

6. Simons FER, Arduzzo LRF, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, et al. World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis. World Allergy Organ J. 2011;4:13–37. <https://doi.org/10.1097/WOX.0b013e318211496c>
7. Pouessel G, Deschildre A, Dribin TE, Ansotegui IJ, Cardona V, Chinthrajah RS, et al. Refractory

Anaphylaxis: A New Entity for Severe Anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol Pract. 2023;11:2043–8. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2023.04.037>

8. Dewachter P, Savic L. Perioperative anaphylaxis: pathophysiology, clinical presentation and management. BJA Educ. 2019;19:313–20. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2019.06.002>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ ĐƯỢC PHẪU THUẬT BẢO TỒN TẠO HÌNH CHỮ B TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Lê Minh Phong¹, Nguyễn Đoàn Tiến Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật bảo tồn tạo hình chữ B tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiền cứu, thực hiện trên 51 người bệnh với chẩn đoán ung thư tuyến vú được phẫu thuật bảo tồn tạo hình chữ B tại Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2025. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 51 bệnh nhân cho thấy tuổi trung bình $52,3 \pm 9,8$, nhóm tuổi 40-60 chiếm 64,7%. Lý do vào viện chủ yếu là tự sờ thấy khối u (78,4%). Khối u gặp nhiều nhất ở 1/4 trên ngoài (43,1%). Kích thước u trung bình $2,1 \pm 0,7$ cm; T1 và T2 chiếm 92,2%. Đa số không có xâm lấn da - núm vú (86,3%); 29,4% sờ thấy hạch nách. BIRADS 4-5 chiếm 92,2%. Ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm 84,3%; độ mô học II chiếm 58,8%. Tỷ lệ không di căn hạch (N0) là 70,6%; giai đoạn I-II chiếm 100%, trong đó giai đoạn II là 58,8%. ER và PR dương tính lần lượt 72,5% và 68,6%; HER2 dương tính 19,6%; Ki-67 $\geq 20\%$ là 41,2%. Phân nhóm phân tử chủ yếu là Luminal A và Luminal B (68,6%). **Kết luận:** Bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật bảo tồn tạo hình chữ B chủ yếu ở giai đoạn sớm, với kích thước u nhỏ, tỷ lệ hạch âm tính cao và đặc điểm sinh học ưu thế thuộc nhóm Luminal.

Từ khóa: Ung thư vú, phẫu thuật bảo tồn, tạo hình chữ B.

SUMMARY

¹ Bệnh viện Quân Y 175

² Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Phong

Email: drphonglm175@gmail.com

Mã bài: N716

Ngày nhận bài: 3.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 3.3.2026

Ngày duyệt bài: 3.4.2026

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF BREAST CANCER PATIENTS UNDERGOING BREAST-CONSERVING SURGERY WITH B-PLASTY AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To evaluate the clinical and paraclinical characteristics of breast cancer patients undergoing breast-conserving surgery with B-plasty at Military Hospital 175. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 51 patients diagnosed with breast cancer who underwent breast-conserving surgery with B-plasty at Military Hospital 175 from December 2022 to October 2025. **Results:** The mean age was 52.3 ± 9.8 years, with the 40–60 age group accounting for 64.7%. The most common presenting complaint was a self-detected breast lump (78.4%). Tumors were most frequently located in the upper outer quadrant (43.1%). The mean tumor size was 2.1 ± 0.7 cm; T1–T2 stages accounted for 92.2%. Most patients had no skin or nipple involvement (86.3%); 29.4% had palpable axillary lymph nodes. BI-RADS 4–5 accounted for 92.2%. Invasive ductal carcinoma was the predominant histological type (84.3%), and histological grade II was most common (58.8%). The rate of node-negative disease (N0) was 70.6%; stages I–II accounted for 100%, with stage II comprising 58.8%. ER and PR positivity rates were 72.5% and 68.6%, respectively; HER2 positivity was 19.6%; Ki-67 $\geq 20\%$ was observed in 41.2% of cases. The predominant molecular subtypes were Luminal A and Luminal B (68.6%). **Conclusion:** Patients undergoing breast-conserving surgery with B-plasty were predominantly at an early stage, with small tumor size, a high rate of node-negative disease, and predominantly Luminal biological subtypes.

Keywords: Breast cancer; breast-conserving surgery; B-plasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh lý ác tính phổ biến nhất ở phụ nữ và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở nữ giới, với số ca mắc ngày càng gia tăng tại Việt Nam [1]. Nhờ tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, đặc biệt là phát hiện sớm, tiên lượng bệnh đã được cải thiện rõ rệt. Phẫu thuật bảo tồn vú được chứng minh có hiệu quả điều trị tương đương cắt tuyến vú toàn bộ trong ung thư vú giai đoạn sớm, đồng thời giúp cải thiện thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống người bệnh [2]. Trong xu hướng phát triển của phẫu thuật tạo hình ung thư (oncoplastic surgery), các kỹ thuật tạo hình như tạo hình chữ B cho phép mở rộng chỉ định bảo tồn, đặc biệt ở các vị trí khó, đảm bảo diện cắt an toàn và kết quả thẩm mỹ chấp nhận được [3]. Tuy nhiên, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật này tại Việt Nam còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật bảo tồn tạo hình chữ B tại Bệnh viện Quân y 175.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 51 người bệnh nữ chẩn đoán xác định ung thư tuyến vú giai đoạn I-II trên mô bệnh học được phẫu thuật bảo tồn tạo hình chữ B tại Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2025.

* **Tiêu chí lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư vú giai đoạn sớm (theo phân loại TNM giai đoạn I, II); U đơn ổ, kích thước phù hợp bảo tồn; Có chỉ định và đồng ý phẫu thuật bảo tồn tạo hình; Đồng ý tham gia nghiên cứu và ký cam kết đồng thuận phẫu thuật cũng như theo dõi hậu phẫu.

* **Tiêu chí loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng đi kèm không đủ sức khỏe để thực hiện phẫu thuật; Ung thư vú đa ổ hoặc lan tỏa; Có chống chỉ định xạ trị sau mổ; Từ chối tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu sau:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần đạt; $Z(1-\alpha/2)$: hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95%; α mức ý nghĩa, với $\alpha = 0,05$, có $Z(1-\alpha/2) = 1,96$; p: ước lượng tỷ lệ đạt thẩm mỹ tốt, ước tính $p = 85\%$ (theo nghiên cứu của Ahmed F. và cộng sự) [3], chọn $p = 0,85$; d: sai số chấp nhận được của ước lượng, lấy $d = 0,1$. Thay các chỉ số vào công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là $n = 49$.

Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định ung thư vú giai đoạn I-II có chỉ định phẫu thuật bảo tồn tuyến vú thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ bệnh nhân tại Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2025. Thực tế khảo sát được 51 bệnh nhân.

Nội dung và chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: tuổi, triệu chứng phát hiện, vị trí u, kích thước u, giai đoạn bệnh.

- Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh: Siêu âm, nhũ ảnh (BIRADS); Giải phẫu bệnh (type mô học, độ mô học); Hóa mô miễn dịch (ER, PR, HER2, Ki-67); Giai đoạn TNM.

Phân tích số liệu

Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS statistic 22.0 và phần mềm Microsoft Excel 2016. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ % cho các biến định tính và giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng.

Đạo đức nghiên cứu

Tất cả người bệnh được giải thích đầy đủ về mục tiêu, nội dung nghiên cứu và đồng ý tham gia bằng văn bản. Thông tin cá nhân được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu không can thiệp ngoài chỉ định điều trị thông thường, đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học và được sự cho phép của Lãnh đạo bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 51)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (năm)	< 40	6	11,8
	40–60	33	64,7
	> 60	12	23,5

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (Trung bình $\pm$ SD) (năm)		52,3 $\pm$ 9,8	
Lý do vào viện	Sờ thấy khối u	40	78,4
	Phát hiện qua tầm soát	11	21,6
Vị trí khối u	1/4 trên ngoài	22	43,1
	1/4 trên trong	6	11,8
	1/4 dưới trong	15	29,4
	1/4 dưới ngoài	8	15,7

Nhận xét: Tuổi trung bình là 52,3 $\pm$ 9,8, trong đó nhóm tuổi 40-60 chiếm tỷ lệ cao nhất (64,7%). Lý do vào viện chủ yếu là tự sờ thấy khối u (78,4%). Khối u gặp nhiều nhất ở vị trí 1/4 trên ngoài (43,1%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng khối u (n=51)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kích thước u (cm)	$\leq$ 2 cm (T1)	25	49,0
	> 2 - $\leq$ 5 cm (T2)	22	43,2
	> 5 cm (T3)	4	7,8
Tình trạng da - núm vú	Không xâm lấn	44	86,3
	Có thay đổi (co kéo, dày da)	7	13,7
Sờ thấy hạch nách	Không	36	70,6
	Có	15	29,4
Kích thước trung bình (Trung bình $\pm$ SD) (cm)		2,1 $\pm$ 0,7	

Nhận xét: Khối u chủ yếu có kích thước T1 và T2 (92,2%), kích thước trung bình 2,1 $\pm$ 0,7 cm. Đa số không có xâm lấn da - núm vú (86,3%). Có 29,4% bệnh nhân sờ thấy hạch nách.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng hình ảnh và mô bệnh học (n=51)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phân loại BIRADS	BIRADS 3	4	7,8
	BIRADS 4	28	54,9
	BIRADS 5	19	37,3
Loại mô bệnh học	Ung thư biểu mô ống xâm nhập	43	84,3
	Ung thư biểu mô tiểu thùy	5	9,8
	Loại khác	3	5,9
Độ mô học (Nottingham)	Độ I	11	21,6
	Độ II	30	58,8
	Độ III	10	19,6

Nhận xét: Đa số bệnh nhân BIRADS 4 và 5 (92,2%). Ung thư biểu mô ống xâm nhập là mô bệnh học chủ yếu (84,3%). Độ mô học II chiếm tỷ lệ cao nhất (58,8%).

Bảng 4. Tình trạng hạch và giai đoạn bệnh (n=51)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng hạch nách	N0	36	70,6
	N1	15	29,4
Giai đoạn T (TNM)	T1	25	49,0
	T2	22	43,2
	T3	4	7,8
Giai đoạn bệnh (AJCC)	Giai đoạn I	21	41,2
	Giai đoạn II	30	58,8

Nhận xét: Tỷ lệ không di căn hạch nách (N0) là 70,6%. Giai đoạn T1 và T2 chiếm 92,2%. Bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn I và II, trong đó giai đoạn II chiếm 58,8%.

Bảng 5. Đặc điểm hóa mô miễn dịch và phân nhóm phân tử (n=51)

	Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
ER	Dương tính	37	72,5
	Âm tính	14	27,5
PR	Dương tính	35	68,6
	Âm tính	16	31,4
HER2	Dương tính	10	19,6
	Âm tính	41	80,4
Ki-67	< 20%	30	58,8
	≥ 20%	21	41,2
Phân nhóm phân tử	Luminal A	23	45,1
	Luminal B	12	23,5
	Nhóm giàu HER2	7	13,7
	Nhóm âm tính ba thụ thể	9	17,7

Nhận xét: Tỷ lệ ER và PR dương tính lần lượt là 72,5% và 68,6%. HER2 dương tính chiếm 19,6%. Ki-67 ≥ 20% gặp ở 41,2% trường hợp. Phân nhóm phân tử chủ yếu là Luminal A và Luminal B (68,6%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là $52,3 \pm 9,8$, trong đó nhóm tuổi 40–60 chiếm tỷ lệ cao nhất (64,7%). Kết quả này cao hơn một chút so với nghiên cứu của Trần Trọng Hữu và cộng sự (2025) khi tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 48,4 tuổi [2]; cũng như Ahmed F. (2021) ghi nhận độ tuổi dao động từ 20 đến 66 tuổi và tuổi trung bình là $48,8 \pm 14,2$ [3].

Vị trí khối u gặp nhiều nhất ở 1/4 trên ngoài (43,1%), tỷ lệ này thấp hơn Trần Trọng Hữu (69,6%) [2]; cũng như nghiên cứu của Yeh và cộng sự ghi nhận tới 60,9% [4]. Điều này được giải thích do vùng 1/4 trên ngoài có mật độ mô tuyến cao hơn, đặc biệt là phần đuôi tuyến vú kéo dài về phía hố nách, làm tăng nguy cơ xuất hiện tổn thương ác tính.

Về đặc điểm khối u, kích thước trung bình $2,1 \pm 0,7$ cm, với T1–T2 chiếm 92,2%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ cũng ghi nhận kích thước u trung bình 2,2 cm [2], và theo Ahmed F. kích thước u trung bình là $2 \pm 0,83$ cm [3]. Về mặt cơ chế, kích thước u nhỏ cho phép đạt diện cắt âm tính và bảo tồn thể tích tuyến vú, là điều kiện tiên quyết để thực hiện phẫu thuật bảo tồn và các kỹ thuật tạo hình.

Tỷ lệ không xâm lấn da - núm vú cao (86,3%) cho thấy tổn thương chủ yếu còn khu trú tại nhu mô tuyến vú. Đồng thời, tỷ lệ sờ thấy hạch nách là 29,4%, tương ứng với khoảng 70% bệnh nhân không có biểu hiện hạch trên lâm sàng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Trọng Hữu ghi nhận tình trạng di căn hạch nách ghi

nhận trong 30,4% trường hợp [2], cho thấy đa số bệnh nhân thuộc giai đoạn sớm hoặc trung gian.

4.2. Về đặc điểm cận lâm sàng

Trong 51 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, kết quả phân loại BIRADS ghi nhận phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm BIRADS 4 (54,9%) và BIRADS 5 (37,3%). Tổng tỷ lệ bệnh nhân có hình ảnh nghi ngờ ung thư (BIRADS 4 và 5) lên đến 92,2%. Kết quả phân bố loại BIRADS trong nghiên cứu này phù hợp với Shatabdi Pal và cộng sự (2024), khi tỷ lệ ác tính cao nhất tập trung ở nhóm BIRADS 4 và 5 [5]. Trần Trọng Hữu cũng ghi nhận kết quả BI-RADS IV chiếm tỷ lệ trên 80% [2]. Tỷ lệ BIRADS 3 chỉ chiếm 7,8% cho thấy các tổn thương lành tính chiếm tỷ lệ nhỏ trong mẫu nghiên cứu. Kết quả này phù hợp với đặc điểm của nhóm bệnh nhân đã được chỉ định phẫu thuật, tức là đã có bằng chứng nghi ngờ hoặc xác định ác tính trước mổ.

Về phân bố loại mô bệnh học, kết quả cho thấy ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm 84,3%, tiếp đến là ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập với 9,8%, và các loại khác chiếm 5,9%. Tỷ lệ biểu mô ống trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với báo cáo của Thuan và cộng sự (2022) trong nghiên cứu so sánh giữa Việt Nam và Ý, khi ghi nhận ung thư biểu mô ống chiếm chủ yếu (93,2% ở bệnh nhân người Việt và 84,7% ở người Ý [6]). Xét về độ mô học theo thang điểm Nottingham, kết quả của chúng tôi cho thấy độ mô học II chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,8%, tiếp đến độ I (21,6%) và độ III (19,6%). Kết quả này phù hợp với nhiều báo cáo trong nước. Nghiên cứu của Thuan và cộng sự trên bệnh nhân ung thư vú tại Việt Nam cũng ghi

nhận phần lớn bệnh nhân được phân loại vào nhóm chỉ số tiên lượng Nottingham độ II, III chiếm chủ yếu (43,2% và 44,3%) [6]. Có sự khác biệt do quá trình chọn lựa đối tượng nghiên cứu để phù hợp với phương pháp điều trị bảo tồn do ung thư vú.

Đặc điểm hóa mô miễn dịch cho thấy tỷ lệ ER và PR dương tính lần lượt là 72,5% và 68,6%, trong khi HER2 dương tính chiếm 19,6%. Phân nhóm phân tử trong nghiên cứu cho thấy Luminal A và Luminal B chiếm 68,6%, trong khi nhóm giàu HER2 và nhóm âm tính ba thụ thể chiếm tỷ lệ thấp hơn. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Su và cộng sự (2011) với tỷ lệ mắc các phân nhóm luminal A, luminal B, thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì HER2 và bộ ba âm tính lần lượt là 48,6%, 16,7%, 13,7% và 12,9% [7]. Nghiên cứu của Hữu và cộng sự cũng cho thấy thụ thể nội tiết dương tính gặp trong 54,3%, biểu hiện quá mức protein Her2 gặp trong 17,4% trường hợp [2]. Về cơ chế, các khối u có thụ thể nội tiết dương tính thường có mức độ biệt hóa cao hơn, tốc độ tăng sinh thấp hơn và đáp ứng tốt với điều trị nội tiết, do đó có tiên lượng thuận lợi hơn so với các nhóm khác. Về ý nghĩa lâm sàng, ưu thế của nhóm Luminal cùng với tỷ lệ hạch âm tính cao và giai đoạn sớm là những yếu tố thuận lợi cho điều trị bảo tồn, giúp giảm nguy cơ tái phát tại chỗ và tối ưu hóa kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật.

Tỷ lệ Ki-67 $\geq 20\%$ là 41,2%, cho thấy mức độ tăng sinh tế bào ở mức trung gian. Ki-67 là một protein nhân, chỉ biểu hiện trong các pha hoạt động của chu kỳ tế bào (G1, S, G2 và M), nhưng không có ở pha nghỉ (G0), do đó được xem là dấu ấn phản ánh trực tiếp hoạt động tăng sinh của tế bào u. Sự biểu hiện của Ki-67 có liên quan chặt chẽ đến sự tăng sinh và phát triển của tế bào khối u và được đánh giá thường xuyên như một dấu ấn tăng sinh [8]. Tuy nhiên, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu vẫn thuộc nhóm Luminal và giai đoạn sớm, giá trị Ki-67 ở mức trung gian không làm thay đổi chỉ định phẫu thuật bảo tồn, mà chủ yếu có ý nghĩa trong định hướng điều trị hỗ trợ và tiên lượng bệnh.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật bảo tồn tạo hình chữ B chủ yếu ở độ tuổi trung niên, phát hiện bệnh qua triệu chứng lâm sàng, với khối u thường khu trú tại 1/4 trên ngoài. Đa số bệnh ở giai đoạn sớm (T1–T2), tỷ lệ hạch âm

tính cao, không xâm lấn da - núm vú. Mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô ống xâm nhập, độ mô học II chiếm ưu thế. Đặc điểm sinh học cho thấy tỷ lệ ER, PR dương tính cao và phân nhóm Luminal chiếm đa số, những yếu tố này phù hợp với chỉ định phẫu thuật bảo tồn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dung HA, Quang LH, Quang LV, Cong BT. Level-2 Oncoplastic Surgical Techniques for Breast Cancer: A Preliminary Vietnamese Report. *Med Arch*. 2024;78:131–8. <https://doi.org/10.5455/medarh.2024.78.131-138>
2. Trần Trọng Hữu, Huỳnh Thảo Luật, Hồ Long Hiền và cộng sự. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bảo tồn điều trị carcinôm tuyến vú giai đoạn I - II tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y dược học cần thơ*. 2025;126–32. <https://doi.org/10.58490/ctjump.2025i92.4291>
3. Amer AF, Elghandour AM, Abdelrahim HS. B-plasty technique as an approach for lateral breast tumors. *The Egyptian Journal of Surgery*. 2021;40:1394. https://doi.org/10.4103/ejs.ejs_253_21
4. Chan S, Chen J-H, Li S, Chang R, Yeh D-C, Chang R-F, et al. Evaluation of the association between quantitative mammographic density and breast cancer occurred in different quadrants. *BMC Cancer*. 2017;17:274. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3270-0>
5. Pal S, Mahajan M, Borde N, Kulkarni S, Bhale CP. Comparative study of Birads score with Histopathological Findings in Core Needle Biopsies of Breast Lesions in A Tertiary Care Hospital. *Journal of Cardiovascular Disease Research*. 2024;15:1364–72.
6. Nguyen-Phuong T-T, Nguyen-Thanh T, Tanda F, Marras V, Tran-Anh H, Le-Van T, et al. Comparative Study on Clinicopathological Characteristics of Breast Cancer in Vietnam and Italy. *Clin Exp Obstet Gynecol*. IMR Press; 2022;49:204. <https://doi.org/10.31083/j.ceog4909204>
7. Su Y, Zheng Y, Zheng W, Gu K, Chen Z, Li G, et al. Distinct distribution and prognostic significance of molecular subtypes of breast cancer in Chinese women: a population-based cohort study. *BMC Cancer*. 2011;11:292. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-11-292>
8. Davey MG, Hynes SO, Kerin MJ, Miller N, Lowery AJ. Ki-67 as a Prognostic Biomarker in Invasive Breast Cancer. *Cancers (Basel)*. 2021;13:4455. <https://doi.org/10.3390/cancers13174455>