

- Acad Dermatol Venereol. 2020;34(1):161-165. doi:10.1111/jdv.15883
7. **Kridin K, Ludwig RJ.** The Growing Incidence of Bullous Pemphigoid: Overview and Potential Explanations. *Front Med.* 2018;5:220. doi:10.3389/fmed.2018.00220
8. **Bastuji-Garin S, Joly P, Lemordant P, et al.** Risk Factors for Bullous Pemphigoid in the Elderly: A Prospective Case–Control Study. *Journal of Investigative Dermatology.* 2011;131(3):637-643. doi:10.1038/jid.2010.301
9. **Lambadiari V, Kountouri A, Kousathana F, et al.** The association of bullous pemphigoid with dipeptidyl-peptidase 4 inhibitors: a ten-year prospective observational study. *BMC Endocr Disord.* 2021;21(1):23. doi:10.1186/s12902-021-00689-7

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẠO HÌNH VÚ MỘT THÌ BẰNG VẬT LIỆU ĐỘN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2022

Trần Hoàng Nam¹, Phạm Hồng Khoa¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I - II sau phẫu thuật tái tạo vú một thì và đánh giá kết quả điều trị. Tất cả các bệnh nhân UTV giai đoạn I, II được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn kết hợp đặt túi độn một thì từ tháng 01 năm 2016 đến tháng 08 năm 2022 tại khoa Điều trị theo yêu cầu Điều trị A và khoa Ngoại vú - Bệnh viện K Trung ương thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Số liệu được hồi cứu số liệu thứ cấp từ bệnh án. Phẫu thuật cắt tuyến vú tiết kiệm da hoặc bảo tồn núm kết hợp với đặt túi trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm là phẫu thuật tương đối an toàn và đạt được kết quả thẩm mỹ. Tỷ lệ sống thêm không bệnh cao và biến thiên khoảng từ tháng thứ 24–36 theo các yếu tố liên quan đến tỷ lệ sống thêm không bệnh bao gồm nhóm tuổi, tình trạng khối u nguyên phát (T), tình trạng hạch lympho vùng (N) và chẩn đoán giai đoạn bệnh sau phẫu thuật.

Từ khóa: ung thư vú, giai đoạn sớm, phẫu thuật cắt tuyến vú tiết kiệm da (SSM), phẫu thuật cắt vú tiết kiệm da bảo tồn quầng núm vú (NSM), tỷ lệ sống thêm không bệnh (DFS)

SUMMARY

ASSESSMENT RESULTS OF ONE-STAGE BREAST RECONSTRUCTION SURGERY WITH USING IMPLANTS IN THE TREATMENT OF EARLY STAGE BREAST CANCER AT NATIONAL CANCER HOSPITAL IN 2022

This study was conducted with the aim of reviewing some clinicals and paraclinical characteristics of patients with stage I - II breast cancer after one-stage breast reconstruction surgery and to evaluate treatment results. All patients with stage I, II breast

cancer underwent radical mastectomy combined with one-stage implant placement from January 2016 to August 2022 at the Department of On-Demand Treatment A and Department of Breast Surgery – National Cancer Hospital satisfied the selection and exclusion criteria. Data are retrospective secondary data from medical records. Skin-sparing or nipple-sparing mastectomy combined with bag placement in patients with early breast cancer is a relatively safe surgery and achieves cosmetic results. The disease-free survival (DFS) rate was high and varied from 24–36 months according to factors related to disease-free survival including age group, primary tumor status (T), regional lymph node status (N) and diagnose postoperative disease.

Keywords: breast cancer, early stage, skin-sparing mastectomy (SSM), nipple-sparing mastectomy (NSM), disease-free survival (DFS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là ung thư phổ biến hàng đầu trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo GLOBOCAN 2020, tỉ lệ mắc mới của ung thư vú ở Việt Nam xếp thứ 3 (11,8%) trong các bệnh ung thư nói chung, xếp thứ nhất trong các bệnh ung thư ở phụ nữ (34,2%) và tỉ lệ tử vong đứng ở vị trí thứ 4 (7,6%).

Trong các phương pháp đa mô thức điều trị ung thư vú, phẫu thuật là phương pháp được đặt ra đầu tiên và cũng là quan trọng nhất để điều trị bệnh. Tại Việt Nam, phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn hay phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi (Modified radical mastectomy- MRM) được sử dụng rộng rãi nhất. Phương pháp này có nhược điểm là phải cắt toàn bộ tuyến vú và nạo vét tối đa hạch nách cùng bên; nên có tỷ lệ biến chứng cao, gây tổn thương lớn về tâm lý và hạn chế chất lượng sống của bệnh nhân ung thư vú sau điều trị, đặc biệt là những bệnh nhân trẻ tuổi và ung thư giai đoạn sớm [1].

Phẫu thuật bảo tồn tuyến vú và phẫu thuật cắt tuyến vú kết hợp tạo hình tuyến vú một thì ở

¹Bệnh viện K Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Nam

Email: namtranhoang285@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2022

Ngày phản biên khoa học: 15.11.2022

Ngày duyệt bài: 28.11.2022

những bệnh nhân giai đoạn sớm (I,II) từ lâu đã được đặt ra để giải quyết các vấn đề trên.

Tại Việt Nam có một thực tế là kích thước tuyến vú của phụ nữ là tương đối nhỏ hơn so với phụ nữ các nước Âu - Mỹ, việc bệnh nhân đến điều trị khi kích thước u lớn, kèm theo các triệu chứng về lâm sàng và cận lâm sàng khác không đảm bảo cho phẫu thuật bảo tồn như tính chất đa ổ, u trung tâm, calci lan tỏa rộng... hoặc không đảm bảo độ thẩm mỹ sau điều trị. Trong trường hợp này, phẫu thuật tạo hình tuyến vú được ưu tiên đặt ra.

Có hai phương pháp tạo hình tuyến vú phổ biến nhất được sử dụng: tạo hình tuyến vú bằng các vật tự thân và bằng vật liệu độn nhân tạo.

Bệnh viện K hiện đã triển khai rất nhiều kỹ thuật tạo hình tuyến vú, trong đó kỹ thuật tạo hình bằng vật liệu độn một thì được sử dụng trên nhiều bệnh nhân do những ưu điểm về độ an toàn, ít biến chứng nặng, thời gian phẫu thuật và hậu phẫu ngắn, dễ lựa chọn thể tích bù đắp cũng như độ thẩm mỹ cao.

Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I - II sau phẫu thuật tái tạo vú một thì và đánh giá kết quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: tất cả các bệnh nhân UTV giai đoạn I, II được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn kết hợp đặt túi độn một thì từ tháng 01 năm 2016 đến tháng 08 năm 2022 tại khoa Điều trị theo yêu cầu Điều trị A và khoa Ngoại vú - Bệnh viện K Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú dựa vào mô bệnh học (sinh thiết lõi bằng phương pháp sinh thiết kim); giai đoạn I, II (T_{1,2}, u kích thước ≤3cm; N0M0), có chỉ định phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn do chống chỉ định bảo tồn hoặc do bảo tồn đạt kết quả kém và bệnh nhân có nhu cầu tạo hình tuyến vú bằng túi độn một thì sau cắt toàn bộ tuyến vú.

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh lý mạn tính nặng, có chống chỉ định phẫu thuật chung (suy tim, suy thận, rối loạn đông máu, ...); mắc các bệnh lý ung thư khác; đã điều trị xạ trị diện vú bị ung thư; từ chối điều trị hỗ trợ tiếp theo phác đồ sau phẫu thuật hoặc đang mang thai.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu số liệu thứ cấp từ bệnh án.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân điều trị.

Biên số: thông tin hành chính; lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán giai đoạn trước mổ, sau mổ; phẫu thuật; hậu phẫu; điều trị hỗ trợ và kết quả thẩm mỹ, mức độ hài lòng.

Phân tích và xử lý số liệu: bằng phần mềm STATA 14.0.

Đạo đức nghiên cứu: được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng. Toàn bộ bệnh nhân tham gia trong nghiên cứu là nữ giới. Độ tuổi trung bình là $41,0 \pm 8,6$ với nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm 31-40 tuổi (48,0%). Tỷ lệ bệnh nhân tự sờ thấy và phát hiện u vú là hơn một hai phần ba, chiếm 65,3%. Tỷ lệ phát hiện qua thăm khám bệnh định kỳ là 34,7%.

Hai vú hầu hết là cần đối (85,3%) và vị trí khối u nằm bên trái và phải gần như tương đương. Vị trí khối u vú hầu hết phân bố đều ở các góc phần tư trên-dưới-trong-ngoài với tỷ lệ nhìn hơn một chút so với các vị trí còn lại là vị trí ¼ trên ngoài, chiếm 32,0%. Kích thước khối u trung bình là $2,01 \pm 1,04$ cm và vị trí khối u trung bình cách núm vú $2,85 \pm 0,92$ cm.

Đặc điểm cận lâm sàng. Kết quả chụp Mammography vú cho thấy đa phần vị trí u tuyến vú ở ¼ trên ngoài (30,7%), BIRADS u tuyến vú ở ngưỡng 5 (36,0%) và kết quả chụp là không vôi hóa (64,0%). Kích thước u tuyến vú và hạch nách trung bình lần lượt là $2,01 \pm 1,08$ cm và $1,12 \pm 0,41$ cm.

Kết quả siêu âm vú ở các bệnh nhân tham gia nghiên cứu với vị trí u tuyến vú đa phần là phân bố đều, có vị trí ¼ trên ngoài trên siêu âm nhìn hơn các vị trí khác với 30,7%. Kích thước u tuyến vú và kích thước hạch nách trung bình lần lượt là $2,02 \pm 1,08$ cm và $1,14 \pm 0,42$ cm.

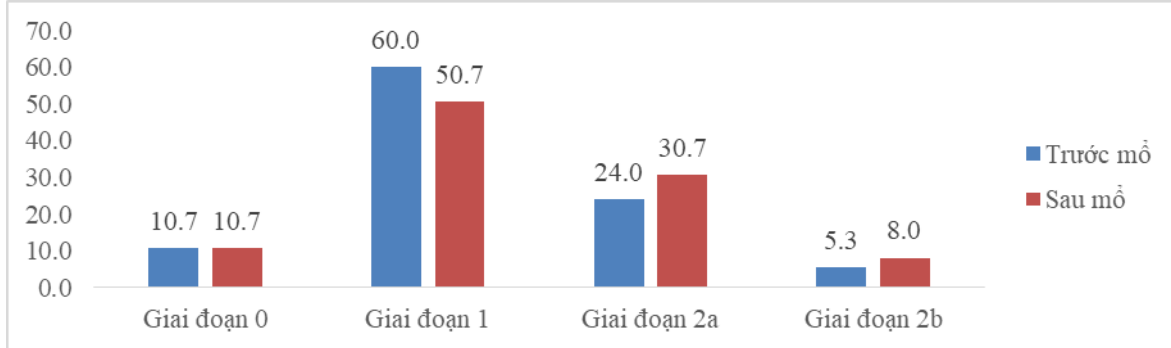
Nghiên cứu ghi nhận 58 bệnh nhân, chiếm 77,3% số bệnh nhân có chụp MRI. Trong đó, chủ yếu là một khối u chiếm tỷ lệ là 72,4%. Như vậy so với khám lâm sàng, trên phim MRI phát hiện thêm 5 trường hợp đa ổ trong vú ung thư.

Kết quả mô bệnh học cho thấy thể xâm nhập, type không đặc biệt chiếm chủ yếu với 74,6% và độ mô học chủ yếu là độ 2 (67,8%) và độ 3 (22,8%).

Kết quả hóa mô miễn dịch trong kết quả giải phẫu bệnh, tập trung vào các chỉ số Her2, ER, PR và Ki67. Trong đó, kết quả yếu tố phát triển biểu mô Her2 mức độ ++ và +++ chiếm lần lượt là 10,7% và 28,0%. Thủ thể nội tiết dương tính nói chung chiếm gần 80%. Các chỉ số Ki67 trung bình lần lượt là $28,9 \pm 21,1$.

Đặc điểm chẩn đoán và điều trị. Trước và sau phẫu thuật, kết quả chẩn đoán khối u nguyên phát (T) không thay đổi và không phát hiện di căn xa (M). Tuy nhiên, kết quả chẩn đoán

hạch lympho vùng (N) có sự thay đổi trước và sau phẫu thuật. Trước mổ, tỷ lệ N0 và N1 lần lượt là 94,7 và 5,3%. Trong khi đó, sau mổ tỷ lệ N0 và N1 chiếm lần lượt là 82,7 và 17,3%.



Biểu đồ 1. Giai đoạn bệnh trước và sau phẫu thuật

Giai đoạn bệnh trước và sau mổ trong khoảng từ giai đoạn 0 đến giai đoạn 2b. Trong đó, giai đoạn bệnh chủ yếu là giai đoạn 1 với tỷ lệ trước mổ và sau mổ lần lượt là 60,0% và 50,7%. Chiếm tỷ lệ thấp hơn một chút là giai đoạn 2a với trước mổ và sau mổ lần lượt là 24,0% và 30,7%.

Phương pháp phẫu thuật gồm 2 loại chính bao gồm phẫu thuật bảo tồn da (SSM) kết hợp đặt túi ngực và phẫu thuật bảo tồn núm vú (NSM) kết hợp đặt túi ngực. Trong đó, NSM chiếm đa số với tỷ lệ đạt 77,3%.

Bảng 1. Tỷ lệ biến chứng

Nội dung	n	%
Biến chứng	6	8,0
Có	69	92,0
Không		
Biến chứng (chi tiết)		
Nhiễm trùng	1	1,3
Động dịch	2	2,7
Hoại tử núm/vạt da	1	1,3
Bao xơ	1	1,3
Hở vết mổ/lộ túi	2	2,7
Tháo túi (do biến chứng đã nêu ở trên)	4	5,3

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 8% bao gồm các biến chứng như nhiễm trùng (1,3%), động dịch (2,7%), hoại tử núm/vạt da (1,3%), bao xơ (1,3%) và hở vết mổ/lộ túi (2,7%). Ghi nhận 4 trường hợp tháo túi do nhiễm trùng (1 BN), bao xơ (1 BN) và hở vết mổ/lộ túi (2 BN).

Đặc điểm tái phát, di căn và sống thêm

Chỉ có 3 trường hợp tái phát bệnh, chiếm duy nhất 4,0%. Trong đó có 2 bệnh nhân tái phát tại chỗ và 1 bệnh nhân di căn phổi. Vị trí tái phát tại chỗ là 66,7% và 33,3% còn lại là tái phát tại cơ quan khác. Thời điểm tái phát cách

thời điểm điều trị của bệnh nhân trung bình là 30,0 ± 4,3 tháng.

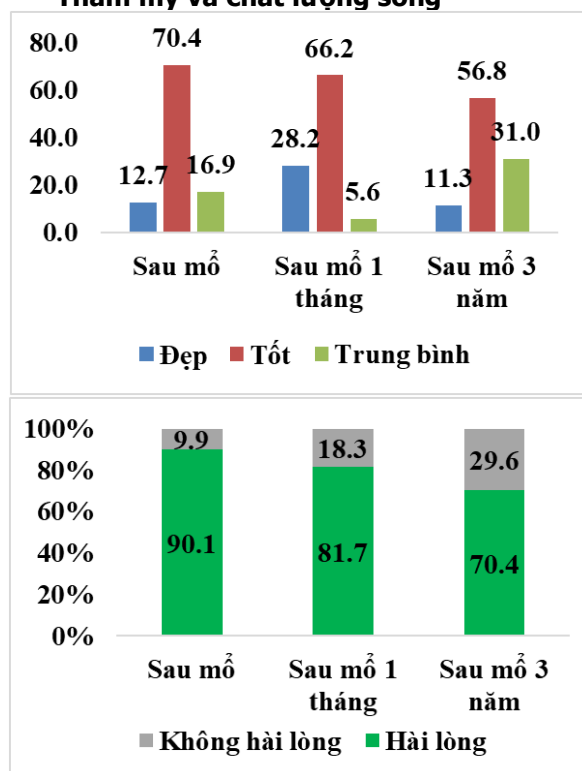
Tổng quát biểu đồ sống thêm không bệnh cho thấy hơn 90% bệnh nhân sống thêm không bệnh tại thời điểm lâu nhất tính đến thời điểm nghiên cứu là hơn 24 tháng. Khoảng từ tháng thứ 24 - 36 trở đi, tình trạng tái phát bắt đầu diễn ra và biến thiên mạnh quanh khoảng tháng thứ 24. Thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh trung bình lần lượt là 48,1 ± 25,9 tháng và 47,9 ± 25,8 tháng.

Bảng 2. Tỷ lệ và thời gian sống thêm không bệnh với các yếu tố liên quan

Nội dung	n	% STKB	Thời gian STKB (tháng)	Giá trị p
Nhóm tuổi				
21 – 30 tuổi	6	100,0	57,5 ± 24,4	0,47
31 – 40 tuổi	33	91,7	45,2 ± 26,3	
41 – 50 tuổi	22	100,0	51,3 ± 26,4	
51 – 60 tuổi	9	100,0	44,2 ± 27,0	
>60 tuổi	2	100,0	31,5 ± 31,8	
Tình trạng khối u nguyên phát (T)				
T1	43	95,6	45,5 ± 26,3	0,82
T2	21	95,5	54,8 ± 26,1	
Tis	8	100,0	39,6 ± 23,6	
Tình trạng hạch lympho vùng (N)				
N0	59	95,2	45,6 ± 26,3	0,36
N1	13	100,0	56,5 ± 24,2	
Giai đoạn bệnh sau mổ				
Giai đoạn 0	8	100,0	39,6 ± 23,6	0,80
Giai đoạn 1	36	94,7	43,9 ± 26,9	
Giai đoạn 2a	22	95,6	53,2 ± 24,6	
Giai đoạn 2b	6	100,0	59,7 ± 27,5	
Thể mô bệnh học				
Thể nội ống	5	100,0	42,0 ± 35,7	0,89
Ổng xâm	53	94,6	47,1 ± 26,0	

nhập				
Tiểu thủy xâm nhập	2	100,0	39,0 ± 17,0	
Ong xâm nhập trội nội ống	3	100,0	47,7 ± 36,2	
Thể khác	9	100,0	55,3 ± 23,6	
Độ mô học				
Độ 1	7	100,0	55,7 ± 30,0	0,42
Độ 2	48	94,1	46,2 ± 26,5	
Độ 3	17	100,0	48,2 ± 24,2	

*Kiểm định Log-rank

Thẩm mỹ và chất lượng sống**Biểu đồ 2. Kết quả thẩm mỹ và mức độ hài lòng sau phẫu thuật**

Kết quả thẩm mỹ đa phần là đẹp và tốt và giảm dần từ thời điểm sau mổ (70,4%), sau mổ 1 tháng (66,2%). Hầu hết, phương pháp phẫu thuật bảo tồn núm vú (NSM) đều cho kết quả thẩm mỹ và hài lòng tốt hơn phương pháp bảo tồn da (SSM).

IV. BÀN LUẬN

Xu hướng tạo hình vú hiện đại ngày nay là phẫu thuật cả 2 bên vú, điều này sẽ đảm bảo được các yếu tố: điều trị ung thư, tạo hình được tuyến vú và có tính thẩm mỹ, cân xứng 2 bên vú. Trong nghiên cứu về tạo hình vú bằng túi ngực ở 863 bệnh nhân, có 1584 túi ngực đã được đặt, trong đó có 65% bệnh nhân được cắt tuyến vú

dự phòng [6]. Nghiên cứu của Potter và cộng sự trên 2108 bệnh nhân ung thư có 2655 tuyến vú được cắt và trong đó 78% được tạo hình bằng túi đơn 1 thì [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn da (SSM) hoặc bảo tồn núm vú (NSM) và đều đặt túi ngực. NSM luôn được ưu tiên đặt ra trước bởi: Hình thái tuyến vú, thẩm mỹ hậu phẫu tốt hơn, đạt sự hài lòng tốt hơn từ bệnh nhân, đặt được túi đơn có thể tích tốt hơn do giữ được tối đa vật da. Nhưng ngược lại NSM dễ có biến chứng về thiếu dưỡng, hoại tử phức hợp quầng núm vú do mạch nuôi bị hạn chế trong khi phức hợp này lại cần nguồn nuôi dưỡng tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng hoại tử bắt đầu bằng việc xuất hiện các phỏng dịch, đổi màu sắc da, hoại tử khô bắt đầu từ mép đường mổ quanh quầng vú thậm chí bắt đầu từ giữa núm vú. NSM còn bị phụ thuộc vào sinh thiết tức thì diện cắt núm vú ngay trong phẫu thuật, nếu diện cắt núm vú dương tính phải cắt bỏ cả phức hợp quầng núm vú (SSM). SSM cũng có tỉ lệ hoại tử da bắt nguồn từ mép vết mổ, hoại tử này do thiếu dưỡng bởi hệ thống mạch nuôi ở tổ chức dưới da bị kéo căng khi SSM không đủ lượng da để che phủ túi đơn một cách thoải mái. SSM cũng làm cho túi đơn được đặt bị hạn chế về kích thước, không cân xứng được với bên lành.

Trong nghiên cứu này không có bệnh nhân gặp các biến chứng như chảy máu, hội chứng bao xơ co thắt hay lộ, lệch túi ngực. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp phải tháo túi đơn (5,3%). Do đó, biến chứng hạ bạch cầu trong điều trị hóa chất cần rất lưu tâm và cần có biện pháp dự phòng và can thiệp kịp thời để tránh các trường hợp phải tháo túi đáng tiếc. Đây cũng là một trong những nhược điểm của phẫu thuật tái tạo một thì.

Tại thời điểm nghiên cứu chúng tôi theo dõi còn ngắn, kết quả sẽ được theo dõi trong thời gian dài hơn để đánh giá mức độ tái phát và di căn. Theo kết quả của các tác giả nước ngoài, tỷ lệ tái phát là khá thấp.

Trong nghiên cứu này, chưa ghi nhận bất kỳ trường hợp bệnh nhân nào tử vong trong thời gian theo dõi. Tuy nhiên, có 4,0% bệnh nhân tái phát trong vòng khoảng từ 24 – 36 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh trung bình lần lượt là 48,1 ± 25,9 tháng và 46,9 ± 25,8 tháng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm OS và sống thêm không bệnh 5 năm DFS lần lượt là 100% và 96%. Kết quả này của chúng tôi so với một số nghiên cứu khác trong nước

cũng như ngoài nước có kết quả tốt hơn. Nghiên cứu của Nguyễn Bá Đức và Trần Văn Thuận năm 2002 cho thấy tỉ lệ DFS 5 năm của hai phác đồ bổ trợ FAC và CMF ở các bệnh nhân giai đoạn II, III lần lượt là 70,97%, 66,67% và tỉ lệ OS 5 năm lần lượt là 80,65%, 76,67% [10]. Nghiên cứu này cho kết quả tốt hơn có thể do trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi có nhiều bệnh nhân giai đoạn sớm hơn, thời gian theo dõi ngắn hơn và do hiệu quả của các phác đồ điều trị mới.

Bảng 3. Sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh theo một số tác giả

Tác giả	OS 5 năm	DFS 5 năm	Ghi chú
SEER (2007-2013)	89,7%		
Nguyễn Bá Đức và Trần Văn Thuận (2002)	80,65%	70,97%	GD I
Đỗ Thị Kim Anh (2008)	-	-	GD II
Nowikiewicz (2015)	80,7%	76,1%	

Một số yếu tố đã được nghiên cứu và chứng minh là yếu tố tiên lượng rõ ràng đối với ung thư vú. Trong nghiên cứu này, tiến hành đánh giá một số yếu tố tiên lượng của UTV, chúng tôi ghi nhận một số yếu tố làm thay đổi kết quả điều trị có ý nghĩa thống kê gồm: tình trạng di căn hạch nách, kích thước u và giai đoạn bệnh. Một số yếu tố khác ảnh hưởng đến kết quả điều trị nhưng không có ý nghĩa thống kê có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu chưa đủ tính đại diện.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt tuyến vú tiết kiệm da hoặc bảo tồn núm kết hợp với đặt túi độn trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm là phẫu thuật an toàn và đạt được kết quả thẩm mỹ, nâng cao chất lượng sống cho người bệnh. Việc lựa chọn bệnh nhân áp dụng kĩ thuật phải được thực hiện

một cách nghiêm ngặt, tại các trung tâm phẫu thuật ung thư có trang thiết bị tốt, phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Tỷ lệ sống thêm cao, tỷ lệ tái phát di căn không có sự khác biệt so với việc cắt tuyến vú triệt căn trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Regnault P. Breast ptosis.** Definition and treatment. Clin Plast Surg. 1976;3(2):193-203.
2. **Menezes GL, Knuttel FM, Stehouwer BL, Pijnappel RM, van den Bosch MA.** Magnetic resonance imaging in breast cancer: A literature review and future perspectives. World J Clin Oncol. 2014;5(2):61-70. doi:10.5306/wjco.v5.i2.61
3. **Schelfout K, Van Goethem M, Kersschot E, et al.** Preoperative breast MRI in patients with invasive lobular breast cancer. Eur Radiol. 2004;14(7):1209-1216. doi:10.1007/s00330-004-2275-7
4. **Mann RM, Hoogeveen YL, Blickman JG, Boetes C.** MRI compared to conventional diagnostic work-up in the detection and evaluation of invasive lobular carcinoma of the breast: a review of existing literature. Breast Cancer Res Treat. 2008;107(1):1-14. doi:10.1007/s10549-007-9528-5
5. **Painter TJ, DiPasco PJ, Misra S, Avisar E.** Effect of Magnetic Resonance Imaging on Breast Conservation Therapy versus Mastectomy: A Review of the Literature. Int J Surg Oncol. 2011;2011. doi:10.1155/2011/428653
6. **Salzberg CA, Ashikari AY, Berry C, Hunsicker LM.** Acellular Dermal Matrix-Assisted Direct-to-Implant Breast Reconstruction and Capsular Contracture: A 13-Year Experience. Plast Reconstr Surg. 2016;138(2):329-337. doi:10.1097/PRS.0000000000002331
7. **Potter S, Conroy EJ, Cutress RI, et al.** Short-term safety outcomes of mastectomy and immediate implant-based breast reconstruction with and without mesh (iBRA): a multicentre, prospective cohort study. Lancet Oncol. 2019; 20(2):254-266. doi:10.1016/S1470-2045(18) 30781-2
8. **Đỗ Thị Kim Anh, Trần Văn Thuận và cộng sự.** (2008). Đánh giá kết quả điều trị bổ trợ phác đồ 4AC-4Paclitaxel trên bệnh nhân UTV giai đoạn II-III Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 1, 260-266.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG BIẾN ĐỔI NHÃN ÁP TRÊN BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG ĐỤNG DẬP NHÃN CẦU

Lê Quang Huy¹, Phạm Thu Minh²

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng biến đổi nhãn áp trên bệnh nhân chấn thương đụng dập nhãn cầu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 43 mắt chấn thương đụng dập nhãn cầu của 43 bệnh nhân đến khám và nhập viện tại khoa Chấn thương mắt – Bệnh viện Mắt Trung Ương từ 12/2021 đến 5/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu xấp xỉ 5,5/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 43,56±16,83 (cao tuổi nhất là 73 tuổi, ít tuổi nhất là 8 tuổi). Nhóm tuổi từ 18-60

TÓM TẮT

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Huy

Email: dr.lequanghuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022