

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	47	88,7
Khá	4	7,5
Trung bình	2	3,8
Kém	0	0

Các bệnh nhân được đánh giá kết quả chung là tốt khi đạt cả về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ: liên xương tốt, mặt cân đối, há miệng tốt, khớp cắn sau mổ đúng, không có biến chứng. Nghiên cứu của chúng tôi có phần lớn bệnh nhân đạt kết quả tốt, chiếm tới 88,7%. Có 7,5% bệnh nhân đạt kết quả khá và 3,8% bệnh nhân đạt kết quả trung bình khi có biến chứng nhiễm trùng, hạn chế há miệng, mặt mất cân đối sau mổ. Các biến chứng này đều được điều trị nội khoa mà không cần phải phẫu thuật bổ sung. Không có kết quả kém. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của tác giả Huỳnh Kim Khang [8] khi nghiên cứu về phẫu thuật gãy xương hàm dưới tại bệnh viện đa khoa Sài Gòn.

Kết quả nghiên cứu của Pontell [7] và cộng sự nghiên cứu trên 1144 bệnh nhân đã được phẫu thuật gãy xương hàm dưới ở trẻ em cho thấy các số liệu về điều trị phẫu thuật gãy xương hàm dưới ở trẻ em hiếm gặp, tuy nhiên phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vis Titanium và nẹp vis tự tiêu tương đối an toàn, điều này cũng trùng với kết quả của chúng tôi, đặc biệt khi phương pháp điều trị được lựa chọn phù hợp với từng bệnh nhân, từng lứa tuổi phát triển của răng và xương hàm.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy rằng phẫu thuật kết hợp xương hàm dưới ở trẻ em có kết quả tương đối tốt, an toàn và không gây hư hại cho

mầm răng hoặc ảnh hưởng đến sự phát triển của xương hàm dưới ở bất kỳ giai đoạn nào của sự phát triển răng miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hofmann E, Koerdt S, Heiland M, Raguse JD, Voss JO. Pediatric Maxillofacial Trauma: Insights into Diagnosis and Treatment of Mandibular Fractures in Pediatric Patients. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2023 May-Jun;16(3):499-509. doi: 10.5005/jp-journals-10005-2401. PMID: 37496941; PMCID: PMC10367286.
2. Sobrero F., Roccia F., Galetta G. et al. (2023). Pediatric mandibular fractures: Surgical management and outcomes in the deciduous, mixed and permanent dentitions. *Dent Traumatol*, 39(3), 233–239.
3. Sharma A., Patidar D., Gandhi G. et al. Mandibular Fracture in Children: A New Approach for Management and Review of Literature. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019 Jul-Aug;12(4): 356-359. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1643.
4. Kao R., Rabbani C.C., Patel J.M. et al. (2019). Management of Mandible Fracture in 150 Children Across 7 Years in a US Tertiary Care Hospital. *JAMA Facial Plast Surg*, 21(5), 414–418.
5. Mukhopadhyay S. (2018). A retrospective study of mandibular fractures in children. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*, 44(6), 269–274.
6. Li L., Acharya K., Ghimire B. et al. (2023). Conservative management of mandibular fractures in pediatric patients during the growing phase with splint fiber and ligature arch wire. *BMC Oral Health*. 23(1). 601.
7. Pontell ME, Niklinska EB, Braun SA, Jaeger N, Kelly KJ, Golinko MS. Resorbable Versus Titanium Rigid Fixation for Pediatric Mandibular Fractures: A Systematic Review. *Institutional Experience and Comparative Analysis. Craniomaxillofac Trauma Reconstr.* 2022 Sep; 15(3):189-20.
8. Huỳnh Kim Khang. Đánh giá kết quả điều trị gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện đa khoa Sài Gòn. *Tạp chí y học Việt Nam*, số 1 2021, tr5-8.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN SỚM DƯỚI 40 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thị Yến^{1,2}, Wellvilai Sehaksa², Hoàng Mạnh Thắng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư vú giai đoạn sớm dưới 40 tuổi tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng thiết kế mô tả hồi

cứu và tiến cứu với cỡ mẫu thuận tiện 44 bệnh nhân nữ ≤40 tuổi ở giai đoạn I, IIA được chẩn đoán và điều trị UTV tại bệnh viện K từ tháng 06/2017 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** Ung thư vú trẻ tuổi có tuổi trung bình 34,7±4,1 (tuổi). 88,6% BN có giai đoạn u trước mổ cT2. Giai đoạn hạch trước mổ không có hạch nghi ngờ di căn (cN0) chiếm phần lớn 95,5%. Đa số bệnh nhân có giai đoạn bệnh trước mổ ở giai đoạn IIA (56,8%). Theo mô học, 65,9% BN ung thư biểu mô thể ống xâm lấn. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 97,3% và 90,3%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 63,9 ± 2,2 tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Yến

Email: leyenbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025

năm và 5 năm lần lượt là 92% và 81,8%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $55,2 \pm 5,1$ tháng.
Kết luận: Ung thư vú giai đoạn sớm dưới 40 tuổi có tiên lượng tốt về thời gian sống thêm không bệnh và thời gian sống thêm toàn bộ.

Từ khóa: ung thư vú, giai đoạn sớm

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF EARLY-STAGE BREAST CANCER UNDER 40 YEARS OLD AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of treatment of early-stage breast cancer under 40 years old at K hospital. **Subjects and methods:** using retrospective and prospective descriptive design with convenient sample size of 44 female patients ≤ 40 years old in stage I, IIA diagnosed and treated for breast cancer at K hospital from June 2017 to June 2024. **Results:** Young breast cancer has an average age of 34.7 ± 4.1 (years). 88.6% of patients had preoperative tumor stage cT2. The preoperative lymph node stage was mostly without suspicious lymph node metastasis (cN0) accounting for 95.5%. The preoperative disease stage was mostly stage IIA (56.8%). Histologically, 65.9% of patients had invasive ductal carcinoma. The overall survival rates at 3 years and 5 years were 97.3% and 90.3%, respectively. The mean overall survival time was 63.9 ± 2.2 months. The disease-free survival rates at 3 years and 5 years were 92% and 81.8%, respectively. The mean disease-free survival time was 55.2 ± 5.1 months. **Conclusion:** Early breast cancer under 40 years of age has a good prognosis in terms of disease-free survival and overall survival.

Keywords: breast cancer, early stage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ trên thế giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các nguyên nhân gây tử vong do ung thư ở nữ. Theo GLOBOCAN năm 2020, thế giới có khoảng 2.261.419 ca UTV mới mắc, chiếm 11,7% tổng số ca ung thư, đứng thứ nhất cả 2 giới và có 684.996 ca tử vong, đứng thứ 5 trong số tử vong do ung thư ở cả 2 giới. Theo ghi nhận tại Việt Nam năm 2020 có 21.555 bệnh nhân mới mắc UTV với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là $34,2/100.000$ dân.[1]

Trong những năm gần đây tỉ lệ bệnh nhân trẻ tuổi được chẩn đoán và điều trị UTV ngày một tăng. Tuy UTV hiếm gặp ở người trẻ tuổi, chỉ khoảng 9,2% bệnh nhân từ 30- 40 và 1,8% dưới tuổi 30 nhưng vẫn là ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ dưới 40 tuổi và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phụ nữ trẻ.¹ Tuổi trẻ là một yếu tố tiên lượng độc lập trong UTV. Theo nghiên cứu, tuổi trẻ là yếu tố tiên lượng không thuận lợi. [2, 3]

UTV ở phụ nữ trẻ có một số đặc điểm khác biệt về lâm sàng, mô bệnh học so với nhóm phụ nữ lớn tuổi hơn. UTV tuổi trẻ thường ở giai đoạn

muộn hơn, có những đặc tính sinh học xâm lấn hơn như khối u có chỉ số tăng sinh cao, tỉ lệ cao xâm lấn mạch bạch huyết, u có xu hướng kém biệt hóa, tỉ lệ thụ thể nội tiết dương tính thấp hơn, tỉ lệ Her-2/neu dương tính cao và tỉ lệ tái phát cao hơn.[1, 3]

UTV giai đoạn sớm có tiên lượng tốt, tuy nhiên còn ít các nghiên cứu đánh giá một cách chi tiết, đầy đủ về bệnh giai đoạn này ở nhóm phụ nữ trẻ tuổi dù nhóm này có sự khác biệt về lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "*Đánh giá kết quả điều trị ung thư vú giai đoạn sớm dưới 40 tuổi tại Bệnh viện K*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Các bệnh nhân nữ ≤ 40 tuổi ở giai đoạn I, IIA được chẩn đoán và điều trị UTV tại bệnh viện K từ tháng 06/2017 đến tháng 06/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân nữ trẻ hơn hoặc bằng 40 tuổi được chẩn đoán xác định là UTV có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến vú.

- Bệnh nhân có kết quả xét nghiệm nhuộm hóa mô miễn dịch xác định ER, PR, và thụ thể yếu tố phát triển biểu bì Her-2/neu.

- Bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn I, IIA, IIB theo AJCC phiên bản 8.

- Bệnh nhân được điều trị đầy đủ phẫu thuật, điều trị bổ trợ bằng hóa chất, tia xạ, nội tiết, thuốc đích theo đúng chỉ định của hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế. [4]

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

- Bệnh nhân có thông tin để theo dõi sống còn sau kết thúc điều trị.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân UTV ở giai đoạn III, IV hoặc tái phát.

- Bệnh nhân được chẩn đoán là UTV nhưng kết quả mô bệnh học sau mổ không phải là ung thư biểu mô (như u lympho ác tính ở vú, sacoma, u phyllode, ung thư nơi khác di căn đến vú...).

- Bệnh nhân đã qua can thiệp ở tuyến dưới, không đánh giá được giai đoạn ban đầu.

- Mắc bệnh phổi hợp nặng hoặc ung thư khác đang tiến triển.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

a. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiền cứu

b. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

c. Phương pháp thu thập số liệu:

+ Hồi cứu: Qua bệnh án, liên lạc bệnh nhân

+ Tiến cứu: Qua bệnh án, liên lạc bệnh

nhân, theo dõi bệnh nhân định kỳ

d. Nội dung nghiên cứu

- Tuổi
- Đặc điểm khối u bao gồm: giai đoạn T, giai đoạn N, số lượng hạch di căn sau mổ. Từ các thông tin thu thập được sẽ xếp loại giai đoạn bệnh sau mổ theo phân loại của AJCC 2017.
- Loại mô bệnh học của u: xếp loại theo phân loại của WHO 2003.
- Các phương pháp điều trị bao gồm: Phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, điều trị nội tiết
- Theo dõi sau điều trị
- + Tình trạng tái phát tại chỗ, tại vùng: Thu thập vị trí tái phát: tại thành ngực, tại hạch nách, hạch thượng đòn cùng bên.
- + Tình trạng di căn xa: Thu thập vị trí di căn xa: di căn hạch nách đối bên, hạch thượng đòn đối bên, di căn xương, phổi, gan...
- + Thời gian sống thêm toàn bộ (OS- overall survival): được tính từ thời điểm bắt đầu được chẩn đoán xác định UTV đến lúc tử vong hoặc thời điểm cuối cùng biết bệnh nhân còn sống.
- + Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS- Progression- free survival): được tính từ thời điểm ngay sau khi phẫu thuật đến thời điểm bệnh tái phát hoặc di căn. Phẫu thuật có thể là sau khi điều trị hóa chất, hoặc phẫu thuật ban đầu sau đó điều trị hóa chất.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được thu thập theo mẫu và được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Mức ý nghĩa thống kê được xác lập khi $p \leq 0,05$. Dùng test χ^2 để kiểm định ý nghĩa thống kê khi so sánh các tỷ lệ. Số liệu về sống thêm được phân tích theo phương pháp Kaplan-Meier.

2.4. Thời gian và địa điểm. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8/2023 đến tháng 6/2024 tại Bệnh viện K

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, chất lượng cuộc sống cho người bệnh, không nhằm mục đích nào khác. Các thông tin về BN phải được giữ kín. Nghiên cứu đã được hội đồng khoa học Bệnh viện K thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình	$34,7 \pm 4,1$	
≤ 30 tuổi	13	29,5
31-35 tuổi	18	41
36-39 tuổi	13	29,5
Tổng	44	100
Tuổi trung bình	$34,7 \pm 4,1$ tuổi	
Tuổi trung vị	33 tuổi	

Nhận xét: Tuổi trung bình $34,7 \pm 4,1$ (tuổi), tuổi trung vị là 33 tuổi. Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 16 tuổi, phần lớn bệnh nhân tuổi từ 31-40 tuổi chiếm 70,5%.

Bảng 2. Giai đoạn bệnh trước mổ

Giai đoạn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giai đoạn u (cT)		
T0	0	0
T1	5	11,4
T2	39	88,6
T3	0	0
Giai đoạn hạch (cN)		
N0	42	95,5
N1	2	4,5
Giai đoạn bệnh trước mổ		
I	12	27,3
IIA	25	56,8
IIB	7	15,9
Tổng số	44	100

Nhận xét: - Giai đoạn u trước mổ đa phần là cT2 (88,6%), không có bệnh nhân T3.

- Giai đoạn hạch trước mổ đa phần không có hạch nghi ngờ di căn (cN0) chiếm 95,5%.

- Đa số bệnh nhân có giai đoạn bệnh trước mổ là giai đoạn IIA (56,8%).

Bảng 3.

Thể mô bệnh học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
UT biểu mô thể ống xâm lấn	29	65,9
UT biểu mô thể tiểu thùy xâm lấn	2	4,5
UT biểu mô thể trội thành phần nội ống	9	20,5
UT biểu mô thể nhầy	1	9,1
UT biểu mô thể tuỷ	0	0
Tổng	44	100

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân là ung thư biểu mô thể ống xâm lấn (65,9%), tiếp đến là ung thư biểu mô thể trội thành phần nội ống (20,5%). Ít gặp các thể mô bệnh học khác.

Bảng 4. Đặc điểm điều trị bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có phẫu thuật	44	100
Hoá chất tân bổ trợ	0	0
Hoá chất bổ trợ	39	88,6
Điều trị đích (trastuzumab)		
Có chỉ định	15	34
Có điều trị	12	27,2
Xạ trị bổ trợ		
Có	20	45,4
Không	24	54,6
Nội tiết		
Có	35	79,6
Không	9	20,4
Cắt buồng trứng		

Có	32	72,7
Không	12	27,3

Nhận xét: 100% các bệnh nhân được phẫu thuật trước, không điều trị hóa chất tiền phẫu. Sau phẫu thuật, 88,6% được điều trị hoá chất bổ trợ.

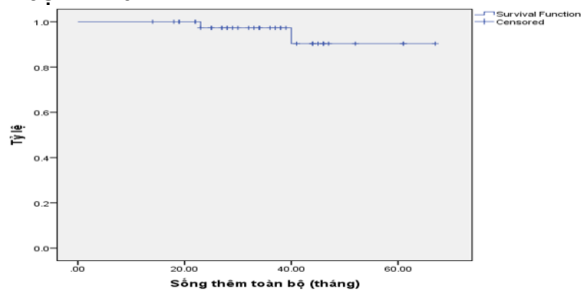
15 bệnh nhân Her-2/neu dương tính, trong đó 12 bệnh nhân điều trị đích trastuzumab bổ trợ.

Xạ trị bổ trợ trên 20 bệnh nhân (chiếm 45,4%). Điều trị nội tiết trên 79,6% bệnh nhân. Cắt buồng trứng trên 72,7% bệnh nhân.

Bảng 5. Đặc điểm tái phát bệnh

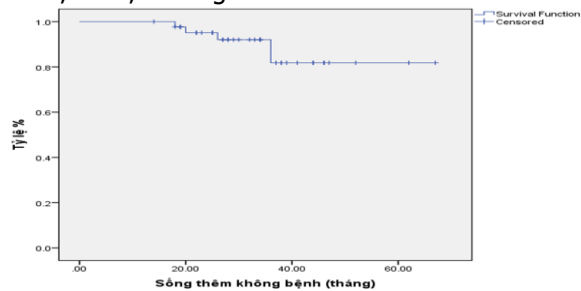
Đặc điểm tái phát	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không tái phát	39	88,6
Tái phát	5	11,4
Vị trí tái phát		
Tại chỗ, tại vùng	1	2,3
Di căn xa	3	6,8
Di căn xa và tại chỗ	1	2,3

Nhận xét: Trong thời gian theo dõi có 5 bệnh nhân tái phát (11,4%). Vị trí tái phát tại chỗ, tại vùng gặp 1 bệnh nhân, di căn xa gặp 3 bệnh nhân. Tái phát cả tại chỗ và di căn xa gặp 1 bệnh nhân.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 97,3% và 90,3%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $63,9 \pm 2,2$ tháng.



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm không bệnh

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 92% và 81,8%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $55,2 \pm 5,1$ tháng.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm bệnh nhân. Trong nghiên

cứu của chúng tôi Tuổi trung bình $34,7 \pm 4,1$ (tuổi), tuổi trung vị là 33 tuổi, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 16 tuổi, phần lớn bệnh nhân tuổi từ 31-40 tuổi chiếm 70,5%. Chúng tôi chỉ lựa chọn bệnh nhân giai đoạn sớm (I-II), về giai đoạn trước mổ, đa phần là cT2 (88,6%), không có bệnh nhân T3. Giai đoạn hạch trước mổ đa phần không có hạch nghi ngờ di căn (cN0) chiếm 95,5%. Giai đoạn bệnh trước mổ đa phần là giai đoạn IIA (56,8%). Đối với các nghiên cứu UTV trẻ tuổi khác có lựa chọn giai đoạn bệnh khác nhau, kết quả của Nguyễn Hoàng Long, tỷ lệ phát hiện u T1, T2 ở bệnh nhân UTV dưới 40 tuổi là 79,5%. [5] Theo nghiên cứu Nguyễn Thị Huyền tỷ lệ giai đoạn T1, T2 là 72,8%. [6] Nghiên cứu Phùng Thị Huyền lựa chọn giai đoạn I-III có ghi nhận kích thước u trung bình là $38,2 \pm 19,0$ mm. [3] Nghiên cứu Mai Chí Thành có ghi nhận khối u ở giai đoạn T2 chiếm tỷ lệ cao nhất 69,6%, sau đó lần lượt là T4 chiếm 11,5%, T1 chiếm 10,1%, T3 chiếm 8,7%. [7]. Qua phân tích về tính trạng di căn hạch tại thời điểm chẩn đoán ban đầu nhận thấy hạch N0 chiếm đa số 95,5%. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu UTV trẻ tuổi khác có thể do chỉ lựa chọn giai đoạn I-II. Kết quả nghiên cứu của Wonshik Han là 53,9% số bệnh nhân hạch giai đoạn N0. Di căn hạch là yếu tố tiên lượng rất xấu, thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm của nhóm chưa di căn hạch là 99% giảm xuống còn 84% ở nhóm có di căn hạch. [2] Nghiên cứu Phùng Thị Huyền (2022) có tình trạng di căn hạch sau mổ là 46,7%, không di căn hạch là 53,3%. [3]. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa phần các bệnh nhân là ung thư biểu mô thể ống xâm lấn (65,9%), tiếp sau là ung thư biểu mô thể trệt thành phần nội ống (20,5%). Ít gặp các thể khác, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của nước ngoài cũng như các nghiên cứu trong nước. Theo Wonshik Han tỷ lệ này là 93%. [2] Nghiên cứu của Phùng Thị Huyền (2022) ghi nhận đa số là ung thư biểu mô thể ống xâm lấn (85,9%), các thể khác đều ít gặp như tiểu thùy xâm nhập (5,4%), thể nhú (3,3%), thể nhầy (1,1%), thể tuỷ (3,3%), thể dị sản (1,1%). [3] Nghiên cứu Vũ Đình Giáp (2022) ghi nhận 88% các bệnh nhân có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô thể xâm nhập, các thể khác thường ít gặp [8]. Nghiên cứu Mai Chí Thành (2024) ghi nhận 75,6% các bệnh nhân có giải phẫu bệnh là Ung thư biểu mô thể ống xâm nhập. [7]. Trong thời gian theo dõi có 5 bệnh nhân tái phát (11,4%). Vị trí tái phát tại chỗ, tại vùng gặp 1 bệnh nhân, còn di căn xa gặp 3 bệnh nhân. Tái phát cả tại chỗ và di căn

xa gặp 1 bệnh nhân. Theo Nguyễn Thị Huyền nghiên cứu UTV ở phụ nữ trẻ dưới 35 tuổi tại Bệnh viện K cho kết quả tỷ lệ tái phát là 30,4%, tái phát trong vòng 3 năm đầu chiếm tỷ lệ 89,3%.[6] Nghiên cứu của Wonshik Han, tỷ lệ tái phát sau 5 năm theo dõi ở nhóm bệnh nhân <35 tuổi là 30,4%, cao hơn so với nhóm bệnh nhân > 35 tuổi là 18,7%. Sau 10 năm theo dõi, sự khác biệt càng rõ ràng hơn, tỷ lệ tái phát tương ứng là 40,1% và 28,6%.[2] Có sự khác biệt này là do thời gian theo dõi của nghiên cứu còn ngắn. Nghiên cứu của Vũ Đình Giáp (2022) ghi nhận trong có tỷ lệ tái phát 9,9% trong quá trình theo dõi, trong đó đa phần di căn xa, chỉ có 2 bệnh nhân tái phát tại chỗ [8]. Về vị trí di căn, trong 4 bệnh nhân tái phát di căn xa, hay gặp tái phát di căn phổi (75%), có thể do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít và thời gian theo dõi chưa đủ dài, vì vậy chưa đại diện được cho một quần thể về tỷ lệ tái phát di căn tại các vị trí khác nhau nên có sự khác biệt so với kết quả của các tác giả khác. Theo Nguyễn Thị Huyền tỷ lệ di căn nhiều vị trí cao nhất 57,7%, [6] Nghiên cứu của Phùng Thị Huyền (2022) ghi nhận có 37% bệnh nhân tái phát, chủ yếu trong vòng 5 năm đầu sau điều trị.[3]

4.2. Thời gian sống thêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 97,3% và 90,3%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $63,9 \pm 2,2$ tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 92% và 81,8%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $55,2 \pm 5,1$ tháng.

Theo Nguyễn Hoàng Long nghiên cứu các bệnh nhân UTV dưới 40 tuổi tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội, kết quả sống thêm toàn bộ trung bình là 53,8 tháng, sống thêm không bệnh trung bình là 49,2 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân sống thêm toàn bộ 5 năm là 73,2%.[5] Nghiên cứu của Vũ Đình Giáp (2022) cho thấy tỷ lệ sống thêm 5 năm toàn bộ là 91%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 51,7 tháng. Tỷ lệ sống thêm 5 năm không bệnh là 80%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 47 tháng[8]. Nghiên cứu Phùng Thị Huyền (2022) với thời gian theo dõi trung bình là $74,9 \pm 50,3$ tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 5 năm, 7 năm và 10 năm lần lượt là 79,5%, 66,2% và 64,6%. Trong nghiên cứu có 34 bệnh nhân tái phát, chiếm 37,0%. Tỷ lệ sống thêm không sự kiện tại thời điểm 5 năm, 7 năm và 10 năm là 66,0%, 63,7% và 60,5%.[3] So với các nghiên cứu của các tác

giả trước đây thì nghiên cứu của chúng tôi có kết quả điều trị tốt hơn về thời gian sống thêm thời điểm 3 năm và thời điểm 5 năm cũng như thời gian sống thêm trung bình, lý do là quần thể bệnh nhân của chúng tôi ở giai đoạn sớm và theo thời gian chúng ta có nhiều các thuốc thể hệ mới cùng các chiến lược điều trị thay đổi dựa trên các nghiên cứu, các thử nghiệm lâm sàng mới được cập nhật giúp nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện sống còn cho bệnh nhân trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng.

V. KẾT LUẬN

Ung thư vú ở bệnh nhân dưới 40 tuổi có tiên lượng tốt với thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $63,9 \pm 2,2$ tháng. Đa số bệnh nhân có giai đoạn trước mổ IIA và không có tình trạng nghi ngờ hạch di căn, vị trí mô bệnh học thường gặp là ung thư biểu mô thể ống xâm lấn. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ và tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 97,3%; 90,3% và 92%; 81,8%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $63,9 \pm 2,2$ tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al.** (2021), "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries.", *CA Cancer J Clin*, 71(3), 209-249.
2. **Han W, Youn H J** (2019), "Clinical Studies Investigating the Use of Leuporelin in Breast Cancer Patients from Asia", *Asian Pac J Cancer Prev*, 20(5), 1475-1479.
3. **Phùng Thị Huyền, Nguyễn Thị Huyền** (2022), "Kết quả sống thêm 10 năm ở bệnh nhân ung thư vú dưới 35 tuổi tại Bệnh viện K", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 151(3), 129-136.
4. **Bộ Y tế** (2020), Quyết định 3128/QĐ-BYT Tài liệu Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư vú ngày 17/7/2020, chủ biên.
5. **Nguyễn Hoàng Long** (2016), Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư vú ở phụ nữ trẻ tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội., Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Huyền** (2013), Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị bệnh ung thư vú ở phụ nữ dưới 35 tuổi tại Bệnh Viện K, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại Học Y Hà Nội.
7. **Mai Chí Thành, Trần Thị Kim Phượng, Vũ Thị Hồng và cs** (2024), "Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học ở bệnh nhân ung thư vú trẻ tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 539(3).
8. **Vũ Đình Giáp, Lê Hồng Quang, Nhật Thị Hồng và cs** (2022), "Đánh giá kết quả điều trị ung thư vú ở phụ nữ trẻ tuổi tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 518(2).