

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT BẢO TỒN
ĐIỀU TRỊ CARCINÔM TUYẾN VÚ GIAI ĐOẠN I - II
TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ CẦN THƠ**

Trần Trọng Hữu*, Huỳnh Thảo Luật, Hồ Long Hiên,
Võ Xuân Bảo, Lê Võ Nhật Thành

Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ

*Email: trantronghuu1210@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/6/2025

Ngày phản biện: 11/10/2025

Ngày duyệt đăng: 25/10/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư vú là loại ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ. Phẫu thuật bảo tồn tuyến vú được áp dụng rộng rãi trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm nhờ hiệu quả điều trị tương đương cắt toàn bộ tuyến vú, cải thiện thẩm mỹ và giảm biến chứng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bảo tồn điều trị carcinôm tuyến vú giai đoạn I, II tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, can thiệp lâm sàng trên 46 bệnh nhân carcinôm tuyến vú giai đoạn I, II được phẫu thuật bảo tồn tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 48,4; kích thước khối u trung bình 2,2 cm. Đa số ung thư vú bên trái (54,3%), vị trí ¼ trên ngoài (69,6%), đơn ổ (100%). Giải phẫu bệnh sau mổ chủ yếu là carcinôm xâm nhập dạng không đặc hiệu (97,8%), grad 2 (95,7%), LVI âm tính (67,4%) và không có di căn hạch nách (69,6%). Kết quả hóa mô miễn dịch: nhóm có thụ thể nội tiết dương tính là 54,3%, Her2 âm tính là 82,6%, Ki67 \geq 20% là 54,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình 103 phút. Các kỹ thuật tạo hình: cắt rộng khâu khép (13%), vạt mô tuyến vú (56,5%), vạt da có cuống mạch (30,5%). Biến chứng chung sau mổ chiếm 15,1%, trong đó xuất huyết 4,3%, hoại tử vạt một phần 4,3%, nhiễm trùng vết mổ 6,5%. Đa số trường hợp đạt độ thẩm mỹ đẹp và tốt (93,5%) và bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị (91,3%). **Kết luận:** Phẫu thuật bảo tồn điều trị ung thư vú giai đoạn sớm đảm bảo hiệu quả điều trị, mang lại kết quả thẩm mỹ tối ưu và độ hài lòng cao.

Từ khóa: Phẫu thuật bảo tồn vú, ung thư vú giai đoạn sớm, vạt mô tuyến, vạt da có cuống mạch.

ABSTRACT

**STUDY ON CHARACTERISTICS OF CLINICAL, PARACLINICAL AND
ASSESSMENT EARLY TREATMENT RESULTS OF BREAST
CONSERVING SURGERY IN CLINICAL STAGE I-II BREAST
CARCINOMA AT CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL**

Tran Trong Huu*, Huynh Thao Luat, Ho Long Hien,
Vo Xuan Bao, Le Vo Nhat Thanh
Can Tho Oncology Hospital

Background: Breast cancer is the most common malignancy in women. Breast-conserving surgery (BCS) has been increasingly applied in the management of early-stage breast cancer due to its oncologic outcomes comparable to total mastectomy, while improving cosmetic results and reducing complication rates. **Objectives:** To describe clinical and paraclinical characteristics and evaluate early results of breast-conserving surgery for stage I and II breast carcinoma at Can Tho

*City Oncology Hospital. **Materials and methods:** A prospective interventional clinical study was conducted on 46 patients with stage I–II breast carcinoma treated with BCS at Can Tho Oncology Hospital. **Results:** The mean patient age was 48.4 and the mean tumor size was 2.2 cm. Tumors were located in the left breast 54.3%, predominantly in the upper outer quadrant (69.6%), and all were unifocal. Postoperative histopathology revealed invasive carcinoma of no special type in 97.8%, with grade 2 in 95.7%, negative lymphovascular invasion (67.4%), and no axillary lymph node metastasis in 69.6%. Immunohistochemistry showed hormone receptor positivity in 54.3%, HER2 negativity in 82.6%, and Ki67 \geq 20% in 54.3%. The mean operative time was 103 minutes. Surgical techniques included wide local excision with primary closure (13%), glandular tissue flap (56.5%), and pedicled skin flap (30.5%). Postoperative complications occurred in 15.1%, with hematoma (4.3%), partial flap necrosis (4.3%) and infection (6.5%). Good and excellent cosmetic outcomes were achieved in 93.5%, and 91.3% reported satisfaction with their treatment. **Conclusion:** Breast-conserving surgery for early-stage breast cancer ensures oncologic safety while providing optimal cosmetic outcomes and high patient satisfaction.*

Keywords: Breast-conserving surgery, early breast cancer, mammary myocutaneous-glandular flap, pedicle flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh lý ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ. Điều trị ung thư vú là liệu pháp đa mô thức với sự kết hợp của nhiều phương pháp như phẫu thuật, hóa trị, xạ trị. Phẫu thuật bảo tồn tuyến vú là phương pháp thường được áp dụng trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm, được chứng minh mang lại hiệu quả điều trị về mặt ung thư học, đồng thời mang lại tính thẩm mỹ cao [1]. Theo một phân tích gộp của 6 nghiên cứu ngẫu nhiên về ung thư vú giai đoạn sớm cho thấy không có sự khác biệt về sống còn và tái phát giữa phẫu thuật đoạn nhũ toàn phần và phẫu thuật bảo tồn có kết hợp xạ trị. Phẫu thuật bảo tồn có tỉ lệ biến chứng giảm đi một nửa so với phẫu thuật đoạn nhũ toàn phần, đặc biệt là đối với các trường hợp có tái tạo tuyến vú kèm theo, mang lại thẩm mỹ cao hơn sau khi điều trị [2]. Tại Cần Thơ, phẫu thuật bảo tồn ngày càng được áp dụng rộng rãi trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm cùng với nhiều kỹ thuật tạo hình khác nhau. Để đánh giá giá trị của phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bảo tồn điều trị carcinôm tuyến vú giai đoạn I, II tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trường hợp ung thư vú được phẫu thuật bảo tồn tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ, thời gian từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Có giải phẫu bệnh là carcinôm vú. Giai đoạn của bệnh là giai đoạn I, II theo AJCC 2017. U đơn ổ. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Theo dõi được, không bị mất dấu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Ung thư vú thứ hai. Ung thư vú có hóa trị tân hỗ trợ. Tiền sử có can thiệp phẫu thuật hoặc xạ trị bên vú điều trị. Mắc các bệnh lý ung thư khác hoặc các bệnh lý mãn tính nặng nề khác như suy tim, đái tháo đường typ 2... Bệnh nhân chuyển phương pháp sang đoạn nhũ toàn phần khi diện cắt vòng quanh còn tế bào ác tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

- Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{P \times (1-P)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu.

α : Mức ý nghĩa thống kê. Chọn $\alpha = 0,05$ ta có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

p: dựa vào nghiên cứu của tác giả Lê Hồng Quang [4], nghiên cứu kết quả phẫu thuật bảo tồn ung thư vú áp dụng các kỹ thuật tạo hình với khối u tại vị trí ít nhu mô tuyến vú với tỉ lệ thẩm mỹ đẹp và tốt chiếm 95,7%. Do vậy, chúng tôi chọn $p = 95,7\%$.

d: là độ sai lệch so với tỉ lệ thật, chọn $d = 0,06$.

Như vậy, cỡ mẫu $n = 43$. Thực tế cỡ mẫu thu được là 46 bệnh nhân.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

- Nội dung nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu gồm: tuổi, đặc điểm khối u, hạch nách, đặc điểm siêu âm, nhũ ảnh, MRI, mô bệnh học, hóa mô miễn dịch. Đánh giá đặc điểm phẫu thuật, kết quả điều trị: tỉ lệ biến chứng trong thời gian hậu phẫu, độ thẩm mỹ (theo thang điểm Lowery), độ hài lòng của bệnh nhân (đánh giá theo bộ câu hỏi Breast-Q) sau 3 tháng và một số yếu tố liên quan đến biến chứng hoại tử vết da và độ thẩm mỹ sau phẫu thuật.

- Phương pháp xử lý số liệu: Nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

- Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện thông qua đề cương với sự đồng ý của Hội đồng trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Hội đồng Đạo đức trường Đại học Y Dược Cần Thơ với số phiếu chấp thuận: 22.076.HV/PCT - HĐĐĐ. Các cá nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu đã được giải thích rõ ràng. Mọi thông tin cá nhân đảm bảo bảo mật, cam kết chỉ sử dụng thông tin thu thập cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn điều trị carcinôm tuyến vú giai đoạn I, II

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu (n = 46)

Đặc điểm lâm sàng		Kết quả
Tuổi trung bình		48,4 ± 7,7 (35 – 64)
Kích thước u (cm)		2,2 (0,7– 4)
Số lượng khối u		Đơn ô: 100%
Vị trí ung thư vú	Trái	25 (54,3%)
	Phải	21 (45,7%)
Vị trí khối u	¼ trên ngoài	21 (69,6%)
	¼ trên trong	10 (21,7%)
	¼ dưới trong	2 (4,3%)
	¼ dưới ngoài	2 (4,3%)
Khoảng cách khối u đến núm vú (cm)		3,9 ± 1,3 (2 – 7)

Nhận xét: Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 48,4 tuổi, kích thước u trung bình là 2,2 cm. 100% trường hợp chỉ có một khối u vú. Vị trí ung thư vú bên trái cao hơn bên phải với 54,3%. Khối u vú ở vị trí ¼ trên ngoài vú chiếm tỉ lệ cao nhất với 69,6%. Khoảng cách trung bình của khối u tới núm vú là 3,9 cm.

*** Một số đặc điểm cận lâm sàng**

- Xếp phân độ BI-RADS trên hình ảnh học: BI-RADS IV chiếm tỉ lệ trên 80%.
- Hầu hết các trường hợp có kết quả mô bệnh học là Carcinôm vú xâm nhập dạng không đặc hiệu (chiếm 97,8%), grad mô học trung bình chiếm đa số với 95,7%. Tình trạng di căn hạch nách ghi nhận trong 30,4% trường hợp. Thụ thể nội tiết dương tính gặp trong 54,3%, biểu hiện quá mức protein Her2 gặp trong 17,4% trường hợp đặc điểm khối u có xâm lấn hệ lympho mạch máu gặp trong 32,6%.

3.2. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bảo tồn điều trị carcinôm tuyến vú giai đoạn I, II

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật (n = 46)

Đặc điểm phẫu thuật		Kết quả
Thời gian phẫu thuật		103,4 ± 26,3 phút (60 – 160 phút)
Phương pháp và kỹ thuật tạo hình	Trượt da may khếp	6/46 (13%)
	Vạt xoay có cuống mạch	14/46 (30,4%)
	Vạt mô tuyến	26/46 (56,5%)
Di chuyển quầng núm vú		Có: 1/46 (2,2%) Không: 45/46 (97,8%)
Lượng mô vú mất đi		40,4± 8,4% (20 - 60%) Mất 20 – 50%: 43/46 (93,5%) Mất > 50%: 3/46 (6,5%)
Số lần cắt rộng và thử diện cắt		1 lần: 40/46 (87,0%) 2 lần: 6/46 (13,0%)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 103 phút, tỉ lệ cắt lại diện cắt lần hai là 13%. Phương pháp tạo hình: 13% trượt da may khếp, 56,5% vạt mô tuyến, 30,4% vạt có cuống mạch, di chuyển quầng núm vú 2,2%.

Bảng 3. Các biến chứng trong thời gian hậu phẫu (n = 46)

Biến chứng trong thời gian hậu phẫu	n	%	
Xuất huyết dưới da	Có	2	4,3
	Không	44	95,7
Hoại tử vạt da 1 phần	Có	2	4,3
	Không	44	95,7
Hoại tử phức hợp quầng núm vú	Có	0	0
	Không	46	100
Nhiễm trùng vết mổ	Có	3	6,5
	Không	43	93,5

Nhận xét: Tỉ lệ biến chứng xuất huyết dưới da và hoại tử vạt 1 phần sau mổ là 4,3%, nhiễm trùng vết mổ là 6,5%.

Bảng 4. Độ thẩm mỹ và độ hài lòng sau phẫu thuật 3 tháng (n = 46)

Tiêu chí đánh giá	N (%)	
Độ thẩm mỹ	Đẹp	7 (15,2%)
	Tốt	36 (78,3%)
	Trung bình	3 (6,5%)
Độ hài lòng	Rất hài lòng	8 (17,4%)
	Hài lòng	34 (73,9%)
	Bình thường	4 (8,7%)
	Không hài lòng	0

Nhận xét: Độ thẩm mỹ đẹp và tốt sau 1 tháng là 80,4%, sau 3 tháng là 93,5%. Tỷ lệ hài lòng và rất hài lòng chiếm 91,3%, không có trường hợp không hài lòng.

*** Một số yếu tố liên quan đến biến chứng hoại tử vạt da và độ thẩm mỹ sau phẫu thuật**

Bảng 5. Mối tương quan giữa biến chứng hoại tử vạt da với một số yếu tố liên quan (n = 46)

Biến số		Hoại tử vạt da		p
		Có	Không	
Vị trí u nguyên phát	Các phần tư trên	1 (2,4%)	41 (97,6%)	0,168
	Các phần tư dưới	1 (25%)	3 (75%)	
Thời gian phẫu thuật	≤ 120 phút	0	33 (100%)	0,075
	>120 phút	2 (15,4%)	11 (84,6%)	
PP và kỹ thuật tạo hình	Trượt da may khép	0	6 (100,0)	0,184
	Vạt xoay có cuống mạch	2 (14,3%)	12 (85,7%)	
	Vạt mô tuyến	0	26 (100%)	

Nhận xét: Tỷ lệ hoại tử vạt da gặp nhiều hơn ở các trường hợp có vị trí u nguyên phát ở các phần tư dưới với 25%, thời gian phẫu thuật trên 120 phút với 15,4%. Kỹ thuật tạo hình bằng vạt xoay có cuống mạch làm tăng tỷ lệ hoại tử vạt da với 14,3%. Tuy nhiên các sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Mối tương quan giữa độ thẩm mỹ sau mổ với một số yếu tố liên quan (n = 46)

Biến số		Độ thẩm mỹ			p
		Đẹp	Tốt	Trung bình	
Vị trí u nguyên phát	Các phần tư trên	6 (14,3%)	33 (78,6%)	3 (7,1%)	0,639
	Các phần tư dưới	1 (25%)	3 (75%)	0	
Lượng mô vú mất đi	Mất 20-50%	6 (14%)	34 (79,1%)	3 (7%)	0,530
	Mất >50%	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0	
PP và kỹ thuật tạo hình	Trượt da may khép	1 (16,7%)	5 (83,3%)	0	0,715
	Vạt xoay	2 (14,3%)	10 (71,4%)	2 (14,3%)	
	Vạt mô tuyến	4 (15,4%)	21 (80,8%)	1 (3,8%)	
Số lần cắt lại diện cắt	1 lần	7 (17,5%)	30 (75%)	3 (7,5%)	0,718
	2 lần	0	6 (100%)	0	

Nhận xét: Các trường hợp đạt độ thẩm mỹ trung bình gặp ở nhóm có vị trí u nguyên phát ở các phần tư trên với 7,1%, có lượng mô vú mất đi từ 20-50% với 7%, sử dụng kỹ thuật vạt xoay có cuống mạch và vạt mô tuyến lần lượt là 14,3% và 3,8%, cắt diện cắt 1 lần với 7,5%. Tuy nhiên các sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn điều trị carcinôm tuyến vú giai đoạn I, II

Về đặc điểm lâm sàng, kích thước khối u trung bình là 2,2 cm, lớn nhất là 4 cm, nhỏ nhất là 7 mm, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Hồng Quang, kích thước u trung bình là 2,3 cm, nhỏ nhất là 1 cm và lớn nhất là 6 cm [4]. Tỷ lệ u ở vị trí ¼ trên ngoài chiếm đa số với 69,6% phù hợp với y văn khi tỷ lệ ung thư vú vị trí ¼ trên ngoài chiếm tỷ lệ cao nhất và đây cũng là vị trí mô tuyến vú nhiều, phù hợp để lựa chọn phương pháp phẫu thuật bảo tồn. Khoảng cách từ u tới núm vú trung bình là 3,9 cm, gần nhất là 2 cm, với khoảng

cách này này thuận lợi để bảo tồn phức hợp quầng núm vú. Do đó, trong nghiên cứu này không có trường hợp nào bảo tồn vú trung tâm, không cần bỏ đi phức hợp quầng núm vú. Trong nghiên cứu chúng tôi, 100% các trường hợp là đơn ổ, tuy nhiên nếu các trường hợp đa khối u mà nằm trong một góc tư tuyến vú vẫn có thể áp dụng phẫu thuật bảo tồn để điều trị.

Về đặc điểm cận lâm sàng, độ BIRADS của khối u trên hình ảnh học độ IV chiếm tỉ lệ cao nhất với 87% tương ứng với độ ác tính dao động từ 10 -95%. Độ BIRADS IV trên hình ảnh học được phân chia thành 3 mức độ A, B, C tương ứng với mức độ ác tính tăng dần. Trong nghiên cứu chúng tôi, kết quả giải phẫu bệnh là carcinôm ống tuyến vú xâm nhập dạng không đặc hiệu chiếm đa số với 97,8%, tỉ lệ này phù hợp với y văn và các nghiên cứu khác, theo tác giả Hoàng Anh Dũng và Lê Hồng Quang, tỉ lệ carcinôm ống tuyến vú không đặc hiệu chiếm 83,8% [3]. Độ mô học độ 2 cũng có tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi và tương tự với kết quả nhiều nghiên cứu khác. Tỉ lệ khối u có thụ thể nội tiết dương tính chiếm 54%, kết quả này cũng tương tự y văn khi tỉ lệ nội tiết dương tính trong ung thư vú chiếm tỉ lệ cao với khoảng 60%. Tỉ lệ có biểu hiện protein Her2 chiếm 17,4%, tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Anh Dũng và Lê Hồng Quang là 18,9% [3]. Tỉ lệ giải phẫu bệnh là carcinôm ống tuyến vú dạng không đặc hiệu chiếm đa số, tương tự y văn và các nghiên cứu khác với tỉ lệ trên 90%.

4.2. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bảo tồn điều trị carcinôm tuyến vú giai đoạn I, II

Về đặc điểm phẫu thuật bảo tồn, thời gian phẫu thuật trung bình là 103 phút, thường kéo dài hơn ở những trường hợp có xoay vạt da có cuống mạch. Theo tác giả Hoàng Anh Dũng và Lê Hồng Quang, tạo hình vú bằng vạt chữ T thì thời gian phẫu thuật trung bình là 130 phút, nếu có cân chỉnh vú đối bên thì thời gian tăng lên 152 phút [3]. Thời gian nằm viện trung bình 5 - 7 ngày chiếm đa số với trên 90%, kết quả này cũng tương tự kết quả phẫu thuật của tác giả Lê Hồng Quang với thời gian nằm viện trung bình là 6,1 ngày [5]. Trong nghiên cứu này, thể tích mô tuyến vú mất đi từ 20 - 50% chiếm tỉ lệ cao với 93,5%, chỉ có 6,5% trường hợp thể tích mô vú mất trên 50% và lựa chọn kỹ thuật tạo hình phải phù hợp với tỉ lệ này. Mất khác kỹ thuật tạo hình hay độ thâm mỹ sau phẫu thuật còn phụ thuộc vào vị trí khối u [7], [9]. Trong nghiên cứu chúng tôi do đa số các trường hợp có lượng mất mô vú nhiều nên kỹ thuật tạo hình được áp dụng là kỹ thuật xoay vạt da có cuống mạch hay xoay vạt mô tuyến chiếm tỉ lệ 87%, trượt da may khếp chỉ áp dụng cho 6 trường hợp có lượng mô vú mất ít chiếm tỉ lệ 13%.

Về biến chứng phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ biến chứng chung là 15,1%, gồm xuất huyết 4,3%, hoại tử một phần vạt 4,3% và nhiễm trùng vết mổ độ I là 6,5%, cao hơn một số nghiên cứu nước ngoài như Shu-Ling Z. (7,2%) [10] và phân tích gộp của Nicola R. (8,2%) [2]. Tỉ lệ cắt lại diện cắt là 13%, tương đương Nicola R. (16,7%) [2] và Lê Hồng Quang (13,1%) [5]. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỉ lệ cắt lại diện cắt cao hơn ở phẫu thuật bảo tồn tiêu chuẩn; trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào phải chuyển sang đoạn nhũ toàn phần do diện cắt dương, thấp hơn tỉ lệ 10% theo phân tích gộp của Nicola R. [2].

Về thâm mỹ sau 3 tháng, tỉ lệ đẹp và tốt đạt 93,5%, bình thường 6,5%, không có trường hợp xấu; kết quả này tương đương nghiên cứu của Lê Hồng Quang (91,9%) [4] và Shu-Ling Z. và cộng sự (trên 90%), tùy thuộc vào lượng mô vú mất đi và vị trí khối u mà lựa chọn phương pháp tạo hình cho phù hợp [10]. Độ thâm mỹ cao sau mổ có thể do lựa chọn phương pháp tạo hình phù hợp ngay từ đầu, thời gian theo dõi trong nghiên cứu tương đối ngắn là sau 3 tháng khi có hơn 50% bệnh nhân chưa xạ trị và cùng với tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp.

Về độ hài lòng của bệnh nhân sau 3 tháng phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân rất hài lòng và hài lòng chiếm tỉ lệ 91,3%. Kết quả này cũng tương tự như các kết quả của nghiên cứu khác. Theo kết quả của tác giả Lê Hồng Quang, tỉ lệ hài lòng đối với phẫu thuật bảo tồn lên đến 100% [10]. Có 4 trường hợp mức độ hài lòng là bình thường, do có liên quan đến biến chứng phẫu thuật, vết mổ chậm lành hay nhiễm trùng vết mổ.

Khi phân tích các yếu tố liên quan đến biến chứng phẫu thuật và kết quả thẩm mỹ, chúng tôi nhận thấy hoại tử một phần vạt da chủ yếu gặp ở các trường hợp tạo hình bằng vạt có cuống mạch, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn; do đó cần các nghiên cứu quy mô lớn hơn, theo dõi dài hơn để đánh giá rõ ảnh hưởng đến kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư vú giai đoạn I, II cho thấy hiệu quả điều trị tương đương cắt tuyến vú toàn bộ, đồng thời mang lại kết quả thẩm mỹ cao và mức độ hài lòng cao ở bệnh nhân. Tỉ lệ biến chứng thấp và chủ yếu liên quan đến vạt da có cuống mạch. Do đó, phẫu thuật bảo tồn là một lựa chọn phù hợp và an toàn trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. V. Suzanne Klimberg, Tibor Kovacs, Isabel T. Rubio, Oncoplastic Breast Surgery Techniques for the General Surgeon, *Springer*. 2020. doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-40196-2>.
2. Nicola R., Giuseppe C., Michela C., Werner A., John B., *et al.* Should oncoplastic breast conserving surgery be used for the treatment of early stage breast cancer? Using the GRADE approach for development of clinical recommendations. *Breast*. 2021. 57, 25-35, doi: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2021.02.013>.
3. Hoàng Anh Dũng, Lê Hồng Quang, Lê Văn Quảng. 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*. 2020. 150(2), 154–165, doi: <https://doi.org/10.52852/tencyh.v150i2.706>.
4. Lê Hồng Quang, Nguyễn Văn Đức. Kết quả phẫu thuật bảo tồn ung thư vú áp dụng các kỹ thuật tạo hình với khối u tại vị trí ít nhu mô tuyến vú. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 511(2), 65-69, doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v511i2.2114>.
5. Lê Hồng Quang, Hoàng Anh Dũng. Kết quả phẫu thuật bảo tồn ung thư vú có sử dụng kỹ thuật tạo hình Round Block cho khối u nửa trên tuyến vú. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 511(2), 225-229, <https://doi.org/10.51298/vmj.v511i2.2162>.
6. Lê Hồng Quang. Áp dụng kỹ thuật tạo hình kiểu chữ B cải tiến trong phẫu thuật bảo tồn ung thư vú tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2020. 489(1), 119-122, doi: <https://tapchiyhocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/2837>.
7. Nuh Zafer Cantürk, Turgay Şimşek, Sibel Özkan Gürdal, Oncoplastic Breast-Conserving Surgery According to Tumor Location, *Eur J Breast Health*. 2021. 17(3), 220-233, doi: [10.4274/ejbh.galenos.2021.2021-1-2](https://doi.org/10.4274/ejbh.galenos.2021.2021-1-2).
8. Ismail J., John B., Hani S., Atlas of Breast Surgery. *Springer*. 2020. doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-45951-2>.
9. Walter P Weber, Monica Morrow, Jana de Boniface, Andrea Pusic, Giacomo Montagna, *et al.* Knowledge gaps in oncoplastic breast surgery, *Lancet Oncol*. 2020. 21(8), e375-e385, doi: [10.1016/S1470-2045\(20\)30084-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30084-X).
10. Shu-Ling Z., Jun S., Yan-Ru W., Yi-Jia G., Jian-Zhu Z., *et al.* Short-term outcomes and safety of radiotherapy for immediate breast reconstruction with autologous flap transfer following breast-conserving surgery. *BMC Cancer*. 2021. 21(1), 214, doi: <https://doi.org/10.1186/s12885-021-07915-4>.