

Bạch cầu: Tỷ lệ hạ bạch cầu tổng trong nghiên cứu là 30,8%, hạ độ 1-2 là 34,6%, hạ bạch cầu độ 3,4 là 3,8%. Hạ bạch cầu trung tính trong nghiên cứu là 34,6%, trong đó chủ yếu là hạ bạch cầu độ 1-2 (39,7%). Tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính độ 3,4 là 3,8%. Không có trường hợp nào sốt do hạ bạch cầu hạt.

Tiểu cầu: tỷ lệ dao động 6,4%-30,8% giữa các chu kỳ. Chỉ có 02 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 2,5% hạ tiểu cầu nặng và chính liều hay trì hoãn điều trị do tình trạng hạ tiểu cầu. Nghiên cứu của Zhang và cs (2019), tỷ lệ hạ tiểu cầu độ 3,4 là 5,4%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Tác dụng không mong muốn tăng men gan gặp nhiều nhất ở sau chu kỳ 3 với tỉ lệ 25,6%. Không có bệnh nhân nào gặp phải tác dụng không mong muốn suy thận trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Điều trị hóa chất dẫn đầu phác đồ Gemcitabine- Cisplatin bước đầu mang lại hiệu quả điều trị tốt, tỷ lệ các tác dụng không mong muốn thấp và khả năng dung nạp tốt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Vinh Quang.** Nghiên Cứu Điều Trị Ung Thư Vòm Họng Giai Đoạn III,IV(M0) Bằng Phối Hợp Hóa Xạ Trị Gia Tốc 3 Chiều Theo Hình Dạng Khối

U. Luận văn Tiến sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2012

2. **Petit C, Lee AW, Carmel A, et al.** Network-meta-analysis of chemotherapy in nasopharyngeal carcinoma (MAC-NPC): An update on 8,221 patients. *J Clin Oncol.* 2020;38(15_suppl):6523-6523.
3. **Sun H, Ferlay J, Siegel RL, 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(3):209-249.
4. **Zhang Y, Chen L, Hu GQ, et al.** Gemcitabine and Cisplatin Induction Chemotherapy in Nasopharyngeal Carcinoma. *N Engl J Med.* 2019;381(12):1124-1135.
5. **Zhang L, Huang Y, Hong S, et al.** Gemcitabine plus cisplatin versus fluorouracil plus cisplatin in recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma: a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. *The Lancet.* 2016;388(10054):1883-1892.
6. **Yang Q, Cao SM, Guo L, et al.** Induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy alone in locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: long-term results of a phase III multicentre randomised controlled trial. *Eur J Cancer Oxf Engl 1990.* 2019;119:87-96.

NHẬN XÉT VAI TRÒ SINH THIẾT KIM DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN TÍNH XÂM NHẬP CỦA UNG THƯ TUYẾN VÚ

Đặng Phước Triều¹, Trần Thị Linh¹, Dương Đức Hữu¹, Nguyễn Duy Thái¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của sinh thiết kim dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán thể mô học và mức độ xâm nhập của ung thư biểu mô (UTBM) tuyến vú đối chiếu với mô bệnh học sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành trên 55 bệnh nhân UTBM tuyến vú, được chẩn đoán bằng sinh thiết kim dưới hướng dẫn siêu âm từ tháng 6/2021 đến 6/2022 được phẫu thuật tại bệnh viện K. Mô tà đặc điểm hình ảnh tổn thương trên siêu âm, phim chụp tuyến vú và các yếu tố trong quá trình sinh thiết. Đánh giá mức độ

phù hợp chẩn đoán mô bệnh học sinh thiết kim và mô bệnh học sau phẫu thuật về thể mô học, tính chất xâm nhập; phân tích các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Kích thước trung bình của khối u là 21,9mm. UTBM tuyến vú thể ống thường gặp nhất, chiếm 76,4%. Tỷ lệ chẩn đoán đúng thể mô học UTBM tuyến vú trên mẫu mô sinh thiết kim dưới hướng dẫn của siêu âm, so với phẫu thuật, là 74,5%. Trong chẩn đoán UTBM tuyến vú xâm nhập, sinh thiết kim cho độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán đúng lần lượt là 87%, 100% và 87,3%. Giá trị chẩn đoán dương tính và giá trị chẩn đoán âm tính là 100% và 12,5%. **Kết luận:** Sinh thiết tuyến vú bằng kim dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp có giá trị trong chẩn đoán mô học, cũng như trong chẩn đoán tính xâm nhập của UTBM. Tuy nhiên, trong chẩn đoán UTBM tuyến vú tại chỗ, sinh thiết kim vẫn còn nhiều hạn chế, đòi hỏi tăng kích thước mẫu mô hoặc số mảnh bệnh phẩm nhằm tăng khả năng chẩn đoán.

Từ khóa: UTBM tuyến vú, chẩn đoán típ mô học, tính chất xâm nhập, sinh thiết kim.

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đức Hữu

Email: huuhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.11.2022

Ngày phân biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023

SUMMARY**THE ROLE OF ULTRASOUND-GUIDED CORE NEEDLE BIOPSY IN INVASIVE CHARACTERISTICS DIAGNOSIS OF BREAST CANCER**

Objectives: To evaluate the value of ultrasound-guided core needle biopsy in diagnosing breast cancer histology in comparison with postoperative results.

Subjects and Methods: A retrospective study was conducted at the National Cancer Hospital from June 2021 to June 2022, on 55 breast cancer patients diagnosed by ultrasound-guided core needle biopsy and operated on. Describe the characteristics of lesions on ultrasound, mammography, and factors in the biopsy process. Histological diagnosis on biopsy - operative tissue and related factors were analyzed.

Results: The mean tumor size was 21.9mm. Ductal carcinoma was the most common histological type, accounting for 76.4%. The accuracy of histological diagnosis on ultrasound-guided core needle biopsy tissue was 74.5%. In the diagnosis of invasive breast cancer, core needle biopsy showed sensitivity, specificity, and accuracy of 87%, 100%, and 87.3%, respectively. The positive predictive value and the negative predictive value were 100% and 12.5%.

Conclusion: Ultrasound-guided core needle biopsy is a valuable method in histological diagnosis, as well as the diagnosis of invasive breast cancer. However, in the diagnosis of breast cancer in situ, core needle biopsy still has many limitations, requiring an increase in sample size or the number of specimens to improve diagnostic capacity.

Keywords: Breast cancer, Histology subtype diagnosis, invasive characteristics, core needle biopsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến vú là bệnh lý ung thư phổ biến nhất trên thế giới hiện nay. Theo thống kê của Globocan, ung thư vú đã vượt ung thư phổi trở thành bệnh lý có số ca mắc mới nhiều nhất năm 2020 với hơn 2.261.000 ca, chiếm 11,7% tổng số ca ung thư trên toàn cầu. Đây cũng là bệnh lý ung thư có số lượng người tử vong cao, đứng thứ đầu ở nữ giới và thứ 5 ở cả hai giới. Tại Việt Nam, theo ước tính có đến 21.500 ca ung thư vú mới được phát hiện trong năm 2020, chiếm 25,8% tổng số ca ung thư ở nữ giới¹.

Trong các bệnh lý ung thư nói chung và ung thư vú nói riêng, tiên lượng bệnh phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó bao gồm tuổi bệnh nhân, giai đoạn bệnh, thể và độ mô học. Việc chẩn đoán ung thư vú ở giai đoạn sớm, đặc biệt đối với các tổn thương UTBM tuyến vú tại chỗ, có ý nghĩa rất lớn trong điều trị bệnh, cải thiện đáng kể thời gian sống thêm so với nhóm ung thư vú thể xâm nhập.

Hiện nay, sinh thiết kim tổn thương tuyến vú dưới hướng dẫn siêu âm đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán các bệnh lý tuyến vú nói chung và ung thư vú nói riêng. Kết quả mô bệnh học

sinh thiết kim, cùng với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác, là cơ sở để phân loại giai đoạn và quyết định phương pháp điều trị cho bệnh nhân. Chẩn đoán UTBM tuyến vú tại chỗ hay xâm nhập trên mô bệnh học sinh thiết là một chẩn đoán thường gặp trên thực tế lâm sàng. Chẩn đoán chính xác tính chất xâm nhập của UTBM tuyến vú trước phẫu thuật có ý nghĩa rất trong việc lập kế hoạch điều trị, cũng như cải thiện tiên lượng bệnh, đóng vai trò to lớn trong thực hành lâm sàng điều trị hiện nay².

Tuy nhiên, việc chẩn đoán tính chất xâm nhập của UTBM tuyến vú trên mô bệnh học sinh thiết còn có nhiều điểm chưa rõ ràng về tỷ lệ chẩn đoán đúng, tỷ lệ chẩn đoán dưới mức và các yếu tố dự báo khả năng xâm nhập của ung thư tuyến vú. Theo nghiên cứu của Ough M., tỷ lệ chẩn đoán đúng tính chất xâm nhập của UTBM vú trên sinh thiết kim là 86%, tỷ lệ chẩn đoán dưới mức là 23%³. Một phân tích hệ thống của Meagan E. Brennan năm 2011, tỷ lệ chẩn đoán dưới mức tính chất xâm nhập của ung thư vú trên sinh thiết kim khi so sánh với mô bệnh học sau phẫu thuật rất dao động, từ 0% đến 59%, với giá trị ước lượng tác động ngẫu nhiên là 25,9% (95% CI: 22.5-29.5%)⁴. Điều này mang đến câu hỏi lớn cho các nhà lâm sàng cũng như cận lâm sàng về độ chính xác của phương pháp trong chẩn đoán tính chất xâm nhập của UTBM tuyến vú

Nhằm trả lời câu hỏi về vai trò của sinh thiết kim trong chẩn đoán tính chất xâm nhập của UTBM tuyến vú, chúng tôi thực hiện đề tài "*Nhận xét vai trò sinh thiết kim dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán tính chất xâm nhập của ung thư tuyến vú*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân ung thư tuyến vú được chẩn đoán bằng sinh thiết kim và được phẫu thuật tại bệnh viện K. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: các bệnh nhân được hóa chất, xạ trị tân bổ trợ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.
- Cỡ mẫu: thuận tiện: n=55 bệnh nhân

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện K, từ 6/2021 đến tháng 06/2022.

2.4. Quy trình nghiên cứu

- Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào trong đề tài.

- Đối chiếu kết quả mô bệnh học sinh thiết kim và sau phẫu thuật.

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Trong thời gian từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2022, có 55 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn, với độ tuổi trung bình 52 tuổi, dao động từ 31 đến 85 tuổi.

Về phân bố vị trí UTBM tuyến vú, tỷ lệ tổn thương nằm ở vú phải và vú trái lần lượt là 60% và 40%. Các tổn thương phân bố chủ yếu ở ¼ trên ngoài tuyến vú hai bên, với tỷ lệ 45.5%. Kích thước trung bình của khối u là 21,9mm, kích

thước nhỏ nhất là 7mm, lớn nhất là 65mm.

Đặc điểm hình ảnh: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 01 trường hợp UTBM nội ống (chiếm tỉ lệ 1,8%). Trên hình ảnh siêu âm, tổn thương có kích thước 7mm, bờ thùy múi, ranh giới rõ, lan theo ống tuyến.

Trong số 54 tổn thương UTBM xâm nhập, 100% có bờ không đều, kích thước trung bình 22,2mm (9-65mm), tỷ lệ tổn thương tạo khối trên siêu âm chiếm ưu thế (88,9%), không tạo khối trên siêu âm (11,1%). Tỷ lệ tổn thương có vôi hóa nghi ngờ ác tính chiếm 59,3%, không có vôi hóa và vôi hóa không điển hình (40,7%).

Kết quả mô bệnh học sinh thiết kim, đối chiếu sau phẫu thuật

Bảng 1. Kết quả chẩn đoán thể mô học UTVM trên sinh thiết kim, đối chiếu mô bệnh học sau phẫu thuật (n=55)

Mô bệnh học sinh thiết kim	Mô bệnh học sau phẫu thuật						n
	Thể ống	Thể tiểu thùy	Thể hỗn hợp (ống và tiểu thùy)	Thể tủy	Thể nhú	Thể khác	
Thể ống	39	5	2	1	1	-	48
Thể tiểu thùy	1	-	-	-	-	-	1
Thể hỗn hợp	-	-	-	-	1	-	1
Thể tủy	-	-	-	1	-	-	1
Thể nhú	-	-	1	-	1	-	2
Thể khác (*)	2	-	-	-	-	-	2
Tổng	42	5	3	2	3	-	55

(*): bao gồm 01 trường hợp thể sàng, 01 trường hợp thể dị sản.

Mô bệnh học sau phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u cho thấy, UTBM thể ống chiếm tỷ lệ cao nhất (76,4%). Các thể mô học UTVM khác như thể tiểu thùy, thể hỗn hợp, thể nhú, thể tủy ít gặp, chiếm tỷ lệ thấp trong nghiên cứu. Giá trị chẩn đoán đúng của sinh thiết kim nhỏ trong chẩn đoán tủy mô bệnh học là 74,5%.

Trong số 14 trường hợp chẩn đoán không phù hợp, có 06 trường hợp nhầm lẫn giữa thể ống và thể tiểu thùy, chiếm tỷ lệ 42.9%. 02 trường hợp chẩn đoán không đầy đủ (thể ống trên bệnh phẩm sinh thiết kim, sau mổ có chẩn đoán thể hỗn hợp thành phần ống và tiểu thùy).

Bảng 2. Kết quả chẩn đoán tính chất xâm nhập của UTVM trên sinh thiết kim, đối chiếu giải phẫu bệnh sau phẫu thuật (n=55)

Mô bệnh học sinh thiết kim	Mô bệnh học sau phẫu thuật		N
	UTBM xâm nhập	UTBM tại chỗ	
UTBM xâm nhập	47	0	47
UTBM tại chỗ	7	1	8
Tổng	54	1	55

Chẩn đoán UTBM tuyến vú xâm nhập trên

mẫu mô sinh thiết kim dưới hướng dẫn siêu âm có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán đúng, giá trị chẩn đoán dương tính và âm tính lần lượt là 87%, 100%, 87.3%, 100% và 12.5%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 55 bệnh nhân UTBM tuyến vú. Trong đó, độ tuổi trung bình nhóm đối tượng nghiên cứu là 52 tuổi, với tuổi nhỏ nhất là 31 tuổi, tuổi cao nhất là 85 tuổi. Kích thước trung bình của khối u là 21,9mm, dao động từ 7mm đến 65mm. UTBM thể ống là thể mô bệnh học thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ 76,4%. Tỷ lệ UTBM tuyến vú thể ống trong nghiên cứu phù hợp với tỷ lệ chung của bệnh và các nghiên cứu khác trên thế giới. Một nghiên cứu phân tích hệ thống của Inhye Park năm 2013 cho thấy ung thư thể ống chiếm 87% tổng số ca ung thư tuyến vú xâm nhập⁵. Trong nghiên cứu của tác giả Ozdemir và CS năm 2007 về sinh thiết kim, UTBM thể ống cũng là thể giải phẫu bệnh chiếm đa số, với tỷ lệ 78.7%⁶. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 54/55 trường hợp UTBM xâm nhập được chẩn đoán bằng mô bệnh học sau phẫu thuật. 01

trường hợp chẩn đoán UTBM tại chỗ sau phẫu thuật. Tỷ lệ các trường hợp ung thư tại chỗ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối thấp so với một số nghiên cứu khác trên thế giới về ung thư vú nói chung và sinh thiết kim nói riêng. Theo Karla Kerlikowske và cs (2010), ung thư vú thể nội ống chiếm khoảng 20 đến 25% tổng số ca UTV mới mắc tại Hoa Kỳ⁷. Tỷ lệ UTV thể nội ống trong nghiên cứu của chúng tôi thấp do đa phần các tổn thương này thường được phát hiện trên phim chụp tuyến vú với tỷ lệ từ 80 đến 85%⁷. Việc chẩn đoán UTV thể nội ống thường dựa vào định vị kim dây sinh thiết mở các tổn thương vì với nghi ngờ ác tính trên phim chụp tuyến vú, nên các bệnh nhân này không nằm trong nghiên cứu của chúng tôi.

Sinh thiết vú dưới hướng dẫn của siêu âm, hiện nay đã trở thành phương pháp đầu tay được lựa chọn để chẩn đoán xác định UTBM tuyến vú nói riêng và các bệnh lý tuyến vú nói chung. Trong chẩn đoán tít mô bệnh học UTBM tuyến vú, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, chẩn đoán trên mẫu mô sinh thiết kim có giá trị chẩn đoán đúng là 74,5%. Các trường hợp chẩn đoán không phù hợp đa số xảy ra giữa UTBM thể ống và thể tiểu thùy, chiếm 42.9% các trường hợp. Việc chẩn đoán UTBM tuyến vú thể tiểu thùy trên hình thái học chủ yếu dựa vào hình ảnh các tế bào ung thư sắp xếp thành dải, có thể bao quanh ống tuyến bình thường; có thể hạn chế quan sát thấy trên mẫu mô sinh thiết kim, dễ gây ra sự nhầm lẫn với UTBM thể ống⁸. Một số trường hợp chẩn đoán không phù hợp xảy ra ở các nhóm UTBM tít không đặc hiệu hoặc các tít hiếm gặp khác do tính không đồng nhất trong mô học của UTBM tuyến vú. Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng đối với nghiên cứu của các tác giả Ozdemir A. (85,2%), Harris G.C (74%), Badoual C.(73,6%)^{6, 9, 10}.

Bên cạnh vai trò trong chẩn đoán xác định tít mô bệnh học, nghiên cứu của chúng tôi còn chỉ ra sự phù hợp trong đánh giá tính chất xâm nhập của UTBM tuyến vú giữa sinh thiết kim và kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật với tỷ lệ chẩn đoán đúng 87,3%. Độ nhạy và độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán dương tính của sinh thiết kim trong chẩn đoán UTBM tuyến vú xâm nhập lần lượt là 87%, 100% và 100%. Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Ough M với tỷ lệ chẩn đoán đúng là 86%, trong đó giá trị chẩn đoán dương tính ở mức 100%⁷. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi lại cho thấy giá trị dự báo âm tính của sinh thiết kim trong chẩn đoán UTV xâm nhập lại rất thấp, chỉ ở mức

12.5%. 07/08 trường hợp UTBM tuyến vú bị chẩn đoán dưới mức so với mô bệnh học sau phẫu thuật. Tỷ lệ chẩn đoán dưới mức trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong phân tích hệ thống của Meagan E. Brennan³ (từ 0% đến 59%). Việc chẩn đoán dưới mức UTBM xâm nhập có thể do tính không đồng nhất của khối u, đặc biệt với các tổn thương lớn, và kích thước, cũng như số lượng mẫu mô sinh thiết kim. Theo nghiên cứu của Nehmat Houssami và cs năm 2007, tỷ lệ chẩn đoán dưới mức trên sinh thiết kim tăng dần theo kích thước khối u và thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm sinh thiết có hỗ trợ hút chân không với kim cỡ 11Gause, so sánh với sinh thiết lõi thông thường (với cỡ kim 14 Gause). Sinh thiết kim có hỗ trợ hút chân không chẩn đoán, với khả năng chẩn đoán tương đương với sinh thiết mở, trong những trường hợp này có thể được coi như một giải pháp hữu hiệu không chỉ cải thiện khả năng chẩn đoán, mà còn giảm thiểu tỷ lệ chẩn đoán dưới mức tính xâm nhập của ung thư vú.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng sinh thiết kim dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp có giá trị trong chẩn đoán tít mô bệnh học của UTBM tuyến vú, cũng như đánh giá tính chất xâm nhập của khối u. Hạn chế của sinh thiết kim, nhất là trong chẩn đoán các UTV tại chỗ, có thể được khắc phục bằng sinh thiết với hỗ trợ hút chân không chẩn đoán, nhằm mang lại lợi ích tối đa cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al** (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 71(3):209-249.
2. **Gradishar WJ, Anderson BO, Balassanian R, et al** (2018). Breast Cancer, Version 4.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*, 16(3):310-320.
3. **Ough M, Velasco J, Hieken TJ** (2011). A comparative analysis of core needle biopsy and final excision for breast cancer: histology and marker expression. *Am J Surg*, 201(5):692-4.
4. **Brennan ME, Turner RM, Ciatto S, et al** (2011). Ductal carcinoma in situ at core-needle biopsy: meta-analysis of underestimation and predictors of invasive breast cancer. *Radiology*, 260(1):119-28.
5. **Park I, Kim J, Kim M, et al** (2013). Comparison of the characteristics of medullary breast carcinoma and invasive ductal carcinoma. *J Breast Cancer*, 16(4):417-25.
6. **Ozdemir A, Voyvoda NK, Gultekin S, Tuncbilek I, Dursun A, Yamac D** (2007). Can

- core biopsy be used instead of surgical biopsy in the diagnosis and prognostic factor analysis of breast carcinoma? Clin Breast Cancer, 7(10):791-5.
7. **Kerlikowske K** (2010). Epidemiology of ductal carcinoma in situ. J Natl Cancer Inst Monogr, 2010(41):139-41.
 8. **Thomas M, Kelly ED, Abraham J, Kruse M** (2019). Invasive lobular breast cancer: A review of pathogenesis, diagnosis, management, and future directions of early stage disease. Semin Oncol, 46(2):121-132.
 9. **Badoual C, Maruani A, Ghorra C, Lebas P, Avigdor S, Michenet P** (2005). Pathological prognostic factors of invasive breast carcinoma in ultrasound-guided large core biopsies-correlation with subsequent surgical excisions. Breast, 14(1):22-7.
 10. **Harris GC, Denley HE, Pinder SE, et al** (2003). Correlation of histologic prognostic factors in core biopsies and therapeutic excisions of invasive breast carcinoma. Am J Surg Pathol, 27(1):11-5.

TỔNG QUAN VỀ KẾT QUẢ CỦA CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU MŨI

Phạm Văn Huy¹, Phạm Trần Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Trong nhiều năm trở lại đây có nhiều các nghiên cứu về chảy máu mũi trên cộng đồng đã được công bố, tuy nhiên vẫn chưa có nhiều nghiên cứu tổng hợp các kết quả từ các nghiên cứu này để có cái nhìn khách quan nhất về các phương pháp điều trị chảy máu mũi. Do đó nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả kết quả các phương pháp điều trị chảy máu mũi. Nghiên cứu dựa trên hướng dẫn PRISMA-SCR (PRISMA extension for Scoping Reviews) là bảng kiểm dành cho các nghiên cứu viên thực hiện nghiên cứu tổng quan. Cơ sở dữ liệu Pubmed/Medline được sử dụng để tìm kiếm các nghiên cứu trên thế giới. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 18 bài báo đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu. Mỗi phương pháp có một ưu và nhược điểm riêng do đó tỷ lệ thành công cũng như khả năng tái phát của các phương pháp là khác nhau. Phương pháp điều trị nội khoa cho tỷ lệ thành công dao động từ 26,8% đến 95,2%. Phương pháp đông điện nội soi, tỷ lệ thành công cao dao động từ 92% đến 100%. Phương pháp thuyên tắc động mạch, tỷ lệ này biến thiên từ 83,1% đến 95,1% và phương pháp thắt động mạch dao động từ 85,7 đến 89,0%. Do đó, cần nâng cao trình độ của bác sĩ, cũng như đẩy mạnh công tác đào tạo và phát triển kỹ thuật dòng điện cầm máu mũi qua nội soi rộng rãi trong đội ngũ bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng và tại các trung tâm cấp cứu Tai-Mũi-Họng. **Từ khóa:** Chảy máu mũi, kết quả, phương pháp điều trị

SUMMARY

RESULTS OF NOSEBLEEDS TREATMENTS: LITERATURE REVIEW

In recent years, many studies on nosebleeds in the community have been published, but the synthesis of research results on nosebleeds to get overview of the methods on treating this issue has not been

interested and implemented by the authors. Therefore, this study was conducted to describe the results of the nosebleeds treatment. PRISMA-SCR (PRISMA extension for Scoping Reviews) was used as a checklist for researchers to review the studies. We used PubMed/Medline database to find studies about the topic interested. The results showed that there were 18 qualified publications selected for the study. Each method has its own advantages and disadvantages, so the success rate and recurrence rate of these methods are different. Medical treatments for success rates range from 26.8% to 95.2%. Endoscopic electrocoagulation has a high success rate ranging from 92% to 100%. In the arterial embolization method, the rate varied from 83.1% to 95.1% and the arterial ligation method ranged from 85.7 to 89.0%. Therefore, it is necessary to improve the qualifications of doctors, as well as promote the training and development of endoscopic hemostatic current techniques widely in the team of ENT specialists and at the centers. Ear-Nose-Throat first aid. **Keywords:** Nosebleed, results, treatment methods.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu mũi (CMM) là một cấp cứu thường gặp trong chuyên khoa Tai Mũi Họng với nhiều mức độ và có nhiều nguyên nhân khác nhau, và CMM chiếm vị trí thứ nhất về tần số gặp trong chảy máu đường hô hấp trên tự phát, 60% dân số từng bị chảy máu mũi, nhưng trong số đó chỉ có khoảng 10%(tương đương 6% dân số) cần chăm sóc y tế^{1,2,3}. Có nhiều nguyên nhân gây chảy máu mũi được chia thành những nhóm nguyên nhân chính: Nguyên nhân tại chỗ, nguyên nhân toàn thân, nguyên nhân do thuốc hoặc không tìm thấy nguyên nhân^{8,9,10}

Ngày nay với sự ra đời và phát triển của kỹ thuật nội soi mũi xoang đã đem lại những tiến bộ trong điều trị các bệnh Mũi - Xoang nói chung và trong chẩn đoán, điều trị chảy máu mũi nói riêng, nó chứng tỏ tính hơn hẳn so với các phương pháp cầm máu khác trong phần lớn các

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Huy

Email: huyphament@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023