

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM TUYẾN VÚ SAU SINH THIẾT CÓ HỖ TRỢ HÚT CHÂN KHÔNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Nguyễn Thị Hoa<sup>a</sup>, Nguyễn Duy Trinh<sup>b</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Minh<sup>c</sup>,  
Luu Hồng Nhung<sup>c</sup>, Lại Thu Hương<sup>c</sup>, Nguyễn Thị Thanh Thủy<sup>c</sup>,  
Nguyễn Thị Thu Huyền<sup>a</sup>, Phạm Việt Hà<sup>a</sup>, Vũ Đăng Lưu<sup>c</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hình ảnh siêu âm tuyến vú theo dõi sau hút bỏ u vú bằng phương pháp sinh thiết có hỗ trợ hút chân không (VABB) dưới hướng dẫn siêu âm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu và hồi cứu gồm 143 bệnh nhân với 190 tổn thương được thực hiện tại Trung tâm điện quang – Bệnh viện Bạch Mai từ 8/2018 đến 8/2021. **Kết quả:** Theo dõi sau hút 1 tháng thấy biến chứng chủ yếu là máu tụ (87.4%), theo dõi sau 1 – 3 năm cho thấy hầu hết các tổn thương không để lại dấu vết (từ 75% theo dõi sau 1-2 năm lên 84.2% sau hút 2 năm trở lên) hoặc chỉ có sẹo nhỏ hoặc biến dạng cấu trúc nhỏ, chỉ có một trường hợp còn sót u phát hiện sau hút 1 năm do yếu tố khách quan. Thể tích sẹo trung bình sau hút 1-2 năm là  $0.01 \pm 0.03\text{cm}^3$ , sau 2 năm là  $0.01 \pm 0.02\text{cm}^3$ . Có mối tương quan tuyến tính thuận giữa máu tụ và sẹo sau hút với thể tích u và số mảnh cắt, giữa sẹo và thể tích máu tụ sau hút. **Kết luận:** VABB là một phương pháp an toàn, hiệu quả, có tính thẩm mỹ cao, chẩn đoán chính xác tổn thương vú, là lựa chọn để điều trị các u vú lành tính.

**Từ khóa:** u vú lành tính, sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm

**Các chữ viết tắt:** VABB: sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không, NC: nghiên cứu, BN: bệnh nhân

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF BREAST ULTRASOUND IMAGES AFTER ULTRASOUND-GUIDED VACUUM ASSISTED BREAST BIOPSY

**Aim:** To evaluate breast ultrasound images followed-up after complete excision of benign breast tumors by ultrasound-guided vacuum assisted breast biopsy (VABB). **Subjects and methods:** This is a prospective and retrospective study of 143 patients with 190 lesions at the Radiology Center - Bach Mai Hospital from August 2018 to August 2021. The patients had undergone VABB device excision of benign breast tumors and been followed up by ultrasonography for 1- 3 years. **Results:** Within 1 month of follow-up, the main complication was hematoma (87.4%), after 1-3 years of follow-up, most of the lesions did not leave any traces (from 75% after

1-2 years of follow-up to 84.2% after 2 years) or only had minimal scars or minimal parenchyma distortion. There was only one case of residual tumor detected 1 year after excision due to objective factors. The average scar volume after 1 -2 years of follow-up is  $0.01 \pm 0.03 \text{ cm}^3$  and  $0.01 \pm 0.02 \text{ cm}^3$  after 2 years. There is a positive linear relationship between hematoma and scar with tumor volume and number of specimens and between scar and hematoma after excision. **Conclusion:** VABB is a safe, effective, highly cosmetic method, accurately diagnose of breast lesions, and it is the choice for the treatment of benign breast tumors.

**Keywords:** benign breast tumor, ultrasound-guided vacuum assisted breast biopsy, VABB

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh vú là một trong các bệnh lý phổ biến nhất ở nữ giới, trong đó các bệnh vú lành tính chiếm đa số. Mặc dù các u lành tính vú không gây đe dọa đến tính mạng nhưng đáng chú ý do tỉ lệ mắc cao, tăng kích thước, gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ hoặc chất lượng cuộc sống của người bệnh. Do đó việc loại bỏ các tổn thương lành tính là cần thiết và phần lớn bệnh nhân đều mong muốn loại bỏ hoàn toàn u bằng kỹ thuật xâm lấn tối thiểu.

Sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không (VABB - Vacuum-assisted Breast Biopsy) dưới hướng dẫn siêu âm được giới thiệu từ cuối thập niên 90 của thế kỷ 19 và được chứng minh là một phương pháp mới có giá trị trong điều trị các tổn thương tuyến vú<sup>1</sup>. Những lợi ích và hiệu quả của phương pháp đã được nhiều tác giả trong và ngoài nước NC, nhưng vẫn còn nhiều tranh cãi trong việc theo dõi các tổn thương sau hút. Do đó, nghiên cứu đặc điểm hình ảnh tuyến vú theo dõi sau hút ở các thời điểm khác nhau nhằm cung cấp thêm thông tin cho các bác sỹ lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh trong việc đánh giá tổn thương vú sau điều trị bằng phương pháp này.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu.** Các BN (BN) được chỉ định VABB dưới siêu âm với mục đích điều trị (190 tổn thương trên 143 BN) được thực hiện tại Trung tâm điện quang – Bệnh viện Bạch Mai từ 8/2018 đến 8/2021.

**1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn BN:** các BN

<sup>a</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

<sup>b</sup>Bệnh viện đa khoa Tâm Anh,

<sup>c</sup>Bệnh viện Bạch mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa

Email: drhoa.radiology@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2021

Ngày duyệt bài: 8.9.2021

trong NC phải có đủ các tiêu chuẩn sau:

- BN có chỉ định loại bỏ u vú lành tính bằng phương pháp VABB dưới siêu âm
- BN có đầy đủ thông tin và hồ sơ bệnh án.
- BN đồng ý tham gia vào NC.

Chỉ định điều trị loại bỏ u vú lành tính dưới siêu âm bằng phương pháp VABB:

- Các tổn thương trong lòng ống tuyến, trong lòng nang (ví dụ: u nhú).

- Các tổn thương lành tính, có triệu chứng (ví dụ: u xơ).

- Bệnh nhân quá lo lắng về u vú hoặc không có điều kiện theo dõi định kỳ.

**1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** loại trừ các BN không đủ tất cả các tiêu chuẩn trên.

**2. Phương pháp NC:** mô tả cắt ngang tiến cứu và hồi cứu

Các BN được theo dõi bằng siêu âm ngay sau hút, sau hút 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng và 1 – 3 năm, đánh giá hình ảnh tuyến vú sau hút và mỗi tương xứng với giải phẫu bệnh.

**3. Phương tiện NC:** máy siêu âm ALOKA ARIETTA với đầu dò Linear 9 MHz và máy hút chân không Bard hoặc Bexcore, sử dụng kim sinh thiết vú Bard (cỡ kim 7G hoặc 10G) hoặc Bexcore (8G hoặc 10G).

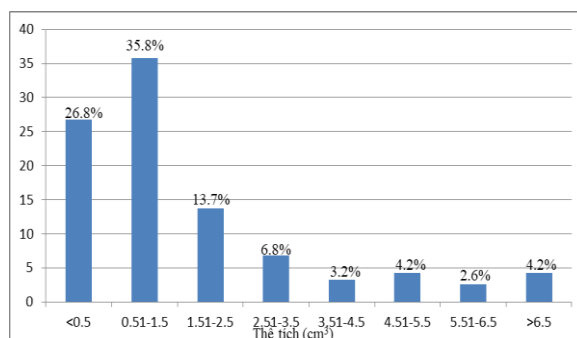
**4. Phân tích số liệu:** bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**1. Một số đặc điểm chung của đối tượng NC.** NC gồm 141 BN nữ với 190 tổn thương. Tuổi trung bình là  $32 \pm 9$  (17– 65 tuổi), độ tuổi hay gặp nhất từ 20 – 40 tuổi (74.2%), 58.4% dưới 35 tuổi.

Đường kính lớn nhất trung bình của các u là  $18.5 \pm 8.6$ mm (từ 3 – 50mm), trong đó 173/190 (91.1%) u có đường kính dưới 3cm, 17/190 (8.9%) có đường kính từ 3cm trở lên. Thể tích u trung bình là  $2.31 \pm 3.88$  cm<sup>3</sup> (0.03 – 30.38 cm<sup>3</sup>). Trong đó tỉ lệ gặp nhiều nhất ở nhóm có thể tích dưới 2.5 cm<sup>3</sup> (**Biểu đồ 1**).

Tỉ lệ u vú phải nhiều hơn vú trái, chiếm 55.8%, hay gặp nhất ở vị trí góc ¼ trên ngoài (43.2%), có 2 (1.1%) trường hợp u dưới núm vú. Khoảng cách từ u đến núm vú trung bình là  $21.2 \pm 12.2$  mm (0 – 60mm), khoảng cách đến da trung bình là  $5.1 \pm 2.7$ mm (1.9 – 15 mm), khoảng cách đến cơ ngực trung bình là  $2.1 \pm 2.5$  mm (0 – 11 mm). BN được hút u vú bằng các kim cỡ 7G (3/190 tổn thương, 1.6%), 8G (22/190 tổn thương, 11.6%), 10G (165/190 tổn thương, 86.8%). Số lượng u được hút trung bình 1 lần là  $1.7 \pm 0.9$  (nhiều nhất là 6).



**Biểu đồ 1: Phân bố tỉ lệ phần trăm các ca bệnh theo thể tích.**

**2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm tuyến vú sau hút u vú 1 tháng.** Hình ảnh biến chứng sớm hay gặp nhất sau hút là máu tụ tại vị trí hút u, chiếm 87.4%, tụ khí tại vị trí hút chiếm 20.4%.

Sau hút 1 ngày có 158 tổn thương được theo dõi, thể tích máu tụ trung bình là  $1.51 \pm 4.78$  cm<sup>3</sup> (0 – 40.6 cm<sup>3</sup>). Sau hút 1 tuần có 87 tổn thương được theo dõi, thể tích máu tụ trung bình là  $1.45 \pm 4.38$  cm<sup>3</sup> (0 – 38.1 cm<sup>3</sup>). Sau hút 1 tháng có 137 tổn thương được theo dõi, 52 tổn thương không để lại dấu vết (38%), 36 tổn thương còn để lại ổ dịch (26.3%), 55 tổn thương đã tạo sẹo (35.7%). Thể tích ổ dịch trung bình là  $0.92 \pm 2.75$  cm<sup>3</sup> (0.04 – 17.4 cm<sup>3</sup>). Thể tích sẹo trung bình là  $0.03 \pm 0.05$  cm<sup>3</sup> (0.01 – 0.3 cm<sup>3</sup>).

NC của chúng tôi thấy có mối tương quan tuyến tính thuận giữa máu tụ sau hút với thể tích khối ( $r = 0.17$ ,  $p = 0.03$ ) và số mảnh cắt ( $r = 0.13$ ,  $p = 0.02$ ). Biến chứng máu tụ ở nhóm dùng kim 8G cao nhất 95.7%, nhóm 10G là 85.6% và nhóm 7G là 56%, không có ý nghĩa thống kê.

Các khối có thể tích < 1.5cm<sup>3</sup> có thể tích máu tụ trung bình  $0.68 \pm 1.89$  cm<sup>3</sup>, các khối có thể tích  $\geq 1.5$  cm<sup>3</sup> có thể tích máu tụ trung bình  $3.07 \pm 7.54$  cm<sup>3</sup> ( $p = 0.002$ ).

**3. Đặc điểm hình ảnh siêu âm tuyến vú sau hút u vú 1 – 3 năm**

Sau hút 1 – 2 năm có 84 tổn thương được theo dõi, 63 (75%) tổn thương không để lại dấu vết, 18 (21.4%) tổn thương để lại sẹo với thể tích trung bình là  $0.01 \pm 0.03$  cm<sup>3</sup> (0.01 – 0.2cm<sup>3</sup>) trong đó 5/18 (27.8%) sẹo có co kéo da, 1 (1.2%) tổn thương chưa hết u, 1 (1.2%) tổn thương sau hút có biến đổi cấu trúc nhu mô tuyến (1.2%), 1 (1.2%) tổn thương còn ổ máu tụ nhỏ (**Bảng 1**).

**Bảng 1: Kết quả theo dõi sau điều trị hút bỏ u vú lành tính 1 – 3 năm**

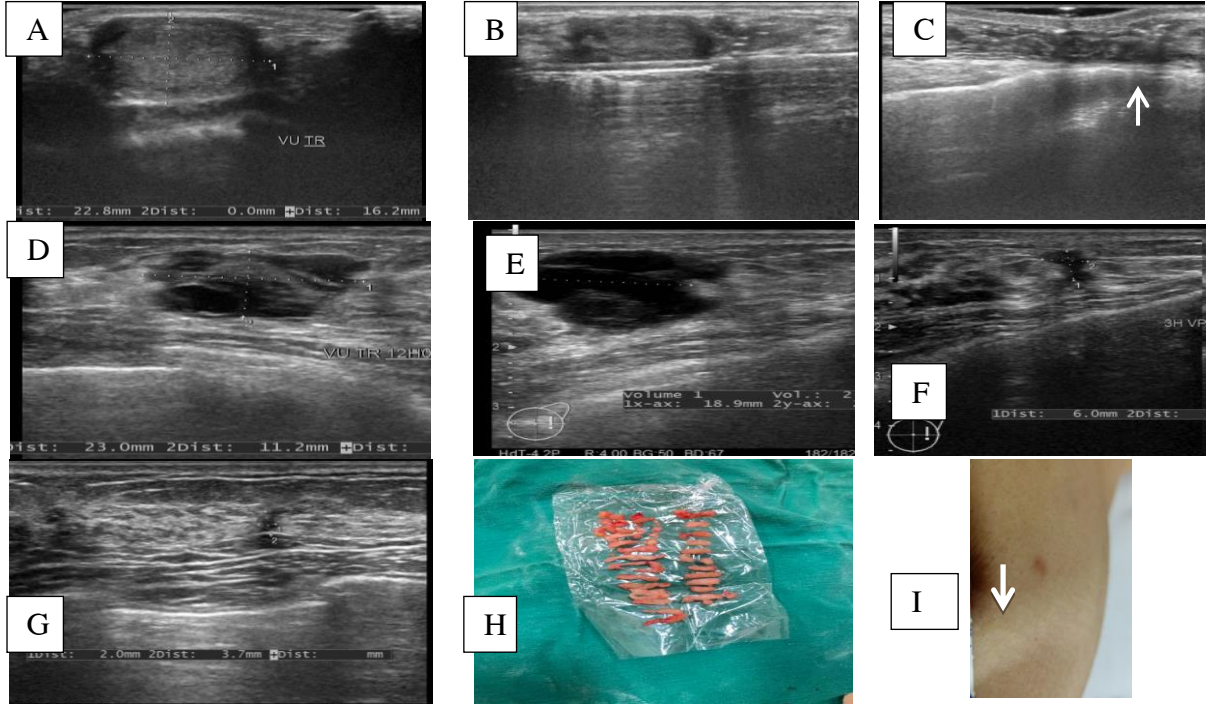
Hình ảnh theo dõi	1- 2 năm		$\geq 2$ năm	
	n	%	n	%

Hết u, không sẹo	63	75	16	84.2
Còn u	1	1.2	0	0
Sẹo	18	21.4	3	15.8
Biến đổi cấu trúc	1	1.2	0	0
Tụ máu	1	1.2	0	0
<b>Tổng</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Sau hút 2 – 3 năm có 19 tổn thương được theo dõi, trong đó 16 (84.2%) tổn thương hết sạch, không để lại sẹo, 3 (15.8%) tổn thương còn sẹo với thể tích trung bình  $0.01 \pm 0.02 \text{ cm}^3$

( $0.01-0.05 \text{ cm}^3$ ), không thấy tổn thương nào còn sót u, tụ máu hay biến đổi cấu trúc (Bảng 1).

NC của chúng tôi cho thấy mối tương quan tuyến tính thuận giữa thể tích u với sẹo sau hút ( $r = 0.37, p = 0.001$ ), giữa số mảnh cắt với sẹo sau hút ( $r = 0.42, p = 0.0001$ ), giữa thời gian hút và sẹo sau hút 1-2 năm ( $r = 0.39, p = 0.0001$ ), và giữa máu tụ với sẹo sau hút ( $r = 0.68, p = 0.0001$ ). Không có mối tương quan giữa cỡ kim và sẹo sau hút.



**Hình 1.** BN nữ 22 tuổi, được điều trị hút bỏ u xơ tuyến vú trái bằng phương pháp VABB dưới hướng dẫn siêu âm. Hình ảnh siêu âm u vú trước khi hút (A), trong khi hút (B) và sau khi hút (C), vị trí khối u sau hút (mũi tên trắng, sau hút 1 ngày (D), sau hút 1 tuần (E), sau hút 1 tháng (F), sau hút 1 năm (G), các mảnh cắt u sau hút (H) và sẹo sau hút 4 tháng (I) (mũi tên).

Các BN được theo dõi sau điều trị hút bỏ u vú lành tính đã có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh trước hút được khẳng định là u lành tính. Chiếm tỷ lệ nhiều nhất là u xơ tuyến vú (85.8%). 3 (1.6%) tổn thương có kết quả giải phẫu bệnh là quá sản ống không điển hình, 2 BN đã được đặt định vị kim dây và mổ cắt rộng sau 3 tháng, 1 BN theo dõi sau 6 tháng thấy hết u, không để lại sẹo, chưa thăm khám lại sau đó (Bảng 2).

**Bảng 2. Kết quả giải phẫu bệnh sau hút**

Kết quả giải phẫu bệnh sau hút	Số tổn thương	%
U xơ tuyến vú	163	85.8
Biến đổi xơ nang	5	2.6
Viêm xơ tuyến vú	5	2.6
U phyllode lành tính	2	1.1

Bệnh tuyến xơ hóa	6	3.2
U tuyến tuyến vú	1	0.5
U nhú nội ống	1	0.5
Quá sản ống thông thường	4	2.1
Quá sản ống không điển hình	3	1.6
<b>Tổng</b>	<b>190</b>	<b>100</b>

**IV. BÀN LUẬN**

**1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Tuổi trung bình của các đối tượng NC (NC) là  $32 \pm 9$  (17– 65 tuổi), trẻ hơn so với NC của các tác giả Jiang năm 2003<sup>2</sup>, tuổi trung bình là 37.8.

Về phân bố của u vú, trong NC của chúng tôi, tỉ lệ u vú phải nhiều hơn vú trái, chiếm 55.8%, hay gặp nhất ở vị trí góc ¼ trên ngoài (43.2%),

tương tự các NC trước đó<sup>3</sup>. Vị trí góc  $\frac{1}{4}$  trên ngoài là vùng có mật độ mô tuyến dày nhất, có tỉ lệ u vú cao nhất.

**2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm tuyến vú sau hút u vú 1 tháng.** Trong vòng 1 tháng sau hút u vú, theo dõi bằng siêu âm có thể thấy ổ dịch tồn dư giảm âm với hình dáng không đều, ranh giới rõ, có thể có vỏ bọc, không thấy đặc điểm nhu mô tuyến bình thường như "hình ngựa vằn" hoặc "tổ ong", trong một số trường hợp có thể thấy nhu mô tuyến gián đoạn đột ngột, điều đó cho thấy ổ dịch tồn dư có thể thấy ở vùng không có nhu mô tuyến, do đó khó xác định giả u tái phát hoặc còn u.

Theo tác giả Yu Ding và cộng sự<sup>3</sup> nghiên cứu sự thay đổi hình ảnh dưới siêu âm sau hút bỏ u vú lành tính bằng phương pháp VABB đã cho thấy biến chứng hay gặp nhất sau hút 1 tháng là máu tụ biểu hiện là vùng giảm âm tại vị trí hút khi theo dõi sớm sau hút 1 tháng. Sự xuất hiện của máu tụ liên quan đến kích thước, số lượng u, hình dạng của vú và thời gian cố định hiệu quả bằng băng chun. Trong NC của chúng tôi, tỉ lệ máu tụ chiếm 87.4%, nhỏ hơn so với NC của tác giả Hertl và cộng sự năm 2007<sup>4</sup>. Máu tụ xuất hiện có mối tương quan tuyến tính thuận với kích thước (thể tích) u, số mảnh cắt và thời gian hút. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, các BN hút nhiều u trong một lần, vú có kích thước lớn và chảy xệ hoặc băng ép không đúng kỹ thuật cũng có thể là yếu tố nguy cơ dẫn đến tăng lượng máu tụ.

Chảy máu, bầm tím da và tụ máu sau thủ thuật có liên quan đến chảy máu. Mặc dù VABB không cần khâu cầm máu, vết rạch kim chỉ 3 – 5mm, và được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm, có thể tìm được đường vào tránh các mạch máu lớn do đó giảm tỷ lệ mất máu trong thủ thuật. Trong quá trình thực hiện, chúng tôi có sử dụng thuốc tê có chứa adrenalin (Lignospan) gây tê quanh u, hút hết máu tồn dư sau thủ thuật, ép cầm máu 10 – 15 phút ngay sau thủ thuật và băng ép bằng băng chun quanh ngực trong 24 giờ. Điều đó cũng giúp giảm tỉ lệ biến chứng sau hút và đã được nhiều tác giả ghi nhận có hiệu quả.

Một số NC đã chỉ ra rằng 73 – 98% BN được lấy bỏ hoàn toàn tổn thương khi kiểm tra sau hút 6 tháng. Nhưng nhiều tháng sau hút vẫn khó phân biệt tổn thương còn lại với máu tụ hoặc sẹo sau hút đặc biệt các tổn thương nhỏ. Do đó, để đánh giá kết quả loại bỏ hoàn toàn tổn thương vú sau hút cần được theo dõi trong một khoảng thời gian dài sau đó.

**3. Đặc điểm hình ảnh siêu âm tuyến vú sau hút u vú 1 – 3 năm.** Tỉ lệ sẹo sau hút

trong NC của chúng tôi là 1 – 2 năm là 21.4% giảm xuống 15.8% sau hút 2 năm, tỉ lệ hết sạch tổn thương từ 75% sau hút 1 – 2 năm tăng lên 84.2% ở giai đoạn sau hút trên 2 năm, có 1 (1.2%) tổn thương chưa hết u được phát hiện sau hút u 1 năm, sau hút 2 năm không phát hiện trường hợp nào còn u. Kết quả này khá tương đồng với NC của Fine và cộng sự<sup>5</sup> cho thấy 96 – 99% u vú có đường kính  $\leq 3$  cm được loại bỏ hoàn toàn bằng phương pháp này. Tuy nhiên theo một số tác giả khác như Thomas Papatthemelis năm 2017<sup>5</sup> cho rằng tỉ lệ loại bỏ hoàn toàn các khối u nhỏ hơn  $2.5\text{cm}^3$  là 87.6% ( $p < 0.05$ ) so với các u có thể tích lớn hơn  $2.5\text{cm}^3$  là 59% và sau 1 năm tỉ lệ này là 92.3%, có 3.7% còn sót u. Trong NC của chúng tôi, tỉ lệ này thấp hơn có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn, các máy siêu âm có độ phân giải khác nhau.

Theo một số tác giả, do bị giới hạn bởi chiều dài của dao xoay, việc lấy bỏ các khối 3cm hoặc lớn hơn kém khả thi. Thực tế NC của chúng tôi có 17/190 (8.9%) tổn thương có đường kính từ 3cm trở lên, trong đó khối lớn nhất có đường kính 5cm, chỉ có 1 khối không lấy được hết u.

Trường hợp còn sót u của chúng tôi là BN nữ 29 tuổi có khối u xơ với thể tích  $20.68\text{cm}^3$ , đường kính lớn nhất 47mm, nằm sát núm vú, cách da 2mm, cách cơ ngực 1mm, trong quá trình thực hiện thủ thuật nhận thấy có nguy cơ rách da và chảy máu, BN đau nhiều do u nằm sát núm vú, do đó chúng tôi đã dừng thủ thuật khu hút được khoảng 90% thể tích khối u. Sau đó BN được theo dõi định kỳ theo lịch. Sau hút 1 năm, đường kính u còn lại 5mm, BN còn đau nhẹ vết sẹo theo chu kỳ kinh và hài lòng với thủ thuật.

Theo dõi sau thủ thuật 1 – 2 năm, chúng tôi thấy thể tích sẹo trung bình là  $0.01 \pm 0.03\text{cm}^3$ , sau 2 năm là  $0.01 \pm 0.02\text{cm}^3$ , có 1 (1.2%) trường hợp có biến dạng cấu trúc nhỏ sau hút 1 năm, phù hợp với NC của Lee năm 2014<sup>6</sup>.

Trong NC của chúng tôi, máu tụ và sẹo sau hút có mối tương quan tuyến tính thuận với nhau và với thể tích, số mảnh cắt, phù hợp với các NC trước đó. Chúng tôi cũng thấy nhóm BN theo dõi sau 2 năm có thể tích sẹo nhỏ hơn so với nhóm BN theo dõi trước 2 năm ( $p = 0.001$ ), phù hợp với các NC trước đó.

NC của Yazici và cộng sự năm 2005<sup>7</sup> kết luận rằng các tổn thương sau hút cũng ổn định hoặc thoái triển tương tự các tổn thương sau phẫu thuật; các tổn thương sẹo sau hút có thể có đặc điểm hình ảnh giống tổn thương ác tính tuy nhiên thoái triển hoặc ổn định theo thời gian theo dõi, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh cần biết

được tiền sử và vị trí của u trước thủ thuật để đánh giá một cách chính xác và do đó phân biệt được với các tổn thương ác tính.

Trong NC của chúng tôi, không có tổn thương nào có biến chứng rách da hay nhiễm trùng, không có tổn thương nào tái phát. Theo NC phân tích gộp của tác giả Ding 2013<sup>8</sup>, tỉ lệ nhiễm trùng và biến dạng vú ở nhóm phẫu thuật cao hơn VABB.

## V. KẾT LUẬN

VABB dưới hướng dẫn siêu âm là một kỹ thuật xâm lấn tối thiểu có tỉ lệ thành công cao trong việc loại bỏ hoàn toàn các u vú lành tính, an toàn, thẩm mỹ, giảm sang chấn về cả thể chất và tinh thần cho BN. Hầu hết BN hoàn toàn hài lòng với kết quả của phương pháp. Việc theo dõi dài hạn cho thấy tổn thương sau hút phần lớn không để lại dấu vết hoặc có sẹo và biến dạng cấu trúc nhỏ. Các hình ảnh này thường thoái triển hoặc ổn định qua các lần thăm khám tiếp theo do đó giúp phân biệt với các tổn thương ác tính. Vì vậy, VABB giữ vai trò then chốt trong chỉ định điều trị các u vú lành tính và là xu hướng của các can thiệp xâm lấn tối thiểu trong tương lai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lakoma A, Kim ES.** Minimally invasive surgical management of benign breast lesions. *Gland Surg.* 2014;3(2):142-148. doi:10.3978/j.issn.2227-684X.2014.04.01

2. **Jiang Y, Lan H, Ye Q, et al.** Mammotome® biopsy system for the resection of breast lesions: Clinical experience in two high-volume teaching hospitals. *Exp Ther Med.* 2013;6(3):759-764. doi:10.3892/etm.2013.1191
3. **Ding Y, Cao L, Chen J, Zaharieva EK, Xu Y, Li L.** Serial image changes in ultrasonography after the excision of benign breast lesions by mammotome® biopsy system. *Saudi J Biol Sci.* 2019;26(1): 178-182. doi:10.1016/j.sjbs.2018.08.016
4. **Hertl K, Marolt-Musič M, Kocijančič I, Prevodnik-Kloboves V, Žgajnar J.** Haematomas After Percutaneous Vacuum-Assisted Breast Biopsy. *Ultraschall Med - Eur J Ultrasound.* 2008;30(01):33-36. doi:10.1055/s-2007-963724
5. **Papathemelis T, Heim S, Lux MP, Erhardt I, Scharl A, Scharl S.** Minimally Invasive Breast Fibroadenoma Excision Using an Ultrasound-Guided Vacuum-Assisted Biopsy Device. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2017;77(2):176-181. doi:10.1055/s-0043-100387
6. **Lee EK et al.** The usefulness of US-guided vacuum-assisted breast biopsy for probably benign lesions. 2005. 68:90-95.
7. **Yazici B, Sever AR, Mills P, Fish D, Jones SE, Jones PA.** Scar formation after stereotactic vacuum-assisted core biopsy of benign breast lesions. *Clin Radiol.* 2006;61(7):619-624. doi:10.1016/j.crad.2006.03.008
8. **Ding B, Chen D, Li X, Zhang H, Zhao Y.** Meta analysis of efficacy and safety between Mammotome vacuum-assisted breast biopsy and open excision for benign breast tumor. *Gland Surg.* 2013;2(2):69-79. doi:10.3978/j.issn.2227-684X.2013.05.06

## ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN NHỊP CHẬM SAU CẤY MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN

Bạch Thị Hoa\*, Phạm Như Hùng\*, Nguyễn Thị Phương Thảo\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) liên quan đến sức khỏe là cần thiết để có được cái nhìn tổng quan về CLCS của người bệnh, từ đó có chiến lược phù hợp để nâng cao sức khỏe về tinh thần, thể chất cho người bệnh. Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh rối loạn nhịp chậm sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn bằng bộ câu hỏi AQUAREL và SF 12 tại Bệnh viện Tim Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang người bệnh đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn tại

Bệnh viện Tim Hà Nội trong thời gian từ tháng 6/2020 đến 10/2020. Xử lý số liệu theo phần mềm STATA 14. **Kết quả:** có 105 người bệnh, tuổi trung bình là 65,35 ± 13,71, tỷ lệ nữ giới chiếm 62,86%, theo thang điểm AQUAREL điểm CLCS tốt nhất sau cấy máy là chức năng rối loạn nhịp chậm (72,52 ± 16,83; 91,19 ± 9,03; 96,19 ± 5,70), thấp nhất là khó chịu ở ngực (60,24 ± 12,07; 86,46 ± 10,52; 95,36 ± 6,14), theo SF - 12 điểm CLCS của sức khỏe tinh thần (55,62 ± 8,14; 56,71 ± 4,58; 56,86 ± 2,47) cao hơn điểm CLCS sức khỏe thể chất (38,93 ± 8,07; 43,26 ± 7,89; 51,75 ± 5,54). **Kết luận:** CLCS của người bệnh sau đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn cải thiện hơn so với trước can thiệp và tăng dần sau 1, 3, 6 tháng (theo thang điểm AQUAREL) và tăng từ mức thấp lên mức khá cao (theo thang điểm SF 12).

**Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống; Máy tạo nhịp vĩnh viễn; Rối loạn nhịp chậm

\*Bệnh viện Tim Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bạch Thị Hoa

Email: bachthihoa@timhanoi.vn

Ngày nhận bài: 5.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 31.8.2021

Ngày duyệt bài: 6.9.2021