

đến khám tại Bệnh viện Nhi tỉnh Gia Lai năm 2023 là 45,5%. Trong đó, tỷ lệ thiếu máu nhẹ chiếm 30,3%, thiếu máu vừa chiếm 12,2% và thiếu máu nặng chiếm 3%. Một số yếu tố liên quan đến thiếu máu ở trẻ 6 tháng – 60 tháng tuổi đến khám tại Bệnh viện Nhi tỉnh Gia Lai gồm đặc điểm về dân tộc, nơi cư trú, tình trạng đi nhà trẻ/mẫu giáo, và tình trạng nhiễm trùng hô hấp trong tháng qua.

Qua các kết quả tìm được, chúng tôi khuyến nghị cần có những giải pháp phòng chống thiếu máu và chú ý về vấn đề thiếu máu nhiều hơn trong khám và chữa bệnh những trẻ có tỷ lệ mắc cao (trẻ dân tộc thiểu số, trẻ sống vùng nông thôn, trẻ không đi nhà trẻ/mẫu giáo, và trẻ bị mắc các bệnh cấp tính, đặc biệt là các bệnh đường hô hấp). Bên cạnh đó cần tiếp tục nghiên cứu nhiều hơn nữa về thiếu máu và các đặc điểm vùng miền liên quan đến tình trạng thiếu máu của trẻ, cũng như nghiên cứu sâu hơn về nguyên nhân thiếu máu như sắc để có các giải pháp phòng bệnh phù hợp và hiệu quả, qua đó giảm nhanh tình trạng thiếu máu ở trẻ em khu vực Tây Nguyên như hiện nay.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. Hà Nội; 2022.
2. **World Health Organization.** Anaemia in

- women and children. 2019.
3. **Bộ Y tế.** Tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc 2019-2020. Hà Nội; 2020.
4. **Viana MB.** Anemia and infection: A complex relationship. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. 2011; 33(2): 90-91.
5. **Chaparro CM and Suchdev PS.** Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low- and middle-income countries. Annals of the New York Academy of Sciences, Editors, Blackwell Publishing Inc. 2019; 1450(1):15-31.
6. **Huỳnh Giao, Nguyễn Thị Ngọc Hân, Nguyễn Thị Hóa, Phạm Ngọc Hiệp, Nguyễn Đăng Dung.** Tỷ lệ thiếu máu và các yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi tại bệnh viện quận 2 Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Nghiên cứu Y Học TP. Hồ Chí Minh 2019, 23(2): 70-74.
7. **World Health Organization.** Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity, Vitamin and Mineral Nutrition Information System; 2011.
8. **Nguyễn Đình Chung.** Tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em viêm phổi 1-24 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, [Luận văn chuyên khoa cấp II Nhi khoa]. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
9. **Tiến Thuận.** Nghiên cứu tình trạng thiếu máu ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi bị viêm phổi tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ngãi, [Luận văn chuyên khoa cấp II]. Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế; 2022.
10. **Nguyễn Phú Định.** Nghiên cứu tình trạng thiếu máu ở trẻ tiêu chảy từ 2 tháng đến 5 tuổi, [Luận văn thạc sĩ Nhi khoa]. Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế; 2021.

## GIÁ TRỊ CỦA XẠ HÌNH HẠCH GÁC VỚI ĐẦU DÒ GAMMA TRONG PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ

Nguyễn Bình Dương<sup>1</sup>, Phạm Văn Thái<sup>1,2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét giá trị của xạ hình hạch gác bằng Technetium-99m (<sup>99m</sup>Tc) gắn Sulfur Colloid với đầu dò gamma trong phẫu thuật ung thư vú. **Đối tượng và phương pháp:** Từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 108 BN được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn cT1-2N0M0 được xạ hình hạch gác bằng <sup>99m</sup>Tc gắn Sulfur Colloid, với đầu dò gamma và được sinh thiết hạch gác làm giải phẫu bệnh tức thì trong mổ và giải phẫu bệnh thường quy sau mổ. **Kết quả:** Tỷ lệ phát hiện hạch gác là 98,1%. Số lượng hạch gác xác định được trung bình là  $2,34 \pm 1,6$ . Các yếu tố như kích thước

khối u, độ mô học không ảnh hưởng đến tỷ lệ phát hiện hạch gác. Độ nhạy của phương pháp xác định hạch gác bằng xạ hình với đầu dò gamma là 95,2%. Có sự phù hợp cao giữa kết quả sinh thiết tức thì và giải phẫu bệnh thường quy hạch gác (97,2%). **Kết luận:** Kỹ thuật xạ hình hạch gác bằng Technetium-99m (<sup>99m</sup>Tc) gắn Sulfur Colloid với đầu dò gamma có tỷ lệ phát hiện và độ nhạy cao trong phẫu thuật ung thư vú. **Từ khóa:** Ung thư vú, xạ hình hạch gác, đầu dò gamma, sinh thiết hạch gác

#### SUMMARY

#### THE VALUE OF SENTINEL LYMPH NODE SCINTIGRAPHY WITH GAMMA PROBE GUIDANCE IN BREAST CANCER SURGERY

**Objective:** To evaluate the clinical utility of sentinel lymph node (SLN) scintigraphy using Technetium-99m (<sup>99m</sup>Tc) labeled sulfur colloid in combination with intraoperative gamma probe guidance in breast cancer surgery. **Materials and Methods:** From August 2023 to August 2024, a prospective study was conducted on 108 patients

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thái

Email: phamvanthai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025

diagnosed with clinical stage cT1-2N0M0 breast cancer. All patients underwent SLN scintigraphy with <sup>99m</sup>Tc-sulfur colloid followed by gamma probe-guided detection and intraoperative sentinel lymph node biopsy (SLNB). Intraoperative frozen section analysis and standard postoperative histopathology were performed on all retrieved SLNs. **Results:** The sentinel lymph node identification rate was 98.1%, with a mean number of  $2.34 \pm 1.6$  SLNs detected per patient. Tumor size and histological grade did not significantly influence the SLN detection rate. The sensitivity of the gamma probe-guided SLN detection technique was 95.2%. There was a high concordance (97.2%) between intraoperative frozen section results and standard histopathological findings. **Conclusion:** Sentinel lymph node scintigraphy using Technetium-99m labeled sulfur colloid with gamma probe guidance demonstrates high detection and sensitivity rates and is a reliable technique in breast cancer surgery.

**Keywords:** Breast cancer, sentinel lymph node scintigraphy, gamma probe, sentinel lymph node biopsy

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư đứng hàng đầu trong số các ung thư ở nữ giới, chiếm một phần rất lớn trong gánh nặng ung thư toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư vú đứng thứ hai về gánh nặng ung thư toàn cầu với 2,3 triệu ca mắc mới, chiếm 11,6% tổng số ca mắc mới; đứng thứ tư về tỷ lệ tử vong với 666.000 trường hợp, chiếm 6,9% tổng số ca tử vong do ung thư<sup>1</sup>.

Tình trạng di căn hạch nách là yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng hàng đầu trong ung thư vú. Mục đích của phẫu thuật vét hạch nách trong ung thư vú bao gồm: Cung cấp thông tin chính xác cho việc tiên lượng bệnh; Kiểm soát bệnh tại vùng; Cung cấp căn cứ để đưa ra quyết định về điều trị bổ trợ sau phẫu thuật. Tuy nhiên, bên cạnh các vai trò quan trọng nêu trên, vét hạch nách triệt căn cũng kèm theo nhiều biến chứng trước mắt cũng như lâu dài cho người bệnh như chảy máu, đọng dịch vùng nách, loét vùng nách và mặt trong cánh tay, phù bạch huyết, tê bì, giảm hoặc mất vận động khớp vai, điều này ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống người bệnh sau phẫu thuật<sup>2-4</sup>. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng sớm là 20-30% và tỷ lệ biến chứng muộn là 15-20% các trường hợp. Do vậy để làm giảm các biến chứng do phẫu thuật vét hạch nách triệt căn gây nên, việc nghiên cứu xem xét lại chỉ định vét hạch nách đối với ung thư vú giai đoạn sớm là cần thiết. Trong đó đánh giá tình trạng di căn hạch gác (hạch cửa) là một phương pháp quan trọng. Trong ung thư vú hạch gác được định nghĩa là một hoặc một số hạch tiếp nhận dẫn lưu bạch huyết đầu tiên từ khối u nguyên phát di căn đến.

Khi sinh thiết hạch gác âm tính thì hầu như các hạch nách còn lại cũng chưa có di căn. Vì thế, vét hạch nách triệt căn là chỉ định không cần thiết cho những trường hợp ung thư vú giai đoạn sớm chưa có di căn hạch gác<sup>5,6</sup>. Hiện nay, đã có một số nghiên cứu về sinh thiết hạch gác để đánh giá tình trạng di căn hạch nách trong ung thư vú, nhằm đi tới thay thế phẫu thuật vét hạch nách thường quy cho những trường hợp ung thư vú giai đoạn sớm, điển hình là nghiên cứu của Giuliano và Krag<sup>7,8</sup>.

Trong những năm gần đây, các nghiên cứu về ung thư vú trong nước cũng phát triển trên nhiều lĩnh vực cả về chẩn đoán và điều trị, tuy nhiên các nghiên cứu về đánh giá hạch gác còn hạn chế về số lượng. Bệnh viện Ung bướu Hà Nội là cơ sở chuyên sâu trong điều trị ung thư của khu vực phía Bắc, hiện tại bệnh viện đã và đang ứng dụng kỹ thuật chụp xạ hình phát hiện hạch gác và sinh thiết hạch gác trong điều trị BN ung thư vú giai đoạn sớm. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét giá trị của xạ hình hạch gác bằng Technetium-99m (<sup>99m</sup>Tc) gắn Sulfur Colloid với đầu dò gamma trong phẫu thuật ung thư vú.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 108 BN ung thư vú được xạ hình hạch gác bằng <sup>99m</sup>Tc gắn Sulfur Colloid, với đầu dò gamma và được sinh thiết hạch gác (nếu phát hiện) làm giải phẫu bệnh tức thì trong mổ và giải phẫu bệnh thường quy sau mổ tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ 8/2023 đến tháng 8/2024

**Tiêu chuẩn lựa chọn.** BN nữ được chẩn đoán xác định UTV, đánh giá giai đoạn lâm sàng T1-2N0M0 theo phân loại của AJCC lần thứ 8 năm 2017. Đối với những trường hợp có hạch nách nghi ngờ di căn trên lâm sàng sẽ được chỉ định làm xét nghiệm tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ trước điều trị, nếu kết quả âm tính sẽ được lựa chọn vào nghiên cứu. BN có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh sau mổ với u nguyên phát và hạch gác. Giải phẫu bệnh khối u khẳng định là ung thư biểu mô tuyến vú. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Các BN mắc thêm ung thư khác. Không có đủ thông tin nghiên cứu

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Là nghiên cứu mô tả tiến cứu

**2.2.2. Quy trình kỹ thuật.** BN được tiêm được chất phóng xạ Technetium-99m (<sup>99m</sup>Tc) gắn với Sulfur Colloid trước phẫu thuật 12 tiếng. Vị trí tiêm tại 4 điểm trong da quanh quầng vú

hoặc quanh khối u, sau tiêm mát xa vú nhẹ nhàng quanh vị trí tiêm trong 5 phút.

Chụp nhấp nháy trên máy xạ hình Gamma camera sử dụng collimator năng lượng thấp, độ phân giải cao nhằm xác định vị trí và số lượng hạch gác.

Dùng đầu dò Gamma Probe (Đức) xác định vị trí hạch gác, dùng bút để đánh dấu trên da xác định vị trí rạch da lấy hạch.

Trong phẫu thuật, BN được phẫu tích lấy trọn hạch dưới hướng dẫn của đầu dò gamma. Hạch gác được lấy ra sau đó được gửi làm sinh thiết cắt lạnh tức thì để xác định hướng phẫu thuật tiếp theo. Nếu hạch gác di căn hoặc không phát hiện được hạch gác sẽ tiến hành vét hạch nách triệt căn. Nếu hạch gác lành tính thì chỉ tiến hành cắt tuyến vú.

Làm giải phẫu bệnh sau mổ với u tuyến vú, hạch gác, các hạch vét được (kể cả trong trường hợp không phát hiện hạch gác)

### 2.2.3. Các biến số, chỉ số nghiên cứu

- Tỷ lệ phát hiện hạch gác
- Số lượng hạch gác phát hiện được
- Giá trị của kỹ thuật phát hiện hạch gác bằng xạ hình kết hợp đầu dò gamma: độ nhạy; Độ đặc hiệu; Giá trị dự báo dương tính; Giá trị dự báo âm tính; Tỷ lệ âm tính giả; Tỷ lệ dương tính; Độ chính xác

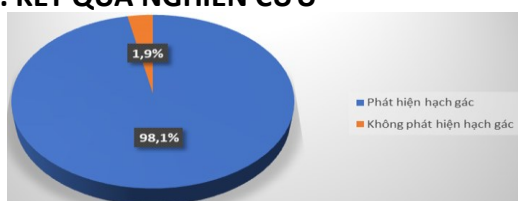
- Kết quả các giá trị của sinh thiết tức thì hạch gác

- Mối liên quan giữa tỷ lệ phát hiện hạch gác với một số yếu tố: kích thước u, độ mô học

### 2.2.4. Xử lý số liệu.

Số liệu nghiên cứu được thu thập theo bệnh án mẫu định sẵn, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0. Mức ý nghĩa thống kê được xác lập khi  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ phát hiện hạch gác**

**Nhận xét:** Tỷ lệ phát hiện hạch gác bằng phương pháp chụp xạ hình và sử dụng đầu dò gamma trong phẫu thuật đạt 98,1% (106/108), chỉ có hai trường hợp không phát hiện thấy hạch gác.

**Bảng 1. Số lượng hạch gác phát hiện trong mổ**

| Số hạch | Số lượng | Tỷ lệ % |
|---------|----------|---------|
| 1       | 39       | 36,1    |
| 2       | 29       | 26,9    |
| 3       | 17       | 15,7    |

|                      |                      |       |
|----------------------|----------------------|-------|
| > 3 hạch             | 21                   | 1,4   |
| Không phát hiện được | 2                    | 1,9   |
| Tổng                 | 108                  | 100,0 |
| Trung bình           | $2,34 \pm 1,6$ (0-9) |       |

**Nhận xét:** Số lượng hạch gác trung bình phát hiện được là 2,34; trong đó nhóm BN phát hiện 1 hạch chiếm tỷ lệ lớn nhất 36,1%.

**Bảng 2. Giá trị của kỹ thuật phát hiện hạch gác bằng xạ hình với đầu dò gamma**

|                                                      |                | GPB hạch thường quy |              | Tổng số |
|------------------------------------------------------|----------------|---------------------|--------------|---------|
|                                                      |                | Di căn              | Không di căn |         |
| Phát hiện hạch gác bằng chụp xạ hình và đầu dò gamma | Có hạch gác    | 20                  | 86           | 106     |
|                                                      | Không hạch gác | 1                   | 1            | 2       |
| Tổng số                                              |                | 21                  | 87           | 108     |

**Nhận xét:** Đối chiếu với kết quả mô bệnh học sau mổ, Kỹ thuật phát hiện hạch gác bằng xạ hình với đầu dò gamma có độ nhạy =  $20 / (20 + 1) = 95,2\%$ ; Độ đặc hiệu =  $1 / (1 + 86) = 1,15\%$ ; Giá trị dự báo dương tính =  $20 / (20 + 86) = 18,9\%$ ; Giá trị dự báo âm tính =  $1 / (1 + 1) = 50,0\%$ ; Tỷ lệ âm tính giả =  $1 / (1 + 20) = 4,8\%$ ; Tỷ lệ dương tính giả =  $86 / (86 + 1) = 98,9\%$ ; Độ chính xác toàn bộ =  $(20 + 1) / 108 = 19,4\%$

**Bảng 3. Kết quả các giá trị của sinh thiết tức thì hạch gác**

|                      |              | GPB hạch gác thường quy |              | Tổng số |
|----------------------|--------------|-------------------------|--------------|---------|
|                      |              | Di căn                  | Không di căn |         |
| GPB hạch gác tức thì | Di căn       | 18                      | 1            | 19      |
|                      | Không di căn | 2                       | 85           | 87      |
| Tổng số              |              | 20                      | 86           | 106     |

**Nhận xét:** Sinh thiết tức thì hạch gác có độ nhạy =  $18 / (18 + 2) = 90\%$ ; Độ đặc hiệu =  $85 / (85 + 1) = 98,8\%$ ; Giá trị dự báo dương tính =  $18 / (18 + 1) = 94,7\%$ ; Giá trị dự báo âm tính =  $85 / (85 + 2) = 97,7\%$ ; Tỷ lệ âm tính giả =  $2 / (18 + 2) = 10\%$ ; Tỷ lệ dương tính giả =  $1 / (85 + 1) = 1,2\%$

Độ chính xác toàn bộ =  $(18+85)/106 = 97,2\%$

**Bảng 4. Liên quan giữa tỷ lệ phát hiện hạch gác với kích thước u**

|              |                   | Kết quả phát hiện hạch gác |            | Tổng | p = 0,524 |
|--------------|-------------------|----------------------------|------------|------|-----------|
|              |                   | Thất bại                   | Thành công |      |           |
| Kích thước u | $\leq 2\text{cm}$ | 1(1,3%)                    | 75(98,7%)  | 76   |           |
|              | $> 2\text{cm}$    | 1(3,1%)                    | 31(96,9%)  | 32   |           |
| Tổng số      |                   | 2                          | 106        | 108  |           |

**Nhận xét:** Tỷ lệ phát hiện hạch gác thành

công ở nhóm BN có kích thước khối u > 2 cm (giai đoạn T2) là 96,9%, còn nhóm có kích thước khối u ≤ 2 cm (giai đoạn T1) là 98,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 5. Liên quan giữa tỷ lệ phát hiện hạch gác với độ mô học**

|           |      | Kết quả phát hiện hạch gác |            | Tổng | $p = 1,0$ |
|-----------|------|----------------------------|------------|------|-----------|
|           |      | Thất bại                   | Thành công |      |           |
| Độ mô học | Độ 1 | 0 (0%)                     | 4 (100%)   | 4    |           |
|           | Độ 2 | 2 (2,7%)                   | 71 (97,3%) | 73   |           |
|           | Độ 3 | 0 (0%)                     | 31 (100%)  | 31   |           |
| Tổng số   |      | 2                          | 106        | 108  |           |

**Nhận xét:** Tỷ lệ phát hiện hạch gác thành công ở nhóm có độ mô học 1 và 3 là 100%, nhóm độ mô học 2 là 97,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ xác định hạch gác thành công bằng dượt chất phóng xạ dưới hướng dẫn của đầu dò gamma là 98,1%. So sánh với các báo cáo của một số tác giả trong nước cũng cho kết quả tương tự. Nghiên cứu của Vũ Kiên (2015) cho tỷ lệ phát hiện hạch gác là 98,3%<sup>9</sup>, của Phạm Hồng Khoa (2017) là 98,4%<sup>10</sup>, của Lê Hồng Quang (2012) là 98,2%.

Số lượng hạch gác trung bình phát hiện được trong nghiên cứu của chúng tôi là  $2,34 \pm 1,6$  (dao động từ 1 đến 9 hạch). Kết quả này tương tự với các kết quả đã được công bố của một số tác giả trong nước. Nghiên cứu của Lê Hồng Quang (2012) cho kết quả số lượng hạch gác trung bình là  $1,53 \pm 0,77$ ; của Phạm Hồng Khoa (2017) là  $1,5 \pm 0,8$ . So sánh với một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cũng cho kết quả tương tự: Choi và cộng sự (2003) báo cáo kết quả với số hạch gác trung bình là 2,7. Nghiên cứu của Snider (1998) là 2,2 hạch và của Giuliano (1997) là 1,8 hạch.

Có 19 BN có kết quả sinh thiết tức thì đi căn hạch gác trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm 17,9%. Các kết quả nghiên cứu công bố về tình trạng đi căn hạch gác trên xét nghiệm sinh thiết tức thì trong phẫu thuật thay đổi tùy theo từng tác giả: nghiên cứu của Trần Văn Thiệp (2010) báo cáo kết quả sinh thiết tức thì dương tính là 7,1%; của Lê Hồng Quang (2012) là 32,7%; của Phạm Hồng Khoa (2017) là 10,0%.

Một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cũng cho kết quả dao động khá nhiều. Theo nghiên cứu của Francissen (2013), tỉ lệ sinh thiết tức thì hạch gác dương tính là 12,7%. Nghiên cứu của Veronesi (1999) cho kết quả là 28,7%.

Giải phẫu bệnh nhuộm HE (thường quy) là

xét nghiệm tiêu chuẩn về mô bệnh học kiểm định lại giá trị của sinh thiết tức thì bằng cắt lạnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi so sánh về tỷ lệ chẩn đoán đúng giữa sinh thiết tức thì và giải phẫu bệnh nhuộm HE về hạch gác, có 103/106 BN (97,2%) phù hợp, chỉ có 1 trường hợp sinh thiết tức thì dương tính nhưng giải phẫu bệnh nhuộm HE là âm tính (dương tính giả), chiếm 1,2%, và 2 trường hợp sinh thiết tức thì là âm tính nhưng giải phẫu bệnh nhuộm HE là dương tính (âm tính giả), chiếm 10%. Tỷ lệ chẩn đoán đúng giữa sinh thiết tức thì và nhuộm HE về hạch đi căn là 18/20 BN (90%). Các kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Hồng Khoa (2017): độ nhạy là 88,9%, độ đặc hiệu là 100%, giá trị dự báo dương tính là 100%, giá trị dự báo âm tính là 98,6%, độ chính xác toàn bộ là 98,7%, tỷ lệ âm tính giả là 11,1%, tỷ lệ dương tính giả là 0%. Như vậy, sinh thiết tức thì và giải phẫu bệnh nhuộm HE thường quy có độ phù hợp rất cao.

Đối chiếu giữa kết quả chụp xạ hình phát hiện hạch gác và giải phẫu bệnh hạch gác và hạch nách thường quy sau phẫu thuật, kết quả các chỉ số đánh giá của chúng tôi như sau: độ nhạy là 95,2%, độ đặc hiệu là 1,15%, giá trị dự báo dương tính là 18,9%, giá trị dự báo âm tính là 50%, độ chính xác toàn bộ là 19,4%, tỷ lệ âm tính là 4,8%, tỷ lệ dương tính giả là 98,9%. Sở dĩ trong nghiên cứu của chúng tôi, xét nghiệm này có độ đặc hiệu và độ chính xác thấp, còn tỷ lệ dương tính giả cao như vậy là vì hạch gác lành tính hay có di căn đều có thể phát hiện trên chụp xạ hình và sử dụng đầu dò gamma. Như vậy đây là một phương pháp để tìm và xác định hạch gác, không phải để chẩn đoán có di căn hạch gác hay không. Trong 106 BN phát hiện hạch gác trên xạ hình và sử dụng đầu dò gamma, có đến 86 BN không có di căn hạch gác, chỉ có 20 BN phát hiện di căn hạch. Trong 2 trường hợp không phát hiện hạch gác và được phẫu thuật vét hạch nách thường quy, có 1 trường hợp phát hiện hạch nách di căn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở nhóm BN có kích thước u ≤ 2 cm, tỷ lệ phát hiện hạch gác thành công là 98,7%; ở nhóm có kích thước u > 2 cm tỷ lệ này là 96,9%,  $p = 0,524$  nên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Như vậy đối với khối u kích thước < 5 cm (giai đoạn T1-T2), tỷ lệ phát hiện hạch gác không bị ảnh hưởng bởi kích thước u.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra nhóm BN có độ mô học khối u 1,2,3 có tỷ lệ phát hiện hạch gác thành công lần lượt là 100%; 97,3%; 100% với  $p > 0,05$ . Như vậy độ mô học khối u

không có ảnh hưởng đến tỷ lệ phát hiện hạch gác thành công.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 108 BN ung thư vú được xạ hình hạch gác bằng  $^{99m}\text{Tc}$  gắn Sulfur Colloid với đầu dò gamma, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Tỷ lệ phát hiện hạch gác là 98,1% với số lượng hạch trung bình là  $2,34 \pm 1,6$  và không có mối liên quan với các yếu tố kích thước u, độ mô học. Kỹ thuật phát hiện hạch gác bằng xạ hình với đầu dò gamma có độ nhạy cao (95,2%). Có sự phù hợp cao giữa kết quả sinh thiết tức thì và giải phẫu bệnh thường quy hạch gác (97,2%)

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024; 74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. **McMasters KM, Wong SL, Martin RCG, et al.** Dermal Injection of Radioactive Colloid Is Superior to Peritumoral Injection for Breast Cancer Sentinel Lymph Node Biopsy: Results of a Multiinstitutional Study. *Ann Surg.* 2001;233(5):676-687. doi:10.1097/0000658-200105000-00012
3. **Petrek JA, Heelan MC.** Incidence of breast carcinoma-related lymphedema. *Cancer.* 1998;83(12 Suppl American):2776-2781. doi:10.1002/(sici) 1097-0142(19981215) 83:12b<2776::aid-cnrcr25>3.0.co;2-v
4. **Vecht CJ, Van de Brand HJ, Wajer OJ.** Post-axillary dissection pain in breast cancer due to a lesion of the intercostobrachial nerve. *Pain.* 1989; 38(2): 171-176. doi:10.1016/0304-3959(89)90235-2
5. **Lê Hồng Quang.** Nghiên Cứu Ứng Dụng Kỹ Thuật Hiện Hình và Sinh Thiết Hạch Cửa Trong Đánh Giá Tình Trạng Di Căn Hạch Nách ở Bệnh Nhân Ung Thư Vú. Luận án Tiến sĩ y học. trường Đại học Y Hà Nội; 2012.
6. **Newman LA.** Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy in breast cancer patients: A comprehensive review of variations in performance and technique. *J Am Coll Surg.* 2004;199(5):804. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2004. 05.277
7. **Giuliano AE, Kirgan DM, Guenther JM, Morton DL.** Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for breast cancer. *Ann Surg.* 1994;220(3):391-401.
8. **Krag DN, Anderson SJ, Julian TB, et al.** Sentinel-lymph-node resection compared with conventional axillary-lymph-node dissection in clinically node-negative patients with breast cancer: overall survival findings from the NSABP B-32 randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2010;11(10): 927-933. doi:10.1016/S1470-2045(10)70207-2
9. **Vũ Kiên.** Nghiên Cứu Tình Trạng Di Căn Hạch Gác Bằng Dược Chất Phóng Xạ Lâm Cơ Sở Xác Định Phương Pháp Phẫu Thuật Ung Thư vú Giai Đoạn I, IIa. Luận án Tiến sĩ y học. trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
10. **Phạm Hồng Khoa.** Nghiên Cứu Ứng Dụng Phương Pháp Sinh Thiết Hạch Cửa Trong Điều Trị Ung Thư Biểu Mô Tuyến vú Giai Đoạn Sớm. Luận án Tiến sĩ y học. trường Đại học Y Hà Nội; 2017.

# ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA GLUCOSE, TỔN THƯƠNG TẾ BÀO GAN VÀ CHỨC NĂNG THẬN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY MẮC MỚI

Nguyễn Thị Mai Ly<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hiền Hạnh<sup>1</sup>, Bùi Khắc Cường<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Ung thư dạ dày (UTDD) là gánh nặng y tế toàn cầu. Rối loạn chuyển hóa glucose, tổn thương gan và rối loạn chức năng thận và có liên quan chặt chẽ với tiên lượng bệnh nhân (BN) UTDD. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tình trạng rối loạn chuyển hóa glucose, tổn thương gan và rối loạn chức năng thận ở BN UTDD mắc mới. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, so sánh đối chứng giữa 2 nhóm. Nghiên cứu trên 77 BN UTDD mắc mới được chẩn đoán xác định và 90 người khỏe mạnh không phát hiện bất thường sau thăm khám định kỳ tại Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Nồng độ glucose huyết

tương lúc đói của BN UTDD cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ( $p < 0.0001$ ). Tỷ lệ lớn BN UTDD mắc mới có rối loạn chuyển hóa glucose, với 31.17% có nồng độ glucose thuộc ngưỡng tiền đái tháo đường, 23.38% thuộc ngưỡng đái tháo đường. Tỷ lệ có tổn thương gan và rối loạn chức năng thận là khoảng 10%. **Kết luận:** Rối loạn chuyển hóa glucose ở BN UTDD mắc mới có tỷ lệ cao. Nên cần thiết phải kiểm tra, chẩn đoán và áp dụng liệu pháp can thiệp chủ động để kiểm soát rối loạn chuyển hóa glucose. Tổn thương gan và rối loạn chức năng thận xảy ra trên BN UTDD mắc mới với tỷ lệ khoảng 10%.

**Từ khóa:** Gan, thận, glucose, đái tháo đường, ung thư dạ dày, UTDD

## SUMMARY

### EVALUATING GLUCOSE METABOLIC DISORDER, LIVER CELL DAMAGE AND KIDNEY FUNCTION IN NEWLY DIAGNOSED GASTRIC CANCER PATIENTS

<sup>1</sup>Bệnh viện quân y 103, Học viện Quân Y

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Khắc Cường

Email: buikhaccuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025