

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2

NGUYỄN VIỆT ĐIỆP

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM
UNG THƯ VÚ BẰNG PHẪU THUẬT PATEY CẢI BIÊN
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Bắc Ninh– 2026

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM
UNG THƯ VÚ BẰNG PHẪU THUẬT PATEY CẢI BIÊN
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Người thực hiện: Nguyễn Viết Điệp

Bắc Ninh – 2026

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1	3
TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Dịch tế học và các yếu tố nguy cơ	3
1.2. Giải phẫu tuyến vú	4
1.3. Chẩn đoán UTV	7
1.4. Điều trị UTV	17
1.5. Tình hình điều trị phẫu thuật UTV	22
CHƯƠNG 2	25
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	25
2.1. Đối tượng nghiên cứu	25
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	25
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	26
2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu.....	26
2.5. Phương pháp thu thập số liệu	26
2.6. Phương pháp phẫu thuật Patey cải biên	26

2.7.	Các biến số nghiên cứu	29
2.8.	Quy trình nghiên cứu	35
2.9.	Phương pháp phân tích số liệu	36
2.10.	Đạo đức nghiên cứu	36
CHƯƠNG 3		38
DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU		38
3.1.	Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	38
3.2.	Kết quả phẫu thuật Patey cải biên	44
Chương 4		47
BÀN LUẬN		47
KẾT LUẬN		47
KIẾN NGHỊ		47
TÀI LIỆU THAM KHẢO		48
PHỤ LỤC NGHIÊN CỨU		51

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

AJCC	Ủy ban Liên hợp Hoa Kỳ về Ung thư (American Joint Committee on Cancer)
BIRADS	Hệ thống báo cáo và ghi nhận hình ảnh tuyến vú (Breast Imaging Reporting and Data System)
CA 15-3	Kháng nguyên ung thư 15-3 (Cancer Antigen 15-3)
ER	Thụ thể Estrogen (Estrogen Receptor)
FNA	Chọc hút kim nhỏ (Fine Needle Aspiration)
HER-2	Thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì người type 2 (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2)
Ki-67	Chỉ số tăng sinh tế bào Ki-67 (Ki-67 proliferation index)
NCCN	Mạng lưới Ung thư Toàn diện Quốc gia (Hoa Kỳ) (National Comprehensive Cancer Network)
NPI	Chỉ số tiên lượng Nottingham (Nottingham Prognostic Index)
NB	NB
PR	Thụ thể Progesterone (Progesterone Receptor)
SEER	Chương trình Giám sát, Dịch tễ học và Kết cục Ung thư (Surveillance, Epidemiology, and End Results Program)
TNM	Phân loại U – Hạch – Di căn (Tumor – Node – Metastasis)
UICC	Hiệp hội Phòng chống Ung thư Quốc tế (Union for International Cancer Control)
UTBM	Ung thư biểu mô
UTV	Ung thư vú

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi	38
Bảng 3.2. Bệnh phổi hợp.....	38
Bảng 3.3. Lý do vào viện.....	39
Bảng 3.4. Thời gian xuất hiện triệu chứng khi vào viện.....	39
Bảng 3.5. Một số đặc điểm khối u trên lâm sàng	40
Bảng 3.6. Nồng độ CA-153 trước mổ.....	41
Bảng 3.7. Kết quả chọc tế bào bằng kim nhỏ.....	Error! Bookmark not defined.
Bảng 3.8. Kết quả siêu âm tuyến vú	41
Bảng 3.9. Kết quả mô bệnh học sau mổ.....	42
Bảng 3.10. Giai đoạn bệnh sau mổ	43
Bảng 3.11. Số lượng hạch nách di căn sau mổ.....	43
Bảng 3.12. Kết quả hóa mô miễn dịch.....	44
Bảng 3.13. Thời gian rút dẫn lưu	45
Bảng 3.14. Thời gian hậu phẫu.....	45
Bảng 3.15. Biến chứng của phẫu thuật.....	45
Bảng 3.16. Nồng độ CA-153 sau mổ 1 tháng.	46

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Độ mô học.....	42
Biểu đồ 3.2. Thời gian phẫu thuật.....	44

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Cấu tạo tuyến vú.....	4
Hình 1.2. Bạch huyết của tuyến vú.....	5

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới, chiếm khoảng 25–30% tổng số ca ung thư nữ giới và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở nữ. Theo Globocan năm 2022, mỗi năm có hơn 2 triệu ca mới được chẩn đoán và hơn 600.000 phụ nữ tử vong vì căn bệnh này. Tại Việt Nam, ung thư vú đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư ở nữ, với xu hướng ngày càng gia tăng, trong đó có hơn 20.000 ca mắc mới và chiếm gần 30% tổng số ca ung thư ở nữ giới[9].

Điều trị ung thư vú hiện nay được coi là điều trị đa mô thức, bao gồm sự phối hợp chặt chẽ giữa phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, liệu pháp nội tiết, liệu pháp sinh học và điều trị nhắm trúng đích. Trong đó, phẫu thuật vẫn giữ vai trò chủ đạo, đặc biệt ở giai đoạn sớm, với mục tiêu loại bỏ khối u nguyên phát và kiểm soát bệnh tại chỗ. Sự kết hợp hợp lý giữa các phương thức điều trị không chỉ giúp cải thiện tỷ lệ sống còn mà còn nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh[13].

Trước đây, phương pháp phẫu thuật ung thư vú chính là cắt tuyến vú triệt căn kinh điển (radical mastectomy) đã được William Stewart Halsted mô tả năm 1882 bao gồm cắt toàn bộ tuyến vú, cơ ngực lớn, cơ ngực bé và nạo vét hạch nách. Phương pháp này giúp cải thiện tỷ lệ kiểm soát tại chỗ nhưng gây nhiều biến chứng, hạn chế chức năng và ảnh hưởng lớn đến thẩm mỹ[14].

Hiện nay, phẫu thuật Patey cải biên đã trở thành phương pháp chuẩn trong điều trị ung thư vú giai đoạn I, II và IIIA, đặc biệt tại nhiều nước đang phát triển cũng như ở các bệnh viện tuyến tỉnh [13]. Kỹ thuật này bảo tồn cơ ngực lớn, chỉ cắt cân cơ ngực lớn và nạo vét hạch nách; do đó so với phẫu thuật cắt tuyến vú

triệt căn, phương pháp này giúp giảm biến chứng, cải thiện phục hồi chức năng chi trên và mang lại kết quả thẩm mỹ tốt hơn cho người bệnh ung thư vú mà vẫn đảm bảo hiệu quả kiểm soát bệnh tại chỗ[20].

Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 là bệnh viện đa khoa hạng 1, tiếp nhận và điều trị số lượng đáng kể người bệnh ung thư vú trong địa bàn tỉnh cũng như khu vực. Mặc dù phẫu thuật Patey cải biên đã được áp dụng thường quy trong điều trị ung thư vú tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2 trong hơn 10 năm qua nhưng hiện nay vẫn thiếu các nghiên cứu đánh giá một cách hệ thống và cập nhật về kết quả điều trị của phương pháp này. Các số liệu nghiên cứu trước đây còn hạn chế và chưa phản ánh đầy đủ hiệu quả điều trị cũng như các biến chứng liên quan.

Xuất phát từ thực tiễn đó, tôi tiến hành nghiên cứu: “ **Nhận xét kết quả điều trị sớm ung thư vú bằng phẫu thuật Patey cải biên tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 giai đoạn 2025 – 2026**” với 2 mục tiêu sau:

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư vú được điều trị bằng phẫu thuật Patey cải biên tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 giai đoạn 2025-2026.*
- 2. Nhận xét kết quả điều trị sớm ung thư vú bằng phẫu thuật Patey cải biên tại nhóm người bệnh trên.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Dịch tế học và các yếu tố nguy cơ

1.1.1. Dịch tế học

UTV không những là một bệnh ung thư hay gặp nhất ở phụ nữ mà còn là nguyên nhân chính gây tử vong đối với phụ nữ tại nhiều nước. Theo Globocan 2022, trên toàn thế giới có khoảng 2,3 triệu ca mắc UTV mới (chiếm 11,6% tổng số ca ung thư mới trên thế giới). Số ca tử vong do UTV là khoảng 670.000 trường hợp (chiếm 6,9% tỉ lệ tử vong do ung thư). Tỉ lệ mắc cao nhất tại các khu vực phát triển (Úc, New Zealand, Bắc Mỹ, Tây Âu), nhưng tỉ lệ tử vong thấp hơn nhờ sàng lọc và điều trị hiệu quả[9].

Cũng theo Globocan 2022, tại Việt Nam ghi nhận khoảng 24.000 ca mắc mới UTV, chiếm 14,7% tổng số ca ung thư mới và đứng thứ nhất ở nữ giới. Số ca tử vong là khoảng hơn 9.000 trường hợp (chiếm 7,3% tử vong do ung thư)[9].

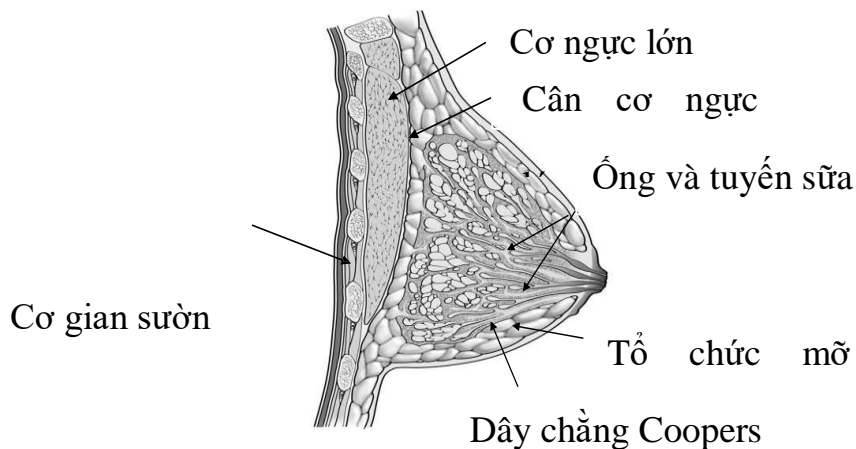
Những con số trên chỉ ra tần suất UTV có chiều hướng tăng cũng là báo động cho gánh nặng xã hội rất lớn. Số ca mắc UTV tăng dần theo từng năm tại Việt Nam cũng như toàn cầu. Nhưng nhờ vào hiệu quả của việc chẩn đoán và khả năng xử lý cơ bản được cải thiện, ở các nước có nền y học hiện đại, UTV được phát hiện ở giai đoạn sớm khi chưa có xâm lấn dẫn đến làm giảm nguy cơ, tỷ lệ tử vong do UTV.

1.1.2. Yếu tố nguy cơ

Trong các yếu tố nguy cơ gây UTV, yếu tố nổi bật nhất là tiền sử gia đình có người mắc UTV, đặc biệt trong gia đình có từ 2 người mắc UTV trở lên ở lứa tuổi trẻ. Có kinh lần đầu tiên sớm, mãn kinh muộn, sống độc thân, không sinh con, không cho con bú, sinh con đầu lòng muộn, béo phì, bệnh vú lành tính. Mật độ vú dày đã được chứng minh làm tăng nguy cơ mắc ung thư vú, cả trên đối tượng phụ nữ đã mãn kinh và chưa mãn kinh cũng là các yếu tố tăng nguy cơ mắc UTV [19].

1.2. Giải phẫu tuyến vú

Tuyến vú nằm ở thành ngực trước, phía trên cơ ngực lớn, trải dài từ xương sườn II đến xương sườn VI, theo chiều ngang từ bờ ngoài xương ức đến đường nách giữa. Từ nông vào sâu, tuyến vú được cấu tạo bởi: da, mô dưới da, dây chằng treo tuyến vú (dây chằng Cooper), tuyến sữa (gồm 15- 20 thùy tuyến) và mỗi thùy được dẫn lưu bởi một ống tiết sữa mở ra ở núm vú, lớp mỡ sau vú.



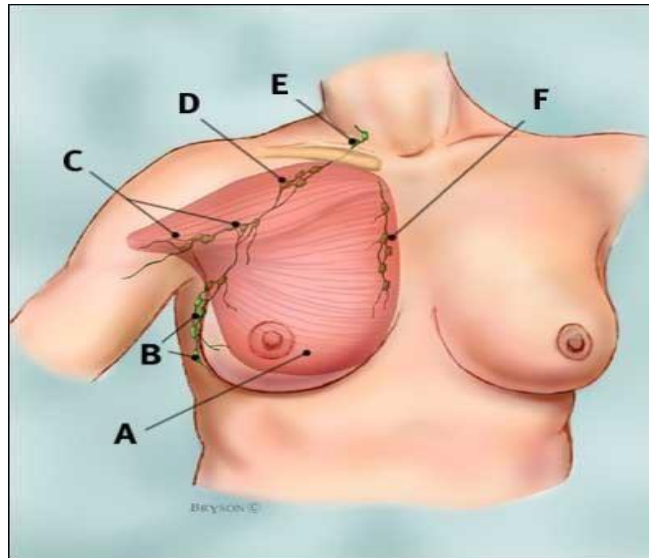
Hình 1.1. Cấu tạo tuyến vú.

(Nguồn: *Atlas of Breast surgery*)[16]

Hệ bạch huyết

Hệ bạch huyết vú rất phong phú, có ý nghĩa quan trọng trong di căn ung thư:

- Khoảng 75% dẫn lưu về hạch nách (mức I ngoài cơ ngực bé, mức II sau cơ ngực bé, mức III trong cơ ngực bé và gần đỉnh nách).
- Một phần dẫn lưu về hạch ngực trong (theo động mạch ngực trong).
- Một phần nhỏ dẫn lưu về hạch thượng đòn, hạch gian sườn.



Hình 1.2. Bạch huyết của tuyến vú

(Nguồn: *Atlas of Breast surgery*)[16]

A: Cơ ngực lớn, B: Hạch chặng I, C: Hạch chặng II, D: Hạch chặng III, E: Hạch thượng đòn, F: Hạch vú trong

- **Nhóm hạch nách**

Nhiều tác giả phân chia hạch vùng nách thành năm nhóm chính một cách khá tương đồng như Rouviere (1932), Lockhart (1959), Williams (1989). Các

nhóm hạch nách theo chiều của tuần hoàn hồi lưu bạch huyết từ vú đến vùng nách để có thể thấy được con đường lan tràn tự nhiên của những tế bào UTV.

* **Nhóm hạch ngực ngoài hay vú ngoài:** gồm 3 – 5 hạch nằm dọc theo thành trong của hố nách bao quanh tĩnh mạch ngực ngoài và thần kinh của cơ răng trước (thần kinh ngực dài). Hạch nằm ở bờ dưới của cơ ngực bé (mức I) và phát triển đến phía sau cơ ngực bé (mức II), nhóm hạch này chủ yếu nhận bạch huyết từ thành ngực trước bao gồm cả tuyến vú, là những hạch đầu tiên bị xâm lấn bởi các tế bào UTV. Từ nhóm hạch này, bạch huyết được dẫn lưu đến nhóm hạch trung tâm và hạch đỉnh nách.

* **Nhóm hạch vai sau:** gồm 6 – 10 hạch nằm dọc thành sau của hố nách dựa trên mặt trước của cơ lưng rộng và bó mạch thần kinh vai sau hay ngực lưng (mức I). Nhóm hạch này nhận bạch huyết từ vùng bề mặt thành ngực sau và vùng cạnh vai và dẫn lưu đến nhóm hạch trung tâm và đỉnh nách.

* **Nhóm hạch tĩnh mạch nách:** gồm 4 – 6 hạch nằm ở bờ dưới cơ ngực bé (mức I) cho đến phần sau cơ ngực bé (mức II). Hạch ở phía trước dưới tĩnh mạch nách, ở đoạn xa của tĩnh mạch nách và gần với thành ngoài của hố nách đến bờ trong cánh tay. Nhóm hạch này nhận bạch huyết hầu hết từ vùng chi trên và dẫn lưu trực tiếp đến nhóm hạch trung tâm và sau đó là nhóm hạch đỉnh nách.

* **Nhóm hạch trung tâm:** gồm 3 – 4 hạch nằm ở phần cuối gân cơ ngực bé (mức II). Nhóm hạch này tiếp nhận bạch huyết của các nhóm trên và dẫn vào nhóm hạch đỉnh nách, nhóm hạch trung tâm thường bị xen ngang bởi thần kinh liên sườn cánh tay.

* **Nhóm hạch đỉnh nách dưới đòn:** nằm ở vùng đỉnh nách, phía trên của cơ ngực bé (mức III). Nhóm hạch nằm dọc theo mặt trong phần xa của tĩnh mạch

nách và phần đầu của động mạch nách. Nhóm hạch đỉnh nách tiếp nhận bạch huyết đến từ tất cả các nhóm hạch nách cũng như tiếp nhận bạch huyết từ các hạch bạch huyết đi kèm với đoạn xa của tĩnh mạch đầu [11].

1.3. Chẩn đoán UTV

Căn cứ chẩn đoán:

Chẩn đoán xác định UTV phải dựa vào tiêu chuẩn vàng là mô bệnh học (tức là sinh thiết mô khối u để xác định tế bào ác tính).

Ở Việt Nam, chẩn đoán UTV theo quyết định số 3128/ QĐ- BYT “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư vú” của Bộ Y Tế dựa vào[6]:

- * Chẩn đoán lâm sàng: Khám lâm sàng tuyến vú và hạch nách.
- * Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm tuyến vú , chụp X-quang tuyến vú (mammography).
- * Xét nghiệm mô bệnh học

1.3.1. Chẩn đoán lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của UTV rất đa dạng, các triệu chứng lâm sàng ở giai đoạn sớm rất nghèo nàn, dễ lẫn với các khối u lành tính và các bệnh lý khác của tổ chức tuyến vú, khi có các triệu chứng điển hình thì thường đã ở giai đoạn muộn của bệnh[6].

* Triệu chứng tại tuyến vú

Là triệu chứng có ở 90% số NB UTV.

Khối u có tính chất sau:

- Vị trí: thường bị ở 1 vú nhưng có khi cả 2 vú, hay gặp nhất ở 1/4 trên ngoài.

- Thường đơn độc nhưng cũng có khi phát hiện thấy 2 hoặc 3 u.
- Các biến đổi ở da vùng có khối u:
 - + Dấu hiệu da trên khối u bị lõm xuống vì dính vào khối u.
 - + Dấu hiệu da kiểu “ vò cam” : một mảng da bị phù nề, đổi màu đỏ xẫm và có những điểm bị lõm sâu xuống ở chỗ chân lông.
 - + Các tĩnh mạch ở bề mặt da vú nổi rõ hơn hẳn so với bên kia.
 - + Những trường hợp đến muộn có thể thấy da trên khối u đã bị loét ra, chảy máu, bội nhiễm...
- Mật độ: thường chắc hoặc cứng.
- Bề mặt: thường lồi lõm không đều.
- Ranh giới: thường không rõ ràng vì tình trạng xâm nhiễm của u vào các tổ chức xung quanh.
- Kích thước: to nhỏ tùy từng trường hợp.
- Di động kém: do dính nhiều vào tổ chức xung quanh, nhất là da và cơ ngực lớn.
- Thường không đau.
- Có loại carcinome tuyến vú biểu hiện giống như một viêm tuyến vú: da trên tuyến vú phù nề, đỏ, nhiễm cứng, đau...

* **Hạch**

Hạch nách cùng bên : hạch to ra chứng tỏ đã có di căn ung thư tới phạm vi khu vực. Cần xác định tính chất hạch nách về: số lượng, độ lớn, mật độ, tình trạng

dính của hạch vào nhau và vào tổ chức xung quanh...Chú ý khám cả hạch nách bên đối diện để xác định di căn xa.

Hạch thượng đòn: nếu khám thấy hạch thượng đòn có nghĩa là ung thư đã vượt quá giới hạn của vùng vú.

1.3.2. Chẩn đoán cận lâm sàng

1.3.2.1. Tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ FNAC (Fine needle aspiration cytology)

Phương pháp tế bào học chọc hút kim nhỏ (Fine Needle Aspiration Cytology – FNAC) là kỹ thuật đơn giản, ít xâm lấn, nhanh và chi phí thấp, được sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán phân biệt tổn thương lành tính và ác tính tuyến vú.

Ở Việt Nam, FNAC được thực hiện vào những năm 1976 tại viện K Hà Nội, và có nhiều nghiên cứu về giá trị của FNAC trong chẩn đoán UTV, và hầu hết cho kết quả chẩn đoán có độ nhạy từ 88-95%, độ đặc hiệu trên 95% [1].

1.3.2.2. Sinh thiết chẩn đoán

- Sinh thiết là một phương pháp quan trọng giúp chẩn đoán mô bệnh học.
- Sinh thiết kim giúp lấy được bệnh phẩm để làm mô bệnh học, chẩn đoán xác định loại mô học, xâm lấn hay không xâm lấn.
- Có thể sinh thiết mở lấy khối u hoặc có thể mổ lấy khối u làm sinh thiết tức thì và dựa trên kết quả này để đưa ra các quyết định điều trị kịp thời.

1.3.2.3. Chụp XQ vú (Mammography)

Mammography là phương pháp chẩn đoán hình ảnh quan trọng và hiệu quả nhất trong phát hiện sớm UTV, đặc biệt ở giai đoạn chưa sờ thấy khối u. Phương pháp này có khả năng phát hiện các tổn thương vi vôi hóa, khối mờ bất thường và biến dạng cấu trúc mô vú – những dấu hiệu sớm của UTV.

- Độ nhạy của mammography: khoảng 75–90%, giảm ở phụ nữ có mô vú dày
- Độ đặc hiệu: khoảng 90–95%
- Giúp giảm tỷ lệ tử vong do UTV từ 20–30% nhờ phát hiện sớm.[12]

1.3.2.4. Siêu âm

Siêu âm vú là phương pháp chẩn đoán hình ảnh bổ trợ quan trọng cho mammography trong đánh giá các tổn thương vú. Siêu âm đặc biệt có giá trị ở phụ nữ trẻ, mô vú dày, và trong việc phân biệt tổn thương đặc – nang.

1.3.2.5. Kháng nguyên ung thư CA 15-3 (Carcinoma antigen 15-3)

Kháng nguyên ung thư 15-3 (CA 15-3) là một protein được sản xuất bởi các tế bào vú bình thường, sự sản xuất CA 15-3 tăng ở nhiều NB bị UTV. CA15-3 được sản xuất ra bởi các tế bào khối u đi vào máu, và trở thành như một điểm đánh dấu khối u để theo dõi sự phát triển của bệnh ung thư vú.

CA15-3 không đủ nhạy và không đặc hiệu như là một công cụ để tầm soát ung thư. Nó được sử dụng chính để theo dõi hiệu quả điều trị UTV và theo dõi tái phát UTV.

Các XN khác

Chụp CT scanner tuyến vú, Chụp MRI tuyến vú, ... là các xét nghiệm

giá thành cao, thường ít được sử dụng để chẩn đoán xác định UTV.

1.3.3. Chẩn đoán UTV

1.3.3.1. Phân loại giai đoạn UTV theo TNM

Phân loại TNM là hệ thống xếp giai đoạn của Hiệp hội Phòng chống Ung thư Quốc tế (UICC) do Ủy ban Liên kết chống Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) đề xuất năm 2018[8].

Phân loại TNM

*** Khối u nguyên phát (T):**

- Tx: không xác định được u nguyên phát
- T0: không có dấu hiệu u nguyên phát
- Tis: Carcinoma tại chỗ (carcinoma nội ống, carcinoma thể thùy tại chỗ, bệnh Paget của núm vú nhưng không sờ thấy u).
- T1: U < 2 cm
- T2: U 2-5 cm.
- T3: U > 5 cm.
- T4: U có đường kính bất kỳ nhưng đã xâm lấn thành ngực hoặc ra da:
 - + T4a: U xâm lấn tới thành ngực (bao gồm xương sườn, cơ liên sườn và cơ răng trước không tính cơ ngực lớn).
 - + T4b: U xâm lấn da bao gồm sần da cam hoặc loét da vú, hoặc nhiều khối u dạng vệ tinh ở da.
 - + T4c: Bao gồm T4a và T4b nhưng giới hạn ở một bên vú.

+ T4d: UTV thể viêm.

* **Hạch vùng (N):**

- Nx: Không xác định được hạch vùng.

- N0: Không có di căn hạch vùng.

- N1: Di căn hạch nách cùng bên di động.

- N2: Di căn hạch nách cùng bên dính nhau hoặc dính vào tổ chức xung quanh, hoặc chỉ di căn hạch vú trong cùng bên rõ trên lâm sàng nhưng không có di căn hạch nách.

- N3: Di căn hạch hạ đòn cùng bên hoặc di căn hạch vú trong cùng bên rõ trên lâm sàng có kèm di căn hạch nách hoặc đã có di căn hạch thượng đòn cùng bên.

* **Di căn xa (M):**

- Mx: Không xác định được di căn xa.

- Mo: Không có di căn xa.

- M1: Di căn xa

* **Phân loại hạch vùng:** dựa trên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, có hoặc không kèm theo phẫu tích hạch cửa.

- **pNx:** Không thể đánh giá được hạch vùng.
- **pN0:** Không có di căn hạch vùng; không cần xét nghiệm bổ sung đối với các hạch đã được phân lập.

- **pN0(i-)**: Không có di căn hạch trên mô bệnh học và hóa mô miễn dịch âm tính.
- **pN0(i+)**: Không có di căn hạch trên mô bệnh học, nhưng hóa mô miễn dịch dương tính; không thấy các cụm tế bào u có đường kính > 0,2 mm.
- **pN0(mol+)**: Không có di căn hạch trên mô bệnh học, nhưng xét nghiệm phân tử (RT-PCR) dương tính.
- **pN1**: Di căn từ 1–3 hạch nách cùng bên và/hoặc hạch vú trong vi thể, được phát hiện qua phẫu tích hạch cửa, không biểu hiện rõ trên lâm sàng.
- **pN1mi**: Di căn vi thể (> 0,2 mm hoặc > 200 tế bào, nhưng ≤ 2 mm).
- **pN1a**: Di căn từ 1–3 hạch nách, trong đó ít nhất có 1 hạch > 2 mm.
- **pN1b**: Di căn vi thể hoặc đại thể đến hạch vú trong, phát hiện qua phẫu tích hạch cửa, không biểu hiện rõ trên lâm sàng.
- **pN1c**: Di căn từ 1–3 hạch nách cùng bên kèm theo di căn vi thể hoặc đại thể hạch vú trong, phát hiện qua phẫu tích hạch cửa, không biểu hiện rõ trên lâm sàng.
- **pN2**: Di căn từ 4–9 hạch nách, hoặc di căn hạch vú trong biểu hiện rõ trên lâm sàng nhưng không có di căn hạch nách.
- **pN2a**: Di căn từ 4–9 hạch nách.
- **pN2b**: Lâm sàng có di căn hạch vú trong cùng bên nhưng không có di căn hạch nách.
- **pN3**: Di căn ≥ 10 hạch nách, hoặc di căn hạch dưới đòn, hoặc di căn hạch vú trong kèm theo di căn hạch nách, hoặc di căn hạch trên đòn cùng bên.

1.3.3.2. Chẩn đoán giai đoạn UTV

Dựa vào việc xác định TNM, Hiệp hội chống ung thư quốc tế (UICC)[8] chia giai đoạn UTV như sau:

Giai đoạn 0: Tis N0 M0

Giai đoạn I: T1 N0 M0

Giai đoạn IIA: T0 N1 M0, T1 N1 M0, T2 N0 M0
Giai đoạn IIB: T2 N1 M0, T3 N0 M0.

Giai đoạn IIIA: T0 N2 M0, T1 N2 M0, T2 N2 M0, T3 N1 M0, T3 N2 M0

Giai đoạn IIIB: T4 Bất kỳ N M0, Bất kỳ T N3 M0
Giai đoạn IV: Bất kỳ T Bất kỳ N M

1.3.3.3. Phân loại mô bệnh học UTV

Dựa vào phân loại mô bệnh học của Tổ chức Y tế Thế giới 2020[23], nhóm các tác giả của Mỹ đã đưa ra một bảng phân loại UTV gồm:

- ***UTBM không xâm nhập:***

- UTBM nội ống.
- UTBM tiểu thùy tại chỗ.

- ***UTBM xâm nhập:***

a) *UTBM xâm nhập không đặc hiệu* (Invasive carcinoma of no special type (NST)(tên cũ: UTBM ống xâm nhập): Chiếm tỷ lệ cao nhất (~70–80%)

b) *UTBM xâm nhập loại đặc biệt* (*Special types*)

- UTBM tiểu thùy xâm nhập (Invasive lobular carcinoma)
- UTBM thể ống (Tubular carcinoma)
- UTBM thể nhầy (Mucinous carcinoma)
- UTBM thể sàng (Cribriform carcinoma)

- UTBM thể nhú (Papillary carcinoma)
- UTBM thể vi nhú xâm nhập (Invasive micropapillary carcinoma)
- UTBM thể tủy (*hiện xếp trong nhóm carcinoma có đặc điểm lympho*): (Medullary pattern)
- UTBM dị sản (Metaplastic carcinoma)
- UTBM thể tiết (Secretory carcinoma)
- UTBM thể apocrine.
- UTBM thể viên (Adenoid cystic carcinoma)
- UTBM thể tế bào sáng, tế bào trụ... (hiếm)

c) *Các loại khác:*

- U Phyllodes (lành tính – giáp biên – ác tính).
- Sarcoma vú.
- Lymphoma vú nguyên phát.

1.3.3.4. Độ mô học

Tất cả các trường hợp UTV xâm nhập cần được phân loại độ mô học. Hiện nay, độ mô học thường được đánh giá theo hệ thống Scarff – Bloom – Richardson (SBR) hoặc bản cải tiến Elston – Ellis. Hệ thống này dựa trên ba tiêu chí: mức độ tạo ống tuyến, độ đa hình nhân và tình trạng phân bào. Mỗi tiêu chí được cho điểm từ 1 đến 3, tổng điểm dao động từ 3 đến 9. Dựa vào tổng điểm, độ mô học được phân loại như sau: độ I (3–5 điểm), độ II (6–7 điểm) và độ III (8–9 điểm)[15]:

- G1: độ mô học thấp (biệt hóa cao): 3-5 điểm
- G2: độ mô học trung bình (biệt hóa vừa): 6-7 điểm

- G3: độ mô học cao (biệt hóa thấp): 8-9 điểm.

1.3.3.5. Phân nhóm sinh học

Dựa vào tình trạng thụ thể nội tiết (ER, PR), Her-2 và chỉ số Ki-67, hội nghị St. Gallen năm 2023[10]: đồng thuận chia UTV (UTV) thành 4 phân nhóm sinh học chính, có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và lựa chọn điều trị:

+ Luminal A (Tyb lòng ống A)

- ER (+), PR (+ cao)
- Her-2 (-)
- Ki-67 thấp (<14%)
- Tiên lượng tốt, đáp ứng tốt với điều trị nội tiết

+ Luminal B (Tyb lòng ống B)

- ER (+), PR thấp hoặc (-)
- Ki-67 cao ($\geq 14\%$) và/hoặc Her-2 (+)
- Tiên lượng xấu hơn Luminal A, cần phối hợp hóa trị \pm kháng Her-2

+ Her -2 (+) đơn thuần

- ER (-), PR (-)
- Her- 2 (+)
- Tiên lượng trước đây xấu, cải thiện rõ rệt với điều trị kháng Her-2

+ Basal-like / Triple negative (bộ 3 âm tính)

- ER (-), PR (-), Her-2(-)

- Thường Ki-67 cao
- Tiên lượng xấu, chủ yếu điều trị bằng hóa trị

1.4. Điều trị UTV

Điều trị UTV là điều trị đa mô thức, kết hợp của các phương pháp: phẫu thuật, xạ trị, hóa chất, nội tiết. Trên lâm sàng, quyết định điều trị UTV cần căn cứ vào nhiều yếu tố: giai đoạn bệnh, thể mô học, độ mô học, tình trạng nội tiết và một số các yếu tố khác. Trong đó giai đoạn bệnh và đặc biệt là tình trạng di căn hạch nách quyết định chiến lược điều trị bệnh[13].

- * **UTV giai đoạn tại chỗ:** điều trị phẫu thuật bảo tồn và xạ trị, có hoặc không kết hợp điều trị nội tiết. Có thể cắt tuyến vú phòng ngừa cả 2 bên.
- * **UTV giai đoạn I:** phẫu thuật bảo tồn hoặc cắt tuyến vú toàn bộ, vét hạch nách, điều trị nội tiết nếu thụ thể nội tiết dương tính. Xạ trị được chỉ định tuyệt đối cho các trường hợp phẫu thuật bảo tồn.
- * **UTV giai đoạn II:** điều trị phẫu thuật cắt tuyến vú và vét hạch nách, điều trị toàn thân bằng hóa chất hoặc nội tiết, có thể xạ trị tại thành ngực để làm giảm tỷ lệ tái phát nếu hạch nách có di căn.
- * **UTV giai đoạn III:** điều trị phụ thuộc vào tình trạng khối u có mô được hay không. Nếu còn mô được (giai đoạn IIIA) thì phẫu thuật sau đó điều trị hóa chất hoặc nội tiết. Nếu không mô được (giai đoạn IIIB) thì điều trị hóa chất trước và xét khả năng phẫu thuật sau.
- * **UTV giai đoạn IV:** điều trị liệu pháp toàn thân: hóa chất, nội tiết đóng vai trò chủ đạo.

1.4.1. Điều trị phẫu thuật UTV

Theo quan điểm trước đây, UTV được xem là một bệnh lý tại chỗ, khu trú tại vùng vú, do đó phẫu thuật càng rộng thì hiệu quả điều trị càng cao. Tuy nhiên, hiện nay quan điểm này đã thay đổi, UTV được coi là một bệnh lý mang tính hệ thống, đặc biệt khi đã có di căn hạch nách, cần phải áp dụng các phương pháp điều trị toàn thân nhằm hỗ trợ và hoàn thiện cho điều trị tại chỗ. Điều trị UTV là sự phối hợp điển hình giữa các phương pháp điều trị tại chỗ và toàn thân, bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị và nội tiết. Trong đó, phẫu thuật vẫn đóng vai trò chính trong điều trị UTV, đặc biệt ở giai đoạn bệnh chưa có di căn[13].

1.4.1.1. Một số phương pháp phẫu thuật UTV

- *Phẫu thuật bảo tồn*: cắt rộng u và vét hạch nách nếu không có chống chỉ định và NB có nhu cầu, có thể cắt u rộng rãi hay cắt bán phần tuyến vú, kết hợp với điều trị tia xạ tại vú và các phương pháp điều trị hỗ trợ khác. Phẫu thuật bảo tồn chỉ được thực hiện khi khối u nhỏ, đơn ổ, cân nhắc phẫu thuật với các trường hợp u lớn (so với kích thước vú), u nằm dưới núm vú, mắc các bệnh hệ thống. Phương pháp này giúp giữ lại được tuyến vú, có ý nghĩa về tính thẩm mỹ[13].

- *Phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn cải tiến (Modified radical mastectomy) hay Phẫu thuật Patey cải biên* : Là phẫu thuật bao gồm: cắt bỏ phần da gồm cả núm vú, quầng vú, toàn bộ mô tuyến vú, cân cơ ngực lớn thành một khối cộng với vét hạch nách cùng bên mức I, II, III (không cắt cơ ngực lớn, cơ ngực bé)[20]. Phương pháp này hạn chế tàn phá so với phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn theo Halsted trước đây (cắt cả cơ ngực tới sát xương sườn).

Việc đánh giá vị trí của khối u rất quan trọng. Vị trí của khối u quyết định đường rạch da, thông thường đường rạch hình elip cắt bỏ quầng núm vú và da trên diện khối u được sử dụng phổ biến.

- *Phẫu thuật tạo hình*: tái tạo lại tuyến vú sau cắt bỏ bằng các phương pháp khác nhau (vạt cơ, đặt túi ngực...).

- *Phẫu thuật sạch sẽ*: loại bỏ tổn thương tại vú ở giai đoạn muộn, đặt biệt các tổn thương u vú vỡ, loét, chảy máu... ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của NB[19].

1.4.1.2. Vết hạch nách

Nạo vết hạch nách được coi là phần không thể thiếu trong điều trị phẫu thuật UTV với mục đích:

- (1) Cung cấp thông tin chính xác cho việc tiên lượng bệnh.
- (2) Kiểm soát bệnh tại vùng.
- (3) Làm căn cứ để đưa ra quyết định điều trị bổ trợ sau phẫu thuật.

Vết hạch nách là một thủ thuật thường quy. Đối với các trường hợp không phát hiện di căn hạch nách trên lâm sàng, chỉ cần vết hạch chạng I và II. Trong quá trình phẫu thuật, nếu phát hiện di căn hạch ở chạng I hoặc II thì cần tiếp tục vết hạch chạng III.

Ở những NB có tình trạng N0 trên lâm sàng, có thể tiến hành sinh thiết hạch cửa. Khi nghi ngờ hạch nách dương tính trên lâm sàng, cần chọc hút kim nhỏ hoặc sinh thiết kim; nếu kết quả âm tính mới tiến hành sinh thiết hạch cửa.

Hạch cửa trong UTV là một hay một số hạch đầu tiên tiếp nhận bạch huyết hoặc di căn từ UTV tới, đó là hạch có nguy cơ di căn cao nhất khi có di căn vùng. Nói cách khác khi hạch cửa âm tính thì hầu như các hạch khác chưa có di căn, tỷ lệ di căn nhảy cóc trong UTV chỉ là 1%.

Sau khi xác định được hạch cửa, tiến hành sinh thiết hạch này. Nếu hạch cửa dương tính, cần thực hiện vét hạch nách thường quy[13].

1.4.2. Xạ trị UTV

Xạ trị trong UTV là biện pháp điều trị mang tính tại chỗ, tại vùng, nhằm kiểm soát tái phát. Xạ trị được xem là chỉ định bắt buộc đối với các NB được phẫu thuật bảo tồn vú và những trường hợp có nhiều hạch di căn.

Theo nghiên cứu EBCTCG (2011) thực hiện trên 10.801 phụ nữ mắc UTV, xạ trị sau phẫu thuật bảo tồn có vai trò rõ rệt trong kiểm soát bệnh, giúp giảm gần một nửa nguy cơ tái phát trong vòng 10 năm và làm giảm tỷ lệ tử vong sau 15 năm từ 25% xuống còn 21%[18].

1.4.3. Điều trị hệ thống

Có nhiều phương pháp điều trị hệ thống trong UTV, bao gồm: hóa trị, điều trị nội tiết và điều trị miễn dịch/điều trị đích.

1.4.3.1. Hóa trị tân bổ trợ

Hóa trị tân bổ trợ thường được chỉ định cho các NB UTV giai đoạn III (trừ T3N1M0). Phác đồ chuẩn thường sử dụng là các phác đồ có anthracyclin, có hoặc không kết hợp với taxan. Sau hóa trị tân bổ trợ, NB được phẫu thuật bảo tồn tuyến vú hoặc cắt tuyến vú triệt căn biến đổi, tùy đáp ứng điều trị và đặc điểm khối u[13].

1.4.3.2. Hóa trị bổ trợ

Hóa trị bổ trợ được chỉ định cho các khối u có kích thước > 1 cm.

Đối với các trường hợp u có kích thước từ 0,6–1 cm, NCCN khuyến cáo nên thực hiện xét nghiệm phân tích 21 gen (Oncotype DX); nếu chỉ số nguy cơ tái phát > 31 thì nên chỉ định hóa trị bổ trợ[17].

Trong điều kiện hiện nay tại Việt Nam, các xét nghiệm phân tích gen chưa được đưa vào thực hành thường quy, do đó có thể áp dụng theo đồng thuận St. Gallen. Một số phác đồ hóa trị bổ trợ có thể được áp dụng như: AC, FAC, 4AC – 4 Paclitaxel, 4AC – 4 Docetaxel, 4AC + 12 tuần Paclitaxel, ...[6]

1.4.3.3. Điều trị nội tiết

Điều trị nội tiết được coi là một phương pháp điều trị đích cho NB UTV, được chỉ định trong các trường hợp có thụ thể nội tiết dương tính.

Các thuốc nội tiết hiện nay bao gồm tamoxifen và các thuốc ức chế aromatase như anastrozol, letrozol, exemestane. Ngoài ra, cắt buồng trứng bằng phẫu thuật, xạ trị hoặc thuốc cũng là một trong những biện pháp điều trị nội tiết ở các NB UTV chưa mãn kinh[6].

1.4.3.4. Điều trị thuốc đích

Sự ra đời của các thuốc điều trị đích đã tạo ra một bước đột phá quan trọng trong điều trị UTV. Hiện nay, một số thuốc được đưa vào sử dụng cho các NB HER2 dương tính như trastuzumab, lapatinib, pertuzumab, ...

Trong đó, trastuzumab được sử dụng rộng rãi không chỉ trong điều trị bổ trợ mà còn ở các NB tái phát, di căn, giúp kéo dài thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ[17].

1.5. Tình hình điều trị phẫu thuật UTV

1.5.1. Tại Việt Nam

Tại Việt Nam, những năm trước đa số phẫu thuật UTV theo phương pháp cắt vú triệt để tận gốc (PT Halsted) và cắt vú triệt để cải biên (PT Patey cải biên). Nhưng từ 1980-1996 thì phẫu thuật Halsted dần dần ít được áp dụng, đến nay phẫu thuật Patey cải biên (MRM) chiếm ưu thế được nhiều nhà phẫu thuật sử dụng rộng rãi.

Những năm gần đây bên cạnh phẫu thuật cơ bản là phẫu thuật Patey cải biên thì ở Việt Nam đã áp dụng ngày một rộng rãi các phẫu thuật tái tạo vú và phẫu thuật bảo tồn vú (kết hợp với tia xạ) cho những kết quả đáng khích lệ.

Nghiên cứu của Hoàng Anh Dũng (2022) đánh giá kết quả sớm 37 NB UTV được phẫu thuật bảo tồn có sử dụng kỹ thuật tạo hình T ngược tại Bệnh viện K từ năm 2017 đến 2020 : tuổi trung bình của NB là: 47, thời gian phẫu thuật trung bình là 130 phút[3].

Nghiên cứu của Mai Thị Kim Ngân (2022) hồi cứu trên 140 NB nữ được chẩn đoán UTV (UTV) giai đoạn I–III tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 10/2015 đến tháng 12/2020. Kết quả cho thấy tuổi trung bình của NB là $51,7 \pm 10,9$ tuổi. Vị trí khối u thường gặp nhất là 1/4 trên ngoài, chiếm 55,4%. Về mô bệnh học, thể ống xâm nhập là phổ biến nhất, chiếm 79,2%. Tỷ lệ NB ở các giai đoạn I, II và III lần lượt là 9,3%, 52,1% và 38,6%[5].

Năm 2024, đề tài nghiên cứu cấp cơ sở “*Nhận xét kết quả phẫu thuật triệt căn bệnh nhân ung thư vú đã được điều trị hóa chất hỗ trợ trước tại Bệnh viện Ung Bướu tỉnh Bắc Giang từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2024*” của tác giả Trương Đức Mỹ (2024) kết quả cho thấy tuổi trung bình $52,47 \pm 10,79$, trong đó: có 81,3%

ung thư biểu mô thể nội ống và thời gian phẫu thuật trung bình $51,27 \pm 4,3$ phút (thời gian phẫu thuật nhanh nhất là 45p, lâu nhất là 90p), không có tai biến phẫu thuật[4].

Vũ Minh Đức (2025) đánh giá kết quả phẫu thuật UTV ở NB cao tuổi tại bệnh viện K: kết quả hầu hết NB được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú, vét hạch nách (96,2%) và biến chứng sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp (11,5%), chủ yếu là đờng dịch vùng nách[2].

1.5.2. Trên thế giới

Nghiên cứu của Raina và cộng sự trên NB UTV giai đoạn sớm tại Bắc Ấn Độ cho thấy: tuổi trung bình là 47 tuổi; 49,7% NB chưa mãn kinh; 96% NB có khối u vú khi phát hiện bệnh. Về giai đoạn bệnh, tỷ lệ NB ở các giai đoạn I, IIa và IIb lần lượt là 7,8%, 38,8% và 47,6%. Tình trạng thụ thể estrogen (ER) được xác định ở 173 NB, trong đó 93 NB có ER âm tính[21].

Một nghiên cứu khác của tác giả Zhao trên 280 NB UTV tại Trung Quốc cho thấy 92,5% NB có thể sờ thấy khối u vú. Thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi được chẩn đoán là 4 tháng. Trong số NB này, 74,3% được xác định là UTBM xâm nhập. Tỷ lệ dương tính với thụ thể estrogen (ER) hoặc progesterone (PR) là 72,9%[24].

Năm 2021, nghiên cứu của G.Bawoke chỉ ra phẫu thuật Patey cải biên vẫn là lựa chọn chính ở các trung tâm có ít hoặc không có xạ trị và trong tổng số 87 NB trong nhóm NB thì có lần lượt 33% và 28,7 % bệnh ở giai đoạn IIa và IIb, có 62,1% hạch nách dương tính khi khám thấy ban đầu; trung bình số hạch nách được cắt bỏ là $10,2 \pm 0,83$. Tụ dịch vết mổ là 17,2%. Nhiễm trùng vết mổ xảy ra ở 14,9%, chủ yếu do xạ trị và hóa chất tân bổ trợ[7].

Một nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 200 NB UTV từ năm 2007-2011 được vét hạch nách của Emerson và các cộng sự cho thấy số lượng hạch bạch huyết được nạo trung bình trên mỗi NB là 14 ± 4 (khoảng từ 6 đến 30 hạch). Chỉ có 3,5% NB bị phù bạch huyết. Tê bì là tác dụng phụ thường gặp nhất chiếm 53%. Ngoài ra, 24% NB bị hạn chế rõ rệt khả năng dạng cánh tay và 27,5% bị đau cánh tay không thường xuyên ở vùng nách đã được phẫu thuật[22].

1.5.3. Giới thiệu về địa bàn nghiên cứu

Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 là Bệnh viện hạng I với quy mô 1.250 giường bệnh, 44 khoa, phòng/trung tâm và hơn 1000 viên chức lao động. Bệnh viện là tuyến cuối trong hệ thống khám chữa bệnh của tỉnh Bắc Ninh, được đầu tư trang thiết bị hiện đại, với đội ngũ nhân viên y tế trình độ chuyên môn cao.

Khoa Ngoại Ung Bướu được thành lập tháng 07 năm 2025, được tách ra từ khoa Ngoại xạ & Y Học Hạt Nhân thuộc Trung Tâm Ung Bướu- Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 với số cán bộ hiện tại 13 bác sỹ và 12 điều dưỡng. Khoa đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của bệnh nhân trên địa bàn tỉnh và các tỉnh lân cận. Nhiệm vụ của khoa phòng là khám chữa bệnh các bệnh lý về ngoại khoa và ung bướu với khoảng 800 ca phẫu thuật/ năm. Khoa phòng đã triển khai nhiều kỹ thuật và phẫu thuật được ứng dụng trong điều trị mang lại hiệu quả tốt cho người bệnh như: Các phẫu thuật về đầu mặt cổ, Phẫu thuật về tiêu hóa, phẫu thuật vú- phụ khoa ...Tầm nhìn đến năm 2030, khoa phòng cùng Bệnh viện thực hiện phát triển phẫu thuật nội soi, khẳng định xu hướng phát triển nền y học Việt Nam khoa học, dân tộc và đại chúng.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả NB nữ giới UTV được chỉ định phẫu thuật cắt tuyến vú bằng phẫu thuật Patey cải biên tại Trung Tâm Ung Bướu - Bệnh viện đa khoa Bắc ninh số 2 từ tháng 1/2025 đến tháng 8/2026.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn NB

- NB nữ giới được chẩn đoán UTV bằng mô bệnh học với giải phẫu bệnh là UTBM tuyến, giai đoạn I–III được phẫu thuật Patey cải biên.
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ NB

- NB mắc các bệnh mạn tính hoặc cấp tính nghiêm trọng, có nguy cơ tử vong trong thời gian ngắn.
- NB bỏ điều trị không vì lý do chuyên môn.
- NB mắc thêm bệnh ung thư khác.
- Ung thư từ nơi khác di căn đến vú.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Ung Bướu- Bệnh viện đa khoa Bắc ninh số 2
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 03/2026 đến tháng 8/2026.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc

- Hồi cứu từ 01/2025 đến 2/2026
- Tiền cứu từ 03/2026 đến 8/2026

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu : Chọn toàn bộ người bệnh theo tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh và tiêu chuẩn loại trừ

Chọn mẫu : Thuận tiện.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

- Hồi cứu: Sử dụng bệnh án nghiên cứu thu thập số liệu từ hồ sơ có sẵn.
- Tiền cứu: Sử dụng bệnh án nghiên cứu thu thập số liệu trong quá trình điều trị.

2.6. Phương pháp phẫu thuật Patey cải biên

Phương pháp phẫu thuật: Cắt toàn bộ tuyến vú bằng phương pháp Patey cải biên.

2.6.1. Quy trình phẫu thuật Patey tuyến vú cải biên

a) Chuẩn bị NB:

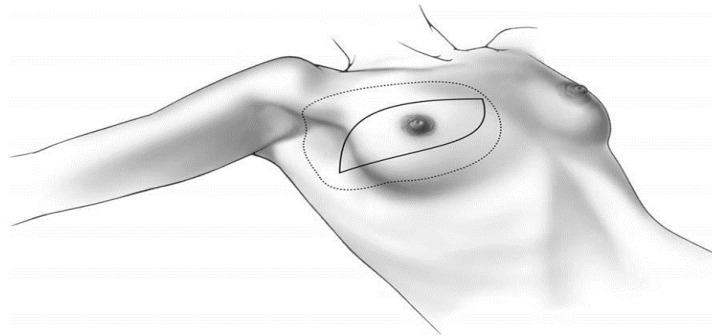
- Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.
- NB nằm ngửa, cánh tay dang rộng 90°, đặt một đệm nhỏ dọc theo dưới lưng NB để nâng vùng nách khỏi bàn mổ.
- Sát trùng, trải toan vô khuẩn bộc lộ vùng vú bị tổn thương và diện nách cùng

bên.

b) Các bước tiến hành:

Thì 1: Rạch da.

- Rạch da hình mũi cam (elip), đường rạch da luôn phải đảm bảo nguyên tắc lấy được hết quầng núm vú và da trên diện khối u. Đảm bảo cùng 1 đường rạch vừa cắt được tuyến vú, vừa lấy được hạch nách.



Hình 1. 3: Đường rạch trong cắt vú thường quy

(Nguồn: *Atlast of Breast surgery*)[16]

Thì 2: Cắt tuyến vú

- Hai vạt da được phẫu tích lên trên, xuống dưới và xung quanh giới hạn vú bằng dao điện: Phía trên lên tới xương đòn, phía dưới tới bờ trên cơ thẳng bụng, phía trong tới xương ức và phía ngoài tới cơ lưng rộng. Thông thường bề dày của vạt da cũng như ở vạt da cho vét hạch nách khoảng 0,5 cm (phân định ở khoảng giữa của tổ chức hạ bì với tuyến vú nơi có các dây chằng Cooper đi qua).
- Khi mặt trước tuyến của tuyến vú đã được giải phóng khỏi da và tổ chức dưới da, tiến hành giải phóng mặt sau tuyến vú.

- Lấy bỏ tuyến vú ra khỏi cơ ngực lớn từ trong ra ngoài. Việc lấy bỏ cân cơ ngực lớn cùng tuyến vú và bệnh phẩm u hay để lại cân cơ ngực lớn tùy theo từng phẫu thuật viên.
- Nếu khối u lớn dính vào cơ ngực lớn thì cần phải lấy một phần cơ ngực. Nếu khối u không dính vào cơ ngực lớn thì có thể để lại cân cơ ngực cho việc tạo hình vú sau này. Nếu u dính cơ ngực nên đặt 1 clip đánh dấu nền nơi vừa lấy một phần cơ ngực nhằm giúp cho việc tia xạ khu trú nâng liều xạ ở phần này sau phẫu thuật.
- Bóc tách tuyến vú cùng bệnh phẩm u ra khỏi thành ngực tới phần đuôi nách của tuyến vú, bóc lộ cơ ngực nhỏ, phẫu tích và cắt bỏ cân nách để vào thì vét hạch nách.

Thì 3: Vét hạch nách

- Phẫu tích bóc lộ phần đầu cơ ngực lớn và sử dụng như là mốc đầu tiên xác định vị trí của tĩnh mạch nách, vạt da phía dưới được lật xuống ít nhất đến khoang liên sườn 5 để chắc chắn rằng lấy được tất cả các hạch nách.
- Tiến hành vét hạch nhóm I (hạch ở bờ ngoài cơ ngực nhỏ) và nhóm II (hạch ở sau cơ ngực nhỏ). Có thể vén cơ ngực nhỏ để kiểm tra và vét hạch nhóm III ở bờ trong của cơ ngực nhỏ. Trong quá trình vét hạch lưu ý bảo tồn tối đa thần kinh đi qua vùng hố nách, đặc biệt là thần kinh ngực dài cần được bảo vệ kỹ, kể cả các nhánh thần kinh liên sườn cánh tay, nó giúp ích tốt cho phục hồi chức năng của NB
- Trong quá trình vét hạch nách, kiểm tra bắt buộc 2 nhóm hạch là nhóm hạch Rotter (hạch nằm giữa cơ ngực lớn và cơ ngực nhỏ) và nhóm hạch đầu ống cánh tay sau điều trị.

Thì 4: Chăm máu trong mổ

Kiểm tra chăm máu toàn bộ diện mổ của vú và diện mổ vết hạch nách. Rửa vùng mổ bằng nước muối sinh lý ấm.

Thì 5: Đặt dẫn lưu

Đặt 01 dẫn lưu hút áp lực âm: ở vị trí tuyến vú đã cắt và hố nách, cố định dẫn lưu.

Thì 6: Đóng các vết da

Đóng tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu và khâu da. Đặt gạc vô khuẩn che phủ vết mổ, băng ép.

2.6.2. Chăm sóc sau mổ

- Truyền dịch 1-2 ngày đầu, dùng kháng sinh 7-10 ngày.
- Theo dõi toàn trạng: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Tình trạng vết mổ, vùng mổ: có nề, chảy máu, hoại tử, tụ dịch vùng mổ.
- Tình trạng dẫn lưu về số lượng, màu sắc, tính chất của dịch hàng ngày.
- Rút ống dẫn lưu khi lượng dịch dẫn lưu < 5 ml/24 giờ.

2.7. Các biến số nghiên cứu

STT	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
Mục tiêu 1				

1	Tuổi	Số năm từ năm sinh đến năm can thiệp thủ thuật. Chia làm 3 nhóm: < 40 tuổi; từ 40-65 tuổi; và > 65 tuổi.	Liên tục	Bệnh án nghiên cứu
2	Bệnh phối hợp	Là bệnh kèm theo của bệnh nhân liên quan đến UTV như đái tháo đường, tăng huyết áp, các bệnh khác...	Danh mục	
3	Lí do vào viện	<p>Là lý do NB phải vào viện bao gồm:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Khám sức khỏe định kỳ 2. Tự sờ thấy khối u vú 3. Sờ thấy hạch nách 4. Chảy dịch núm vú 5. Đau vùng vú 6. Thay đổi da vùng vú/núm vú 7. Một số triệu chứng khác 	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu

4	Thời gian xuất hiện triệu chứng khi vào viện	Là thời gian NB khi có triệu chứng đến thời điểm nhập viện. Chia thành các nhóm: < 3 tháng; 3 – 6 tháng; 6 – 12 tháng; > 12 tháng	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
5	<i>Đặc điểm khối u:</i> Kích thước khối u (đường kính lớn nhất)	<ol style="list-style-type: none"> 1. T1: u có kích thước < 2 cm. 2. T2: u có kích thước từ 2-5 cm. 3. T3: u có kích thước > 5 cm. 	Liên tục	
	<i>Đặc điểm khối u</i> Vị trí u	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vú phải hoặc vú trái 2. Vị trí trong vú: trung tâm, 1/4 trên trong, 1/4 trên ngoài, 1/4 dưới trong, 1/4 dưới ngoài 	Danh mục	
	<i>Đặc điểm khối u</i> Ranh giới tổn thương	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ranh giới rõ 2. Ranh giới không rõ 	Danh mục	

	<p><i>Đặc điểm khối u</i></p> <p>Tính chất di động</p>	<p>1. Di động được</p> <p>2. Không di động được</p>	Danh mục	
6	Xét nghiệm CA-153 trước mổ	CA-153 được định lượng bằng xét nghiệm miễn dịch trong máu, được phân thành hai nhóm: ≤ 30 U/ml và > 30 U/ml.	Rời rạc	Bệnh án nghiên cứu
7	Kết quả siêu âm tuyến vú trước mổ	Kết quả siêu âm tuyến vú được phân loại theo BIRADS (4a, 4b, 4c, 5), bờ đều hay không đều và mật độ âm (tăng, giảm, hỗn hợp âm).	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
8	Mô bệnh học	+ Phân loại mô học UTBM theo WHO. + Độ mô học: theo phân loại của Bloom và Richardson: độ 1, độ 2, độ 3	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
9	Giai đoạn bệnh sau mổ	Giai đoạn bệnh được phân loại theo UICC bao gồm: Giai đoạn 1, giai đoạn 2, giai đoạn 3.	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu

10	Số lượng hạch nách sau mổ	Số lượng hạch nách di căn sau mổ chia thành : pN0 (không di căn hạch), pN1 (di căn 1-3 hạch), pN2 (di căn 4-9 hạch), pN3 (di căn ≥ 10 hạch).	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
11	Hóa mô miễn dịch	Dựa vào đặc điểm ER,PR, Her-2, Ki-67 phân thành các tyb: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lòng ống A 2. Lòng ống B 3. Her-2 dương tính đơn thuần 4. Bộ 3 âm tính 	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
Mục tiêu 2				
12	Thời gian phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật được tính từ lúc bắt đầu rạch da cho đến khi đóng xong vết da. Chia 3 nhóm : < 60 phút, 60- 90 phút, và > 90 phút.	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
13	Thời gian rút dẫn lưu	Được tính từ ngày mổ cho đến khi rút hết dẫn lưu. Chia làm 2 nhóm : < 10 ngày và ≥ 10 ngày.	Danh mục	

14	Thời gian hậu phẫu	Là thời gian tính từ ngày mổ cho đến khi ra viện. Chia làm 2 nhóm : < 10 ngày và ≥ 10 ngày.	Danh mục	
15	Biến chứng phẫu thuật	<p>Biến chứng phẫu thuật có thể gặp như:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Tổn thương tĩnh mạch nách , thần kinh cánh tay trong mổ. + Nhiễm trùng vết mổ: vùng mổ sưng nề tấy đỏ, chảy dịch đục từ vết mổ, có thể kèm theo tình trạng nhiễm trùng toàn thân. + Chảy máu: thường xảy ra trong 24-48 giờ đầu, máu có thể chảy ra qua dẫn lưu hay ứ lại dưới da tạo thành các ổ tụ huyết. + Tụ dịch sau mổ vùng ngực và hố nách: thường để dẫn lưu lâu hơn (trên 2 tuần) khi dịch nhiều, những trường hợp tụ dịch nhiều sau rút dẫn lưu thì có thể chọc hút dịch. + Thiếu dinh dưỡng hoặc hoại tử vạt da phủ tại vùng ngực hoặc vùng nách: thường do vạt da quá 	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu

		mỏng hay mạch máu cung cấp cho vùng đó bị tổn thương. + Phù tay + Không biến chứng		
16	Nồng độ CA-153 sau mổ	CA-153 được định lượng bằng xét nghiệm miễn dịch trong máu, đánh giá sau mổ 1 tháng được phân thành hai nhóm: ≤ 30 U/ml và > 30 U/ml.	Rời rạc	Bệnh án nghiên cứu

2.8. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Thiết kế và bảo vệ đề cương nghiên cứu

Bước 2: Lấy danh sách người bệnh từ dữ liệu tại hồ sơ khoa phòng và phòng KHTH

Bước 3: Nghiên cứu hồ sơ bệnh án: Ghi nhận thông tin(Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, kết quả phẫu thuật) theo mẫu bệnh án thống nhất.

Bước 4: Liên lạc (Gọi điện mời NB đến khám lại) với những người bệnh không liên lạc được, không đến khám lại sẽ loại khỏi danh sách nghiên cứu.

Bước 5: Ghi nhận thông tin từ khám lâm sàng theo mẫu bệnh án thống nhất

Bước 6: Đánh giá kết quả điều trị.

Bước 7: Xử lý số liệu (Sử dụng phần mềm SPSS)

Bước 8: Viết nghiên cứu và báo cáo đề tài.

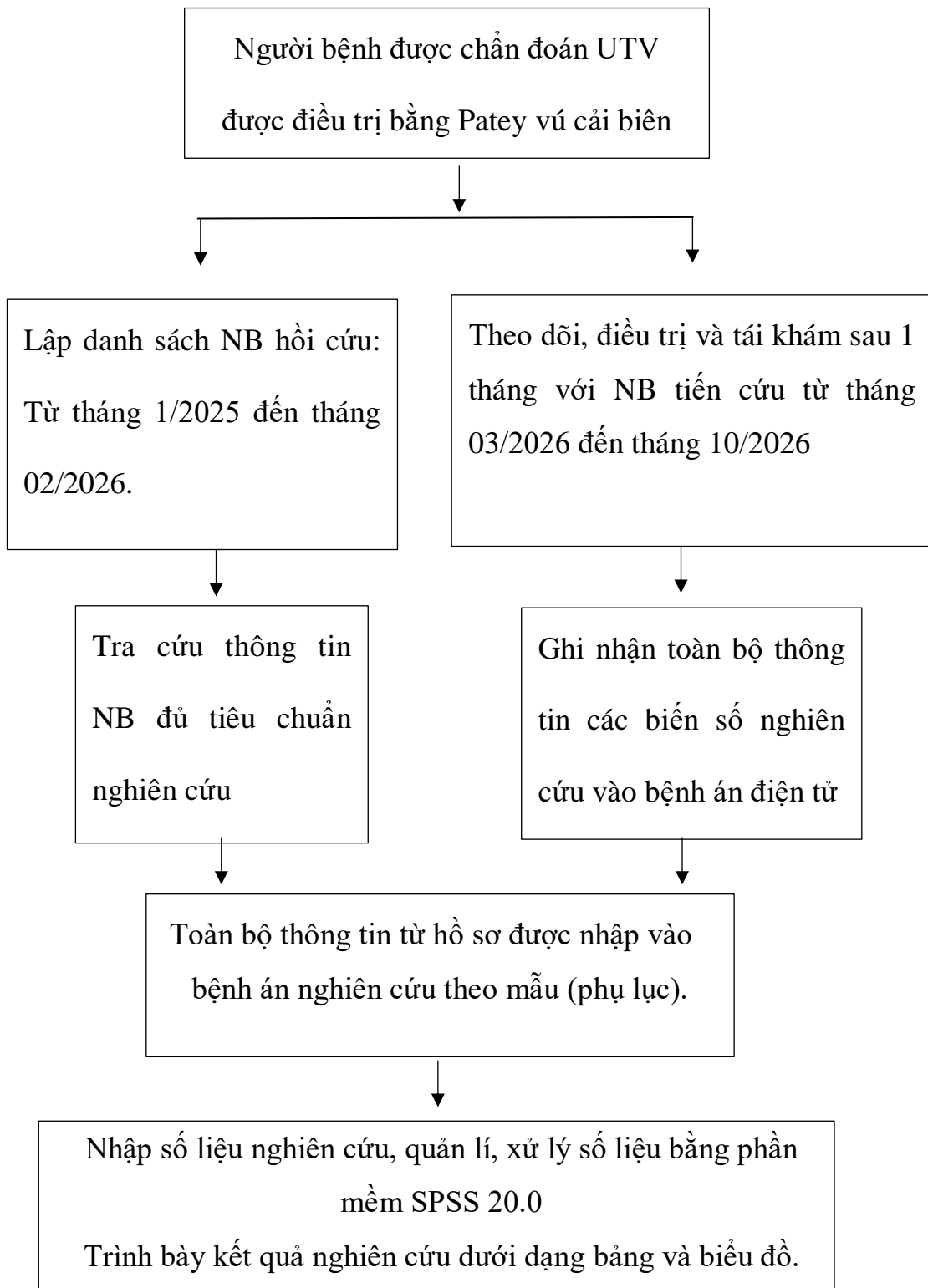
2.9. Phương pháp phân tích số liệu

- Số liệu được nhập và phân tích bằng phương pháp thống kê Y học (sử dụng
- phần mềm SPSS 20.0)
- Các giá trị thống kê mô tả được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất và tỷ lệ phần trăm.

2.10. Đạo đức nghiên cứu

- Dữ liệu nghiên cứu được lấy từ hồ sơ bệnh án được sự đồng ý của Trung Tâm Ung Bướu và sự cho phép của phòng Kế hoạch tổng hợp bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2.
- Các NB được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia nghiên cứu
- Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho NB, không vì mục đích khác.

Sơ đồ nghiên cứu



CHƯƠNG 3

DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ%
≤ 40 tuổi		
41 – 64 tuổi		
≥ 65		
Tổng		
TB+ SD (Min- Max)		

Nhận xét:

Bảng 3.2. Bệnh phối hợp

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp		
Đái tháo đường		
Bệnh khác		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.2. Lý do vào viện

Bảng 3.3. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khám sức khỏe định kỳ		
Tự sờ thấy khối u vú		
Sờ thấy hạch nách		
Chảy dịch núm vú		
Đau vùng vú		
Thay đổi da vùng vú		
Triệu chứng khác		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.3. Thời gian xuất hiện triệu chứng khi vào viện

Bảng 3.4. Thời gian xuất hiện triệu chứng khi vào viện

Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 3 tháng		
3- 6 tháng		
6-12 tháng		
>12 tháng		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.4. Đặc điểm khối u trên lâm sàng

Bảng 3.5 . Một số đặc điểm khối u trên lâm sàng

Đặc điểm khối u		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kích thước khối u (đường kính lớn nhất)	< 2cm		
	Từ 2-5cm		
	>5cm		
	Tổng		
Vị trí khối u	Trung tâm		
	¼ trên trong		
	¼ dưới trong		
	¼ trên ngoài		
	¼ dưới ngoài		
	Tổng		
Ranh giới tổn thương	Ranh giới rõ		
	Ranh giới không rõ		
	Tổng		
Tính chất di động	Không di động		
	Còn di động		
	Tổng		

Nhận xét:

3.1.5. *Nồng độ CA 153 trước mổ*

Bảng 3.6.Nồng độ CA-153 trước mổ

Nồng độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 30 U/ml		
> 30 U/ml.		
Tổng		
$(\bar{X} \pm SD)$		

Nhận xét:

3.1.6. *Kết quả siêu âm tuyến vú*

Bảng 3.7. Kết quả siêu âm tuyến vú

Kết quả siêu âm BIRADS	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
4a		
4b		
4c		
5		
Tổng		

Nhận xét:

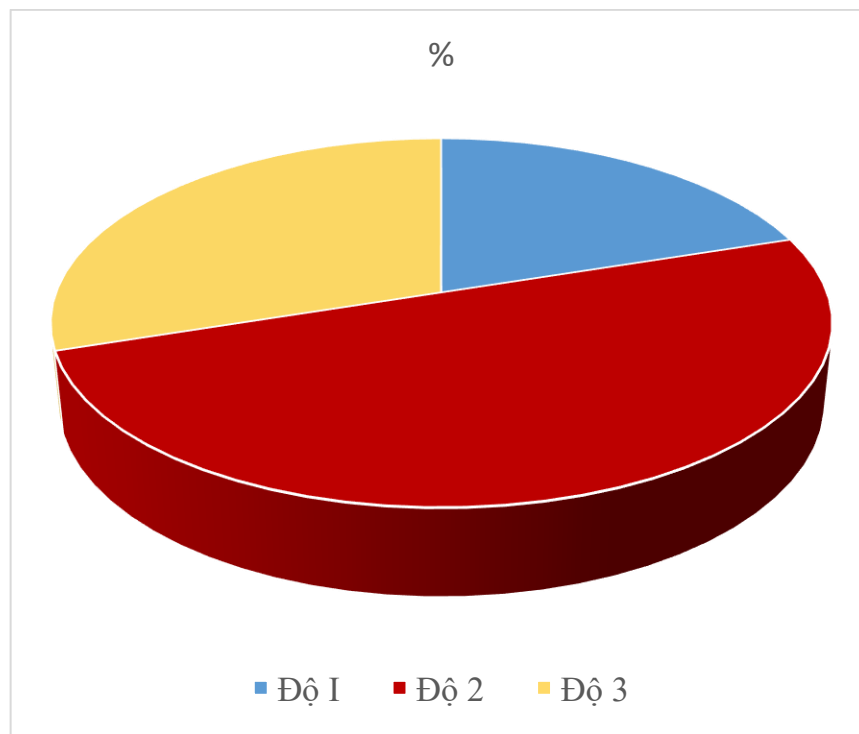
3.1.7. Mô bệnh học

Bảng 3.8. Kết quả mô bệnh học sau mổ

Loại mô bệnh học	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
UTBM thể ống xâm nhập		
Các loại khác		
Tổng		

Nhận xét:

Biểu đồ 3.1. Độ mô học



Nhận xét:

3.1.8. Giai đoạn bệnh sau mổ

Bảng 3.9. Giai đoạn bệnh sau mổ

Giai đoạn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn I		
Giai đoạn II		
Giai đoạn III		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.9. Số lượng hạch nách di căn sau mổ

Bảng 3.10. Số lượng hạch nách di căn sau mổ

Số lượng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
0 hạch (pN0)		
1-3 hạch (pN1)		
4-9 hạch (pN2)		
≥ 10 hạch (pN3)		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.10. Hóa mô miễn dịch

Bảng 3.11. Kết quả hóa mô miễn dịch

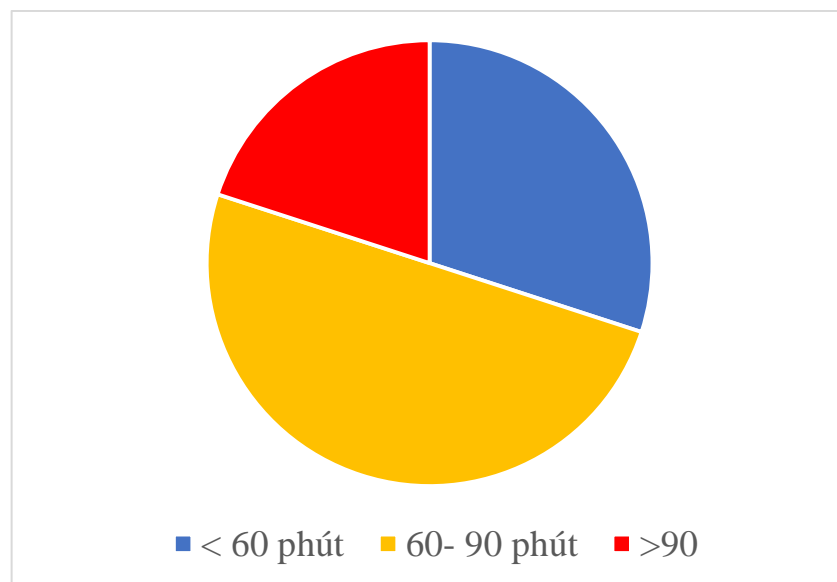
Giai đoạn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lòng ống A		
Lòng ống B		
Her2 dương tính đơn thuần		
Bộ 3 âm tính		
Tổng		

Nhận xét:

3.2. Kết quả phẫu thuật Patey cải biên

3.2.1. Thời gian phẫu thuật

Biểu đồ 3.2. Thời gian phẫu thuật



Nhận xét:

3.2.2. Thời gian rút dẫn lưu

Bảng 3.12. Thời gian rút dẫn lưu

Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<10 ngày		
≥ 10 ngày		
$(\bar{X} \pm SD)$		
Tổng		

Nhận xét:

3.2.3. Thời gian hậu phẫu

Bảng 3.13. Thời gian hậu phẫu

Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<10 ngày		
10-15 ngày		
>15 ngày		
Tổng		
$(\bar{X} \pm SD)$		

Nhận xét:

3.2.4. Biến chứng của phẫu thuật

Bảng 3.14. Biến chứng của phẫu thuật

Các biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương tĩnh mạch nách, thần kinh		

cánh tay trong mổ		
Chảy máu sau mổ		
Nhiễm trùng vết mổ		
Hoại tử vạt da		
Tụ dịch kéo dài tại hố nách		
Tụ dịch kéo dài tại diện cắt vú		
Phù tay		
Cộng		

Nhận xét:

3.2.5. Nồng độ CA-153 sau mổ

Bảng 3.15. Nồng độ CA-153 sau mổ 1 tháng.

Nồng độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 30 U/ml		
> 30 U/ml.		
Tổng		
$(\bar{X} \pm SD)$		

Nhận xét:

Chương 4

BÀN LUẬN

KẾT LUẬN

KIẾN NGHỊ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

A. TIẾNG VIỆT

1. Trần Thanh Bình và cộng sự (2019). "Vai trò của siêu âm, chọc hút kim nhỏ và sinh thiết tức thì trong chẩn đoán ung thư tuyến vú", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, tr. 102-105.
2. Vũ Minh Đức và Hoàng Mạnh Thắng (2025). "Kết quả phẫu thuật ung thư vú ở người bệnh cao tuổi tại bệnh viện K ", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 554(3).
3. Hoàng Anh Dũng (2022). "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bảo tồn ung thư vú có sử dụng kỹ thuật tạo hình T ngược", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 150(2), tr. 154-165.
4. Trương Đức Mỹ (2024). "Nhận xét kết quả phẫu thuật triệt căn bệnh nhân ung thư vú đã được điều trị hóa chất hỗ trợ trước tại Bệnh viện Ung Bướu tỉnh Bắc Giang từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2024".
5. Mai Thị Kim Ngân (2022). "Đánh giá kết quả điều trị ung thư vú giai đoạn I-III tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 510(2).
6. Bộ Y Tế (2020). "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư vú".

B. TIẾNG ANH

7. Giziew Bawoke and et al (2021). "Experience with modified radical mastectomy in a low-income country: a multi-center prospective observational study", *BMC surgery*. 21(1), pg. 371.
8. Luca Bertero and et al (2018). "of the UICC Classification of Malignant Tumours: an overview of the changes in the pathological TNM classification criteria—What has changed and why?". 472(4), pg. 519-531.

9. Freddie Bray and et al (2024). "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *Acancer journal for clinicians*. 74(3), pg. 229-263.
10. G Curigliano and et al (2023). "Understanding breast cancer complexity to improve patient outcomes: the St Gallen International Consensus Conference for the Primary Therapy of Individuals with Early Breast Cancer 2023", *Annals of Oncology*. 34(11), pg. 970-986.
11. Anatomía de la Pared Torácica và y Mama (2006). "Anatomy of the thoracic wall, axilla and breast". 24(4), pg. 691-704.
12. Stephen W Duffy and et al (2020). "Mammography screening reduces rates of advanced and fatal breast cancers: Results in 549,091 women". 126(13), pg. 2971-2979.
13. William J Gradishar and et al (2023). "NCCN Guidelines® insights: breast cancer, version 4.2023: featured updates to the NCCN guidelines", *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 21(6), pg. 594-608.
14. William S Halsted (1894). "The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins Hospital from June, 1889, to January, 1894", *Annals of surgery*. 20, pg. 497-555.
15. BLOOM & Br. J. Cancer HJR (1957). "Histological grading and prognosis in breast cancer". 11, pg. 359-377.
16. Ismail Jatoi, Manfred Kaufmann và Jean Y Petit (2006), *Atlas of breast surgery*, Springer.
17. Manfred Kaufmann and et al (2012). "Recommendations from an international consensus conference on the current status and future of

- neoadjuvant systemic therapy in primary breast cancer". 19(5), pg. 1508-1516.
18. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (2011). "Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10 801 women in 17 randomised trials". 378(9804), pg. 1707-1716.
 19. Emmanuel Ifeanyi Obeagu và Getrude Uzoma Obeagu (2024). "Breast cancer: A review of risk factors and diagnosis", *Medicine*. 103(3), pg. e36905.
 20. DH Patey và WH Dyson (1948). "The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed", *British journal of cancer*. 2(1), pg. 7.
 21. Vinod Raina and et al (2005). "Clinical features and prognostic factors of early breast cancer at a major cancer center in North India".
 22. Emerson Wander Silva Soares and et al (2014). "Morbidity after conventional dissection of axillary lymph nodes in breast cancer patients", *World journal of surgical oncology*. 12(1), pg. 67.
 23. Puay Hoon Tan and et al (2020). "The 2019 World Health Organization classification of tumours of the breast". 77(2), pg. 181-185.
 24. WH Zhao and et al (2006). "Clinical features and prognosis in breast cancer patients over 70 years of age". 28(5), pg. 385-388.

PHỤ LỤC NGHIÊN CỨU
PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN NGHIÊN CỨU

Mã phiếu:

1. HÀNH CHÍNH

1.1. Họ và tên bệnh nhân:

1.2. Tuổi:

1.3. Giới: Nữ

1.4. Số hồ sơ:

1.5. Ngày vào viện:

1.6. Ngày phẫu thuật:

1.7. Ngày ra viện:

2. CHUYÊN MÔN

STT	Biến số nghiên cứu	Giá trị	Ghi chú
1	Bệnh phối hợp		1. Đái tháo đường 2. Tăng huyết áp 3. Các bệnh khác
2	Lí do vào viện		1. Khám sức khỏe định kỳ 2. Tự sờ thấy khối u vú 3. Sờ thấy hạch nách 4. Chảy dịch núm vú 5. Đau vùng vú 6. Thay đổi da vùng vú/núm vú 7. Một số triệu chứng khác

3	Thời gian xuất hiện triệu chứng khi vào viện		<ol style="list-style-type: none"> 1. < 3 tháng 2. 3– 6 tháng 3. 6 – 12 tháng 4. > 12 tháng
4	<i>Đặc điểm khối u:</i> Kích thước khối u (đường kính lớn nhất)		<ol style="list-style-type: none"> 1. T1: u có kích thước < 2 cm. 2. T2: u có kích thước từ 2-5 cm. 3. T3: u có kích thước > 5 cm.
	<i>Đặc điểm khối u</i> Vị trí u		<ol style="list-style-type: none"> 1. Vú phải 2. Vú trái
			<ol style="list-style-type: none"> 1. trung tâm 2. 1/4 trên trong 3. 1/4 trên ngoài 4. 1/4 dưới trong 5. 1/4 dưới ngoài
	<i>Đặc điểm khối u</i> Ranh giới tổn thương		<ol style="list-style-type: none"> 1. Ranh giới rõ 2. Ranh giới không rõ
	<i>Đặc điểm khối u</i> Tính chất di động		<ol style="list-style-type: none"> 1. Di động được 2. Không di động được
5	Xét nghiệm CA-153 trước mổ		<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 30 U/ml 2. > 30 U/ml.
6	Kết quả chọc tế bào bằng kim nhỏ		<ol style="list-style-type: none"> 1. Dương tính: có tế bào ung thư tuyến vú. 2. Âm tính: không có tế bào ung thư tuyến vú.
7			<ol style="list-style-type: none"> 1. BIRADS 4a

			<ol style="list-style-type: none"> 2. BIRADS 4b 3. BIRADS 4c 4. BIRADS 5
	Kết quả siêu âm tuyến vú		<ol style="list-style-type: none"> 1. Bờ đều 2. Bờ không đều
			Mật độ âm <ol style="list-style-type: none"> 1. Tăng âm 2. Giảm âm 3. Hỗn hợp âm
8		Mô bệnh học	
			Phân độ mô học <ol style="list-style-type: none"> 1) Độ mô học 1 2) Độ mô học 2 3) Độ mô học 3
9	Giai đoạn bệnh sau mổ		<ol style="list-style-type: none"> 1) Giai đoạn 1 2) Giai đoạn 2 3) Giai đoạn 3.
10	Số lượng hạch nách sau mổ		<ol style="list-style-type: none"> 1. pN0 (không di căn hạch), 2. pN1 (di căn 1-3 hạch) 3. pN2 (di căn 4-9 hạch) 4. pN3 (di căn ≥ 10 hạch).

11	Hóa mô miễn dịch		<ol style="list-style-type: none"> 1. Lòng ống A 2. Lòng ống B 3. Her-2 dương tính đơn thuần (tyb không lòng ống) 4. Bộ 3 âm tính
12	Thời gian phẫu thuật		<ol style="list-style-type: none"> 1. < 60 phút 2. 60- 90 phút 3. > 90 phút.
13	Thời gian rút dẫn lưu		<ol style="list-style-type: none"> 1. < 10 ngày 2. \geq 10 ngày.
14	Thời gian hậu phẫu		<ol style="list-style-type: none"> 1. < 10 ngày 2. \geq 10 ngày.
15	Biến chứng sau mổ		<ol style="list-style-type: none"> 1. Nhiễm trùng vết mổ 2. Chảy máu 3. Tụ dịch sau mổ vùng ngực và hố nách 4. Thiếu dinh dưỡng hoặc hoại tử vật da phủ tại vùng ngực hoặc vùng nách 5. Phù tay 6. Không biến chứng
16	Nồng độ CA-153 sau mổ 1 tháng		<ol style="list-style-type: none"> 1. \leq 30 U/ml 2. > 30 U/ml.