

- health care for non-communicable disease management in Malaysia: Uncovering the fidelity & feasibility elements. PLoS One. 2021; 16(1): e0245125. doi: 10.1371/journal.pone.0245125. PMID: 33428645; PMCID: PMC7799751.
- Bộ Y tế** (2018), Quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp. Thông tư số 15/2018/TT-BYT.
 - Nguyễn Thị Tố Uyên.** Kết quả quản lý điều trị bệnh đái tháo đường ở người cao tuổi tại Trung tâm y tế Huyện Phú Lương, Tỉnh Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 524(1A): tr 24-29.
 - Lương Thị Thu Giang.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở người cao tuổi bị tăng huyết áp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng, năm 2021. Tạp chí Y học dự phòng. 2022; 32(5): tr 30-36.
 - Zhang D, Sit RWS, Wong C, Zou D, Mercer SW, Johnston MC, Wong SYS.** Cohort profile: The prospective study on Chinese elderly with multimorbidity in primary care in Hong Kong. BMJ Open. 2020; 10(2): e027279. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027279. PMID: 32086349; PMCID: PMC7045043.
 - Muli S., Meisinger, C., Heier, M. et al.** Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in older people: results from the population-based KORA-age 1 study. BMC Public Health. 2020; 20: 1049-1058.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH VÀ DƯỚI TÍP PHÂN TỬ CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ VÚ XÂM NHẬP TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THANH HÓA

Nguyễn Thị Thủy¹, Nguyễn Thành Nam¹,
Mai Thị Ngọc¹, Nguyễn Thị Ngân²

STUDY ON SOME PATHOLOGICAL FEATURES AND MOLECULAR SUBTYPES OF INVASIVE BREAST CARCINOMA AT THANH HOA ONCOLOGY HOSPITAL

Background: Breast cancer is the most common type of cancer in women, of which invasive breast carcinoma (IBC) is the type with the highest proportion. IBC is diverse in histopathological characteristics and molecular types, so there are different treatment methods and prognosis. In the world and at central hospitals in Vietnam, there are many studies on breast cancer, but in Thanh Hoa there are very few studies on this disease. **Purpose:** "Describe some pathological features and molecular subtypes of invasive breast carcinoma". **Methods:** Research subjects and methods: Descriptive study on 164 IBC cases at Thanh Hoa Oncology Hospital from February 2022 to September 2023. **Results:** Invasive breast carcinoma of no special type (86.6%), histological grade II (73.2%) were the characteristics with the highest proportion. 53.7% of cases had axillary lymph node metastasis, 4.3% of cases had nerve invasion. The Her2 positive type accounts for the highest proportion (24.4%), the lowest are the luminal type A and triple negative. **Conclusion:** The histopathological characteristics and molecular subtypes of IBC at Thanh Hoa Oncology Hospital are very diverse, which is a premise for conducting more in-depth research on breast cancer.

Keywords: Invasive breast carcinoma, molecular subtypes, histopathology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến hàng đầu ở phụ nữ trên thế giới nói chung cũng như Việt Nam nói riêng. Tại Việt Nam năm 2020,

TÓM TẮT

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến hàng đầu ở phụ nữ, trong đó ung thư biểu mô vú xâm nhập (UTBMVXN) là loại chiếm tỷ lệ cao nhất. UTBMVXN đa dạng về đặc điểm mô bệnh học và dưới típ phân tử nên có phương pháp điều trị và tiên lượng khác nhau. Trên thế giới và ở các bệnh viện tuyến Trung Ương tại Việt Nam đã có rất nhiều nghiên cứu về UTV, tuy nhiên ở Thanh Hóa các nghiên cứu về UTV còn hạn chế. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm giải phẫu bệnh và dưới típ phân tử của ung thư biểu mô vú xâm nhập. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 164 trường hợp UTV tại Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa từ 02/2022 đến 09/2023. **Kết quả:** Típ mô học UTBM ống xâm nhập thể không đặc biệt (86.6%), độ mô học II (73.2%) là những nhóm chiếm tỉ lệ cao nhất. 53.7% trường hợp có di căn hạch nách cùng bên, 4.3% trường hợp có xâm nhập thần kinh. Típ phân tử Her2 âm tính chiếm tỷ lệ nhiều nhất (24.4%), thấp nhất là típ lòng ống A và bộ ba âm tính. **Kết luận:** Các đặc điểm mô bệnh học và dưới típ phân tử của UTBMVXN ở Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa rất đa dạng, là tiền đề để thực hiện nhiều nghiên cứu sâu hơn về UTV.

Từ khóa: Ung thư biểu mô vú xâm nhập, dưới típ phân tử, mô bệnh học

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội Phân hiệu Thanh Hóa

²Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thủy

Email: nguyenthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

UTV là ung thư chiếm tỷ lệ mắc cao nhất ở giới nữ với 25.8% (21555ca) và cũng là ung thư có tỷ lệ mắc mới cao nhất ở nữ.¹ Có thể thấy rằng, UTV là một trong những gánh nặng bệnh tật hàng đầu ở Việt Nam.

Ung thư biểu mô vú xâm nhập (IBC) là loại chiếm tỷ lệ cao nhất trong UTV, trong đó Ung thư biểu mô (UTBM) ống xâm nhập chiếm khoảng 80%, UTBM tiểu thùy xâm nhập khoảng 10%. Các tít còn lại ít gặp như UTBM nhầy, UTBM vi nhú, UTBM mắt sàng... Ung thư biểu mô vú xâm nhập đa dạng về đặc điểm mô bệnh học và đặc điểm phân tử nên có những đáp ứng với điều trị khác nhau mặc dù các khối u có cùng giai đoạn lâm sàng. Từ đó, các nhà lâm sàng phải dựa vào các đặc điểm đó để lựa chọn phác đồ phù hợp cũng như kế hoạch theo dõi bệnh nhân hợp lý.²

Trên thế giới, các nghiên cứu về UTV ngày càng nhiều đã góp phần giúp cho điều trị có những bước tiến đáng kể. Ở Việt Nam nói chung và tỉnh Thanh Hóa nói riêng, các nghiên cứu về giải phẫu bệnh và đặc biệt là nghiên cứu về tít phân tử trên bệnh nhân UTV còn ít. Trong khi đó, các yếu tố mô bệnh học và dưới tít phân tử ảnh hưởng trực tiếp đến việc lên kế hoạch điều trị và theo dõi, tiên lượng bệnh nhân.

Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm mô bệnh học và dưới tít phân tử ở bệnh nhân ung thư biểu mô vú xâm nhập".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 163 bệnh nhân với 164 khối u IBC từ tháng 02/2022 đến tháng 09/2023

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được chẩn đoán xác định về mặt mô bệnh học là IBC trên bệnh phẩm phẫu thuật
- Được mổ cắt bỏ toàn bộ khối u kèm vét hạch nách cùng bên
- Được nhuộm đủ các markers ER, PR, Her2, Ki67
- Với những trường hợp HMMD Her2 dương tính 2+, kết quả Her2 đã được khẳng định sau khi làm FISH hoặc Dual-ISH
- Còn tiêu bản, khối nén lưu trữ đảm bảo chất lượng để cắt nhuộm chẩn đoán nếu cần
- Có đầy đủ thông tin hành chính và lâm sàng cần thiết cho nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp đã điều trị tân bổ trợ trước mổ

- Các trường hợp bệnh tái phát

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện, có chủ đích

Quy trình nghiên cứu:

- Lập danh sách bệnh nhân IBC có nhuộm 4 dấu ấn HMMD ER, PR, Her2, Ki67.
- Kiểm tra bệnh án, chọn ra những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn
- Thu thập thông tin theo bệnh án nghiên cứu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.

Các chỉ số nghiên cứu:

- Tít mô bệnh học: Theo phân loại WHO 2019
- Độ mô học phân loại dựa theo WHO, sử dụng bản sửa đổi của Elston, dùng cho tất cả tít mô bệnh học của IBC. Phân độ mô bệnh học theo bảng sau:

	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Sự hình thành cấu trúc ống tuyến	>75%	10-75%	<10%
Đa hình thái tế bào	Nhân đều, ít thay đổi	Trung gian	Nhân đa dạng
Hoạt động nhân chia*	<8/10 HPF	9-17/10 HPF	≥18/10 HPF

Tỷ lệ nhân chia phải đánh giá những vùng ngoại vi hoặc những vùng nhân chia hoạt động nhiều nhất và ít nhất 10 vi trường ở vật kính 40. Tổng điểm 3-5: độ mô học I; 6-7 điểm: độ mô học II; 8-9 điểm: độ mô học III.

• Tình trạng di căn hạch, Xâm nhập thần kinh: Có, không

• Chỉ số NPI = 0.2 x Kích thước u (cm) + Tình trạng hạch di căn (1, 2, 3) + ĐMH (1, 2, 3)
Trong đó:

- + Kích thước u: là đường kính lớn nhất của u đo được khi phẫu tích bệnh phẩm (cm)
- + Tình trạng di căn: Số lượng hạch nách di căn trên mô bệnh học (1: Không có hạch di căn; 2: Di căn ≤ 3 hạch; 3: Di căn > 3 hạch)
- + Độ mô học: độ I, II và III

Chỉ số này càng thấp thì tiên lượng càng tốt. Cách đánh giá chỉ số NPI: NPI ≤ 3,4: tiên lượng tốt; NPI > 3,4 - ≤ 5,4: tiên lượng trung bình; NPI > 5,4: tiên lượng xấu.

• Tít phân tử: Dựa trên kết quả bộ lọc của các dấu ấn ER, PR, Her2 và Ki67

Luminal A	<ul style="list-style-type: none"> • ER(+) và PR(+) ≥ 20% • Her2(-) • Ki67 < 20%
Luminal B Her2 (-)	<ul style="list-style-type: none"> • ER(+) • Her2(-) • Ít nhất 01 trong 02 tiêu chuẩn: Ki-67 ≥ 20% hoặc PR(-) hoặc PR(+) < 20%

	Her2 (+)	<ul style="list-style-type: none"> • ER(+) • Her2(+) • Ki-67 bất kỳ • PR bất kỳ
HER2		<ul style="list-style-type: none"> • Her2(+) • ER và PR (-)
Bộ ba âm tính		<ul style="list-style-type: none"> • ER và PR (-) • Her2(-)

Đạo đức nghiên cứu: Đề tài đảm bảo tính riêng tư, bảo mật thông tin, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 163 bệnh nhân với 164 trường hợp UTV, chúng tôi nhận thấy những kết quả sau:

Típ mô bệnh học:

	Đặc điểm	n	%
Típ mô bệnh học	NST	142	86.6
	Tiểu thùy	4	2.4
	Nhầy	5	3
	Vì nhú	5	3
	Mix	3	1.8
	Khác	5	3
Tổng		164	100

Típ mô bệnh học gặp nhiều nhất trong nghiên cứu theo phân loại của WHO 2019 là IBC típ NST. Các típ còn lại như: UTBM tiểu thùy xâm nhập, UTBM nhầy, UTBM típ vi nhú, UTBM típ hỗn hợp... hiếm gặp.

Độ mô học:

	Đặc điểm	n	%
Độ mô học	Độ I	8	4.9
	Độ II	120	73.2
	Độ III	36	22
Tổng		164	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ mô học II chiếm tỷ lệ cao nhất với 73.2% trong khi chiếm tỷ lệ thấp nhất là độ mô học I.

Tình trạng di căn hạch:

	Đặc điểm	n	%
Di căn hạch	Không	76	46.3
	1-3 hạch	49	29.9
	>3 hạch	39	23.8
Tổng		164	100

Các trường hợp UTV trong nghiên cứu của chúng tôi đa số có di căn hạch (53.7%), trong đó tỷ lệ di căn 1-3 hạch nhiều hơn di căn > 3 hạch

Tình trạng xâm nhập thần kinh:

	Đặc điểm	n	%
Xâm nhập thần kinh	Không	157	95.7
	Có	7	4.3
Tổng		164	100

Chỉ có 4.3% các trường hợp UTV trong nghiên cứu của chúng tôi có xâm nhập thần kinh

Chỉ số tiên lượng NPI:

	Đặc điểm	n	100%
NPI	Tiên lượng tốt	33	20.1
	Tiên lượng trung bình	93	56.7
	Tiên lượng xấu	38	23.2
Tổng		164	100

Đa số các khối u trong nghiên cứu có điểm NPI tiên lượng trung bình với 56.7%.

Dưới típ phân tử:

	Đặc điểm	n	%
Dưới típ phân tử	Luminal A	27	16.5
	Luminal B Her2 -	38	23.2
	Luminal B her2 +	32	19.5
	Her2	40	24.4
	Bộ ba âm tính	27	16.5
Tổng		164	100

Chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là dưới típ phân tử Her2 (24.4%), tiếp đến là típ lòng ống B/Her2 âm tính với 23.2%. Típ lòng ống A và típ bộ ba âm tính ít gặp với 16.5% mỗi típ.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư biểu mô vú xâm nhập típ không đặc biệt (NST) là típ mô học chiếm tỷ lệ vượt trội với 86.6%. Các típ mô học khác ít gặp hơn như UTBM nhầy, UTBM tiểu thùy xâm nhập, UTBM vi nhú.... Các nghiên cứu trong nước và quốc tế đều chỉ ra rằng, típ NST chiếm tỷ lệ vượt trội trong UTV, các típ mô học khác hiếm gặp hơn. Trong nghiên cứu của Chu Thị Trang, típ NST cũng gặp nhiều nhất với 77.4% tuy nhiên típ tiểu thùy và UTBM nhầy gặp nhiều hơn so với nghiên cứu của chúng tôi với 6.2% mỗi típ.³ Hay trong nghiên cứu của Vũ Ngọc Hà (2019), típ NST chiếm 71.9%. Tuy nhiên, nghiên cứu này có tỷ lệ UTBM tiểu thùy là 17.2%, cao hơn các nghiên cứu khác.⁴ Nghiên cứu của Kondov cho thấy, NST chiếm tỷ lệ cao vượt trội với 81.72%.⁵

Độ mô học của khối u được đánh giá dựa trên các tiêu chí: sự hình thành ống nhỏ, sự đa hình của nhân và hoạt động nhân chia. Mỗi tiêu chí được cho điểm từ 1-3 tương ứng lần lượt với các mức độ nhẹ, trung bình, nặng. Tổng điểm thay đổi từ 3-9 và được chia độ thành 3-5 điểm là độ I, 6 hoặc 7 điểm là độ II và 8-9 điểm là độ III. Nghiên cứu của chúng tôi có đa số các trường hợp có độ mô học II (73.2%), tiếp đến là độ mô học III (22%) và độ mô học I ít gặp nhất với 4.9%. Tác giả Chu Thị Trang cũng cho kết quả tương đồng với chúng tôi khi thấy độ mô học II hay gặp nhất (chiếm 80,1%), tiếp theo là nhóm độ mô học III (chiếm 14,6%), nhóm độ mô học I chiếm tỉ lệ thấp nhất (5,3%).³ Tuy

hiện, ở nghiên cứu của Lê Thị Uyên, độ mô học III hay gặp nhất với 49.6%, tiếp đến là độ mô học II chiếm 39,2%, độ mô học I ít gặp nhất với 26 trường hợp chiếm 11,2%.⁶ Tương tự vậy, nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho các kết quả khác nhau về tỷ lệ gặp của các độ mô học khối u. Như ở nghiên cứu của Santis, độ mô học II chiếm tỷ lệ cao nhất với 58.8%, tiếp đến là độ mô học III.⁷ Trong khi ở nghiên cứu của Lakhnopal, độ mô học I và II có tỷ lệ như nhau là 38.6%, độ III ít gặp hơn với 22.7%.⁸ Sự khác nhau này có thể do đánh giá mô học theo chủ quan của từng bác sĩ giải phẫu bệnh và theo cách chọn nhóm đối tượng trong từng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 53,7% các trường hợp có di căn hạch nách cùng bên. Trong đó 29.9% trường hợp di căn 1-3 hạch, 23.8% trường hợp di căn > 3 hạch. Nghiên cứu của Chu Thị Trang lại nhận thấy đa số các trường hợp (71.7%) không có di căn hạch, 28.3% trường hợp di căn 1-3 hạch, thậm chí không có trường hợp nào di căn >3 hạch.³ Tương tự vậy, Lê Thị Uyên cũng nhận thấy các trường hợp UTV trong nghiên cứu của mình không có di căn hạch (65.9%), số di căn 1-3 hạch chiếm 22.4% và di căn > 3 hạch chiếm 11.7%.⁶ Một số nghiên cứu quốc tế cũng cho kết quả tương tự hai tác giả trên, như nghiên cứu của Santis và cộng sự năm 2019, N0 chiếm 72.3%, 27.7% trường hợp di căn 1-3 hạch.⁷ Sự khác nhau với các nghiên cứu khác có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến viện ở giai đoạn muộn hơn. Di căn hạch là một yếu tố tiên lượng quan trọng trong UTV. Theo Tạ Văn Tờ, các trường hợp không di căn hạch có tỷ lệ sống thêm 5 năm là 91.96%, trong khi các trường hợp có di căn, tỷ lệ này chỉ là 53.03%.⁹

Xâm nhập thần kinh là tình trạng các tế bào u vây quanh dây thần kinh hoặc xâm nhập vào dây thần kinh, thường liên quan tới tiên lượng tồi, có thể gây đau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 4.3% trường hợp có xâm nhập thần kinh. Tỷ lệ này ở nghiên cứu của Chu Thị Trang là 91.2%.³ Nghiên cứu của Pundavela và cộng sự cho thấy tình trạng xâm nhập thần kinh có tỷ lệ gặp cao hơn trong những trường hợp UTV có di căn hạch với $p=0.0031$.¹⁰ Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về tình trạng xâm nhập thần kinh trên bệnh nhân UTV để có số liệu thống kê so sánh.

Chỉ số tiên lượng Nottingham (NPI) được coi là một yếu tố tiên lượng cho khả năng đáp ứng điều trị hoàn toàn (pCR). Nghiên cứu của Tan và cộng sự cho thấy, chỉ số tiên lượng NPI càng cao thì tỷ lệ pCR càng thấp. Khi nghiên cứu 164

trường hợp UTV, chúng tôi thấy nhóm có chỉ số NPI tiên lượng tốt chiếm tỷ lệ thấp nhất với 20.1%, cao nhất là nhóm chỉ số NPI tiên lượng trung bình với 56.7%. Tương tự vậy, Lê Thị Uyên cũng nghiên cứu thấy nhóm NPI tiên lượng trung bình chiếm chủ yếu với 58.2%, tuy nhiên nhóm NPI tiên lượng xấu lại có tỷ lệ thấp hơn nhóm NPI tiên lượng tốt.⁶ Một số nghiên cứu trên thế giới cũng nhận thấy NPI tiên lượng trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất trong UTV như nghiên cứu của Elwood (43.5%) và nghiên cứu của Okugawa (46%). Trong khi đó, nghiên cứu của Chu Thị Trang, nhóm NPI tiên lượng tốt lại chiếm tỷ lệ cao nhất với 72.1% và nhóm tiên lượng xấu chiếm tỷ lệ thấp nhất với 4%.³ Có sự khác biệt này có thể do tác giả chỉ nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân UTV giai đoạn II - III

Nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều trường hợp tít phân tử Her2 dương tính nhất với 23.4%, tiếp đến là B/Her2- (23.2%) và B/Her2 + (19.5%). Tít lòng ống A và bộ ba âm tính chiếm tỷ lệ ít nhất với 16.5% mỗi loại. Nghiên cứu của Lê Thị Uyên lại gặp tít B/Her2- nhiều nhất với 28.4%, tít lòng ống A và tít bộ ba âm tính cũng gặp nhiều hơn trong nghiên cứu của chúng tôi (23.3% và 21.1%).⁶ Nhiều nghiên cứu khác lại gặp nhiều nhất là tít lòng ống A như nghiên cứu của Nguyễn Đình Thạch (38%). Phân loại IBC theo dưới tít phân tử đã trở thành một chuẩn đoán bắt buộc trong tất cả các trường hợp UTV do vai trò quan trọng trong việc điều trị và tiên lượng. Các tỷ lệ dưới tít phân tử khác nhau trong nhiều nghiên cứu, thể hiện sự đa dạng trong UTV.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 164 trường hợp IBC trên 163 bệnh nhân tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa, chúng tôi nhận thấy: Các khối u đa dạng về mô bệnh học và dưới tít phân tử. Trong đó, tít mô bệnh học UTBM ống xâm nhập tít không đặc biệt chiếm tỷ lệ cao nhất với 86.6%. Đa số các khối u có độ mô học II (73.2%), di căn hạch (53.7%) và không xâm nhập thần kinh (95.7%). Chỉ số Nottingham tiên lượng trung bình chiếm chủ yếu với 56.7%. Các dưới tít phân tử phân bố khá đều nhau, trong đó, dưới tít Her2 dương tính chiếm tỷ lệ cao nhất với 24.4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN** 2020. Published online 2020. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-fact-sheet.pdf
2. **Cotran RS, Robbins SL.** Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease. Tenth edition. (Kumar V, Abbas AK, Aster JC, eds.). Elsevier; 2021.
3. **Chu Thị Trang.** Áp dụng thang điểm IHC4 để

- phân tầng nguy cơ ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn I-II. Luận án Thạc sĩ y học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2020.
- Vũ Thị Ngọc Hà.** Nghiên cứu sự bộc lộ dấu ấn p53, Bcl2 và mô bệnh học trong ung thư biểu mô tuyến vú. Luận án Thạc sĩ y học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2019.
 - Kondov B, Milenkovic Z, Kondov G, et al.** Presentation of the Molecular Subtypes of Breast Cancer Detected By Immunohistochemistry in Surgically Treated Patients. Open Access Maced J Med Sci. 2018;6(6): 961-967. doi:10.3889/oamjms.2018.231
 - Lê Thị Uyên.** Tình trạng nầy chồi u trong ung thư biểu mô tuyến vú thể ống xâm nhập. Luận án Thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2021.
 - De Santis MC, La Rocca E, Meneghini E, et al.** Axillary nodal involvement by primary tumor features in early breast cancer: an analysis of 2600 patients. Clin Transl Oncol Off Publ Fed Span Oncol Soc Natl Cancer Inst Mex. 2020; 22(5): 786-792. doi: 10.1007/s12094-019-02188-7
 - Lakhanpal R, Sestak I, Shadbolt B, et al.** IHC4 score plus clinical treatment score predicts locoregional recurrence in early breast cancer. Breast Edinb Scotl. 2016;29: 147-152. doi: 10.1016/j.breast.2016.06.019
 - 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. 2004.
 - Pundavela J, Roselli S, Faulkner S, et al.** Nerve fibers infiltrate the tumor microenvironment and are associated with nerve growth factor production and lymph node invasion in breast cancer. Mol Oncol. 2015;9(8):1626-1635. doi:10.1016/j.molonc.2015.05.001

TỬ VONG VÀ CÁC BIẾN CỐ TIM MẠCH NỘI VIỆN Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN CÓ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU THẤT TRÁI $\leq 40\%$ SAU CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA

Nguyễn Thượng Nghĩa¹, Nguyễn Đăng Khoa²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mặc cho đã có các tiến bộ vượt bậc trong chẩn đoán và điều trị nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp, tỉ lệ tử vong nội viện nhồi máu cơ tim vẫn còn cao. Bệnh nhân NMCT cấp có phân suất tổng máu (PSTM) thất trái $< 40\%$ lúc nhập viện có tỉ lệ tử vong tăng và tỉ lệ các biến chứng cao như tái nhồi máu, rối loạn nhịp, đột quy so sánh với nhóm không suy giảm chức năng thất trái. Tại Việt Nam, còn ít nghiên cứu khảo sát về tử vong nội viện ở nhóm bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên (NMCTSTCL) có PSTM thất trái $\leq 40\%$. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân nội viện của bệnh nhân NMCTSTCL có PSTM thất trái $\leq 40\%$ sau can thiệp mạch vành (CTMV) qua da tại khoa tim mạch can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân > 18 tuổi được chẩn đoán NMCTSTCL có PSTM thất trái lúc nhập viện $\leq 40\%$ được CTMV qua da tại khoa Tim mạch can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2023. **Kết quả:** Có 135 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu, tuổi trung bình \pm độ lệch chuẩn của dân số nghiên cứu là $63 \pm 10,67$; tỉ lệ nam/nữ là 3,09/1. Đái tháo đường (73,33%) và tăng huyết áp (67,41%) là 2 yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. NMCT cấp thành trước là thể lâm sàng thường gặp nhất (58,66%) và có 40,74% bệnh nhân nhập viện với killip \geq II. Các biến cố nội viện thường gặp nhất là suy tim cấp (37,04%) và tổn thương thận cấp

(21,48%); tỉ lệ choáng tim được ghi nhận là 14,07%. Tỉ lệ tử vong nội viện ở dân số mục tiêu là 8,89%, trong đó 91,67% các trường hợp là tử vong do tim mạch. Qua phân tích logistic đa biến, chỉ có rối loạn nhịp đe dọa tính mạng là yếu tố dự đoán độc lập cho tử vong nội viện. **Kết luận:** Tỉ lệ tử vong nội viện ở bệnh nhân NMCTSTCL có PSTM thất trái $\leq 40\%$ sau CTMV qua da là 8,89%. Rối loạn nhịp đe dọa tính mạng là yếu tố dự đoán độc lập cho tử vong nội viện ở nhóm bệnh nhân trên.

Từ khóa: nhồi máu cơ tim cấp, can thiệp mạch vành qua da, choáng tim, tử vong.

SUMMARY

INHOSPITAL MORTALITY AND COMPLICATIONS OF POST-PCI ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS WITH LEFT VENTRICLE EF $\leq 40\%$

Introduction: Despite significant advances in the diagnosis and treatment of acute myocardial infarction (AMI), the in-hospital mortality rate for AMI remains high. AMI patients with left ventricular ejection fraction (LVEF) $< 40\%$ on admission have increased mortality and complication rates such as reinfarction, arrhythmias, and stroke compared to those without heart failure or left ventricular dysfunction. In Vietnam, there have been few studies investigating in-hospital mortality in patients with anterior wall AMI and LVEF $\leq 40\%$. **Objective:** To determine the rate of all-cause in-hospital mortality in patients with STEMI and admission LVEF $\leq 40\%$ after percutaneous coronary intervention (PCI) at Interventional Cardiology Department of Cho Ray Hospital. **Subjects:** Patients > 18 years old diagnosed with STEMI and admission LVEF $\leq 40\%$ undergoing PCI at Interventional Cardiology Department of Cho

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Khoa

Email: khoand.pnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024