

107/2021/HĐ.HDKH&amp;ĐT-ĐHTV.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Lưu Văn Hồng (2006)**. Hình ảnh lâm sàng, Xquang và đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới loại II, III, IV theo Parant, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường ĐH Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Lê Diễm Quỳnh (2018)**. Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, X Quang Và Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Bệnh Nhân Có Răng Khôn Hàm Dưới Mọc Lệch Được Phẫu Thuật Bằng Kỹ Thuật Cắt Dọc Thân Răng Tại Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ, Năm 2017 – 2018, Luận Văn Tốt Nghiệp Bác Sĩ Răng Hàm Mặt, Đại Học Y Dược Cần Thơ.
3. **Nguyễn Thị Thanh (2015)**. Đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch, chìm tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Hà Nội.
4. **Nguyễn Tiến Vinh (2010)**. Nhận xét tình trạng mọc răng và kết quả xử trí các tai biến ở bệnh nhân răng khôn hàm dưới tại Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường ĐH Y Hà Nội.
5. **Bach T. Le, Ian Woo (2015)**. Management of Complications of Dental Extractions, The Academy of dental Therapeutics and Stomatology, 4 (1). 2-8.
6. **Kim H.R. et al. (2011)**. A Comparative Study on the Extractions of Partially Impacted Mandibular Third Molars With or Without a Buccal Flap: A Prospective Study, J Oral Maxillofac Surg, 69: 966 - 970
7. **Thuv Anh Vu Pham, Nauen Hoana Nam (2019)**. Periodontal status of the adjacent second molar after impacted Mandibular Molar surgical extraction, Contemporary Clinical Dentistry, 10(2): 311–318

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I-III TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ TĨNH TỪ 2017-2021

Nguyễn Văn Khoa<sup>1</sup>, Trịnh Lê Huy<sup>2</sup>, Hoàng Quang Trung<sup>1</sup>,  
Lê Ngọc Thanh<sup>1</sup>, Võ Văn Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Thịnh<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ung thư vú giai đoạn I-III tại khoa Ung bướu và Y học hạt nhân Bệnh viện đa khoa Hà Tĩnh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 98 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I-III được điều trị tại bệnh viện đa khoa Hà Tĩnh từ T1/2017 đến T12/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình 53,9±11,8 tuổi, chủ yếu ở giai đoạn II với tỷ lệ 63,2%. Có 26 bệnh nhân tái phát trong thời gian theo dõi, trong đó vị trí tái phát hay gặp nhất ở phổi (50%), sau đó đến xương (31,4%). DFS và OS 5 năm tương ứng là 66,0% và 80,2%. **Kết luận:** Kết quả điều trị khả quan với OS và DFS tương đương các nghiên cứu đã báo cáo. **Từ khóa:** Ung thư vú.

**SUMMARY**

### EVALUATION OF THE TREATMENT RESULTS OF BREAST CANCER STAGES I-III AT HA TINH GENERAL HOSPITAL FROM 2017-2021

**Purpose:** To evaluate the treatment results for patients with stage I-III breast cancer at the Oncology and Nuclear medicine department, Ha Tinh general hospital. **Patients and method:** A descriptive study on 98 stage I-III breast cancer patients treated at Ha Tinh general hospital from January 2017 to December

2021. **Results:** The mean age was 53.9±11.8 years, majority of patients in stage II, accounting for 63.2%. 26 patients had a recurrence during the follow-up period, in which the most common site of recurrence was in the lung (50%), bone (31.4%). The 5-year DFS and OS were 66.0% and 80.2%, respectively. **Conclusion:** Treatment results are equivalent to those of other studies. **Keyword:** Breast cancer.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư vú là bệnh có tỷ lệ mắc và tử vong hàng đầu ở phụ nữ trên toàn thế giới và Việt Nam. Điều trị ung thư vú là điều trị đa mô thức phối hợp các phương pháp điều trị tại chỗ như phẫu thuật, xạ trị với các phương pháp điều trị toàn thân như hóa chất, điều trị đích, miễn dịch, nội tiết. Việc lựa chọn chiến lược điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố như toàn trạng bệnh nhân, giai đoạn bệnh, thể giải phẫu bệnh, đặc điểm phân tử của khối u... Trong nhiều năm qua khoa Ung bướu và Y học hạt nhân bệnh viện đa khoa Hà Tĩnh đã chẩn đoán và điều trị cho nhiều bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I-III, tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân trên.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I-III được điều trị tại khoa Ung bướu và Y học hạt nhân bệnh viện đa khoa Hà Tĩnh từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2021.

<sup>1</sup>Bệnh viện đa khoa Hà Tĩnh<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: trinhlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023

**Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến vú.
- Giai đoạn I-III được xác định sau mổ hoặc trước điều trị nếu bệnh nhân được điều trị tân bổ trợ.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, có thông tin liên lạc để theo dõi.

**Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân đã được điều trị ung thư vú trước đó tại cơ sở khác.
- Bệnh nhân có ung thư tại vị trí thứ hai.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. Chọn mẫu nghiên cứu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu, chọn được tổng cộng 98 bệnh nhân.

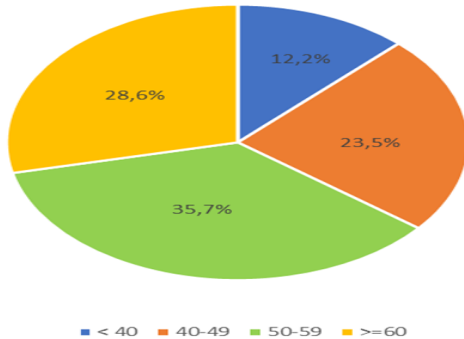
Các biến số nghiên cứu:

. Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giai đoạn bệnh, tình trạng di căn hạch nách, thể giải phẫu bệnh, độ mô học, đặc điểm phân tử: ER. PR. Her2/neu.

. Kết quả điều trị: Tỷ lệ tái phát, vị trí tái phát, thời gian sống thêm không bệnh (DFS) và thời gian sống thêm toàn bộ (OS).

**2.3. Phân tích số liệu:** Dựa trên phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**



**Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi**

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 53,9±11,8 tuổi, tuổi cao nhất là 77 tuổi và thấp nhất 29 tuổi. Độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40-49 tuổi chiếm 35,7%.

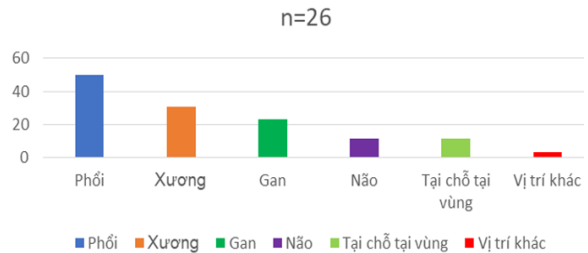
**Bảng 1: Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<b>Giai đoạn bệnh:</b> I	9	9,2
II	62	63,2
III	27	27,6
<b>Di căn hạch nách</b>		
Có di căn	55	56,1

Không di căn	43	43,9
<b>Thể giải phẫu bệnh</b>		
Carcinoma ống xâm nhập typ không đặc hiệu	90	91,8
Carcinoma tiểu thùy xâm nhập	7	7,1
Carinoma dạng tuyến nhầy	1	1,0
<b>Độ mô học:</b> Độ 1	5	5,1
Độ 2	81	82,7
Độ 3	12	12,2
<b>ER:</b> Dương tính	60	61,2
Âm tính	38	38,8
<b>PR:</b> Dương tính	55	56,1
Âm tính	43	43,9
<b>Her2/neu:</b> 1+ hoặc âm tính	57	58,1
2+	16	16,4
Dương tính	25	25,5

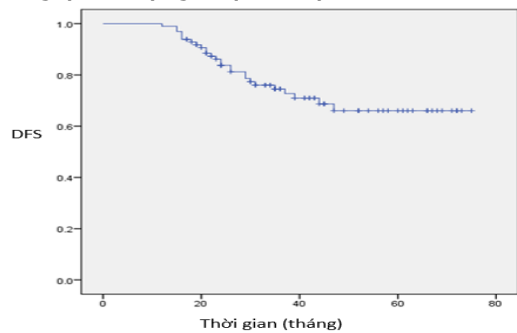
**Nhận xét:** Giai đoạn bệnh thường gặp nhất là giai đoạn II chiếm tỷ lệ 63,2%. Thể giải phẫu bệnh thường gặp nhất là carcinoma ống xâm nhập typ không đặc hiệu với tỷ lệ 91,8%. Khối u độ mô học II chiếm đa số với tỷ lệ 82,7%. Tỷ lệ ER, PR và Her2/neu dương tính lần lượt là 61,2%, 56,1% và 25,5%.

Vị trí tái phát di căn (%)



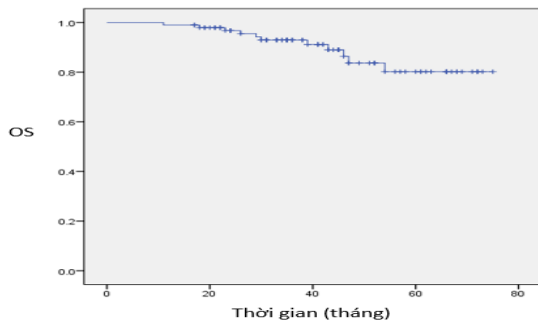
**Biểu đồ 2: Tỷ lệ tái phát, di căn theo vị trí (n=26)**

**Nhận xét:** Có 26 bệnh nhân tái phát trong thời gian theo dõi, trong đó phổi là cơ quan di căn nhiều nhất với tỷ lệ 50,0%, sau đó đến xương (31,4%), gan (23,1%).



**Biểu đồ 3: Thời gian sống thêm không bệnh (DFS)**

**Nhận xét:** Tỷ lệ sống thêm 5 năm không bệnh ước tính là 66,0%.



**Biểu đồ 4:** Thời gian sống thêm toàn bộ (OS)

**Nhận xét:** Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm ước tính là 80,2%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm của quần thể nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình các bệnh nhân mắc ung thư vú là  $53,9 \pm 11,8$  tuổi, cao nhất là 77 tuổi và thấp nhất 29 tuổi. Độ tuổi trung niên 40-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao là 59,2%. Kết quả tương đồng một số nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của Mai Thị Kim Ngân với tuổi trung bình mắc ung thư vú là  $51,7 \pm 10,9$  tuổi<sup>1</sup>. Tác giả Trần Văn Thuận là  $51,3 \pm 11,8$  tuổi với 84% các trường hợp trong độ tuổi 40-49<sup>2</sup>. Giai đoạn II thường gặp nhất với tỷ lệ 63,2%, trên 50% các trường hợp có di căn hạch nách.

Theo phân loại ung thư vú của WHO 2019<sup>3</sup>, ung thư biểu xâm nhập typ không đặc hiệu để cập đến nhóm không thể được phân loại về mặt hình thái vào bất cứ típ mô học đặc biệt nào. Đây là nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất trong phân loại mô bệnh học của ung thư vú. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm này cũng chiếm đa số với tỷ lệ 91,8%. Về độ mô học, đây là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng mặc dù nó không được sử dụng như một thông số để đánh giá giai đoạn bệnh ung thư. Hiện tại phân loại theo Scarff-Bloom-Richardson là hệ thống phân loại được áp dụng rộng rãi nhất, được chia là 3 độ 1,2,3. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ mô học 2 chiếm tỷ lệ cao nhất là 82,7%, phù hợp với các kết quả đã báo cáo trong nước<sup>1,4</sup>.

Hiện nay xét nghiệm hóa mô miễn dịch với 4 dấu ấn: ER, PR, Her2/neu và Ki-67 được chỉ định thường quy trong ung thư vú. ER và Her2/neu không chỉ là yếu tố tiên lượng mà còn là yếu tố chỉ điểm để chỉ định liệu pháp nội tiết và điều trị đích kháng Her2. Các bệnh nhân có ER, PR dương tính thường có tiên lượng tốt hơn nhóm âm tính, trong khi việc bộc lộ quá mức thụ thể Her2/neu là một yếu tố tiên lượng xấu. Trong

nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ dương tính với thụ thể ER, PR và Her2/neu tương ứng là 61,2%, 51,1% và 25,5%. Kết quả tương đồng một số báo cáo trong nước, như nghiên cứu của Tác giả Tạ Văn Tờ, thụ thể Her2/neu bộc lộ quá mức ở 35,1% bệnh nhân, tỉ lệ ER hoặc PR dương tính là 63,3%<sup>4</sup>. Theo nghiên cứu của Mai Thị Kim Ngân, tỷ lệ ER, PR và Her2/neu dương tính tương ứng là 58,5%, 52,2% và 30,0%<sup>1</sup>.

**4.2. Kết quả điều trị.** Trong thời gian theo dõi trung vị 39 tháng, có 26 bệnh nhân tái phát (26,5%). Vị trí tái phát di căn hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là phổi, xương và gan chiếm tỷ lệ lần lượt là 50,0%, 31,3% và 23,1%, có 3 trường hợp tái phát tại chỗ tại vùng trong đó 1 trường hợp tái phát thành ngực và 2 trường hợp tái phát hạch nách. Nghiên cứu của Mai Thị Kim Ngân với vị trí tái phát hay gặp là phổi và xương (chiếm tỷ lệ tương ứng 44% và 40%)<sup>1</sup>, theo tác giả Vũ Hồng Thăng, phổi và gan là hai cơ quan hay di căn nhất với tỷ lệ tương ứng là 39,0% và 20,3%<sup>5</sup>.

Tỷ lệ sống thêm không bệnh (DFS) và sống thêm toàn bộ (OS) 5 năm theo nghiên cứu của chúng tôi tương ứng là 80,2% và 66,0%. Theo các nghiên cứu, ung thư vú là một trong số các loại ung thư có tiên lượng tương đối tốt. OS 5 năm tại Mỹ và các nước châu Âu đạt 81-84%<sup>6</sup>, DFS 5 năm đạt 76%<sup>7</sup>. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Mai Thị Kim Ngân, DFS và OS 5 năm tương ứng là 74% và 84%<sup>1</sup>, nghiên cứu của Vũ Hồng Thăng tỷ lệ này là 75,8% và 80,6%, tương tự nghiên cứu của chúng tôi<sup>5</sup>.

#### V. KẾT LUẬN

Nhóm bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I,II,III được điều trị tại khoa Ung bướu-YHHN Bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh có kết quả điều trị tương đồng với các nghiên cứu đã được công bố ở tại các cơ sở điều trị ung thư lớn của Việt Nam và nước ngoài .

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.; 2017.
2. **Trần Văn Thuận.** Đánh giá kết quả của phương pháp điều trị hóa chất sau mổ CMF trong ung thư vú giai đoạn II-III tại Bệnh viện K từ 1994-1998, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.; 2001.
3. **Tan PH, Ellis I, Allison K, et al.** The 2019 World Health Organization classification of tumours of the breast. *Histopathology.* 2020;77(2):181-185.
4. **Tạ Văn Tờ.** Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong

ung thư biểu mô tuyến vú, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.; 2004.

5. **Vu Hong T, Nguyen Ba D, Skoog L, Ta Thanh V, Tani E.** Breast Cancer Survival Defined by Biological Receptor and Menopausal Status in Vietnamese Women. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent.* 2019;26(1).
6. **Allemani C, Sant M, Weir HK, et al.** Breast

cancer survival in the US and Europe: a CONCORD high-resolution study. *Int J Cancer.* 2013;132(5):1170-1181.

7. **Laohavinij S, Ruikchuchit K, Manechavakajorn J.** Survival and prognostic factors of stage I-III breast cancer. *J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet.* 2013;96 Suppl 3:S23-34.

## NGHIÊN CỨU THỰC NGHIỆM SỬ DỤNG CÁC MỐC GIẢI PHẪU XÁC ĐỊNH VỊ TRÍ ĐẶT NỆP ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY

Lê Gia Ánh Thy<sup>1</sup>, Lê Minh Khoa<sup>2</sup>, Bùi Hồng Thiên Khanh<sup>2</sup>, Đỗ Phước Hùng<sup>2</sup>, Võ Toàn Phúc<sup>3</sup>, Võ Thành Toàn<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** xác định bờ trên rãnh nhị đầu, điểm gồ nhắt của của mẫu động lớn, bờ trên điểm bám tận cơ ngực bé làm mốc giải phẫu để xác định vị trí tối ưu đặt nẹp PHILOS và nẹp hình vệt (PHILOS thế hệ 2). **Đối tượng- phương pháp:** thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang, trên 30 mẫu vai xác người tại Bộ môn Giải Phẫu- Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh năm 2020. **Kết quả:** Khi dùng bờ trên rãnh nhị đầu và điểm gồ nhắt mẫu động lớn làm mốc giải phẫu, khoảng cách từ bờ trên nẹp đến đỉnh mẫu động lớn khi dùng nẹp PHILOS lần lượt là  $7.84 \pm 1.62$  mm và  $8.61 \pm 1.64$  mm, khi dùng nẹp hình vệt lần lượt là  $12.30 \pm 3.26$  mm và  $13.50 \pm 2.13$  mm; khoảng cách calcar khi dùng nẹp PHILOS lần lượt là  $7.30 \pm 1.50$  mm và  $6.40 \pm 1.66$  mm, khi dùng nẹp hình vệt là  $4.81 \pm 1.64$  mm và  $3.72 \pm 1.46$  mm. **Kết luận:** có thể sử dụng bờ trên rãnh nhị đầu, điểm gồ nhắt của mẫu động bé, bờ trên cơ ngực lớn để làm mốc giải phẫu xác định vị trí đặt nẹp. Khoảng cách từ bờ trên cơ ngực lớn đến bờ dưới lỗ nẹp trượt cho kết quả đặt nẹp phù hợp nhất trong khoảng 23- 25 mm.

**Từ khóa:** gãy đầu trên xương cánh tay, bờ trên rãnh nhị đầu, điểm gồ nhắt mẫu động bé, cơ ngực lớn, lỗ nẹp trượt.

### SUMMARY

#### CADAVERIC STUDY USE REFERENCE POINTS AS LANDMARK FOR LOCKING PLATE SYSTEM POSITION IN PROXIMAL HUMERAL FRACTURES

**Objectives:** The aim of our study was to determine the optimal plate placement using the first

and second PHILOS plate resemble by identifying the proximal portion of bicipital groove, the most prominent of the lesser tuberosity, and the upper border of pectoralis major tendon as surgical landmarks. **Methods:** The study was carried out by a cross-sectional on 30 shoulder of 15 cadaveric patients, at the Department of Anatomy, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City in 2020. **Results:** Using the proximal portion of bicipital groove, the most prominent of the lesser tuberosity as landmarks, distance from the margin of plate to the upper border of greater tuberosity when using 1<sup>st</sup> generation PHILOS plate is  $7.84 \pm 1.62$  mm and  $8.61 \pm 1.64$  mm, respectively, and when using the 2<sup>nd</sup> generation PHILOS plate is  $12.30 \pm 3.26$  mm and  $13.50 \pm 2.13$  mm, respectively; distance from the calcar screw to the inferolateral border of humeral head when using 1<sup>st</sup> generation PHILOS plate is  $7.30 \pm 1.50$  mm and  $6.40 \pm 1.66$  mm, respectively, and when using the 2<sup>nd</sup> generation PHILOS plate is  $4.81 \pm 1.64$  mm and  $3.72 \pm 1.46$  mm, respectively. **Conclusion:** the proximal portion of bicipital groove, the most prominent of the lesser tuberosity, and the upper border of pectoralis major tendon can be used as landmark for proper position of 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> generation PHILOS plate. The highest probability of calcar screw in proper location when this distance is from 23mm to 25mm. **Keywords:** proximal humeral fracture, proximal portion of bicipital groove, the most prominent of the lesser tuberosity, upper border of pectoralis major tendon.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu trên xương cánh tay là loại gãy xương phổ biến thứ ba ở những trường hợp gãy xương do loãng xương.<sup>(1),(2)</sup> Nẹp vít khóa thường được sử dụng hơn, nhất là trong các trường hợp gãy phức tạp.<sup>(1),(2)</sup> Nắn chỉnh đúng vị trí giải phẫu đóng vai trò quan trọng trong kết quả điều trị<sup>(3)</sup>, nhưng di lệch vẹo trong thứ phát sau mổ có thể diễn ra sau mổ<sup>(4)</sup>. Di lệch vẹo trong là biến chứng thường gặp thứ hai sau mổ<sup>(5),(6)</sup>. Độ cứng của nẹp đảm bảo cho cấu trúc nẹp xương đủ vững chắc cho đến khi sự lành xương diễn ra. Các

<sup>1</sup>Bệnh viện Chấn Thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Học sinh trường St.Mark, MA

<sup>4</sup>Bệnh viện Thống Nhất, TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 9.8.2023