

CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS OF BREAST CANCER PATIENTS PHASE II–IIIA AT THANH HOA CANCER HOSPITAL

Le Thi Yen^{1,2,3}, Pham Van Tam⁴

¹K Hospital - 43 Quan Su, Cua Nam ward, Hanoi city, Vietnam

²Hanoi Medical University - No. 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

³Vietnam Academy of Traditional Medicine and Pharmacy - No. 2 Tran Phu, Dai Mo Ward, Hanoi City, Vietnam

⁴Thanh Hoa Oncology Hospital - Lane 958 Quang Trung, Hac Thanh Ward, Thanh Hoa Province, Vietnam

Received: 15/12/2025

Revised: 18/02/2026; Accepted: 28/04/2026

SUMMARY

Overview: Breast cancer (BC) is the most common cancer in women and also the leading cause of cancer-related mortality among women. However, there are differences in the clinical and paraclinical characteristics of patients across different geographical regions. We conducted a study on the clinical and paraclinical characteristics of BC patients diagnosed at Thanh Hoa Cancer Hospital to clarify the differences compared to other geographical areas.

Patients and Methods: Data were collected from the medical records of 87 patients diagnosed with stage II–IIIA BC at Thanh Hoa Cancer Hospital from February 2020 to December 2024.

Results: The mean age at diagnosis was 46.9 ± 7.6 years, primarily in the 40–59 age group (78.1%). The majority of patients detected the disease by self-palpation of a breast mass (72.4%) and presented for examination within 6 months (65.5%) of discovering the mass. The most common tumor location was the left breast (65.5%) and the upper outer quadrant (71.3%). Regarding molecular biology, the rate of positive hormone receptors (ER and/or PR) was 85.1%; HER2 negativity accounted for 62.1%, and Ki67 > 20% accounted for 70.1%. The Luminal B subtype had the highest prevalence (55.2%).

Conclusion: Our study population was diagnosed with the disease at a younger age and had a longer time to treatment access compared to previously conducted studies.

Keywords: Breast cancer, early-stage breast cancer, breast cancer epidemiology.

*Corresponding author

Email: leyenbvk@gmail.com Phone: (+84) 915057676 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD5.4970

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN II-III A TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THANH HÓA

Lê Thị Yến^{1,2,3}, Phạm Văn Tâm⁴

¹Bệnh viện K - 43 Quán Sứ, phường Cửa Nam, thành phố Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

³Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam - Số 2 Trần Phú, phường Đại Mỗ, thành phố Hà Nội, Việt Nam

⁴Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa - Ngõ 958 Quang Trung, phường Hạc Thành, tỉnh Thanh Hoá, Việt Nam

Ngày nhận bài: 15/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 18/02/2026; Ngày duyệt đăng: 28/04/2026

TÓM TẮT

Tổng quan: Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ và cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trong số các bệnh lý ung thư ở phụ nữ. Tuy nhiên có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng của bệnh nhân ở các vùng địa lý khác nhau. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân UTV được chẩn đoán tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa để làm rõ sự khác biệt so với các vùng địa lý khác.

Đối tượng và phương pháp: Thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án của 87 bệnh nhân được chẩn đoán UTV giai đoạn II-III A tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa từ tháng 2/2020 đến tháng 12/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình mắc bệnh là $46,9 \pm 7,6$; chủ yếu là nhóm 40-59 tuổi (78,1%). Phần lớn bệnh nhân phát hiện bệnh do tự sờ thấy u vú (72,4%) và đến khám trong vòng 6 tháng (65,5%) kể từ thời điểm phát hiện u. Vị trí u thường gặp nhất là vú trái (65,5%) và ở góc phần tư trên ngoài (71,3%). Về mặt sinh học phân tử, tỷ lệ thụ thể nội tiết dương tính (ER và/hoặc PR) là 85,1%; HER2 âm tính chiếm 62,1%, và Ki67 > 20% chiếm 70,1%. Phân nhóm Luminol B chiếm tỷ lệ cao nhất (55,2%).

Kết luận: Quần thể bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi mắc bệnh ở độ tuổi trẻ hơn và chậm được tiếp cận điều trị hơn so với các nghiên cứu đã tiến hành trước.

Từ khóa: Ung thư vú, ung thư vú giai đoạn sớm, dịch tể ung thư vú.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ung thư vú (UTV) là gánh nặng sức khỏe toàn cầu và là bệnh ung thư phổ biến hàng đầu ở phụ nữ. Theo thống kê GLOBOCAN năm 2022, trên thế giới ghi nhận khoảng 2.296.840 ca UTV mới mắc, chiếm 11,5% tổng số ca ung thư và đứng thứ nhất về tỷ lệ mắc ở nữ giới. UTV cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở nữ giới, với 666.103 ca tử vong được ghi nhận trong cùng năm. Tại Việt Nam, UTV xếp vị trí thứ nhất trong các bệnh ung thư ở phụ nữ, với 24.563 trường hợp mới mắc và tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 38,0/100.000 dân vào năm 2022¹.

Việc áp dụng chiến lược điều trị đa mô thức cho UTV phụ thuộc vào nhiều yếu tố bao gồm đặc điểm bệnh học và đặc điểm bệnh nhân. Các nghiên cứu dịch tể học đã chỉ ra sự khác biệt đáng kể về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và sinh học phân tử của UTV giữa các vùng địa lý và chủng tộc, điều này có ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả của các chương trình sàng lọc và phác đồ điều trị².

Tại Việt Nam nói chung và các bệnh viện tuyến tỉnh nói riêng, dữ liệu cụ thể về đặc điểm khối u, phân nhóm sinh học, và yếu tố nguy cơ của quần thể bệnh nhân UTV còn hạn chế. Việc thiếu thông tin cục bộ này có thể dẫn đến

việc áp dụng các phác đồ chuẩn mà chưa được tùy chỉnh tối ưu cho đặc điểm bệnh nhân tại địa phương. Do đó, để nâng cao chất lượng chẩn đoán, lập kế hoạch điều trị chuẩn xác và tối ưu hóa nguồn lực tại cơ sở, việc mô tả chi tiết đặc điểm bệnh nhân là vô cùng cần thiết. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: Mô tả chi tiết các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và sinh học phân tử của bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III A được điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Các bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III A được phẫu thuật triệt căn và điều trị tại bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa từ tháng 2/2020 đến tháng 12/2024

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn II và III A đánh giá trên mô học sau mổ theo AJCC năm 2017

Chẩn đoán xác định giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến vú.

*Tác giả liên hệ

Email: leynbvk@gmail.com Điện thoại: (+84) 915057676 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD5.4970

Được điều trị phẫu thuật triệt căn (cắt tuyến vú triệt căn biến đổi hoặc phẫu thuật bảo tồn)

Có chỉ định hoá trị bổ trợ

Bệnh nhân chưa từng được hoá trị trước đó

Chỉ số toàn trạng ≤ 2 theo thang điểm ECOG.

Chức năng gan, thận và tủy xương trong giới hạn cho phép điều trị.

Có đầy đủ hồ sơ bệnh án lưu trữ.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân UTV tái phát tại chỗ sau điều trị phẫu thuật bảo tồn.

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thứ hai trước và trong quá trình điều trị ung thư vú.

Bệnh nhân mắc các bệnh lý mạn tính nghiêm trọng kèm theo trước và trong điều trị và / hoặc sử dụng các loại thuốc được chứng minh ảnh hưởng đến phác đồ hóa chất.

Bệnh nhân đang mang thai/cho con bú.

Bệnh nhân mất thông tin hoặc dừng điều trị hoặc tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào trước thời điểm đánh giá đáp ứng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế Nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện gồm 87 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh Viện Ung Bướu Thanh Hóa.

Các bước tiến hành

Thu thập số liệu theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất (phụ lục 1).

Thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: từ hồ sơ bệnh án lưu trữ tại bệnh viện.

Thông tin sau điều trị được thu thập bằng cách:

Khám kiểm tra định kỳ theo hẹn.

Liên lạc với bệnh nhân thông qua số điện thoại lưu trữ trong hồ sơ bệnh án.

Biến số và chỉ số nghiên cứu

Đánh giá đặc điểm lâm sàng.

Đánh giá đặc điểm cận lâm sàng.

Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh.

Xét nghiệm mô bệnh học, hóa mô miễn dịch, lai huỳnh quang.

Phương pháp Xử lý Số liệu

Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm R.

Thời gian và Địa điểm Nghiên cứu

Thời gian: 2/2020 đến tháng 12/2024.

Địa điểm: Bệnh viện Ung bướu Tỉnh Thanh Hóa.

2.3. Đạo đức nghiên cứu:

Mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân đều được giữ bí mật tuyệt đối, đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức quốc tế và các quy định hiện hành của Bộ Y tế Việt Nam. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm tuổi

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi (tuổi)	Số BN	Tỷ lệ%
< 40	17	19,6
40 – 49	33	37,9
50 – 59	35	40,2
≥ 60	2	2,3
Tổng số	87	100
Trung bình \pm SD	46,9 \pm 7,6	

Nhận xét: Độ tuổi tại thời điểm chẩn đoán trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 46,9 \pm 7,6. Phần lớn bệnh nhân ở trong độ tuổi là 40-59 (78,1%)

Một số đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Một số đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ%
Thời gian đến viện		
≤ 6 tháng	57	65,5
6-12 tháng	21	24,1
> 12 tháng	9	10,4
Lý do đến khám		
Tự sờ thấy u vú	63	72,4
Tự sờ thấy hạch nách	10	11,5
Đau vùng vú	7	8,1
Chảy dịch núm vú	4	4,6
Khác	3	3,4
Thể trạng bệnh nhân		
0	58	70,1
1	28	32,2
2	1	1,1
Tình trạng kinh nguyệt		
Còn kinh	49	56,3
Mãn kinh	38	43,7
Giai đoạn bệnh		
IIA	38	43,7%
IIB	28	32,2%
IIIA	21	24,1%
Tổng	87	100

Nhận xét: Thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng bệnh đến khi khám bệnh là 7,2 tháng. Đa số các bệnh nhân đến khám trong vòng 6 tháng sau khi xuất hiện các

triệu chứng đầu tiên (65,5%). Đa số bệnh nhân đến khám do tự sờ thấy khối u tuyến vú, chiếm 72,4%. Hầu hết bệnh nhân thể trạng còn tốt (PS 0,1 – 98,9%). Có 49/87 bệnh nhân còn kinh nguyệt, chiếm tỷ lệ 56,3%, 38/87 bệnh nhân đã mãn kinh, chiếm tỷ lệ hơn 43%.

Vị trí, đặc điểm và tính chất u trong nghiên cứu

Bảng 3.3. Đặc điểm vị trí và tính chất u trong nghiên cứu

Đặc điểm vị trí u	Số BN (N = 87)	Tỷ lệ%
Vị trí theo bên cơ thể		
Bên trái	57	65,5
Bên phải	30	34,5
Vị trí u theo góc phần tư		
¼ trên ngoài	62	71,3
¼ trên trong	15	17,2
¼ dưới ngoài	5	5,7
¼ dưới trong	3	3,4
U trung tâm	2	2,3
Đường kính		
≤ 2 cm (T1)	9	10,3
2-5 cm (T2)	62	71,3
> 5 cm (T3)	16	18,4
Trung bình	3,1 ± 1,4 cm	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân ung thư vú trái nhiều hơn vú phải, chiếm tỷ lệ 65,5%. Ung thư vú ở vị trí ¼ trên ngoài thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ 71,3%. Kích thước u trung bình là 3,1 ± 1,4 cm, kích thước u T2 chiếm ưu thế với tỷ lệ 71,3%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

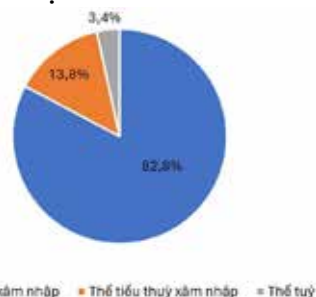
Một số đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.4. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	Số BN (N = 87)	Tỷ lệ%
X-Quang vú		
Nghi ngờ UTV	79	90,8
Không nghi ngờ UTV	8	9,2
Siêu âm vú		
Nghi ngờ UTV	64	73,6
Không nghi ngờ UTV	23	26,4
Tế bào học		
Nghi ngờ UTV	85	97,7
Không nghi ngờ UTV	2	2,3
Độ mô học		
Độ 1	2	2,2
Độ 2	61	70,1
Độ 3	25	28,7

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có nồng độ CA 15 – 3 trước điều trị ở ngưỡng bình thường, chiếm tỷ lệ 85,1%. Có 13/87 bệnh nhân có nồng độ CA 15 – 3 trước điều trị ≥ 28 U/ml, chiếm 14,9%. Đa số bệnh nhân có độ mô học 2, chiếm tỷ lệ 70,1%, độ mô học 3 chiếm tỷ lệ 28,7%, độ mô học 1 chiếm tỷ lệ 2,2%

Đặc điểm mô bệnh học



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo mô bệnh học

Nhận xét: Ung thư biểu mô thể ống xâm nhập thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ 82,8%. Thể tiểu thùy xâm nhập chiếm 13,8% (12 bệnh nhân) và thể tuỷ chỉ chiếm 3,4%.

Đặc điểm hoá mô miễn dịch

Bảng 3.5. Tình trạng thụ thể nội tiết và HER2

Hoá mô miễn dịch	Số BN (N = 87)	Tỷ lệ%
Thụ thể nội tiết		
ER+/PR+	49	56,3
ER+/PR-	16	18,4
ER-/PR+	9	10,4
ER-/PR-	13	14,9
HER2		
Dương tính	33	37,9
Âm tính	54	62,1
Ki67		
≤ 20%	26	29,9
> 20%	61	70,1

Nhận xét: Tình trạng thụ thể nội tiết dương tính (ER và/ hoặc PR dương tính) chiếm tỷ lệ cao 85,1%. Tỷ lệ HER dương tính chiếm tỷ lệ 37,9% (33 bệnh nhân). Tỷ lệ Ki67 > 20% chiếm 70,1%, Ki67 ≤ 20% chiếm 29,9%.

Phân nhóm sinh học phân tử

Bảng 3.6. Phân nhóm sinh học phân tử

Phân nhóm sinh học phân tử	Số BN	Tỷ lệ%
Luminal A	26	29,9
Luminal B	48	55,2
HER dương tính	5	5,7
Bộ ba âm tính	8	9,2

Nhận xét: Các bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm luminal B, chiếm 55,2%. Nhóm bộ ba âm tính chiếm 9,2% (8 BN), nhóm HER dương tính chiếm 5,7% (5 BN)

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có độ tuổi mắc bệnh trung bình là $46,9 \pm 7,6$; thấp nhất là 30 tuổi, lớn tuổi nhất là 62 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Sương³, với độ tuổi mắc bệnh trung bình là 47,59 tuổi hay trong nghiên cứu của Phạm Tuấn Anh⁴, với độ tuổi trung bình là 49 tuổi. So sánh với các tác giả phương Tây thì độ tuổi mắc ung thư vú là 50. Đây là một yếu tố khác biệt khá quan trọng cho thấy độ tuổi mắc UTV tại Việt Nam có xu hướng trẻ hơn các nước phương Tây. Từ đó, các nhà dịch tễ học cũng như các bác sĩ lâm sàng cần có chiến lược sàng lọc phát hiện sớm UTV ở bệnh nhân trẻ tuổi. Về đặc điểm lâm sàng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đi khám bệnh chủ yếu là do tự sờ thấy khối u vú (chiếm 72,4%), ung thư vú trái chiếm chủ yếu với tỷ lệ 65,5%; ung thư vú phải chỉ chiếm 34,5%; u thường gặp ở vị trí ¼ trên ngoài với tỷ lệ 71,3%; thứ hai là ở vị trí ¼ trên trong với tỷ lệ 17,2%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang (2021) với tỷ lệ ung thư vú trái so với bên phải tương ứng là 74,3% và 25,7%, vị trí ¼ trên ngoài với các vị trí khác tương ứng là 70,3% và 29,7%. Trong nghiên cứu của Phạm Tuấn Anh (2020), khối u ở vị trí ¼ trên ngoài thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ 55,9%⁴. Các tác giả nước ngoài cũng cho kết quả tương tự, Umberto Veronesi (2010) khi nghiên cứu 516 bệnh nhân nhận thấy vị trí u ở ¼ trên ngoài là 72%, vị trí khác là 28%. Martin và cộng sự thực hiện nghiên cứu đa trung tâm với 1332 trường hợp cho thấy tỷ lệ u ở ¼ trên ngoài là 53,2%. McMasters và CS nghiên cứu trên 806 trường hợp cũng cho thấy khối u ở ¼ trên ngoài chiếm 53%⁵. Lý do UTV hay gặp ở vị trí ¼ trên ngoài có lẽ do vùng này có thể tích dày hơn các vùng khác. Về kích thước khối u nguyên phát, trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gặp kích thước u từ 2-5 cm (T2) với tỷ lệ 71,3%; kích thước u trên 5cm (T3) có tỷ lệ 18,4%; dưới 2cm chiếm tỷ lệ thấp nhất 10,3%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của với 24,7% u có kích thước dưới 2cm, 60,8% u có kích thước từ 2 đến 5cm và 14,5% u có kích thước lớn hơn 5cm. Theo Mirza và CS nghiên cứu trên 200 bệnh nhân không di căn hạch, theo dõi trong 5 năm cho thấy kích thước u là một trong những yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng nhất về sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh ở bệnh nhân UTV. Như vậy, hầu hết các trường hợp được chẩn đoán UTV khi u có kích thước đã khá lớn. Điều này ảnh hưởng đến giai đoạn bệnh khi được chẩn đoán của bệnh nhân và liên quan trực tiếp tới kết quả điều trị. Trong số 87 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi giai đoạn IIA chiếm chủ yếu với tỷ lệ 43,7%; tiếp đến là giai đoạn IIB chiếm tỷ lệ 32,2%; cuối cùng là giai đoạn IIIA với 24,1%. Nghiên cứu của Tô Lan Phương cũng cho kết quả tương tự với giai đoạn IIA, IIB, IIIA lần lượt là 46,1%; 28,9%; 25,0%.

Về đặc điểm mô bệnh học, theo nghiên cứu của viện ung thư Hoa Kỳ về ung thư biểu mô vú, UTBM thể ống xâm nhập chiếm đa số 76%, xếp thứ hai là UTBM tiểu thụ xâm nhập chiếm 8%, các loại khác chiếm 16%. Theo Anderson WF, tỷ lệ các thể mô bệnh học của UTV khác nhau theo lứa tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, UTBM thể ống xâm nhập thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ 82,8%, thể tiểu thụ xâm nhập chiếm 13,8%, thể tuỷ chỉ chiếm 3,4%. Kết này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Tuấn Anh (2021), với tỷ lệ UTBM thể ống xâm nhập chiếm tỷ lệ 80,3%, tiếp theo

là thể tiểu thụ xâm nhập (chiếm 17,1%), thể tuỷ chiếm 2,6%⁴. Liên quan đến độ mô học, đây cũng là một yếu tố tiên lượng, độ mô học càng cao thì độ ác tính càng cao và tiên lượng càng xấu. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, độ mô học 2 chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,1%; tiếp đến là độ 3 chiếm 28,7%; độ mô học 1 với 2,2%. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Tạ Văn Tờ với tỷ lệ độ mô học 2 là 71,4%; độ 3 là 16,4%; độ 1 là 12,5%. Nghiên cứu của Phạm Tuấn Anh cũng cho tỷ lệ ung thư thể ống xâm nhập độ 2 có tỷ lệ 67,8%, độ 3 chiếm 30,9% và độ 1 chỉ chiếm 1,3%. Bệnh nhân UTV có thụ thể nội tiết Estrogen (ER) và/ hoặc Progesteron (PR) dương tính đáp ứng tốt hơn với điều trị nội tiết, đây là nhóm bệnh nhân có tiên lượng tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ BN có ER (+) và PR(+) chiếm tỷ lệ cao 56,3%; nhóm bệnh nhân dương tính ER hoặc PR chiếm 85,1%. Tác giả Tạ V. Tờ nghiên cứu trên 2.207 bệnh nhân UTV cho tỷ lệ ER, PR dương tính lần lượt là 59,1%; 51,4%; còn nhóm TTNT dương tính (ER hoặc PR dương tính) là 63,3%. Tuy nhiên so với các tác giả Phương Tây, tỷ lệ ER, PR dương tính cao hơn. Theo Sparano J A thì tỷ lệ ER và/hoặc PR dương tính là 70,1%⁶. Còn trong nghiên cứu của Sandra M. Swain, thì tỷ lệ ER dương tính là 75%. Điều này chứng tỏ không có sự tương đồng hoàn toàn về bản chất sinh học bệnh UTV giữa dân cư Châu Á so với dân cư Châu Âu. Sự khác nhau này có thể do sự khác biệt về chủng tộc cũng như sự phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ dẫn đến ung thư vú khác nhau. Her2/neu là thụ thể của yếu tố phát triển biểu bì, những bệnh nhân UTV có sự bộc lộ quá mức Her2 có tiên lượng xấu, tăng khả năng xâm lấn, tái phát và di căn. Sự có mặt của các thuốc kháng Her đã giúp cải thiện kết quả sống thêm của nhóm bệnh nhân UTV có bộc lộ quá mức Her2. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ HER2 dương tính chiếm 37,9%. Kết quả này cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu trong nước như Tạ V. Tờ tỷ lệ HER2 dương tính chiếm 35,1%⁵⁸. Hay trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang (2021), tỷ lệ HER dương tính là 32,4%. Liên quan đến chỉ số Ki67, sự gia tăng của giá trị này có ảnh hưởng xấu đến tiên lượng của bệnh nhân UTV, với giá trị cut-off là 20%, trong nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số Ki67 > 20% chiếm 70,1%; tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số Ki67 ≤ 20 chiếm 29,9%⁶. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Minh Thắng khi nghiên cứu trên 39 bệnh nhân UTV cho tỷ lệ Ki67>20% chiếm 41,1% và thấp hơn nghiên cứu của Rou-Xi Wang có điểm giới hạn 20% cho tỷ lệ Ki67>20% chiếm 85,9%. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về quần thể nghiên cứu và nhóm bệnh nhân, chúng tôi nghiên cứu trên tất cả nhóm bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III, nên giá trị Ki67 > 20% chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm không phải bộ ba âm tính⁷. Những tiến bộ về sinh học phân tử phân chia UTV thành các phân nhóm bệnh học, theo St Gallen, mặc dù có một số thay đổi qua các năm 2011, 2013, 2015, tuy nhiên thống nhất chung vẫn là phân thành 4 nhóm chính, mỗi nhóm theo phân loại này sẽ có đặc điểm sinh học, tiên lượng và tiên đoán đáp ứng với phương pháp điều trị khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm luminal B (55,2%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo (2021) trên 52 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn IIB-III, có 42,3% số bệnh nhân thuộc nhóm luminal B/HER âm tính⁸.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 87 bệnh nhân ung thư vú giai sớm được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Ung bướu Tỉnh Thanh Hóa, độ tuổi trung bình là 46,9. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn IIA (43,7%). Ung thư biểu mô thể ống xâm nhập chiếm 82,8%; Luminal B (HR+ và HR-) chiếm 55,2%.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
- [2] Trần Văn Thuấn. Điều Trị Nội Khoa Bệnh Ung Thư Vú. Nhà Xuất Bản y Học Hà Nội; 2019.
- [3] Nguyễn TT, Phạm HK. Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ 4ac-4d trên bệnh nhân utv giai đoạn ii –iiia bệnh viện ung bướu thanh hóa. *VMJ*. 2021;508(1). doi:10.51298/vmj.v508i1.1550
- [4] Phạm Tuấn Anh. đánh giá hiệu quả phác đồ hoá chất 4AC – 4P liều dày trong điều trị bổ trợ ung thư vú. Luận án Tiến sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
- [5] Martin RCG, Chagpar A, Scoggins CR, et al. Clinicopathologic factors associated with false-negative sentinel lymph-node biopsy in breast cancer. *Ann Surg*. 2005;241(6):1005-1012; discussion 1012-1015. doi:10.1097/01.sla.0000165200.32722.02.
- [6] Tạ Văn Tờ. Nghiên Cứu Hình Thái Học, Hóa Mô Miễn Dịch và Giá Trị Tiên Lượng Của Chúng Trong Ung Thư Biểu Mô Tuyến vú. Luận Văn Tiến Sỹ Y Học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2004.
- [7] Wang RX, Chen S, Jin X, Shao ZM. Value of Ki-67 Expression in Triple-Negative Breast Cancer before and after Neoadjuvant Chemotherapy with Weekly Paclitaxel plus Carboplatin. *Sci Rep*. 2016;6(1):30091. - Google Search. Accessed September 29, 2025.
- [8] Nguyễn Thị Phương Thảo. Kết Quả Hóa Trị Bổ Trợ Trước Phác Đồ 4AC 4T ở Bệnh Nhân Ung Thư vú Giai Đoạn Tiến Triển Tại Chỗ. Luận Văn Thạc Sỹ y Học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2021.