

năm 2019, sau đó giảm xuống 15.2% năm 2021 và lại tăng cao nhất là 25.9% vào năm 2022. Nhóm tuổi 6 - <15 tuổi xu hướng biến động với tỷ lệ chấn thương đạt cao nhất 27.5% vào năm 2019, giảm xuống còn 13.8% vào năm 2021 và tăng lại lên 22.8% vào năm 2022.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2021 và nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu năm 2022.
2. **Nguyễn Văn Hùng** (2019), Nghiên cứu tai nạn thương tích ở trẻ em dưới 16 tuổi và hiệu quả can thiệp của mô hình cộng đồng an toàn tại các xã vùng ven, thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk, Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. **Nguyễn Thị Thu Huyền, Lương Mai Anh và**

cộng sự (2016), "Tình hình tử vong trẻ em và vị thành niên từ 0-19 tuổi do tai nạn thương tích tại Việt Nam giai đoạn 2005-2014", Tạp chí Y học dự phòng, tập 26, số 11 (184), tr.250.

4. **Phạm Đoàn Naoc Tuấn và cộng sự** (2023). Kết quả điều trị chấn thương ngực kín tại bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 59, 100-109. <https://doi.org/10.58490/ctump.2023i59.1676>.
5. **Manh Tuấn Hà** (2021). Nhiên cứu về nguyên nhân gây chấn thương đầu ở trẻ em. Tạp chí Y học Việt Nam, 503(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v503i1.729>
6. **Le, L. T., et al.** (2019). "Wound Management: Clinical Perspectives." Journal of Wound Care.
7. **WHO** (2006), Child and adolescent injury prevention: A WHO plan for action 2006-2015, World Health Organization: Geneva, Switzerland.

GIÁ TRỊ CỦA XQUANG VÀ SIÊU ÂM TUYẾN VÚ THEO PHÂN LOẠI BI-RADS TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Dung¹, Nguyễn Hồng Thanh²,
Hoàng Thanh Quang², Nguyễn Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh và đánh giá giá trị của Xquang và siêu âm tuyến vú theo phân loại BI-RADS trong chẩn đoán ung thư vú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiền cứu và hồi cứu các bệnh nhân từ 01/06/2022 đến 30/06/2024 được chụp Xquang và siêu âm tuyến vú có phân loại từ BI-RADS 3 đến BI-RADS 5, có kết quả mô bệnh học tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** 60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 53.97 ± 12.05 tuổi, trong đó có 44 bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là UTV, 16 bệnh nhân có chẩn đoán khác. Độ phù hợp giữa Xquang và siêu âm là khá với chỉ số Kappa = 0.62. Xquang tuyến vú có Se = 93.18%; Sp = 62.5%; Ac = 85%. Siêu âm tuyến vú có Se = 95.45%; Sp = 81.25%; Ac = 91.67%. Phối hợp Xquang và siêu âm tuyến vú có Se = 97.73%; Sp = 81.25%; Ac = 93.33%. **Kết luận:** Phối hợp Xquang và siêu âm tuyến vú có giá trị cao trong chẩn đoán ung thư vú. **Từ khóa:** Ung thư vú, Xquang tuyến vú, siêu âm tuyến vú.

SUMMARY

ROLE OF MAMMOGRAPHY AND

¹Trường Đại học Y dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Dung

Email: anhdamtump@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

ULTRASOUND ACCORDING TO BI-RADS CLASSIFICATION IN DIAGNOSING BREAST CANCER IN THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: Describe the clinic features and evaluate the value of mammography and breast ultrasound according to BI-RADS classification in diagnosing breast cancer in Thai Nguyen national hospital. **Materials and methods:** Descriptive, prospective and retrospective study of patients from June 1, 2022 to June 30, 2024 undergoing mammography and breast ultrasound with classification from BI-RADS 3 to BI-RADS 5, with histopathology results at the Center for Diagnostic Imaging and Interventional Radiology, Thai Nguyen National Hospital. **Results:** 60 patients participated in the study with an average age of 53.97 ± 12.05 years old, of which 44 patients had pathology results of breast cancer, 16 patients had other diagnoses. The agreement between mammography and breast ultrasound was quite good with Kappa index = 0.62. Mammography has Se = 93.18%; Sp = 62.5%; Ac = 85%. Breast ultrasound has Se = 95.45%; Sp = 81.25%; Ac = 91.67%. Combining mammography and breast ultrasound has Se = 97.73%; Sp = 81.25%; Ac = 93.33%. **Conclusion:** Combining X-ray and breast ultrasound has high value in diagnosing breast cancer.

Keywords: Breast cancer, mammography, breast ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là tình trạng bệnh lý do tế bào tuyến vú phát triển bất thường, không kiểm soát được và hình thành các khối u ác tính, có khả năng lan rộng khắp cơ thể và gây tử vong

cho người bệnh¹. Theo GLOBOCAN năm 2022, trên thế giới có hơn 2.296.840 triệu người được chẩn đoán mắc mới UTV và khoảng 666.103 người tử vong vì căn bệnh này. Tại Việt Nam, UTV là loại ung thư đứng đầu ở nữ giới với 24.563 ca mắc mới, chiếm tỷ lệ gần 28.9% tổng số ca ung thư².

Trong những năm gần đây, nhờ vai trò của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh việc phát hiện sớm và điều trị UTV đã làm cải thiện đáng kể tiên lượng bệnh. Hiện nay, Xquang và siêu âm tuyến vú được sử dụng rộng rãi nhằm phát hiện sớm các trường hợp khối tổn thương nghi ngờ tại vú với độ chính xác cao, chi phí thấp, có thể thực hiện được ở các tuyến y tế cơ sở.

Có nhiều đề tài nghiên cứu về vai trò của Xquang, siêu âm tuyến vú cũng như sinh thiết kim trong chẩn đoán UTV, tuy nhiên, các đề tài chủ yếu đề cập tới vai trò riêng lẻ của từng phương tiện chẩn đoán hình ảnh, có rất ít đề tài đánh giá so sánh, cũng như đối chiếu giữa kết quả của Xquang và siêu âm tuyến vú theo phân loại BI-RADS hiện nay đang được sử dụng rộng rãi trên thực hành lâm sàng. Việc chấm điểm theo thang điểm một cách riêng lẻ cho từng phương pháp, rồi đối chiếu và đánh giá tính tương đồng giữa hai phương pháp ở từng đối tượng, thấy được ưu điểm vượt trội, những triệu chứng có thể thấy được trên siêu âm mà khó khảo sát trên Xquang và ngược lại.

Chính vì vậy, chúng tôi làm đề tài "Giá trị của Xquang và siêu âm tuyến vú theo phân loại BI-RADS trong chẩn đoán ung thư vú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên" nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm hình ảnh các tổn thương vú trên Xquang và siêu âm tuyến vú ở nhóm bệnh nhân có phân loại từ BI-RADS 3 đến BI-RADS 5;*

2. *Phân tích giá trị của Xquang và siêu âm tuyến vú theo phân loại BI-RADS trong chẩn đoán ung thư vú ở nhóm nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chụp Xquang và siêu âm tuyến vú tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/06/2022 đến ngày 30/06/2024.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chụp Xquang và siêu âm tuyến vú (có kết quả phân loại từ BI-RADS 3 đến BI-RADS 5 trên Xquang và siêu âm).
- Bệnh nhân có kết quả mô bệnh học (sau phẫu thuật, sau bóc u).
- Bệnh nhân có đầy đủ thông tin trên hệ

thống bệnh viện.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được điều trị (tiêm cồn, đốt sóng cao tần) hoặc phẫu thuật ở tuyến trước.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ 08/09/2023 đến 30/06/2024

- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1 Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả.
- Thiết kế nghiên cứu cắt ngang: hồi cứu và tiến cứu.

2.3.2. Cỡ mẫu.

2.3.3. Cách chọn mẫu

- Chúng tôi chọn được 60 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào tiến hành nghiên cứu.

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Mô tả đặc điểm hình ảnh và phân loại của tổn thương vú trên Xquang và siêu âm tuyến vú theo phân loại BI-RADS (ACR-2013) và lưu ảnh.

- So sánh một số đặc điểm hình ảnh của Xquang và siêu âm tuyến vú với nhau và với kết quả giải phẫu bệnh.

- Đánh giá giá trị của Xquang và siêu âm tuyến vú theo thang điểm BI-RADS với tiêu chuẩn vàng là kết quả mô bệnh học.

2.5. Xử lý số liệu: - Số liệu được nhập và xử lý bằng phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 18.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Các biểu đồ được vẽ bằng phần mềm Microsoft Excel 2010.

- Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính được trình bày dưới dạng số lượng và tỷ lệ % và được kiểm định bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher exact test, mức ý nghĩa thống kê được chọn là $p < 0.05$.

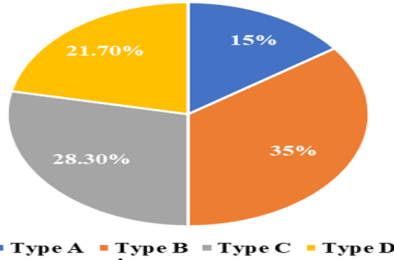
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Phân bố theo nhóm tuổi: tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 53.97 ± 12.05 tuổi, lớn nhất là 80 tuổi, nhỏ nhất là 30 tuổi. Nhóm tuổi ≥ 50 tuổi hay gặp nhất với tỉ lệ là 66.7%. Nhóm tuổi ≥ 50 tuổi có tỉ lệ UTV cao là 81.8%. Trong nhóm nghiên cứu có 44 trường hợp có kết quả giải phẫu là UTV, 16 trường hợp có chẩn đoán khác (15 u xơ tuyến vú, 01 u nang tuyến bã).

- Phân bố theo mật độ mô vú: phần lớn nhóm nghiên cứu có mật độ mô vú thuộc type B và type C. Mật độ mô vú type B chiếm tỉ lệ cao

nhất với 21 trường hợp, chiếm 35%. Mật độ mô vú type A có tỉ lệ thấp nhất với 9 trường hợp, chiếm 15%.



Biểu đồ 3.1. Biểu đồ phân bố mật độ tuyến vú

- Vị trí tổn thương hay gặp nhất là $\frac{1}{4}$ trên ngoài chiếm 53.3% và gặp ở nhóm UTV nhiều hơn so với nhóm không UTV.

- Kích thước tổn thương: nhóm UTV có kích thước tổn thương từ 2 đến 5 cm (T2) chiếm tỉ lệ cao nhất với 35/45 UTV. Nhóm có kích thước tổn thương > 5 cm ít gặp nhất với 1 trường hợp.

3.2. Đặc điểm hình ảnh của tổn thương vú

- Các dấu hiệu hình ảnh thường gặp và gợi ý ác tính trong chẩn đoán UTV trên Xquang gồm: tổn thương khối có hình dạng không đều (39/39), bờ tua gai (17/17), đậm độ cản quang cao (33/36), vôi hóa nghi ngờ ác tính (18/18),

dày da vú (12/12).

- Các dấu hiệu hình ảnh thường gặp và gợi ý ác tính trong chẩn đoán UTV trên siêu âm gồm: tổn thương khối có hình dạng không đều (40/42), bờ tua gai (19/19), hướng không song song (13/13), vôi hóa trong khối (17/17), dày da vú (15/15), cản âm phía sau (10/10).

- Đậm độ cản quang của tổn thương: có 36 trường hợp có đậm độ cao trên Xquang, trong đó có 33/36 trường hợp UTV, có 2 trường hợp có đậm độ thấp trên Xquang và 100% không UTV ($p < 0.05$).

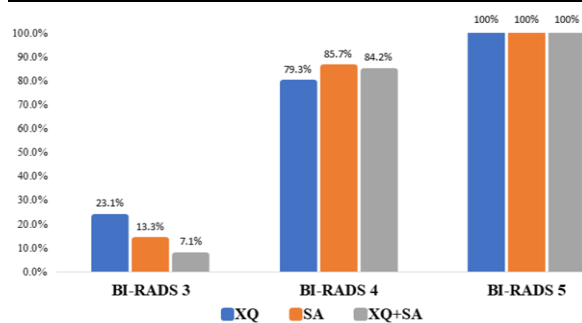
- Vôi hóa nghi ngờ ác tính: Xquang phát hiện được 18 trường hợp vôi hóa nghi ngờ ác tính và 100% UTV ($p < 0.05$). Xquang phân loại được 4 nhóm type vôi hóa, type vôi hóa vô định hình chiếm tỉ lệ cao nhất với 8/18 trường hợp, chiếm 44.44%.

- Dày da vú: Siêu âm và Xquang phát hiện được 15 với 12 trường hợp dày da vú. 100% trường hợp có dày da vú có kết quả mô bệnh học là UTV.

3.3. Giá trị của Xquang và siêu âm theo phân loại BI-RADS trong chẩn đoán ung thư vú

Bảng 3.1. Đối chiếu phân loại BI-RADS trên Xquang và siêu âm với giải phẫu bệnh

Phân loại BI-RADS	Xquang		Siêu âm		Xquang + siêu âm	
	UTV	Không UTV	UTV	Không UTV	UTV	Không UTV
BI-RADS 3	3 (23.1%)	10 (76.9%)	2 (13.3%)	13 (86.7%)	1 (7.1%)	13 (92.9%)
BI-RADS 4	23 (79.3%)	6 (20.7%)	18 (85.7%)	3 (14.3%)	16 (84.2%)	3 (15.8%)
BI-RADS 5	18 (100%)	0 (0%)	24 (100%)	0 (0%)	27 (100%)	0 (0%)



Biểu đồ 3.2. Tỉ lệ UTV theo phân loại BI-RADS trên Xquang, siêu âm, Xquang + siêu âm

Nhận xét: Tỉ lệ UTV tăng dần theo phân loại BI-RADS. Tỉ lệ UTV thuộc phân loại BI-RADS 3 giảm dần theo thứ tự là Xquang, siêu âm và khi phối hợp Xquang và siêu âm. 100% bệnh nhân có phân loại BI-RADS 5 có kết quả UTV trên cả 3 nhóm phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Số trường hợp có phân loại BI-RADS 5 tăng khi phối hợp Xquang và siêu âm.

Bảng 3.2. Đối chiếu tổn thương vú theo phân loại BI-RADS trên Xquang và siêu âm

Phân loại BI-RADS	Xquang n(%)	Siêu âm n(%)
BI-RADS 3	13 (21.7%)	15 (25%)
BI-RADS 4	29 (48.3%)	21 (35%)
BI-RADS 5	18 (30%)	24 (40%)
Tổng	60 (100%)	60 (100%)

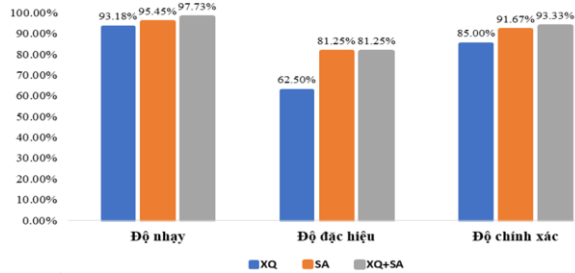
Nhận xét: Phân loại BI-RADS 3 ở Xquang và siêu âm có tỉ lệ phát hiện gần như nhau. Phân loại BI-RADS 4 ở Xquang có số lượng bệnh nhân cao hơn siêu âm. Trong khi đó, phân loại và BI-RADS 5 ở Xquang có số lượng bệnh nhân thấp hơn siêu âm.

Bảng 3.3. So sánh độ phù hợp phân loại BI-RADS trên Xquang và siêu âm

Siêu âm \ Xquang	BI-RADS 3	BI-RADS 4	BI-RADS 5	Kappa
BI-RADS 3	11	1	1	0.62
BI-RADS 4	4	18	7	
BI-RADS 5	0	2	16	
Tổng	15	21	24	60

Nhận xét: Chỉ số Kappa = 0.62 cho thấy độ phù hợp giữa hai phương pháp Xquang và siêu

âm tuyến vú là khá.



Biểu đồ 3.3. Giá trị của Xquang và siêu âm tuyến vú trong chẩn đoán UTV

Nhận xét: Xquang tuyến vú có Se = 93.18%; Sp = 62.5%; PPV = 87.23%; NPV = 76.92%; Ac = 85%. Siêu âm tuyến vú cũng có Se = 95.45%; Sp = 81.25%; PPV = 93.33%; NPV = 86.67%; Ac = 91.67%.

Khi phối hợp Xquang và siêu âm tuyến vú có kết quả là Se = 97.73%; Sp = 81.25%; PPV = 93.48%; NPV = 92.86%; Ac = 93.33%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi: nhóm tuổi ≥ 50 tuổi chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 39 trường hợp (65%), trong đó có 35 trường hợp UTV (89.74%); nhóm tuổi < 50 tuổi lại có tỉ lệ không UTV cao với 12 trường hợp (75%).

- Mật độ tuyến vú: kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn nhóm nghiên cứu có mật độ mô vú thuộc type B và C với tỉ lệ 63.3%. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thắng (2013) với mật độ mô vú type C chiếm tỉ lệ cao nhất (55.4%), sau đó là type B (22.8%)³. Theo nghiên cứu của Stefanie Weigel (2016) mật độ mô vú đặc hơn có liên quan tới việc giảm độ nhạy và độ đặc hiệu của Xquang tuyến vú trong phát hiện tổn thương vú và làm tăng nguy cơ UTV⁴.

- Vị trí mắc UTV: kết quả nghiên cứu có vị trí u hay gặp ở $\frac{1}{4}$ trên ngoài với 53.3%, sau đó là $\frac{1}{4}$ trên trong với 26.7%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Doãn Thuận (2008) và Hoàng Ngân Thủy (2020)^{5,6}. Điều này có thể giải thích là do về mặt giải phẫu, mô vú tập trung nhiều nhất tại vị trí góc $\frac{1}{4}$ trên ngoài nên khả năng mắc UTV cao hơn các vị trí khác.

- Kích thước khối tổn thương: là cơ sở trong phân loại và tiên lượng bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ UTV có kích thước 2 – 5 cm có tỉ lệ cao với 59.4%. So sánh với kết quả của Đỗ Doãn Thuận (2008) có sự tương đồng với 77.29% tổn thương vú có kích thước 2 – 5cm⁵.

4.2. Bàn luận về đặc điểm hình ảnh của tổn thương vú

- Các dấu hiệu hình dạng không đều, bờ tua gai, hướng không song song có giá trị gợi ý UTV cao. Cụ thể, chúng tôi phát hiện là 39/39 trường hợp trên Xquang và 40/41 trường hợp trên siêu âm có bờ không đều là UTV, 100% bờ tua gai cả Xquang và siêu âm là UTV, 100% hướng không song song trên siêu âm là UTV.

- Đặc điểm đậm độ cản quang: trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương có đậm độ cản quang cao có tỉ lệ UTV cao chiếm 91.67%. Phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thắng (2013) và Đỗ Doãn Thuận (2008)^{3,5}.

- Vôi hóa nghi ngờ ác tính: kết quả cho thấy 18 trường hợp có vôi hóa nghi ngờ ác tính được phát hiện trên Xquang và 100% là UTV ($p < 0.05$). Phù hợp nghiên cứu của Hoàng Ngân Thủy (2020), Xquang phát hiện được 13/39 trường hợp có vôi hóa nghi ngờ ác tính và có 84.6% là UTV⁶. Xquang có giá trị cao trong phân loại vôi hóa nghi ngờ ác tính theo thang điểm BI-RADS, đặc biệt trong các trường hợp không rõ khối tổn thương trên hình ảnh, phát hiện UTV sớm.

- Dày da vú: Khả năng phát hiện dấu hiệu dày da vú trên siêu âm tốt hơn Xquang (15 với 12 trường hợp). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Jacqueline S. Kaiser và các cộng sự (2002)⁷.

4.3. Bàn luận về giá trị của Xquang và siêu âm tuyến vú theo phân loại BI-RADS trong chẩn đoán ung thư vú

- Phối hợp Xquang và siêu âm có giá trị làm giảm tỉ lệ âm tính giả khi thực hiện riêng trên Xquang và siêu âm tuyến vú do giảm tỉ lệ UTV ở nhóm có phân loại BI-RADS 3 (biểu đồ 3.2).

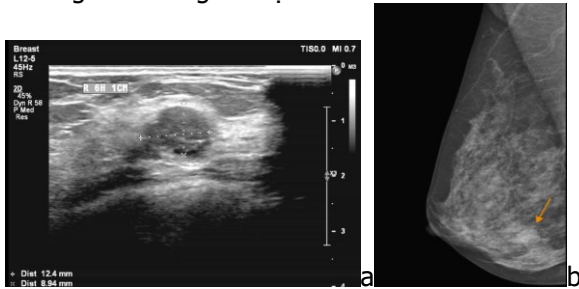
- So sánh từng phân loại BI-RADS giữa Xquang và siêu âm tuyến vú: Phân loại BI – RADS 4 ở Xquang có số lượng bệnh nhân cao hơn trên siêu âm (48.3% và 35%) và phân loại BI – RADS 5 trên Xquang có số lượng bệnh nhân thấp hơn siêu âm (30% và 40%). Điều này có thể lý giải là do các dấu hiệu để đánh giá phân loại BI – RADS trên Xquang và siêu âm có một số điểm khác nhau; chẳng hạn như ngoài các đặc điểm đánh giá tương đồng giống siêu âm như hình dạng, đường bờ khối, thì phân loại Xquang còn dựa trên hình thái của từng nhóm vôi hóa khác nhau.

- Độ phù hợp của Xquang và siêu âm tuyến vú trong chẩn đoán UTV: có độ phù hợp khá với điểm Kappa = 0.62.

- Giá trị của Xquang và siêu âm tuyến vú: chụp Xquang có Se = 93.18%; Sp = 62.5%; Ac = 85%. Siêu âm có Se = 95.45%; Sp = 81.25%; Ac = 91.67%. Khi phối hợp cả hai phương pháp Xquang và siêu âm để phân loại BI-RADS có kết

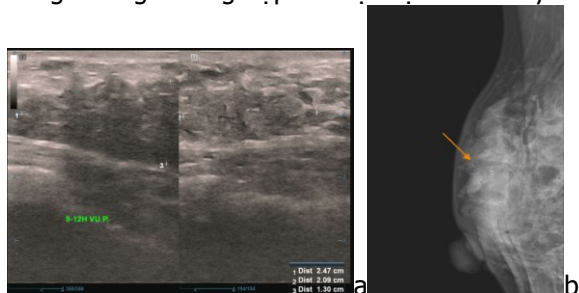
quả chính xác cao hơn về Se, Sp, Ac, cụ thể lần lượt là 97.73%, 81.25%, 93.33%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thắng (2013) với Se, Sp, Ac khi phối hợp Xquang và siêu âm tuyến vú là 97.83%, 75% và 92.5% trong chẩn đoán UTV cao hơn khi thực hiện chẩn đoán riêng từng phương pháp³. Kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Health Quality Ontario (2016)⁸.

- Chính vì vậy, trên thực hành lâm sàng nên phối hợp 2 phương pháp Xquang và siêu âm để đem lại giá trị chẩn đoán cao trong đánh giá tổn thương vú cho người bệnh.



Hình 4.1 Bệnh nhân nữ, 40 tuổi, có kết quả giải phẫu bệnh sau bóc u là u xơ tuyến vú

- Đây là trường hợp có phân loại BI-RADS 3 trên siêu âm (a) và BI-RADS 4 trên Xquang (b), trên siêu âm khối tổn thương có bờ rõ nét, trên Xquang tổn thương có bờ mờ một phần do chồng lấp của tuyến vú lân cận (mật độ mô vú dày), khi phối hợp Xquang và siêu âm cho kết quả BI-RADS 3. Như vậy, siêu âm có khả năng đánh giá tốt đường bờ khối u vú, đặc biệt là trong những trường hợp có mật độ mô vú dày.



Hình 4.2 Bệnh nhân nữ, 40 tuổi, có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư vú

- Đây là trường hợp không rõ khối trên siêu âm và Xquang tuyến vú; trên siêu âm là một đám giảm âm, trên Xquang có bất đối xứng tuyến vú và tổn thương nhóm vôi hóa đa hình thái nhỏ, phân loại BI-RADS 3 trên siêu âm và BI-RADS 4 trên Xquang, khi phối hợp Xquang và siêu âm cho kết quả BI-RADS 4.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 53.97 ± 12.05 tuổi.

Xquang có giá trị phát hiện vôi hóa nghi ngờ ác tính tốt hơn siêu âm và giúp phân nhóm vôi hóa ác tính. Trong khi đó, siêu âm lại đánh giá tốt trong trường hợp mật độ mô vú dày, các dấu hiệu xâm lấn thành ngực, dày da vú, hạch nghi ngờ ác tính. Xquang và siêu âm tuyến vú có độ phù hợp khá với điểm Kappa = 0.62 trong chẩn đoán UTV.

Phối hợp Xquang và siêu âm có giá trị làm giảm tỉ lệ âm tính giả khi thực hiện riêng trên Xquang và siêu âm tuyến vú.

Giá trị của Xquang và siêu âm tuyến vú trong chẩn đoán UTV: Xquang tuyến vú có Se = 93.18%; Sp = 62.5%; Ac = 85%. Siêu âm tuyến vú có Se = 95.45%; Sp = 81.25%; Ac = 91.67%. Kết quả khi phối hợp Xquang và siêu âm tuyến vú có Se = 97.73%; Sp = 81.25%; Ac = 93.33%. Chính vì vậy, giá trị phối hợp Xquang và siêu âm tuyến vú trong chẩn đoán UTV cao hơn so với thực hiện riêng từng phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. Menon, Alkabban, F. M. & Ferguson, T.** Breast Cancer. (StatPearls Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC, 2024).
2. **WHO.** Global cancer observatory, <<https://gco.iarc.who.int/today/en>> (2022).
3. **Nguyễn Văn Thắng.** Giá trị chẩn đoán ung thư vú khi kết hợp siêu âm với Xquang tuyến vú, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, (2013).
4. **Stefanie Weigel, Heindel, W, Heidrich, J, Hense, H-W & Heidinger.** Digital mammography screening: sensitivity of the programme dependent on breast density. European radiology 27, 2744-2751, (2017) doi:10.1007/s00330-016-4636-4.
5. **Đỗ Doãn Thuận.** Nghiên cứu giá trị của Xquang và siêu âm trong chẩn đoán ung thư vú Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, (2008).
6. **Hoàng Ngân Thủy.** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của Xquang cắt lớp vú (Tomosynthesis) trong chẩn đoán ung thư vú ở phụ nữ cao tuổi, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, (2020).
7. **Jacqueline S. Kaiser, Helvie, Mark A.** Blacklaw, R. Lisa & Roubidoux, Marilyn A. Palpable Breast Thickening: Role of Mammography and US in Cancer Detection. Radiology, (2002) doi:10.1148/radiol.2233011166.
8. **Health Quality Ontario.** Ultrasound as an adjunct to mammography for breast cancer screening: a health technology assessment. Ontario health technology assessment series 16, 1, (2016).

ĐÁNH GIÁ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG THEO THANG ĐIỂM NSOFA Ở TRẺ SƠ SINH DƯỚI 32 TUẦN MẮC NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Đỗ Hoàng Yến¹, Phùng Nguyễn Thế Nguyên^{2,3}, Bùi Thị Thủy Tiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tử vong tử vong và đánh giá tiên lượng tử vong theo thang điểm nSOFA ở trẻ sơ sinh dưới 32 tuần mắc nhiễm khuẩn huyết. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Trẻ sơ sinh non tháng dưới 32 tuần nhập khoa sơ sinh Bệnh viện Hùng Vương từ tháng 09/2023-02/2024, nghiên cứu tiền cứu dọc, xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết, tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết, và xác định điểm nSOFA trong 72 giờ sau sinh, giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm này bằng đường cong ROC và diện tích dưới đường cong ROC (AUC). **Kết quả:** 180 trẻ sơ sinh được thu thập, 88 trẻ có nhiễm khuẩn huyết (48,8%), tỷ lệ tử vong trẻ nhiễm khuẩn huyết là 30,7%, điểm nSOFA trong 72 giờ sau sinh ở nhóm trẻ nhiễm khuẩn huyết tử vong cao hơn nhóm trẻ sống, thang điểm nSOFA có giá trị tiên đoán tử vong với điểm cắt ≥ 5 điểm, AUC 0,977 KTC (0,94-1), độ đặc hiệu 100%, độ nhạy 92%, với $p < 0,0001$. **Kết luận:** Thang điểm nSOFA có thể dùng để tiên lượng tử vong rất tốt ở trẻ sơ sinh non tháng dưới 32 tuần mắc nhiễm khuẩn huyết. **Từ khóa:** Tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết, sơ sinh non tháng, Bệnh viện Hùng Vương.

SUMMARY

EVALUATING THE PROGNOSIS OF MORTALITY ACCORDING TO NSOFA SCORE IN PRETERM NEONATES UNDER 32 WEEKS WITH SEPSIS AT HUNG VUONG HOSPITAL

Aim: Determine mortality rate and evaluate mortality prognosis according to nSOFA scale in sepsis newborns under 32 weeks. **Research subjects and methods:** Premature newborns under 32 weeks admitted to the neonatal department of Hung Vuong Hospital from September 2023 to February 2024, longitudinal prospective study, determining the rate of sepsis, the rate of neonatal mortality from sepsis, and determining the nSOFA score within 72 hours after birth, the mortality prognostic value of this score using the ROC curve and the area under the ROC curve (AUC). **Results:** 180 newborns were collected, 88 neonates had sepsis (48,8%), the mortality rate of children with sepsis was 30,7%, the nSOFA score in 72 hours after birth in the group of children infected

with sepsis was higher than the group of children with sepsis survival, the nSOFA scale has predictive value for death with a cutoff point ≥ 5 points, AUC 0.977 CI (0.94-1), specificity 100%, sensitivity 92%, with $p < 0.0001$. **Conclusion:** nSOFA score in 72 hours after birth can assess the prognosis of death in newborns 32 weeks of gestation with sepsis nvery well.

Keywords: Mortality rate of newborns with sepsis, premature newborns, Hung Vuong Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ Chức Y Tế Thế giới ước tính có khoảng 15 triệu trẻ em sinh non mỗi năm, trong đó 1 triệu trẻ tử vong mỗi năm do biến chứng sinh non. Tỷ lệ tử vong tập trung chủ yếu ở trẻ sinh non rất nhẹ cân và được sinh ra trước 32 tuần tuổi thai. Nhiễm khuẩn huyết vẫn là một trong những nguyên nhân gây tử vong phổ biến ở trẻ sơ sinh non tháng.¹ Trong đó nguyên nhân trực tiếp gây tử vong là suy hô hấp, suy tuần hoàn, rối loạn chức năng các cơ quan. Do đó, việc đánh giá mức độ nghiêm trọng của rối loạn chức năng cơ quan ở trẻ sơ sinh non tháng nhiễm khuẩn huyết vẫn là một vấn đề quan trọng và cần thiết.² Theo Hội nghị quốc tế lần 3 về nhiễm khuẩn huyết (NKH) năm 2016, NKH là tình trạng rối loạn chức năng các cơ quan đe dọa tính mạng gây ra, trong đó rối loạn chức năng cơ quan được xác định là sự thay đổi cấp tính trong tổng số điểm SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) ≥ 2 so với điểm nền, gây ra do tình trạng nhiễm khuẩn.³ Tuy nhiên thang điểm SOFA không dựa trên sự thay đổi cấp tính các chỉ số sinh hóa – huyết học của các cơ quan theo tuổi nên không phù hợp cho trẻ em. Từ đó tiêu chuẩn pSOFA (pediatrics Sequential Organ Failure Assessment) đã được đồng thuận ra đời phiên bản đầu tiên năm 2017 dựa trên thang điểm SOFA, thang điểm này giúp tiên đoán chính xác tỷ lệ tử vong trong NKH trẻ em.⁴ Nhưng để phù hợp với sơ sinh, thang điểm nSOFA (neonatal Sequential Organ Failure Assessment) được đưa ra như một định nghĩa đồng thuận suy cơ quan trong sơ sinh. nSOFA có thể xác định nguy cơ tử vong cao trong NKH sơ sinh non tháng, cho kết quả đầy hứa hẹn ở các nghiên cứu ngoài nước.^{5,6} Tại khoa sơ sinh BV Hùng Vương, tỷ lệ tử vong trẻ sinh non tháng chiếm tỷ lệ cao $\geq 90\%$ trong tổng số trẻ tử vong, và nhiễm khuẩn huyết suy đa cơ quan vẫn là

¹Bệnh viện Hùng Vương

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: nguyennphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024