

PHẪU THUẬT TỐI THIỂU TRONG UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN SỚM Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT CÂN BẰNG GIỮA KIỂM SOÁT BỆNH VÀ CHẤT LƯỢNG SỐNG

Nguyễn Đỗ Nhân *, Nguyễn Duy Tân *

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư vú nổi lên thành gánh nặng bệnh tật và xã hội trong xu hướng già hóa. Người cao tuổi thường nhiều bệnh kèm, điều trị phức tạp và biến chứng cao hơn. Dữ liệu trong nước về phẫu thuật ung thư vú ở người cao tuổi còn hạn chế. **Đối tượng, phương pháp:** cắt ngang mô tả, 57 bệnh nhân nữ ≥ 60 tuổi, ung thư vú giai đoạn I-II (cT1-2, cN0-1, cM0) được phẫu thuật tại Bệnh viện Thống Nhất (08/2021-08/2025). **Kết quả:** Tuổi trung bình $69,8 \pm 7,4$, BMI $23,3$. Triệu chứng chủ yếu là sờ thấy u (91,2%). Mô học: UTBM ống NST 73,7%, tiểu thùy 15,8%. ER/PR dương tính $>65\%$. Tỷ lệ đoạn nhũ 94,7%, SLNB 59,6%, ALND 40,4%. Biến chứng sớm 12,3% (nhiễm trùng, chậm liền), biến chứng muộn gồm phù bạch mạch 14,0%, đau mạn 7,0%. Biến chứng nặng 7,0% nhưng không có tử vong 30 ngày. Kết quả phù hợp các nghiên cứu quốc tế, cho thấy phẫu thuật an toàn, kiểm soát bệnh tốt ở người cao tuổi. **Kết luận:** Phẫu thuật ung thư vú giai đoạn sớm ở người ≥ 60 tuổi an toàn, biến chứng thấp, OS và DFS khả quan. Cần cá thể hóa chỉ định (đặc biệt can thiệp nách) và tích hợp đánh giá lão khoa để tối ưu hóa điều trị và chất lượng sống. **Từ khóa:** ung thư vú, người cao tuổi, sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh

ABSTRACT

OUTCOMES OF EARLY-STAGE BREAST CANCER SURGERY IN ELDERLY PATIENTS AT THONG NHAT HOSPITAL

Background: Breast cancer has emerged as a major health and social burden in the context of population aging. Older patients often present with multiple comorbidities, leading to more complex treatments. Domestic data on breast cancer surgery in the elderly remain limited. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted in 57 women aged ≥ 60 years with stage I-II breast cancer (cT1-2, cN0-1, cM0) who underwent surgery at Thong Nhat Hospital 08/2021 – 08/2025. **Results:** The mean age was 69.8 ± 7.4 years, mean BMI 23.3 ± 3.0 kg/m², and median Charlson Comorbidity Index (CCI) was 3. The main presenting symptom was a palpable mass (91.2%). Histology showed invasive ductal carcinoma in 73.7% and invasive lobular carcinoma in 15.8%. ER/PR positivity was observed in more than 65%.

*Khoa Ngoại Tim mạch Lồng ngực, Bệnh viện Thống Nhất
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đỗ Nhân
Email: bsnguyendonhan@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.1.2026
Ngày phản biện khoa học: 4.2.2026
Ngày duyệt bài: 11.3.2026

Mastectomy accounted for 94.7%, sentinel lymph node biopsy 59.6%, and axillary lymph node dissection 40.4%. Early complications occurred in 12.3% (infection, delayed wound healing), and late complications included lymphedema (14.0%) and chronic pain (7.0%). Major complications were 7.0%, with no 30-day mortality. These findings are consistent with international data, indicating that surgery is safe and provides effective disease control in elderly patients. **Conclusion:** Surgery for early-stage breast cancer in patients aged ≥ 60 years is safe, with low complication rates and favorable OS and DFS. Individualized surgical decision-making (particularly regarding axillary management) and integration of geriatric assessment are essential to optimize treatment and quality of life. **Keywords:** breast cancer, elderly, overall survival, disease-free survival

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong vài thập niên gần đây, ung thư vú không còn là bệnh lý ác tính thường gặp nhất ở phụ nữ mà đã trở thành vấn đề y tế toàn cầu có tính xã hội sâu sắc. Số liệu GLOBOCAN 2022 cho thấy gần 2,3 triệu phụ nữ trên thế giới mắc mới ung thư vú, chiếm hơn 1/10 tổng số ca ung thư được chẩn đoán, với hơn 670.000 trường hợp tử vong [1]. Dịch tễ học ung thư vú đang thay đổi mạnh mẽ tại các quốc gia châu Á, trong đó Việt Nam chứng kiến sự gia tăng liên tục về tỉ lệ mắc, đứng hàng đầu trong tất cả các loại ung thư ở nữ [1]. Đáng chú ý, tỉ lệ người cao tuổi mắc bệnh gia tăng trong xu hướng già hóa dân số, có nhiều bệnh kèm, làm cho kết quả điều trị trở nên phức tạp, biến chứng và tử vong cao hơn [2]. Hơn nữa, một số báo cáo gần đây gợi ý rằng tuổi và bệnh kèm ảnh hưởng đến sống còn dài hạn, đòi hỏi cần có nghiên cứu điều trị ung thư vú ở nhóm tuổi này [3].

Bệnh viện Thống Nhất là trung tâm đầu ngành về lão khoa, điều trị nhiều bệnh nhân cao tuổi mắc ung thư vú. Trong bối cảnh đó, việc tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện Thống Nhất có giá trị thực tiễn cần thiết, góp phần cung cấp thông tin, chiến lược điều trị ung thư vú trong dân số lão khoa.

Nghiên cứu này nhằm: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư vú giai đoạn sớm ở người cao tuổi và kết quả phẫu thuật đoạn nhũ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại Khoa ngoại tim mạch lồng ngực, bệnh viện Thống Nhất, từ 08/2021 đến 08/2025.

2.3 Đối tượng nghiên cứu: Các trường hợp ung thư vú giai đoạn sớm

2.4 Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu: Công thức $n = Z^2 \frac{P \times (1-P)}{d^2}$ (ng một tỉ lệ):

Trong đó n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có; P: Tỉ lệ mẫu ước tính; α: Mức ý nghĩa thống kê thường là 0.05; d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể; Z(1-α/2): Giá trị Z thu được tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn. Đánh giá kết quả phẫu thuật qua chỉ số chính là biến chứng phẫu thuật, theo một số nghiên cứu là khoảng 4 - 6% [4]. Vì vậy, chúng tôi chọn p = 0,05, d=0,06. Quy ước α = 0,05, đối chiếu Z = 1,96, dự trừ mất mẫu 5%. Thay vào công thức, cỡ mẫu tối thiểu là 55 trường hợp. Chúng tôi thu thập được 57 trường hợp nghiên cứu.

Chọn mẫu: Các trường hợp ung thư vú, được điều trị phẫu thuật

Tiêu chuẩn chọn bệnh nghiên cứu: bệnh nhân nữ, từ 60 tuổi trở lên, giai đoạn I, II theo phân loại T,N,M, phẫu thuật đoạn nhũ kèm hoặc không nạo hạch.

Tiêu chuẩn loại trừ: ung thư khác đồng mắc, đã phẫu thuật ung thư trước đó.

2.5. Biến số/chỉ số/nội dung/chủ đề nghiên cứu:

Biến số nghiên cứu: đặc điểm nền (lão khoa): tuổi (≥60), giới, BMI, hút thuốc/ uống rượu, Charlson Comorbidity Index (CCI), tiền sử dùng kháng đông/kháng kết tập. khối u: bên tổn thương, kích thước (trên CT), đa ổ/đa trung tâm, cN lâm sàng, nhũ ảnh/siêu âm/MRI; sinh thiết lõi; mô bệnh học, giai đoạn cTNM. Thời gian mổ, lượng máu mất, số dẫn lưu, thời gian dẫn lưu, thời gian nằm viện. Mô học u, grad, kích thước, u xâm nhập, số hạch lấy – số hạch dương, biến chứng và tỉ lệ, sống thêm không bệnh, sống thêm toàn bộ.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

Chẩn đoán ung thư vú: mô bệnh học và sinh học u: sinh thiết (FNA), sinh thiết lõi (core needle) khi FNA nghi ngờ. xác định mô học; ER/PR, HER2 và Ki-67 cho phân nhóm phân tử. Chẩn đoán giai đoạn: cTNM theo AJCC 8th [5].

Phẫu thuật: bảo tồn vú khi R0. Đoạn nhũ ở giai đoạn I, II. Sinh thiết hạch nách của khi cN0. Nạo hạch nách khi cN+ [6]. Rạch da theo nếp, cắt rộng u kèm biên an toàn, đánh dấu bờ diện cắt; có thể phối hợp. Đoạn nhũ: kiểu Patey cài biên, mép cắt không hiện diện tế bào ung thư, đóng vết mổ, dẫn lưu.

Đánh giá biến chứng: Nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch, tụ máu, chậm liền, rối loạn vận động vai, phù bạch mạch, tái mổ. Biến chứng nặng [4]: Tụ máu, tụ dịch lớn cần chọc hút hoặc phẫu thuật lại. Nhiễm trùng vết mổ nặng cần kháng sinh; Hoại tử vạt da phẫu thuật lại.

Quy trình theo dõi hậu phẫu: dẫn lưu, lượng dịch, đau, vận động vai; phù bạch mạch. Theo dõi mỗi 06 tháng: đánh giá tái phát (tại chỗ/vùng, di căn xa), tình trạng điều trị hỗ trợ; nhũ ảnh hàng năm.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu:

Dùng phần mềm SPSS 20. Biểu định lượng trình bày trung bình ± SD (phân bố chuẩn) hoặc trung vị. Biến định tính: tần số, tỉ lệ % với khoảng tin cậy 95%. Các phép kiểm thống kê phù hợp. Sống còn trung hạn 24 tháng theo Kaplan–Meier. Ngưỡng ý nghĩa khi p < 0,05.

2.8. Đạo đức nghiên cứu:

Toàn bộ số liệu thu thập qua hồ sơ bệnh án, không tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân. Nghiên cứu được Hội đồng y đức bệnh viện Thống Nhất thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này tập trung về đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa, là phương pháp điều trị chính và là một trong những phương pháp hiệu quả nhất với ung thư vú ở giai đoạn sớm I, II. thông tin về hóa xạ hỗ trợ, điều trị phối hợp được trình bày trong nghiên cứu liên quan khác.

3.1 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Bảng 01: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân cao tuổi mắc ung thư vú giai đoạn sớm

Đặc điểm khảo sát n=57, 100%	60–69 tuổi (n=34)	70–79 tuổi (n=17)	≥80 tuổi (n=6)	Tổng (n=57)
Tuổi (TB ± SD)	64,5 ± 2,7	74,1 ± 2,6	83,7 ± 2,1	69,8 ± 7,4
BMI (TB ± SD)	23,7 ± 3,1	22,9 ± 2,8	22,1 ± 3,3	23,3 ± 3,0
CCI (trung vị)	03 [2–4]	04 [3–5]	05 [4–6]	03 [2–5]
Tăng huyết áp n,%	26 (45,6)	12 (21,1)	05 (08,8)	43 (75,4)
Rối loạn lipid n,%	19 (33,3)	09 (15,8)	04 (07,1)	32 (56,1)
Đái tháo đường n,%	11 (19,3)	05 (08,8)	03 (05,2)	19 (33,3)

Đặc điểm khảo sát n=57, 100%	60–69 tuổi (n=34)	70–79 tuổi (n=17)	≥80 tuổi (n=6)	Tổng (n=57)
Bệnh thần mạn n, %	05 (08,8)	03 (05,2)	01 (01,7)	09 (15,8)
Triệu chứng (%)				
Sờ thấy u	88,2%	94,1%	100%	91,2%
Số lượng u: (%)				
Một u	85,3%	82,4%	83,3%	84,2%
Nhiều u	14,7%	17,6%	16,7%	15,8%
Vị trí u: (%)				
1/4 trên ngoài	55,9%	52,9%	50,0%	54,4%
1/4 trên trong	17,6%	17,6%	16,7%	17,5%
1/4 dưới ngoài	11,8%	11,8%	16,7%	12,3%
1/4 dưới trong	08,8%	11,8%	16,7%	10,5%
Trung tâm	05,9%	05,9%	0%	05,3%
cTNM (%)				
Giai đoạn I	55,9%	41,2%	33,3%	49,1%
cT1	52,9%	41,2%	33,3%	47,4%
cN0	85,3%	82,4%	66,7%	82,5%
Mô học (%)				
Biểu mô ống	76,5%	70,6%	66,7%	73,7%
Biểu mô tiểu thùy	14,7%	17,6%	16,7%	15,8%
Thụ thể (%)				
ER (+)	79,4%	70,6%	66,7%	75,4%
PR (+)	70,6%	64,7%	66,7%	68,4%
HER2 (+)	17,6%	17,6%	16,7%	17,5%

Nhóm tuổi 60–69 chiếm tỷ lệ cao nhất là 59,6%, tuổi trung bình $69,8 \pm 7,4$. Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là $23,3 \pm 3,0$. Chỉ số bệnh đồng mắc (CCI) tăng dần theo tuổi, phần ảnh hưởng nặng bệnh kèm nhiều hơn ở nhóm ≥ 80 tuổi. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là sờ thấy u là 91,2%. Đa số trường hợp chỉ có một u (84,2%), vị trí thường gặp nhất ở 1/4 trên ngoài vú là 54,4%, phù hợp với đặc điểm dịch tễ chung. Tỷ lệ giai đoạn I chiếm gần một nửa

(49,1%), trong đó cT1 chiếm 47,4% và cN0 chiếm 82,5%, cho thấy bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tương đối sớm.

Về mô bệnh học, ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm ưu thế, là 73,7%, kế đến là thể tiểu thùy, là 15,8%. Tỷ lệ dương tính thụ thể nội tiết khá cao (ER 75,4%; PR 68,4%), HER2 dương tính là 17,5% trường hợp.

3.2 Kết quả phẫu thuật và biến chứng

Bảng 02: Kết quả phẫu thuật và biến chứng

Kết quả điều trị n=57, 100%	Toàn bộ (n=57)	Cắt vú giới hạn (n=03)	Đoạn nhũ (n=54)
Kết quả phẫu thuật			
Đánh giá hạch n, (%)			
Sinh thiết hạch cửa	34 (59,6)	03 (100,0)	31 (57,4)
Nạo hạch nách	23 (40,4)	00 (0,0)	23 (42,6)
Hạch di căn	09 (15,8)	00 (0,0)	09 (16,7)
Hạch viêm	12 (21,1)	01 (33,3)	11 (20,4)
Thời gian phẫu thuật (phút)	113 ± 15	95 ± 11	115 ± 17
Mất máu (mL)	98 ± 20	70 ± 13	101 ± 25
Thời gian nằm viện (ngày)	7,0 ± 1,5	4,0 ± 1,2	7,0 ± 2,1
Tử vong 30 ngày, n (%)	00	00	00
Biến chứng			
Biến chứng sớm n, (%)			
Nhiễm trùng nông vết mổ	04 (07,0)	01 (33,3)	03 (05,6)
Chậm liền vết mổ	03 (05,3)	00	03 (05,6)
Biến chứng muộn n, (%)			
Phù bạch mạch chi trên	8 (14,0)	00	08 (14,8)
Hạn chế vận động vai kéo dài	03 (05,3)	00	03 (05,6)
Đau mạn vết mổ (>6 tháng)	04 (07,0)	00	04 (07,4)
Biến chứng nặng n, (%)			
Tu dịch lớn cần phẫu thuật	02 (03,5)	00	02 (03,7)
Nhiễm trùng nặng cần điều trị	02 (03,5)	00	02 (03,7)

Tỉ lệ phẫu thuật đoạn nhũ là 94,7%. Tỉ lệ sinh thiết hạch cửa là 59,6%, nạo hạch nách là 40,4%. Tỉ lệ hạch dương tính là 15,8%, hạch viêm là 21,1%, cho thấy bệnh nhân vẫn có nguy cơ tổn thương hạch ngay cả ở giai đoạn sớm. Thời gian phẫu thuật trung bình là 113 ± 15 phút, lượng máu mất 98 ± 20 mL, và thời gian nằm viện trung bình $7,0 \pm 1,5$ ngày, dài hơn rõ rệt ở nhóm đoạn nhũ so với cắt vú giới hạn. Không có trường hợp tử vong trong 30 ngày sau mổ.

Biến chứng sớm là 12,3%, chủ yếu là nhiễm trùng nông vết mổ (7,0%) và chàm liền vết thương (5,3%). Biến chứng muộn phù bạch mạch là 14,0%, đau mạn vết mổ 7,0%. Biến chứng nặng gồm tụ dịch lớn cần phẫu thuật và nhiễm trùng nặng cần điều trị, mỗi loại chiếm 3,5%.

IV BÀN LUẬN

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $69,8 \pm 7,4$ và BMI $23,3 \pm 3,0$, gánh nặng bệnh kèm CCI trung vị 3 [2–5] và gần một nửa ở giai đoạn I (49,1%); mô bệnh học chủ đạo biểu mô ống xâm nhập là 73,7% và thụ thể nội tiết dương tính cao (ER 75,4%; PR 68,4%) . So với các quần thể lão khoa Âu-Mỹ, mẫu Việt Nam có BMI thấp hơn nhưng bệnh đồng mắc cao hơn (CCI khoảng mức 03). Bằng chứng thống kê dân số nói chung cho thấy đồng mắc tăng theo tuổi và gắn với nhiều kết cục hậu phẫu [4]. Ở Việt Nam hiện nay, có thể ghi nhận tỷ lệ sàng lọc thấp và không đồng nhất trong điều kiện tiếp cận y tế dẫn tới phát hiện bệnh muộn; đặc điểm này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đến khi có 91,2% phát hiện qua sờ thấy u và phần nào phản ảnh người cao tuổi mang nhiều bệnh nội khoa phối hợp [7]. Thông tin này có ý nghĩa thực tiễn khi thể hiện tương quan dinh dưỡng (BMI)-bệnh đồng mắc (CCI)-triệu chứng lâm sàng khi phát hiện bệnh ung thư vú ở người cao tuổi, giúp cá thể hoá chỉ định phẫu thuật.

Kết quả phẫu thuật và biến chứng có xu hướng tăng theo tuổi cao. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi (n=57), biến chứng sớm ghi nhận 12,3%; biến chứng nặng là 7,0% (tụ dịch lớn cần can thiệp 3,5%; nhiễm trùng nặng cần điều trị 3,5%); tuy nhiên không có tử vong 30 ngày. Tỉ lệ phẫu thuật đoạn nhũ là 94,7% và nạo hạch 40,4%, trong khi cắt vú giới hạn chỉ chiếm 5,3%, mặc dù có thể phù hợp chỉ định nhưng tâm lý bệnh nhân cần điều trị triệt để khiến có thể đoạn nhũ bị lạm dụng và tăng biến chứng so với bảo tồn phần vú ở người cao tuổi. Nghiên cứu của Thụy Điển cho thấy đoạn nhũ có tần

suất biến chứng cao hơn, và ở nhóm ≥ 80 tuổi, biến chứng nặng đến 5%; đồng thời còn liên hệ tới giảm tỉ lệ sống còn [4]. Tuy nhiên, chăm sóc lão khoa chuẩn hóa và giảm nạo hạch nách đúng chỉ định có thể giảm biến chứng (phù bạch mạch, đau mạn, hạn chế vận động vai). Chúng tôi chưa ghi nhận tái phẫu thuật 30 ngày, không bờ diện cắt dương và không tử vong sớm, gợi ý hiệu quả của quy trình hậu phẫu và chăm sóc đa ngành phù hợp tại cơ sở nghiên cứu.

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, sinh thiết hạch cửa là 59,6%, nạo hạch là 40,4%; tỉ lệ phù bạch mạch là 14,0% và hạn chế vận động vai là 5,3% cho thấy gánh nặng biến chứng tại chi trên vẫn đáng kể. Kết quả này phù hợp với xu hướng hiện nay: sinh thiết hạch cho cN0, có thể bỏ qua ở người ≥ 70 tuổi khi u nhỏ, HR dương tính, HER2 âm, siêu âm nách âm tính. Thử nghiệm ngẫu nhiên quy mô lớn trong 5 năm gần đây của SOUND cho thấy bỏ phẫu thuật nách không thua kém sinh thiết hạch nách về sống còn không di căn xa 5 năm ở u ≤ 2 cm, cN0, siêu âm nách âm, với tần suất tái phát vùng rất thấp [8]. Tương tự, INSEMA (NEJM 2024) cho thấy bỏ sinh thiết hạch nách không kém hơn sinh thiết về sống thêm ở cN0 điều trị bảo tồn vú kèm xạ trị, nhưng lại giảm phù bạch mạch, đau và hạn chế vận động tay, có giá trị với chất lượng sống ở người cao tuổi vốn dễ tổn thương về chức năng [9]. Từ đó, chúng tôi đề xuất phân tầng nguy cơ tiên phẫu theo tuổi (60–69/70–79/ ≥ 80), CCI (≤ 2 ; 3–4; ≥ 5), và loại phẫu thuật (cắt vú giới hạn và/ hoặc sinh thiết hạch cửa với đoạn nhũ và/hoặc nạo hạch hạch) để cá thể hóa chỉ định phẫu thuật ở người ≥ 60 tuổi. Mục tiêu là tăng sử dụng cắt vú giới hạn/sinh thiết hạch cửa khi phù hợp, cân nhắc giảm, loại bỏ phẫu thuật nách ở bệnh nhân cN0, nguy cơ thấp. Theo SOUND, INSEMA, bỏ qua phẫu thuật nách không làm thua kém sống còn và giảm biến chứng tay-vai ở nhóm chọn lọc, làm giảm tỉ lệ biến chứng nặng mà vẫn đảm bảo an toàn.[8][9].

Đồng thời, chúng tôi cũng hướng đến giảm biến chứng do nạo hạch, ưu tiên chất lượng sống ở người cao tuổi (chỉ sinh thiết hoặc không nạo hạch nách ở ≥ 70 tuổi và u nguy cơ thấp) mà ít ảnh hưởng tiên lượng bệnh nhất. Theo đó, cá thể hoá can thiệp nách có thể gồm: đánh giá bằng siêu âm nách chuẩn hoá; sinh thiết hạch nách cho đa số cN0; cân nhắc không sinh thiết khi ≥ 70 tuổi, T1, HR(+), HER2(-), siêu âm nách âm, khi kết quả hạch không đổi điều trị. Cách tiếp cận này phù hợp với khuyến cáo NCCN/ESMO về chuẩn hoá đánh giá nách trong

giai đoạn sớm và cùng với xu hướng giảm can thiệp nách trong y văn gần đây [6].

Nghiên cứu này thu thập mẫu ở người cao tuổi mắc ung thư vú giai đoạn sớm đơn trung tâm, nhằm cung cấp thông tin rất cần thiết và thiếu về nhóm tuổi này. Tuy nhiên, cần mở rộng thời gian, số liệu thu thập nhằm tăng tính thống kê, thực đa trung tâm và đánh giá phối hợp vai trò điều đa mô thức sau phẫu nhằm hoàn thiện thông tin và nâng cao chất lượng điều trị ở người cao tuổi.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật ung thư vú giai đoạn sớm ở người cao tuổi tại bệnh viện Thống Nhất có độ an toàn cao, biến chứng nặng thấp, kết quả sống còn và sống không bệnh khả quan. Kết quả khẳng định vai trò chính của phẫu thuật, nhu cầu cá thể hóa chỉ định và tích hợp đánh giá lão khoa nhằm tối ưu hóa hiệu quả và chất lượng sống cho bệnh nhân lớn tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49.
2. **Zaheed M, Barta SK, Bao T.** Breast cancer in older women: current landscape and future directions. *J Geriatr Oncol.* 2022;13(5):619-27.

3. **Hamood R, Hamood H, Merhasin I, Keinan-Boker L.** Chronic comorbidity and age are both independent risk factors for breast cancer survival: A population-based cohort study. *J Geriatr Oncol.* 2021;12(4):646-53.
4. **DeBoniface J, Szulkin R, Johansson ALV.** Medical and surgical postoperative complications after breast conservation versus mastectomy in older women with breast cancer: Swedish population-based register study of 34 139 women. *Br J Surg.* 2023;110(3):344-352. doi:10.1093/bjs/znac411.
5. **Giuliano AE, et al.** Eighth Edition of the AJCC Cancer Staging Manual: Breast Cancer. *Ann Surg Oncol.* 2018;25(7):1783-1785.
6. **Loibl S, Poortmans P, et al.** Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline. *Ann Oncol.* 2024.
7. **Lim YX, et al.** Breast cancer in Asia: incidence, mortality, early detection, mammography programs and risk-based screening initiatives. *Cancers (Basel).* 2022;14(17):4213.
8. **Gentilini O, Veronesi U, Pagan E, et al.** Sentinel-node biopsy or axillary dissection in breast cancer (SOUND): a randomized, multicentre, non-inferiority trial. *Lancet Oncol.* 2023;24(12):1261-1272. doi:10.1016/S1470-2045(23)00444-2.
9. **Reimer T, Stachs A, Nekljudova V, et al.** Randomized trial evaluating omission of axillary surgery in breast cancer with sentinel-node-negative or sentinel-node-positive disease: INSEMA trial. *N Engl J Med.* 2024;390(8):716-728. doi:10.1056/NEJMoa2312979.
10. **Kalinsky K, Barlow WE, Meric-Bernstam F, et al.** 21-Gene assay to inform chemotherapy benefit in node-positive breast cancer. *N Engl J Med.* 2021;385(25):2336-2347. doi:10.1056/NEJMoa2108873.

QUAN ĐIỂM VỀ THẨM MỸ NỤ CƯỜI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TỪ 18-30 TUỔI TẠI TP HÀ NỘI NĂM 2025

Chu Thị Quỳnh Hương^{1,2}, Phan Thị Bích Hạnh¹, Trương Đình Khởi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định quan điểm về thẩm mỹ nụ cười và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành từ 18-30 tuổi tại Hà Nội năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu khảo sát bằng thang điểm VAS0-10 có hình ảnh có chọn lọc, mô tả cắt ngang trên 535 sinh viên bao gồm 259 sinh viên năm nhất và năm hai; 276 sinh viên năm 5 và năm 6 đã được giảng dạy về kiến thức thẩm mỹ nụ cười thẩm mỹ khuôn mặt tại Trường ĐH Y Dược, ĐHQGHN năm 2025. **Kết quả:** Trong nhóm 1 khác

biệt theo giới chủ yếu xuất hiện ở G3-G4, H2-H3 và D3 trong khi nhóm 2 cho thấy khác biệt theo giới lớn hơn và rõ rệt hơn, đặc biệt ở G1, G3-G4, M2-M3 và D1-D3. Điểm nhóm 1 lớn hơn nhóm 2 các hình G1, G2, G3, G4 có nghĩa thống kê $p < 0,0001$. Khi so sánh từng nhóm: Nhóm 1: $G5 > G1 > G2 > G3 > G4$; nhóm 2 và chung cho 2 nhóm: $G5 > G1 = G2 > G3 > G4$. Ở cả ba mức M1-M3, nhóm 1 luôn có điểm cao hơn nhóm 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ đồng thời trong mỗi nhóm điểm giảm dần rõ rệt từ M1 > M2 > M3. **Kết luận:** Quan điểm thẩm mỹ nụ cười của người trưởng thành 18-30 tuổi bị ảnh hưởng bởi giới, tuổi và kiến thức, trải nghiệm về thẩm mỹ, nữ giới có quan điểm khắt khe hơn nam giới. Mức độ hồ lợi, sự đối xứng viền lợi và chiều cao thân răng cửa giữa hàm trên, mức độ lệch đường giữa và khe thừa răng cửa giữa hàm trên liên quan trực tiếp và ảnh hưởng lớn đến quan điểm về thẩm mỹ nụ cười ở người trưởng thành trẻ tuổi. **Từ khóa:** Thiết kế nụ cười, thẩm mỹ nụ cười, quan điểm nụ cười

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Quỳnh Hương
Email: quynhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2026

Ngày duyệt bài: 5.3.2026