

học-Truyền máu Trung ương 2006- 2008, Luận văn Thạc sỹ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.

6. **Hoàng Văn Phong, Nguyễn Thị Thu Hiền** (2012). Đặc điểm người hiến máu tình nguyện tại Hải Phòng trong 2 năm 2010-2011. Tạp chí Y học Việt Nam, 396, 422 - 426.
7. **Oota M, Chaiwong K, Sangyuan U et al**

(2007). Positive rate of transfusion transmitted infections in blood donors at national blood centre, Thai red cross society, 2002 –2006, Vox sanguinis, Volume 93, November 2007.

8. **Willy A, Flege J** (2007). Blood donor selection and donation collection in Germany, Transfusion today, 20-21.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ PHÂN TÍCH MỐI LIÊN QUAN VỚI DI CĂN HẠCH NÁCH Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ

Vũ Anh Hải¹, Lê Việt Anh¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích mối liên quan của một số đặc điểm này với tình trạng di căn hạch nách ở bệnh nhân ung thư tuyến vú giai đoạn từ I đến IIIA, được phẫu thuật điều trị triệt căn tại Bệnh viện Quân y 103, thời gian từ tháng 01/2020 đến 05/2023. Kết quả cho thấy: tuổi trung bình $53,4 \pm 1,7$ (26-84), bệnh nhân còn kinh tỷ lệ 41,0%, mãn kinh 59,0%. Đa số trường hợp phát hiện bệnh do người bệnh tự sờ thấy khối u vú (chiếm 96,7%), vị trí khối u thường gặp nhất là $\frac{1}{4}$ trên ngoài (tỷ lệ 59,0%), khối u thường có ranh giới không rõ, mật độ chắc và di động kém (tỷ lệ lần lượt là 67,2%, 88,5% và 52,5%), bất thường ở núm vú tỷ lệ 14,6%, bao gồm: tụt (11,4%), chảy dịch (1,6%) và viêm tấy (1,6%). Trên siêu âm, khối u có đặc điểm giảm âm chiếm đa số (tỷ lệ 88,5%), chủ yếu có phân độ Birads 4 và 5 (tỷ lệ 72,1 và 19,7%). Típ biểu mô ống xâm nhập chiếm chủ yếu (tỷ lệ 75,4%), phân nhóm lòng ống B có tỷ lệ cao nhất (58,3%). Nhóm kích thước u trên 2cm và đặc điểm mất cấu trúc rõ hạch trên siêu âm có giá trị tiên lượng di căn hạch nách ($p < 0,05$). **Từ khóa:** Ung thư vú; siêu âm tuyến vú; di căn hạch nách

SUMMARY

COMMENTS ON SOME CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS, ANALYZING FACTORS ASSOCIATED WITH AXILLARY LYMPH NODE METASTASIS IN BREAST CANCER PATIENTS

The study describes clinical, paraclinical characteristics and analyzes the relationship of some of these with axillary lymph node metastasis in patients with stage I to IIIA breast cancer underwent radical surgical treatment at 103 Military Hospital, from January 2020 to May 2023. The results showed that: average age was 53.4 ± 1.7 (26-84), 41.0% of patients were still menstruating, and 59.0% were menopausal. In most cases, the disease was detected

because the patient feels the breast tumor themselves (accounting for 96.7%), the most common location of tumor was the upper - outer quadrant (rate of 59.0%), and the tumor often had unclear boundaries, firm and poor mobility (rate of 67.2%, 88.5% and 52.5% respectively), nipple abnormalities rate was 14.6%, including: inversion (11.4%), drainage (1.6%), and inflammation (1.6%). On ultrasound, the majority of tumors had hypoechoic characteristics (rate 88.5%), mainly with Birads grades IV and V (rate of 72.1 and 19.7%). The invasive ductal carcinoma type accounts for the majority (75.4%), with the luminal subtype B having the highest rate (58.3%). The group of tumor size over 2cm and the loss of lymph node hilus structure on ultrasound increased the rate of axillary lymph node metastasis ($p < 0.05$).

Keywords: Breast cancer; mammary ultrasound; axillary lymph node metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư khá phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng đầu do ung thư ở nữ giới. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu gánh nặng bệnh ung thư và chiến lược phòng chống ung thư quốc gia đến năm 2020 cho thấy UTV là bệnh có tỷ lệ mới mắc cao nhất trong các ung thư ở nữ giới. Tỷ lệ mới mắc chuẩn theo tuổi năm 2010 ước tính là 28,1/100.000 phụ nữ. ¹Thống kê của Globocan năm 2020 ghi nhận thực trạng bệnh UTV cho thấy, thế giới có khoảng 2.261.419 ca mắc mới (chiếm 11,7% trong các loại ung thư) và 684.996 ca tử vong. ²

Phát hiện sớm UTV có vai trò quan trọng bởi lẽ tiên lượng người bệnh UTV giai đoạn sớm rất khả quan, với UTV giai đoạn 0 và I, tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm là 100%, giai đoạn II, III tỷ lệ này giảm xuống còn khoảng 93% và 72%. Ở giai đoạn lan tràn, tỷ lệ sống thêm rất hạn chế, ước tính chỉ 22% bệnh nhân (BN) UTV giai đoạn IV sống thêm 5 năm.

Mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán UTV, tuy nhiên việc thăm khám lâm sàng, phát hiện các triệu chứng nghi ngờ có vai trò quan trọng, từ đó chỉ định các xét cận lâm sàng

¹Bệnh viện Quân Y 103 – Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Hải

Email: vuanhai.ncs@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 14.3.2024

phù hợp, giúp chẩn đoán chính xác bệnh.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu "mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích mối liên quan của một số đặc điểm này với tình trạng di căn hạch nách ở bệnh nhân ung thư tuyến vú được phẫu thuật điều trị triệt căn", góp phần đưa ra những khuyến cáo trong thăm khám lâm sàng và xét nghiệm nhằm chẩn đoán phù hợp để phát hiện sớm hơn người bệnh ung thư vú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: là những BN UTV được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị triệt căn, tại Bệnh viện Quân y 103, thời gian từ tháng 01/2020 đến 05/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được chẩn đoán là UTV dựa theo kết quả mô bệnh học
- Giai đoạn bệnh từ I đến IIIA
- Được phẫu thuật điều trị triệt căn: cắt toàn bộ tuyến vú, vét hạch nách.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không có đầy đủ bệnh án, hồ sơ nghiên cứu
- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

2.3. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng cơ năng, thực thể (vị trí u, tính chất u, tình trạng núm vú, hạch nách).

- Đặc điểm cận lâm sàng: hình ảnh siêu âm (kích thước u, độ hồi âm, vôi hóa, phân nhóm Tirads, hạch nách), típ mô bệnh học, phân nhóm phân tử.

- Kết quả vét và xác định di căn hạch nách: số lượng hạch vét được, số lượng hạch di căn.

2.4. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 26.0

Tính các giá trị trung bình, tỷ lệ %; so sánh các tỷ lệ bằng kiểm định Chi - bình phương (χ^2), khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi trung bình $53,4 \pm 1,7$ (26-84 tuổi).

Tình trạng kinh nguyệt: Còn kinh 25 BN (tỷ lệ 41,0%); mất kinh 36 BN (tỷ lệ 59,0%).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Tự sờ thấy khối u	59	96,7
	Đau vùng vú	14	23,0
	Chảy dịch núm vú	2	3,3

		Không triệu chứng	2	3,3
Triệu chứng thực thể				
Vị trí u	Bên phải/ Bên trái	31/30	50,8/49,2	
	¼ trên ngoài	36	59,0	
	¼ trên trong	17	27,9	
	¼ dưới ngoài	3	4,9	
	¼ dưới trong	3	4,9	
	Trung tâm	2	3,3	
Tính chất u	Ranh giới	Rõ	11	18,0
		Không rõ	41	67,2
		Không ghi nhận	9	14,8
	Mật độ	Rắn	7	11,5
		Chắc	54	88,5
		Di động	29	47,5
Núm vú	Kém	32	52,5	
	Bình thường	53	86,9	
	Chảy dịch	1	1,6	
Hạch nách	Tụt	7	11,4	
	Viêm tấy	1	1,6	
	Di động	11	18,0	
	Kém di động	3	4,9	
	Không sờ thấy	47	77,1	

Đặc điểm lâm sàng thường gặp là bệnh nhân tự sờ thấy khối u vú (tỷ lệ 96,7%), vị trí khối u ở ½ trên (trong đó ¼ trên ngoài chiếm chủ yếu 59,0%, trên trong 27,9%), mật độ chắc (88,5%), ranh giới không rõ (67,2%), di động kém (52,5%). Có 1 BN có núm vú vừa tụt vừa viêm tấy (1,6%).

Bảng 2. Đặc điểm siêu âm

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Đặc điểm u			
Kích thước u	≤ 2 cm	35	57,4
	> 2 cm	26	42,6
	Trung bình	2,24±0,12 (7 - 48 mm)	
Độ hồi âm	Đồng âm	2	3,3
	Giảm	54	88,5
	Hỗn hợp	5	8,2
Vôi hóa	Vôi vôi hóa	14	23,0
	Vôi hóa thô	14	23,0
	Không	33	54,0
Phân độ Birads	2	1	1,6
	3	4	6,6
	4	44	72,1
	5	12	19,7
Đặc điểm hạch			
Số lượng hạch được phát hiện	0	26	42,6
	1	22	36,1
	≥ 2	13	21,3
Đặc điểm rốn hạch	Rõ	21	34,4
	Mất cấu trúc	14	22,9

Kích thước khối u dưới 5cm (tỷ lệ 100%), giảm âm chiếm đa số (tỷ lệ 88,5%), chủ yếu có phân độ Birads 4 và 5 (tỷ lệ 72,1 và 19,7%).

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học và phân loại phân tử

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Mô bệnh học	UTBM ống xâm nhập	47	75,4
	UTBM thủy xâm nhập	1	1,6
	UTBM thể nhày	2	3,3
	UTBM thể nhú	3	4,9
	UTBM thể tủy	2	3,3
	Thể khác	7	11,5
Phân nhóm phân tử	Bộ ba âm tính	2	3,3
	Her-2 (+)	22	36,7
	Luminal A	1	1,7
	Luminal B	36	58,3

Típ biểu mô ống xâm nhập chiếm chủ yếu

Bảng 5. Mối liên quan một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đến tình trạng di căn hạch

Di căn hạch	Có		Không		p	
	n	%	n	%		
Nhóm tuổi	≤ 49	11	18,0	12	19,7	0,132
	> 49	20	32,8	18	29,5	
Tình trạng kinh nguyệt	Còn	12	19,7	13	21,3	0,878
	Mãn kinh	18	29,5	18	29,5	
Vị trí u	¼ trên ngoài	20	32,8	16	26,2	0,818
	¼ trên trong	7	11,5	10	16,4	
	¼ dưới ngoài	1	1,6	2	3,3	
	¼ dưới trong	1	1,6	2	3,3	
	Trung tâm	1	1,6	1	1,6	
Kích thước u trên siêu âm	≤ 2 cm	13	21,3	22	36,1	0,029
	> 2 cm	17	27,9	9	14,7	
Hình ảnh rốn hạch trên siêu âm	Rõ	9	14,7	12	19,7	0,016
	Mất cấu trúc	12	19,7	2	3,3	
Hóa mô miễn dịch	Thụ thể ER (+)	17	27,9	19	31,1	0,578
	Thụ thể PR (+)	15	24,6	16	26,2	0,591
	Yếu tố Her2 (+)	27	44,3	28	45,9	0,548
Phân nhóm phân tử	Bộ ba âm tính	0	0,0	2	3,3	0,367
	Her-2 (+)	12	19,7	10	16,4	
	Luminal A	0	0,0	1	1,6	
	Luminal B	18	29,5	18	29,5	

Nhóm kích thước u trên 2cm và đặc điểm mất cấu trúc rốn hạch trên siêu âm làm tăng tỷ lệ di căn hạch nách (p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

- **Đặc điểm lâm sàng.** Nghiên cứu dịch tễ UTV của tác giả Kone A.S và cs (2019) ở phụ nữ Mali được chẩn đoán UTV tại Bệnh viện trung tâm Bamako, kết quả cho thấy tuổi trung bình của BN là 47 ± 11 (18 - 88), 50,7% phụ nữ mãn kinh.³ Theo Phùng Thị Huyền (2016), tuổi trung bình của BN UTV là 49 (27-66).⁴ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, với tuổi trung bình BN là

(tỷ lệ 75,4%), phân nhóm lòng ống B có tỷ lệ cao nhất (58,3%).

3.2. Liên quan một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đến tình trạng di căn hạch nách. Số lượng hạch nách cùng bên vết được trung bình là 8,9 ± 0,56/ 1 bệnh nhân (1-18 hạch).

Bảng 4. Kết quả xác định di căn cận hạch nách

Số hạch di căn	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
0	31	50,8
1 - 3	20	32,8
4 - 9	8	13,1
≥ 10	2	3,3
Tổng	61	100

Di căn hạch nách chiếm tỷ lệ 49,2%, trong đó di căn 1 đến 3 hạch (tương ứng phân nhóm di căn hạch N1) chiếm 32,8%.

53,4±1,7 (26-84), còn kinh 25 BN (tỷ lệ 41,0%); mãn kinh 36 BN (tỷ lệ 59,0%).

BN UTV thường có biểu hiện lâm sàng là sờ thấy khối u ở vú, đau vú, chảy dịch núm vú ...^{3,5} Theo Bùi Đặng Minh Trí và cs (2022), các triệu chứng cơ năng ở BN UTV gồm: sờ thấy khối u, đau vú và chảy dịch núm vú với tỷ lệ là 67,6%, 11,7% và 7,3%.⁵ Nghiên cứu của Kone A.S và cs (2019) cho biết, BN UTV phát hiện có khối u vú là 98%, đau vú 65,0%, chảy dịch núm vú 18%, sần da cam 4,0% và loét da vú là 16%.³ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng cơ năng ở BN UTV gồm: sờ thấy khối u, đau vú và

chày dịch nướu vú với tỷ lệ lần lượt là 96,7%, 23,0% và 3,3%. Như vậy, BN tự phát hiện khối u ở vú là cao hơn rõ rệt khi so sánh với số liệu nghiên cứu của tác giả Bùi Đăng Minh Trí và cs (2022).⁵ Điều đó cho thấy, có sự khác nhau về hiệu quả của hoạt động tự khám vú, phát hiện UTV ở Phụ nữ trong nước, được ghi nhận trong các nghiên cứu ở các khu vực khác nhau. Kết quả của nghiên cứu cũng cho thấy khuyến cáo tự khám vú nhằm phát hiện sớm UTV ở phụ nữ là rất cấp thiết.

Các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng của khối u ở BN UTV cho thấy vị trí thường gặp nhất là ¼ trên ngoài (tỷ lệ 50 -54%).^{4,5} Tuy vậy các đặc điểm thể hiện tính chất khối u trên lâm sàng thường ít được đề cập trong các nghiên cứu gần đây. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, ở BN UTV thì khối u có đặc điểm ranh giới không rõ, mật độ chắc, kém di động chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 67,2%, 88,5% và 52,5%.

- Đặc điểm siêu âm: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đặc điểm về hình ảnh khối u trên siêu âm phổ biến của bệnh nhân UTV là khối giảm âm (chiếm 88,5%) và phân nhóm Birads IV, V (tỷ lệ lần lượt là 72,1% và 19,7%). Vai trò phân nhóm hình ảnh Birads trên siêu âm trong tiên lượng nguy cơ UTV đã được nhiều nghiên cứu đề cập. Nhìn chung phân nhóm Birads V có nguy cơ UTV rất cao, trên 95%.⁶ Mặc dù phân nhóm Birads II, III có nguy cơ ác tính rất thấp theo các báo cáo, khuyến nghị (tỷ lệ ≤ 2%).⁶ Trong nghiên cứu chúng tôi, có tới 1,6% trường hợp BN UTV có kết quả siêu âm là phân nhóm Birads II, phân nhóm Birads III tỷ lệ 6,6%. Như vậy, cần có những đánh giá tỷ mỉ và chi tiết hơn trong siêu âm để đảm bảo không bỏ sót tổn thương, dẫn đến việc phân nhóm chưa chính xác. Đồng thời cũng cần lưu ý các nhà lâm sàng không chủ quan, chỉ dựa vào kết quả một loại xét nghiệm, một lần xét nghiệm để đưa ra những nhận định, chẩn đoán, dẫn đến làm tăng tỷ lệ sai sót.

- Phân nhóm phân tử. Nghiên cứu trên 296 bệnh nhân UTV, tác giả Lê Hồng Quang và cs (2022), cho biết các phân nhóm phân tử: lòng ống A, lòng ống B, Her2 dương tính và tam âm chiếm tỷ lệ lần lượt là 17,6%, 48,6%, 26,0% và 7,8%.⁷ Kết quả của chúng tôi tương ứng là 1,7%, 58,3%, 36,7% và 3,3%. Nhìn chung phân nhóm tam âm chiếm tỷ lệ thấp.

- Di căn hạch nách và một số yếu tố liên quan. Phân tích mối liên quan giữa di căn hạch nách và một số yếu tố được nhiều nghiên cứu đề cập. Mặc dù nhiều yếu tố được phân tích nhưng

kết quả ghi nhận một số yếu tố có liên quan, gồm: kích thước và vị trí khối u, xâm nhập mạch máu và xâm nhập bạch huyết...

Tỷ lệ di căn hạch nách tăng dần theo kích thước khối u: theo Tạ Văn Tờ và cs (2004), tỷ lệ di căn hạch nách trong UTV lần lượt là 33,8%, 56,9% và 75% tương ứng với các nhóm kích thước u dưới 2 cm, 2 đến 4 cm và trên 4 cm.⁸ Kết quả tương tự theo Nguyễn Văn Qui, với phân nhóm kích thước u như trên, tỷ lệ di căn hạch nách lần lượt là 11,5%, 40,5% và 79,3%.⁹ Trong báo cáo của Silverstain và cs (1994) chỉ thấy có 3% di căn hạch khi khối u có đường kính dưới 0,5cm, trong khi đó u > 5cm tỷ lệ di căn hạch nách lên tới 60%.¹⁰ Lý giải cho hiện tượng kích thước khối u càng tăng thì tỷ lệ di căn hạch nách càng cao, một số tác giả cho rằng nguyên nhân là do tăng quá trình hoại tử, tăng hệ thống huyết quản, bạch mạch làm tăng khả năng di căn. Tác giả Zhang Y và cs (2017) cho biết vị trí khối u cũng có mối liên quan đến tình trạng di căn hạch nách, với những trường hợp UTV có khối u ở phía ngoài và dưới núm vú thường hay di căn đến hạch nách. Yếu tố chi phối hiện tượng này là do cấu trúc giải phẫu của hệ bạch huyết tuyến vú. Nghiên cứu trên 2705 BN UTV, tác giả Chen W và cs (2020) đã chỉ ra rằng, ở BN có hạch âm tính trên lâm sàng, kích thước u dưới 2cm, Ki-67 < 15% có nguy cơ di căn hạch rất thấp.¹² Phân tích của Lê Hồng Quang và cs (2022), còn cho biết thêm khối u xâm nhập mạch máu và xâm nhập bạch huyết có liên quan đến di căn hạch nách (p = 0,016 và 0,00).⁷

Trong khi đó khi phân tích mối liên quan tình trạng di căn hạch nách với các yếu tố như:тип mô bệnh, phân độ mô học, kích thước u, thụ thể nội tiết, phân nhóm phân tử ... hầu hết các báo cáo đều chưa ghi nhận mối liên quan.

Kết quả chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ di căn hạch nách cao hơn ở phân nhóm khối u có kích thước trên 20mm so với nhóm ≤ 20mm (p < 0,05). Ngoài ra, kết quả cũng cho thấy đặc điểm mất cấu trúc rốn hạch trên siêu âm là dấu hiệu có giá trị trong chẩn đoán di căn hạch (p = 0,016).

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 53,4, đa số tự sờ thấy khối u (tỷ lệ 96,7%), vị trí u vú thường gặp nhất là ¼ trên ngoài (tỷ lệ 59,0%), đặc điểm u có ranh giới không rõ, mật độ chắc và di động kém chiếm tỷ lệ cao (lần lượt là 67,2%, 88,5% và 52,5%). Hình ảnh siêu âm u có độ hồi âm kém, có vôi hóa thường gặp (tỷ lệ 88,5% và 46%), phân nhóm Birads IV và V chiếm chủ yếu (tỷ lệ

91,8%). Nhóm kích thước u trên 2cm và đặc điểm mất cấu trúc rốn hạch trên siêu âm làm tăng tỷ lệ di căn hạch nách ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bùi Diệu, Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Phạm Hồng Khoa.** Gánh nặng bệnh ung thư và chiến lược phòng chống ung thư quốc gia đến năm 2020. Tạp chí ung thư học Việt Nam. 2012;1:13-19.
- Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., Laversanne M., Soerjomataram I, Jemal A, Bray F.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. May 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
- Kone A, Diakite A, Diarra I, Diabate K.** Epidemiological and Clinical Profile of Breast Cancer at Bamako Radiotherapy Center. Journal of Cancer Therapy. 2019;10:739-746. doi:10.4236/jct.2019.109062
- Phùng Thị Huyền.** Đánh giá kết quả hoá trị bổ trợ kết hợp trastuzumab trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III. Đại học Y Hà Nội; 2016.
- Bùi Đăng Minh Trí, Trần Minh Sang, Trần Văn Kha.** Lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư vú điều trị bằng cyclophosphamid. Tạp chí Y học Việt Nam. 09/23 2022;518(1) doi:10.51298/vmj.v518i1.3346
- Ghaemian N, Haji Ghazi Tehrani N, Nabahati M.** Accuracy of mammography and ultrasonography and their BI-RADS in detection of breast malignancy. Caspian journal of internal medicine. Fall 2021;12(4):573-579. doi:10.22088/cjim.12.4.573
- Lê Hồng Quang, Đoàn Minh Thế.** Đánh giá tình trạng di căn hạch nách và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I – IIIA tại Bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam. 04/26 2022; 512(2) doi:10.51298/vmj.v512i2.2273
- Tạ Văn Tở.** 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. 2004.
- Nguyễn Văn Qui.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị ung thư vú giai đoạn I-III ở phụ nữ tại Bệnh Viện Đa Khoa Cần Thơ. Luận án Tiến sĩ Y học. 2007.
- Nguyễn Bá Mạnh.** Đánh giá kết quả phẫu thuật Patey cải biên trong điều trị ung thư vú giai đoạn I, II, IIIA tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng. Luận văn cao học. 2013.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠ KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI CAO TUỔI BẰNG NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Minh Đức¹, Vũ Minh Hải¹, Trần Hoàng Tùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị gầy kín thân xương đùi ở người cao tuổi bằng kết hợp xương nẹp vít. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu 94 bệnh nhân cao tuổi gãy kín thân xương đùi được kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 12 năm 2022. **Kết quả:** 94 bệnh nhân gồm 25 nam (26,6%), 69 nữ (73,4%); tuổi trung bình 73,5±9,5 (từ 61 đến 98 tuổi); Đa số bệnh nhân ở nông thôn (91,5%), nguyên nhân tai nạn sinh hoạt (61,7%), tai nạn giao thông (31,9%). Vị trí gãy 1/3 giữa (46,8%) và 1/3 dưới (39,4%). Phân loại theo AO: loại A (60,7%), loại C (11,6%). Tồn thương phối hợp kèm gãy xương khác (16,0%), chấn thương ngực (14,9%), chấn thương bụng (1,1%). Trung bình bệnh nhân mắc 2,0 ± 1,2 bệnh lý nền, trong đó bệnh về xương khớp (72,3%), tăng huyết áp (56,4%), tiểu đường (24,5%). Kết quả khám lại trung bình là 22,6 ± 10,4 tháng (từ 7 đến 40 tháng), phục hồi chức năng theo thang điểm Sander R: rất tốt (26,8%), tốt (59,1%), trung bình và kém (14,1%). **Kết luận:** Gãy

thân xương đùi ở người cao tuổi hay gặp do tai nạn sinh hoạt; nữ chiếm nhiều hơn nam; đa số có bệnh nền kèm theo. Kết quả trung bình và kém gặp ở bệnh nhân cao tuổi, có nhiều bệnh nền. **Từ khóa:** gãy thân xương đùi, người cao tuổi, kết hợp xương

SUMMARY

OUTCOMES OF SURGERY FOR CLOSED FEMORAL SHAFT FRACTURES WITH PLATES IN THE ELDERLY AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of surgery for closed femoral shaft fractures with plates in the elderly at Thai Binh General Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted among 94 elderly patients with closed femoral shaft fractures operated with plates at Thai Binh General Hospital from January 2020 to December 2022. **Results:** 94 patients including 25 males (26.6%), 69 females (73.4%); Average age 73.5±9.5 (from 61 to 98 years old); The majority of patients were in rural areas (91.5%). Household injuries (61.7%), traffic accidents (31.9%). Fractures in the middle third location (46.8%) and distal third 1/3 (39.4%). AO Classification: type A (60.7%), type C (11.6%). Associated other fractures (16.0%), chest trauma (14.9%), abdominal trauma (1.1%). On average, patients have 2.0 ± 1.2 comorbidities, including bone and joint diseases (72.3%), hypertension (56.4%), and diabetes (24.5%). The average of re-examination

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Việt Đức, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024