

class	n (%)	n (%)	n (%)	(95%CI) p	(95%CI) p
Class I+II	6 (10,0)	1 (1,2)	0 (0)	1	1
Class III	10 (16,7)	19 (21,8)	0 (0)	11,4 (1,2-108,3) 0,03*	11,4 (1,2-108,3) 0,03*
Class IV-S	12 (20,0)	24 (27,6)	2 (40,0)	12 (1,3-111,3) 0,03*	13 (1,41-120,3) 0,02*
Class IV-G	23 (38,3)	31 (35,6)	3 (60)	8,09 (0,91-71,9) 0,08	8,9 (1,001-78,6) 0,05*
Class V	0 (15,0)	12 (13,8)	0 (0,0)	8 (0,81-78,7) 0,08	8 (0,81-78,73) 0,08

IV. BÀN LUẬN

Gen STAT4 nằm trên nhiễm sắc thể 2q32.3, bao gồm 24 exon có kích thước 120 kb. STAT4 thuộc họ STAT được biểu hiện trong lympho bào, đại thực bào và các tế bào đuôi gai, mã hóa một nhân tố phiên mã nằm trong nguyên sinh chất. STAT4 truyền các tín hiệu nội bào gây ra bởi các cytokine bao gồm interleukin-12 (IL-12), IL-23, IL-27 và interferon typ 1 (IFN-1) [7]. Khi có tín hiệu từ cytokine, STAT4 được phosphoryl hóa và được vận chuyển vào nhân và đóng vai trò chính làm gia tăng tế bào Th1 phụ thuộc IL-12. Vì các tế bào Th1 và các tế bào Th17 liên quan đến các bệnh lý viêm mạn tính và tự miễn nên có thể đóng một vai trò quan trọng trong quá trình sinh bệnh của các bệnh này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt trong phân bố kiểu gen STAT4 vị trí rs7582694 giữa nhóm bệnh nhân VTL với nhóm chứng. Cụ thể tỷ lệ phân bố kiểu gen bệnh/chứng như sau: kiểu gen GG 39,5%/ 56,6%; CG 57,2%/ 42,1%; CC 3,3%/ 1,3%. Người mang alen C có nguy cơ mắc VTL cao gấp 2 lần người không mang alen C (95% CI: 1,14-3,19), với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Piotr Piotrowski và cộng sự cho thấy alen nguy cơ trên gen STAT4 rs7582694 có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh LBĐHT trong dân số Balan [5]. Điều này tương tự như nghiên cứu gần đây của tác giả Luan và cộng sự [8] trong khi nghiên cứu của chúng tôi những người mang alen C vị trí rs7582694 trên gen STAT4 có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 2 lần so với những người không mang alen này. Không chỉ vị trí rs7582694 được đánh giá mà một số vị trí SNP khác trên STAT4 cũng được nghiên cứu, trong đó sự kết hợp của đa hình STAT4 G/T (rs7574865) với sự phát triển của LBĐHT cũng đã được quan sát ở các nhóm dân tộc châu Á khác như: Hồng Kông, Trung Quốc và Nhật Bản [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân có các kiểu gen STAT4 C/C hoặc G/C có nguy cơ đái máu và tỷ lệ kháng thể dsDNA cao hơn 2,5 lần so với nhóm không mang kiểu gen này, $p < 0,05$. Triệu chứng đái máu và dương tính với kháng thể dsDNA cũng là hai biểu hiện khá đặc trưng của tổn thương VTL. Một mối liên hệ giữa đa hình STAT4 G/C (rs7582694) hoặc STAT4 G/T (rs7574865) đối với việc sản

xuất kháng thể kháng dsDNA đã được tìm thấy ở người Thụy Điển và người Mỹ gốc châu Âu [9]. Gen STAT4 G/T (rs7574865) cũng có liên quan đến hội chứng kháng phospholipid ở các nhóm người Ý, cũng như việc sản xuất kháng thể kháng Sm ở nhóm bệnh nhân bắc Hán Trung Quốc [9]. Ngoài ra, các SNP khác trên STAT4 cũng tương quan với bệnh VTL, viêm khớp và sản xuất các kháng thể kháng SSA/B ở nhóm bệnh nhân bắc Hán Trung Quốc [6]. Sự khác nhau của các nghiên cứu trên gen STAT4 G/C (rs7582694) hoặc G/T (rs7574865) đối với các biểu hiện lâm sàng ở các dân tộc khác nhau có thể là kết quả từ các cơ chế khác nhau của các nhóm nghiên cứu, sự không đồng nhất di truyền hoặc tương tác của bệnh nhân với các yếu tố môi trường khác nhau.

Nghiên cứu di truyền của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác đã chứng minh kiểu gen trên STAT4 G/C (rs7582694) như một yếu tố nguy cơ đáng kể của tỷ lệ mắc LBĐHT. Hơn nữa, chúng tôi thấy rằng SNP này có thể liên quan đến triệu chứng nặng của bệnh LBĐHT qua thang điểm SLEDAI. Kết quả cho thấy mặc dù không tìm thấy sự khác biệt ở nhóm bệnh nhân mang alen nguy cơ C nhưng 5 bệnh nhân có kiểu gen đồng hợp tử C/C đều nằm ở nhóm bệnh nhân có điểm SLEDAI mức độ hoạt động cao và rất cao, trong đó 4/5 bệnh nhân kiểu gen C/C ở nhóm hoạt động rất cao. Cho dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê rất có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa lớn, nhưng cũng là một giả thiết cho việc sự xuất hiện của alen nguy cơ có thể làm tăng tình trạng nặng ở bệnh nhân LBĐHT cũng như VTL. Một số nghiên cứu khác trên thế giới cũng khẳng định sự xuất hiện của alen nguy cơ làm tăng khả năng xuất hiện một số triệu chứng nặng như tổn thương thận và thần kinh [10]; tổn thương da và huyết học; miễn dịch và một số loại kháng thể [9].

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là nhóm bệnh nhân VTL, do vậy phân loại tổn thương thận theo ISN/RPS 2003 qua sinh thiết có ý nghĩa tiên lượng quan trọng với bệnh nhân. Kết quả cho thấy những bệnh nhân mang alen C có nguy cơ bị tổn thương thận nặng (class III; IV) cao từ 8,9 đến 11,4 lần so với bệnh nhân không mang alen này, khác biệt có ý nghĩa thống kê với

$p < 0,05$, điều đặc biệt từ kết quả nghiên cứu cho thấy có 5 bệnh nhân có kiểu gen đồng hợp tử C/C thì cả 5 bệnh nhân này đều có tổn thương class IV, là loại tổn thương nặng và cấp tính của VTL. Các nghiên cứu trên thế giới chỉ đề cập đến alen nguy cơ lên một số biểu hiện lâm sàng, các xét nghiệm kháng thể cũng như tổn thương hệ cơ quan chung [10], có lẽ kết quả nghiên cứu của chúng tôi là báo cáo đầu tiên về liên quan giữa alen nguy cơ với một tổn thương thận theo phân loại mô bệnh học quốc tế.

V. KẾT LUẬN

Có sự khác biệt trong phân bố kiểu gen STAT4 vị trí rs7582694 giữa nhóm bệnh nhân VTL và người khỏe mạnh. Người mang alen C có nguy cơ mắc VTL cao gấp 2 lần người không mang alen này, (95% CI: 1,14-3,19), với $p < 0,05$. Bệnh nhân VTL mang alen C trên STAT4 vị trí rs7582694 có nguy cơ gặp tổn thương thận class III cao gấp 11,4; class IV-S là 13 lần và IV-G là 8,9 lần so với gặp tổn thương class I+II, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Kono, S. Yasuda, M. Kato et al.,** Long-term Outcome in Japanese Patients with Lupus Nephritis, *Sage Journals*, Vol. 23, No.11, 2014, pp. 1-9, <https://doi.org/10.1177/096120331453624>.
2. **G. Bertsias, R. Cervera, D. T. Boumpas,** Systemic Lupus Erythematosus: Pathogenesis and Clinical Features, *Eular, Kilchberg*, 2012, pp. 476-505.
3. **C. Mohan, C. Putterman,** Genetics and Pathogenesis of Systemic Lupus Erythematosus and Lupus Nephritis, *Nat Rev Nephrol*, Vol. 11,

- No. 6, 2015, pp. 329-341, <https://doi.org/10.1038/nrneph.2015.33>.
4. **C. Wang, J. K. Sandling, N. Hagberg et al.,** Genome-wide Profiling of Target Genes for The Systemic Lupus Erythematosus-associated Transcription Factors IRF5 and STAT4, *Science Direct*, Vol. 72, No. 1, 2013, pp. 96-103, <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2012-201364>.
5. **P. Piotrowski, M. Lianeri, M. Wudarski et al.,** Contribution of STAT4 Gene Single-nucleotide Polymorphism to Systemic Lupus Erythematosus in the Polish Population, *Molecular Biology Reports*, Vol. 39, No. 9, 2012, pp. 8861-66, <https://doi.org/10.1007/s11033-012-1752-3>.
6. **P. Li, C. Cao, H. Luan,** Association of Genetic Variations in The STAT4 and IRF7/KIAA1542 Regions with Systemic Lupus Erythematosus in a Northern Han Chinese population, *Human Immunology*, Vol. 72, No. 3, 2011, pp. 249-55, <https://doi.org/10.1016/j.humimm.2010.12.011>.
7. **B. D. Korman, D. L. Kastner, P. K. Gregersen et al.,** STAT4: Genetics, Mechanisms, and Implications for Autoimmunity, *Current Allergy & Asthma Reports*, Vol. 8, No. 5, 2008, pp. 398-403, <https://doi.org/10.1007/s11882-008-0077-8>.
8. **H. Luan, P. Li, C. Chunwei et al.,** A Single-nucleotide Polymorphism of The STAT4 Gene Is Associated with Systemic Lupus Erythematosus (SLE) in Female Chinese Population, *Rheumatology International*, Vol. 32, No. 5, pp. 1251- 1255, <https://doi.org/10.1007/s00296-010-1767-9>.
9. **S. Sigurdsson, H. H. Harald, G. Kristjansdottir et al.,** Comprehensive Evaluation of the Genetic Variants of Interferon Regulatory Factor 5 (Irf5) Reveals A Novel 5 Bp Length, Vol. 17, No. 6, 2008, pp. 872-881, <https://doi.org/10.1093/hmg/ddm359>.
10. **M. Petri, A. M. Orbai, G. S. Alarcón et al.,** Derivation and Validation of Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus, *Arthritis Rheum*, Vol. 64, No. 8, pp. 2677-2686, <https://doi.org/10.1002/art.34473>.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CÁC TRƯỜNG HỢP TỔN THƯƠNG VÚ KHÔNG SỜ THẤY TRÊN LÂM SÀNG ĐƯỢC SINH THIẾT TRỌN TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Hữu Trung¹, Nguyễn Gia Duy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ ác tính và mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng, đặc điểm hình ảnh học trên siêu âm với nguy cơ ác tính của tổn thương được sinh thiết. **Đối tượng và**

phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang tiến hành từ tháng 07/2023 – 08/2024 khảo sát 201 trường hợp thoả tiêu chuẩn chọn mẫu trong 211 tổn thương được sinh thiết tại Khoa Ung bướu Phụ khoa và Khoa Khám Phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ. **Kết quả:** Tỷ lệ ác tính là 7,6%. Các yếu tố liên quan tới tăng nguy cơ ác tính, phụ nữ 45 tuổi trở lên (OR = 3,49, KTC 95%: 1,07 – 11,36 và P = 0,038). Trên siêu âm: hình dạng không đều (OR = 2,34, KTC 95%: 1,29 – 4,22 và P = 0,005), bờ tua gai (OR = 154, KTC 95%: 6,89 – 3442,5 và P = 0,001), bờ gập góc (OR = 18,12, KTC 95%: 1,9 – 172,48 và P = 0,012), bóng âm sau tổn thương (OR = 4,8, KTC 95%: 1,12 – 20,57

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Trung
Email: drtrung@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.6.2025
Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025
Ngày duyệt bài: 27.8.2025

và $P = 0,035$), dẫn ống tuyến ($OR = 3,51$, KTC 95%: 1,13 – 11,25 và $P = 0,029$), tăng sinh mạch máu ($OR = 3,49$, KTC 95%: 1,01 – 12,01 và $P = 0,047$). **Kết luận:** Quy trình kỹ thuật kiểm tra bệnh phẩm bằng hình siêu âm hoặc nhũ ảnh ngay trong cuộc mổ nhằm giảm tỷ lệ sinh thiết không đúng tổn thương.

Từ khóa: Tổn thương vú không sờ thấy, tổn thương lành tính, tổn thương ác tính

SUMMARY

STUDY ON THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF NON-PALPABLE BREAST LESIONS UNDERGOING EXCISIONAL BIOPSY AT TU DU HOSPITAL

Objective: Determine the malignancy rate and the association between certain clinical characteristics, ultrasound imaging features, and the risk of malignancy in biopsied lesions. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted from July 2023 to August 2024, involving 201 cases that met the inclusion criteria out of 211 lesions biopsied at the Gynecologic Oncology Department and the Gynecology Outpatient Department of Tu Du Hospital. **Results:** The malignancy rate was 7.6%. Factors associated with an increased risk of malignancy included: women aged 45 years or older ($OR = 3.49$, 95% CI: 1.07–11.36, $P = 0.038$). On ultrasound, irregular shape ($OR = 2.34$, 95% CI: 1.29–4.22, $P = 0.005$), spiculated margins ($OR = 154$, 95% CI: 6.89–3442.5, $P = 0.001$), angular margins ($OR = 18.12$, 95% CI: 1.9–172.48, $P = 0.012$), posterior acoustic shadowing ($OR = 4.8$, 95% CI: 1.12–20.57, $P = 0.035$), ductal dilatation ($OR = 3.51$, 95% CI: 1.13–11.25, $P = 0.029$), and increased vascularity ($OR = 3.49$, 95% CI: 1.01–12.01, $P = 0.047$) were all significantly associated with malignancy. **Conclusion:** Intraoperative imaging verification of the excised specimen using ultrasound or mammography is recommended to minimize the risk of sampling the wrong lesion. **Keywords:** Non-palpable breast lesion, benign lesion, malignant lesion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ suất mắc mới của ung thư vú đang ngày càng tăng kể từ những năm 1970. Theo thống kê của Tổ chức Ghi nhận Ung thư toàn cầu (Global Cancer Observatory - GLOBOCAN) năm 2022, ung thư vú là loại ung thư được chẩn đoán nhiều nhất ở phụ nữ, ước tính khoảng 2,3 triệu ca mắc mới chiếm tỷ lệ khoảng 23,8% tổng số ung thư mắc mới ở nữ giới trên toàn thế giới. Tỷ lệ tử vong vì ung thư vú đứng hàng thứ tư sau ung thư phổi, ung thư đại tràng và ung thư gan. Tại Việt Nam, ung thư vú cũng được ước tính là thường gặp nhất với 24,563 ca mắc mới, chiếm tỷ lệ gần 28,9 % tổng số ung thư, tỷ suất mắc mới của ung thư vú ở nước ta tăng đến 5 lần. Tỷ lệ tử vong vì ung thư vú ở Việt Nam đứng hàng thứ tư sau ung thư phổi, ung thư gan và ung thư dạ dày [1].

Tổn thương vú không sờ thấy trên lâm sàng (TTVKSTTL) là các tổn thương không phát hiện được qua khám vú lâm sàng, nhưng có thể nhận diện được qua hình ảnh học như siêu âm, nhũ ảnh hay MRI [2, 3]. Các khối tổn thương vú không sờ thấy có thể là rất nhỏ, tổn thương ở sâu, mô vú dày hoặc tổn thương có thể không nhỏ trên một vú có kích cỡ to, mô vú dày. Khoảng một phần ba các trường hợp ung thư vú được chẩn đoán là không sờ thấy trên lâm sàng [4].

Các trung tâm Ung bướu ở Việt Nam đã thực hiện sinh thiết có định vị kim dưới hướng dẫn của siêu âm và cả nhũ ảnh từ nhiều năm nay. Tại khoa Ung bướu Phụ Khoa – Bệnh viện Từ Dũ, các tổn thương vú không sờ thấy trên lâm sàng sẽ được chỉ định sinh thiết bằng phẫu thuật lấy trọn tổn thương dưới kim định vị trên siêu âm. Những trường hợp tổn thương vú không sờ thấy được sinh thiết này có đặc điểm gì? Tại Bệnh viện Từ Dũ chưa có nghiên cứu khảo sát trên nhóm bệnh nhân này. Đây là động lực cho chúng tôi thực hiện "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng các trường hợp tổn thương vú không sờ thấy trên lâm sàng được sinh thiết trọn tại bệnh viện Từ Dũ" với câu hỏi nghiên cứu: Tỷ lệ ác tính trong các trường hợp tổn thương vú không sờ thấy trên lâm sàng được sinh thiết trọn là bao nhiêu? Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định tỷ lệ ác tính trên các tổn thương vú không sờ thấy trên lâm sàng được sinh thiết.
2. Xác định mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng, đặc điểm hình ảnh học trên siêu âm với nguy cơ ác tính của tổn thương được sinh thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Tất cả các tổn thương vú được chỉ định phẫu thuật sinh thiết trọn và được xác nhận trong biên bản hội chẩn phẫu thuật vú là không sờ thấy trên lâm sàng.

- Tổn thương được sinh thiết có BI-RADS 4 hoặc 5 trên siêu âm.

- Tổn thương được sinh thiết có BI-RADS 3 có kèm các điều kiện sau:

+ Có triệu chứng lâm sàng (kết quả siêu âm chẩn đoán dương tính)[5]

+ Kết quả tế bào học – mô học bất tương hợp[5]: Tổn thương có kết quả FNA không đánh giá được do không có hoặc không đủ tế bào, tế bào học không điển hình hoặc tế bào học ác tính. Tổn thương có kết quả sinh thiết lõi không đánh

giá được hoặc nghi ngờ ác tính hoặc ác tính.

- Mẫu sinh thiết có kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh sau phẫu thuật.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân phải hoãn mổ vì lý do y khoa hoặc bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật, hồ sơ bệnh án không có kết quả giải phẫu bệnh.

- Bệnh nhân đã có kết quả giải phẫu bệnh của tổn thương là ác tính trước đó.

- Các trường hợp phẫu thuật tổn thương nghi ngờ tái phát hoặc hạch.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Tiến hành từ tháng 07/2023 – 08/2024.

- Khoa Ung bướu Phụ khoa và Khoa Khám Phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ.

2.4. Cỡ mẫu. Xác định cỡ mẫu của một tỷ lệ theo công thức:

$$n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2(1-p)p}{d^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu cần thiết tối thiểu để đảm bảo năng lực mẫu cho mục tiêu nghiên cứu.

• $Z_{1-\alpha/2}^2$: là giá trị từ phân phối chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê. Chọn $\alpha=0,05 \rightarrow Z=1,96$ (với khoảng tin cậy 95%).

• p là tỷ lệ ước đoán dựa trên nghiên cứu của tác giả Trần Xuân Thới năm 2017 xác định tỷ lệ ác tính các tổn thương vú không sờ thấy là 13,7% [6]; $d=0,05$ là sai số tuyệt đối.

• Cỡ mẫu tối thiểu là 182 tổn thương được sinh thiết.

2.5. Quy trình thu thập số liệu

Bước 1: Dựa vào phần mềm quản lý tại khoa Ung bướu Phụ khoa, bệnh viện Từ Dũ, lập danh sách bệnh nhân nhập viện vì u vú gồm họ tên, năm sinh, mã số bệnh nhân, không đưa vào danh sách các bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán ung thư vú. Danh sách này bao gồm tất cả các trường hợp tổn thương vú sờ thấy và không sờ thấy trên lâm sàng, tất cả những trường hợp có và không có phẫu thuật. Dựa trên hồ sơ bệnh án tiến hành sàng lọc mẫu thoả tiêu chuẩn.

Bước 2: Dựa trên hồ sơ bệnh án và hồ sơ khám ngoại trú trên cổng thông tin điện tử, tiến hành thu thập số liệu, những biến số cần thiết cho nghiên cứu được ghi nhận theo phiếu thu thập số liệu (phụ lục 1).

Bước 3: Nhập số liệu bằng phần mềm Stata 14 và xử lý số liệu.

2.6. Phương pháp thống kê – xử lý số liệu: Các biến định tính được mô tả dưới dạng tần số, tỷ lệ %. Phép kiểm Chi bình phương và Fisher's exact, hồi quy logistic cho các biến định tính, mức ý nghĩa $\alpha < 0,05$.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu y sinh:

đề tài được thực hiện khi thông qua hội đồng khoa học và hội đồng y đức.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các trường hợp không thoả tiêu chuẩn chọn mẫu như sau khi đã được hội chẩn và nhập viện, bệnh nhân tự xin xuất viện theo yêu cầu, kết quả khám tiền mê kèm tình trạng bệnh lý nền như tim mạch, gan, tuyến giáp phải hoãn mổ, bệnh nhân bị nhiễm trùng bên vú cần phẫu thuật. Nhận xét: 7,6% kết quả ác tính, 201 trường hợp thoả tiêu chuẩn chọn mẫu với 211 tổn thương được sinh thiết tiếp tục phân tích đặc điểm.

3.1. Phân bố mô bệnh học

Bảng 1. Các loại mô bệnh học được sinh thiết và tần suất

Loại mô học	Trường hợp (%)
Thay đổi sợi bọc	44 (20,8)
U sợi tuyến	67 (31,8)
U tuyến - tuyến vú	14 (6,7)
U nhú trong ống tuyến vú	11 (5,2)
Tăng sinh ống tuyến vú thông thường	20 (9,5)
Tăng sinh ống tuyến vú không điển hình	10 (4,7)
DCIS	10 (4,7)
Carcinoma ống tuyến vú xâm lấn loại không đặc hiệu	6 (2,8)
Mô mỡ - tuyến vú bình thường	21 (10)
Khác	8 (3,8)

Nhận xét: Sau sinh thiết các mẫu bệnh phẩm không được kiểm tra lại bằng hình ảnh học, kết quả giải phẫu bệnh sau sinh thiết có tới 21 trường hợp lấy không đúng tổn thương, với kết quả giải phẫu bệnh là mô mỡ - tuyến vú bình thường, xấp xỉ 10 %. Có thể do nhiều yếu tố chủ quan như sai sót trong định vị, do phẫu thuật viên, tuy nhiên cũng có thể khách quan do di lệch kim trong quá trình di chuyển, hình học ghi nhận được thực tế không phải là một tổn thương thực sự. Các trường hợp "Khác" gồm ống tuyến vú viêm mãn, xơ hoá tuyến vú. Có 16 tổn thương ác tính chiếm 7,6%.

3.2. Một số đặc điểm dịch tễ học của mẫu nghiên cứu. Độ tuổi phổ biến nhất là 40-49 tuổi chiếm 44,3%. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $44,6 \pm 9,1$, trung vị là 45 tuổi, trường hợp trẻ nhất là 22 tuổi, lớn nhất là 72 tuổi.

Bảng 2: Một số đặc điểm dịch tễ của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	N=201 (%)
Địa chỉ	TP. HCM
	41 (20,4)
Dân tộc	Tỉnh/thành phố khác
	160 (79,6)
Dân tộc	Kinh
	199 (99)
Dân tộc	Dân tộc khác
	2 (1)

Tiền căn phẫu thuật vú	Không	175 (87,1)
	Lành tính	25 (12,4)
	Ác tính	1 (0,5)
Tiền căn gia đình có ung thư vú	Không	189 (94)
	Thế hệ 1	7 (3,5)
	Thế hệ 2	5 (2,5)
Đặc điểm PARA	Đã từng sanh con từ 22 tuần tuổi	170 (84,6)
	Chưa từng sanh con từ 22 tuần tuổi	31 (15,4)

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp trong nghiên cứu đến từ các tỉnh thành khác không phải TP.HCM (79,6%) và chủ yếu là người Kinh (99%).

Phần lớn trường hợp không ghi nhận tiền căn phẫu thuật tuyến vú chiếm 87,1%. Tiền căn gia

đình ung thư vú chiếm 94%, các trường hợp có tiền căn gia đình (cả thế hệ 1 và 2) ung thư vú chỉ chiếm 6%. Đa số các trường hợp đã từng sanh con từ 22 tuần tuổi thai (parous), chiếm 84,6%.

3.3. Mối liên quan giữa nguy cơ ác tính với đặc điểm của tổn thương

Bảng 3. Phân bố nhóm tuổi theo tỷ lệ lành-ác

Tuổi	Ác tính (%)	Lành tính (%)	OR	KTC 95%	P
<45 tuổi	4(3,7)	104(96,3)			
≥45 tuổi	11(11,8)	82(88,2)	3,49	1,07-11,36	0,038

Bảng 4. Mối liên quan giữa tỷ lệ lành-ác theo đặc điểm trên siêu âm

Đặc điểm	Ác tính (%)	Lành tính (%)	OR	KTC 95%	P
Hình dạng(*)					
Bầu dục-tròn	11 (5,8)	180 (94,2)	-	-	0,005
Không đều	5 (25)	15 (75)	2,34	1,29 - 4,22	0,005
Bờ tổn thương(*)					
Bờ đều rõ	1 (1,3)	77 (98,7)	-	-	
Bờ không rõ	2 (9,1)	20 (90,9)	7,7	0,66 - 89,26	0,103
Bờ đa cung	7 (8,1)	80 (91,9)	6,74	0,81 - 56,04	0,078
Bờ gấp góc	4 (19,1)	17 (80,9)	18,12	1,9 - 172,48	0,012
Bờ tua gai	2 (66,7)	1 (33,3)	154	6,89 - 3442,5	0,001
Hồi âm sau tổn thương(*)					
Tăng âm	9 (5,9)	144 (94,6)	-	-	
Không đổi	3 (9,4)	29 (90,6)	1,65	0,42 - 6,49	0,47
Bóng âm	3 (23,1)	10 (76,9)	4,8	1,12 - 20,57	0,035
Hỗn hợp	1 (7,7)	12 (92,3)	1,33	0,16 - 11,43	0,793
Dẫn ống tuyến(*)					
Không	11 (6)	173 (94)	-	-	
Có	5 (18,5)	22 (81,5)	3,5	1,13 - 11,25	0,029
Tăng sinh mạch máu(*)					
Không	12 (6,3)	178 (93,7)	-	-	0,047
Có	4 (19,1)	17 (80,9)	3,49	1,01 - 12,01	0,047

(*): Hồi quy logistic đơn biến; (**): Kiểm định Fisher's

đó và 234 trường hợp được ghi nhận là có tổn thương vú không sờ thấy. Sau khi áp dụng tiêu chí chọn mẫu và loại trừ phù hợp, có 201 bệnh nhân với tổng cộng 211 tổn thương không sờ thấy được đưa vào phân tích.

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu đến từ các tỉnh ngoài TP.HCM (chiếm 79,6%) và 99% là người Kinh. Trong số các tổn thương ác tính, 56,2% nằm ở vú trái và 43,8% ở vú phải. Tỷ lệ này tương đồng với một số nghiên cứu trước, như nghiên cứu của Maja J.D ghi nhận 55,9% tổn thương ác tính ở vú trái và 44,1% ở vú phải. Một số giả thuyết đã được đưa ra để lý giải sự chênh lệch này, bao gồm yếu tố thuận tay (đa số thuận tay phải nên có thể tự khám bên trái kỹ hơn), sự bất đối xứng tự nhiên giữa hai vú (vú

IV. BÀN LUẬN

Với mục tiêu ban đầu là xác định tỷ lệ ác tính trên các bệnh phẩm được sinh thiết, nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn mẫu từ các bệnh nhân có tổn thương vú không sờ thấy trên lâm sàng, được ghi nhận trong phần thăm khám và biên bản hội chẩn chuyên khoa vú. Các trường hợp này bao gồm BI-RADS 4-5 hoặc BI-RADS 3 kèm theo dấu hiệu nghi ngờ trên lâm sàng hoặc có kết quả tế bào học bất thường (có tế bào không điển hình hoặc ác tính). Trong khoảng thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023, có tổng cộng 473 bệnh nhân nhập viện vì bệnh lý u vú. Trong đó, 213 trường hợp có tổn thương vú được phát hiện qua thăm khám lâm sàng, 26 trường hợp có chẩn đoán ác tính xác định trước