

Kết quả này phù hợp với xu hướng thay đổi của chỉ định mở khí quản trong những thập kỷ gần đây. Nếu như giữa những năm 1970 – 1980, chỉ định phổ biến nhất của mở khí quản là tắc nghẽn đường thở trên do nhiễm trùng thì ngày nay, với sự phát triển của vắc xin và sự gia tăng số lượng bệnh nhân trong các khoa điều trị tích cực nhi khoa, đặt nội khí quản thở máy kéo dài trở thành chỉ định phổ biến nhất của mở khí quản [2], [5], [7].

Theo biểu đồ 4, tại thời điểm ra viện, 88 bệnh nhân (44%) cai được máy thở. 89 bệnh nhân (44,5%) không cai được máy thở được chuyển về bệnh viện tuyến dưới thở máy. Thời gian thở máy trung bình sau mở khí quản là 13,4 ngày, trung vị là 4 ngày, thời gian lớn nhất là 116 ngày. Các bệnh nhân còn lại: 23 bệnh nhân tử vong – xin về (11,5%). Như vậy mở khí quản tạo điều kiện cho bệnh nhân có thể cai máy thở, tạo thuận lợi cho việc chăm sóc bệnh nhân, chuyển bệnh nhân thở máy tại cơ sở y tế địa phương, giảm bớt gánh nặng cho các trung tâm điều trị tích cực tại bệnh viện tuyến trung ương. Tỷ lệ bệnh nhân tử vong khi ra viện trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn với tỷ lệ được báo cáo trên thế giới, các nghiên cứu báo cáo rằng 7 – 8% bệnh nhân đã tử vong trong lần nằm viện khi phẫu thuật mở khí quản [6].

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung vị của bệnh nhân mở khí quản là 4,9 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là > 28 ngày tuổi – 2 tuổi; phần lớn bệnh nhân mắc bệnh lý

thần kinh (50%); chỉ định mở khí quản chủ yếu là thở máy kéo dài (88,5%), thời gian thở máy trung bình đến khi được mở khí quản là 27,6 ngày; Tại thời điểm ra viện, 44% bệnh nhân cai được máy thở, 44,5% bệnh nhân không cai được máy thở, 11,5% bệnh nhân tử vong, thời gian thở máy trước mở khí quản kéo dài làm tăng thời gian điều trị tại các khoa điều trị tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Watters K.F.** (2017). Tracheostomy in Infants and Children. *Respir Care*, 62(6), 799–825.
2. **Ertugrul I, Kesici S, Bayrakci B, et al.** (2016). Tracheostomy in Pediatric Intensive Care Unit: When and Where?. *Iran J Pediatr*, 26(1), 22–83.
3. **Lee W, Koltai P, Harrison A.M, et al.** (2002). Indications for tracheotomy in the pediatric intensive care unit population: a pilot study. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 128(11), 1249–1252.
4. **Wood D, McShane P, and Davis P.** (2012). Tracheostomy in children admitted to paediatric intensive care. *Arch. Dis. Child.*, 97(10), 866–869.
5. **Edwards J.D, Houtrow A.J, Lucas A.R, et al.** (2016). Children and Young Adults Who Received Tracheostomies or Were Initiated on Long- Term Ventilation in PICUs. *Pediatr Crit Care Med*, 17(8), 324–334.
6. **Carron J.D, Derkay C.S, Strope G.L, et al.** (2000). Pediatric tracheotomies: changing indications and outcomes. *Laryngoscope*, 110(7), 1099–1104.
7. **Gill J, Bhardwaj B, and Singla S.** (2017). Changing trends in indications of pediatric tracheotomy: A tertiary care center experience. *Journal of Laryngology and Voice*, 7(1), 7.
8. **Shinkwin C.A. and Gibbin K.P.** (1996). Tracheostomy in children. *J R Soc Med*, 89(4), 188–192.

HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA KỸ THUẬT HÚT U VÚ CÓ HỖ TRỢ ÁP LỰC ÂM DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG VÚ LẠNH TÍNH

Lê Tuấn Linh^{1,2}, Trương Thị Thanh¹

TÓM TẮT

U vú lạnh tính nói chung và nhân xơ tuyến vú nói riêng là những tổn thương hay gặp, tuy nhiên đánh giá nguy cơ ác tính các tổn thương vú còn gặp nhiều khó khăn. Gần đây, kỹ thuật hút u vú có hỗ trợ áp lực âm dưới hướng dẫn siêu âm - vacuum-assisted breast

biopsy (VABB) ngày càng được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán và điều trị u lành tuyến vú. Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá hiệu quả và vai trò của kỹ thuật VABB tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (ĐHYHN). Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu (NC) mô tả cắt ngang được thực hiện trên 20 bệnh nhân (BN) có u vú đã có kết quả giải phẫu phẫu bệnh (GPB) là tổn thương lành tính, sau đó được sinh thiết trọn u và điều trị bằng kỹ thuật VABB tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang (CDHA & CTĐQ), Bệnh viện ĐHYHN từ 01/2021 đến 04/2023. **Kết quả:** NC trên 20 BN cho thấy đường kính (ĐK) trung bình của tổn thương là 20,15mm (10-36 mm). Sau can thiệp, tỷ lệ loại bỏ hoàn toàn đạt được là 95% sau 3 và 6 tháng, tỷ lệ tái

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Linh

Email: linhdhyhn2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2024

Ngày duyệt bài: 29.5.2024

phát là 0%, không có sự tương quan giữa ĐK tổn thương và khả năng loại bỏ hoàn toàn tổn thương bằng kỹ thuật VABB ($p=0,33$). Tỷ lệ biến chứng sau can thiệp gồm tụ máu, đau, bầm tím lần lượt là 5%, 10% và 5%. Kết luận: Kỹ thuật VABB là phương pháp chẩn đoán và điều trị u vú lành tính hiệu quả, an toàn với tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn cao, ít tái phát và ít biến chứng. **Từ khóa:** vacuum, VABB, hút u vú có hỗ trợ áp lực âm dưới hướng dẫn siêu âm, u vú lành tính, nhân xơ tuyến vú, sinh thiết vú

SUMMARY

EFFICACY AND SAFETY OF ULTRASOUND-GUIDED VACUUM-ASSISTED BREAST BIOPSY TECHNIQUE IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BENIGN BREAST LESIONS

Breast mass lesions, especially fibroadenoma are common; however, determining the malignant potential of the lesion can be difficult. Recently, vacuum-assisted breast biopsy (VABB) has been widely to evaluate, diagnose, and treat breast mass lesions. This study aimed to investigate the value and efficacy of VABB. Materials and Methods: We conducted a cross-sectional descriptive study in 20 patients who had benign breast mass lesions, confirmed the histopathology by fine-needle aspiration and core needle biopsy, and underwent vacuum-assisted biopsy in the Radiology Center, Hanoi Medical University. Results: The research of 20 patients showed that the mean diameter of lesions of 20,15mm (10-36mm), the complete resection rate of VABB was 95% after 3 months and 6 months, the recurrence rate of 0% after 6 months of follow-up. There is no correlation between the diameter of lesions and the complete resection rate ($p=0,33$). Postoperative hematoma, pain, and ecchymosis after VABB were 5%, 10%, and 5%, respectively. Conclusion: VABB is safe, effective method in diagnosis and treatment of benign breast lesions with a high complete resection rate, relatively low recurrence rate, and minor complications. **Keywords:** vacuum, vacuum assisted excision, VABB, benign breast mass, fibroadenoma, breast biopsy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến vú là những tổn thương thường gặp trên lâm sàng, trong đó ung thư vú là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho phụ nữ trên thế giới, đánh giá nguy cơ ác tính của các tổn thương vú còn gặp nhiều khó khăn¹. Mặc dù ngày càng có nhiều phương pháp CDHA giúp đánh giá tốt hơn nguy cơ ác tính của các tổn thương vú, sinh thiết vẫn là chỉ định đầu tay nhằm chẩn đoán xác định bản chất khối u, từ đó đưa ra phương án điều trị phù hợp². Các phương pháp được sử dụng phổ biến để đánh giá GPB tổn thương vú là chọc hút tế bào kim nhỏ, sinh thiết lõi, tuy nhiên các phương pháp này vẫn còn một số hạn chế, đặc biệt là không thể lấy được toàn bộ tổn thương².

VABB ra đời năm 1955, phương pháp này ngày càng được sử dụng phổ biến, có ưu điểm là lấy được toàn bộ tổn thương, phục vụ chẩn đoán và điều trị trong các tổn thương vú lành tính với mức độ xâm lấn tối thiểu. Tỷ lệ loại bỏ hoàn toàn được báo cáo trong các NC dao động từ 70 – 100%^{4,5}. Ngoài ra, trong NC của Ding và cộng sự cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tổn thương tồn dư và biến chứng tụ máu giữa hai phương pháp VABB và mổ mở, trong khi phương pháp VABB để lại sẹo nhỏ hơn, thẩm mỹ hơn, ít chảy máu và giảm thời gian can thiệp⁶.

Phương pháp VABB đã được thực hiện tại Trung tâm CDHA và CTĐQ Bệnh viện ĐHYHN từ năm 2021 để chẩn đoán và điều trị tổn thương vú lành tính. Mục tiêu NC của chúng tôi là đánh giá hiệu quả và vai trò của phương pháp VABB vú trong chẩn đoán và điều trị u vú lành tính thông qua tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn, tỷ lệ tái phát và biến chứng sau can thiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu và tiêu chuẩn lựa chọn:

NC được thực hiện tại Bệnh viện ĐHYHN từ 01/2021 đến 04/2023 trên 20 BN có u vú phân loại Breast imaging-reporting and data system (BI-RADS) 3 hoặc 4, có kết quả GPB là tổn thương lành tính, được sinh thiết và điều trị hút trọn u bằng phương pháp VABB, theo dõi ngay sau can thiệp, thời điểm 3 và 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có nguy cơ chảy máu, rối loạn đông máu và các bệnh lý liên quan, có tổn thương vú hướng đến ác tính trên các phương tiện CDHA và GPB.

Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: NC mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu: 20 BN
- Quy trình nghiên cứu: BN đến khám được chẩn đoán u vú BI-RADS 3-4, đã có kết quả GPB là tổn thương lành tính. Được sinh thiết trọn u và điều trị bằng phương pháp VABB.

BN được theo dõi sau can thiệp bằng khám lâm sàng và siêu âm đánh giá tỷ lệ loại bỏ hoàn toàn tổn thương, biến chứng và tái phát ngay sau can thiệp, 3 và 6 tháng. Biến chứng sau can thiệp gồm tụ máu, đau và bầm tím.

Loại bỏ hoàn toàn: không phát hiện phần còn lại của u sau can thiệp trên lâm sàng và siêu âm

Tái phát: tổn thương mới xuất hiện tại vị trí can thiệp trước đó.

- Quy trình thực hiện VABB: Chuẩn bị BN, BN nằm ngửa, sát khuẩn tại chỗ. Dưới hướng dẫn siêu âm, gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% hoặc Lignospan (Lidocain 2% + Epinephrine

1:100.000) phía sau và phía dưới khối u. Dùng dao rạch da đưa kim VABB vào, lựa chọn kích thước kim phù hợp (7G – 14G). Theo nguyên tắc đi từ bờ dưới khối u, phẫu thuật viên sẽ thao tác hút và cắt mẫu mô u dưới hướng dẫn siêu âm. Sau khi kết thúc, băng ép trong 48h sau thủ thuật.

- **Biến số NC:** Đặc điểm chung đối tượng NC gồm tuổi và đặc điểm hình ảnh trên siêu âm: số lượng, vị trí (phải, trái, hai bên), phân độ tổn thương theo BI-RADS, ĐK ngang lớn nhất và phân nhóm tổn thương theo ĐK (< 15mm, 15-25mm, > 25mm).

Đánh giá hiệu quả can thiệp: tỷ lệ loại bỏ hoàn toàn, tái phát sau 3 và 6 tháng

Biến chứng sau can thiệp: Tụ máu, đau, bầm tím, biến chứng khác nếu có (chảy máu, chảy dịch đầu vú, nhiễm trùng)

Phương pháp xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được biểu thị bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn. Các biến định tính được biểu thị bằng tỷ lệ phần trăm. Sự khác biệt giữa các biến định tính được đánh giá bằng các bài kiểm tra chính xác của Chi bình phương và Fisher. Tất cả sự khác biệt với p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

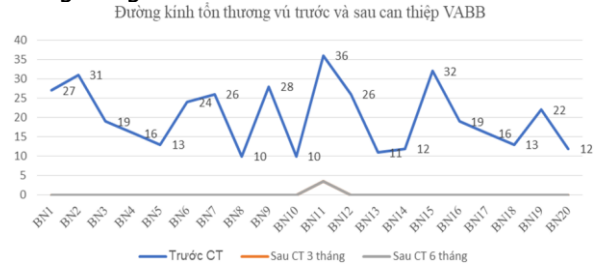
Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu ở 20 BN có độ tuổi trung bình là 35,15 (21-57 tuổi), tổn thương gặp chủ yếu ở bên trái với 55%, 2 BN (10%) có tổn thương cả hai bên. Đa số BN có tổn thương vú với phân độ BI-RADS 3 (70%), BI-RADS 4A chiếm 30%. Số lượng tổn thương trung bình là 1,3 (1-3 tổn thương), trong đó đa phần BN có 1 nhân tuyến vú với tỷ lệ là 70% (14/20 BN). ĐK trung bình của tổn thương là 20,15mm (10-36 mm). Đặc điểm tổn thương vú trên siêu âm được tóm tắt trong Bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm tổn thương vú trên siêu âm

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Vị trí	Vú trái	11	55%
	Vú phải	8	35%
	Hai bên	2	10%
BI-RADS	BI-RADS 3	14	70%
	BI-RADS 4A	6	30%
Phân nhóm tổn thương theo kích thước	< 15mm	7	35%
	15-25mm	6	30%
	> 25mm	7	35%
		Trung bình	Khoảng
ĐK lớn nhất		20,15 mm	10-36 mm
Số tổn thương		1,3	1-3

Đánh giá hiệu quả điều trị. Sau can thiệp,

tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn là 95% sau 3 và 6 tháng. 1 trường hợp (5%) còn 1 phần u tồn dư do kích thước tổn thương trước can thiệp lớn (36mm), phần tồn dư ĐK 3,5mm, không gây triệu chứng lâm sàng, kích thước không đổi sau theo dõi 3 và 6 tháng. Không có trường hợp nào tái phát sau can thiệp. Đánh giá kết quả điều trị được trình bày trong Biểu đồ 1. Không có sự khác biệt giữa phân nhóm tổn thương theo ĐK và tỷ lệ loại bỏ hoàn toàn tổn thương, p = 0,15 < 0,05, thể hiện trong Bảng 2.



Biểu đồ 1: Đường kính tổn thương vú trước và sau can thiệp VABB 3 tháng, 6 tháng

Bảng 2: Phân loại u theo đường kính và tỷ lệ loại bỏ hoàn toàn u sau can thiệp

Đường kính tổn thương	Loại bỏ hoàn toàn tổn thương	Không loại bỏ hoàn toàn tổn thương	Tổng	p
< 15mm	7	0	7	0,33
15-25mm	6	0	6	
> 25mm	6	1	7	
Tổng	19	1	20	

*Fisher's Exact Test; p < 0,05 có ý nghĩa thống kê

Đánh giá biến chứng sau can thiệp. Các biến chứng được đánh giá sau can thiệp gồm tụ máu, đau và bầm tím với tỷ lệ lần lượt là 5%, 10% và 5% (Bảng 3). Đau gặp ở 02 BN chiếm 10%, mức độ 1. Không ghi nhận các biến chứng khác như chảy máu hay nhiễm khuẩn trong và sau can thiệp.

Bảng 3: Biến chứng và xử trí biến chứng sau can thiệp hút u vú bằng phương pháp VABB

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ	Xử trí	Hồi phục
Tụ máu	1	5%	Theo dõi, chườm ấm	Tự khỏi sau 2 tuần
Đau	2	10%	Theo dõi, giảm đau theo mức độ	Hết đau sau 2 ngày
Bầm tím	1	5%	Theo dõi	Hồi phục sau 2 tuần

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng phương pháp VABB an toàn trong chẩn đoán và điều trị u

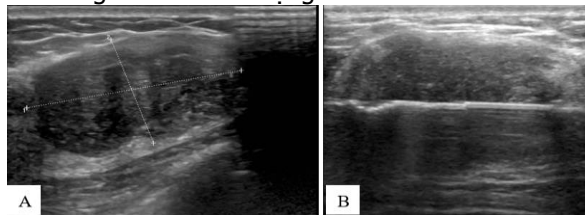
vú lành tính với tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn cao, tỷ lệ tái phát và biến chứng thấp.

Kỹ thuật VABB được sử dụng trong chẩn đoán và điều trị tổn thương lành tính dưới sự chấp thuận của FDA (2002), Viện nghiên cứu chăm sóc sức khỏe Anh (2006), Hiệp hội phẫu thuật vú Trung Quốc (2021)^{3,7}. Tuy nhiên vẫn còn nhiều tranh cãi về vai trò của phương pháp này với các tổn thương nguy cơ cao như u phyllodes hay các tổn thương không điển hình³.

NC của chúng tôi được thực hiện ở 20 BN có độ tuổi trung bình là 35,15 (21-57 tuổi), đây là lứa tuổi hay gặp u tuyến vú, tương tự với NC của tác giả Salazar và cộng sự với tuổi trung bình 36,9 (17-78 tuổi)⁴, cao hơn NC của tác giả Vũ Đình Giáp là 27,52 (14-59)¹⁰, nhưng thấp hơn đáng kể so với NC của tác giả Giannotti và cộng sự với tuổi trung bình là 54,4.

Số lượng u vú trung bình trong nghiên cứu này là 1,3, phần lớn BN có 1 u chiếm 70%, 2 trường hợp có 3 u. Tương tự nghiên cứu của Vũ Đình Giáp, đa số bệnh nhân có 1-2 khối u vú (73,39% và 18,35%), đặc biệt có 1 trường hợp được hút có 5 khối u¹⁰. So với phương pháp mổ mở thì VABB có ưu điểm lấy hết tổn thương ở bệnh nhân có đa u vú mà không cần mổ nhiều vị trí, không để lại sẹo mất thẩm mỹ.

Trong nghiên cứu này, ĐK trung bình của tổn thương là 20,15mm (10-36 mm), tương tự NC của Salazar và cộng sự là 18,2 mm (4-45mm) hay Giannotti và cộng sự là 18,2mm (9-22mm)⁴. Tỷ lệ tổn thương theo kích thước mỗi nhóm gần tương đương nhau (Hình 1), khác biệt với nghiên cứu của tác giả Salazar và cộng sự với tỷ lệ tổn thương có ĐK lớn nhất 16-25 mm chiếm ưu thế với 57,9%, điều này có thể là do nghiên cứu của chúng tôi có số lượng BN ít, trong khi nghiên cứu của tác giả Salazar có lượng BN lớn lên đến 143 BN.



Hình 1: BN nữ, 29 tuổi, (A) siêu âm phát hiện nhân giảm âm tuyến vú phải (BIRADS 3), ĐK lớn nhất 36mm, (B) kim sinh thiết vị trí nhân vú phải bằng kỹ thuật VABB

Nghiên cứu được thực hiện ở 14/20 BN có u vú với phân độ BI-RADS 3 và 6/20 BN có phân độ BI-RADS 4A. Theo hướng dẫn thực hành của Hiệp hội phẫu thuật vú Trung Quốc (2021), chỉ định VABB để chẩn đoán tổn thương vú của

phân độ BI-RADS ≥ 4 , đặc biệt là tổn thương ĐK $< 10\text{mm}$, sát thành ngực hoặc trên BN đặt túi ngực nhân tạo⁷. Chỉ định VABB để điều trị được khuyến cáo với nhóm tổn thương vú BI-RADS 3, đường kính $< 20\text{mm}$, theo nhóm chuyên gia Trung Quốc, tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn lên đến 100% với nhóm này⁷.

Sau can thiệp, NC của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn là 95% sau 3 tháng và 6 tháng. Có 5% trường hợp có u tồn dư sau 6 tháng, đều xảy ra ở những trường hợp u kích thước lớn $> 30\text{mm}$, không có trường hợp nào tái phát sau điều trị. Tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn cao trong nghiên cứu này tương tự với các nghiên cứu khác với tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn 38-100% sau theo dõi 6-12 tháng^{4,5}. Tuy nhiên chúng tôi không nhận thấy có sự tương quan giữa kích thước và khả năng loại bỏ hoàn toàn u theo phương pháp VABB. Theo tác giả Kim, kích thước là yếu tố duy nhất liên quan đáng kể đến nguy cơ tái phát. Tác giả Salazar đưa ra ngưỡng đường kính và thể tích lần lượt là 2cm và $2,6\text{ cm}^3$ để đánh giá nguy cơ tồn dư sau 6 tháng, tuy có độ nhạy thấp nhưng yếu tố thể tích có độ đặc hiệu cao, tổn thương $> 25\text{mm}$ liên quan đến tỷ lệ tồn dư u cao hơn⁴. Sự khác biệt này có thể do NC của chúng tôi thực hiện trên số lượng bệnh nhân nhỏ và thời gian theo dõi ngắn. Nguyên nhân tồn dư sau VABB còn có thể giải thích do sự hạn chế về định hướng không gian 2 chiều trên siêu âm, do chảy máu và quá trình gây tê gây hạn chế tầm nhìn, để khắc phục, chúng tôi đặt kim đúng cách ngay dưới tổn thương, chọn chế độ nhanh với các khối u kích thước lớn, hút máu thường xuyên và chọn kích cỡ kim phù hợp nhằm giảm chảy máu trong quá trình làm.

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ biến chứng tụ máu, đau và bầm tím sau can thiệp thấp, lần lượt là 5%, 10% và 5%, các biến chứng đều được theo dõi và điều trị nội khoa. Tụ máu là một biến chứng thường gặp sau VABB do đa phần các tổn thương ở vú giàu mạch ở trung tâm. Với biến chứng này, thường chỉ cần theo dõi với các khối máu tụ thể tích nhỏ, phẫu thuật đặt ra nếu nghi ngờ có điểm chảy máu hoạt động hoặc kích thước khối máu tụ lớn gây đau dữ dội. Nguy cơ gây ra biến chứng tụ máu thường do băng ép không đúng quy trình, một số tác giả đưa ra bàn luận liên quan đến kích cỡ kim, nguy cơ tụ máu và chảy máu ở nhóm dùng kim 8G cao hơn 11G. NC của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có chảy máu, chảy dịch núm vú hay nhiễm khuẩn vị trí rạch da. Các NC khác cũng có sự tương đồng với chúng tôi khi chỉ ra tỷ lệ biến

chứng thấp sau VABB, theo tác giả Fang và cộng sự, tỷ lệ chảy máu, đau, nhiễm trùng lần lượt là 10,92%, 7,38% và 0,27%.

NC của chúng tôi còn một số hạn chế. Thứ nhất là số lượng BN trong NC còn ít mặc dù số BN có tổn thương vú không nhỏ, nguyên nhân là do phương pháp VABB còn chưa phổ biến, giá thành cao hơn so với các phương pháp khác. Do số lượng NB ít, số liệu thu thập được về đặc điểm hình ảnh và biến chứng sau can thiệp chưa đa dạng và đầy đủ. Thứ hai là thời gian theo dõi sau can thiệp ngắn, các NC trên thế giới được thực hiện trong thời gian > 6 tháng giúp đánh giá tốt hiệu quả điều trị và tỷ lệ tái phát hơn các NC ngắn hạn. Do đó một NC với số lượng BN lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn cần được triển khai trong các nghiên cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật VABB trong chẩn đoán và điều trị tổn thương vú lành tính là một phương pháp an toàn, hiệu quả, xâm lấn tối thiểu với tỷ lệ loại bỏ hoàn toàn tổn thương cao, tỷ lệ tái phát thấp và ít biến chứng sau can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Santen RJ.** Benign Breast Disease in Women. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al., eds. Endotext. MDText.com, Inc.; 2000. Accessed October 20, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278994/>
- Bennett IC, Saboo A.** The Evolving Role of Vacuum Assisted Biopsy of the Breast: A Progression from Fine-Needle Aspiration Biopsy. *World J Surg.* 2019;43(4):1054-1061. doi:10.1007/s00268-018-04892-x
- Roknsharifi S, Wattamwar K, Fishman MDC,**

et al. Image-guided Microinvasive Percutaneous Treatment of Breast Lesions: Where Do We Stand? *RadioGraphics.* 2021;41(4):945-966. doi:10.1148/rg.2021200156

- Salazar JP, Miranda I, de Torres J, et al.** Percutaneous ultrasound-guided vacuum-assisted excision of benign breast lesions: A learning curve to assess outcomes. *Br J Radiol.* 2019; 92(1094):20180626. doi:10.1259/bjr.20180626
- Fine RE, Boyd BA, Whitworth PW, Kim JA, Harness JK, Burak WE.** Percutaneous removal of benign breast masses using a vacuum-assisted hand-held device with ultrasound guidance. *The American Journal of Surgery.* 2002;184(4):332-336. doi:10.1016/S0002-9610(02)00951-0
- 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
- Li SJ, Hao XP, Hua B, Wang JD, Fan ZM.** Clinical practice guidelines for ultrasound-guided vacuum-assisted breast biopsy: Chinese Society of Breast Surgery (CSBrS) practice guidelines 2021. *Chin Med J (Engl).* 2021;134(12):1390-1392. doi:10.1097/CM9.0000000000001508
- Rageth CJ, O'Flynn EAM, Pinker K, et al.** Second International Consensus Conference on lesions of uncertain malignant potential in the breast (B3 lesions). *Breast Cancer Res Treat.* 2019; 174(2):279-296. doi:10.1007/s10549-018-05071-1
- Consensus Guideline on the Use of Transcutaneous and Percutaneous Ablation for the Treatment of Benign and Malignant Tumors of the Breast.**
- Vũ ĐG, Nguyễn KT, Trần TH, Trần TY, Đoàn THN.** Đánh giá kết quả ứng dụng kỹ thuật sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán và điều trị tổn thương vú. *VMJ.* 2021;498(1). doi:10.51298/vmj. v498i1.132

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI CỦA MỘT SỐ MARKER VIÊM TRONG ĐÁNH GIÁ TÍNH TƯƠNG THÍCH SINH HỌC CỦA NẸP VÍT ZK60 TRÊN ĐỘNG VẬT THỰC NGHIỆM

Lê Văn Hải¹, Nguyễn Việt Nam², Vũ Nhật Định¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính tương thích sinh học của nẹp vít ZK60 bằng sự thay đổi nồng độ TNF- α , IL-1 β và IL-6 huyết tương trên thực nghiệm. **Phương pháp**

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Hải

Email: bshaibv103@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2024

Ngày duyệt bài: 30.5.2024

nghiên cứu: 84 thỏ chia thành 3 nhóm được phẫu thuật gây khuyết xương đùi và kết xương bằng nẹp vít Titan hoặc ZK60 không phủ hydroxyapatite (HA) hoặc ZK60 được phủ HA. Xác định nồng độ TNF- α , IL-1 β và IL-6 huyết tương của thỏ ở tất cả các nhóm ở thời điểm trước và sau phẫu thuật 3 ngày, 7 ngày và 30 ngày. **Kết quả:** Nồng độ IL-1 β và TNF- α huyết tương tăng có ý nghĩa thống kê sau 3 ngày so với trước phẫu thuật ở các nhóm nghiên cứu. Ở thời điểm này, nồng độ IL-1 β và TNF- α huyết tương ở nhóm ZK60 phủ HA là cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ZK60 không phủ và nhóm chứng. **Kết luận:** Nẹp vít ZK60 phủ và không phủ HA có tính tương thích sinh học