

nhều hơn do sử dụng vật liệu là Embozene Microspheres còn của tác giả Nguyễn Xuân Hiền<sup>7</sup> sử dụng vật liệu là hạt polyvinyl alcohol. Llewellyn và cộng sự<sup>4</sup>, cho thấy nút mạch UCTTC bất kể đường kính đều có hiệu quả tốt trong giảm đường kính của u với tỷ lệ phần trăm giảm của u đường kính lớn và nhỏ lần lượt là  $48,0 \pm 19,9\%$  và  $53,2 \pm 24,3\%$ , tuy nhiên trong thời gian đánh giá dài hơn. Nghiên cứu của Llewellyn và cộng sự cũng chỉ ra rằng nút mạch UCTTC đường kính lớn thường có thời gian can thiệp và thời gian nằm viện sau nút mạch dài hơn so với UCTTC đường kính nhỏ<sup>4</sup>. Tỷ lệ biến chứng và can thiệp lại đối với UCTTC là rất thấp và thường nhiều hơn ở các UCCTC đường kính lớn<sup>4</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Đánh giá hiệu quả ban đầu sau điều trị nút mạch UCTTC có đường kính lớn hơn 8cm qua đường động mạch cánh tay cho thấy đây là phương pháp an toàn và đạt hiệu quả tốt, cải thiện cả đường kính UCTTC và triệu chứng lâm sàng sớm ngay sau một tháng và sáu tháng sau nút mạch. Cần thiết có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, có so sánh và với thời gian theo dõi dài hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Glewin, K. and Palvio, P.** Uterine Myomas in Pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand,69: p.617-

- 19; 1990.
- Dương Thị Cường và Nguyễn Đức Minh.** Phụ Khoa Dành Cho Thầy Thuốc Thực Hành, nhà xuất bản y học, tr88-108; 1999.
  - Pavone D., Clemenza S., Sorbi F. and et al.** Epidemiology and Risk Factors of Uterine Fibroids. Best Pract Res Clin obster gynaecol, 46, 3-11; 2018.
  - Llewellyn O, Patel NR, Mallon D, Quinn SD, Hamady M.** Uterine Artery Embolisation for Women with Giant Versus Non-giant Uterine Fibroids: A Systematic Review and Meta-analysis. Cardiovasc Intervent Radiol. 2020;43(5):684-693. doi:10.1007/s00270-019-02359-7
  - Kitamura, Y., et al.,.** Imaging Manifestations of Complication Associated with Uterine Artery Embolization. Radiographics,; 2005.
  - Phạm Gia Khánh.** Nghiên Cứu Ứng Dụng và Phát Triển Kỹ Thuật Can Thiệp Nội Mạch Điều Trị Một Số Bệnh. Chương trình Khoa học và Công nghệ trọng điểm cấp nhà nước KCI; 2010.
  - Hiên NX.** Nghiên Cứu Ứng Dụng Phương Pháp Nút Động Mạch Tử Cung Trong Điều Trị u Cơ Trơn Tử Cung. Luận văn tiến sỹ y học. Đại học y Hà Nội; 2011.
  - Zreik, T.G, et al.,.** Cryomyolysis a New Procedure for the Conservative Treatment of Uterine Fibroids. J Am Assoc Gynecol Laparosc,; 1998.
  - Nassera, s. B. and Isaac, T. M.** Myometrial Tumours. Current Obstetrics & Gynaccology, 14: p. 327-336.; 2004.
  - Lê Văn Khánh.** Nghiên Cứu Kết Quả Ban Đầu Sử Dụng Hạt vi Cầu Embozene Trong Điều Trị u Có Trơn Tử Cung. Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.

## CẮT BỎ CÓ HỖ TRỢ CHÂN KHÔNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM ĐIỀU TRỊ KHỐI U PHYLLODE LẠNH TÍNH KÍCH THƯỚC LỚN

Bùi Thị Phương Thảo<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Hương<sup>1</sup>, Đặng Thị Ngọc Anh<sup>1</sup>,  
Vũ Thị Phương<sup>1</sup>, Trịnh Thị Hà<sup>1</sup>, Tống Thị Khánh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

U diệp thể (UDT) là loại u xơ biểu mô hiếm gặp (<1% trong các khối u vú), được chia thành ba loại: lành tính, ranh giới và ác tính (theo WHO). Phân biệt u diệp thể (phyllode) với u xơ tuyến vú (fibroadenoma) trên lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đôi khi cả giải phẫu bệnh còn tương đối khó khăn. Cho đến nay phương pháp chủ yếu để loại bỏ u diệp thể là phẫu thuật cắt rộng với bờ diệp cắt không còn u  $\geq 1$  cm để đề phòng tái phát tại chỗ. Tuy nhiên, u diệp thể lành tính thường có khả năng tái phát ít do vậy phương pháp loại bỏ các tổn thương này còn có quan điểm

khác nhau. Kỹ thuật cắt bỏ có hỗ trợ chân không dưới hướng dẫn siêu âm (VAE) là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu được sử dụng ngày càng nhiều để loại bỏ các tổn thương lành tính như u xơ tuyến, u nhú nội ống... đồng thời ngày càng có nhiều nghiên cứu ứng dụng phương pháp VAE trong điều trị những tổn thương nguy cơ cao hoặc có khả năng tái phát ở vú trong đó có u diệp thể. Trong bài viết này, chúng tôi trình bày ca lâm sàng sử dụng phương pháp VAE để loại bỏ khối UDT kích thước > 6 cm và đạt kết quả tối ưu về mặt điều trị, thẩm mỹ cho người bệnh. Khối u lớn được loại bỏ hoàn toàn, máu tụ sau can thiệp ít, vết sẹo ngoài da nhỏ và không phát hiện tái phát tại chỗ sau 1 năm theo dõi. **Từ khóa:** U diệp thể lành tính, tuyến vú, phẫu thuật, hút chân không, siêu âm.

### SUMMARY

**REMOVAL OF A BENIGN PHYLLODE TUMOR BY ULTRASOUND-GUIDED VACUUM-ASSISTED BREAST EXCISION COMBINED**

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Phương Thảo

Email: buithao9494@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

## WITH MONITORED ANESTHESIA CARE

Phyllode tumor (PT) is a rare fibrous epithelial tumor that accounts for less than 1% of breast tumors and is common in middle-aged women. Distinguishing phyllode tumors with fibroadenoma of the breast on clinical manifestations, imaging, and pathology is relatively difficult. The World Health Organization (WHO) divides phyllode tumors into three subtypes: benign, borderline, and malignant. Currently, the main method to remove PT is wide local excision >1 cm from the lesion margin to prevent local recurrence. However, benign phylloides tumors (BPT) have a low local recurrence rate and there is disagreement about the treatment of these lesions. In this article, we present a clinical case of the removal of a benign phylloides tumor larger than 6 cm in a 40-year-old Vietnamese woman by ultrasound-guided vacuum-assisted breast excision (VAE) combined with monitored anesthesia care (MAC). This method helps to optimize aesthetics for the patient as well as has a number of advantages over traditional surgical methods or vacuum-assisted breast excision under ultrasound guidance alone.

**Keywords:** Benign phyllode tumor, breasts, surgery, vacuum-assisted breast excision, ultrasound.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U diệp thể là loại u xơ biểu mô hiếm gặp chỉ chiếm dưới 1% các khối u vú, thường gặp ở phụ nữ tuổi trung niên<sup>1</sup>. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) phân loại UDT thành 3 loại: lành tính, ranh giới và ác tính dựa trên sự kết hợp của một số đặc điểm mô bệnh học, bao gồm tế bào mô đệm, hạt nhân không điển hình, hoạt động phân bào, phát triển quá mức của mô đệm và đánh giá rìa khối u<sup>1</sup>. U diệp thể lành tính chiếm đa số (khoảng 60-70%), hiếm khi xảy ra tái phát tại chỗ hay di căn sau điều trị<sup>2</sup>. Tuy nhiên, đối với điều trị u diệp thể lành tính, hiện còn nhiều quan không đồng thuận<sup>3,4,5</sup>. Mạng lưới Ung thư Toàn diện Quốc gia Hoa Kỳ (NCCN), khuyến nghị cắt bỏ cục bộ rộng rãi cho tất cả các khối u diệp thể ở vú, bất kể cấp độ mô học của chúng, với lý do tỷ lệ tái phát cao sau khi cắt bỏ với bờ diện cắt không còn u < 1 cm, một số tác giả khác cho rằng phẫu thuật cắt bỏ rộng với bờ diện cắt không còn u ≥ 1 cm là quá nhiều đối với u diệp thể lành tính<sup>3</sup>. Hiện tại, đã có những nghiên cứu về việc sử dụng VAE để loại bỏ UDT lành tính, các nghiên cứu này chỉ ra rằng VAE bước đầu được chứng minh là phương pháp hiệu quả để điều trị loại khối u này với tính thẩm mỹ cao và vẫn đảm bảo khả năng tái phát thấp<sup>5,6</sup>. Với ca lâm sàng này, chúng tôi muốn trình bày một trường hợp UDT lành tính kích thước lớn được điều trị bằng phương pháp hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm, sau hơn một năm theo dõi, không phát hiện tái phát tại chỗ.

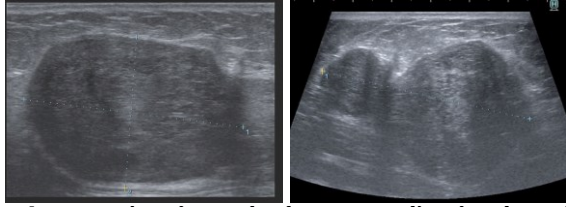
## II. MÔ TẢ CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 40 tuổi, vào viện vì sờ thấy khối lớn ở vú phải. Khối tổn thương đã xuất hiện cách 20 năm, tuy nhiên 2 năm gần đây khối tăng kích thước nhanh, kèm theo tình trạng bệnh nhân thấy đau tức nhẹ tại vị trí sờ thấy khối, tần suất đau tăng dần. Khối đã được sinh thiết hai lần, lần gần nhất cách 6 tháng, kết quả là u xơ tuyến vú lành tính. Bệnh nhân được đã được các bác sĩ tư vấn sử dụng phương pháp phẫu thuật mở mở loại bỏ khối u nhưng các lo ngại về mặt thẩm mỹ khiến bệnh nhân băn khoăn rất nhiều và quyết định đến trung tâm vú của chúng tôi với mong muốn được tư vấn thêm về phương pháp VAE để loại bỏ tổn thương tuyến vú lành tính.

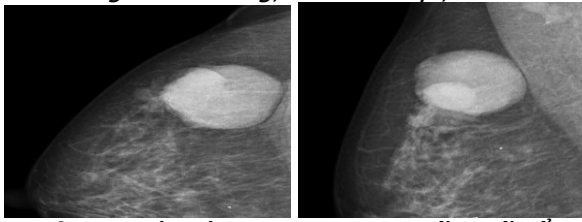
Khám lâm sàng thấy vị trí góc ¼ trên ngoài vú phải cách núm vú 8 cm có khối kích thước khoảng 5x7 cm, chắc, di động, ấn đau nhẹ, không thấy hạch nách cùng bên. Trên hình ảnh siêu âm, tại vị trí 11 giờ cách núm vú 8 cm có khối giảm âm không đồng nhất, hình bầu dục, có chồi nhỏ, kích thước 61 x 49 x 50 mm, xếp loại BIRADS 4a. Hình ảnh x-quang vú cũng cho thấy một khối kích thước tương đồng, tăng đậm độ, bờ thùy múi, trong không có vi vôi hóa, xếp loại BIRADS 4a. Trên hình ảnh cộng hưởng từ, khối tổn thương lớn vú phải với kích thước 62 x 53 x 42 mm, tăng tín hiệu trên STIR, đồng tín hiệu trên T1W, tổn thương hạn chế khuếch tán với tín hiệu tăng trên DWI và giảm tín hiệu trên ADC, ngấm thuốc nhanh và đồng nhất sau tiêm và không thải thuốc, đường cong ngấm thuốc dạng tăng dần (type 1).

Bệnh nhân được tư vấn về ưu và nhược điểm của cả hai phương pháp điều trị là phương pháp phẫu thuật mở và kỹ thuật cắt bỏ có hỗ trợ chân không dưới hướng dẫn siêu âm để loại bỏ tổn thương cũng như khả năng tái phát tại chỗ sau khi loại bỏ. Sau khi cân nhắc kỹ, bệnh nhân và ekip thủ thuật đưa ra lựa chọn sử dụng kỹ thuật cắt bỏ có hỗ trợ chân không dưới hướng dẫn siêu âm kết hợp an thần toàn thân. Khối u được loại bỏ hoàn toàn trong một thì chỉ với một vết rạch da rất nhỏ ~5mm, tổng thời gian 90 phút và sau đó được đặt 01 marker để đánh dấu vị trí sau khi loại bỏ tạo thuận lợi cho quá trình theo dõi sau này. Trong quá trình làm thủ thuật, bệnh nhân được an thần toàn thân kèm theo sử dụng 1 ống lidocaine 2ml, 4 ống lignospan 2 ml với mục đích hỗ trợ giảm đau và 1g transamin để chống chảy máu. Lượng máu tụ tại vị trí hút u ngay sau can thiệp khoảng 30 x 13 mm, sau 10 ngày lượng máu tụ chỉ còn 10 x 4 mm và sau khi hút u một tháng, kiểm tra lại tại giường khối u

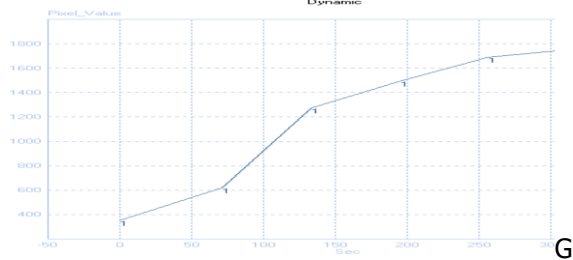
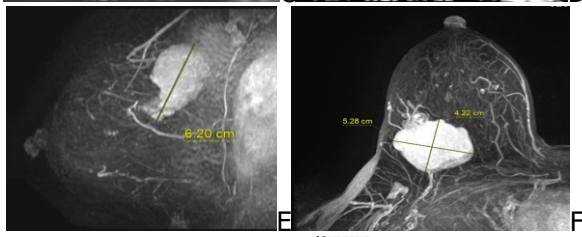
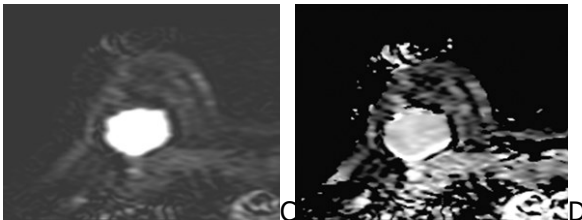
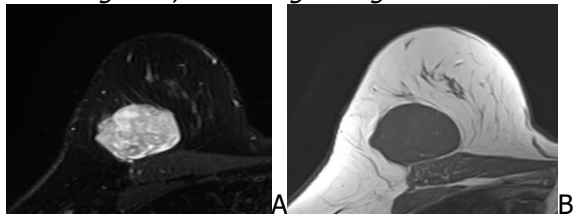
thấy sẹo nhỏ kích thước 7 x 5 mm. Kết quả giải phẫu bệnh của khối u lớn này là u diệp thể lành tính. Hiện không thấy tổn thương tái phát tại thời điểm một năm sau can thiệp.



**Hình 1.** Hình ảnh siêu âm 2D: khối giảm âm với đường viền rõ ràng, hình bầu dục, có chồi

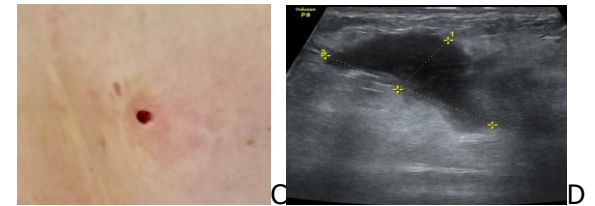
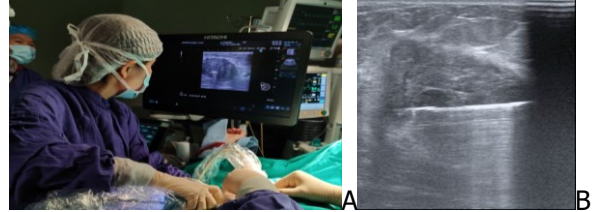


**Hình 2.** Hình ảnh x-quang cho thấy khối tổn thương tăng đậm độ góc ¼ trên ngoài vú phải, ranh giới rõ, bên trong không có vi vôi hóa

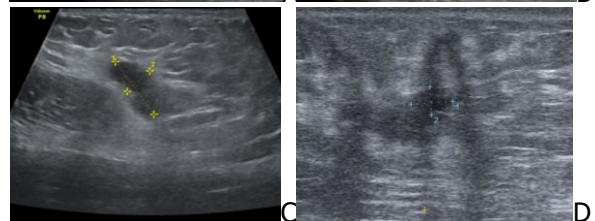
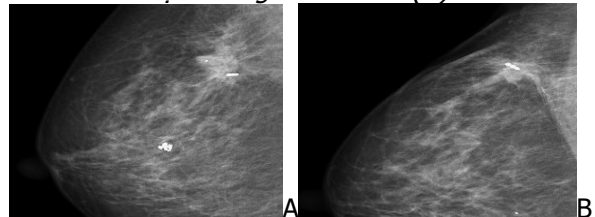


**Hình 3.** Hình ảnh cộng hưởng từ

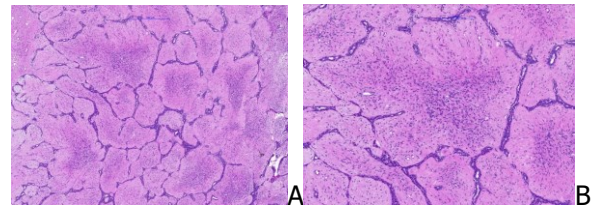
Khối tổn thương tăng tín hiệu trên STIR (A), tín hiệu trung gian trên T1W (B), hạn chế khuếch tán với tăng tín hiệu trên DWI (C) và giảm tín hiệu trên ADC (D), ngấm thuốc mạnh sau tiêm với một số mạch máu đi vào khối u (E, F), ngấm thuốc tăng dần và không thải thuốc, đường cong ngấm thuốc type 1 (G).



**Hình 4.** Bệnh nhân được hút chân không loại bỏ khối u có gây mê tại phòng phẫu thuật (A), hình ảnh kim hút ở trong khối u (B), đường rạch ngoài da khoảng 5 mm (C), sau can thiệp ổ dịch tụ khoảng 30x13 mm (D)

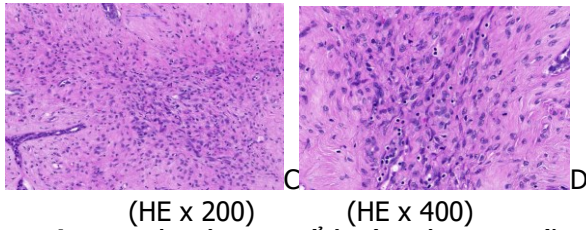


**Hình 5.** Sau can thiệp 7 ngày, bệnh nhân được chụp x-quang để kiểm tra vị trí của marker so với vị trí u ban đầu (A, B), sau 10 ngày lượng máu tụ khoảng 10x5 mm (C), và sau 1 tháng kiểm tra lại nhu mô tại vị trí u chỉ còn sẹo sau can thiệp kích thước 7x5 mm



(HE x 50)

(HE x 100)



(HE x 200) (HE x 400)  
**Hình 6.** Hình ảnh vi thể ở độ phóng đại thấp thấy u có cấu trúc dạng lá (mũi tên đen) với các tế bào biểu mô ống tuyến bị ép dẹt, hình thái lạnh tính, xen lẫn với các tế bào cơ biểu mô còn bảo tồn (A, B). Ở độ phóng đại cao, mô đệm tăng sinh nhưng các tế bào đệm không điển hình mức độ nhẹ (mũi tên đỏ), nhân chia hiếm thấy và không thấy thành phần ác tính không đồng nhất khác (C, D)

### III. BÀN LUẬN

U diệp thể là loại u xơ biểu mô hiếm gặp, chiếm dưới 1% của tất cả các khối u vú. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) phân loại các khối u diệp thể thành 3 loại: lạnh tính, ranh giới và ác tính dựa trên các đặc điểm mô học, bao gồm hạt nhân không điển hình, tế bào mô đệm, hoạt động phân bào, đặc điểm đường bờ khối u và sự phát triển quá mức của mô đệm<sup>1</sup>. U diệp thể thường gặp ở phụ nữ trung niên (độ tuổi từ 35–55), độ tuổi trung bình thường lớn hơn 15–20 tuổi so với phụ nữ mắc u xơ tuyến vú, u diệp thể cũng thường gặp hơn ở phụ nữ Châu Á<sup>7,8</sup>. U diệp thể thường xuất hiện dưới dạng khối ở một bên, chắc, ranh giới rõ, di động, không đau, tăng kích thước nhanh. U diệp thể và u xơ tuyến vú có nhiều đặc điểm khó phân biệt cả về lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh cũng như mô bệnh học sau sinh thiết kim lõi<sup>9</sup>. Trên mẫu bệnh phẩm sinh thiết kim lõi, u xơ tuyến vú với sự hiện diện của tế bào mô đệm dày đặc rất khó phân biệt với u diệp thể, những tổn thương này được gọi chung với thuật ngữ “tổn thương biểu mô sợi”<sup>10</sup>. Việc phân biệt u diệp thể và u xơ tuyến là rất cần thiết trong chẩn đoán trước điều trị, cho phép lập kế hoạch điều trị chính xác, tránh những sai lầm như phẫu thuật lại do cắt bỏ không đủ hoặc điều trị phẫu thuật quá mức<sup>9</sup>.

Trong trường hợp ca lâm sàng của chúng tôi, bệnh nhân đến với kết quả mô bệnh học sinh thiết kim lõi là u xơ tuyến vú. Trong quá trình lập kế hoạch điều trị, chúng tôi cũng cân nhắc đến khả năng kết quả giải phẫu bệnh sau khi loại bỏ khối u là u diệp thể do một số đặc điểm như khối u có kích thước lớn trên 6 cm, tăng kích thước nhanh trong hai năm gần đây, bệnh nhân ở lứa tuổi trung niên (40 tuổi). Vì vậy, các bác sĩ cũng

cân nhắc giữa hai phương án điều trị phẫu thuật mở và cắt bỏ có hỗ trợ chân không dưới hướng dẫn siêu âm. Hút u vú có hỗ trợ chân không ra đời năm 1995 và ngày càng được sử dụng rộng rãi cả trong chẩn đoán và điều trị. Đến năm 2002, Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã phê duyệt hút u vú có hỗ trợ chân không là phương pháp có thể sử dụng để loại bỏ các tổn thương lành tính và được gọi là kỹ thuật. Tuy nhiên, phương pháp này hiện chủ yếu dùng để loại bỏ các tổn thương lành tính kích thước dưới 4 cm. Hiện nay đã có một số tác giả sử dụng kỹ thuật cắt bỏ có hỗ trợ chân không dưới hướng dẫn siêu âm để loại bỏ tổn thương u xơ tuyến vú lành tính lên đến trên 6cm. Trong trường hợp này, chúng tôi sử dụng kỹ thuật VAE để loại bỏ khối tổn thương > 6 cm chỉ trong 90 phút, người bệnh cảm thấy thoải mái trong quá trình làm thủ thuật và hài lòng với hiệu quả điều trị cũng như hiệu quả thẩm mỹ.

Kết quả giải phẫu bệnh sau VAE của ca lâm sàng này là u diệp thể lạnh tính. Các hướng dẫn hiện tại, chẳng hạn như của Mạng lưới Ung thư Toàn diện Quốc gia (NCCN), khuyến nghị phẫu thuật cắt rộng với bờ diện cắt không còn u  $\geq 1$  cm cho tất cả các khối u diệp thể ở vú, bất kể cấp độ mô học của chúng, với lý do tỷ lệ tái phát cao sau khi cắt bỏ với bờ < 1 cm. Tuy nhiên một số nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng, tỷ lệ tái phát của u diệp thể khoảng 6,3% nói chung và tỉ lệ tái phát của u diệp thể lạnh tính là 6,2%, con số này thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu trước đây<sup>4,3</sup>. Và theo nghiên cứu của Yiming và cộng sự công bố năm 2018, không có mối liên hệ nào giữa việc cắt bỏ rộng rìa khối u và tỷ lệ tái phát cục bộ cũng như không có sự liên quan giữa việc cắt bỏ lại với chẩn đoán u diệp thể sau khi loại bỏ với tỉ lệ tái phát tại chỗ<sup>3</sup>. Việc không thể phân biệt được u diệp thể với u xơ tuyến trên sinh thiết lõi và chỉ được chẩn đoán sau khi cắt bỏ không phải là hiếm gặp. Sau khi loại bỏ tổn thương, nếu kết quả giải phẫu bệnh trả về là u diệp thể lạnh tính, việc phẫu thuật lại ngay không nhất thiết phải diễn ra. Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân được tiến hành theo dõi sau 1 tháng, tháng và 1 năm, không ghi nhận tái phát tại chỗ sau can thiệp. Tuy nhiên, bệnh nhân cần được tiếp tục theo dõi chặt chẽ mỗi 6 tháng, nếu tái phát xảy ra, việc phẫu thuật lại là cần thiết.

### IV. KẾT LUẬN

U diệp thể là một khối u hiếm gặp ở vú, thường gặp ở phụ nữ độ tuổi trung niên và có

kích thước lớn khi được phát hiện. U diệp thể lành tính có tỉ lệ tái phát thấp hơn so với u diệp thể ranh giới và ác tính, vì vậy việc điều trị u diệp thể lành tính có thể không nhất thiết cắt bỏ rộng cách rìa khối u trên 1 cm. Và việc chẩn đoán u diệp thể lành tính sau khi loại bỏ bằng phẫu thuật hoặc hút chân không có thể không yêu cầu phẫu thuật lại. Hiện nay cắt bỏ có hỗ trợ chân không dưới hướng dẫn siêu âm để điều trị u diệp thể lành tính đang ngày càng được áp dụng tại nhiều cơ sở với các khối u có kích thước dưới 4 cm. Đây cũng là một kỹ thuật triển vọng có thể sử dụng trong loại bỏ u diệp thể lành tính kích thước lớn với hiệu quả cao về mặt thẩm mỹ, tuy nhiên cần được nghiên cứu và đánh giá thêm về khả năng tái phát tại chỗ sau can thiệp.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Zhang Y, Kleer CG.** Phyllodes Tumor of the Breast: Histopathologic Features, Differential Diagnosis, and Molecular/Genetic Updates. Arch Pathol Lab Med. 2016;140(7):665-671. doi:10.5858/arpa.2016-0042-RA
- Limaïem F, Kashyap S.** Phyllodes Tumor Of The Breast. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023. Accessed May 21, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541138/>
- Qian Y, Quan ML, Ogilvi T, Bouchard-Fortier A.** Surgical management of benign phyllodes tumours of the breast: Is wide local excision really necessary? Can J Surg. 2018;61(6):430-431. doi:10.1503/cjs.017617
- Borhani-Khomani K, Talman MLM, Kroman N, Tvedskov TF.** Risk of Local Recurrence of Benign and Borderline Phyllodes Tumors: A Danish Population-Based Retrospective Study. Ann Surg Oncol. 2016;23(5):1543-1548. doi:10.1245/s10434-015-5041-y
- Park HL, Pyo YC, Kim KY, et al.** Recurrence Rates and Characteristics of Phyllodes Tumors Diagnosed by Ultrasound-guided Vacuum-assisted Breast Biopsy (VABB). Anticancer Res. 2018;38(9):5481-5487. doi:10.21873/anticancer.12881
- Ji Y, Zhong Y, Zheng Y, et al.** Surgical management and prognosis of phyllodes tumors of the breast. Gland Surg. 2022;11(6):981-991. doi:10.21037/gst-21-877
- Tse GMK, Niu Y, Shi HJ.** Phyllodes tumor of the breast: an update. Breast Cancer. 2010;17(1):29-34. doi:10.1007/s12282-009-0114-z
- Guillot E, Couturaud B, Reyat F, et al.** Management of phyllodes breast tumors. Breast J. 2011; 17(2):129-137. doi: 10.1111/j.1524-4741.2010.01045.x
- Wiratkapun C, Piyapan P, Lertsithichai P, Larbcharoensub N.** Fibroadenoma versus phyllodes tumor: distinguishing factors in patients diagnosed with fibroepithelial lesions after a core needle biopsy. Diagn Interv Radiol. 2014;20(1):27-33. doi:10.5152/dir.2013.13133
- Jacklin RK, Ridgway PF, Ziprin P, Healy V, Hadjiminis D, Darzi A.** Optimising preoperative diagnosis in phyllodes tumour of the breast. Journal of Clinical Pathology. 2006;59(5):454-459. doi:10.1136/jcp.2005.025866

## SỬ DỤNG PHƯƠNG PHÁP ĐO QUANG ĐỂ XÁC ĐỊNH GIÁ TRỊ ẮN ĐỊNH CỦA MẪU SINH PHẨM HUYẾT HỌC TRONG KIỂM TRA CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM HUYẾT HỌC

Võ Ngọc Nguyên<sup>1,2,3</sup>, Trần Hữu Tâm<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Hồng Phương<sup>3</sup>,  
Vũ Đình Dũng<sup>3</sup>, Thái Mỹ Trân<sup>3</sup>, Nguyễn Thúy Hương<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu độ ổn định số lượng tế bào máu (hồng cầu người, bạch cầu, tiểu cầu già lập) trong kiểm tra chất lượng xét nghiệm huyết học là rất cần thiết cho các phòng xét nghiệm huyết học tại Việt Nam. Trong nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu xác định giá trị ắn định số lượng tế bào máu bằng phương pháp đo quang. Mẫu tổ hợp tế bào máu ở 3 mức nồng độ (cao, bình thường, thấp) bằng công thức tối ưu

hóa môi trường bảo quản ở từng mức nồng độ. Xác định giá trị ắn định (trung bình  $\pm$  2SD) của dòng máy phân tích huyết học bằng phương pháp đo quang trên máy Celdyn 3200, Celdyn Ruby, mẫu sẽ được gửi tới 10 phòng xét nghiệm khác nhau sử dụng dòng máy Celdyn 3200, Celdyn Ruby để đánh giá. Kết quả nghiên cứu đã xác định giá trị ắn định của dòng máy Celdyn 3200, Celdyn Ruby ở 3 mức nồng độ: dòng máy Celdyn 3200 có 80%, Celdyn Ruby có 90% phòng xét nghiệm có kết quả phân tích nằm trong giá trị ắn định. Kết quả đo số lượng hồng cầu, bạch cầu già lập và tiểu cầu già lập trên từng thiết bị phân tích giữa 10 phòng xét nghiệm là tương đương nhau, cùng một mức nồng độ thì dòng máy Celdyn 3200, Celdyn Ruby sẽ cho kết quả bạch cầu già lập và hồng cầu tương đương nhau, chỉ có chỉ số tiểu cầu già lập là khác nhau và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Như vậy, mẫu sinh phẩm huyết học đạt tiêu chuẩn để có thể được sử dụng để đánh giá kết quả

<sup>1</sup>Trường Đại học Bách Khoa TP. HCM

<sup>2</sup>Đại học Quốc gia TP. HCM

<sup>3</sup>Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Võ Ngọc Nguyên

Email: vnnguyen.sdh20@hcmut.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024