

7. **Chen J, Jing X, Li C, Jiang Y, Cheng S, Ma J.** Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy for L5S1 Lumbar Disc Herniation Using a Transforaminal Approach Versus an Interlaminar Approach: A Systematic Review and Meta-Analysis. *World Neurosurg.* 2018;116:412-420.e2. doi:10.1016/j.wneu.2018.05.075.
8. **Đỗ Anh Tuấn.** Kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống L5S1 bằng phương pháp nội

soi qua đường liên bản sống. Luận án Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2021.

9. **Trần Trung K.** Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm vùng cột sống thắt lưng - cùng bằng phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Thesis. 2023. Accessed September 18, 2023. <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/4365>

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ KHÔNG SỜ THẤY TRÊN LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Anh Tú¹, Lê Hồng Quang¹, Trần Nguyên Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả của phẫu thuật Ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca bệnh hồi cứu bệnh nhân được chẩn đoán Ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng. Được điều trị bằng phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi hoặc bảo tồn kèm vét hạch nách tại Bệnh viện K từ Tháng 1 năm 2018 đến Tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Trong số 55 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 28 trường hợp ung thư vú tại chỗ và có 27 trường hợp xâm nhập. Lý do vào viện hay gặp nhất là khám sức khỏe định kỳ phát hiện u vú chiếm 46/55 trường hợp. Chỉ số khối cơ thể (Body mass index) trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 22.0, nhỏ nhất là 18.8 và lớn nhất 25.0. Trong số những bệnh nhân ung thư vú tại chỗ, kích thước u trung bình trên giải phẫu bệnh là 1.07 cm, có 8 trường hợp u không tạo khối, không xác định được kích thước u. Trong số 27 bệnh nhân thể xâm nhập, kích thước u trung bình trên giải phẫu bệnh 1.1cm, u bé nhất 0.3cm và lớn nhất là 3.0cm. Số ca phẫu thuật bảo tồn chiếm 16.4 % (9/55 ca). Số lượng hạch vét được trung bình trong nghiên cứu là 10.0, số lượng hạch vét được lớn nhất là 20 hạch và có 2 ca chỉ kiểm tra hạch nách. Trong đó có 2/55 ca di căn hạch nách chiếm 3.6%, cả 2 đều di căn 1 hạch. Giai đoạn sau mổ: giai đoạn 0 chiếm 50.9%, giai đoạn I chiếm 41.8%, giai đoạn II chiếm 7.3%. Biến chứng sớm thường gặp sau mổ và duy nhất trong nghiên cứu này là đọng dịch vết mổ, chiếm tỉ lệ 7.3% (4/55 ca). Không gặp biến chứng phù bạch mạch trong nghiên cứu. Điều trị bổ trợ chiếm chủ yếu sau mổ là điều trị nội tiết 28/55 ca, chiếm 50.9%. **Kết luận:** Ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng thường được phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ khi chưa có dấu hiệu gì trên lâm sàng. Khoảng 50% số trường hợp là ung thư tại chỗ, chưa

xâm nhập. Những trường hợp ung thư xâm nhập đa phần u ở giai đoạn T1. Tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cao hơn, tỷ lệ di căn hạch nách rất thấp và biến chứng sau mổ rất hiếm, chỉ gặp biến chứng đọng dịch và có thể quyết được bằng chọc hút dịch. Điều trị bổ trợ sau mổ chủ yếu là điều trị nội tiết, thậm chí nhiều trường hợp không cần điều trị. **Kiến nghị:** Cần nâng cao nhận thức và phổ biến rộng rãi chương trình sàng lọc Ung thư vú qua chụp xquang tuyến vú sàng lọc để phát hiện tổn thương khi chưa sờ thấy trên lâm sàng. Từ đó làm giảm giai đoạn và cải thiện chất lượng điều trị cũng như tiên lượng của ung thư vú.

Từ khóa: không sờ thấy, sàng lọc ung thư vú, cắt vú triệt căn, phẫu thuật bảo tồn, ung thư vú

SUMMARY

OUTCOMES OF SURGERY IN NON-PALPABLE BREAST CANCER IN K HOSPITAL

Purpose: Clinical characteristics, work-ups and outcomes of surgery in non-palpable breast cancer. **Methods:** Description of a retrospective case series of patients diagnosed with clinically non-palpable breast cancer. Patients then were treated with modified or conservative radical mastectomy with axillary lymph node dissection at K Hospital from January 2018 to June 2023. **Results:** Among 55 patients in the study, there were 28 cases diagnosed as in situ and 27 cases were invasive cancer. The most common reason for hospitalization was a routine health check-up to detect breast tumors, accounting for 46/55 cases. The average body mass index of the study group was 22.0, the smallest was 18.8 and the largest was 25.0. Among patients with in situ breast cancer, the average tumor size was 1.07cm. There were 8 cases of non-massive tumors, which tumor size could not be determined. Among 27 patients with invasive tumors, the average tumor size was 1.1cm, the smallest one was 0.3cm and the largest one was 3.0cm. The number of conservative surgical procedures accounts for 16.4% (9/55 cases). The average number of lymph nodes removed in the study was 10.0, the largest number of lymph nodes removed was 20 and there were 2 cases when surgeons only examined axillary lymph nodes. Of these, 2/55 cases metastasized to axillary lymph nodes, accounting for 3.6%, both of which metastasized to 1 lymph node. Postoperative

¹Bệnh viện K

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2024

Ngày duyệt bài: 7.2.2024

stage: stage 0 accounts for 50.9%, stage I accounts for 41.8%, stage II accounts for 7.3%. The only early complication in this study was surgical wound seroma, accounting for 7.3% (4/55 cases). No complications of lymphedema were encountered in the study. The main adjuvant treatment after surgery is endocrine treatment in 28/55 cases, accounting for 50.9%. **Conclusion:** Breast cancer that can not be examined clinically is often detected through routine health examinations when there are no clinical signs. About 50% of cases are in situ, non-invasive cancers. Most invasive cancer cases are in stage T1. The rate of conservative surgery is higher, the rate of axillary lymph node metastasis is very low and postoperative complications are very rare, only complications of seroma occur and can be resolved by fluid aspiration. Adjuvant treatment after surgery is mainly endocrine treatment, and in many cases no treatment is even needed. **Recommendation:** It is necessary to raise awareness and widely disseminate the Breast Cancer screening program through screening mammography to detect lesions that are not yet palpable clinically. This will reduce the stage and improve the quality of treatment as well as the prognosis of breast cancer.

Keywords: non-palpable, breast cancer screening, radical mastectomy, conservative surgery, breast cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam. Trong những thập kỷ gần đây, chương trình sàng lọc UTV được áp dụng rộng rãi làm tăng sự tự nhận thức của phụ nữ về các dấu hiệu của UTV cũng như ý thức đi khám sàng lọc định kỳ phát hiện sớm. Bên cạnh đó nhờ những tiến bộ của việc ứng dụng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như chụp xquang tuyến vú và cộng hưởng từ tuyến vú vào mục đích sàng lọc và chẩn đoán đã làm tăng tỉ lệ phát hiện UTV ở giai đoạn sớm khi u còn chưa sờ thấy trên lâm sàng và chưa xâm nhập. Đặc biệt ở các nước phát triển như Anh, Hà lan tỉ lệ UTV phát hiện ở giai đoạn chưa sờ thấy trên lâm sàng chiếm khoảng 1/3 hoặc nhiều hơn. Dẫn đến, giảm kích thước u và giai đoạn ở thời điểm chẩn đoán, kết quả tăng tỷ lệ sống thêm, số lượng bệnh nhân có cơ hội phẫu thuật bảo tồn cũng nhiều hơn và giảm gánh nặng điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật.

Những tổn thương UTV không sờ thấy trên lâm sàng là những tổn thương không được phát hiện thông qua khám lâm sàng tuyến vú. Ở thời điểm hiện tại, quản lý chuẩn các tổn thương UTV không sờ thấy trên lâm sàng là đỉnh vị tổn thương dựa trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật lấy tổn thương làm giải phẫu bệnh chẩn đoán xác định bệnh UTV kết hợp đánh giá trình trạng hạch nách dựa sinh thiết

hạch cửa. Từ đó đưa ra quyết định phương pháp phẫu thuật và mức độ vét hạch nách.

Mặc dù, chương trình sàng lọc ung thư vú đã đưa vào thực tế lâm sàng khoảng 4 thập kỷ trước ở các nước Âu Mỹ và đã có một số nghiên cứu về UTV không sờ thấy trên lâm sàng. Tuy nhiên, ở Việt Nam chương trình sàng lọc UTV vẫn chưa được rộng rãi, tỷ lệ UTV phát hiện ở giai đoạn chưa sờ thấy trên lâm sàng còn thấp, đặc biệt các nghiên cứu về UTV không sờ thấy trên lâm sàng rất hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nhận xét một số đặc điểm cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật của tổn thương UTV không sờ thấy trên lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Bệnh nhân ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng

Phương pháp: Mô tả hồi cứu loạt ca bệnh

Thời gian và địa điểm: 5 năm từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 6 năm 2023 tại Bệnh viện K

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân nữ, được chẩn đoán ung thư vú dựa vào kết quả mô bệnh học và hoặc hóa mô miễn dịch

Không sờ thấy tổn thương trên lâm sàng

Các tổn thương được phát hiện qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh

Được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn hoặc phẫu thuật bảo tồn + vét hạch nách hoặc kiểm tra hạch nách

Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư vú đã được điều trị hóa chất tiền phẫu, xạ trị tiền phẫu

Tiền sử mắc ung thư vú, ung thư vú tái phát

Ung thư vú nam giới, ung thư vú liên quan thai kỳ

Ung thư thứ phát từ nơi khác

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 55 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 28 trường hợp ung thư vú tại chỗ và có 27 trường hợp xâm nhập. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 53.6 tuổi, nhỏ nhất 39 tuổi, lớn nhất 76 tuổi. Lý do vào viện hay gặp nhất là khám sức khỏe định kỳ phát hiện u vú chiếm 46/55 trường hợp. Chỉ số khối cơ thể (Body mass index) trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 22.0, nhỏ nhất là 18.8 và lớn nhất 25.0. Trong số những bệnh nhân ung thư vú tại chỗ, kích thước u trung bình trên giải phẫu bệnh là 1.07 cm, có 8 trường hợp u không tạo khối, không xác định được kích thước u. Trong số 27 bệnh nhân thể xâm nhập, kích thước u trung bình trên giải phẫu bệnh là 1.1cm, u bé nhất 0.3cm và lớn nhất là 3.0cm. Một số đặc điểm cận

lâm sàng khác của bệnh nhân ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng thể hiện trong Bảng 1.

Bảng 1: Một số đặc điểm cận lâm sàng của Bệnh nhân Ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng

		Số ca (N)	Tỷ lệ (%)	
Lý do vào viện	Khám sức khỏe	46	83.6	
	Đau vú	4	7.3	
	Chảy dịch đầu vú	5	9.1	
Đặc điểm Xquang	Bình thường	5	9.1	
	Tạo khối	19	34.5	
	Vi vôi hóa	11	20	
	Tạo khối kèm vi vôi hóa	16	29.1	
	Biến đổi cấu trúc tuyến	4	7.3	
Phương pháp chẩn đoán	Sinh thiết dưới CDHA	18	32.7	
	Sinh thiết tức thì	21	38.2	
	GPB thường quy/HMMD	16	29.1	
Bệnh phẩm vú sau mổ	Không còn u	30	54.5	
	Còn nội ống	20	36.4	
	Còn xâm nhập	5	9.1	
U trên đại thể	Tạo khối	38	69.1	
	Không tạo khối	17	30.9	
Mô bệnh học	Nội ống	28	50.9	
	Ống xâm nhập	25	45.5	
	Khác	2	3.6	
Độ mô học	I	18	32.7	
	II	25	45.5	
	III	12	21.8	
Hóa mô miễn dịch	ER	Âm tính	8	14.5
		Dương tính	47	85.5
	PR	Âm tính	13	23.6
		Dương tính	42	76.4
	Her2/neu	Âm tính	35	63.6
		Dương tính	20	36.4
Ki67	<10%	9	16.4	
	≥10%	46	83.6	

Nhận xét: Lý do vào viện thường gặp nhất là khám sức khỏe phát hiện u vú. Đặc điểm u trên xquang vú thường gặp là tạo khối, vi vôi hóa hoặc tạo khối kèm vi vôi hóa

Số ca phẫu thuật bảo tồn chiếm 16.4 % (9/55 ca). Số lượng hạch vét được trung bình trong nghiên cứu là 10.0, số lượng hạch vét được lớn nhất là 20 hạch và có 2 ca chỉ kiểm tra hạch nách. Trong đó có 2/55 ca di căn hạch nách chiếm 3.6%, cả 2 đều di căn 1 hạch. Giai đoạn sau mổ: giai đoạn 0 chiếm 5.9%, giai đoạn I chiếm 41.8%, giai đoạn II chiếm 7.3%. Biến chứng sớm thường gặp sau mổ và duy nhất trong nghiên cứu này là đọng dịch vết mổ, chiếm

tỉ lệ 7.3% (4/55 ca). Không gặp biến chứng phù bạch mạch trong nghiên cứu.

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật Ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng

		N (số ca)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật	MRM	41	74.5
	Bảo tồn	9	16.4
	Tạo hình	3	5.5
	SSM/NSM	2	3.6
Hạch nách	Âm tính	53	96.4
	Dương tính	2	3.6
Giai đoạn sau mổ	0	28	50.9
	I	23	41.8
	II	4	7.3
Biến chứng sau mổ	Không	51	92.7
	Đọng dịch	4	7.3
Phù bạch mạch	Không	55	100
	Có	0	0
Điều trị bổ trợ	Không	7	12.7
	Nội tiết	28	50.9
	Hóa chất	6	10.9
	Xạ trị	4	7.3
	Kết hợp	10	18.2

Nhận xét: Số ca phẫu thuật Cắt tuyến vú tiết căn biến đổi (MRM) chiếm tỉ lệ nhiều nhất 74.5%. Điều trị bổ trợ phổ biến nhất là điều trị nội tiết (chiếm 28/55 ca, 50.9%)

Bảng 3: Mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương vú trên Xquang và giải phẫu bệnh sau mổ

		GPB sau mổ (n,%)		Tổng (N=55)	P value
		Nội ống	Xâm nhập		
X quang tuyến vú	Bình thường	2 (3.6%)	3 (5.5%)	5 (9.1%)	0.191
	Tạo khối	6 (10.9%)	13 (23.6%)	19 (34.5%)	
	Vi vôi hóa	8 (14.5%)	3 (5.5%)	11 (20.0%)	
	Tạo khối kèm vi vôi hóa	11 (20.0%)	5 (9.1%)	16 (29.1%)	
	Biến đổi cấu trúc	1 (1.8%)	3 (5.5%)	4 (7.3%)	

Nhận xét: Biểu hiện tạo khối trên Xquang thường có GPB sau mổ là thể xâm nhập, vi vôi hóa trên xquang thường có giải phẫu bệnh sau mổ là thể nội ống.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 53.6 tuổi, nhỏ nhất 39 tuổi, lớn nhất 76 tuổi. BMI lớn nhất trong nghiên cứu là 25.0 và trung bình là 22.0 kg/m².

Kết quả này cũng gần tương tự như kết quả trong nghiên cứu trên bệnh nhân ung thư vú ở Hàn quốc của Dongju Kim và công sự khi độ tuổi trung bình và BMI trung bình lần lượt là 52.15 tuổi và 23.68 kg/m²¹.

Đặc điểm tổn thương trên xquang có: 19 ca (chiếm 34.5%) tạo khối, 11 ca (chiếm 20%) có vi vôi hóa, 16 ca (chiếm 29.1%) tạo khối kèm vi vôi hóa, 4 ca (chiếm 7.3%) có biến đổi cấu trúc tuyến vú và đặc biệt có 5 ca chiếm 9.1% không phát hiện bất thường trên xquang tuyến vú. Trong nghiên cứu của Gajdos và công sự kết quả này lần lượt là 41% số ca tạo khối, 47% số ca có vi vôi hóa, 8% số ca có tạo khối kèm vi vôi hóa và 4% số ca có biến đổi cấu trúc tuyến trên xquang². Các đặc điểm tổn thương trên xquang thường gặp vẫn là tạo khối và vi vôi hóa.

Kích thước u lớn nhất là 3.0 cm, cả 2 trường hợp bệnh nhân đều có BMI lớn nhất là 25.0. Vấn đề này phù hợp với kết luận trong nghiên cứu của Anees B.Chagpar và cs: BMI ảnh hưởng đến khả năng sờ thấy nhưng không ảnh hưởng đến giai đoạn của ung thư vú tại thời điểm chẩn đoán³.

Trong nghiên cứu, có 9 ca phẫu thuật bảo tồn chiếm 16.4%, tất cả các ca đều có 5 diện cắt âm tính. Đồng thời, ngoại trừ 1 ca ung thư thể nội ống tại chỗ không xác định được kích thước u trên giải phẫu bệnh, tất cả các ca còn lại u đều ở giai đoạn T1 (u < 1cm). Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Đào Minh Thế về ung thư vú giai đoạn I-IIIa tại bệnh viện K năm 2020 chỉ chiếm 8.1%, chứng tỏ phát hiện ung thư vú ở giai đoạn không sờ thấy trên lâm sàng góp phần làm tăng tỉ lệ phẫu thuật bảo tồn, cải thiện chất lượng thẩm mỹ cho người bệnh⁴.

Trong tổng số 27 bệnh nhân ung thư vú xâm nhập, tỉ lệ giai đoạn T sau mổ pT1a (u ≤ 0.5cm), pT1b (u ≤ 1.0 cm), pT1c (u ≤ 0.5cm) và pT2 (u ≥ 2.0cm) lần lượt là 18.5%, 55.6%, 18.5% và 7.4%. Trong nghiên cứu của Dowlatshahi và cs tỉ lệ này lần lượt là 5.5%, 45.1%, 43.9% và 4.5% . Sự khác biệt khi nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ u ở giai đoạn pT1b chiếm phần lớn có thể giải thích vì nghiên cứu của Dowlatshahi đã thực hiện thời gian khá lâu trước đây, có thể hiện nay chất lượng phim xquang đã cải thiện nhiều so với trước và bệnh nhân Việt nam thường có tuyến vú bé hơn so với các nước Phương Tây⁵.

Đặc điểm xquang tổn thương vú phản ánh thể giải phẫu bệnh sau mổ. Với các tổn thương tạo khối trên xquang thường gặp thể giải phẫu bệnh xâm nhập, còn những ca có vi vôi hóa trên xquang có hoặc không kèm với tạo khối thường có giải phẫu bệnh là thể nội ống tại chỗ. Dù sự

khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê, với p=0.191 (p>0.05). Vấn đề này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi là 55 ca, ít hơn cỡ mẫu trong nghiên cứu của Gaidos với hơn 200 bệnh nhân².

Có 2/27 trường hợp UTV xâm nhập (chiếm 7.4%) có di căn hạch nách, đặc biệt cả 2 trường hợp đều chỉ di căn 1 hạch. Tỉ lệ này thấp hơn các nghiên cứu về Ung thư vú khác trong nước⁶. Trong đó 1 trường hợp u kích thước 1.0 cm, u ở vị trí góc phần tư trên ngoài, giải phẫu bệnh ung thư biểu mô tuyến vú thể vi nhú. Thực tiễn lâm sàng và nhiều nghiên cứu đều đã chứng minh mức độ ác tính và tỉ lệ di căn hạch nách sớm của UTV thể giải phẫu bệnh vi nhú⁷. Trường hợp còn lại có u kích thước 2.0 cm và hóa mô miễn dịch thuộc nhóm tam âm, cũng thuộc nhóm tiên lượng xấu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3/55 trường hợp xuất hiện biến chứng đờng dịch sau mổ, 2 trong số đó bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể là 25.0 kg/m² (lớn nhất trong nghiên cứu). Điều này một lần nữa khẳng định biến chứng đờng dịch sau mổ thường gặp ở những bệnh nhân thừa cân, béo phì⁸.

V. KẾT LUẬN

Ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng thường được phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ khi chưa có dấu hiệu gì trên lâm sàng. Khoảng 50% số trường hợp là ung thư tại chỗ. Những trường hợp ung thư xâm nhập đa phần u ở giai đoạn T1. Tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cao hơn, tỷ lệ di căn hạch nách rất thấp và biến chứng sau mổ rất hiếm, chỉ gặp biến chứng đờng dịch và có thể quyết được bằng chọc hút dịch. Điều trị bổ trợ sau mổ chủ yếu là điều trị nội tiết, thậm chí nhiều trường hợp không cần điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lee Y, Kang E, Shin HC, et al.** The Effect of Body Mass Index on Initial Breast Cancer Stage Among Korean Women. *Clinical Breast Cancer*. 2021;21(6): e631-e637. doi: 10.1016/j.clbc.2021.04.007
2. **Gajdos C, Ian Tartter P, Bleiweiss IJ, et al.** Mammographic Appearance of Nonpalpable Breast Cancer Reflects Pathologic Characteristics. *Ann Surg*. 2002;235(2):246-251.
3. **Chagpar AB, Mcmasters KM, Saul J, et al.** Body Mass Index Influences Palpability but not Stage of Breast Cancer at Diagnosis. *The American Surgeon*. 2007;73(6): 555-560. doi:10.1177/000313480707300605
4. **Lê HQ, Đào MT.** đánh giá tình trạng di căn hạch nách và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn i – iiiia tại bệnh viện k. *vmj*. 2022;512(2). doi:10.51298/vmj.v512i2.2273
5. **Dowlatshahi K, Snider HC, Kim R.** Axillary

node status in nonpalpable breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*. 1995;2(5):424-428. doi:10.1007/BF02306375

6. **Tap chí Y Học Thanh Pho Ho Chi Minh**. Accessed August 28, 2022. <https://yhoc tphcm.ump.edu.vn/index.php?Content=ChiTietBai&idBai=3754>
7. **Verras GI, Tchabashvili L, Mulita F, et al**. Micropapillary Breast Carcinoma: From Molecular

Pathogenesis to Prognosis. *Breast Cancer (Dove Med Press)*. 2022; 14:41-61. doi: 10.2147/BCTT.S346301

8. **Konishi T, Fujiogi M, Michihata N, et al**. Impact of Body Mass Index on Outcomes After Breast Cancer Surgery: Nationwide Inpatient Database Study in Japan. *Clinical Breast Cancer*. 2020;20(6): e663-e674. doi: 10.1016/j.clbc.2020.05.002

KẾT QUẢ BƠM XI MĂNG KHÔNG BÓNG QUA DA ĐIỀU TRỊ XEP THÂN ĐỐT SỐNG NGỰC, THẮT LƯNG DO LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG ANH

Đoàn Anh Tuấn¹, Nguyễn Thế Điệp²

TÓM TẮT

Bơm xi măng tạo hình thân đốt sống qua da đã và đang được sử dụng rộng rãi để điều trị xẹp đốt sống ngực, thắt lưng do loãng xương. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả tạo hình thân đốt sống bằng phương pháp bơm xi măng sinh học cho các bệnh nhân xẹp đốt sống ngực, thắt lưng do loãng xương về hiệu quả kỹ thuật và hiệu quả giảm đau của kỹ thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả trên 148 bệnh nhân (229 thân đốt sống) bị lún xẹp do loãng xương được tiến hành bơm xi măng tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Đông Anh từ tháng 01/2020-03/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 74,86±8,20 (64-93), chủ yếu 70-79 tuổi (69,12%). Tỷ lệ nữ/ nam: 3,6/1, 100% loãng xương với T score ≤-2,5. Đau do loãng xương đơn thuần 21,09%, có yếu tố chấn thương chiếm 78,91%. 100% bệnh nhân giảm đau ở ngày đầu tiên sau bơm. Điểm VAS trước mổ là 8,22±1,17, sau mổ 1 ngày là 2,67±0,57 và sau 3 tháng là 0,86±0,16. Sau 3 tháng, phân loại kết quả điều trị theo tiêu chuẩn MacNab: 132/148BN (89,19%) đạt kết quả tốt và khá, 16/148BN (10,81%) đạt trung bình, không có BN đạt kết quả kém. Biến chứng tràn xi măng trong mổ gồm có tỷ lệ bệnh nhân tràn xi măng qua bờ trước thân đốt sống là 23/229 (10,04%) và tràn vào đĩa đệm là 13/229 (5,68%). **Kết luận:** Phương pháp bơm xi măng sinh học tạo hình thân đốt sống là một phương pháp can thiệp tối thiểu, an toàn có hiệu quả cao trong việc giảm đau ở bệnh nhân bị xẹp đốt sống do loãng xương. **Từ khóa:** Bơm xi măng, xẹp đốt sống, loãng xương

SUMMARY

RESULT OF VERTEBROPLASTY IN THE

¹Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

²Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Anh Tuấn

Email: datuansp@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

TREATMENT OF THORACO-LUMBAR VERTEBRAE COMPRESSION PATIENTS DUE TO OSTEOPOROSIS AT DONG ANH GENERAL HOSPITAL

Introduction: Vertebroplasty has been widely used to treat thoraco-lumbar vertebrae compression fractures caused by osteoporosis. **Objective:** This article aims to evaluate the outcomes of restoring the body height of the thoraco-lumbar vertebrae compression patients due to osteoporosis in those undergoing vertebroplasty in terms of technical efficiency and pain relief of the technique. **Subjects and Methods:** This is a descriptive study of 148 patients (229 vertebral bodies) with thoraco-lumbar vertebrae compression due to osteoporosis prospectively who were treated with vertebroplasty at Orthopedics Department, Dong Anh general hospital between January 2020 to March 2023. **Results:** Mean age: 74.86±8.20 (64-93), mainly 70-79 years old (69.12%). Female/male: 3.6/1, 100% osteoporosis with T score ≤-2.5. Pain due to osteoporosis alone 21.09%, with trauma factor accounted for 78.91%. 100% of patients experience pain relief on the first day after the procedure. The average VAS score decreased significantly from 8.22±1.17 before surgery to 2.67±0.57, after 24 hours and 0.86±0.16 after 3 months. After 3 months, according to modified MacNab criteria, the excellent and good results in 132/148 patients (89.19%), moderate results in 16/148 patients (10.81%), no patients have poor results. The symptoms of surgery were the percentage of patients who were lateral fistula 23/229 (10.04%) and disc leakage 13/229 (5.68%). **Conclusions:** Vertebroplasty is safe and minimally invasive procedure that provides a good method for pain relief in patients with vertebral body compression fracture caused by osteoporosis. **Keywords:** Cement injection, vertebrae compression, osteoporosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xẹp đốt sống do loãng xương là vấn đề y tế thường gặp, trong đó xẹp nhiều thân đốt sống là vấn đề y tế cần đối mặt và cần phải được chẩn