

Biên soạn và hoàn chỉnh Tiêu chuẩn Việt Nam đối với các sinh phẩm chẩn đoán HIV.

Xây dựng Sổ tay An toàn phòng thí nghiệm (bao gồm cả nội dung an toàn, thủ tục ra vào khu lây nhiễm, tránh làm lây lan các nguồn nhiễm ra môi trường xung quanh).

Xây dựng phần mềm quản lý Ngân hàng mẫu chuẩn Quốc gia.

Đôi với chương trình Quốc gia phòng chống HIV/AIDS. Trên cơ sở các kết quả kiểm định chất lượng sinh phẩm chẩn đoán HIV có độ tin cậy và tính chính xác cao, Bộ Y tế có thể lựa chọn được những loại sinh phẩm chẩn đoán HIV có chất lượng cao sử dụng trong hoạt động giám sát dịch tễ học HIV và xét nghiệm phát hiện sàng lọc các trường hợp nhiễm HIV để có kế hoạch điều trị kịp thời những bệnh nhân HIV; góp phần làm tốt hơn nữa chương trình mục tiêu Quốc gia giám sát và phòng chống HIV tại Việt Nam.

4.3 Tính bền vững của dự án xây dựng ngân hàng mẫu chuẩn quốc gia dùng cho kiểm định chất lượng sinh phẩm chẩn đoán HIV tại Việt Nam. Với kết quả thu thập số lượng mẫu với tổng số 1249 mẫu phân bố theo cơ cấu; bộ mẫu dương tính 405 mẫu, bộ mẫu âm tính 802 mẫu, bộ mẫu khó 42 mẫu và 03 bộ mẫu chuyển đổi huyết thanh. Từ ngân hàng mẫu trên được chia ra 02 bộ panel chuẩn để sử dụng cho công tác kiểm định chất lượng sinh phẩm chẩn đoán HIV tại Viện kiểm định quốc gia vắc xin và sinh phẩm y tế với thời gian ước tính 4 năm.

Để đảm bảo tính bền vững của dự án, trong thời gian sử dụng hàng năm căn cứ vào nhu cầu thực tế về kiểm định chất lượng sinh phẩm chẩn đoán bao gồm tiền kiểm (kiểm định đầu vào) và hậu kiểm giám sát. Viện Kiểm định quốc gia vắc xin và sinh phẩm y tế bổ sung nguồn ngân sách trích từ thu phí kiểm định (dự toán cụ thể theo thực tế dự trù của Khoa mẫu chuẩn của Viện hàng năm) để thu thập bổ sung các mẫu huyết thanh đã sử dụng phục vụ chuyên môn nhằm đảm bảo tính bền vững và hiệu quả của dự án.

V. KẾT LUẬN

Xây dựng được Ngân hàng mẫu chuẩn cho đánh giá chất lượng sinh phẩm chẩn đoán HIV gồm có:

- Bộ mẫu dương tính: 405 mẫu.
- Bộ mẫu âm tính: 802 mẫu.
- Bộ mẫu khó: 42 mẫu.
- Bộ mẫu chuyển đổi huyết thanh: 03 bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Joint United Nations Programme on HIV/AIDS** (UNAIDS)-WHO. Revised recommendations for the selection and use of HIV antibody tests, Wkly Epidemiol Rec, vol. 2, no.12, pp.81-7, Mar 21 1997.
2. **Quyết định 1097/QĐ-BYT** ngày 04 tháng 04 năm 2013: Về việc ban hành Hướng dẫn xây dựng ngân hàng mẫu HIV dùng cho các hoạt động bảo đảm chất lượng xét nghiệm HIV.
3. **Quyết định số 1098/QĐ-BYT** ngày 04 tháng 04 năm 2013: Về việc ban hành hướng dẫn quốc gia về xét nghiệm huyết thanh học HIV.

PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN SỚM VỚI TÁI TẠO BẰNG TÚI ĐỘN CÓ SỬ DỤNG PROLENE MESH

Huỳnh Quang Khánh*, Trần Lê Bảo Châu*, Nguyễn Văn Khôi*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngày nay có nhiều lựa chọn tái tạo tuyến vú tức thì sau mổ ung thư tuyến vú giai đoạn sớm, tùy vào điều kiện bệnh nhân, kinh nghiệm và khả năng của phẫu thuật viên. Có thể sử dụng túi ngực nhân tạo hoặc chuyển vạt da cơ để tái tạo lại tuyến vú, phẫu thuật này được thực hiện dưới gây mê và ngay sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú. Trong khi nếu sử dụng túi dẫn mô thì phải cần đến hai lần phẫu thuật. **Mục tiêu nghiên cứu:** phẫu thuật tái tạo

vú ngay sau cắt vú nhằm tạo lại tuyến vú như lúc chưa phẫu thuật. **Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi nghiên cứu loạt trường hợp ung thư vú giai đoạn sớm được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú và tái tạo vú bằng túi nhân tạo sau cơ ngực lớn có sử dụng prolene mesh. Nghiên cứu thực hiện tại Đơn vị Tuyến vú bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 4/2020 đến tháng 04/2021. **Kết quả:** Có 25 trường hợp ung thư vú giai đoạn sớm (Giai đoạn 0: 6 trường hợp, giai đoạn IA: 2 trường hợp, giai đoạn IIA: 17 trường hợp), trong đó có 2 trường hợp hóa trị tiền phẫu. Có 17 trường hợp đoạn nhũ tiết kiềm da chữa núm vú tái tạo, 8 trường hợp đoạn nhũ tiết kiềm da tái tạo được thực hiện. Tuổi trung bình $45,7 \pm 9,2$ tuổi, nhỏ nhất 30 tuổi, lớn nhất 63 tuổi. Thời gian mổ trung bình $239 \pm 26,4$ phút. Không có trường hợp nào biến chứng lớn, có 1 trường hợp độ da sau mổ, 1 trường hợp thiếu máu núm vú sau mổ, các trường hợp này đều ổn định khi xuất viện. Về mặt thẩm mỹ, kết quả xuất sắc 20% và tốt 80%.

*Đơn vị Tuyến vú- Trung tâm Ung Bướu Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Khánh

Email: huynhquangkhanhbvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.4.2022

Ngày duyệt bài: 15.4.2022

Các bệnh nhân sau phẫu thuật được theo dõi và điều trị tiếp theo phác đồ đã hội chẩn đa chuyên khoa, không có trường hợp nào xạ trị sau mổ. Chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát hay di căn xa. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt vú và tái tạo vú một thì trong ung thư vú giai đoạn sớm có thể thực hiện với những điều kiện cần thiết, tuy nhiên cần có nhiều nghiên cứu với lượng bệnh lớn hơn và theo dõi lâu dài để có thể kết luận xác thực hơn.

Từ Khóa: Ung thư vú, tái tạo tuyến vú một thì.

SUMMARY

IMMEDIATE BREAST RECONSTRUCTION WITH IMPLANTS AND PROLENE MESH IN EARLY BREAST CANCER

Background: Several techniques are available today for immediate breast reconstruction and the choice depends on patient desire, the local condition of the thoracic tissues and, of course, surgeon experience and skills. If a definitive implant is used or a flap performed, it generally requires only one surgical procedure under general anesthesia, while using a tissue expander requires two surgical procedures. **Objective:** Breast reconstruction surgery - a series of surgical procedures aimed at recreating a breast so that it looks as much as possible like the other breast. **Materials and methods:** We report a series cases early breast cancer patients who underwent mastectomy and immediate breast reconstruction with implants in a submuscular pocket created beneath the pectoralis major muscle combine with prolene mesh. The study has been done at Breast department Cho Ray hospital from 04/2020 to 04/2021. **Results:** There were 25 cases with early breast cancer (Stage 0: 6 cases, Stage IA: 2 cases, Stage IIA: 17 cases), in that two cases used neoadjuvant therapy. A total of 17 nipple-sparing mastectomy reconstructions and 8 skin-sparing mastectomy reconstructions were performed during the study period. Mean age were $45,4 \pm 9,2$ (from 30 to 63). Mean time operation were $239 \pm 26,4$ minutes. No major complications. There are one case with skin redness and one case with partial nipple ischemia. In cosmetic aspect, results were excellent 20% and good 80%. After operating the patients had been follow-up and treatment with MDT consultant, no case need adjuvant radiotherapy. No recurrence or metastasis. **Conclusion:** Immediate breast reconstruction with implant in early breast cancer is feasible with strict condition. However, Further studies with a larger number of patients and a follow-up are necessary to draw more validated conclusions

Key words: breast cancer, immediate breast reconstruction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là một trong những loại ung thư thường gặp ở nữ giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Mỗi năm ở Việt Nam có khoảng hơn 15.230 phụ nữ mới mắc và hơn 6.100 trường hợp tử vong do ung thư vú [1]. Điều trị ung thư

vú ngày nay có nhiều thay đổi và tiến bộ nhằm mục tiêu nâng cao tỷ lệ sống còn và đồng thời hướng tới việc mang lại chất lượng cuộc sống sau điều trị tốt hơn cho bệnh nhân. Do đó, đưa bệnh nhân trở về cuộc sống bình thường và không còn những khiếm khuyết cơ thể sau điều trị là một trong những vấn đề được quan tâm hiện nay trong phẫu thuật ung thư vú.

Tại Việt Nam, trước đây đa số các phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp phẫu thuật đoạn nhũ toàn bộ và nạo hạch nách cho các bệnh nhân ung thư vú kể cả đối với bệnh nhân ung thư ở giai đoạn sớm nhằm mục tiêu đạt được tính an toàn về phẫu thuật cho bệnh nhân. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng, các phẫu thuật bảo tồn, hoặc cắt vú tiết kiệm da, cắt vú bảo tồn núm vú vẫn đạt được tính an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân có chỉ định nếu đảm bảo kĩ thuật mổ cũng như thực hiện sinh thiết lạnh trong mổ để xác định các biên phẫu thuật an toàn. Tác giả Woosung Lim [4] đã nghiên cứu cho thấy kết quả về thời gian sống không bệnh và tỷ lệ sống còn toàn bộ trong 5 năm của nhóm bệnh nhân phẫu thuật đoạn nhũ tiết kiệm da không kém hơn so với nhóm phẫu thuật đoạn nhũ thông thường ở tất cả các giai đoạn, đồng thời tỷ lệ tái phát tại chỗ giữa hai nhóm không có khác biệt có ý nghĩa thống kê. Eva Singletary [5] áp dụng phương pháp phẫu thuật đoạn nhũ tiết kiệm da và tái tạo tức thì ở 545 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn đầu đã kết luận tái phát tại chỗ sau phẫu thuật có liên quan đến bản chất sinh học của u và giai đoạn bệnh, nhưng không liên quan đến phương pháp tái tạo hoặc cắt bỏ vú bảo tồn da.

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch có tái tạo vú tức thì bằng túi độn ngực ở bệnh nhân ung thư vú" tại Đơn vị Tuyến Vú - Bệnh viện Chợ Rẫy nhằm đưa ra kết quả về tính hiệu quả và an toàn sau mổ của phương pháp phẫu thuật này, cũng như đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân sau khi được điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả hàng loạt ca

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 04/2020 đến tháng 04/2021 tại Đơn vị Tuyến vú - Bệnh viện Chợ Rẫy.

3. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân ung thư vú đã được phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch và tái tạo vú tức thì bằng túi độn.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả bệnh nhân đã được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn từ T2

trở xuống và điều trị phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch và tái tạo vú tức thì bằng túi độn ngực.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có u ác vú xâm lấn da hoặc cơ ngực lớn

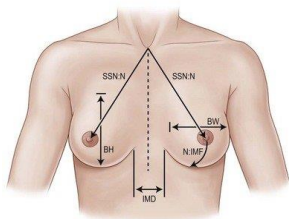
- Bệnh nhân có tiền căn đã phẫu thuật đặt túi ngực

4. Quy trình phẫu thuật

Chẩn đoán: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú sau khi đã có kết quả giải phẫu bệnh lý và hóa mô miễn dịch. Sau đó bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn bao gồm đánh giá khối u và hạch vùng qua khám lâm sàng và siêu âm tuyến vú hai bên, đánh giá di căn xa qua các kết quả siêu âm bụng, X-Quang ngực thẳng hoặc chụp cắt lớp vi tính hoặc PET-CT nếu cần thiết.

Hội chẩn đa chuyên khoa (MDT): Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định sẽ được hội chẩn liên chuyên khoa để đưa ra hướng điều trị phù hợp. Các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật trong hội chẩn Ung bướu sẽ được xét chỉ định phương pháp phẫu thuật phù hợp tùy theo đánh giá khối u và giai đoạn bệnh. Những trường hợp bệnh nhân có khối u T1 hoặc T2, Tis lan rộng hoặc u sát núm vú và có mong muốn tái tạo vú tức thì sẽ được chọn thực hiện phương pháp phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch và tái tạo vú tức thì bằng túi độn ngực.

Quy trình phẫu thuật: Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật được chuẩn bị đầy đủ các xét nghiệm tiền phẫu. Bệnh nhân được đo các kích thước ngực để chọn túi ngực phù hợp.



Hình 2: Các kích thước cần đo trước khi phẫu thuật bao gồm: SSN:N (hôm ực đến núm vú), BW (chiều ngang của vú), BH (chiều cao của vú), IMD (khoảng cách trong giữa hai vú) và N:IMF (núm vú đến nếp lằn vú dưới)

Các kích thước cần đo bao gồm: khoảng cách từ hôm ực đến núm vú, khoảng cách trong giữa hai vú, chiều ngang của vú, đường từ núm vú đến nếp lằn vú dưới.

Chúng tôi sử dụng túi ngực Motiva không chip để đặt cho các bệnh nhân, do đó sau khi đo các kích thước cần thiết, chúng tôi căn chỉnh theo bảng kích thước sau để lựa chọn túi ngực phù hợp cho bệnh nhân.

Phương pháp phẫu thuật:

- Đoạn nhũ nạo hạch: Bệnh nhân nằm ngửa, kê gối dưới vai. Đường rạch da hình oval tiết kiệm da theo hướng vị trí u, chừa núm vú hoặc bỏ núm vú nếu u gần núm vú hoặc có xâm lấn núm vú đã được đánh giá dưới siêu âm trước đó. Tiến hành bóc tách cắt toàn bộ tuyến vú. Căn gửi sinh thiết lạnh xác định mô sau núm vú nếu có giữ núm vú. Nếu kết quả sinh thiết lạnh ghi nhận mô sau núm vú không có tế bào u thì giữ lại núm vú. Sau khi đoạn nhũ, tiến hành nạo hạch nách nhóm 1 và nhóm 2.

- Tạo khoang đặt túi ngực: Chúng tôi chọn phương pháp đặt túi dưới cơ nên bắt đầu bóc tách mặt dưới cơ ngực lớn tạo khoang đặt túi ngực. Tiến hành đặt túi ngực và khoang đã được tạo. Chúng tôi sử dụng thêm mô đệm nhân tạo (mèche prolene) để hỗ trợ đóng kín khoang túi ngực và nâng đỡ túi nhằm làm giảm độ căng của lớp cơ, đồng thời tạo sự sa trễ tự nhiên hơn cho túi ngực. Đặt 2 dẫn lưu vết mổ ở ngực và vùng nách cho bệnh nhân. Khâu da thẩm mỹ.

- Theo dõi hậu phẫu: Theo dõi các biến chứng hậu phẫu bao gồm chảy máu, nhiễm trùng vết mổ hoặc hoại tử núm vú nếu bệnh nhân có giữ lại núm vú. Đồng thời đánh giá mức độ đau và sự căng tức do túi ngực.

- Tái khám: Bệnh nhân được xuất viện sau khi đã rút hết hai ống dẫn lưu và không có các biến chứng hậu phẫu. Hẹn tái khám sau xuất viện 1 tuần và tiếp tục các quy trình điều trị sau phẫu thuật cho bệnh nhân.

- Đánh giá kết quả sớm: ghi nhận biến chứng: nhiễm trùng, đỏ da, lộ túi, xơ cứng túi. Để đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân, theo Satsuki Ueda sử dụng bảng 25 câu hỏi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $45,4 \pm 9,1$ tuổi, trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 30 tuổi và bệnh nhân lớn tuổi nhất là 63 tuổi.

2. Giai đoạn bệnh ung thư vú

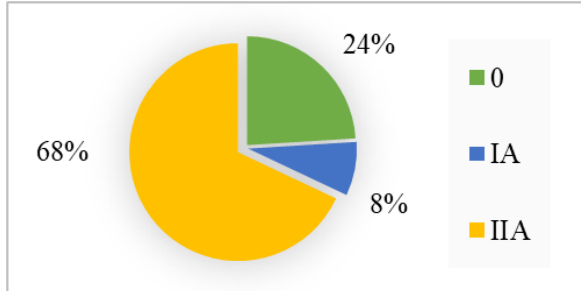
Kích thước u: đánh giá trên lâm sàng trung bình là 2,28 cm và kích thước u đánh giá trên siêu âm trung bình là 12,3 x 17 mm. Trên lâm sàng không có di căn hạch hay di căn xa.

Bảng 4: Giai đoạn ung thư vú của nhóm nghiên cứu (n =25)

	T (n = 25)	%
TisNOM0	4	16%
ycT0NOM0	2	8%
T1NOM0	2	8%
T2NOM0	17	68%

Nhận xét: Có 4 trường hợp ung thư vú tái

chỗ có tổn thương lan rộng cần phải đoạn nhũ. Có 2 trường hợp hóa trị tân bổ trợ có đáp ứng tốt trên lâm sàng.



Biểu đồ 1: Giai đoạn ung thư vú theo TMN (n = 25)

Nhận xét: Đa số các trường hợp ở giai đoạn IIA (68%)

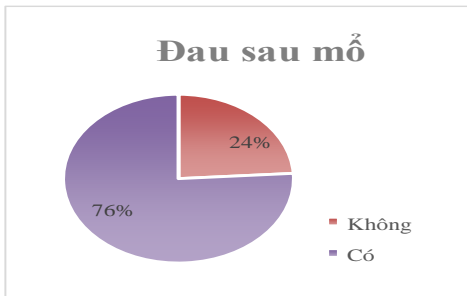
Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là carcinoma tại chỗ nên được đánh giá cTis chiếm tỷ lệ 16%, có 2 trường hợp sau hóa trị khám không còn thấy u đồng thời cũng không có hình ảnh u trên siêu âm nên được đánh giá ycT0 sau hóa trị chiếm tỷ lệ 8%, còn lại đa số bệnh nhân được đánh giá T2 (68%), tất cả bệnh nhân đều ở giai đoạn N0M0 (100%). Do đó, tỷ lệ bệnh nhân được đánh giá giai đoạn theo TMN nhiều nhất là giai đoạn IIA (68%).

3. Đặc điểm phương pháp phẫu thuật

Bảng 5: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân (n = 25)	%
Đoạn nhũ nạo hạch chứa núm vú + Đặt túi ngực	17	68%
Đoạn nhũ nạo hạch + Đặt túi ngực	8	32%

4. Đánh giá hậu phẫu



Chúng tôi có 17 trường hợp (68%) phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch chứa núm vú và đặt túi ngực; 8 trường hợp (32%) phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch thông thường và đặt túi ngực.

Sinh thiết lạnh trong mổ chúng tôi ghi nhận 17 kết quả là mô sau núm vú không tế bào u, 1 kết quả mô sau núm vú còn tế bào u, ngoài ra các trường hợp khác có chỉ định bỏ núm vú ngay từ đầu. Thời gian phẫu thuật trung bình là 239 ± 26,4 phút.

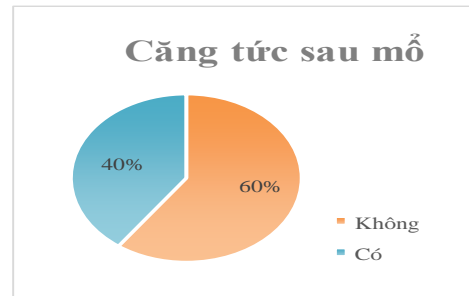
Tất cả các trường hợp đều sử dụng túi ngực Motiva không chip, có 22 trường hợp chiếm tỷ lệ 88% chúng tôi có sử dụng miếng mèche prolene và 3 (12%) trường hợp không cần hỗ trợ thêm mô đệm nhân tạo.

Bảng 6: Kích thước túi của bệnh nhân (n = 25)

Kích thước túi (cc)	Số bệnh nhân (n = 25)	%
185	1	4%
205	1	4%
230	1	4%
245	1	4%
255	5	20%
265	4	16%
285	10	40%
300	2	8%

Nhận xét: Kích thước túi chúng tôi sử dụng chủ yếu trong khoảng 255 - 285cc, nhiều nhất là túi với thể tích 285cc chiếm tỷ lệ 40%, chỉ có 4 trường hợp dùng túi nhỏ hơn 255cc bao gồm các túi 185cc, 205cc, 230cc và 245cc và 2 trường hợp dùng túi lớn 300cc.

Trong mổ chúng tôi ghi nhận chỉ có 1 trường hợp có biến chứng rách khoang cơ ngực lớn khi đặt túi, chiếm tỷ lệ 4%, ngoài ra không ghi nhận các biến chứng khác.



Biểu đồ 2: Đánh giá đau sau mổ và căng tức sau mổ

Tỷ lệ đau sau mổ là 76% và tỷ lệ căng tức ngực sau mổ là 49%. Thời gian rút dẫn lưu ngực trung bình là 4,4 ± 1,1 ngày và thời gian rút dẫn lưu nách trung bình là 7,9 ± 2,2 ngày.

Thời gian hậu phẫu trung bình là 9,6 ± 2,5 ngày và thời gian nằm viện trung bình là 14 ± 3,1 ngày.

5. Kết quả sớm của phẫu thuật

Bảng 7: Mức độ hài lòng của bệnh nhân sau mổ

Mức độ hài lòng của bệnh nhân sau mổ	Số bệnh nhân (n = 25)	%
Không hài lòng	0	0%
Hài lòng	20	80%
Rất hài lòng	5	20%

Sau mổ có 80% bệnh nhân hài lòng với việc tái tạo lại ngực và 20% bệnh nhân rất hài lòng với việc tái tạo bằng túi ngực. Chúng tôi không ghi nhận có trường hợp nào bệnh nhân không hài lòng, hay yêu cầu phải lấy túi ngực ra. Ngoài ra không có trường hợp nào có biến chứng vỡ túi hay co thắt túi sau mổ dẫn đến phải phẫu thuật lại lấy túi ngực.

IV. BÀN LUẬN

1. Lựa chọn giai đoạn ung thư vú có thể phẫu thuật tái tạo vú tức thì bằng túi độn ngực. Phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da (SSM) đã được Toth và Lappert mô tả đầu tiên năm 1991 [2]. Cắt bỏ vú tiết kiệm da theo định nghĩa mô tả quy trình cắt bỏ vú, đơn giản hoặc triệt để đã sửa đổi, với lượng cắt bỏ da tối thiểu. Việc cắt bỏ da phẫu thuật phải: (1) bao gồm phức hợp núm vú-quầng vú, (2) bao gồm vị trí sinh thiết và (3) cho phép tiếp cận với nách để có thể bóc tách [2]. Tính an toàn về ung thư của phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da và tái tạo tức thì (IR) đối với ung thư vú giai đoạn đầu đã được chứng minh trong một số nghiên cứu. Tuy nhiên, phẫu thuật này được coi là chống chỉ định tương đối đối với ung thư vú tiến triển tại chỗ (được định nghĩa là T3N0 hoặc giai đoạn III) do nguy cơ tái phát tại chỗ (LR), trị hoãn điều trị bổ trợ và các ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ của xạ trị hỗ trợ đến vú đã tạo hình [1].

Theo tác giả Woosung Lim, phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da và tái tạo tức thì đã được chứng minh là một thủ thuật an toàn về mặt ung thư trong một số nghiên cứu về ung thư vú giai đoạn đầu. Trong nghiên cứu của Toth và cộng sự phân tích hồi cứu trên 50 bệnh nhân trải qua phẫu thuật này đã báo cáo không có tái phát tại chỗ sau 57 tháng theo dõi, trong đó 48% bệnh nhân ở giai đoạn 0. Foster và cộng sự phân tích trên 25 bệnh nhân giai đoạn IIB hoặc III đã phẫu thuật báo cáo rằng chỉ 1 (4%) bệnh nhân có tái phát tại chỗ xảy ra sau 49,2 tháng theo dõi. Tính an toàn ung thư của phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da và tái tạo tức thì đối với các khối u T1 và T2 đã được chứng minh trong một số nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Newman và

cộng sự, 372 lượt phẫu thuật đã được thực hiện cho các bệnh nhân ung thư vú T1 và T2 ghi nhận tỷ lệ tái phát tại chỗ là 6,2% sau 26 tháng theo dõi. Kroll và cộng sự cũng ghi nhận trong 114 bệnh nhân với T1 hoặc T2 đã được phẫu thuật có tỷ lệ tái phát tại chỗ là 7,5% được báo cáo sau khi theo dõi 6 năm hoặc lâu hơn. Tương tự, Drucker-Zeruche và Robles-Vidal báo cáo rằng chỉ có 1 trường hợp tái phát tại chỗ xảy ra trong 105 bệnh nhân đã phẫu thuật sau 51 tháng theo dõi [3].

Có rất ít nghiên cứu đã báo cáo về phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da và tái tạo cho ung thư vú tiến triển tại chỗ (được định nghĩa là T3N0 hoặc giai đoạn III) và khối u T3. Một số tác giả như Foster và cộng sự báo cáo trên 25 bệnh nhân và Downes báo cáo trên 34 trong số 38 bệnh nhân ở giai đoạn IIB bao gồm 8 bệnh nhân với T3 cho kết quả rằng phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da cho ung thư vú tiến triển tại chỗ là an toàn về mặt ung thư tuy nhiên số liệu quá nhỏ cho nhóm bệnh nhân này. Trong nghiên cứu của Woosung Lim, tác giả cho rằng bệnh nhân ung thư vú tiến triển cục bộ và khối u T3 được phẫu thuật cắt bỏ vú thông thường và tái tạo vú tức thì vì bằng chứng về sự an toàn của cắt bỏ vú tiết kiệm da cho những bệnh nhân này ít rõ ràng hơn [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều ở giai đoạn từ IIA trở xuống, có 1 trường hợp bệnh nhân ở giai đoạn IIB trước hóa trị tuy nhiên khối u bệnh nhân là T2N1, trước mổ chúng tôi đánh giá lại bệnh nhân ở giai đoạn IIA. Như vậy, tất cả bệnh nhân chúng tôi đều ở giai đoạn < T2. Chúng tôi thấy rằng, đối với giai đoạn này, khối u tương đối nhỏ do đó việc rạch da tiết kiệm dễ dàng hơn và nếu khối u ban đầu nằm các xa núm vú thì tỷ lệ bị xâm nhập núm vú cũng thấp hơn. Do đó đây là nhóm bệnh nhân phù hợp được lựa chọn để thực hiện phẫu thuật ung thư vú tiết kiệm da và tái tạo tức thì bằng túi.

2. Những khó khăn trong phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch và tái tạo vú tức thì bằng túi độn ngực. Trong phẫu thuật chúng tôi ghi nhận một số khó khăn về mặt kỹ thuật khi thực hiện phương pháp phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch tiết kiệm da và tái tạo vú tức thì bằng túi độn ngực. Ở thì đoạn nhũ, đối với những bệnh nhân được rạch da tiết kiệm, đường mổ nhỏ hơn với mục tiêu lấy trọn u nhưng vẫn đảm bảo biên phẫu thuật an toàn, tuy nhiên như vậy sẽ gây khó khăn khi bóc tách cắt trọn vú. Với những góc sâu, có thể bỏ sót mô vú. Hoặc phẫu thuật viên gặp khó khăn khi đánh giá mức độ

bóc tách cắt mô vú tới đâu là vừa đủ do phần mô vú nằm sâu phía không rạch da khó tiếp cận. Ở thời điểm này, vai trò kéo da bóc lột của người phụ rất quan trọng nhằm hỗ trợ phẫu thuật viên chính bóc tách tới đúng giới hạn của mô vú, và không để bị thủng da. Để xác định chính xác biên phẫu thuật, chúng tôi có gửi sinh thiết lạnh các bờ da để xác định biên phẫu thuật an toàn. Với mô vú bên trong, nhằm đảm bảo mức độ bóc tách, trong những ca đầu, chúng tôi có gửi những mẫu mô vú ở giới hạn trong làm giải bệnh nhằm xác định mô cắt tới đó là mô vú hay mô mỡ. Khi có kết quả giải phẫu bệnh chúng tôi có thể xác định giới hạn lấy của mình là đủ và về sau xác định giới hạn bóc tách cắt mô vú phù hợp [5].

Ở thì đặt túi ngực, khó khăn lớn nhất về mặt kĩ thuật là khoang túi ngực được tạo không đủ rộng để đưa túi ngực vào. Hoặc sau khi đã đưa được túi ngực vào thì khoang quá căng dẫn đến việc khâu đóng khoang khó khăn, có thể rách khoang cơ ngực lớn và sau mổ tạo hình ngực của bệnh nhân cứng và không có độ sa trễ tự nhiên. Do đó, để tạo thêm thể tích cho khoang, chúng tôi sử dụng miếng mô đệm nhân tạo để tạo hình sau khi đã đưa túi ngực vào khoang. Vật liệu nhân tạo sinh học được sử dụng trong những trường hợp này là ADM (Acellular Dermal Matrices), là vật liệu được chế tạo từ tế bào biểu bì của người thông qua quá trình loại bỏ hoàn toàn tế bào và chỉ giữ lại cấu trúc nền. Tuy nhiên, loại vật liệu này có chi phí đắt đỏ, nên chúng tôi đã sử dụng vật liệu thay thế với giá thành phù hợp hơn cho bệnh nhân ung thư. Chúng tôi có hai loại vật liệu được sử dụng là vascular patch và mèche prolene. Loại vật liệu được chọn tùy theo loại có sẵn khi phẫu thuật. Với sự hỗ trợ của mô đệm nhân tạo, chúng tôi ghi nhận giảm sự căng kéo khi đóng khoang túi, giảm nguy cơ rách khoang cơ ngực lớn và tạo nên sự sa trễ tự nhiên cho bệnh nhân ngay sau phẫu thuật. Chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp bệnh nhân do cơ ngực lớn quá mỏng, sau khi đặt túi ngực khoang cơ ngực lớn bị rách hoàn toàn. Để xử trí, chúng tôi hầu như tạo lại khoang túi ngực cho bệnh nhân với mèche prolene khâu bám vào những phần cơ ngực lớn còn lại.

Như vậy, chúng tôi ghi nhận hai khó khăn chính trong phẫu thuật là khó khăn khi bóc tách cắt trọn mô vú do đường mổ tiết kiệm da và biến chứng rách khoang túi ngực khi đặt túi.

3. Kết quả sớm của phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch có tái tạo vú tức thì bằng túi độn ngực

3.1 Các biến chứng phẫu thuật. Phẫu thuật đoạn nhũ tiết kiệm da có chừa quầng núm

vú làm tăng kết quả thẩm mỹ và mang lại tâm lý tốt hơn cho bệnh nhân sau mổ. Tuy nhiên sẽ có nguy cơ biến chứng hoại tử quầng-núm vú gây ảnh hưởng đến kết quả thẩm mỹ sau cùng. Tỷ lệ biến chứng này thay đổi từ 0-16% [4]. Cho đến nay vẫn đề được đặt ra là lựa chọn đường mổ, diện bóc tách vạt da, cách cắt mô sau quầng vú ít gây hoại tử nhất, đồng thời cân nhắc nguy cơ tái phát tại chỗ. Theo Stolier có các khuyến cáo về kỹ thuật mổ. Thứ nhất, đường mổ hợp lý. Thứ hai, bóc tách mô sau quầng vú nhẹ nhàng và cầm máu từng điểm bằng đốt lưỡng cực. Thứ ba, không bóc tách vạt da đoạn nhũ quá xa các giới hạn làm tổn thương mạch máu cung cấp cho vạt da vú. Tỷ lệ của biến chứng hoại tử quầng núm vú trong nghiên cứu của tác giả Trần Văn Thiệp là 4,6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp, chiếm tỷ lệ 4%, có biến chứng hoại tử quầng núm vú.

Ngoài ra chúng tôi không có biến chứng khác như tụ dịch sau mổ, chảy máu hay vỡ túi. Ngoài trường hợp hoại tử quầng núm vú, chúng tôi cũng không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng vết mổ. Sau mổ chúng tôi đều dùng kháng sinh điều trị từ 5-7 ngày cho toàn bộ bệnh nhân được đặt túi ngực.

3.2 Sự hài lòng của bệnh nhân. Để đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân, Satsuki Ueda [6] sử dụng bảng 25 câu hỏi khảo sát trên 71 bệnh nhân phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da và tái tạo tức thì, 158 bệnh nhân đoạn nhũ hoàn toàn và 154 bệnh nhân phẫu thuật bảo tồn. Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng lần lượt là 70%, 77% và 81%. Kết quả nghiên cứu của tác giả ghi nhận phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da và tái tạo tức thì có tỷ lệ tái phát tại chỗ thấp và tương đương như đối với phẫu thuật bảo tồn và phẫu thuật đoạn nhũ hoàn toàn. Tuy nhiên, phẫu thuật này đem đến kết quả thẩm mỹ khả quan hơn và bệnh nhân có mức hài lòng tương tự như nhóm phẫu thuật bảo tồn và sự hài lòng về mặt hình thể này cao hơn so với phẫu thuật cắt bỏ vú hoàn toàn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 80% bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật và 20% bệnh nhân rất hài lòng với kết quả này. Chúng tôi đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân dựa vào sự thăm khám hàng ngày sau mổ và đặt câu hỏi đánh giá của bệnh nhân về vú đã được tái tạo trước khi xuất viện. Nhóm bệnh nhân rất hài lòng với kết quả phẫu thuật cho biết họ cảm thấy rất vừa ý với ngực đã được tái tạo lại, đánh giá ngực nhìn tự nhiên và không căng tức hay đau sau mổ. Nhóm bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật cho biết họ vừa ý với kết quả tái

tạo tuy nhiên cảm thấy không thoải mái do còn đau và căng tức sau mổ ít. Do nghiên cứu của chúng tôi chỉ nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nên chúng tôi chỉ ghi nhận các ý kiến của bệnh nhân tại thời điểm nằm viện hậu phẫu và hỏi ý kiến bệnh nhân trước xuất viện. Tuy nhiên chúng tôi cũng ghi nhận không có bệnh nhân nào phải phẫu thuật lại sau đó vì các biến chứng co thắt túi hoặc nhiễm trùng, hoặc bệnh nhân không vừa ý muốn lấy túi ngực ra. Với kết quả này, chúng tôi cho rằng, phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch và tái tạo tức thì bằng túi độn ngực thật sự đem lại sự hài lòng cho bệnh nhân. Việc tạo hình lại ngực sau khi cắt bỏ do ung thư đem lại sự lạc quan, tự tin về mặt thẩm mỹ cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân vượt qua mặc cảm bệnh tật, nâng cao chất lượng cuộc sống và dễ dàng hòa nhập lại đời sống xã hội sau điều trị.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch và tái tạo vú tức thì bằng túi độn ngực là phương pháp điều trị phẫu thuật ung thư vú đã cho thấy được về tính an toàn và hiệu quả. Việc lựa chọn bệnh nhân phù hợp với khối u ở giai đoạn sớm đem lại kết quả phẫu thuật và kết quả thẩm mỹ sau mổ tốt hơn cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân tránh cuộc phẫu thuật đoạn nhũ hoàn toàn dẫn đến khiếm khuyết cơ thể sau mổ và tạo mặc cảm tâm lý cho người bệnh. Việc sử dụng Prolene Mesh che khoang túi giúp cho việc tạo khoang đặt túi được lớn hơn và tạo được độ trễ của ngực sau tái tạo. Kết quả sau mổ cho thấy đa phần bệnh nhân hài lòng với ngực được tái tạo lại, dù phần

mô ngực chưa được hoàn hảo và tự nhiên như ban đầu nhưng hiệu quả tâm lý tốt đạt được ở hầu hết tất cả bệnh nhân, giúp bệnh nhân trở lại cuộc sống bình thường nhất có thể và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau điều trị ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2020)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư vú (Ban hành kèm theo Quyết định số 3128/QĐ-BYT ngày 17 tháng 07 năm 2020)
2. **Downes KJ, Glatt BS, Kanchwala SK, et al.:** Skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction is an acceptable treatment option for patients with high-risk breast carcinoma. *Cancer* 2005;103:906-913.
3. **Drucker-Zertuche M, Robles-Vidal C:** A 7-year experience with immediate breast reconstruction after skin sparing mastectomy for cancer. *Eur J Surg Oncol* 2007;33:140-146.
4. **Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al.** Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347:1233-41.
5. **Lim, W., Ko, B.-S., Kim, H.-J., Lee, J.W., Eom, J.S., Son, B.H., Lee, T.J. and Ahn, S.-H. (2010)**, Oncological safety of skin sparing mastectomy followed by immediate reconstruction for locally advanced breast cancer. *J. Surg. Oncol.*, 102: 39-42. <https://doi.org/10.1002/jso.21573>
6. **Ueda S, Tamaki Y, Yano K, Okishiro N, Yanagisawa T, Imasato M, Shimazu K, Kim SJ, Miyoshi Y, Tanji Y, Taguchi T, Noguchi S.** Cosmetic outcome and patient satisfaction after skin-sparing mastectomy for breast cancer with immediate reconstruction of the breast. *Surgery*. 2008 Mar;143(3):414-25. doi: 10.1016/j.surg.2007.10.006. Epub 2007 Dec 21. PMID: 18291263.

KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG UNG THƯ DẠ DÀY SỚM QUA NỘI SOI CÓ ĐỐI CHIẾU MÔ BỆNH HỌC TẠI THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Thu Huyền*, Lương Thị Kiều Diễm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chẩn đoán ung thư dạ dày sớm có đối chiếu mô bệnh học tại Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, tiến cứu trên bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày sớm qua nội soi và đối chiếu kết quả mô bệnh học sinh thiết trước điều trị và sau điều trị. **Kết quả:** 26

bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày sớm qua nội soi bao gồm 18 nam (69,2%) và 8 nữ (20,8%). Đa phần số bệnh nhân có tiền sử viêm dạ dày mạn tính do Hp (80,7%). 96,1% số bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao trên nền niêm mạc nền, 84,6% dựa trên dấu hiệu màu sắc niêm mạc bất thường, 88,5% bề mặt bất thường, 69,2% đường bờ không đều. Vị trí hay gặp nhất là tại hang vị 57,7% và đa phần là kích thước < 2cm (84,6%). Theo phân loại Nhật Bản, typ hay gặp nhất là typ lõm (0-IIc) chiếm tỉ lệ 42,3%. **Kết luận:** Có thể chẩn đoán ung thư dạ dày sớm qua nội soi với độ chính xác cao và cần đối, phối hợp chặt chẽ với mô bệnh học trước và sau can thiệp để có chiến lược theo dõi lâu dài cho bệnh nhân. **Từ khóa:** Ung thư dạ dày sớm, Viêm dạ dày mạn, Helicobacter Pylori,

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Huyền

Email: huyen3995@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2022

Ngày duyệt bài: 12.4.2022