

mổ, khi nguy cơ tái phát cao nhất [7], [10].

Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế như cỡ mẫu nhỏ (n=6), thời gian theo dõi ngắn (3 tháng), và thiết kế mô tả không cho phép đánh giá mối liên quan nhân quả hoặc các yếu tố tiên lượng. Những nghiên cứu trong tương lai nên được thiết kế theo hướng đa trung tâm, thời gian theo dõi ≥ 12 tháng, và so sánh nhóm (ví dụ: có – không tắc mạch, nội soi – mổ mở) để cung cấp bằng chứng mạnh mẽ hơn. Việc ứng dụng các công nghệ như CT đa lát cắt, MRI 3D hoặc nội soi 3D cũng nên được khai thác để tối ưu hóa chẩn đoán và điều trị bệnh lý đặc thù này.

V. KẾT LUẬN

U xơ mạch vòm mũi họng tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương giai đoạn 2024–2025 chủ yếu gặp ở nam giới tuổi 8–18 (83.3%), với triệu chứng điển hình là chảy máu mũi (83.3%), nghẹt mũi (83.3%) và chảy dịch lẫn máu (83.3%). Hình ảnh nội soi và CT Scanner cho thấy khối u thường nằm ở cửa mũi sau (100%) và vòm mũi (50%), kích thước từ 2–3 cm (66.7%), chủ yếu giai đoạn I–II (83.3%).

Tắc mạch trước mổ được thực hiện ở 83.3% bệnh nhân, đạt hiệu quả cầm máu hoàn toàn. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi, với thời gian nằm viện từ 4–14 ngày, không có biến chứng sau mổ, và tỷ lệ tái phát sau 3 tháng là 16.7%. Phẫu thuật nội soi kết hợp tắc mạch cho

thấy hiệu quả điều trị cao, an toàn và ít xâm lấn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Thị Thái Chung, Phạm Thị Bích Đào.** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị u xơ mạch vòm mũi họng tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 501(2): 89–95.
- Phạm Văn Thái.** Nội soi điều trị u xơ vòm mũi họng ở thanh thiếu niên: kinh nghiệm tại một trung tâm chuyên khoa. Tạp chí Tai Mũi Họng. 2020; 14(3): 22–28.
- Nguyễn Văn Lân.** Chẩn đoán hình ảnh u xơ mạch vòm mũi họng bằng CT và MRI. Tạp chí Chẩn đoán Hình ảnh Y học. 2019; 23(4): 35–41.
- Ngô Văn Tuấn.** Ứng dụng kỹ thuật tắc mạch trong điều trị u xơ mạch vòm mũi họng. Y học Thực hành. 2020; 1112: 15–20.
- Fisch U.** Infratemporal fossa approach to tumours of the temporal bone and base of the skull. Arch Otolaryngol. 1979; 105(9): 494–500.
- Windfuhr JP, Remmert S.** Extranasopharyngeal angiofibroma: etiology, incidence and management. Am J Otolaryngol. 2004; 25(6): 390–396.
- Nicolai P, Schreiber A, Villaret AB.** Juvenile angiofibroma: evolution of management. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2009; 73(Suppl 1): S121–S125.
- Batsakis JG.** Tumors of the Head and Neck: Clinical and Pathological Considerations. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1979: 167–170.
- Donald PJ.** Vascular tumors of the head and neck. Laryngoscope. 2001; 111(4): 680–692.
- Nicolai P, Berlucchi M, Tomenzoli D, Cazzador D.** Endoscopic surgery for juvenile angiofibroma: when and how. Laryngoscope. 2003; 113(5): 775–782.

ĐẶC ĐIỂM NHỮ ẪNH CỦA BỆNH NHÂN NỮ MẮC UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ TẠI CHỖ

Nguyễn Văn Thi^{1,2}, Dương Đức Hữu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả đặc điểm Xquang tuyến vú ở phụ nữ mắc ung thư biểu mô vú tại chỗ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 139 bệnh nhân ung thư biểu mô vú tại chỗ tại bệnh viện K trong thời gian từ tháng 9/2019 đến 10/2024. Các tổn thương trên phim chụp được mô tả theo hệ thống thuật ngữ phân loại chẩn đoán hình ảnh tuyến vú Hoa Kỳ (phiên bản 5, 2013), đối chiếu với mô bệnh học

sau phẫu thuật. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình bệnh nhân mắc ung thư vú tại chỗ là 52 ± 11.4 . Ung thư vú thể ống tại chỗ chiếm tỷ lệ cao (96,4%), trong đó chủ yếu có độ mô học cao (56%). Trên phim chụp Xquang tuyến vú, UTV tại chỗ chủ yếu biểu hiện dưới dạng vi vôi hóa, chiếm 77.7%. Trong đó, hình thái vi vôi hóa chủ yếu là đa hình thái (50.9%) và vôi định hình (23.1%). Phân bố vi vôi hóa thường theo thùy (46. của nghiên cứu cho thấy Xquang tuyến vú có vai trò quan trọng trong phát hiện và định hướng chẩn đoán 3%) hoặc theo nhóm (39.8%). Các tổn thương dạng khối và đảo lộn cấu trúc ít gặp hơn. **Kết luận:** Kết quả ung thư tuyến vú tại chỗ, đặc biệt là thể nội ống, biểu hiện chủ yếu dưới dạng vi vôi hóa đa hình thái hoặc vôi định hình, phân bố theo thùy hoặc theo nhóm. **Từ khóa:** Xquang tuyến vú; ung thư vú; ung thư biểu mô tuyến vú tại chỗ.

SUMMARY

MAMMOGRAPHIC FEATURES OF FEMALE

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ts. Nguyễn Văn Thi

Email: nvanthi@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 25.7.2025

PATIENTS DIAGNOSED WITH BREAST CARCINOMA IN SITU

Objective: This study aimed to describe the mammographic characteristics of female patients diagnosed with breast carcinoma in situ. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 139 patients with DCIS at National Cancer Hospital from September 2019 to October 2024. Mammographic findings were described using the American College of Radiology Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS), 5th edition (2013), and correlated with postoperative histopathological results. **Results:** The mean age of patients was 52 ± 11.4 years. DCIS accounted for 96.4% of cases, with high nuclear grade observed in 56%. Mammographic findings predominantly showed microcalcifications (77.7%), with pleomorphic (50.9%) and amorphous (23.1%) morphologies being the most common. These microcalcifications were typically distributed in segmental (46.3%) or grouped (39.8%) patterns. Mass lesions and architectural distortions were less frequently observed. **Conclusion:** The findings highlight the critical role of mammography in the early detection and diagnostic orientation of breast carcinoma in situ, which typically presents as pleomorphic or amorphous microcalcifications in segmental or grouped distributions.

Keywords: Mammography; Breast cancer; Breast carcinoma in situ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến vú tại chỗ là bệnh lý ung bướu thường gặp, có tỷ lệ ngày càng gia tăng trong những năm gần đây. Theo thống kê của Global năm 2023, ước có hơn 297.000 ca mới mắc ung thư vú xâm nhập được chẩn đoán ở phụ nữ Mỹ, với 55.720 ca mới mắc ung thư vú tại chỗ¹. Theo tổ chức Y tế Thế giới (WHO) thuật ngữ ung thư tuyến vú tại chỗ là sự tăng sinh bất thường các tế bào biểu mô giới hạn trong hệ thống ống thùy tuyến vú được đặc trưng bởi các tế bào không điển hình rõ và xu hướng nhưng không nhất thiết tiến triển thành ung thư vú xâm lấn.

Xquang tuyến vú là một phương pháp hình ảnh đóng một vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán các bệnh lý tuyến vú, đặc biệt đối với các ung thư vú (UTV) tại chỗ. Sự phát triển và ứng dụng rộng rãi của Xquang trong sàng lọc và chẩn đoán các bệnh lý tuyến vú làm gia tăng đáng kể các trường hợp UTV tại chỗ. Theo Yamada T. và cs, trong chụp sàng lọc tuyến vú nữ, ung thư vú tại chỗ chiếm 20-25% số ca ung thư². Mặt khác, có khoảng 35-45% tổn thương ung thư vú chưa có biểu hiện trên lâm sàng, được phát hiện nhờ chụp x quang tuyến vú thấy vi vôi hóa trên phim³. Trên phim chụp, các tổn thương ung thư vú tại chỗ khá đa dạng về đặc điểm hình ảnh, bao gồm cả các tổn thương dạng vi vôi hóa, dạng khối hoặc các tổn thương dạng đảo lộn cấu

trúc, trong đó, 70-80% biểu hiện dưới dạng các vi vôi hóa⁴. Điều này góp phần khẳng định lại giá trị của Xquang tuyến vú trong chẩn đoán các UTV tại chỗ do khả năng quan sát hạn chế của siêu âm đối với vi vôi hóa, chỉ dao động từ 23% đến 49%⁴. Phân tích đặc điểm tổn thương trên phim chụp X-quang có thể dự báo độ mô học, mức độ hoại tử của tổn thương, góp phần quan trọng cho định hướng điều trị và tiên lượng bệnh. Ở Việt Nam, người bệnh được chụp tuyến vú số hóa (DR) có chất lượng phim tốt, tuy nhiên, các nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh Xquang tuyến vú đối chiếu với mô bệnh học được khẳng định ung thư vú tại chỗ vẫn còn khá khiêm tốn. Do đó, nghiên cứu này cần thiết trong thực hành lâm sàng, tiên lượng bệnh góp phần hướng tới tầm soát người bệnh ung thư vú nữ tại Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh X-quang của bệnh nhân nữ mắc ung thư biểu mô tuyến vú tại chỗ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 139 bệnh nhân ung thư tuyến vú tại chỗ điều trị tại bệnh viện K từ tháng 9/2019 đến tháng 10/2024, với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ:

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Có phim chụp tuyến vú kỹ thuật số đạt tiêu chuẩn (2 tư thế/ 1 bên vú) và đảm bảo chất lượng.

- Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật là ung thư vú tại chỗ

Tiêu chuẩn loại trừ: Vị trí u không bộc lộ được trên phim chụp tuyến vú ở cả 2 tư thế cơ bản

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu thuận tiện

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2024 đến tháng 11/2024, tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện K

Các biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu
 - o Tuổi
 - o Vị trí tổn thương
 - o Típ mô bệnh học ung thư vú tại chỗ: Ung thư biểu mô ống tại chỗ(DCIS); Ung thư biểu mô thùy tại chỗ(LCIS).
 - Đặc điểm hình ảnh ung thư trên X-quang tuyến vú: Tổn thương trên phim chụp được mô tả theo hệ thống thuật ngữ phân loại chẩn đoán hình ảnh tuyến vú Hoa Kỳ, phiên bản 5, 2013.⁵
 - o Dạng tổn thương: Vi vôi hóa (có/ không),

tổn thương dạng khối (có/không), đảo lộn cấu trúc (có/không), bất đối xứng đậm độ tuyến vú (có/không)

o Đặc điểm vôi hóa:

o Hình thái vi vôi hóa: vôi hóa đa hình thái, vôi hóa vô định hình, vôi hóa thô không đồng nhất, vôi hóa dạng dải mảnh hoặc phân nhánh.

o Phân bố vi vôi hóa: dạng dải, theo thùy, theo vùng, theo nhóm, lan tỏa.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được xử lý, phân tích trên phần mềm SPSS 26.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm (%). Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất và giá trị lớn nhất. So sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng phép kiểm định Chi-square và Fisher's Exact.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của hội đồng khoa học và đạo đức của Bệnh viện, QĐ số 666- BVK, ngày 10/04/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung về nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=139)

Đặc điểm chung		n	Tỷ lệ (%)
Độ tuổi (n=139)	≤40 tuổi	18	12.9%
	41-60 tuổi	86	61.9%
	61-80 tuổi	34	24.5%
	≥81 tuổi	1	0.7%
Thể mô học (n=139)	Thể tiểu thùy	5	3.6%
	Thể nội ống	134	94.6%
Độ mô học của UTV thể nội ống (n=134)	Cao	75	56%
	Trung gian	35	26.1%
	Thấp	24	17.9%

Tuổi trung bình: 52.8±11.4. Tuổi nhỏ nhất, lớn nhất là 28 và 86 tuổi.

Nhận xét: Thể mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến vú tại chỗ thể nội ống và thể tiểu thùy có tỷ lệ lần lượt là 96.4% và 3.6%. Đánh giá độ mô học khối u thể nội ống, độ mô học cao với tỷ lệ 56%. Trong các ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống, các khối u độ mô học thấp và trung gian chiếm 17.9% và 26.1%.

Bảng 2: Đặc điểm về phân bố vị trí tổn thương, dạng tổn thương của UTV tại chỗ trên phim chụp Xquang tuyến vú (n=139)

Đặc điểm trên phim chụp Xquang tuyến vú	N	UTV tại chỗ (n=134)		P
		DCIS (n=134)	LCIS (n=5)	
Bên tổn thương	Vú phải	57	4	0.159*
	Vú trái	82	1	
Vùng tổn thương	¼ trên ngoài	61	2	
	¼ trên	45	1	

	trong				
	¼ dưới trong	13	12	1	
	¼ dưới ngoài	13	12	1	
	Vùng trung tâm	7	7	0	
Vi vôi hóa nghi ngờ	Có	108	105	3	0.310*
	Không	31	29	2	
Tổn thương dạng khối	Có	42	41	1	1.000*
	Không	97	93	4	
Đảo lộn cấu trúc	Có	12	11	1	0.368*
	Không	127	123	4	

*Fisher's Exact Test

Nhận xét: Các UTV tại chỗ phân bố ưu thế bên trái và góc ¼ trên ngoài của vú với tỷ lệ là 59% và 43.9%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí giữa hai nhóm DCIS và LCIS(p>0.05). Trên phim chụp Xquang tuyến vú, UTV thường biểu hiện dưới dạng vi vôi hóa chiếm 77.7%. Các tổn thương dạng khối hoặc đảo lộn cấu trúc đơn độc hoặc kèm theo ít gặp chiếm 30.2% và 8.6%. Tỷ lệ vi vôi hóa trong nhóm LCIS thấp hơn, sự khác biệt về hình ảnh giữa hai nhóm DCIS và LCIS không có ý nghĩa thống kê với p>0.05.

Bảng 3: Đặc điểm về hình thái và phân bố vôi hóa của UTV vú tại chỗ trên phim chụp Xquang tuyến vú (n=108)

Đặc điểm vôi hoá trên Xquang tuyến vú	N	UTV tại chỗ (n=105)		p		
		DCIS (n=105)	LCIS (n=3)			
Hình thái	Vô định hình	Có	25	24	1	0.550*
		Không	83	81	2	
	Đa hình thái	Có	55	54	1	0.614*
		Không	53	51	2	
	Vôi hóa thô không đồng nhất	Có	14	13	1	0.343*
		Không	94	92	2	
Dạng dải mảnh/phân nhánh	Có	13	13	0	1.000*	
	Không	95	92	3		
Phân bố	Theo nhóm	Có	43	42	1	1.000*
		Không	65	63	2	
	Theo vùng	Có	9	8	1	0.232*
		Không	99	97	2	
	Theo thùy	Có	50	49	1	1.000*
		Không	58	56	2	
	Lan tỏa	Có	3	3	0	1.000*
		Không	105	102	3	
Dạng dải	Có	3	3	0	1.000*	
	Không	105	102	3		

*Fisher's Exact Test

- Trong 108 trường hợp có vôi hóa, các dạng

vi vôi hóa đa hình thái, VVH vô định hình, VVH không đồng nhất, VVH dạng dải mảnh, phân nhánh chiếm tỷ lệ 50.9%, 23,1%, 13% và 12%. Sự khác biệt về tỷ lệ dạng vi vôi hóa giữa hai nhóm DCIS và LCIS không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

- Các vi vôi hóa phân bố chủ yếu theo thùy hoặc theo nhóm, chiếm 46.3% và 39.8%. Các vi vôi hóa phân bố theo vùng, lan tỏa hoặc dạng dải ít gặp hơn, với tỷ lệ 8.3%, 2.8% và 2.8%. Không có sự khác biệt về đặc điểm phân bố vi vôi hóa giữa DCIS và LCIS ($p > 0.05$).

- Trong UTV tại chỗ, các vi vôi hóa vô định hình có tỷ lệ phân bố thành nhóm cao là 60%. Các vôi hóa thô không đồng nhất hoặc vôi hóa dải mảnh, phân nhánh chỉ tập trung thành nhóm hoặc phân bố theo thùy.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến vú tại chỗ là giai đoạn sớm của ung thư vú, đặc trưng bởi sự phát triển của các tế bào ung thư bên trong ống tuyến chưa xâm nhập vào mô đệm xung quanh. Các tổn thương thường được phát hiện tình cờ qua sàng lọc Xquang tuyến vú, bệnh nhân không có triệu chứng rõ ràng. Xquang tuyến vú được nghiên cứu và khẳng định có vai trò quan trọng trong chẩn đoán UTV tại chỗ, đặc biệt là thể nội ống. Tỷ lệ DCIS trong nghiên cứu cao. Tuy nhiên, tỷ lệ ung thư vú thể tiểu thùy tại chỗ thấp ở mức 3.6%. Nghiên cứu của Pamela R. và cs năm 2013, cho thấy trong vòng 10 năm từ 2000 đến 2009, tại Mỹ, chỉ ghi nhận 14048 trường hợp ung thư vú tiểu thùy tại chỗ, với tỷ lệ phát hiện thấp từ 2-2.75/100000 người⁶.

Dù không có sự xâm nhập vào mô, UTV tại chỗ vẫn được xem là một giai đoạn tiền ung thư do có khả năng tiến triển thành ung thư vú xâm lấn nếu không điều trị kịp thời. Độ mô học của DCIS là một trong các yếu tố quan trọng tiên lượng khả năng phát triển thành UTV xâm nhập hoặc tái phát tổn thương, là cơ sở quyết định phương pháp điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ DCIS độ mô học cao, trung gian và thấp có tỷ lệ lần là 56%, 17.9% và 26.1%. Nghiên cứu của P. A. van Luijt và cộng sự (2016) ghi nhận tỷ lệ DCIS tương tự với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ độ mô học cao, trung bình và thấp là 50.9%, 31.4% và 17.7%⁷. Các tổn thương DCIS với độ mô học khác nhau có biểu hiện trên mô bệnh học, cũng như khả năng tiến triển khác nhau. Các DCIS thường phát triển trong lòng ống tuyến, tuy nhiên 2/3 các DCIS độ thấp – trung bình thường phát triển không liên tục, với các khoảng cách xấp xỉ 1cm giữa các ổ

tổn thương, tạo nên tính đa ổ của tổn thương. Ngược lại các DCIS độ cao lại thường phát triển liên tục trong lòng ống tuyến, với các khoảng trống nhỏ dưới 5mm. Điều này dẫn đến khả năng đánh giá dưới mức, hoặc bỏ sót các tổn thương DCIS trên phim chụp Xquang tuyến vú, đòi hỏi kỹ thuật chụp phóng đại trong trường hợp nghi ngờ DCIS độ thấp để tránh bỏ sót tổn thương trong quá trình điều trị bệnh nhân⁷.

Trên phim chụp xquang tuyến vú, UTV tại chỗ có biểu hiện đa dạng, từ các tổn thương dạng khối, vi vôi hóa, đảo lộn cấu trúc hay các tổn thương bất đối xứng đậm độ tuyến vú. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 77.7% các trường hợp có xuất hiện hình ảnh vi vôi hóa, trong đó ở nhóm DCIS là 78.4% và nhóm LCIS là 60%. Nghiên cứu của Beatrice Barreau năm 2004 báo cáo tỷ lệ vôi hóa trong các DCIS là 75.5%⁸. Một nghiên cứu khác của Carlson ghi nhận tỷ lệ vôi hóa lên đến 85%⁹. Điều này giải thích cho sự bùng nổ trong chẩn đoán các UTV tại chỗ sau khi Xquang tuyến vú được áp dụng rộng rãi trong các chương trình sàng lọc quốc gia về ung thư vú.

Về hình thái vi vôi hóa, chúng tôi ghi nhận vi vôi hóa đa hình thái chiếm tỷ lệ cao nhất 50.9%. Vôi hóa vô định hình đứng thứ hai với 23,1%. Vôi hóa thô không đồng nhất và vi vôi hóa dạng dải mảnh, phân nhánh chiếm tỷ lệ thấp nhất với 13% và 12%. Sự khác biệt về tỷ lệ dạng vi vôi hóa giữa hai nhóm DCIS và LCIS không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Nghiên cứu của Beatrice Barreau năm 2004 cũng ghi nhận tỷ lệ vi vôi hóa dạng dải mảnh, đa hình thái và vô định hình với tỷ lệ là 58.6%, 38.5% và 15.2%⁸. Tỷ lệ các vi vôi hóa dạng dải hoặc phân nhánh trong các nghiên cứu có sự khác biệt, do phụ thuộc vào mức độ hoại tử của khối u. Nghiên cứu của Evans và cs đã chỉ ra rằng 83% các trường hợp DCIS có hoại tử xuất hiện vôi hóa dạng dải hoặc phân nhánh, trong khi tỷ lệ này ở nhóm không có hoại tử chỉ là 45%¹⁰.

Về đặc điểm phân bố, các vi vôi hóa trong nghiên cứu chủ yếu xuất hiện theo thùy hoặc theo nhóm, chiếm 46.3% và 39.8%. Các vi vôi hóa phân bố theo vùng, lan tỏa hoặc dạng dải ít gặp với tỷ lệ 8.3%, 2.8% và 2.8%. Nghiên cứu của Beatrice Barreau năm 2004 cũng cho thấy tương tự với tỷ lệ các vôi hóa phân bố theo thùy hoặc dạng dải là 52.6% và tỷ lệ các vôi hóa tập trung thành nhóm là 37.6%⁸. Phân bố theo thùy có thể giúp tăng khả năng ác tính của tổn thương, đặc biệt loại vi vôi hóa có tỷ lệ ung thư không quá cao như vôi hóa vô định hình hoặc vôi hóa thô không đồng nhất. Mặt khác, các vôi

hóa ác tính là phân bố theo thùy, làm tăng nguy cơ UTV trở thành phần nội ống. Các UTV trở thành phần nội ống thường có liên quan đến khả năng diện cắt dương tính hoặc ung thư còn sót lại cao hơn sau phẫu thuật bảo tồn vú và do đó khả năng tái phát cục bộ cao hơn. Ngay cả đối với các trường hợp UTV xâm nhập không trở nội ống, hình ảnh vi mô hóa trên phim chụp cũng làm tăng nguy cơ sót tổn thương sau phẫu thuật lần 2, bất kể các dấu hiệu khác trên Xquang tuyến vú và tình trạng diện cắt trong phẫu thuật ban đầu. Việc phát hiện các tổn thương vi mô hóa trên phim chụp Xquang, có ý nghĩa quan trọng, không chỉ trong chẩn đoán UTV mà còn giúp cải thiện hiệu quả điều trị, đặc biệt ở nhóm UTV trở nội ống.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu cho thấy Xquang tuyến vú là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò nhất định trong phát hiện và chẩn đoán ung thư tuyến vú tại chỗ, đặc biệt là thể DCIS, với 77,7% các trường hợp biểu hiện dưới dạng vi mô hóa, phân bố chủ yếu theo nhóm hoặc thùy. Việc đánh giá chi tiết đặc điểm tổn thương trên phim chụp không chỉ giúp định hướng chẩn đoán chính xác mà còn có thể góp phần đánh giá nguy cơ tiến triển và giúp xây dựng chiến lược điều trị hợp lý, cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân ung thư vú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. CA Cancer J Clin. Jan 2023;73(1):17-48. doi:10.3322/caac.21763
2. Yamada T, Mori N, Watanabe M, et al.

- Radiologic-pathologic correlation of ductal carcinoma in situ. Radiographics. Sep 2010; 30(5):1183-98. doi:10.1148/rg.305095073
3. Sickles EA. Mammographic detectability of breast microcalcifications. AJR Am J Roentgenol. Nov 1982;139(5):913-8. doi:10.2214/ajr.139.5.913
4. Soo MS, Baker JA, Rosen EL. Sonographic detection and sonographically guided biopsy of breast microcalcifications. AJR Am J Roentgenol. Apr 2003;180(4):941-8. doi:10.2214/ajr.180.4.1800941
5. Fowler EE, Sellers TA, Lu B, Heine JJ. Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) breast composition descriptors: automated measurement development for full field digital mammography. Medical physics. Nov 2013;40(11):113502. doi:10.1118/1.4824319
6. Portschy PR, Marmor S, Nzara R, Virnig BA, Tuttle TM. Trends in incidence and management of lobular carcinoma in situ: a population-based analysis. Ann Surg Oncol. Oct 2013;20(10):3240-6. doi:10.1245/s10434-013-3121-4
7. van Luijt PA, Heijnsdijk EA, Fracheboud J, et al. The distribution of ductal carcinoma in situ (DCIS) grade in 4232 women and its impact on overdiagnosis in breast cancer screening. Breast Cancer Res. May 10 2016;18(1):47. doi:10.1186/s13058-016-0705-5
8. Barreau B, de Mascarel I, Feuga C, et al. Mammography of ductal carcinoma in situ of the breast: review of 909 cases with radiographic-pathologic correlations. Eur J Radiol. Apr 2005; 54(1): 55-61. doi:10.1016/j.ejrad.2004.11.019
9. Carlson KL, Helvie MA, Roubidoux MA, et al. Relationship between mammographic screening intervals and size and histology of ductal carcinoma in situ. AJR Am J Roentgenol. Feb 1999; 172(2): 313-7. doi:10.2214/ajr.172.2.9930774
10. Evans A, Pinder S, Wilson R, et al. Ductal carcinoma in situ of the breast: correlation between mammographic and pathologic findings. AJR Am J Roentgenol. Jun 1994;162(6):1307-11. doi:10.2214/ajr.162.6.8191988

CHỈ ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ CỦA LIỆU PHÁP THAY HUYẾT TƯƠNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phan Hữu Phúc¹, Cao Nguyên Trường², Trần Thị Mỹ Hạnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thay huyết tương (TPE) là liệu pháp điều trị quan trọng và ngày càng được sử dụng rộng rãi trong hồi sức Nhi khoa. **Mục tiêu:** Mô tả chỉ định và kết quả điều trị của liệu pháp thay huyết tương ở trẻ em. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:**

Nghiên cứu mô tả 71 trẻ được thực hiện TPE tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2017 đến tháng 6/2023. **Kết quả:** Tổng số 276 phiên TPE được thực hiện trên 71 trẻ. Về chỉ định TPE, suy gan chiếm tỉ lệ lớn nhất (43,7%); tiếp theo là các bệnh lý thần kinh cơ (36,6%). Phân loại theo ASFA, phần lớn các chỉ định TPE thuộc nhóm I (61,9%), nhóm II và nhóm III tương ứng là 15,5% và 9,9%. Không ghi nhận trường hợp nào thuộc nhóm IV. Ngoài ra có 9 chỉ định (12,7%) không được phân loại. Tỷ lệ tử vong chung là 33,8%. Các biến chứng gặp với tỷ lệ 26,4% trong tổng số 276 phiên TPE. **Kết luận:** TPE dung nạp tốt trên trẻ em, có thể áp dụng theo hướng dẫn của AFSA. Cần phải tiêu chuẩn hóa hơn nữa các chỉ định và khía cạnh kỹ thuật của TPE ở trẻ em nhằm tối ưu

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hữu Phúc

Email: phucph@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 16.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2025

Ngày duyệt bài: 28.7.2025