

bộ hệ thống các cơ quan trong cơ thể, như đã phân tích ở trên, bất kì một tình trạng bệnh cũng sẽ ảnh hưởng đến sự hoạt động bình thường của các cơ quan khác từ đó làm tăng nặng tình trạng COVID-19 và hậu COVID-19.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ xuất hiện hậu COVID-19 ở quân nhân trong nghiên cứu là 22,8%. Các yếu tố có liên quan đến mắc hậu COVID-19 gồm nhóm tuổi từ 36 trở lên, và có từ 2 bệnh nền trở lên với $p < 0,05$. Trong đó, tỷ lệ hậu COVID-19 ở nhóm từ 36-50 tuổi gấp 2,04 (KTC 95% 1,40 – 2,98) lần so với nhóm từ 19-35 tuổi; quân nhân có số bệnh nền từ 2 trở lên mắc hậu COVID-19 gấp 2,51 (KTC 95% 1,18 – 5,32) lần so với người không mắc bệnh nền. Điều này cho thấy rằng việc đánh giá và quản lý hậu COVID-19 ở quân nhân là rất quan trọng và cần được chú trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ensheng Dong, Hongru Du, and Lauren Gardner** (2022), An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis.* 20(5): 533–534.
2. **Huang C, et al.** (2021). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet.* 397(10270):220-232. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32656-8. Epub 2021 Jan 8. PMID: 33428867; PMCID: PMC7833295.
3. **Davies, N.G., et al.** (2020), Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. *Nat Med.* 1205–1211. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0962-9>.
4. **Phạm Phương Mai** (2023), Thực trạng tái nhiễm SARS-CoV-2 trong nhóm nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh và Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An năm 2022-2023. *Tạp chí nghiên cứu y học.* 165(4) trang 240-253.
5. **Bao L., Deng W., Gao H.** (2020), Lack of reinfection in rhesus macaques infected with SARS-CoV-2. *BioRxiv.*
6. **Van Elslande J., et al.** (2020), Symptomatic SARS-CoV-2 reinfection by a phylogenetically distinct strain. *Clin Infect Dis.* doi: 10.1093/cid/ciaa1330. [ciaa1330](https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1330)
7. **Nguyễn Ngọc Tuyền** (2023), Nghiên cứu tình hình mắc hậu COVID-19 và một số yếu tố liên quan trên người bệnh nhiễm COVID-19 tại huyện Long Hồ, tỉnh Vĩnh Long năm 2022-2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, số 61/2023, trang 211-219.
8. **Akpek M.** (2022), Does COVID-19 Cause Hypertension? *Angiology.* 2022;73(7):682-687. doi:10.1177/00033197211053903.

LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM TRÊN 257 BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN 0,1,2 ĐƯỢC PHẪU THUẬT BẢO TỒN VÀ TẠO HÌNH BẰNG VẬT TẠI CHỖ TẠI BỆNH VIỆN K

Hoàng Anh Dũng^{1,2}, Lê Hồng Quang¹, Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tỷ lệ tai biến và tình trạng diện cắt ở bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm được phẫu thuật bảo tồn và tạo hình bằng vật tại chỗ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng không đối chứng, theo dõi trên 257 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn 0, I, II được phẫu thuật bảo tồn từ T1/2017 đến T6/2021 tại Bệnh viện K. **Kết quả:** Tuổi trung bình 47.6 tuổi. Có 64.6% bệnh nhân đang còn kinh nguyệt, cúp ngực B, C chiếm chủ yếu (92,2%). Kỹ thuật hay được sử dụng nhất là kỹ thuật tạo hình bên (50.97%) cho các khối u ¼ trên ngoài. Thể tích trung bình bệnh phẩm cắt bỏ 204.8 cm³. Kích thước khối u trung bình 2.00 cm. Tất cả các bệnh nhân được đánh giá diện cắt tức thì, tỷ lệ cắt thêm diện cắt là 12.8%. Có 7 trường

hợp mổ lại với tỷ lệ cắt vú 1.17%. Tỷ lệ tai biến 11.46% trong đó có 9 trường hợp (3.56%) tai biến muộn. **Kết luận:** Sử dụng kỹ thuật tạo hình vật tại chỗ trong phẫu thuật bảo tồn ung thư vú đảm bảo sự an toàn về ung thư học ngay cả các khối u có kích thước lớn với tỷ biến chứng sau mổ thấp.

Từ khóa: Ung thư vú, phẫu thuật bảo tồn, kỹ thuật tạo hình vật tại chỗ, kết quả sớm.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EARLY RESULTS OF 257 BREAST CANCER STAGE 0,1,2 PATIENTS WHO UNDERWENT CONSERVATIVE SURGERY AND LOCAL FLAP RECONSTRUCTION AT K HOSPITAL

Objective: To describe clinical and paraclinical characteristics, complication rates and resection margin status in early-stage breast cancer patients undergoing conservative surgery and local flap reconstruction. **Research subjects and methods:** Uncontrolled clinical trial, follow-up on 257 patients with stage 0, I, II breast cancer undergoing conservative surgery from January 2017 to June 2021

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Anh Dũng

Email: dung1387@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 20.9.2023

at K Hospital. **Results:** Mean age: 47.6 years old. 64.6% of patients were pre-menopausal, with B and C bra cups accounting for the majority (92.2%). The most common technique was the lateral reconstructive technique (50.97%) for upper-outer quadrant tumors. Average volume of resection specimens: 204.8 cm³. Average tumor size: 2.00 cm. All patients were immediately evaluated for resection by frozen biopsy, the rate of additional resection was 12.8%. There were 7 reoperation cases with a mastectomy rate of 1.17%. The rate of complications was 11.46%, of which there were 9 cases (3.56%) of late complications. Conclusion: Local flap technique for breast cancer conservation surgery has high oncological safety even for large tumors with a low rate of postoperative complications.

Keywords: Breast cancer, conservative surgery, local flap, early results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú có lịch sử lâu đời và đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh ung thư vú. Tuy nhiên, phẫu thuật này để lại tổn thương tâm lý lớn cho bệnh nhân, đặc biệt là các bệnh nhân trẻ tuổi. Từ những năm 70 của thế kỷ XX, nhiều nghiên cứu đa trung tâm lớn được tiến hành nhằm so sánh phương pháp điều trị bảo tồn (bao gồm phẫu thuật bảo tồn và xạ trị sau phẫu thuật) với phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú. Kết quả của các nghiên cứu này đều khẳng định điều trị bảo tồn không kém hơn phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú về thời gian sống thêm¹.

Trước đây phẫu thuật bảo tồn thường được chỉ định với các khối u giai đoạn sớm kích thước dưới 2 cm. Đối với các khối u lớn hơn hoặc ở các vị trí khó việc cắt rộng u đơn thuần đem lại kết quả thẩm mỹ kém, đặc biệt khi khối u có kích thước tương đối lớn so với tuyến vú. Thuật ngữ Oncoplastic surgery (OPS) lần đầu tiên được giới thiệu bởi phẫu thuật viên Audretsch vào những năm 1990 đây là sự áp dụng các kỹ thuật tạo hình trong phẫu thuật vú nhằm đảm bảo diện cắt sạch và kết quả thẩm mỹ cao². Theo phân loại của Clough³, tùy vào phần trăm thể tích khối u cắt bỏ áp dụng các mức độ OPS khác nhau. Với u nhỏ, cắt dưới 20% thể tích thì áp dụng OPS cấp độ 1 tức là vùng cắt bỏ được khâu đóng và lấp đầy trực tiếp bằng các mô tuyến tại chỗ. Khi cắt bỏ 20%-50% thể tích và một phần da tuyến thì phải áp dụng OPS cấp độ 2 tức là cần phải chuyển vạt tuyến tại chỗ để lấp đầy vùng cắt bỏ (vạt tại chỗ). Nhiều kỹ thuật OPS cấp độ 2 đã được mô tả cho đến nay tùy thuộc vào vị trí u và đặc điểm tuyến vú. Các kỹ thuật này khá nhẹ nhàng, an toàn và đạt kết quả cao về thẩm mỹ và ung thư học.

Các nghiên cứu trước đây về phẫu thuật bảo

tồn ung thư vú tại Việt Nam chủ yếu là sử dụng các kỹ thuật khâu đóng trực tiếp, chưa có nhiều nghiên cứu về sử dụng các kỹ thuật vạt tại chỗ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp phẫu thuật, tình trạng diện cắt cũng như tính an toàn về mặt ngoại khoa của các kỹ thuật vạt tại chỗ trong phẫu thuật bảo tồn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Nghiên cứu đánh giá 257 trường hợp bệnh nhân ung thư vú giai đoạn 0, I, II được phẫu thuật bảo tồn với kỹ thuật vạt tại chỗ từ T1/2017 đến T6/2021 tại Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân nữ chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú bằng mô bệnh học
- Giai đoạn 0, I, II theo UICC 2017
- U đơn ổ hoặc nhiều ổ trên cùng một phần tư tuyến vú, canxi khu trú.
- Phẫu thuật bảo tồn sử dụng kỹ thuật tạo hình vạt tại chỗ.
- Được điều trị hóa chất và xạ trị bổ trợ theo đúng chỉ định
- Hồ sơ bệnh án, thông tin theo dõi đầy đủ sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư vú thứ 2
- Tiền sử can thiệp phẫu thuật hoặc xạ trị bên vú điều trị
- Mặc các ung thư khác hoặc các bệnh lý mãn tính nặng nề khác: suy tim...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng không đối chứng
- Cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times PQ}{d^2}$$

n: Cỡ mẫu dự kiến

P: Tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm của nhóm phẫu thuật bảo tồn và tạo hình bằng vạt tại chỗ trong nghiên cứu của Fitoussi P=0,879⁴

Q = 1-P

d: độ chính xác mong muốn (d=0,045)

Z: sai lầm loại 1 ở mức 1- α /2 (Z=1,96)

Theo tính toán cỡ mẫu nghiên cứu 202

. Lấy mẫu n = 257 bệnh nhân

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ 1/2017 đến 6/2021 tại Bệnh viện K.

2.3. Biến số, chỉ số và các bước tiến hành nghiên cứu

- Thông tin về lâm sàng và phẫu thuật: Tuổi; Chỉ số BMI; bệnh phổi hợp, đặc điểm u, giai đoạn bệnh; thể giải phẫu bệnh và hóa mô miễn

dịch; thời gian hậu phẫu.

- Kết quả sớm: tỷ lệ diện cắt dương tính, tỷ lệ cắt lại diện cắt và cắt vú. Tỷ lệ biến chứng.

• **Mô tả kỹ thuật.** Những tổn thương không sờ thấy sẽ được đánh dấu trước phẫu thuật bằng định vị kim dây dưới hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh. Chụp x-quang bệnh phẩm trong trường hợp có canxi hóa để xác định mức độ rộng rãi của phẫu thuật.

Thiết kế đường mổ được thực hiện trước phẫu thuật với bệnh nhân ở tư thế đứng. Tùy vị trí u, đặc điểm tuyến vú mà chúng tôi lựa chọn các kỹ thuật tương ứng. Với các khối u ở ¼ trên ngoài áp dụng kỹ thuật bên (chữ B). Khối u ¼ dưới ngoài sử dụng kỹ thuật chữ J, ¼ dưới trong kỹ thuật chữ V. Khối u ½ trên vú sa trễ nhưng không phì đại sử dụng kỹ thuật Round block. Với các khối u ở trung tâm chúng tôi sử dụng kỹ thuật Grisottie. Với các trường hợp sa trễ, phì đại nhiều sẽ áp dụng kỹ thuật T ngược, cuống dưới với các khối u ½ trên và cuống trên với các trường hợp khối u ½ dưới. Sau khi phẫu thuật bảo tồn nếu dự báo có xảy ra sự bất cân xứng giữa 2 bên vú, cân chỉnh vú đối bên sẽ được tư vấn cho người bệnh. Việc cân chỉnh này có thể thực hiện ngay hoặc một thời gian sau khi điều trị ổn định.

Khối u được cắt bỏ rộng rãi theo toàn bộ chiều dày, từ da đến cân cơ ngực lớn. Phần rìa của khoang sẽ được cắt thêm và gửi đánh giá tức thì trong mổ để đảm bảo không còn ung thư và thực hiện việc cắt thêm ngay nếu cần thiết. 5 clip sẽ được đặt vào giường u để giúp ích cho xạ trị sau này. Các can thiệp hạch nách được thực hiện trên cùng một đường mổ hoặc trên đường mổ khác tùy thuộc vào kỹ thuật thực hiện. Bệnh phẩm sẽ được đánh dấu và phân tích kỹ sau phẫu thuật. Thể tích bệnh phẩm cắt bỏ được xác định bằng nhân 3 chiều của kích thước bệnh phẩm được nêu ra trong báo cáo bệnh lý. Điều trị toàn thân (Hóa chất, đích, nội tiết) theo chỉ định và hướng dẫn điều trị hiện tại. Tất cả bệnh nhân đều được xạ trị bổ trợ với liều tổng là 50 Grays, phân liều 2 grays/ngày và một liều tăng cường 10 Grays cho giường u.

Bệnh nhân được tái khám với lịch trình 3 tháng/1 lần trong vòng 2 năm đầu và 6 tháng/1 lần sau đó. Toàn bộ các biến chứng đều được ghi nhận, biến chứng sớm bao gồm chảy máu, đẹn dịch, nhiễm trùng, vết mổ chậm liền, hoại tử da và phức hợp quầng núm vú, biến chứng muộn là hoại tử mỡ. Các biến chứng làm chậm quá trình điều trị bổ trợ (hóa chất hoặc tia xạ) nếu các điều trị này bắt đầu sau 6 tuần.

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất, các thông tin được mã hóa và được xử lý theo phần mềm SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

• Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1: Một số đặc điểm chung

Đặc điểm	N	%
Tuổi		
Trung bình	47.56 ± 9.39	
Trung vị	47 (23-73)	
Kinh nguyệt		
Còn kinh	166	64.59
Mãn kinh	91	35.41
BMI		
Trung bình	23.68 ± 2.77	
Trung vị	23 (16.60-42.00)	
Bệnh nền		
Đái tháo đường	10	3.89
Không	247	96.11
Khoảng cách u-núm		
Trung bình	3.94 ± 1.60	
Trung vị	4 (0-10)	
Kích thước u SM		
Trung bình	2.00 ± 0.74	
Trung vị	2 (0.8-5)	
Thể tích bệnh phẩm cắt bỏ (cm³)		
Trung bình	204.83 ± 252.61	
Trung vị	126.00 (18-2100)	
Tính đa ổ		
Đơn ổ	251	97.67
Đa ổ	6	2.33

Tổng số 257 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn và sử dụng các kỹ thuật vạt tại chỗ. Tuổi trung bình 47.6 tuổi; Kích thước u trung bình sau mổ 2.00; BMI trung bình 23.68.

Bảng 2: Giai đoạn bệnh và HMMD

Đặc điểm	N	%
Mô bệnh học		
Thể ống xâm nhập	212	82.49
Tiểu thùy xâm nhập	10	3.89
Tại chỗ	13	5.06
Thể nhầy	22	8.56
Độ mô học		
I	27	10.51
II	156	60.70
III	74	28.79
Hóa mô miễn dịch (Xâm nhập)		
Luminal A	78	32
Luminal B Her2 negative	76	31.1
Luminal B Her2 positive	34	13.9
Her2 positive	24	9.8
Triple negative	32	13.1

T sau mổ		
pTis	13	5.06
pT1b	24	9.34
pT1c	140	54.47
pT2	80	31.13
Tình trạng hạch		
N0	194	75.5
N1	63	24.5
Giai đoạn bệnh		
0	13	5.06
I	126	49.03
IIA	93	36.19
IIB	25	9.73

Thể ống xâm nhập, độ mô học 2 và Luminal A chiếm tỷ lệ cao.

• **Chỉ định và phương pháp phẫu thuật**
Bảng 3: Chỉ định phẫu thuật

Chỉ định vật tại chỗ	N	%
Kích thước khối u lớn	170	66.15

Bảng 5: Tình trạng diện cắt

Diện cắt	Tổng	Ống XN	Tiểu thùy XN	Tại chỗ	Thể nhầy
Sạch	224(100%)	184(82.14%)	9(4.02%)	11(4.91%)	20(8.93%)
Còn UT	33(100%)	28(84.85%)	1(3.03%)	2(6.06%)	2(6.06%)
Tổng	257(100%)	212(82.49%)	10(3.89%)	13(5.06%)	22(8.56%)

Tất cả các bệnh nhân đều được đánh giá tức diện cắt, có 33 bệnh nhân (12,8%) cần cắt rộng thêm ngay để đạt được kết quả diện cắt an toàn.

• **Tỷ lệ tai biến**

Bảng 6: Tình trạng diện cắt

Biến chứng sớm	n	%
Vết mổ chậm liền	5	1.98
Chảy máu	4	1.58
Đóng dịch	9	3.56
Nhiễm trùng	1	0.40
Hoại tử da, nướu	1	0.40
Biến chứng muộn		
Hoại tử mỡ	9	3.56
Tỷ lệ cắt lại diện cắt	33	12.84
Tỷ lệ cắt vú	3	1.17

IV. BÀN LUẬN

Với những khối u có kích thước tương đối lớn so với thể tích tuyến vú, áp dụng các kỹ thuật vật tại chỗ góp phần đảm bảo một diện cắt sạch và kết quả thẩm mỹ cao. Các kỹ thuật này được chấp nhận rộng rãi và áp dụng ngày càng nhiều trong thực hành lâm sàng tại các nước Âu Mỹ. Tại trung tâm MD Anderson trong năm 2014 chiếm 33% các ca phẫu thuật bảo tồn vú⁵. Tuy có nhiều ưu điểm nhưng việc áp dụng các kỹ thuật vật tại chỗ cũng gặp phải một số khó khăn như thời gian phẫu thuật dài hơn, chi phí cao

Vị trí khối u	101	39.30
Tính đa ổ khối u	6	2.33
Cắt da trên u và mổ lại	8	3.11
Vú phì đại, sa trễ	15	5.84

Kích thước khối u lớn so với thể tích tuyến vú là chỉ định nhiều nhất (66,15%).

Bảng 4: Vị trí và phương pháp phẫu thuật

Vị trí u	Phương pháp PT	n	%
Trên ngoài	Tạo hình bên	131	50.97
Trên trong, Trên	Round block	53	20.62
Dưới trong	Tạo hình V	6	2.33
Trên	T cuống dưới	29	11.28
Dưới	T cuống trên	12	4.67
Trung tâm	Grisottie	10	3.89
Dưới ngoài	Tạo hình J	16	6.23
Tổng		257	100%

Kỹ thuật tạo hình bên (chữ B) cho các khối u ¼ trên ngoài hay được sử dụng nhất (50,97%).

• **Tình trạng diện cắt**

hơn, phẫu thuật viên phải được đào tạo bài bản, chuyên sâu. Với các khó khăn như vậy, không có nhiều báo cáo và dữ liệu các kỹ thuật vật tại chỗ ở Việt Nam cũng như ở các nước Châu Á đặc biệt là các nước đang phát triển.

Quản lý phẫu thuật ung thư vú trên toàn thế giới đã chuyển trọng tâm từ kết quả sống thêm sang chất lượng sống sau điều trị ung thư. Tại một trong những trung tâm phẫu thuật ung thư vú lớn nhất Việt Nam, chúng tôi hiểu rằng áp dụng thành thực các kỹ thuật vật tại chỗ giúp bệnh nhân của chúng tôi tăng thêm cơ hội được phẫu thuật bảo tồn với kết quả tốt về mặt ung thư học và thẩm mỹ.

Chỉ định phẫu thuật, kích thước u, thể tích bệnh phẩm cắt bỏ, thể tích tuyến vú có mối liên quan chặt chẽ với nhau. Cũng như trong nghiên cứu khác, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ định sử dụng vật tại chỗ nhiều nhất liên quan đến kích thước khối u. Kích thước khối u trung bình là 2 cm, thể tích bệnh phẩm cắt bỏ trung bình là 204.8 cm³ nhỏ hơn so với các nghiên cứu khác của Fitoussi 2.91 cm và của Clough 2.6 cm và 331 cm³⁶. Tuy vậy với kích cỡ tuyến vú phần lớn ở mức độ trung bình (Cúp B, C chiếm 92.22%), sử dụng OPS là bắt buộc để đảm bảo an toàn về ung thư học và thẩm mỹ. Số lượng bệnh nhân có kích thước trên 2cm là 139

(54.09%) cá biệt có những bệnh nhân kích thước u lên đến 5 cm điều này trái ngược với các nghiên cứu trước về phẫu thuật bảo tồn trong nước đã được báo cáo khi thước trung bình tương đối nhỏ xung quanh 1 cm.

Cũng như trong các nghiên cứu khác về vạt tại chỗ, trong nghiên cứu của chúng tôi kỹ thuật hay được sử dụng nhiều nhất là kỹ thuật tạo hình bên (Lateral Mamoplasty- chữ B). Kỹ thuật này được áp dụng cho các khối u $\frac{1}{4}$ trên ngoài tuyến vú. Đây là vùng mà tần suất ung thư hay gặp do mật độ tuyến vú ở đây cao nhất trong các vùng của vú. Kỹ thuật này là kỹ thuật OPS đầu tiên được chúng tôi sử dụng, nó có nhiều ưu điểm như đơn giản, an toàn, thời gian phẫu thuật nhanh, có thể tiếp cận luôn với nách để vét hạch hoặc sinh thiết hạch cửa.

Đánh giá diện cắt là một trong những vấn đề trung tâm của phẫu thuật bảo tồn. Tình trạng diện cắt là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất ảnh hưởng đến tỷ lệ tái phát tại chỗ vì vậy nó ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị. Không những vậy việc lấy quá rộng khối u để đảm bảo diện cắt sạch có thể dẫn đến kết quả thẩm mỹ kém. Trải qua một thời gian dài, hiện nay đa số các đồng thuận về một diện cắt sạch được định nghĩa là không có u trên bề mặt mực với các trường hợp ung thư xâm nhập và bề rộng diện cắt >2mm với trường hợp ung thư vú nội ống. Theo các nghiên cứu về vạt tại chỗ có tới 15-30% các trường hợp diện cắt dương tính và phải mổ lại để cắt rộng thêm. Mổ lại lần 2 có thể dẫn đến trì hoãn điều trị bổ trợ, tăng tỷ lệ biến chứng, ảnh hưởng đến kết quả thẩm mỹ gây căng thẳng cho bệnh nhân và gia đình khiến bệnh nhân khó chịu, tăng chi phí chăm sóc sức khỏe. Để tránh việc mổ lại nhiều, trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân đều được cắt rộng >1cm về đại thể và được đánh giá tức thì diện cắt. Có 33 trường hợp (12.84%), diện cắt chưa đảm bảo và phải cắt rộng thêm ngay. Chỉ có 7 trường hợp (2.27%) mổ lại và 3 bệnh nhân (1.17%) phải cắt vú. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng xét nghiệm tức có độ nhạy và độ đặc hiệu lên đến 98-100% trong việc đánh giá diện cắt⁷. Phương pháp này giúp giảm tối đa số bệnh nhân phải phẫu thuật lại, tuy vậy nó làm kéo dài thời gian phẫu thuật lên 20-30 phút.

Số bệnh nhân có tai biến trong nghiên cứu là 29 chiếm tỷ lệ 11.46%. Chỉ có 1 trường hợp hoại tử quầng núm với mức độ nhẹ. Hoại tử mỡ là biến chứng muộn hay gặp nhất với tỷ lệ 3.56%. Có 11 bệnh nhân (4.28%) được phẫu thuật chỉnh

sửa trong phòng mổ. Các kỹ thuật vạt tại chỗ được đặc trưng bởi cắt bỏ rộng rãi khối u, bóc tách và dịch chuyển mô vú. Đường rạch da dài hơn dẫn đến làm tăng nguy cơ thiếu máu ở mô. Theo lý thuyết tỷ lệ tai biến khi áp dụng các kỹ thuật này sẽ cao hơn so với phẫu thuật bảo tồn thông thường. Tuy vậy hầu hết các nghiên cứu so sánh vạt tại chỗ và phẫu thuật bảo tồn thông thường đều báo cáo không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng của 2 nhóm.

V. KẾT LUẬN

Các kỹ thuật vạt tại chỗ có thể sử dụng tốt trong phẫu thuật bảo tồn cho các bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm tại các nước đang phát triển như Việt Nam. Các kỹ thuật này có nhiều ưu điểm như có thể phẫu thuật bảo tồn các khối u có kích thước lớn, vừa đảm bảo diện cắt an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al.** Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med.* Oct 17 2002;347(16):1227-32. doi:10.1056/NEJMoa020989
- Bertozzi N, Pesce M, Santi PL, Raposio E.** Oncoplastic breast surgery: comprehensive review. *European review for medical and pharmacological sciences.* Jun 2017;21(11):2572-2585.
- Clough KB, Ihrai T, Oden S, Kaufman G, Massey E, Nos C.** Oncoplastic surgery for breast cancer based on tumour location and a quadrant-per-quadrant atlas. *The British journal of surgery.* Oct 2012;99(10):1389-95. doi:10.1002/bjs.8877
- Fitoussi AD, Berry MG, Fama F, et al.** Oncoplastic breast surgery for cancer: analysis of 540 consecutive cases [outcomes article]. *Plast Reconstr Surg.* Feb 2010;125(2):454-62. doi:10.1097/PRS.0b013e3181c82d3e
- Carter SA, Lyons GR, Kuerer HM, et al.** Operative and Oncologic Outcomes in 9861 Patients with Operable Breast Cancer: Single-Institution Analysis of Breast Conservation with Oncoplastic Reconstruction. *Annals of surgical oncology.* Oct 2016;23(10):3190-8. doi:10.1245/s10434-016-5407-9
- Clough KB, van la Parra RFD, Thygesen HH, et al.** Long-term Results After Oncoplastic Surgery for Breast Cancer: A 10-year Follow-up. *Annals of surgery.* Jul 2018;268(1):165-171. doi:10.1097/sla.0000000000002255
- Olson TP, Harter J, Muñoz A, Mahvi DM, Breslin T.** Frozen section analysis for intraoperative margin assessment during breast-conserving surgery results in low rates of re-excision and local recurrence. *Annals of surgical oncology.* Oct 2007;14(10):2953-60. doi:10.1245/s10434-007-9437-1