

rối loạn điện giải thường gặp là giảm Natri là giảm (44,88%) và giảm kali máu (23,68%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn khi so sánh với nghiên cứu của Lê Văn Chí tỷ lệ giảm Natri và kali máu tương ứng là 55,52 và 50,79% [4].

4.3.3. Đặc điểm tổn thương phổi trên XQ ngực. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tổn thương phổi ở người bệnh COVID-19 cao tuổi trên XQ ngực có 132/252 (52,38%). Trong nghiên cứu của Lian.J nhóm người bệnh lớn tuổi 96,32% có tổn thương trên XQ hoặc CT ngực[3]. Nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác cho thấy tổn thương phổi ở người bệnh COVID-19 trên XQ ngực hay gặp ở người bệnh điều trị nội trú.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của người bệnh COVID-19 cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 là $74,68 \pm 9,00$. Bệnh nhân chủ yếu là nam giới (80,21%). Tỷ lệ nam/nữ: 4,05/1. Hầu hết người bệnh đều có bệnh lý nền (81,98%) trong đó bệnh lý nền hay gặp là tăng huyết áp (49,12%), đái tháo đường (22,26%). Tỷ lệ tử vong là 4,59%. Thời gian nằm viện trung bình là $10,23 \pm 5,30$ (2 - 47) ngày. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là sốt (63,96%) và mệt mỏi (56,54%), ho khan (65,08%); ho đờm 43,65%.

Rối loạn về sinh hóa gặp ở người bệnh COVID-19 cao tuổi trong nghiên cứu là thiếu máu 28,35%. Giảm tiểu cầu có 15,75%. Có 19,41% người bệnh có giảm PT < 70%. 26,52% người bệnh có số lượng bạch cầu > 10 G/L. Đa số người bệnh (65,82%) có tăng nồng độ CRP huyết thanh. Có 25,76% người bệnh có tăng

nồng độ Creatinin máu. Các rối loạn thường gặp đối với Natri là giảm (44,88%) và giảm kali máu (23,68%). Tổn thương phổi gặp (52,38%) trường hợp.

TÀI LIỆU KHAM THẢO

1. Hu B., Guo H., Zhou P., et al. (2021), Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. 19 (3), pp. 141-154.
2. Karagiannidis C., Mostert C., Hentschker C., et al. (2020), Case characteristics, resource use, and outcomes of 10 021 patients with COVID-19 admitted to 920 German hospitals: an observational study, Lancet Respir Med. 8 (9), pp. 853-862.
3. Lian J., Jin X., Hao S., et al. (2020), Analysis of Epidemiological and Clinical Features in Older Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outside Wuhan, Clin Infect Dis. 71 (15), pp. 740-747.
4. Lê Văn Chí, Đỗ Như Bình, Lê Văn Nam, và cs. (2022), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh COVID-19 điều trị tại Bệnh viện Dã chiến truyền nhiễm 5G, Tạp chí Y Dược học quân sự. 47 (7), pp. 68-79.
5. Bộ Y tế - Cục quản lý khám chữa bệnh (2022), Quyết định số 250/QĐ-BYT ngày 28/01/2022: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 (cập nhật lần thứ 8).
6. Đoàn Lê Minh Hạnh, Phan Thái Hào, Phan Duy Quang, et al. (2022), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh Covid - 19 nhập viện, Tạp chí Y học Việt Nam. 517 (1).
7. Darazam I. A., Besharati S., Shabani M., et al. (2021), Clinical and Epidemiological Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in Iran: a Hospital-Based Observational Study, Tanaffos. 20 (2), pp. 156-163.
8. Zhang H., Shang W., Liu Q., et al. (2020), Clinical characteristics of 194 cases of COVID-19 in Huanggang and Taian, China, Infection. 48 (5), pp. 687-694.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ VI XÂM NHẬP TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Đoàn Hoan¹, Đào Văn Tú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị của bệnh nhân ung thư vú vi xâm nhập tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi

cứu trên bệnh nhân nữ giới được chẩn đoán ung thư vú vi xâm nhập từ năm 2015-2022 tại bệnh viện K. **Kết quả:** 76 bệnh nhân có thông tin theo dõi, trung vị thời gian theo dõi là 48 tháng (9-94 tháng), DFS 5 năm và OS 5 năm lần lượt là 90% và 100%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $49,61 \pm 10,4$. Kích thước u trên giải phẫu bệnh trung bình là $3,2 \pm 1,6$ cm với 40 bệnh nhân (52,6%) có u ≥ 3 cm. Phần lớn bệnh nhân (94,7%) sờ thấy u trên khám lâm sàng và tỉ lệ có biểu hiện chảy dịch núm vú bất thường là 13,1%. Có 37 bệnh nhân (48,7%) xuất hiện vi vôi hóa trên phim Mammography. Các tổn thương tại chỗ kèm theo bao gồm 72 DCIS (94,7%), 1 LCIS (1,3%) và 3 Paget (3,9%). Hầu hết là các tổn thương DCIS có độ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đoàn Hoan

Email: hoan160897hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.9.2023

Ngày duyệt bài: 25.10.2023

mô học cao, chiếm 84,2%. Tỷ lệ di căn hạch là 3,9%; thụ thể nội tiết dương tính ở 32 bệnh nhân (42,1%). Có 61 bệnh nhân có kết quả Her2 trên phần vi xâm nhập, trong đó Her2 dương tính chiếm 51,3%. Tỷ lệ bệnh nhân được xạ trị bổ trợ, hóa chất bổ trợ, điều trị đích và nội tiết bổ trợ lần lượt là 22,4%, 82,9%, 23,7%, 42,1%. Có 4 trường hợp tái phát, 2 bệnh nhân tái phát tại chỗ tại vùng và 2 bệnh nhân tái phát di căn xa. **Kết luận:** Ung thư vú vi xâm nhập có nhiều đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khác biệt so với DCIS. Điều trị MIC bao gồm phẫu thuật, hóa chất, nội tiết cần nhắc kết hợp thêm điều trị đích đem lại kết quả tốt. Cần theo dõi lâu dài để đánh giá thêm về tái phát di căn. **Từ khóa:** Ung thư vú vi xâm nhập

SUMMARY

REVIEW CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES IN VIETNAMESE WOMEN WITH MICROINVASIVE BREAST CARCINOMA AT K HOSPITAL

Objective: Describe the clinical, paraclinical characteristics and treatment outcomes of patients with microinvasive breast carcinoma (MIC) at K Hospital. **Methods:** A descriptive retrospective study was conducted on female patients diagnosed with MIC from 2015 to 2022 at K Hospital. **Result:** 76 patients with available follow-up information were included. The median follow-up time was 48 months (range: 9-94 months). The 5-year disease-free survival (DFS) and 5-year overall survival (OS) rates are 90% and 100%, respectively. The mean age of the study group was 49.61 ± 10.4 years. The average tumor size was 3.2 ± 1.6 cm, with 40 patients (52.6%) having tumors ≥ 3 cm. The majority of patients (94.7%) presented with palpable mass, and the incidence of nipple discharge was 13.1%. Microcalcifications were observed in 37 patients (48.7%) on mammography. Associated carcinoma in situ lesions included 72 DCIS (94.7%), 1 LCIS (1.3%) and 3 Paget's disease (3.9%). Most DCIS lesions have high histologic grade, accounting for 84.2%. The rate of lymph node metastasis was 3.9%, and estrogen receptor positivity was observed in 32 patients (42.1%). Her2 of microinvasive components results were available for 61 patients, with 51.3% show positive Her2 status. The proportions of patients receiving adjuvant radiation, chemotherapy, targeted therapy, and endocrine therapy were 22.4%, 82.9%, 23.7%, and 42.1%, respectively. 4 cases were recurrence, including 2 local and regional recurrences and 2 distant metastases. **Conclusion:** MIC presents various clinical and paraclinical features that differ from DCIS. The treatment of MIC includes surgery, chemotherapy, and endocrine therapy, with the possibility of incorporating targeted therapy for good results. Long-term surveillance is essential for a more comprehensive evaluation of potential recurrence.

Keywords: Microinvasive breast carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú vi xâm nhập (microinvasive carcinoma - MIC) được định nghĩa là các tế bào vi xâm nhập qua màng đáy vào mô đệm nhưng

đường kính lớn nhất của ổ xâm nhập không vượt quá 1mm. Định nghĩa này đã cho thấy vai trò đặc biệt quan trọng của giải phẫu bệnh để chẩn đoán MIC. Đây là một thể bệnh tương đối hiếm gặp, nó chỉ chiếm 1% trong tất cả ung thư vú và khoảng 5-10% các trường hợp DCIS. Cùng với sự phát triển của sàng lọc ung thư vú bằng chụp mammography, việc chẩn đoán DCIS đã tăng lên đáng kể trong vài thập kỉ qua. Điều này làm cho chẩn đoán MIC cũng ngày càng tăng theo. Nhiều nghiên cứu đã báo cáo các đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của MIC. MIC gặp nhiều nhất trong DCIS, đặc biệt là trên nền DCIS độ cao có hoại tử dạng trứng cá và rất hiếm khi được tìm thấy trong các loại DCIS khác hoặc trong ung thư biểu mô thể tiểu thùy tại chỗ¹. Tuy nhiên, kết quả lâm sàng của MIC vẫn chưa được được biết đầy đủ. Một số nghiên cứu cho rằng đặc điểm lâm sàng của MIC tương tự với DCIS, nhưng có những nghiên cứu khác chỉ ra kết quả lâm sàng và tiên lượng của MIC là kém hơn so với DCIS. Do đó hiện nay trên thế giới vẫn chưa có sự đồng thuận về việc liệu MIC nên được coi như một tổn thương DCIS giai đoạn 0 hay như một ung thư biểu mô xâm lấn. Tại Việt Nam, các công trình nghiên cứu về MIC còn khá ít và tản mạn. Do đó, mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá các đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư vú vi xâm nhập tại bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm tất cả các bệnh nhân ung thư vú vi xâm nhập được chẩn đoán và điều trị từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2022 tại bệnh viện K. Tiêu chuẩn lựa chọn là những bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú vi xâm nhập bằng xét nghiệm mô bệnh học. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm bệnh nhân đã từng được chẩn đoán mắc ung thư vú xâm nhập hoặc có bệnh ung thư khác kèm theo, mắc bệnh có nguy cơ tử vong trong thời gian gần, mất thông tin theo dõi, bệnh nhân được điều trị hóa chất tân bổ trợ.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp theo dõi dọc

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ những hồ sơ bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn

2.3. Công cụ và kĩ thuật thu thập số liệu

Công cụ: bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn

Thu thập số liệu: Hồi cứu hồ sơ bệnh án, theo dõi kết quả điều trị bằng gọi điện thoại

2.4. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20

2.5. Đạo đức nghiên cứu.

Tất cả bệnh

nhân đều tự nguyện tham gia, nghiêm cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị chứ không nhằm mục đích nào khác.

Tất cả thông tin bệnh nhân đều được bảo mật thông qua mã hóa số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Trong khoảng thời gian từ 2015 – 2022, có 76 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú vi xâm nhập điều trị tại bệnh viện K. Giá trị trung bình tuổi của nhóm nghiên cứu là 49,61 ± 10,4, bệnh nhân ít tuổi nhất là 27 tuổi và nhiều tuổi nhất là 71 tuổi, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 51-60 (36,8%), tỉ lệ bệnh nhân dưới 40 tuổi là 20,8%. Trong đó có 2 (2,6%) bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc ung thư vú, 9 (11,8%) bệnh nhân không có con. Tỉ lệ bệnh nhân chưa mãn kinh là 52,6%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.2.1. Các triệu chứng lâm sàng

Bảng 1: Các triệu chứng lâm sàng

Lý do vào viện	N (%)
Tự sờ thấy u	63 (82,9%)
Chảy dịch bất thường núm vú	4 (5,3%)
Đau vú	6 (7,9%)
Khám định kỳ	3 (3,9%)
Chảy dịch đỏ núm vú	10 (13,1%)
Khám lâm sàng	
Sờ thấy u	72 (97,4%)
Không sờ thấy u	4 (5,3%)
Số lượng u	
Không sờ thấy u	2 (2,6%)
Một u	67 (88,2%)
Nhiều u	7 (9,2%)
Vị trí u	
Trên ngoài	46 (60,5%)
Trên trong	7 (9,2%)
Dưới ngoài	4 (5,3%)
Dưới trong	8 (10,5%)
Trung tâm	11 (14,5%)

Nhận xét: Lý do vào viện hay gặp nhất là Tự sờ thấy u (82,9%). Phần lớn bệnh nhân có u sờ thấy được trên lâm sàng (97,4%) và chỉ có một u (88,2%). Vị trí u hay gặp nhất là ¼ trên ngoài (60,5%), tiếp theo là vị trí trung tâm (14,5%).

3.2.2. Các triệu chứng cận lâm sàng

Bảng 2: Đặc điểm trên Xquang vú, siêu âm vú

Mammography	N=76 (%)
Không thấy tổn thương	4 (5,3%)
Vi vôi hóa đơn thuần	12 (15,8%)
Khối đơn thuần	11 (14,5%)

Khối + vi vôi hóa	31(40,7%)
Bất thường cấu trúc + vi vôi hóa	18(23,7%)
Siêu âm	N=76
Không thấy tổn thương	2 (2,6%)
Khối giảm âm	28 (36,8%)
Vi vôi hóa không tạo khối	4 (5,3%)
Khối, đám giảm âm + vi vôi hóa	42 (55,3%)

Nhận xét: Biểu hiện khối + vi vôi hóa trên mamography chiếm nhiều nhất với 40,7%, vi vôi hóa đơn thuần chỉ chiếm 15,8%. Siêu âm vú 74/76 bệnh nhân thấy tổn thương (97,4%).

Bảng 3: Đặc điểm mô bệnh học

Kích thước u trên GPB	N=76
< 3cm	37 (48,7%)
≥ 3cm	39 (51,3%)
Hiện tượng hoại tử trứng cá	N=76
Có	54 (71,1%)
Không	22 (28,9%)
Tổn thương kèm theo	N=76
DCIS	72 (94,7%)
LCIS	1 (1,3%)
Paget	3 (3,9%)
Độ mô học phân nội ống	N=76
Độ mô học cao (độ III)	64 (84,2%)
Độ mô học thấp (độ I, II)	12 (15,8%)
Tình trạng hạch nách	N=76
Di căn hạch	3 (3,9%)
Hạch âm tính	73 (96,1%)

Nhận xét: Kích thước u của MIC là tương đối lớn với 51,3% có u ≥ 3cm. Hiện tượng hoại tử trứng cá rất thường gặp (71,1%). Tổn thương kèm theo hầu hết là DCIS (94,7%) và có độ mô học cao (84,2%). Tỉ lệ di căn hạch nách là 3,9%.

Bảng 4: Đặc điểm hóa mô miễn dịch

Thụ thể nội tiết	N=76
Dương tính	32 (42,1%)
Âm tính	44 (57,9%)
Her2 phân vi xâm nhập	N=60
Dương tính	39 (65%)
Âm tính	21 (35%)
Ki67	N=76
< 20%	55 (72,4%)
≥ 20%	21 (27,6%)

Nhận xét: Tỉ lệ thụ thể nội tiết âm tính là 57,9%. Trong 60 bệnh nhân có thông tin về Her2 có 65% dương tính. Ki67 ≥ 20% ở 21 bệnh nhân (27,6%).

3.3. Điều trị

Bảng 5: Một số đặc điểm về phương pháp điều trị

Phương pháp phẫu thuật	N=76
MRM	69 (90,8%)
NSM	4 (5,3%)
Bảo tồn + vết hạch nách	2 (2,6%)

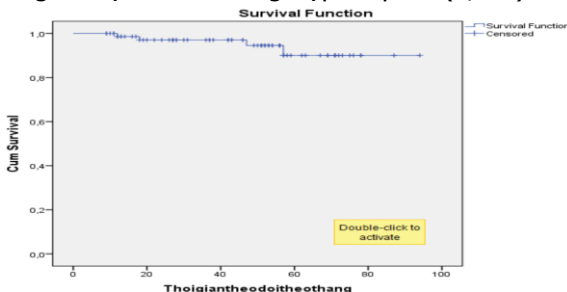
SSM	1 (1,3%)
Hóa chất	N=76
Có	63 (82,9%)
Không	13 (17,1%)
Xạ trị	N=76
Có	17 (22,4%)
Không	59 (77,6%)
Điều trị đích (Trastuzumab)	N=76
Có	18 (23,7%)
Không	58 (76,3%)
Nội tiết	N=76
Có	32 (42,1%)
Không	44 (57,9%)

Nhận xét: Tất cả 76 bệnh nhân đều được phẫu thuật đầu tiên, trong đó 90,8% được phẫu thuật MRM, chỉ có 2,6% được phẫu thuật bảo tồn. Tỷ lệ được hóa chất bổ trợ là 82,9%. 18 bệnh nhân (23,7%) được điều trị đích Trastuzumab. 32 bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính đều được điều trị nội tiết bổ trợ.

Bảng 6: Tái phát, di căn

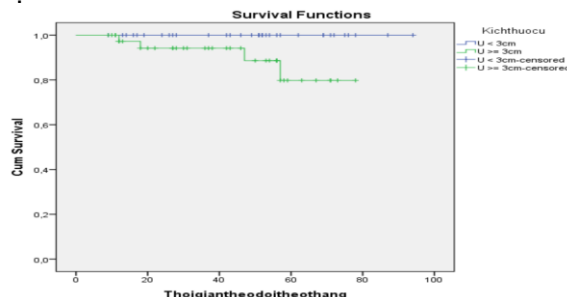
Bệnh tái phát di căn	N (%)
Tái phát	4 (5,2%)
Tại chỗ, tại vùng	2 (2,6%)
Di căn xa	2 (2,6%)

Nhận xét: Theo dõi đến tháng 7/2023, với thời gian theo dõi trung vị là 48 tháng; theo dõi dài nhất 94 tháng, ngắn nhất là 9 tháng. Chúng tôi ghi nhận có 4 trường hợp tái phát (5,2%).



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm không bệnh

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm 5 năm không bệnh là 90%.



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm không bệnh theo kích thước u

Nhận xét: Các khối u kích thước < 3cm có tỉ

lệ sống thêm không bệnh cao hơn so với các khối u ≥ 3cm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,038.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lứa tuổi thường gặp của ung thư vú vi xâm nhập là trên 40 tuổi, đây cũng là lứa tuổi thường gặp của ung thư vú nói chung. Nhóm 51-60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 36,8%, bệnh nhân ít tuổi nhất là 27 và lớn tuổi nhất là 71, tuổi trung bình là 49,61 ± 10,4. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Hangcheng Xu (2022) trên 4301 bệnh nhân MIC, nhóm chiếm tỉ lệ cao nhất là 50-69 tuổi với 57,9%¹. Tuy có liên hệ mật thiết với ung thư vú nội ống nhưng tỷ lệ bệnh nhân dưới 40 tuổi trong nghiên cứu này lại tương đối cao, chiếm 21,1%, cao hơn so với nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi (14,5%), trong khi theo các nghiên cứu về DCIS, tỷ lệ mắc thường tăng lên theo tuổi. Do độ tuổi mắc MIC trẻ hơn nên tỷ lệ chưa mãn kinh trong nghiên cứu cũng chiếm ưu thế hơn với 52,6%.

Vị trí u hay gặp nhất là góc phần tư trên ngoài với 60,5%, các vị trí khác chiếm tỉ lệ thấp. Góc phần tư trên ngoài là khu vực tập trung nhiều mô vú nhất nên ung thư thường xuất hiện ở vị trí này. Tỷ lệ bệnh nhân có khối u sờ thấy được trên khám lâm sàng chiếm 97,4%, tình trạng tiết dịch bất thường núm vú cũng là triệu chứng tương đối phổ biến khi được phát hiện ở 10 bệnh nhân (13,1%). Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng MIC thường biểu hiện nhiều triệu chứng lâm sàng hơn so với DCIS đơn thuần. Nghiên cứu của Han (2020) trên 40 bệnh nhân MIC và 61 bệnh nhân DCIS, tỷ lệ sờ thấy u trên lâm sàng là 92,5% ở MIC so với 73,77% ở DCIS, p = 0,018².

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trên phim chụp mammography và siêu âm, các tổn thương MIC thường xuất hiện dưới dạng một khối có hoặc không có vi vôi hóa kèm theo, tỷ lệ này trên siêu âm là 92,1% còn trên mammography là 55,2%. Đặc điểm hình ảnh này ít gặp trong các trường hợp DCIS thuần túy trong đó chỉ có vôi hóa đơn thuần là phát hiện phổ biến hơn³. Sự xuất hiện của khối trên siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với trên mammography có thể giải thích là do có nhiều trường hợp có tuyến vú đặc làm giảm khả năng phát hiện khối của mammography. Nghiên cứu của Han và cộng sự (2020) cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ thấy khối có hoặc không kèm theo vi vôi hóa trên siêu âm là 92,5%, còn trên mammography là 55%².

Kích thước u trong nghiên cứu của chúng tôi

được đo một cách chính xác trên giải phẫu bệnh, trong đó tỉ lệ $u \geq 3\text{cm}$ chiếm tới 51,3%. Một số nghiên cứu đã báo cáo rằng các trường hợp MIC có kích thước u lớn hơn so với DCIS đơn thuần⁴. Chen và cộng sự nhận thấy rằng tình trạng vi xâm lấn dễ xảy ra hơn đối với các trường hợp DCIS có kích thước lớn hơn 3,15cm. Vì vậy, khi gặp các trường hợp DCIS có kích thước u trên 3cm, cần phải lấy mẫu đầy đủ và đánh giá cẩn thận tình trạng vi xâm nhập bằng phương pháp nhuộm hóa mô miễn dịch với các dấu ấn của tế bào cơ biểu mô như p63 và CK5/6. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy rằng MIC thường có xu hướng liên quan đến tổn thương DCIS độ mô học cao và có hoại tử trứng cá⁵. Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tổn thương DCIS kèm theo là 94,7%, tổn thương ở cấp độ cao chiếm 84,2% và 71,1% có hiện tượng hoại tử trứng cá. Di căn hạch là một yếu tố tiên lượng độc lập trong ung thư vú xâm nhập liên quan trực tiếp đến chỉ định điều trị và tỉ lệ tái phát di căn. Tuy nhiên tỉ lệ di căn hạch trong MIC là tương đối thấp mặc dù đã có những tế bào ung thư xâm nhập qua màng đáy và có khả năng di căn hạch bạch huyết, chúng tôi thấy rằng tỉ lệ di căn hạch chỉ là 3,9%. Nghiên cứu của Lyons (2012) trên 112 bệnh nhân MIC, tỉ lệ di căn hạch nách chỉ là 2,7%. Vì vậy vấn đề sinh thiết hạch cửa hay vét hạch nách cũng được đặt ra trong MIC, thậm chí nhiều nghiên cứu còn cần nhắc bỏ qua việc sinh thiết hạch cửa vì làm tăng tỉ lệ biến chứng mà không có lợi ích rõ ràng⁶.

Khác với DCIS thuần túy thường có tỉ lệ dương tính với thụ thể nội tiết cao, tỉ lệ thụ thể nội tiết âm tính của MIC trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm phần lớn với 57,9%, điều này có thể là do phần lớn các MIC thường đi kèm với DCIS độ mô học cao có hoại tử trứng cá, còn DCIS đơn thuần có độ mô học thấp và không có hoại tử trứng cá. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng thấy rằng tỉ lệ Her2 dương tính trong MIC là khá cao, chiếm 39/60 bệnh nhân (65%). Theo tác giả Milim Kim (2018), tỉ lệ Her2 dương tính là 57,4%⁷. Tuy nhiên, mối liên hệ giữa tình trạng Her2 dương tính và nguy cơ tái phát di căn trong MIC vẫn chưa được làm rõ, và việc điều trị Trastuzumab trên nhóm bệnh nhân này cần được nghiên cứu thêm.

Trong quá trình theo dõi, có 4 bệnh nhân tái phát, trong đó có một trường hợp tái phát tại chỗ tại thành ngực, một trường hợp tái phát di căn xa tại nhiều vị trí (phổi, gan, xương, hạch thượng đòn), một trường hợp tái phát di căn gan và một trường hợp tái phát hạch thượng đòn. Tỷ

lệ DFS 5 năm và OS trong nghiên cứu này lần lượt là 90% và 100%. Theo Wang (2015) thì DFS 5 năm là 99%⁸, cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo chúng tôi, chỉ có kích thước u có ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân, kết quả cho thấy: các khối u kích thước $< 3\text{cm}$ có tỉ lệ sống thêm không bệnh cao hơn so với các khối $u \geq 3\text{cm}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,038$. Nghiên cứu của Padmore (2000) cũng cho thấy rằng nguy cơ tái phát tăng lên khi kích thước u tăng⁹. Tỉ lệ được phẫu thuật bảo tồn trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp, chỉ có 2 bệnh nhân (2,6%), thấp hơn khá nhiều so với các nghiên cứu khác trên thế giới. Có lẽ do bệnh nhân của chúng tôi có kích thước u tương đối lớn so với kích thước vú, đồng thời biểu hiện vi vôi hóa trên mamography cũng làm hạn chế chỉ định phẫu thuật bảo tồn. Ngược lại, tỉ lệ bệnh nhân được nhận hóa chất bổ trợ với các phác đồ khác nhau như 4AC-4T, 12 Paclitaxel, 4TC lại khá cao với 82,9% và có khoảng 23,7% được nhận điều trị đích. Hiện này vẫn chưa có thử nghiệm lâm sàng nào đề cập đến vai trò của hóa chất bổ trợ và Trastuzumab trong điều trị MIC, một số chuyên gia khuyến cáo nên điều trị tương tự như một DCIS đơn thuần, tức là chỉ có phẫu thuật và điều trị nội tiết bổ trợ nếu có chỉ định. Tuy nhiên, cả 4 bệnh nhân tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi đều đã được điều trị hóa chất bổ trợ, điều này chứng tỏ quyết định điều trị đối với MIC còn chưa rõ ràng và cần được nghiên cứu thêm.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân ung thư vú vi xâm nhập thường có nhiều triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, hay gặp nhất là biểu hiện khối có thể sờ thấy trên lâm sàng kèm theo hình ảnh của khối kết hợp với vi vôi hóa trên mamography. Mặc dù có thể di căn hạch nhưng tiên lượng nhìn chung là tốt. Kích thước $u \geq 3\text{cm}$ có thể làm tăng nguy cơ tái phát. Quản lý MIC còn chưa được thống nhất và cần được nghiên cứu thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Xu, H. et al.** Clinicopathological characteristics and prognosis of microinvasive breast cancer: A population-based analysis. *Cancer Med.* 11, 4501–4512 (2022).
2. **Han, S. et al.** Clinical and imaging characteristics of breast ductal carcinoma in situ with microinvasion. *J. Appl. Clin. Med. Phys.* 22, 293–298 (2020).
3. **Dershaw, D. D., Abramson, A. & Kinne, D. W.** Ductal carcinoma in situ: mammographic findings and clinical implications. *Radiology* 170, 411–415 (1989).
4. **Dória, M. T. et al.** Development of a Model to Predict Invasiveness in Ductal Carcinoma In Situ

- Diagnosed by Percutaneous Biopsy-Original Study and Critical Evaluation of the Literature. Clin. Breast Cancer 18, e805–e812 (2018).
5. Sue, G. R., Lannin, D. R., Killelea, B. & Chagpar, A. B. Predictors of microinvasion and its prognostic role in ductal carcinoma in situ. Am. J. Surg. 206, 478–481 (2013).
 6. Lyons, J. M., Stempel, M., Van Zee, K. J. & Cody, H. S. Axillary node staging for microinvasive breast cancer: is it justified? Ann. Surg. Oncol. 19, 3416–3421 (2012).
 7. Kim, M. et al. Microinvasive Carcinoma versus Ductal Carcinoma In Situ: A Comparison of Clinicopathological Features and Clinical Outcomes. J. Breast Cancer 21, 197–205 (2018).
 8. Wang, L. et al. Clinicopathologic characteristics and molecular subtypes of microinvasive carcinoma of the breast. Tumour Biol. J. Int. Soc. Oncodevelopmental Biol. Med. 36, 2241–2248 (2015).
 9. Padmore, R. F. et al. Microinvasive breast carcinoma: clinicopathologic analysis of a single institution experience. Cancer 88, 1403–1409 (2000).

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI CÓ CHẨN ĐOÁN MẤT NGỦ VÀ KHÔNG CÓ CHẨN ĐOÁN MẤT NGỦ TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRÃI NĂM 2022

Quách Thanh Hưng¹, Nguyễn Thị Thanh Nga¹, Nguyễn Võ Thu Hiền¹, Trần Thị Hồng Nguyên², Đặng Thị Kiều Nga², Nguyễn Thị Hải Yến²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu thực hiện phân tích tình hình sử dụng thuốc của người bệnh cao tuổi mất ngủ và không mất ngủ tại bệnh viện Nguyễn Trãi năm 2022 và đề xuất những tác động phù hợp trong chiến lược điều trị với người bệnh cao tuổi mất ngủ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang dữ liệu bệnh án điện tử của người bệnh điều trị ngoại trú năm 2022. Từ đó, tiến hành phân tích và đánh giá các chỉ số sử dụng thuốc trên 02 nhóm người bệnh cao tuổi (>=60 tuổi) mất ngủ và không mất ngủ. **Kết quả:** Nhóm người bệnh cao tuổi mất ngủ (n = 2.923) và người bệnh cao tuổi không mất ngủ (n = 23.102) không có sự khác biệt về chi phí cho thuốc trung bình mỗi đơn dao động từ 245.846 VND – 257.753 VND (p = 0,319). Các chỉ số về số thuốc trong một đơn; tỷ lệ phần trăm và tỷ lệ phần trăm chi phí thuốc dành cho kháng sinh/vitamin của nhóm MN cao hơn so với nhóm KMN. Ngoài ra, việc phân tích chỉ số đo lường lượng tiêu thụ thuốc dựa trên *DDD_{1000 ca bệnh}* cho thấy sự tương đồng về cơ cấu và mức độ thuốc tiêu thụ thuốc giữa hai nhóm người bệnh. **Kết luận:** Nghiên cứu là một tiền đề nhằm phát triển các nghiên cứu về việc phân tích các yếu tố liên quan đến bệnh mất ngủ và hỗ trợ phát triển các chiến lược điều trị hiệu quả.

Từ khóa: Mất ngủ, chỉ số sử dụng thuốc, bệnh viện Nguyễn Trãi

¹Bệnh viện Nguyễn Trãi, TPHCM

²Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hải Yến

Email: haiyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 28.9.2023

Ngày duyệt bài: 30.10.2023

SUMMARY

SURVEY ON THE SITUATION OF DRUG USE IN GERIATRIC PATIENTS WITH A DIAGNOSIS OF INSOMNIA AND WITHOUT A DIAGNOSIS OF INSOMNIA AT NGUYEN TRAI HOSPITAL IN 2022

Background: The aim of the study was to analyze the drug use of elderly patients with and without insomnia at Nguyen Trai hospital in 2022 and to propose appropriate treatment strategies. **Objectives and method:** The study was a retrospective, cross-sectional descriptive analysis of electronic medical records of outpatients in 2022. The analysis and evaluation of drug use indicators were performed on two groups of elderly patients, aged 60 years and above, with insomnia and without insomnia. **Results:** The results showed that there was no significant difference in the average drug cost per prescription (p = 0,319) between the group of elderly patients with insomnia (n = 2,923; 245.846 VND) and without insomnia (n = 23,102; 257.753 VND). The average number of drugs and the percentage of prescriptions and the cost of each prescription containing antibiotics, injectables and vitamins of the group with insomnia were higher between the group without insomnia. The analysis of the drug consumption index based on DDD (Defined Daily Dose) per 1000 cases also showed similarities in the structure and level of drug consumption between the two groups. **Conclusion:** The study is significant as it provides insights into the drug use of elderly patients with insomnia and may assist in the development of more effective treatment strategies.

Keywords: Insomnia, elderly patients, Nguyen Trai hospital, drug utilization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngủ là một chứng rối loạn giấc ngủ phổ biến gây ra những vấn đề nghiêm trọng. Mất ngủ