

# ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH X-QUANG PHỔ HAI MỨC NĂNG LƯỢNG CÓ TIÊM THUỐC CẢN QUANG Ở BỆNH NHÂN U VÚ

TRẦN THỊ BÍCH HẠNH<sup>1</sup>,  
VŨ THU THỦY<sup>1</sup>, NGUYỄN MINH HẢI<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108  
<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 103

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh u lành và u ác tuyến vú trên X-quang phổ hai mức năng lượng có tiêm thuốc cản quang (CESM: Contrast-enhanced spectral mammography).

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

**Kết quả:** Nghiên cứu trên 50 bệnh nhân có tổn thương u vú được chụp CESM, độ tuổi trung bình là  $49,86 \pm 12,09$ . Lý do vào viện phổ biến nhất của bệnh nhân là khám sức khỏe (34%) và tự sờ thấy khối u vùng tuyến vú (32%); mật độ mô vú ở nhóm lành tính và ác tính chủ yếu ở type C với tỉ lệ lần lượt là 54,55% và 60,71%; hình dạng đa thùy ở nhóm lành tính là 13,64% thấp hơn so với ở nhóm ác tính là 50%; tỉ lệ đường bờ không rõ nét và có tua gai ở nhóm ác tính là 53,57% và 21,43% cao hơn so với nhóm lành tính với tỉ lệ lần lượt là 22,73% và 9,09%; tỉ lệ tăng đậm độ ở nhóm ác tính là 85,71% cao hơn nhóm lành tính (54,55%); tỉ lệ hình ảnh xâm lấn xung quanh trên CESM nhóm ác tính là 42,86% cao hơn nhóm lành tính là 4,55%; phần lớn BN có phân loại BI-RADS trên Xquang là ác tính và nghi ngờ ác tính, chiếm 88%.

**Kết luận:** Hình ảnh chụp Xquang tuyến vú phổ hai mức năng lượng CESM đánh giá hiệu quả những tổn thương tăng đậm độ, thể hiện rõ ràng tính chất khối, ít bỏ sót tổn thương, do đó có giá trị trong việc chẩn đoán ung thư vú với các đối tượng có tuyến vú đậm đặc.

**Từ khóa:** U vú, Xquang phổ hai mức năng lượng có tiêm thuốc cản quang.

**SUMMARY**  
CHARACTERISTICS OF CONTRAST ENHANCED SPECTRAL MAMMOGRAPHY IN PATIENTS WITH BREAST TUMOR

Chịu trách nhiệm: Trần Thị Bích Hạnh

Email: tuanquang1a7@gmail.com

Ngày nhận: 28/4/2021

Ngày phản biện: 10/6/2021

Ngày duyệt bài: 12/6/2021

**Objective:** To describe the imaging characteristics of benign and malignant breast tumors on contrast enhanced spectral mammography (CESM).

**Material and method:** Retrospective, cross-sectional study.

**Results:** The study on 50 patients with breast tumor lesions, underwent CESM, the average age was  $49.86 \pm 12.09$ . The most common reasons for patient admission were general physical examination (34%) and self-palpable breast tumor (32%); The density of breast tissue in the benign and malignant group was mainly in type C with the rate of 54.55% and 60.71%, respectively; The multi-lobular shape in the benign group was 13.64%, lower than that in the malignant group of 50%; The rate of irregular and spiked margin in the malignant group were 53.57% and 21.43%, higher than in the benign group with the rate of 22.73% and 9.09%, respectively; The rate of increased attenuation in the malignant group was 85.71% higher than in the benign group (54.55%); The rate of surrounding invasive images on CESM in the malignant group was 42.86% higher than in the benign group, 4.55%; Most patients with BI-RADS classification on X-ray are malignant and suspected malignancy, accounting for 88%.

**Conclusion:** Image of CESM effectively evaluates hypedense lesions, clearly showing the mass nature, less omission of lesions, thus valuable in diagnosing breast cancer with subjects with dense mammary glands.

**Keywords:** Breast tumor, contrast enhanced spectral mammography.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh lý ác tính phổ biến, là nguyên nhân gây tử vong do ung thư cao nhất ở phụ nữ trên toàn cầu trong đó có Việt Nam. Theo Globocan 2018<sup>[1]</sup>, tại Việt Nam ung thư vú là bệnh lý ác tính phổ biến nhất với 15.229 trường hợp mới được chẩn đoán hằng năm, chiếm 20,6% các trường hợp ung thư ở phụ nữ và 6.103 trường hợp tử vong chiếm

5,3% các trường hợp tử vong do ung thư ở cả hai giới sau ung thư gan nguyên phát, ung thư phổi và ung thư dạ dày. Lúc mới chẩn đoán đã có 5% đến 10% ung thư vú ở giai đoạn di căn, 30% ung thư vú ở giai đoạn sớm sẽ diễn tiến đến giai đoạn di căn và 90% các trường hợp tử vong ung thư vú là do di căn với thời gian sống thêm trung bình từ 2 đến 3 năm<sup>[2],[3]</sup>.

Việc phát hiện và chẩn đoán sớm UTV nhằm làm thay đổi bệnh sử tự nhiên, giảm tỷ lệ tử vong, chi phí điều trị và đặc biệt, làm giảm sự tàn phá thành ngực gây ảnh hưởng lớn đến thẩm mỹ cũng như tâm lý cho người bệnh UTV. Trong các phương pháp chẩn đoán, phát hiện sớm UTV phải kể đến hai thăm khám chẩn đoán hình ảnh đầu tay là chụp Xquang (XQ) tuyến vú và siêu âm tuyến vú. Đây là hai phương pháp có kỹ thuật đơn giản, phổ biến, ít tốn kém. Tuy nhiên với đặc điểm tuyến vú đặc của người châu Á việc phát hiện tổn thương sớm tổn thương trên XQ là một trở ngại lớn do bị nhu mô tuyến che lấp<sup>[4]</sup>. Để nâng cao độ chính xác chẩn đoán, việc sử dụng phương pháp chụp XQ tuyến vú phổ hai mức năng lượng có tiêm thuốc cản quang (CESM) đã được nghiên cứu và thực hiện lâm sàng giúp chẩn đoán sớm, chính xác và khắc phục những nhược điểm của phương pháp XQ 2D, thậm chí cả cộng hưởng từ<sup>[5]</sup>.

Tại Việt Nam hiện nay chưa ghi nhận nghiên cứu nào về vấn đề này, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm hình ảnh ung thư tuyến vú trên hình

Xquang tuyến vú phổ hai mức năng lượng có tiêm thuốc cản quang.

## ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp phụ nữ mọi lứa tuổi đến khám tại Bệnh viện Trung ương Quân đội (TUQĐ) 108, trong thời gian từ tháng 01/2018 - 12/2020, có tổn thương vú (sờ thấy được hoặc không sờ thấy), có chỉ định chụp XQ tuyến vú có tiêm thuốc cản quang.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.1. Loại hình nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

#### 2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

Tất cả phụ nữ đến khám, phát hiện tổn thương ở vú, được phân loại BI-RADS 3,4,5 trên chụp XQ tuyến vú 2D có chỉ định chụp CESM, sau đó được sinh thiết vào tổn thương, có kết quả xét nghiệm mô bệnh học, đồng ý tham gia nhóm nghiên cứu.

#### 2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không có kết quả xét nghiệm mô bệnh học, không có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

## KẾT QUẢ

Nghiên cứu trên 50 bệnh nhân (BN) nữ được chụp CESM và làm sinh thiết tổn thương, cho kết quả có 28 BN ung thư vú, 22 BN lành tính. Tổng số khối u vú phát hiện là 60 khối. Kết quả thu được như sau:

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	KQ GPB		Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<30 tuổi	1	4,55	0	0	1	2	1	2	> 0,05
30-44 tuổi	11	50	6	21,43	17	34	17	34	
45-60 tuổi	7	31,82	15	53,57	22	44	22	44	
>60 tuổi	3	13,64	7	25	10	20	10	20	
Tổng	22	44	28	56	49,86 ± 12,09		49,86 ± 12,09		

Nhận xét: Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 45-60 tuổi chiếm 44%, nhóm dưới 30 tuổi chỉ có 1 BN. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 49,86 ± 12,09. Nhóm có kết quả giải phẫu bệnh ác tính lớn nhất là nhóm 45 - 60 tuổi, chiếm 53,57%.

Bảng 2. Lý do vào viện

Lý do vào viện	KQ GPB		Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sờ thấy khối	6	27,27	10	35,71	16	32	16	32	> 0,05
Đau vú	5	22,73	8	28,57	13	26	13	26	
Chảy dịch vú	0	0	4	14,29	4	8	4	8	
Khám sức khỏe	11	50	6	21,43	17	34	17	34	
Tổng	22	44	28	56	50	100	50	100	

Nhận xét: Lý do vào viện phổ biến nhất của bệnh nhân là khám sức khỏe (34%) và tự sờ thấy khối u vùng tuyến vú (32%). Ngoài ra, lý do đau vú chiếm 26%, chảy dịch vú chiếm 8%. Lý do chủ

yếu của nhóm lành tính là khám sức khỏe (50%), của nhóm ác tính là sờ thấy khối (35,71%).

Bảng 3. Mật độ mô vú theo GPB

KQ GPB Mật độ mô vú	Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Type A							> 0,05
Type B	1	4,55	6	21,43	7	14	
Type C	12	54,55	17	60,71	29	58	
Type D	9	40,91	5	17,86	14	28	
Tổng	22	44	28	56	50	100	

Nhận xét: Mật độ mô vú ở nhóm lành tính và ác tính đều chủ yếu ở typ C với tỉ lệ lần lượt là 54,55% và 60,71%. Không có sự khác biệt về tỉ lệ mật độ mô vú giữa hai nhóm lành tính và ác tính với  $p > 0,05$ .

Bảng 4. Hình dạng khối U trên X quang

KQ GPB Hình dạng khối	Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Tròn	5	22,73	0	0	5	10	0,005
Bầu dục	10	45,45	8	28,57	18	36	
Đa thùy	3	13,64	14	50	17	34	
Không đều	4	18,18	6	21,43	10	20	
Tổng	22	44	28	56	50	100	

Nhận xét: Về hình dạng khối u trên phim XQ CESM, chủ yếu là hình bầu dục chiếm 36%, đa thùy chiếm 34%, không đều 20% và tròn 10%. Hình dạng đa thùy ở nhóm lành tính là 13,64% thấp hơn so với ở nhóm ác tính là 50%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 5. Đường bờ khối U

KQ GPB Đường bờ khối u	Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Rõ nét	2	9,09	0	0	2	4	0,024
Xóa mờ một phần	11	50	6	21,43	17	34	
Đa cung	2	9,09	1	3,57	3	6	
Không rõ nét	5	22,73	15	53,57	20	40	
Tua gai	2	9,09	6	21,43	8	16	
Tổng	22	44	28	56	50	100	

Nhận xét: Hình ảnh đường bờ khối u không rõ nét chiếm 40%, xóa mờ một phần 34%, tua gai 16%, rõ nét 4% và đa cung 6%. Tỉ lệ đường bờ không rõ nét và có tua gai ở nhóm ác tính là 53,57% và 21,43% cao hơn so với nhóm lành tính với tỉ lệ lần lượt là 22,73% và 9,09%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 6. Độ đậm độ khối so với nhu mô tuyến vú

KQ GPB Đậm độ	Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Giảm đậm độ	2	9,09	0	0	2	4	0,039
Đồng đậm độ	8	36,36	4	14,29	12	24	
Tăng đậm độ	12	54,55	24	85,71	36	72	
Tổng	22	44	28	56	50	100	

Nhận xét: Tỉ lệ tăng đậm độ khối so với nhu mô tuyến vú xung quanh là 72%, đồng đậm độ là 24%, giảm đậm độ là 4%. Tỉ lệ tăng đậm độ ở nhóm ác tính là 85,71% cao hơn nhóm lành tính (54,55%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 7: Kích thước trung bình khối u

Kích thước (mm)	Lành tính	Ác tính	Tổng	p
Chiều dài	18,16 ± 9,16	25,06 ± 12,64	21,84 ± 11,59	0,02
Chiều rộng	14,62 ± 7,60	20,59 ± 12,44	17,81 ± 10,81	0,03
Chiều cao	13,43 ± 8,41	18,19 ± 8,29	15,97 ± 8,62	0,03

Nhận xét: Chiều dài, chiều rộng và chiều cao trung bình khối u ác tính lần lượt là 26,06 ; 20,59 ; 18,19 cao hơn so với khối u lành tính là: 18,16 ; 14,62; 13,43. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

\* Vô hình: Có 24 khối u có vô hình, chiếm tỉ lệ 48%, với các hình thái và phân bố như sau:

Bảng 8. Hình thái vô hình u

KQ GPB Hình thái vô hình	Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Viên tròn trung tâm sáng	2	22,22	1	6,67	3	12,5	0,001
Lắng đọng hình liềm	1	11,11	1	6,67	2	8,33	
Vô định hình	6	66,67	1	6,67	7	29,17	
Thô không đồng nhất	0	0	3	20	3	12,5	
Đa hình thái	0	0	8	53,33	8	33,33	
Mảnh phân nhánh	0	0	1	6,67	1	4,17	
Tổng	9	37,5	15	62,5	24	100	

Nhận xét: Hình thái vô hình đa hình thái và vô định hình chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 33,33% và 29,17%.

Bảng 9. Xâm lấn xung quanh

Xâm lấn		Lành tính		Ác tính		p
Không		21 (95,45)		16 (57,14)		
Có	Xâm lấn da	1 (4,55)		11 (39,29)		
	Xâm lấn cơ thành ngực	0		1 (3,57)		
Tổng		22 (44)		28 (56)		

Nhận xét: Tỉ lệ hình ảnh xâm lấn xung quanh trên Xquang CESM nhóm ác tính là 42,86% cao hơn nhóm lành tính là 4,55%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 10. Phân loại bệnh nhân theo BI-RADS

KQ GPB BI-RADS	Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
III	5	22,73	1	3,57	6	12	0,043
IVa	12	54,55	10	35,71	22	44	
IVb	4	18,18	9	32,14	13	26	
IVc	1	4,55	4	14,29	5	10	
V	0	0	4	14,29	4	8	
Tổng	22	44	28	56	50	100	

Nhận xét: Phần lớn BN có phân loại BI-RADS trên Xquang là ác tính và nghi ngờ ác tính, chiếm 88%. Chỉ có 12% phân loại BI-RADS lành tính.

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm chung

Trong các yếu tố nguy cơ mắc ung thư vú (UTV), tuổi và giới tính là hai yếu tố nguy cơ quan trọng nhất. Các nghiên cứu trước đây cho thấy tỷ lệ mắc bệnh tăng rõ rệt ở lứa tuổi 40 -50, sau đó chững lại và giảm dần ở những lứa tuổi tiếp theo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 45 - 60 tuổi chiếm 44%, nhóm dưới 30 tuổi chỉ có 1 BN. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là  $49,86 \pm 12,09$ . Theo Nguyễn Thị Mai Lan, tỉ suất mắc ung thư vú bắt đầu tăng nhanh từ lứa tuổi 40. Dưới 40 tuổi, tỉ suất mắc chuẩn giai đoạn 2014-2016 là 4,0/100.000 nữ, nhưng đã tăng gần gấp 2 lần, khi ở tuổi 40 đến 49 là 8,3/100.000 nữ. Tuổi mắc ung thư vú tập trung từ 40 đến 69 tuổi, sau đó giảm dần đến lứa tuổi 80 giảm xuống tỉ suất mắc chuẩn là 0,3/100.000 nữ<sup>[6]</sup>. 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%<sup>[7]</sup>. 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.

Lý do vào viện phổ biến nhất của bệnh nhân là khám sức khỏe (34%) và tự sờ thấy khối u vùng tuyến vú (32%). Ngoài ra lý do đau vú chiếm 26%, chảy dịch vú chiếm 8%. UTV giai đoạn sớm thường không có triệu chứng lâm sàng nổi bật ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân, do đó hầu hết các bệnh nhân chỉ phát hiện khi đi khám sức khỏe, hoặc trong các giai đoạn muộn khi u đã phát triển to, dễ dàng sờ thấy, hoặc có biểu hiện lâm sàng rõ ràng.

Hình ảnh Xquang tuyến vú phổ biến nhất của bệnh nhân là khám sức khỏe (34%) và tự sờ thấy khối u vùng tuyến vú (32%). Ngoài ra lý do đau vú chiếm 26%, chảy dịch vú chiếm 8%. UTV giai đoạn sớm thường không có triệu chứng lâm sàng nổi bật ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân, do đó hầu hết các bệnh nhân chỉ phát hiện khi đi khám sức khỏe, hoặc trong các giai đoạn muộn khi u đã phát triển to, dễ dàng sờ thấy, hoặc có biểu hiện lâm sàng rõ ràng.

Về mật độ mô vú: Với chụp XQ 2D tuyến vú thông thường để chẩn đoán đối với những bệnh nhân tuyến vú mỡ (type A, B), với những bệnh nhân tuyến vú đặc (type C, D) như mô tuyến đậm đặc, che lấp các tổn thương khối tăng đậm

độ, hạn chế đánh giá tính chất khối (bờ viền, co kéo...) dẫn đến bỏ sót và đánh giá thiếu tính chất tổn thương, và đây cũng là hạn chế rất hay gặp trong sàng lọc ung thư vú ở những tộc người châu Á thường có tuyến vú đậm đặc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: mật độ mô vú ở nhóm lành tính và ác tính đều chủ yếu ở typ C với tỉ lệ lần lượt là 54,55% và 60,71%. Không có sự khác biệt về tỉ lệ mật độ mô vú giữa hai nhóm lành tính và ác tính với  $p > 0,05$ .

Về hình dạng khối tổn thương: Chủ yếu là hình bầu dục chiếm 36%, đa thùy chiếm 34%, không đều 20% và tròn 10%. Hình dạng đa thùy ở nhóm lành tính là 13,64% thấp hơn so với ở nhóm ác tính là 50%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ... Có thể thấy là 100% các trường hợp trên XQ đều phát hiện hình dạng khối tổn thương. Đây là dấu hiệu hay gặp nhất trong các dấu hiệu tổn thương, điều này rất có ích trong việc khám phát hiện các bất thường tại tuyến vú, nhất là trong sàng lọc.

Về đường bờ khối u: Hình ảnh đường bờ khối u không rõ nét chiếm 40%, xóa mờ một phần 34%, tua gai 16%, rõ nét 4% và đa cung 6%. Tỉ lệ đường bờ không rõ nét và có tua gai ở nhóm ác tính là 53,57% và 21,43% cao hơn so với nhóm lành tính với tỉ lệ lần lượt là 22,73% và 9,09%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Dấu hiệu tổn thương có đường bờ nhám nhỏ, hình sao là dấu hiệu quan trọng khi đánh giá các tổn thương nghi ngờ UTV, dấu hiệu này được coi là kinh điển trên phim chụp XQ UTV. Ranh giới của tổn thương với mô tuyến vú lành xung quanh có liên quan chặt chẽ với dấu hiệu đường bờ của khối. Với các tổn thương lành tính và các khối u vú lành, đường bờ này thường liên tục, rõ nét. Ngược lại, trong các khối u vú ác tính, đường bờ này thường bị đứt đoạn, xóa nhòa, bản chất do các khối u ác tính luôn có xu hướng xâm lấn, bành trướng lan ra các cấu trúc mô học lân cận.

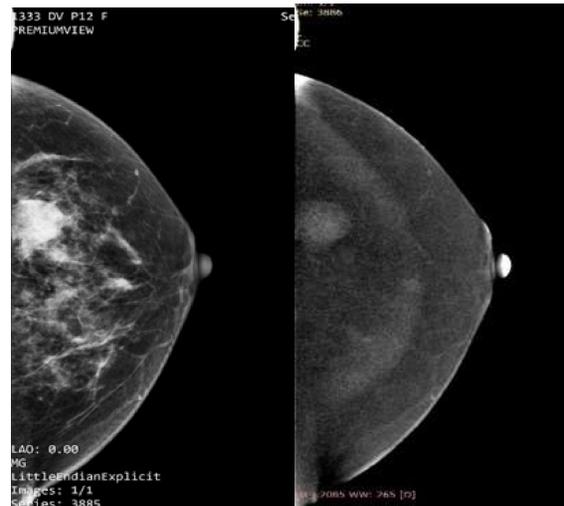
Về đậm độ khối u: Tỉ lệ tăng đậm độ khối so với nhu mô tuyến vú xung quanh là 72%, đồng đậm độ là 24%, giảm đậm độ là 4%. Tỉ lệ tăng đậm độ ở nhóm ác tính là 85,71% cao hơn nhóm lành tính (54,55%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Trên phim XQ dấu hiệu tổn thương UTV là hình tăng đậm độ, trên siêu âm (SA) đó là hình giảm đậm âm. Dấu hiệu này hình thành do tại mô ung thư có mật độ tế bào u dày đặc, sắp xếp hỗn độn.

Về kích thước khối u: Chiều dài, chiều rộng và chiều cao trung bình khối u ác tính lần lượt là 26,06 ; 20,59 ; 18,19 cao hơn so với khối u lành

tính là: 18,16 ; 14,62; 13,43. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Theo Phạm Hồng Khoa (2017), 78,2% ung thư vú có kích thước dưới 2cm, 21,8% có kích thước từ 2 - 3cm, kích thước u trung bình là  $1,7 \pm 0,7\text{cm}$ <sup>[8]</sup>.

Vôi hóa: Hình thái vôi hóa đa hình thái và vô định hình chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 33,33% và 29,17%. Trong nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, dấu hiệu tổn thương vôi hóa trên XQ và SA trong chẩn đoán UTV là dấu hiệu rất quan trọng, đặc biệt trên XQ dấu hiệu này giúp cho chẩn đoán sớm và chính xác UTV. Tuy nhiên, dấu hiệu vôi hóa nghi ngờ ác tính trên XQ và tổn thương chứa vôi hóa trên SA là những dấu hiệu không thường xuyên thấy trên cả XQ và SA.

Phân loại BIRADS trên XQ: Phần lớn BN có phân loại BI-RADS trên Xquang là ác tính và nghi ngờ ác tính, chiếm 88%. Chỉ có 12% phân loại BI-RADS lành tính. Theo Nguyễn Văn Thắng, phân loại là BI-RADS 4 trên XQ phân nhóm 4a chiếm tỷ lệ cao nhất (50,98%), phân nhóm BI-RADS 4b có tỷ lệ 29,41%, BI-RADS 4c 19,61%<sup>[4]</sup>.



**Hình 1: BN Nữ, 56T, trên XQ- 2D (trái) khối tăng đậm độ bờ tua gai ~BIRADS 4b, sau chụp CESM (phải) ngấm thuốc mạnh khá đồng nhất, xuất hiện nốt ngấm thuốc nhỏ hơn phía trước ngay sau núm vú. Kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô ống xâm nhập**

### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 50 bệnh nhân tổn thương tuyến vú có chỉ định chụp XQ CESM, một số kết quả hình ảnh thu được như sau: mật

độ mô vú ở nhóm lành tính và ác tính đều chủ yếu ở type C với tỉ lệ lần lượt là 54,55% và 60,71%; Hình dạng đa thùy ở nhóm lành tính là 13,64% thấp hơn so với ở nhóm ác tính là 50%; Tỉ lệ đường bờ không rõ nét và có tua gai ở nhóm ác tính là 53,57% và 21,43% cao hơn so với nhóm lành tính với tỉ lệ lần lượt là 22,73% và 9,09%; Tỉ lệ tăng đậm độ ở nhóm ác tính là 85,71% cao hơn nhóm lành tính (54,55%); Tỉ lệ hình ảnh xâm lấn xung quanh trên Xquang CESH nhóm ác tính là 42,86% cao hơn nhóm lành tính là 4,55%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. (2018). Global cancer statistics: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. Cancer journal for clinicians. 68(6), pp. 394-424.
2. Chen, M. T., Sun, H. F., Zhao et al. (2017). Comparison of patterns and prognosis among distant metastatic breast cancer patients by age groups: a SEER population-based analysis. Scientific reports, 7(1), 9254. Doi.org/10.1038/s41598-017-10166-8
3. Fatima. Cardoso, E. Senkus, A. Costa, et al. (2018). 4th ESO-ESMO International

Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer. Annals of Oncology 29: 1634-1657. Doi:10.1093/annonc/mdy192.

4. Nguyễn Văn Thắng (2013). Nghiên cứu giá trị chẩn đoán ung thư vú của chụp Xquang kết hợp siêu âm tuyến vú, Đại Học Y Hà Nội.
5. Ayman M.A.M. Nad, Rashad Hamdi, Ahmed Shokry (2017). Dual energy contrast enhanced soft tissue digital mammography versus ultrasound elastography in the evaluation of breast masses. The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine 48 (2017) 1179 - 1186.
6. Nguyễn Thị Mai Lan (2020). Nghiên cứu tỉ lệ mắc mới ung thư vú ở phụ nữ Hà Nội giai đoạn 2014 - 2016. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. 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.
8. Phạm Hồng Khoa (2017). Nghiên cứu ứng dụng phương pháp sinh thiết hạch cửa trong điều trị ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn sớm, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

## KẾT QUẢ VÀ MỘT SỐ KHÓ KHĂN TRONG THỰC HIỆN CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG METHADONE TẠI TỈNH VĨNH LONG GIAI ĐOẠN 2018 - 6/2020

LÊ THỊ KIM ÁNH<sup>1</sup>, NGUYỄN QUỐC PHỤC<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội  
<sup>2</sup>Sở Y tế tỉnh Vĩnh Long

#### TÓM TẮT

Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả kết quả và phân tích các khó khăn trong thực hiện chương trình quản lý điều trị người nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại tỉnh Vĩnh Long giai đoạn 2018 - 6/2020. Qua hồi cứu số liệu thứ cấp, kết hợp phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm nhân viên y tế và khách hàng, nghiên cứu cho thấy cả 2 cơ sở điều trị đều đáp ứng

các quy định và đạt được các kết quả theo mục tiêu, tuy nhiên có một số khó khăn bao gồm cơ sở vật chất chật chội, nhân lực kiêm nhiệm quá nhiều nên quá tải, thiếu nhân lực cấp phát thuốc và thời gian cấp phát thuốc chưa hợp lý với khách hàng, chế độ phụ cấp độc hại chưa phù hợp với nhu cầu của nhân viên. Những khó khăn này ngành y tế Vĩnh Long cần quan tâm giải quyết trong thời gian tới.

**Từ khóa:** Kết quả, khó khăn, chương trình Methadone, Vĩnh Long.

**SUMMARY**  
**RESULTS AND OBSTACLES IN IMPLEMENTING THE METHADONE MAINTENANCE TREATMENT (MMT)**

Chịu trách nhiệm: Lê Thị Kim Ánh  
 Email: ltka@huph.edu.vn  
 Ngày nhận: 04/5/2021  
 Ngày phản biện: 29/5/2021  
 Ngày duyệt bài: 02/6/2021