

TỶ SUẤT MẮC MỚI UNG THƯ VÚ VÀ THỜI GIAN SỐNG THÊM Ở PHỤ NỮ TRÊN ĐỊA BÀN HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2014-2016

Nguyễn Thị Mai Lan¹, Bùi Diệu²

TÓM TẮT

Ung thư vú (UTV) không những là một bệnh ung thư hay gặp nhất ở phụ nữ mà còn là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong đối với phụ nữ. **Mục tiêu:** Mô tả tỷ suất mắc mới chuẩn hoá theo tuổi của ung thư vú ở phụ nữ trên địa bàn Hà Nội giai đoạn 2014-2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả theo dõi dọc theo phương pháp ghi nhận ung thư theo các nguyên tắc của Tổ chức ghi nhận ung thư quần thể do Viện Nghiên cứu Ung thư quốc tế khuyến cáo. **Kết quả:** Tỷ suất mắc mới ung thư vú chuẩn theo tuổi tại Hà Nội giai đoạn 2014-2016 là 29,4/100.000 nữ. Tỷ suất mắc chuẩn theo tuổi ở nội thành (38,9/100.000 nữ) cao hơn ngoại thành (21,7/100.000 nữ). Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 52,7 ± 0,29 (tháng). Tỷ lệ sống thêm 2 năm, 3 năm, và ước tính cho 5 năm lần lượt là 92,3%; 90,9% và 86,2%. Nhóm ung thư vú trẻ tuổi (< 40 tuổi) tỷ lệ sống thêm 3 năm (90,1%) thấp hơn nhóm tuổi ≥ 40 tuổi (93,4%) với p<0,016. Giai đoạn bệnh, kích thước u và tình trạng di căn hạch nách là 3 yếu tố ảnh hưởng đến sống thêm toàn bộ bệnh nhân ung thư vú. **Kết luận:** Ung thư vú trên địa bàn Hà Nội là loại ung thư phổ biến ở nữ và thời gian sống thêm khá dài. Các kết quả của nghiên cứu này sẽ góp phần giúp cho các nhà lập chính sách có kế hoạch can thiệp nhằm nâng cao sức khoẻ người phụ nữ của thành phố Hà Nội.

Từ khoá: Tỷ suất mắc mới, thời gian sống thêm, ung thư vú, Hà Nội.

SUMMARY:

AGE-SPECIFIC INCIDENT RATE AND SURVIVAL OF BREAST CANCER AMONG WOMEN LIVING IN HANOI CITY, 2014-2016

Breast cancer is one of common diseases and main cause of death among women. **Objectives:** To describe the age standardised incident rate of breast cancer and additional survival among women in Hanoi in 2014-

2016. **Methods:** A descriptive longitudinal study was applied. Data was collected by using cancer registry and questionnaire of World Health Organization/International Cancer Research Institute. **Results:** The age standardised incident rate of breast cancer was highest as compared to other cancers, in period of 2014-2016 (29.4/100.000). The age standardised incident rate of BC in urban was higher in urban as compared to sub-urban (38.9/100.000 and 21.7/100.000 respectively). Mean total survival time was 52.7 ± 0.29 moth. Survival time of 2 years, 3 years and 5 years were 92.3%; 90.9% and 86.2%. For younger women with breast cancer (< 40 years old) rate of survival time for 3 years was (90.1%) lower than that of older women (≥ 40 years old) with p<0.016. **Conclusions:** Breast cancer was the most common and total survival time long among women in Hanoi. Results will contribute to the advocacy and behaviour change communication to improve woman's health.

Keywords: Age-standardized incident rate, survival time, breast cancer, Hanoi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) không những là một bệnh ung thư hay gặp nhất ở phụ nữ mà còn là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong đối với phụ nữ trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Theo Tổ chức Ung thư Thế giới (GLOBOCAN 2018), trên thế giới có 2.089.000 bệnh nhân ung thư vú mới được chẩn đoán, chiếm 11,6% trong tất cả các loại ung thư và số trường hợp tử vong do ung thư vú là 881.000 trường hợp [1]. Chương trình quốc gia về phòng chống ung thư (PCUT) đều hướng đến công tác phòng bệnh; sàng lọc và phát hiện sớm; nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh ung thư [2], [3], [4].

Tại Việt Nam, tỷ suất thô mắc ung thư vú năm 2010 là 13,8/100.000 phụ nữ và tỷ suất chuẩn hóa theo tuổi mắc

1. Bệnh viện Ung bướu Hà Nội;

2. Bệnh viện K

» Ngày nhận bài: 19/09/2019 | » Ngày phản biện: 27/09/2019 | Ngày duyệt đăng: 03/10/2019

ung thư vú là 17,4/100.000 phụ nữ; năm 2010, các tỷ suất tương ứng là 28,1 và 29,9/100.000 phụ nữ [5]. Công tác ghi nhận ung thư đã được thực hiện từ năm 1987, tại Hà Nội, sau đó mở rộng thành hệ thống ghi nhận ung thư quốc gia từ năm 2008 và hiện nay đã có nhiều tỉnh/thành phố đã có hệ thống ghi nhận ung thư. Các dữ liệu dịch tễ học về ung thư như gánh nặng bệnh tật, các đặc điểm phân bố về tuổi, kinh tế xã hội, khu vực địa lý, xu hướng mắc bệnh... có ý nghĩa quyết định trong việc xác định các hướng ưu tiên cho chương trình PCUT ở mỗi quốc gia [5]. Trong đó, tỷ suất mới mắc và tỷ suất tử vong là hai chỉ số quan trọng giúp đánh giá tình hình bệnh ung thư. Tỷ suất mới mắc ung thư chỉ có được từ những ghi nhận ung thư quần thể. Tỷ suất tử vong do ung thư ở các quốc gia đều dựa vào các thống kê tử vong theo nguyên nhân bệnh tật.

Theo khuyến cáo của hội đồng các chuyên gia tại Hội nghị quốc tế St Gallen, phân loại ung thư vú ngoài các yếu tố kích thước u, tình trạng di căn hạch nách, tình trạng di căn xa còn có thêm yếu tố về độ mô học của khối u, dấu ấn sinh học khối u (Her-2/neu, Ki-67, ER,PR) giúp việc lựa chọn phương pháp điều trị cũng như tiên lượng bệnh phù hợp hơn. Điều trị ung thư vú là điều trị đa mô thức tùy thuộc vào giai đoạn bệnh, bao gồm: phẫu thuật, xạ trị, nội khoa (hóa trị, nội tiết, sinh học) và chăm sóc giảm nhẹ. Xu hướng điều trị toàn thân hiện nay là điều trị sinh học, mang lại nhiều kết quả khả quan giúp cải thiện thời gian sống thêm cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư vú. Tuy nhiên, tại các quốc gia đang phát triển trong đó có Việt Nam, số liệu ghi nhận về ung thư vú còn bị hạn chế cả về số lượng và chất lượng. Do vậy, nghiên cứu tỷ suất mới mắc và thời gian sống thêm toàn bộ của các bệnh nhân ung thư vú trên địa bàn Hà Nội giai đoạn 2014-2016 sẽ góp phần giúp cho công tác lập kế hoạch can thiệp dự phòng, điều trị cũng như phục vụ cho công tác nghiên cứu khoa học về ung thư vú. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả tỷ suất mới mắc ung thư vú ở phụ nữ và thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư vú trên địa bàn Hà Nội giai đoạn 2014-2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu: Là những bệnh nhân ung thư vú được chẩn đoán xác định lần đầu, dựa trên lâm sàng, kết quả xét nghiệm tế bào học và hoặc mô bệnh học và có địa chỉ thường trú tại thành phố Hà Nội trong giai đoạn 2014-2016. Loại trừ các trường hợp còn nghi ngờ về chẩn đoán: u chưa rõ bản chất, ranh giới giữa u lành và u ác không được đưa vào ghi nhận; các trường hợp chẩn đoán lần đầu ung thư vú không trong khoảng thời gian 01/01/2014 đến 31/12/2016 và không có đủ hồ sơ về chẩn đoán xác định là ung thư vú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang và theo dõi dọc nhằm ghi nhận các trường hợp mới mắc và thời gian sống thêm của các bệnh nhân ung thư vú theo các nguyên tắc ghi nhận ung thư của Tổ chức ghi nhận ung thư quần thể do Viện Nghiên cứu Ung thư quốc tế khuyến cáo. Số liệu về các trường hợp mắc ung thư vú được thu thập từ các cơ sở y tế công lập, tư nhân có khám và điều trị ung thư vú trên địa bàn Hà Nội. Tổng số dân số nữ Hà Nội và dân số nữ theo từng quận huyện các năm 2014, 2015, 2016 lấy từ Sách Niên giám thống kê thành phố Hà Nội 2016, xuất bản năm 2017 của Cục Thống kê thành phố Hà Nội. Quần thể dân số tham chiếu phân bố dân số theo từng nhóm tuổi được lấy từ phân bố dân số chuẩn của Thế giới. Quá trình nhập số liệu đều tuân theo khuyến cáo của Mc Lenan: Các trường hợp có địa chỉ không rõ hoặc không ghi địa chỉ cũng đều được thu thập, sau đó tiến hành một quá trình tìm kiếm địa chỉ tích cực thông qua danh sách bệnh nhân nằm viện của phòng kế hoạch tổng hợp, kho hồ sơ... nếu là bệnh nhân ngoài Hà Nội thì loại bỏ, các bệnh nhân không tìm thấy địa chỉ được giữ riêng, sau đó đối chiếu tìm địa chỉ từ các nguồn khác. Các chỉ số nghiên cứu bao gồm: Tỷ suất mới mắc ung thư vú thô, theo năm (2014-2016) và khu vực địa lý (khu vực nội thành/ngoại thành và quận/huyện); thời gian sống thêm toàn bộ của các bệnh nhân ung thư vú.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ suất mới mắc ung thư vú chuẩn hóa theo tuổi /100.000 nữ

Năm	Số ca mới mắc	Dân số Hà Nội	ASR/100.000 nữ
Năm 2014	1.191	3.703.000	30,9
Năm 2015	1.074	3.773.000	27,0
Năm 2016	1.237	3.834.000	30,3
Giai đoạn 2014-2016	3.502	11.310.000	29,4

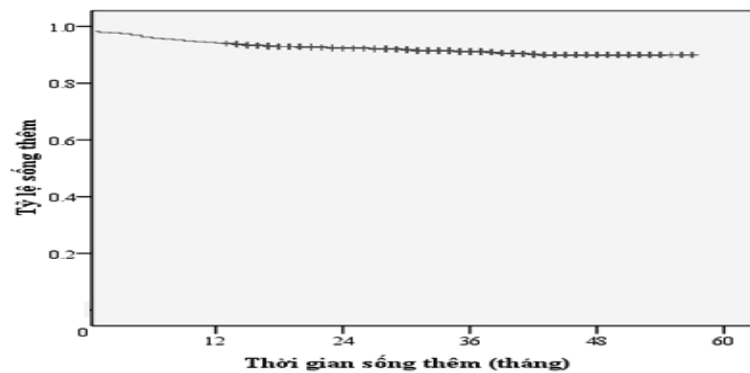
Tỷ suất mắc mới ung thư vú chuẩn theo tuổi cao nhất ở năm 2016 là 30,2/100.000 nữ. Tỷ suất mắc mới ung thư vú chuẩn theo tuổi giai đoạn 2014-2016 là 29,4/100.000 nữ.

Bảng 2. Tỷ suất mắc mới ung thư vú chuẩn theo tuổi theo khu vực/100.000 nữ

Khu vực	Năm 2014	Năm 2015	Năm 2016
Nội thành	40,2	37,2	38,2
Ngoại thành	21,4	18,8	23,9
P	<0,001	<0,001	<0,001

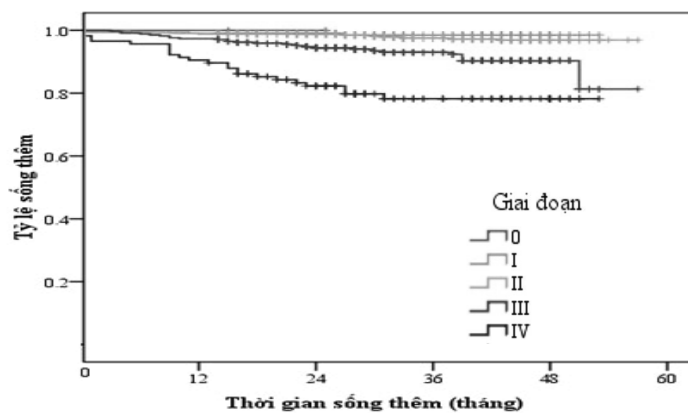
Tỷ suất mắc mới chuẩn theo tuổi ở khu vực nội thành cao hơn so với khu vực ngoại thành. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ (tháng)



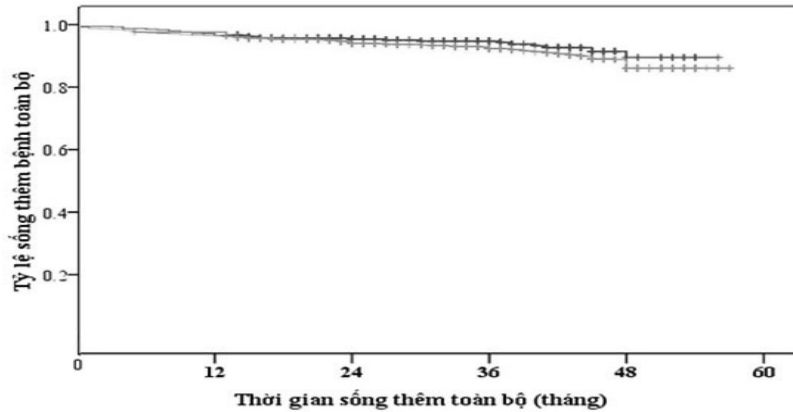
Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là: $52,69 \pm 0,29$ (tháng), min: 1,0; max: 57,0). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm là: 92,3%; 5 năm: 86,2%

Biểu đồ 2. Liên quan sống thêm toàn bộ và giai đoạn bệnh



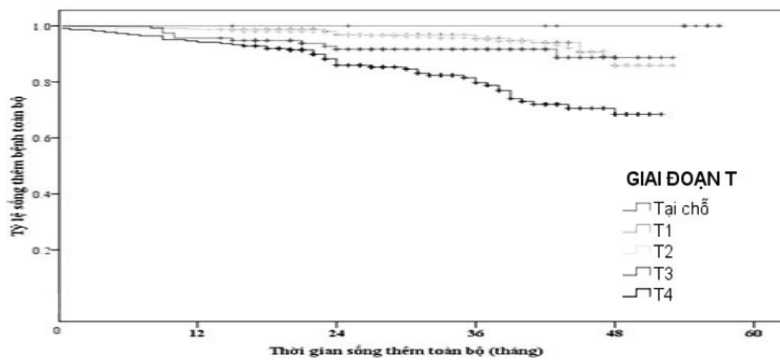
Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm giảm dần theo giai đoạn. Tỷ lệ sống thêm 3 năm giữa giai đoạn 0 và I là 100%, giảm dần ở giai đoạn II, III, IV, rất khác biệt so với giai đoạn III và IV ($P < 0,001$). Tại thời điểm 3 năm, tỷ lệ sống thêm toàn bộ cho các giai đoạn I - IV lần lượt là 100%; 97,2%; 86,8% và 76,6%.

Biểu đồ 3. Liên quan sống thêm toàn bộ và tuổi



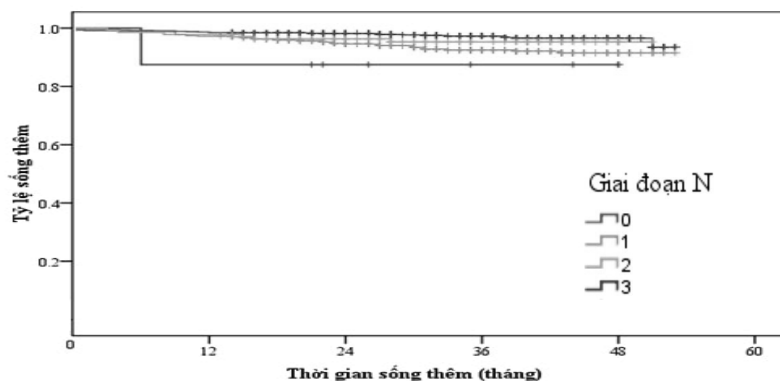
Nhóm ung thư vú trẻ tuổi (<40) có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm thấp hơn so với nhóm ≥ 40 tuổi, Sự khác biệt là có ý nghĩa với $p=0,016$.

Biểu đồ 4. Thời gian sống thêm toàn bộ theo T



100% bệnh nhân ở giai đoạn tại chỗ Tis sống sau 3 năm. Giai đoạn T4 có thời gian sống thêm thấp nhất, sự khác biệt là có ý nghĩa so với nhóm còn lại với $p < 0,001$. Tỷ lệ sống thêm 3 năm giai đoạn T4 là 84,9%.

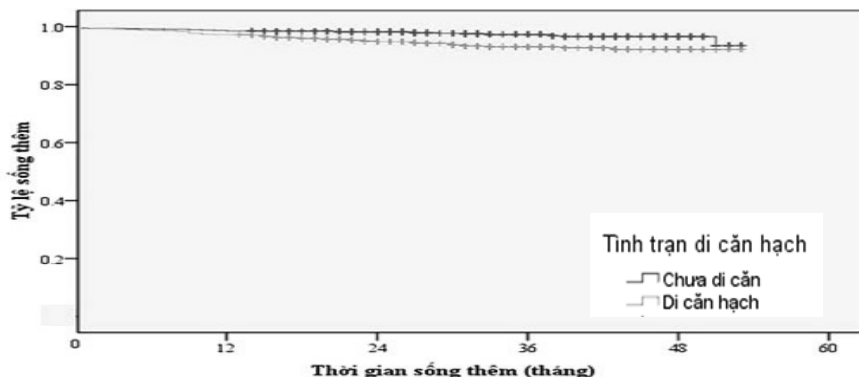
Biểu đồ 5. Liên quan giữa thời gian sống thêm toàn bộ với di căn hạch nách



Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm giai đoạn N0 và N1 là không có sự khác biệt. Giai đoạn N2 và N3 có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm thấp hơn so với giai đoạn N0, N1. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

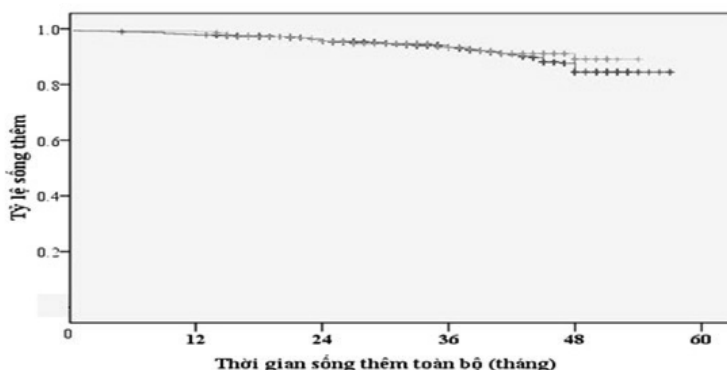


Biểu đồ 6. Liên quan sống thêm toàn bộ và tình trạng di căn hạch nách



Bệnh nhân ở giai đoạn có di căn hạch N (+) có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm thấp hơn so với bệnh nhân chưa có di căn hạch N (-)

Biểu đồ 7. Liên quan sống thêm toàn bộ và kết quả mô bệnh học



Không có sự khác biệt về tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm ung thư biểu mô thể ống xâm nhập với kết quả mô bệnh học khác. Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p=0,508$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ suất mắc ung thư vú bắt đầu tăng nhanh từ lứa tuổi 40. Dưới 40 tuổi, tỷ suất mắc là 47,6/100.000, nhưng đã tăng gần gấp 3 lần, 130,6/100.000 nữ, khi ở tuổi 40 đến 49. Nhóm tuổi có tỷ suất mắc ung thư vú cao nhất là 50-59 tuổi, sau đó đến lứa tuổi 80 giảm xuống 21,5/100.000 nữ. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với ghi nhận y văn cũng như so với các nước trên thế giới [1]. Các nghiên cứu trên thế giới đều ghi nhận phụ nữ tăng nguy cơ mắc ung thư vú từ 40 tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 480 ca ung thư vú mới mắc ở độ tuổi dưới 40 chiếm 13,5%. Đây cũng là con số ghi nhận đáng lo ngại rằng, liệu ung thư vú ở tuổi trẻ càng ngày càng tăng. Theo báo cáo của tác giả Phạm

Xuân Dũng (2017), tại thành phố Hồ Chí Minh ghi nhận ung thư vú dưới 40 tuổi tăng dần theo từng năm. Năm 1995-1999, ghi nhận 303 ca; đến năm 2010-2014 ghi nhận 760 ca chiếm 14,7% [6]. Độ tuổi của bệnh nhân Việt Nam ngày càng trẻ, phần lớn là từ 45-55 tuổi, trong khi độ tuổi thường gặp ở các bệnh nhân Úc là từ 65-69 tuổi [7].

Con số này cao hơn so với các nghiên cứu trên thế giới, tại các nước phát triển châu Âu và châu Mỹ, tỷ lệ bệnh nhân ung thư vú dưới 40 chỉ vào khoảng 4-6% [1]. Trong khi đó tại các nước châu Á, con số này là trên 10% và xu hướng càng ngày càng tăng [1]. Đối với nhóm ung thư vú trẻ tuổi dưới 40 thường mang các đặc điểm tiên lượng xấu, với mức độ ác tính hơn [1].

Ung thư vú ở phụ nữ trẻ thường biểu hiện ở giai đoạn muộn hơn, một phần vì họ không được sàng lọc như phụ nữ lớn tuổi. Theo Hiệp hội Y khoa Mỹ khuyến cáo chụp vú sàng lọc hàng năm bắt đầu từ tuổi 40, thăm khám lâm sàng mỗi 3 năm và tự khám vú hàng tháng với phụ nữ từ 20-30 tuổi. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho rằng việc tự

khám vú không làm giảm tỉ lệ tử vong do UTV. Gần đây phụ nữ có có tiền sử gia đình mắc UTV ở tuổi chưa mãn kinh được khuyến cáo nên chụp vú sàng lọc sớm 10 năm trước lứa tuổi đó.

Bệnh nhân UTV tại Việt Nam cũng như các nước đang phát triển khu vực Đông Nam Á không những được chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa di căn chiếm tỉ lệ cao mà tuổi trung bình mắc cũng trẻ hơn so với tỉ chung của thế giới cũng như các khu vực khác của châu Á. Theo thống kê, chỉ khoảng 30% số phụ nữ mắc UTV trên toàn cầu có tuổi < 50 tuổi, tỉ lệ này ở khu vực châu Á-Thái Bình Dương là 42% và ở khu vực Đông Nam Á lên tới 47% [7]. Trong số các nước khu vực Đông Nam Á, chỉ có Singapore là nước duy nhất có tuổi trung bình mắc UTV tương tự với các nước phát triển có tỉ suất mắc UTV cao như Australia với trên 60% số người mắc UTV có tuổi > 50 tuổi và tuổi mắc UTV trung bình là 50-69 tuổi [8] cao hơn so với tuổi mắc UTV trung bình chung ở khu vực Đông Nam Á (44-69 tuổi) [7]. Tuổi trung bình mắc càng trẻ (độ tuổi lao động) cùng với tỉ lệ chẩn đoán sớm còn thấp càng làm tăng gánh nặng do UTV ở Việt Nam cũng như các nước đang phát triển khu vực Đông Nam Á khác.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỉ suất mới mắc ở các quận thuộc khu vực nội thành là cao hơn so với các quận ngoại thành (36,7/100.000 nữ so với 24,8/100.000 nữ). Sự khác biệt này cũng tương đồng với các nghiên cứu dịch tễ học ung thư vú. Có thể nhận thấy, tỉ suất mắc bệnh ở các nước mức độ đô thị hóa cao như châu Âu, Mỹ, Úc là cao hơn so với các nước đang và kém phát triển, nơi có mật độ đô thị hóa thấp hơn. Sự khác biệt về tỉ suất mắc mới ung thư vú giữa khu vực nội thành (thành thị) và khu vực ngoại thành (chủ yếu là nông thôn) tại thành phố Hà Nội cũng giống như sự khác biệt về tỉ lệ này giữa Việt Nam so với các nước phát triển. Kết quả nghiên cứu này có thể phản ánh sự khác biệt về nguy cơ mắc ung thư vú giữa hai khu vực, nhưng cũng có thể phản ánh khả năng tiếp cận dịch vụ y tế trong việc chẩn đoán, phát hiện và ghi nhận ca bệnh.

Ung thư vú là một trong những bệnh có tiên lượng tốt. Tiên lượng bệnh phụ thuộc rất nhiều vào giai đoạn bệnh, giai đoạn càng sớm tiên lượng càng tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau 2 năm, 3 năm, và ước tính cho 5 năm tương ứng là 93,8%, 92,4% và 86,2%. Giai đoạn I và II có tỉ lệ sống thêm toàn bộ tương đương nhau (96,7% và 94,5%). Tỉ lệ sống thêm toàn bộ ở giai đoạn III là 87,6% và giai đoạn IV là 66,2% ($p < 0,05$). Theo Phùng Thị Huyền (2017), nghiên cứu trên 63 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III cho thấy tỉ lệ sống thêm toàn bộ trong 3 năm đầu là 100%, sang năm thứ 4 và 5 là

98,4%. Một nghiên cứu khác của tác giả khác (2008) tiến hành trên 54 bệnh nhân ng thư vú giai đoạn II, III cho kết quả tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm tương ứng là 98,1%, 94,3%, 87,8% và 84,1%.

Giai đoạn UTV là yếu tố tiên lượng quan trọng liên quan tới tỉ lệ sống thêm và phương pháp điều trị. Giai đoạn sớm thì tiên lượng sống thêm tốt. Điều này đã được chứng minh trên rất nhiều nghiên cứu trước đây. Ví dụ: Nghiên cứu của Trần Văn Thuán (2005), tỉ lệ sống thêm không bệnh và toàn bộ 5 năm cũng giảm từ 92,3 % và 96,1% ở giai đoạn II xuống còn 65,8% và 78,2% ở nhóm giai đoạn III [9]. Hay nghiên cứu của nhóm tác giả trường ĐH Texas - Hoa Kỳ đã chứng minh ảnh hưởng của giai đoạn bệnh lên thời gian sống còn toàn bộ với thời gian theo dõi 10 năm cho thấy, giai đoạn IIA có tỉ lệ sống thêm toàn bộ đạt 76%, IIB thấp hơn: 70% và IIIA là 59% [10].

Tỉ lệ sống còn toàn bộ sau 3 năm ở nhóm không di căn hạch của chúng tôi và 94,4%; giảm còn 92,6 nhóm N1, 85,3% N2 và 77,2% ở nhóm N3. Nghiên cứu của Tạ Văn Tờ năm 2004 cũng cho thấy khác biệt rất lớn về tỉ lệ sống thêm không bệnh 5 năm giữa nhóm không di căn hạch (91,96%) và nhóm có di căn hạch (53,03%) [11]. Nghiên cứu của Vũ Hồng Thăng năm 2015 cho kết quả sống thêm không bệnh của nhóm UTV I-IIA là 95,1% và của nhóm không di căn hạch là 73,3% [12]. Theo một nghiên cứu trên 24.740 bệnh nhân UTV của chương trình SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) thuộc Viện Ung thư quốc gia Hoa Kỳ cho kết luận 2 trong số các yếu tố tiên lượng quan trọng nhất của UTV là kích thước khối u và sự di căn hạch. Theo nghiên cứu này thì nếu không có di căn hạch thì tỉ lệ sống thêm 5 năm đạt 99%, và tỉ lệ này giảm xuống còn 81% đối với các BN có di căn hạch (tỉ lệ này tính chung cho các giai đoạn I - III và không phân biệt tình trạng nội tiết và Her2) [13].

V. KẾT LUẬN

Tỉ suất mắc mới ung thư vú chuẩn theo tuổi tại Hà Nội giai đoạn 2014-2016 là 29,4/100.000 nữ. Tỉ suất mắc chuẩn theo tuổi ở nội thành (38,9/100.000 nữ) cao hơn ngoại thành (21,7/100.000 nữ).

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $52,7 \pm 0,29$ (tháng). Tỉ lệ sống thêm toàn bộ 2 năm, 3 năm, và ước tính cho 5 năm lần lượt là 92,3%; 90,9% và 86,2%. Nhóm ung thư vú trẻ tuổi (< 40 tuổi) tỉ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm (90,1%) thấp hơn nhóm tuổi ≥ 40 tuổi (93,4%) với $p < 0,016$. Giai đoạn bệnh, kích thước u và tình trạng di căn hạch nách là 3 yếu tố ảnh hưởng đến sống thêm toàn bộ bệnh nhân ung thư vú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Diệu, Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuận và CS (2012), Gánh nặng bệnh ung thư và chiến lược phòng chống ung thư quốc gia đến năm 2020, *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*. 1-2012, 12.
2. Phạm Xuân Dũng, Đặng Huy Quốc Thịnh, Bùi Đức Tùng và CS (2017), Một số nhận định về tuổi và bệnh ung thư tại thành phố Hồ Chí Minh, *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*. 1-2017, 25.
3. Tạ Văn Tờ (2004), Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú, Luận án tiến sĩ, Trường ĐH Y Hà Nội.
4. Vũ Hồng Thăng (2015), Thời gian sống thêm bệnh nhân ung thư vú có điều trị hỗ trợ nội tiết hỗ trợ tại Bệnh viện K giai đoạn 2006-2012, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 93(1), 125 - 134.
5. Trần Văn Thuận (2005), Đánh giá kết quả điều trị hỗ trợ hóa chất phác đồ AC kết hợp với liệu pháp nội tiết trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III có thụ thể oestrogen dương tính, Luận án tiến sĩ, Trường ĐH Y Hà Nội.
6. International Agency for Research on Cancer World Health Organization (2018), *GLOBOCAN 2018: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2018. Breast Cancer*, truy cập ngày 20/11/2018-2018, tại trang web http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
7. Rezhake R., Xu X. Q., Montigny S. et al (2018), Training Future Leaders: Experience from China-ASEAN Cancer Control Training Program, *J Cancer Educ*.
8. Underwood J. M., Lakhani N., Finifrock D. et al (2015), Evidence-Based Cancer Survivorship Activities for Comprehensive Cancer Control, *Am J Prev Med*. 49(6 Suppl 5), S536-42.
9. White M. C., Babcock F., Hayes N. S. et al (2017), The history and use of cancer registry data by public health cancer control programs in the United States, *Cancer*. 123 Suppl 24, 4969-4976.
10. Trieu P. D., Mello-Thoms C. and Brennan P. C. (2015), Female breast cancer in Vietnam: a comparison across Asian specific regions, *Cancer Biol Med*. 12(3), 238-45.
11. Bray F., Ferlay J., Laversanne M. et al (2015), Cancer Incidence in Five Continents: Inclusion criteria, highlights from Volume X and the global status of cancer registration, *Int J Cancer*. 137(9), 2060-71.
12. WA Woodward, EA Strom, SL Tucker et al (2003), Changes in the 2003 American Joint Committee on Cancer staging for breast cancer dramatically affect stage-specific survival., *Journal Clinical of Oncology*. 21(17), 3244-3248.
13. Rack Brigitte, Janni Wolfgang, Gerber Bernd et al (2003), Patients with Recurrent Breast Cancer: Does the Primary Axillary Lymph node Status Predict more Aggressive Tumor Progression?, *Breast Cancer Research and Treatment*. 82(3), 83-92.13.