common histological type was invasive carcinoma of no special type (NST) (89.2%), with the majority graded at histological grade II (70.2%). Most tumors exhibited no vascular, lymphatic, or neural invasion (90.9%, 78.4%, and 95.5%, respectively). Estrogen receptor positivity (ER+) was present in 67.6% of cases, progesterone receptor positivity (PR+) in 64.9%, and HER2 overexpression in 43.2%, with a high Ki67 index observed in 59.5% of cases. The axillary lymph node metastasis rate was 43.0%. Clinical assessment of axillary lymph nodes demonstrated low sensitivity and specificity, with a high false-negative rate. Tumor size was identified as a significant factor affecting axillary lymph node metastasis, with a p-value of  $<0.05$ . **Conclusion:** The rate of axillary lymph node metastasis in stage I-III breast cancer patients was 43.0%, with 24.3% of the patients having metastasis in 1-3 lymph nodes, and 18.7% with metastasis in four or more nodes. Tumor size was a significant factor associated with axillary lymph node metastasis ( $p = 0.045$ ). **Keywords:** breast cancer, axillary lymph nodes, lymph node metastasis, stage I-III.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở nữ giới. Theo GLOBOCAN 2022, trên thế giới có 2.296.840 ca mắc mới và 666.103 ca tử vong do UTV. Tại Việt Nam ung thư vú đứng hàng đầu về tỷ lệ mắc mới với 24,563 ca bệnh và đứng thứ tư về tỷ lệ tử vong ở cả hai giới [1].

Cắt tuyến vú hoặc phẫu thuật bảo tồn kèm vét hạch nách từ lâu đã trở thành phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị ung thư vú giai đoạn I – IIIA, tuy nhiên có thể gây ra một số biến chứng như giảm hoặc mất chức năng khớp vai, tổn thương thần kinh, phù bạch huyết. Trong những năm gần đây, sinh thiết hạch cửa đã trở thành phương pháp thay thế vét hạch nách thường quy ở những bệnh nhân UTV không phát hiện hạch nách trên lâm sàng. Dù vậy, sinh thiết hạch cửa đòi hỏi nhiều nguồn lực bao gồm một nhóm các bác sĩ đa chuyên khoa như bác sĩ phẫu thuật, giải phẫu bệnh, chuyên gia về y học

hạt nhân, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, điều này không phù hợp với nhiều cơ sở y tế ở Việt Nam hiện nay. Hơn nữa, sinh thiết hạch cửa có tỷ lệ âm tính giả 15-20%, có thể dẫn đến phẫu thuật lần hai gây nhiều nguy cơ và phiền toái cho người bệnh [2]. Chính vì vậy, việc tìm ra các yếu tố dự đoán tình trạng di căn hạch nách trước phẫu thuật sẽ xác định được các nhóm bệnh nhân có nguy cơ di căn hạch thấp hay cao, từ đó đưa ra phương án sinh thiết hạch cửa chọn lọc, hạn chế được các trường hợp vét hạch nách thường quy và giảm các biến chứng. Nhiều nghiên cứu trên thế giới xác định các yếu tố như kích thước u, độ mô học, xâm lấn mạch bạch huyết, tình trạng thụ thể nội tiết, sự bộc lộ Her-2 là những yếu tố dự báo di căn hạch nách trong UTV. Tại Bệnh viện Bạch Mai, ung thư vú được tiến hành phẫu thuật trong thời gian gần đây, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá tỷ lệ di căn hạch nách và xác định các yếu tố liên quan dự báo tình trạng di căn hạch nách của các bệnh nhân UTV giai đoạn I – IIIA được phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 37 bệnh nhân UTV giai đoạn I-III được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2024.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nữ, được chẩn đoán UTV, giai đoạn I – IIIA theo AJCC 2018.
- Được phẫu thuật cắt tuyến vú hoặc bảo tồn + vét hạch nách.
- Có kết quả mô bệnh học sau mổ, khẳng định ung thư biểu mô tuyến vú theo phân loại WHO năm 2012.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có ung thư thứ 2 kèm theo
- Đã được điều trị hóa chất, xạ trị trước phẫu thuật
- UTV nam giới hoặc UTV liên quan thai kỳ, UTV hai bên.

### 2.1.3. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- **Xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và Excel, các yếu tố liên quan đến tỉ lệ di căn hạch được đưa vào phân tích bằng kiểm định chi-bình phương với giá trị  $p < 0,05$  có ý nghĩa thống kê

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Đặc điểm về nhóm tuổi, tình trạng mãn kinh, BMI**

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<b>Nhóm tuổi</b>		
≥40 tuổi	31	83,7
<40 tuổi	6	16,3
<b>Tình trạng mãn kinh</b>		
Đã mãn kinh	19	51,3
Chưa mãn kinh	18	48,7
<b>BMI</b>		
<18,5: Gầy	4	10,8
18,5-23: Bình thường	21	56,8
≥23: Béo phì	12	32,4

**Nhận xét:** Đa số nhóm đối tượng nghiên cứu có tuổi ≥40 (83,7%), gần một nửa (48,7%) chưa mãn kinh và khoảng gần 1/3 béo phì (32,4%)

**Bảng 3.2. Đặc điểm về khối u vú, số hạch vét được**

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<b>Vị trí u</b>		
Trên trong	3	8,1
Trên ngoài	25	67,6
Dưới trong	1	2,7
Dưới ngoài	4	10,8
Trung tâm	3	8,1
Đa ổ	1	2,7
<b>Kích thước u</b>		
<2cm	14	37,8
2-5 cm	21	56,8
>5cm	2	5,4
<b>Số hạch vét được</b>		
<10 hạch	20	54
≥10 hạch	17	46

**Nhận xét:** Khối u kích thước chủ yếu ở giai đoạn T1, T2, nằm ở vị trí ¼ trên ngoài (67,6%), số hạch vét được sau phẫu thuật chủ yếu ít hơn 10 hạch, chiếm tỷ lệ 54,0%

**Bảng 3.3. Đặc điểm về mô bệnh học**

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<b>Thể GPB</b>		
Carcinoma xâm nhập type NST	33	89,2
Tiểu thùy xâm nhập	2	5,4
Thể nhầy	1	2,7
Thể tủy	1	2,7
<b>Độ mô học</b>		
Độ 1	6	16,2
Độ 2	26	70,2
Độ 3	5	13,6
<b>Xâm nhập mạch máu</b>		
Có	3	8,1
Không	34	91,9
<b>Xâm nhập bạch huyết</b>		
Có	8	21,6

Không	29	78,4
<b>Xâm nhập thần kinh</b>		
Có	2	5,0
Không	35	95,0

**Nhận xét:** Thể mô bệnh học hay gặp nhất là Carcinoma xâm nhập type NST (89,2%) với độ mô học chủ yếu là độ II 70,2(%). Đa số khối u chưa xâm nhập mạch máu, mạch bạch huyết và thần kinh (90,9%, 78,4% và 95,5%).

**Bảng 3.4. Đặc điểm về sinh học phân tử**

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<b>ER</b>		
Dương tính	25	67,6
Âm tính	12	32,4
<b>PR</b>		
Dương tính	24	64,9
Âm tính	13	35,1
<b>Her2</b>		
Dương tính	16	43,2
Âm tính	21	56,8
<b>Ki67</b>		
≥20%	22	59,5
<20%	15	40,5
<b>Phân nhóm phân tử</b>		
Luminal A	8	21,6
Luminal B	18	48,6
Her2(+)	7	18,9
Bộ ba âm tính	4	10,9

**Nhận xét:** Về các yếu tố sinh học phân tử, có 67,6% khối u có tình trạng ER(+), 64,9% có PR(+), 43,2% bộc lộ quá mức Her-2 và đa số có chỉ số Ki67 cao (59,5%). Nhóm phân tử phổ biến nhất là nhóm Luminal B với 48,6%.

**Bảng 3.5. Tỷ lệ di căn hạch nách sau mổ**

	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<b>Không di căn</b>	21	57
<b>Có di căn</b>	16	43,0
pN1	9	24,3
pN2	6	16,2
pN3	1	2,5

**Nhận xét:** Tỷ lệ di căn hạch nách là 43%, trong đó có 24,3% số bệnh nhân di căn 1-3 hạch và 18,7% bệnh nhân di căn từ 4 hạch trở lên.

**Bảng 3.6. Kết quả di căn hạch nách theo tình trạng hạch nách trên lâm sàng**

Tình trạng hạch trên lâm sàng	pN(+)	pN(-)	Tổng số bệnh nhân
cN(+)	7 (44,0%)	9 (56,0%)	16
cN(-)	6 (29,0%)	15 (71,0%)	21

**Nhận xét:** Đánh giá di căn hạch nách bằng tình trạng hạch nách trên lâm sàng có độ nhạy 44%, độ đặc hiệu 71%, tỷ lệ âm tính giả là 29%.

**Bảng 3.7. Tỷ lệ di căn hạch nách theo một số đặc điểm lâm sàng**

Yếu tố	pN(+) n (%)	pN(-) n(%)	p
<b>Nhóm tuổi:</b> ≥40 tuổi	13 (41,9)	18 (58,1)	0,678
<40 tuổi	3 (50,0)	3 (50,0)	
<b>Tình trạng mãn kinh:</b> Đã mãn kinh	8 (42,1)	11 (57,9)	0,563
Chưa mãn kinh	8 (44,4)	10 (55,6)	
<b>BMI:</b> <18,5: Gầy	1 (25,0)	3 (75,0)	0,342
18,5 – 23: Bình thường	9 (43,0)	12 (57,0)	
≥23: Béo phì	6 (50,0)	6 (50,0)	
<b>Vị trí u:</b> Trên trong	1 (33,0)	2 (67,0)	0,075
Trên ngoài	12 (48,0)	13 (52,0)	
Dưới trong	0 (0,0)	1 (100,0)	
Dưới ngoài	2 (50,0)	2 (50,0)	
Trung tâm	1 (33,0)	2 (67,0)	
Đa ổ	0 (0,0)	1 (100,0)	
<b>Kích thước u:</b> <2cm	3 (21,0)	11 (79,0)	0,045
2-5 cm	11 (53,0)	10 (47,0)	
>5cm	2 (100,0)	0 (0,0)	
<b>Số hạch vét được:</b> <10 hạch	6 (30,0)	14 (70,0)	0,745
≥10 hạch	10 (59,0)	7 (41,0)	

**Nhận xét:** Trong các yếu tố về đặc điểm lâm sàng, yếu tố kích thước u ảnh hưởng đến tỷ lệ di căn hạch nách có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) là kích thước u.

**Bảng 3.8. Tỷ lệ di căn hạch nách theo một số đặc điểm cận lâm sàng**

Yếu tố	pN(+) n (%)	pN(-) n(%)	p
<b>Thể GPB</b>			0,254
Carcinoma xâm nhập type NST	15 (45,0)	18 (55,0)	
Tiểu thùy xâm nhập	1 (50,0)	1 (50,0)	
Thể nhầy	0 (0,0)	1 (100,0)	
Thể tủy	0 (0,0)	1 (100,0)	
<b>Độ mô học:</b> Độ 1	2 (33,0)	4 (67,0)	0,065
Độ 2	12 (46,2)	14 (53,8)	
Độ 3	2 (40,0)	3 (60,0)	
<b>Xâm nhập mạch máu:</b> Có	1 (33)	2 (67)	0,078
Không	15 (44,1)	19 (55,9)	
<b>Xâm nhập bạch huyết:</b> Có	5 (62,5)	3 (37,5)	0,089
Không	11 (37,9)	18 (62,1)	
<b>Xâm nhập thần kinh:</b> Có	0 (0,0)	2 (100,0)	0,456
Không	16 (45,7)	19 (54,3)	
<b>ER:</b> Dương tính	10 (40,0)	15 (60,0)	0,782
Âm tính	6 (50,0)	6 (50,0)	
<b>PR:</b> Dương tính	10 (41,6)	14 (58,4)	0,837
Âm tính	6 (46,1)	7 (53,9)	
<b>Her2:</b> Dương tính	6 (37,5)	10 (62,5)	0,284
Âm tính	10 (47,6)	11 (52,3)	
<b>Ki67:</b> ≥20%	9 (40,9)	13 (59,1)	0,471
<20%	7 (46,6)	8 (53,4)	
<b>Phân nhóm phân tử</b>			0,912
Luminal A	2 (25,0)	6 (75,0)	
Luminal B	9 (50,0)	9 (50,0)	
Her2(+)	5 (71,4)	2 (28,6)	
Bộ ba âm tính	0 (0,0)	4 (100,0)	

**Nhận xét:** Các yếu tố về mô bệnh học, sinh học phân tử chưa phải là các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch nách.

Tỷ lệ di căn hạch trong nghiên cứu là 43%, tương đương với các nghiên cứu trước đây trên thế giới như của Chua và cộng sự (2001) là 41% [3], Saleh (2018) là 35,5% [4]. Tình trạng hạch

#### IV. BÀN LUẬN

trên lâm sàng là không đủ để đánh giá di căn hạch nách với độ nhạy và độ đặc hiệu thấp, độ âm tính giả cao (độ nhạy = 44,0%, độ đặc hiệu = 71,0%, âm tính giả = 29,0%). Đặc điểm này phù hợp với những kết luận của các nghiên cứu trước đây và việc xác định các yếu tố ảnh hưởng để dự đoán tình trạng di căn hạch nách là rất cần thiết. Trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước khối u được cho là yếu tố dự báo tình trạng di căn hạch. Kích thước u càng lớn thì nguy cơ di căn hạch càng cao. Trong nghiên cứu này, những bệnh nhân có khối u T2 (>2 cm) có tỷ lệ di căn hạch nách là 53,0% cao hơn các khối u T1 là 21,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,045$ . Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ di căn hạch nách tăng theo kích thước khối u, như nghiên cứu của Reger (1989) và cộng sự cho thấy tỷ lệ di căn hạch tăng theo lần lượt là 3%; 10%; 21% và 35% tương ứng với kích thước u dưới 0,5cm; 0,6-1cm; 1,1-1,5cm và 1,6-2cm [5], Melvin J và cộng sự (2001) trong một nghiên cứu hồi cứu trên 2.282 bệnh nhân ung thư vú xâm lấn hoặc ung thư biểu mô ống tại chỗ được phẫu thuật để đánh giá tình trạng di căn hạch nách, đã nhận thấy tỷ lệ di căn hạch theo giai đoạn: Tis: 0,8%, T1a: 5%, T1b: 16%, T1c: 28%, T2: 47%, T3: 68%, T4: 86% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố về tuổi, tình trạng mãn kinh, BMI; độ mô học cũng như các yếu tố về sinh học phân tử như tình trạng ER, PR, Ki67, Her-2 chưa phải là các yếu tố ảnh hưởng đến di căn hạch nách.

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ di căn hạch nách trên các bệnh nhân UTV giai đoạn I-IIIa là 43,0%, trong đó có 24,3% số bệnh nhân di căn 1-3 hạch và 18,7% bệnh nhân di căn từ 4 hạch trở lên.

- Đánh giá hạch nách bằng lâm sàng có độ nhạy và độ đặc hiệu không cao, độ âm tính giả cao. Kích thước u là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch nách với  $p=0,045$

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray, Freddie, et al. "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries." CA: a cancer journal for clinicians 74.3 (2024): 229-263.
2. Kitajima M, Kitagawa Y, Fujii H, et al (2005). Credentialing of nuclear medicine physicians, surgeons and pathologists as a multidisciplinary team for selective sentinel lymphadenectomy. Cancer Treat Res. 127. 253-67.
3. Chua B, Ung O, Taylor R, et al (2001). Frequency and predictors of axillary lymph node metastases in invasive breast cancer. ANZ J Surg. 71. 723-8
4. Saleh S, Mona M and Mohammad E (2018). Frequency and Predictors of Axillary Lymph Node Metastases in Iranian Women with Early Breast Cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 19(6): 1617-1620
5. Reger V, Beito H, Jolly P.C (1989), Factors affecting the incidence of lymph node metastases in small cancers of the breast, The American Journal of Surgery, 157 (5): 501-502.
6. Skinner KA, Lomis JT, Melvin et al (2001), Predicting axillary nodal positivity in 2282 patients with breast carcinoma, World Jour of Surgery, 25(6): 767-72.
7. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (2024). Breast Cancer, V5.2024

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHỐI U DI CĂN NÃO KÍCH THƯỚC LỚN BẰNG XẠ PHẪU GAMMA HAI PHÂN LIỀU TẠI BỆNH VIỆN K

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả điều trị khối u não di căn kích thước lớn bằng phương pháp xạ phẫu gamma 2 phân liều tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bao gồm các bệnh nhân ung thư di căn não được điều trị gamma knife tại bệnh viện K từ 7/2019 đến 6/2022. Bệnh nhân có từ 1-5 ổ di căn

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

Nguyễn Đức Liên<sup>1,2</sup>, Nguyễn Minh Thuận<sup>1</sup>

não, trong đó có 01 khối u di căn có đường kính >3cm (hoặc thể tích >10 cc), liều điều trị 12 Gy x 2 phân liều, thời gian giữa hai phân liều là 2 tuần. **Kết quả:** Tổng số 50 bệnh nhân, thể tích trung bình khối u có kích thước lớn nhất là 18,13 ± 6,98 cc ở lần điều trị đầu tiên, và 13,24 ± 6,56 ở lần điều trị thứ hai (giảm 27,24%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,003$ ). Tỷ lệ kiểm soát khối u có kích thước lớn tại thời điểm 3 tháng là 94%, trong đó 34% đáp ứng điều trị hoàn toàn, 52% đáp ứng một phần, 8% ổn định. Tỷ lệ kiểm soát u tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng lần lượt là 88%, 76%. Không có trường hợp nào có khối di căn não mới tại thời điểm khám lại 3 tháng sau điều trị. Có 6 bệnh nhân biểu hiện tác dụng phụ xạ trị mức độ nhẹ (8% độ 1 và độ 2, 4% độ 3). Tỷ lệ sống sau điều trị gamma knife 6 tháng và 12 tháng lần lượt là 92% ± 4% và 74% ± 6%. **Kết**