KẾT QUẢ SỚM CỦA KỸ THUẬT TẠO HÌNH CHỮ B TRONG PHẪU THUẬT BẢO TỒN UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Lê Minh Phong[1], Đinh Huy Giang✉[2]

[1]Bệnh viện Quân y 175
[2]Bệnh viện Đa khoa Hà Thành

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm của kỹ thuật tạo hình chữ B trong phẫu thuật bảo tồn vú cho người bệnh ung thư vú tại Bệnh viện Quân y 175.*

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: *Nghiên cứu mô tả tiến cứu, thực hiện trên 51 người bệnh với chẩn đoán ung thư vú được phẫu thuật bảo tồn tạo hình chữ B tại Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2025. Kết quả thẩm mỹ được đánh giá theo thang Harris tại thời điểm 6 tháng sau khi hoàn thành xạ trị bổ trợ; tại thời điểm khóa số liệu có 35/51 người bệnh đủ mốc đánh giá. Mức độ hài lòng được khảo sát riêng trên toàn bộ 51 người bệnh bằng thang Likert 4 mức.*

Kết quả nghiên cứu: *Nghiên cứu trên 51 người bệnh ung thư vú giai đoạn sớm có tuổi trung bình 52,3 ± 9,8 tuổi. Có 64,7% được sinh thiết hạch cửa. Thời gian phẫu thuật trung bình là 105,4 ± 28,7 phút. Tỷ lệ diện cắt âm tính lần đầu phẫu thuật đạt 96,1% (49/51). Đa số người bệnh được rút dẫn lưu trong vòng 5 ngày (74,5%) và xuất viện trong vòng 7 ngày sau mổ (82,4%). Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 17,64% (9/51), trong đó tụ dịch là biến chứng thường gặp nhất (7,84%; 4/51). Trong 35 người bệnh đủ điều kiện đánh giá thẩm mỹ, 28 trường hợp (80,0%; KTC 95%: 63,1-91,6) đạt mức tốt hoặc rất tốt. Tỷ lệ hài lòng hoặc rất hài lòng là 86,3% (44/51).*

Kết luận: *Kỹ thuật tạo hình chữ B trong phẫu thuật bảo tồn ung thư vú cho thấy kết quả sớm khả quan về diện cắt, biến chứng và thẩm mỹ trong nhóm người bệnh nghiên cứu.*

Từ khóa: *Ung thư vú, phẫu thuật bảo tồn, kỹ thuật tạo hình chữ B.*

ABSTRACT

Objective: *To evaluate the early outcomes of B-plasty oncoplastic breast-conserving surgery in patients with breast cancer at Military Hospital 175.*

Subjects and methods: *A prospective descriptive study was conducted on 51 patients with breast cancer who underwent breast-conserving surgery using the B-plasty*

✉Tác giả liên hệ: Đinh Huy Giang, Bệnh viện Đa khoa Hà Thành
Email: drhuygiang.chairman@gmail.com
Ngày gửi bài: 16/6/2025; Ngày nhận xét: 10/7/2026; Ngày duyệt bài: 30/8/2026
https://doi.org/10.54804/yhthvb/

p-ISSN 1859 - 3461
e-ISSN 3030 - 4008

at Military Hospital 175 between December 2022 and October 2025. Cosmetic outcomes were assessed using the Harris scale at 6 months after completion of adjuvant radiotherapy; 35/51 patients had reached the prespecified assessment time point at data lock. Patient satisfaction was assessed separately in all 51 patients using a four-point Likert scale.

Results: *The study included 51 patients with early-stage breast cancer, with a mean age of 52.3 ± 9.8 years. Sentinel lymph node biopsy was performed in 64.7% of patients. The mean operative time was 105.4 ± 28.7 minutes. Negative surgical margins were achieved in 96.1% of patients (49/51). Most patients had drain removal within 5 days (74.5%) and were discharged within 7 days after surgery (82.4%). The overall postoperative complication rate was 17.64% (9/51), with seroma being the most common complication (7.84%; 4/51). Among 35 patients eligible for cosmetic assessment, 28 (80.0%; 95% CI, 63.1 - 91.6) had good-to-excellent outcomes. Overall, 86.3% (44/51) of patients reported being satisfied or very satisfied.*

Conclusion: *The B-plasty in breast-conserving surgery for breast cancer demonstrated favorable early outcomes in terms of surgical margins, postoperative complications, and cosmetic results in the study population.*

Keywords: *Breast cancer; breast-conserving surgery; B-plasty.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới, với khoảng 2,3 triệu ca mắc mới và 685.000 trường hợp tử vong năm 2020 [1]. Phẫu thuật bảo tồn vú kết hợp xạ trị là một lựa chọn điều trị chuẩn ở nhiều người bệnh ung thư vú giai đoạn sớm, với kết quả sống còn tương đương cắt tuyến vú toàn bộ trong các quần thể phù hợp [2]. Tuy nhiên, cắt bỏ thể tích mô tuyến lớn có thể làm biến dạng vú và ảnh hưởng đến kết quả thẩm mỹ. Phẫu thuật tạo hình trong ung thư vú (oncoplastic breast surgery - OBS) ra đời nhằm khắc phục hạn chế này. Kỹ thuật tạo hình chữ B (Regnault B-plasty) thường được chỉ định cho tổn thương ở vùng ngoài hoặc dưới ngoài của vú, giúp cắt rộng u và tái tạo nhu mô, hạn chế kéo lệch phức hợp quầng - núm vú ra phía ngoài, đồng thời bảo đảm nguyên tắc ung thư học [3]. Phẫu thuật bảo tồn là một thành phần của điều trị đa mô thức; xạ trị bổ trợ và điều trị toàn thân sau mổ có thể ảnh hưởng đến kiểm soát tại chỗ cũng như kết quả thẩm mỹ. Hiện nay tại Việt Nam đã có các nghiên cứu về kỹ thuật round block và tạo hình mức độ II nói chung, nhưng chưa có nhiều báo cáo đánh giá riêng kết quả của B-plasty trên các chỉ số hậu phẫu và thẩm mỹ ngắn hạn. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả sớm của kỹ thuật tạo hình chữ B trong phẫu thuật bảo tồn vú cho người bệnh ung thư vú tại Bệnh viện Quân y 175.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 51 người bệnh nữ được chẩn đoán xác định ung thư vú nguyên phát, gồm ung thư biểu mô xâm nhập giai đoạn I - II hoặc ung thư biểu mô ống tại chỗ (DCIS), có hoặc không

điều trị tân bổ trợ, được phẫu thuật bảo tồn bằng kỹ thuật tạo hình chữ B tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2025.

**** Tiêu chí lựa chọn:*** Người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư vú giai đoạn sớm theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư vú của Bộ Y tế [4]; u đơn ổ, kích thước ≤ 3cm (hoặc tỷ lệ thể tích u/thể tích vú ước tính < 20%); Vị trí u nằm ở 1/4 ngoài, 1/4 dưới ngoài hoặc rãnh dưới vú (phù hợp thiết kế chữ B); không sa vú mức độ nặng (ptosis độ III) hoặc sa vú có chỉ định phẫu thuật treo ngực khác; có chỉ định và đồng ý phẫu thuật bảo tồn tạo hình; đồng ý tham gia và ký cam kết theo dõi.

**** Tiêu chí loại trừ:*** Bệnh lý nội khoa nặng chống chỉ định phẫu thuật; ung thư đa ổ, lan tỏa hoặc di căn xa; sa vú độ III, u ở vị trí 1/4 trên trong hoặc vùng trung tâm không phù hợp thiết kế chữ B; chống chỉ định xạ trị sau mổ; từ chối tham gia.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

**** Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu***

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thu nhận liên tiếp tất cả người bệnh nữ được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn I - II, có chỉ định phẫu thuật bảo tồn tuyến vú bằng kỹ thuật tạo hình chữ B, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ, điều trị tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2025.

Trong thời gian nghiên cứu, 51 người bệnh đủ tiêu chuẩn được đưa vào phân tích kết quả phẫu thuật sớm. Trong số này, 35 người bệnh được đánh giá thẩm mỹ đầy đủ tại thời điểm 6 tháng sau xạ trị hoặc ≥ 3 tháng sau phẫu thuật đối với trường hợp không xạ trị. Mười sáu người bệnh chưa được đánh giá thẩm mỹ tại thời điểm phân tích, gồm 11 trường hợp chưa đến thời điểm đánh giá, 3 trường hợp mất theo dõi và 2 trường hợp đang điều trị bổ trợ.

Trong số 51 ca mổ, 35 người bệnh đã đến khám đúng mốc 6 tháng sau xạ trị và được đánh giá thẩm mỹ đầy đủ. 16 ca còn lại chưa đến mốc đánh giá (11 ca), mất theo dõi (3 ca), đang điều trị bổ trợ (2 ca).

**** Nội dung và chỉ số nghiên cứu***

- Đặc điểm phẫu thuật: phương pháp xử trí hạch nách, thủ thuật tạo hình bổ sung và thời gian phẫu thuật.

- Kết quả sớm sau phẫu thuật: Tình trạng diện cắt, thời gian dẫn lưu, thời gian nằm viện. Các mốc ≤ 5 ngày đối với thời gian dẫn lưu và ≤ 7 ngày đối với thời gian nằm viện được sử dụng để mô tả tỷ lệ người bệnh đạt các mốc hồi phục hậu phẫu sớm theo thực hành tại cơ sở nghiên cứu.

- Biến chứng sau phẫu thuật: tụ dịch, nhiễm trùng vết mổ, chảy máu sau mổ, hoại tử mép da, phù bạch huyết chi trên.

- Kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật bảo tồn vú. Đánh giá theo thang điểm Harris và cộng sự (1979) [5] tại thời điểm 6 tháng sau khi hoàn thành xạ trị bổ trợ. Tại thời điểm khóa số liệu, 35/51 người bệnh đã đạt mốc theo dõi quy định và có đầy đủ dữ liệu để đánh giá. Kết quả được phân thành 4 mức:

+ Rất tốt (Excellent): Vú được điều trị gần như giống hệt vú không được điều trị.

+ Tốt (Good): Vú được điều trị có khác biệt nhẹ so với vú không được điều trị.

+ Trung bình (Fair): Vú được điều trị có

p-ISSN 1859 - 3461
e-ISSN 3030 - 4008

khác biệt rõ ràng so với vú không được điều trị nhưng chưa bị biến dạng đáng kể.

+ Kém (Poor): Vú được điều trị bị biến dạng nghiêm trọng.

- Mức độ hài lòng của người bệnh sau phẫu thuật: Được khảo sát ở toàn bộ 51 người bệnh bằng thang Likert 4 mức, gồm rất hài lòng, hài lòng, bình thường và không hài lòng, dựa trên bộ câu hỏi thống nhất. Đánh giá mức độ hài lòng được thực hiện độc lập với đánh giá thẩm mỹ theo thang Harris và không yêu cầu người bệnh phải đạt mốc 6 tháng sau xạ trị hoặc ≥ 3 tháng sau phẫu thuật. Đây là đánh giá chủ quan của người bệnh, không được sử dụng thay thế cho đánh giá thẩm mỹ khách quan, chức năng hoặc chất lượng cuộc sống.

**** Quy trình phẫu thuật***

Trước mổ: Người bệnh được đánh dấu ở tư thế đứng; xác định vị trí u, phần tư vú, tương quan u - thể tích vú và mức độ sa trễ. Đường rạch chữ B được thiết kế phù hợp với vị trí khối u và thể tích mô dự kiến cắt bỏ, với mục tiêu cho phép cắt rộng tổn thương và tái sắp xếp nhu mô mà không gây kéo lệch đáng kể phức hợp quầng - núm vú.

Gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa, tay bên phẫu thuật dạng 90^0.

Rạch da theo thiết kế chữ B, bộc lộ và cắt trọn khối u cùng mô tuyến bao quanh. Bệnh phẩm được định hướng các diện bằng chỉ khâu và gửi giải phẫu bệnh thường quy; nghiên cứu không sử dụng frozen section để đánh giá diện cắt. Diện cắt được xác định theo kết quả giải phẫu bệnh cuối cùng. Clip titan được đặt tại hốc u trước khi tái sắp xếp nhu mô nhằm hỗ trợ xác định giường u khi lập kế hoạch xạ trị bổ trợ.

Tái tạo khuyết hổng: Huy động vạt nhu mô trên và vạt trong xoay vào hốc cắt, khâu cố định bằng chỉ tự tiêu (Vicryl 2-0) tạo hình nhu mô và không cắt da lành thừa; chỉ điều chỉnh quầng vú khi cần thiết.

Xử trí hạch nách: Sinh thiết hạch cửa được thực hiện ở các trường hợp có chỉ định, sử dụng xanh methylen và/hoặc technetium-99m (99mTc) để nhận diện hạch cửa; vét hạch nách mức I-II được thực hiện theo chỉ định ung thư học, bao gồm các trường hợp hạch cửa dương tính cần vét hạch theo chiến lược điều trị của nhóm đa chuyên khoa. Đặt dẫn lưu và đóng vết mổ theo từng lớp.

Theo dõi hậu phẫu: Đánh giá biến chứng sớm hằng ngày, tái khám lúc 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và sau đó mỗi 6 tháng. Đánh giá thẩm mỹ được thực hiện tại mốc 6 tháng sau xạ trị; mức độ hài lòng được khảo sát riêng ở toàn bộ người bệnh theo thời điểm quy định của nghiên cứu.

2.3. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics version 22.0 và phần mềm Microsoft Excel 2016. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ % cho các biến định tính và giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng. Khoảng tin cậy 95% của các tỷ lệ kết cục chính được ước tính bằng phương pháp Clopper-Pearson.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả người bệnh được giải thích đầy đủ về mục tiêu, nội dung nghiên cứu và đồng ý tham gia bằng văn bản. Thông tin cá nhân được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu không can thiệp ngoài chỉ định điều trị thông thường, đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học và được sự cho phép của lãnh đạo bệnh viện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 51)

Đặc điểm		Kết quản (%), trung bình ± ĐLC
Tuổi trung bình (năm)		52,3 ± 9,8
Nhóm tuổi 40 - 60		33 (64,7)
BMI ≥ 23 kg/m²		22 (43,1)
Bệnh lý kèm theo	Tăng huyết áp	10 (19,6)
	Đái tháo đường tuýp 2	6 (11,8)
Vị trí khối u	1/4 trên ngoài	20 (39,2)
	1/4 dưới ngoài	15 (29,4)
	Rãnh dưới vú	9 (17,6)
	1/4 dưới trong	7 (13,7)
Kích thước u (cm)		2,4 ± 0,8
Giai đoạn pT	pT1	36 (70,6)
	pT2	15 (29,4)
Giai đoạn pN	pN0	37 (72,5)
	pN1	14 (27,5)
Loại mô bệnh học	Ung thư biểu mô ống xâm nhập (Invasive ductal)	43 (84,3)
	Ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập (Invasive lobular)	5 (9,8)
	Ung thư biểu mô ống tại chỗ (DCIS)	3 (5,9)
Tình trạng thụ thể	ER dương tính	40 (78,4)
	HER2 dương tính	12 (23,5)
Điều trị tân bổ trợ		8 (15,7)

Nhận xét: Đa số người bệnh ở độ tuổi 40 - 60 (64,7%), có BMI ≥ 23 (43,1%), tăng huyết áp và đái tháo đường lần lượt 19,6% và 11,8%. Vị trí u thường gặp ở hai phần tư ngoài (68,6%). Đa số giai đoạn pT1 (70,6%), pN0 (72,5%), kích thước u trung bình 2,4 cm. Loại mô học chủ yếu là ống xâm nhập (84,3%), ER dương 78,4%, HER2 dương 23,5%. Tỷ lệ tân bổ trợ 15,7%.

Bảng 3.2. Đặc điểm phẫu thuật (n = 51)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật hạch nách	Sinh thiết hạch cửa	33	64,7
	Vét hạch nách mức I - II	18	35,3
Thủ thuật tạo hình bổ sung	Có	12	23,5
	Không	39	76,5
Thời gian phẫu thuật (phút)	Trung bình ± ĐLC	105,4 ± 28,7	

Nhận xét: Đa số người bệnh được sinh thiết hạch cửa (64,7%). 35,3% được vét hạch nách mức I - II. Thời gian phẫu thuật trung bình là 105,4 ± 28,7 phút.

p-ISSN 1859 - 3461
e-ISSN 3030 - 4008

Bảng 3.3. Điều trị bổ trợ và theo dõi (n = 51)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Xạ trị bổ trợ	51	100
- Xạ trị toàn bộ vú	49	96,1
- Xạ trị tăng liều (boost)	35	68,6
Hóa trị bổ trợ	21	41,2
Liệu pháp nội tiết	40	78,4
Liệu pháp kháng HER2	12	23,5
Thời gian theo dõi trung vị (tháng)	18 (3 - 34)	
Tái phát tại chỗ/vùng/xa	0	0

Nhận xét: 100% người bệnh được xạ trị bổ trợ; 68,6% có tăng liều tại giường u. Liệu pháp nội tiết và kháng HER2 tương ứng 78,4% và 23,5%. Hóa trị chỉ định 41,2%. Thời gian theo dõi trung vị 18 tháng, chưa ghi nhận tái phát.

Bảng 3.4. Kết quả sớm sau phẫu thuật (n = 51)

Kết quả		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%) (95% CI)
Tế bào diện cắt	Âm tính	49	96,1 (86,5 - 99,5)
	Dương tính	2	3,9 (0,5 - 13,5)
Thời gian dẫn lưu	≤ 5 ngày	38	74,5 (60,4 - 85,7)
Thời gian nằm viện	≤ 7 ngày	42	82,4 (69,1 - 91,6)

Nhận xét: Tỷ lệ diện cắt âm tính đạt 96,1%. Đa số người bệnh được rút dẫn lưu trong vòng 5 ngày và xuất viện trong vòng 7 ngày sau mổ. Hai trường hợp diện cắt dương tính đều được phát hiện trên kết quả giải phẫu bệnh thường quy (không sử dụng frozen section); cả hai đều được mổ lại cắt bổ sung tại chỗ và thành công trong việc đạt diện cắt âm tính lần 2, không phải chuyển cắt toàn bộ tuyến vú.

Bảng 3.5. Biến chứng sau phẫu thuật (n = 51)

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tụ dịch	4	7,84 (2,2 - 18,9)
Nhiễm trùng vết mổ	2	3,92 (0,5 - 13,5)
Hoại tử mép da	1	1,96 (0,1 - 10,5)
Chảy máu sau mổ	1	1,96 (0,1 - 10,5)
Phù bạch huyết chi trên	1	1,96 (0,1 - 10,5)
Tổng	9	17,64 (8,4 - 30,9)

Nhận xét: Có 9 trường hợp gặp biến chứng sau mổ (17,64%), mỗi người chỉ có một loại biến chứng, không có trường hợp nào có đồng thời nhiều biến chứng. Tụ dịch là biến chứng thường gặp nhất (7,8%), tiếp đến là nhiễm trùng vết mổ (3,9%).

Bảng 3.6. Kết quả thẩm mỹ và mức độ hài lòng sau phẫu thuật bảo tồn vú

	Mức độ đánh giá	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kết quả thẩm mỹ (n=35)	Rất tốt	16	45,7
	Tốt	12	34,3
	Trung bình	5	14,3
	Kém	2	5,7
Mức độ hài lòng (n=51)	Rất hài lòng	24	47,1
	Hài lòng	20	39,2
	Bình thường	5	9,8
	Không hài lòng	2	3,9

Nhận xét: Trong 35 người bệnh đã đạt mốc đánh giá thẩm mỹ, 28 trường hợp (80,0%; KTC 95%: 63,1 - 91,6) đạt mức tốt hoặc rất tốt. Kết quả này chỉ phản ánh nhóm có dữ liệu thẩm mỹ, không đại diện mặc nhiên cho toàn bộ 51 người bệnh. Trên 51 người bệnh được khảo sát mức độ hài lòng, 44 trường hợp (86,3%) cho biết hài lòng hoặc rất hài lòng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 52,3 ± 9,8, với nhóm tuổi 40-60 chiếm ưu thế (64,7%). Kết quả này tương đồng với các báo cáo trong nước và quốc tế. Nghiên cứu tại Bệnh viện K trên 257 người bệnh được phẫu thuật bảo tồn vú có tạo hình mức độ 2 ghi nhận tuổi trung bình 47,6 ± 9,4 [6]. Tương tự, báo cáo của Lê Hồng Quang và cộng sự (2022) trên 44 người bệnh được phẫu thuật bảo tồn bằng kỹ thuật tạo hình khối tròn (round block) cũng ghi nhận tuổi trung bình trong khoảng 40 - 60, chủ yếu ở nhóm tuổi trên 45 [7]. Sự tương đồng này phản ánh đặc điểm dịch tễ của ung thư vú trên thế giới nói chung và tại Việt Nam nói riêng, khi bệnh thường xuất hiện ở phụ nữ trong giai đoạn tiền mãn kinh và mãn kinh.

Đa số người bệnh trong nghiên cứu được thực hiện sinh thiết hạch cửa (64,7%), trong khi vét hạch nách mức I - II chỉ chiếm 35,3%. Tỷ lệ này phản ánh đúng xu hướng hiện đại trong điều trị ung thư vú, khi sinh thiết hạch cửa đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong đánh giá di căn hạch cho người bệnh giai đoạn sớm, giúp giảm thiểu các biến chứng như phù bạch huyết chi trên và hội chứng đau thần kinh sau vét hạch. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Hoàng Anh Dũng và cộng sự (2024) tại Bệnh viện K, nơi sinh thiết hạch cửa được áp dụng rộng rãi kết hợp với các kỹ thuật tạo hình mức độ 2 [6].

4.2. Kết quả phẫu thuật

Tỷ lệ diện cắt âm tính trong nghiên cứu đạt 96,1%. Nghiên cứu của Lê Hồng Quang và cộng sự (2022) sử dụng kỹ thuật tạo hình khối tròn (round block) ghi nhận tỷ lệ diện cắt dương tính và phải mổ lại là 6,8% [7]. Trên thế giới, nghiên cứu hồi cứu trên 270 người bệnh được phẫu thuật round block mammoplasty ghi nhận tỷ lệ diện cắt dương tính lên tới 14,8% [8]. Sự khác biệt về tỷ lệ diện cắt âm tính giữa các nghiên cứu có thể được giải thích bởi sự khác nhau trong quy trình đánh giá diện

p-ISSN 1859 - 3461
e-ISSN 3030 - 4008

cắt, chiến lược xử trí diện cắt nghi ngờ trong mổ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng như tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 105,4 ± 28,7 phút. Trong nghiên cứu của Lim G. và cộng sự (2017), thời gian mổ trung bình của nhóm round block khoảng 122 phút [9]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu cần được diễn giải thận trọng do khác nhau về kỹ thuật tạo hình, phạm vi phẫu thuật, xử trí hạch nách, đặc điểm người bệnh và kinh nghiệm của ê-kíp phẫu thuật.

4.3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Có 74,5% người bệnh được rút dẫn lưu trong vòng 5 ngày và 82,4% xuất viện trong vòng 7 ngày. Nghiên cứu round block tại Bệnh viện K ghi nhận thời gian nằm viện trung bình 6,9 ngày [7]. Lim G. và cộng sự (2017) ghi nhận thời gian nằm viện trung bình 1,6 ngày ở nhóm round block và 2,2 ngày ở nhóm cắt rộng tiêu chuẩn [9]. Do nghiên cứu hiện tại chỉ báo cáo tỷ lệ theo các ngưỡng ≤ 5 và ≤ 7 ngày nên chưa đánh giá chính xác về thời gian dẫn lưu cũng như thời gian nằm viện; sự khác biệt giữa các nghiên cứu còn chịu ảnh hưởng bởi quy trình chăm sóc và tiêu chuẩn xuất viện của từng cơ sở. Biến chứng sau mổ gặp ở 9/51 người bệnh (17,6%; KTC 95%: 8,4 - 30,9), mỗi người ghi nhận một biến chứng. Tụ dịch thường gặp nhất (7,8%), tiếp theo là nhiễm trùng vết mổ (3,9%); hoại tử mép da, chảy máu sau mổ và phù bạch huyết chi trên mỗi loại 2,0%.

Nghiên cứu round block tại Bệnh viện K ghi nhận tỷ lệ biến chứng 8,8% [7], trong khi Dung và cộng sự báo cáo đoàn hệ 257 trường hợp với nhiều kỹ thuật tạo hình mức II khác nhau [6]. Vì khác biệt về kỹ thuật, cỡ mẫu và định nghĩa biến chứng, các tỷ lệ này chỉ nên dùng để tham khảo, không thể kết luận B-plasty có tỷ lệ biến chứng thấp hơn hay cao hơn nếu không có nhóm đối chứng trực tiếp.

4.4. Kết quả thẩm mỹ và mức độ hài lòng

Trong 35 người bệnh đủ mốc đánh giá, kết quả thẩm mỹ tốt hoặc rất tốt theo Harris đạt 80,0% (28/35; KTC 95%: 63,1 - 91,6). Tỷ lệ này không nên suy rộng cho toàn bộ đoàn hệ 51 người bệnh vì 16 trường hợp chưa có dữ liệu thẩm mỹ tại thời điểm khóa số liệu. Amer và cộng sự (2021) nghiên cứu B-plasty ở các khối u vùng ngoài vú; bảng kết quả chi tiết ghi nhận 15/20 trường hợp (75%) đạt mức “good” [10]. Nghiên cứu round block của Lê Hồng Quang và cộng sự ghi nhận 93,2% kết quả đẹp/tốt [7]. Tuy nhiên khác biệt về kỹ thuật, tiêu chí lựa chọn và thang đánh giá hạn chế khả năng so sánh trực tiếp.

Tỷ lệ người bệnh hài lòng và rất hài lòng đạt 86,3% (47,1% rất hài lòng, 39,2% hài lòng). Nghiên cứu về kỹ thuật round block tại Việt Nam cũng ghi nhận tỷ lệ hài lòng 100% [7]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến kỹ thuật phẫu thuật, đặc điểm người bệnh, thời điểm đánh giá và kỳ vọng về kết quả sau điều trị. Tuy nhiên, mức độ hài lòng là chỉ số chủ quan và không thay thế cho đánh giá thẩm mỹ khách quan, chức năng hoặc chất lượng cuộc sống.

4.5. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm, với thiết kế mô tả và không có nhóm đối chứng nên chưa cho phép so sánh trực tiếp B-plasty với các kỹ thuật bảo tồn vú khác. Tại thời điểm phân tích, chỉ 35/51 người bệnh đủ điều kiện đánh giá

thẩm mỹ, do đó kết quả này cần được diễn giải thận trọng và chưa đại diện đầy đủ cho toàn bộ nhóm nghiên cứu. Mức độ hài lòng được đánh giá bằng thang Likert đơn giản, chưa phản ánh toàn diện kết quả do người bệnh báo cáo, chức năng và chất lượng cuộc sống. Bên cạnh đó, thời gian theo dõi còn hạn chế nên chưa thể đánh giá kết quả ung thư học dài hạn.

5. KẾT LUẬN

Trong 51 người bệnh được phẫu thuật bảo tồn vú bằng kỹ thuật tạo hình chữ B, tỷ lệ diện cắt âm tính là 96,1% và tỷ lệ biến chứng sau mổ là 17,6%. Trong 35 người bệnh đã đạt mốc đánh giá thẩm mỹ, 80,0% có kết quả tốt hoặc rất tốt; 86,3% trong toàn bộ 51 người bệnh được khảo sát cho biết hài lòng hoặc rất hài lòng. Các kết quả thẩm mỹ cần được diễn giải trong phạm vi nhóm có dữ liệu và cần được xác nhận bằng nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn, nhóm so sánh và thời gian theo dõi dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71:209-49. doi.org/10.3322/caac.21660
2. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. N Engl J Med. 2002;347:1233-41. doi.org/10.1056/NEJMoa022152
3. Clough KB, Kaufman GJ, Nos C, Buccimazza I, Sarfati IM. Improving breast cancer surgery: a classification and quadrant per quadrant atlas for oncoplastic surgery. Ann Surg Oncol. 2010;17:1375-91. doi.org/10.1245/s10434-009-0792-y
4. Bộ Y tế. Quyết định số 3128/QĐ-BYT ngày 17 tháng 07 năm 2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư vú". Hà Nội; 2020.
5. Harris JR, Levene MB, Svensson G, Hellman S. Analysis of cosmetic results following primary radiation therapy for stages I and II carcinoma of the breast. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1979;5:257-61. doi.org/10.1016/0360-3016(79)90729-6
6. Dung HA, Quang LH, Quang LV, Cong BT. Level-2 Oncoplastic Surgical Techniques for Breast Cancer: A Preliminary Vietnamese Report. Med Arch. 2024;78:131-138. doi.org/10.5455/medarh.2024.78.131-138
7. 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. doi.org/10.51298/vmj.v511i2.2162
8. Niaz R, Somroo R, Tariq M. Single Center Experience of Round Block Technique for Breast Surgery; Oncologic Safety and Patient Satisfaction. Arch Breast Cancer. 2024;11:34-9. https://doi.org/10.32768/abc.202411134-39
9. Lim G-H, Allen JC, Ng RP. Oncoplastic round block technique has comparable operative parameters as standard wide local excision: a matched case-control study. Gland Surg. 2017;6(4):343-349. https://doi.org/10.21037/gs.2017.03.06
10. Amer AF, Elghandour AM, Abdelrahim HS. B-plasty technique as an approach for lateral breast tumors. The Egyptian Journal of Surgery. 2021;40(4):1394-1400. doi.org/10.4103/ejs.ejs_253_21