

7. **Huỳnh T.Đ. và Nguyễn T.N.** (2025). So sánh tỉ lệ thiếu vitamin B12 ở bệnh nhân đái tháo đường sử dụng metformin với dân số không sử dụng metformin. Y HOC TP HO CHI MINH, 28(4-Y học 2025), 50–58.

8. **Phan H.H., Nguyen A.T.T., và Do M.D.** (2025). Association between vitamin B12 deficiency and metformin use in type 2 diabetic patients: a cross-sectional study in a South Vietnam tertiary hospital. BMJ Open, 15(5), e100672.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I-II TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Duy Quý¹, Phạm Hồng Khoa², Phạm Thị Thu Hường³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân UTV giai đoạn I-II và đánh giá kết quả điều trị UTV ở nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả hồi cứu trên 126 bệnh nhân UTV giai đoạn I-II được điều trị phẫu thuật và theo dõi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình giai đoạn 2019 – 2023. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ung thư vú có tuổi trung bình 59,3 tuổi, đa số sau mãn kinh (75,4%). Triệu chứng thường gặp nhất là tự sờ thấy khối u (73,8%), chủ yếu ở ¼ trên ngoài, kích thước 2–5 cm; khoảng 30,2% có di căn hạch N1. Về mô bệnh học, ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm ưu thế (91,3%), đa phần độ II. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi kết hợp điều trị hỗ trợ đa mô thức, trong đó hóa trị 94,4%, xạ trị 42,9% và nội tiết 61,1%. Biến chứng sau mổ chủ yếu là rối loạn tâm lý, tổn thương thần kinh nách và đau vết mổ; biến chứng nặng ít gặp. Sau theo dõi, 96,8% còn sống, tỷ lệ tử vong 3,2% và tái phát/di căn 9,5%, chủ yếu là di căn xa. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm đạt 96,3% và sống thêm không bệnh 89,5%. Phân tích đa biến không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa về OS và DFS theo tình trạng hạch, kích thước, thể và độ mô bệnh học, dù nhóm không di căn hạch và độ mô học thấp có tiên lượng tốt hơn ($p > 0,05$). **Kết luận:** Điều trị đa mô thức trong ung thư vú giai đoạn I-II tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh cho thấy hiệu quả điều trị khả quan, với kết quả không thua kém so với các cơ sở điều trị chuyên sâu tuyến trung ương.

Từ khóa: Ung thư vú, điều trị đa mô thức, sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF STAGE I–II BREAST CANCER AT THE ONCOLOGY CENTER, THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with stage I–II

breast cancer and to evaluate treatment outcomes in this patient group. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 126 patients with stage I–II breast cancer who underwent surgery and follow-up at Thai Binh General Hospital between 2019 and 2023. **Results:** The study showed that breast cancer patients had a mean age of 59.3 years, with the majority being postmenopausal (75.4%). The most common presenting symptom was self-detected breast lumps (73.8%), predominantly located in the upper outer quadrant, with tumor sizes of 2–5 cm; about 30.2% had N1 lymph node metastasis. Histopathologically, invasive ductal carcinoma predominated (91.3%), mostly grade II. All patients underwent modified radical mastectomy combined with multimodal adjuvant therapy, including chemotherapy (94.4%), radiotherapy (42.9%), and endocrine therapy (61.1%). Postoperative complications mainly included psychological disorders, axillary nerve injury, and wound pain, while severe complications were uncommon. During follow-up, 96.8% of patients remained alive, with a mortality rate of 3.2% and recurrence/metastasis rate of 9.5%, mainly distant metastases. The 5-year overall survival (OS) rate was 96.3%, and disease-free survival (DFS) was 89.5%. Multivariate analysis revealed no statistically significant differences in OS or DFS according to nodal status, tumor size, histological type, or grade, although patients without nodal metastasis and with lower histological grade tended to have better prognosis ($p > 0.05$). **Conclusion:** The application of surgery combined with multimodal therapy for stage I–II breast cancer at the Oncology Center of a provincial general hospital has yielded promising outcomes, with treatment results comparable to those of central specialized hospitals.

Keywords: Breast cancer, multimodal therapy, overall survival, disease-free survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất ở nữ giới, đứng đầu về tỷ lệ mắc tại cả các quốc gia phát triển và đang phát triển. Theo GLOBOCAN 2022, toàn cầu có khoảng 2,3 triệu ca mắc mới UTV, chiếm 11,7% tổng số ung thư, với 685.000 trường hợp tử vong, tương ứng 6,9% tử vong do ung thư.¹ Tại Việt Nam, năm 2020 ghi nhận 21.555 ca mắc mới, chiếm 25,8% ung thư ở nữ, với 9.345 ca tử vong; tỷ lệ mắc mới chuẩn hóa theo tuổi đạt 34,2/100.000 phụ

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

²Bệnh viện K

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Quý

Email: quydytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

nữ.¹ Mặc dù các chương trình sàng lọc đã được triển khai, nhiều bệnh nhân vẫn phát hiện bệnh ở giai đoạn tiến triển do triệu chứng ban đầu thường không điển hình và ý thức chăm sóc sức khỏe còn hạn chế.

Điều trị UTV là đa mô thức, trong đó phẫu thuật đóng vai trò trung tâm, kết hợp xạ trị, hóa trị, liệu pháp nội tiết và các phương pháp điều trị hệ thống khác. Những tiến bộ trong điều trị nhằm trúng đích và miễn dịch đã cải thiện đáng kể tiên lượng, đưa UTV trở thành một trong những ung thư có tỷ lệ sống thêm cao, với số liệu SEER 2012 – 2018 ghi nhận 5 năm sống thêm toàn bộ đạt 90,6%. Tại Việt Nam, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ sống thêm 5 năm ở giai đoạn II–III từ 75 – 84%.³ Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu trong giai đoạn I-II của bệnh – thời điểm có khả năng trị khỏi và tiên lượng cao. Tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, mỗi năm tiếp nhận hơn 10.000 lượt bệnh nhân, trong đó UTV chiếm tỷ lệ đáng kể. Xuất phát từ thực tiễn này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị UTV giai đoạn I–II trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 126 bệnh nhân được chẩn đoán UTV tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, được điều trị đa mô thức bao gồm phẫu thuật cắt bỏ khối u kết hợp với hóa trị, xạ trị, điều trị nội tiết trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân nữ, chẩn đoán xác định UTV giai đoạn I-II theo AJCC 2013, được điều trị bằng phẫu thuật đơn thuần hoặc phẫu thuật kết hợp các phương pháp hỗ trợ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân tự ý ngừng điều trị hoặc không theo dõi được kết quả sau phẫu thuật.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.3. Biến số nghiên cứu. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Biến số về đặc điểm chung (tuổi, tình trạng kinh nguyệt, lý do vào viện). Đặc điểm lâm sàng (bên vú có u, vị trí và số lượng u, đường kính, mật độ, ranh giới, tình trạng hạch nách và hạch thượng đòn). Đặc điểm cận lâm sàng (nồng độ CA 15-3, siêu âm và X-quang tuyến vú (bờ, mật độ, vi vôi hóa, BIRADS), cộng hưởng từ tuyến vú, tế bào học và sinh thiết, thể mô bệnh học, độ mô học, giai đoạn bệnh theo TNM, tình trạng di căn hạch. Ngoài ra, các chỉ số hóa mô miễn dịch như ER,

PR (đánh giá theo Allred), HER-2 (theo ASCO/CAP 2013), và chỉ số Ki-67 cũng được thu thập.

Kết quả điều trị và theo dõi: Biến số kết quả điều trị (phương pháp phẫu thuật, hoá chất hỗ trợ, điều trị nội tiết, Trastuzumab và xạ trị). Theo dõi sau điều trị (tình trạng sống, tử vong, tái phát và di căn, thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và thời gian sống thêm không bệnh (DFS).

2.4. Xử lý số liệu. Tất cả số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Dữ liệu mô tả dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị. Các phép kiểm Chi-square, Fisher's exact test, t-Student và Mann-Whitney U test được sử dụng phù hợp với loại biến. Thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không tái phát/di căn được ước tính bằng Kaplan – Meier và so sánh bằng Log-rank test; mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị được phân tích bằng hồi quy Cox đa biến. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định tại $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi trung bình (tuổi)		59,3 $\pm$ 12,1 (34 – 92)
Kinh nguyệt (n,%)	Còn kinh	75,4
	Mãn kinh	24,6
Triệu chứng cơ năng (n,%)		
Tự sờ thấy khối ở vú		93 (73,8)
Đau vùng vú		8 (25,4)
Thay đổi màu da vú		2 (1,6)
Tụt núm vú		2 (1,6)
Chảy dịch núm vú		32 (25,4)
Sờ thấy hạch nách		31 (24,6)
Vị trí u (n,%)		
Trung tâm		21 (19,3)
¼ trên ngoài		38 (34,9)
¼ dưới ngoài		20 (18,4)
¼ trên trong		20 (18,4)
¼ dưới trong		10 (9,2)
Đường kính lớn nhất (cm) (n,%)		
≤ 1		11 (8,7)
> 1 và ≤ 2		48 (38,1)
> 2 và ≤ 5		67 (53,2)
Hạch nách (n, %)		
Sờ thấy		35 (27,8)
Không sờ thấy		88 (69,8)
Tính chất hạch nách (n,%)		
Di động, không dính nhau		35 (100)
Dính nhau, cố định		
Nồng độ CA 15 – 3 (U/ml) (n,%)		
≥ 30		7 (5,6)

< 30	119 (94,4)
Trung bình $\pm$ SD (min-max): 11,8 $\pm$ 10,8 (0,54 – 78,3)	
Đặc điểm u trên siêu âm (n,%)	
Bờ đều	8 (6,4)
Vì vôi hoá	63 (50)
Mật độ âm	
Giảm âm	120 (95,2)
Hỗn hợp âm	6 (4,8)
Đặc điểm u trên X-quang (n,%)	
Vì vôi hoá	63 (50)
Có khối mờ	120 (95,2)
Hạch nách	38 (30,2)
Thể mô bệnh học (n,%)	
UTBM thể ống xâm nhập	115 (91,3)
Thể nội ống	4 (3,2)
Paget núm vú xâm lấn	1 (0,8)
UTBM tiêu thụ xâm nhập	4 (3,2)
UTBM thể nhày	2 (1,6)
Giai đoạn bệnh	
IA	29 (23)
IB	1 (0,8)
IIA	63 (50)
IIB	27 (21,4)
Giai đoạn tại chỗ	6 (4,8)
Độ mô học (n,%)	
Độ I	6 (5)
Độ II	77 (64,7)
Độ III	36 (30,3)
Tình trạng di căn hạch (n,%)	
Không di căn	88 (69,8)
N1	38 (30,2)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 59,3 $\pm$ 12,1, đa số ở nhóm sau mãn kinh (75,4%). Triệu chứng thường gặp nhất khi vào viện là tự sờ thấy khối ở vú (73,8%), tiếp theo là chảy dịch núm vú (25,4%) và sờ thấy hạch nách (24,6%). Vị trí khối u chủ yếu ở ¼ trên ngoài (34,9%), với đường kính 2 – 5 cm chiếm tỷ lệ cao nhất (53,2%). Có 27,8% bệnh nhân sờ thấy hạch nách, song tất cả đều có đặc điểm di động, không dính nhau. Nồng độ CA 15-3 tăng $\geq$ 30 U/ml chỉ gặp ở 5,6% trường hợp. Trên siêu âm và X-quang, phần lớn khối u có bờ không đều, mật độ giảm âm, kèm vì vôi hóa (50%). Về mô bệnh học, ung thư biểu mô thể ống xâm nhập chiếm ưu thế tuyệt đối (91,3%), đa số có độ mô học II (64,7%). Giai đoạn bệnh thường gặp nhất là IIA (50%), kế đến là IA (23%) và IIB (21,4%). Khoảng 30,2% bệnh nhân có di căn hạch mức N1, trong khi đa số không có di căn hạch (69,8%).

3.2. Kết quả điều trị và theo dõi sau điều trị

- Kết quả điều trị UTV:

Bảng 2. Kết quả điều trị UTV

Đặc điểm	Giá trị
Phương pháp phẫu thuật: 100% phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi (MRM)	
ĐT hoá chất bổ trợ (n,%)	119 (94,4)
Xạ trị	54 (42,9)
Kỹ thuật xạ IRMT	54 (100)
ĐT Trastuzumab (n, %)	3 (2,4)
ĐT nội tiết bậc 1	16 (12,7)
ĐT nội tiết bậc 2	56 (44,4)
ĐT nội tiết bậc 1 + bậc 2	5 (4)
Biến chứng sau phẫu thuật (n,%)	
Tụ dịch vết mổ	51 (40,5)
Tụ máu vết mổ	2 (1,6)
Đau vết mổ	54 (42,9)
Tổn thương thần kinh nách	72 (57,1)
Phù bạch huyết tay cùng bên	2 (1,6)
Rối loạn tâm lý sau mổ	119 (87,3)

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi. Sau mổ, phần lớn được điều trị bổ trợ đa mô thức với tỷ lệ hóa trị 94,4%, xạ trị 42,9% (100% kỹ thuật IRMT), điều trị nội tiết 61,1% và Trastuzumab 2,4%. Các biến chứng sau phẫu thuật thường gặp là rối loạn tâm lý (87,3%), tổn thương thần kinh nách (57,1%), đau vết mổ (42,9%) và tụ dịch vết mổ (40,5%); các biến chứng ít gặp gồm tụ máu vết mổ và phù bạch huyết tay cùng bên (1,6%).

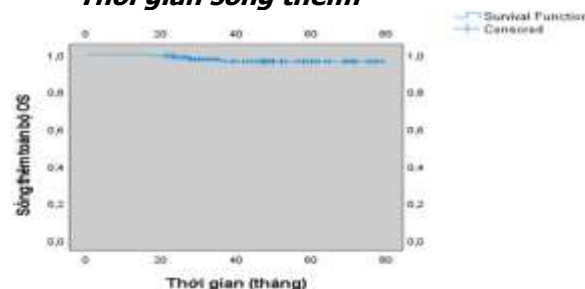
- Tình trạng theo dõi sau điều trị:

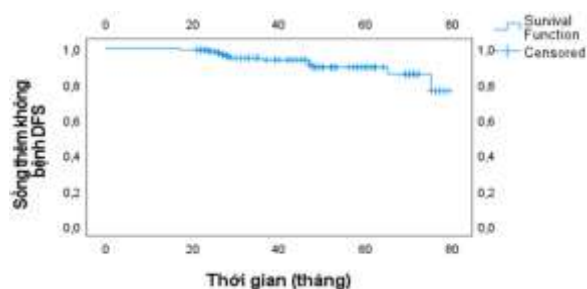
Bảng 3. Tình trạng theo dõi sau điều trị

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ (%)
Còn sống	122 (96,8)	96,8
Tử vong	4 (3,2)	3,2
Tái phát/di căn	12 (9,5)	9,5
Cơ quan khác	9 (75)	75
Tại chỗ	1 (8,3)	8,3
Tại hạch nách	2 (16,7)	16,7

Nhận xét: Theo dõi sau điều trị cho thấy 96,8% bệnh nhân còn sống, tỷ lệ tử vong là 3,2% và tái phát/di căn chiếm 9,5%. Trong các trường hợp tái phát/di căn, di căn cơ quan khác chiếm đa số (75%), tiếp theo là di căn hạch nách (16,7%) và tái phát tại chỗ (8,3%).

- Thời gian sống thêm:





Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và thời gian sống thêm không tái phát/di căn (DFS)

Nhận xét: Phân tích Kaplan – Meier cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm đạt 96,3%, trong khi tỷ lệ sống thêm không bệnh là 89,5%.

Bảng 4. Phân tích đa biến về liên quan đến thời gian sống thêm và các yếu tố

Yếu tố		OS		DFS	
		%	p	%	p
Hạch	Di căn	97,4	1	86,8	0,509
	Không di căn	96,6		92,1	
Kích thước u	≤2 cm	100	0,264	90,7	0,832
	2-5 cm	94,8		90,9	
	Tis	100		83,3	
Thể mô bệnh học	Thể ống xâm nhập	96,5	1	89,6	0,598
	Thể khác	100		100	
Độ mô học	Độ I	100	0,668	100	0,857
	Độ II	97,4		90,9	
	Độ III	94,4		88,9	

Nhận xét: Phân tích đa biến cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm không bệnh (DFS) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm về tình trạng di căn hạch, kích thước khối u, thể mô bệnh học và độ mô học ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư vú là $59,3 \pm 12,1$, đa số ở nhóm sau mãn kinh (75,4%), phù hợp với xu hướng dịch tễ học hiện nay và tương đồng với số liệu trong nước cũng như khu vực châu Á – Thái Bình Dương. Ở Việt Nam, nhiều nghiên cứu gần đây cũng ghi nhận tuổi trung bình mắc bệnh khoảng 50 – 55 tuổi, với đa số bệnh nhân đã mãn kinh, cho thấy sự tương đồng với kết quả nghiên cứu này.^{4,5}

Tỷ lệ bệnh nhân tự phát hiện khối u vú chiếm 73,8%, thường gặp nhất ở vị trí ¼ trên ngoài (34,9%), phản ánh đặc điểm mô học tuyến vú - vùng ¼ trên ngoài tập trung nhiều mô tuyến nên dễ hình thành khối u. Các nghiên cứu trong nước như của Nguyễn Sang và cộng sự (2021) cũng cho thấy tỷ lệ tự sờ thấy khối u

là triệu chứng phổ biến, đau vú hay chảy dịch núm vú chỉ gặp với tỷ lệ thấp.⁶ Phân tích tổng hợp của Santos Silva và cộng sự (2019) tại Brazil cũng chỉ ra rằng phần lớn UTV được phát hiện khi kích thước khối u đã vượt quá 2 cm, cho thấy vai trò quan trọng của chương trình tầm soát trong việc cải thiện phát hiện sớm.⁷

Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ 5,6% bệnh nhân có tăng CA15-3 ≥ 30 U/ml, khẳng định marker này ít giá trị trong chẩn đoán sớm mà chủ yếu dùng theo dõi tái phát/di căn. Hình ảnh siêu âm và X-quang chủ yếu ghi nhận khối u bờ không đều, giảm âm, có vi vôi hóa – phù hợp mô tả điển hình ung thư vú. Về mô bệnh học, ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm ưu thế (>90%), tương tự các nghiên cứu trong nước ($\geq 85\%$).⁸ Về giai đoạn bệnh, 30,2% có di căn hạch N1, chủ yếu ở giai đoạn IIA (50%), IA (23%) và IIB (21,4%), cho thấy đa số được chẩn đoán ở giai đoạn sớm – trung gian. So với dữ liệu SEER (Hoa Kỳ) với 60% phát hiện ở giai đoạn khu trú, tỷ lệ phát hiện sớm ở Việt Nam tương đối thấp nhưng vẫn cao hơn một số nước Đông Nam Á (30 – 40%).²

4.2. Kết quả điều trị, theo dõi sau điều trị.

Hiện nay, điều trị UTV là điều trị đa mô thức phối hợp cả điều trị phẫu thuật, hoá chất, tia xạ, nội tiết và điều trị miễn dịch. Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi (MRM) và điều trị bổ trợ đa mô thức với tỷ lệ hóa trị 94,4%, xạ trị 42,9% và nội tiết 61,1%. Việc phối hợp điều trị UTV là yếu tố quan trọng giúp kiểm soát tại chỗ và giảm nguy cơ tái phát xa, nâng cao tỷ lệ sống thêm cho người bệnh. Nghiên cứu của EBCTCG khẳng định phẫu thuật kết hợp hoá trị và xạ trị bổ trợ giúp giảm đáng kể tỷ lệ tử vong và tái phát, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân giai đoạn sớm.⁹ Tại Việt Nam, các nghiên cứu điều trị UTV đã chứng minh hiệu quả của chiến lược điều trị phối hợp, với tỷ lệ sống thêm OS 5 năm đạt trên 85 – 90% ở nhóm điều trị đa mô thức. Sau phẫu thuật, xuất hiện một số biến chứng như đau vết mổ, tụ dịch, tổn thương thần kinh nách, tổn thương tâm lý.

Theo dõi sau điều trị, tỷ lệ sống thêm toàn bộ OS sau 5 năm đạt 96,3% và tỷ lệ sống thêm không bệnh DFS đạt 89,5%, cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Minh Cường, Trịnh Lê Huy với tỷ lệ OS và DFS dao động từ 68% - 84%.^{4,10} Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu này được thực hiện trên nhóm bệnh nhân UTV giai đoạn I-II nên kết quả điều trị và tiên lượng tốt hơn so với các nghiên cứu ở UTV giai đoạn II-III. Nghiên cứu của EBCTCG báo cáo tương tự OS sau 5 năm

khoảng 90 – 95% đối với bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm được điều trị chuẩn.⁹

Phân tích đa biến trong nghiên cứu chưa cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về OS và DFS giữa các nhóm phân tầng theo tình trạng hạch, kích thước u, thể mô bệnh học và độ mô học ($p > 0,05$). Đây có thể là hệ quả của cỡ mẫu còn hạn chế và thời gian theo dõi chưa đủ dài để bộc lộ rõ các yếu tố tiên lượng. Vì vậy, cần thiết phải thực hiện thêm các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm, với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hạn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu điều trị phẫu thuật kết hợp với đa mô thức là phương pháp hiệu quả ở bệnh nhân Ung thư vú giai đoạn I-II với tỷ lệ sống thêm sau 5 năm cao, tỷ lệ biến chứng thấp. Kết quả này cũng khẳng định vai trò quan trọng của chẩn đoán sớm và điều trị toàn diện trong cải thiện tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on Cancer (IARC).** GLOBOCAN 2022: Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Lyon: IARC; 2022. Available at: <https://gco.iarc.fr/>.
2. **National Cancer Institute (NCI), Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER).** Cancer Stat Facts: Female Breast Cancer. National Cancer Institute. Updated 2024. Accessed August 20, 2024.

3. **Đỗ Thị Kim Anh, Trần Văn Thuấn và cộng sự.** Đánh giá kết quả điều trị hỗ trợ phác đồ 4AC-4Paclitaxel trên bệnh nhân UTV giai đoạn II-III. 2008:260-266.
4. **Hoàng Minh Cường** (2014). Đánh giá kết quả điều trị Ung thư vú giai đoạn II - IIIA có thụ thể nội tiết âm tính. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Diệu Linh** (2013). Nghiên cứu điều trị ung thư vú giai đoạn II-III A bằng hoá chất hỗ trợ phác đồ TAC và AC tại Bệnh viện K, Luận văn tiến sĩ học chuyên ngành ung thư, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyen SM, Nguyen QT, Nguyen LM, et al.** Delay in the diagnosis and treatment of breast cancer in Vietnam. *Cancer Med.* 2021;10(21):7683-7691. doi:10.1002/cam4.4244
7. **Dos-Santos-Silva I, De Stavola BL, Renna NL, et al.** Ethnoracial and social trends in breast cancer staging at diagnosis in Brazil, 2001-14: a case only analysis. *Lancet Glob Health.* 2019;7(6):e784-e797. doi:10.1016/S2214-109X(19)30151-2
8. **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.
9. **Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG).** Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet Lond Engl.* 2005;365(9472):1687-1717. doi:10.1016/S0140-6736(05)66544-0
10. **Trịnh Lê Huy, Mai Thị Kim Ngân.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư vú giai đoạn I-III tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Vietnam Medical Journal.* 2022;2:63-70.

GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG, TÁI NHẬP VIỆN CỦA HẠ NATRI MÁU TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM VÀ GIẢM NHẹ

Hà Thị Hương Giang^{1,3}, Bùi Thế Dũng², Trần Ngọc Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ hạ natri máu và giá trị tiên lượng ngắn hạn ở bệnh nhân suy tim nhập viện. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên 176 bệnh nhân suy tim nhập viện tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM (10/2024–03/2025). Bệnh nhân được phân nhóm theo natri máu khi nhập viện, theo dõi biến cố tử vong và tái nhập viện trong 90 ngày. **Kết quả:** Tuổi trung vị 71 (62-82)

tuổi; nam 51,7%. Tỷ lệ hạ natri máu 36,4%, đa số mức độ nhẹ. Sau 90 ngày, tử vong 4,0%, tái nhập viện 39,2%, biến cố gộp 43,2%. Không có khác biệt có ý nghĩa về biến cố gộp giữa nhóm hạ và không hạ natri máu (15,3% so với 27,8%; $p = 0,875$). Hạ natri máu ≤ 130 mmol/L là yếu tố tiên lượng độc lập biến cố gộp trong hồi quy logistic (OR hiệu chỉnh 4,20; KTC95%: 1,57–11,25; $p = 0,004$), nhưng không còn ý nghĩa trong hồi quy Cox; tiền căn bệnh mạch vành là yếu tố dự báo mạnh hơn (HR 1,87; KTC95%: 1,09–3,22; $p = 0,024$). **Kết luận:** Hạ natri máu thường gặp ở bệnh nhân suy tim nhập viện. Dù không làm tăng biến cố gộp so với nhóm không hạ natri máu, natri máu ≤ 130 mmol/L vẫn có giá trị tiên lượng biến cố ngắn hạn. **Từ khóa:** suy tim; hạ natri máu; tử vong; tái nhập viện; phân suất tổng máu.

¹Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Quân Y 87

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng

Email: dung.bt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF HYPONATREMIA FOR MORTALITY, REHOSPITALIZATION IN