

Chuyên đề
Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH TP. HỒ CHÍ MINH • TẬP 45 - THÁNG 02/2018

**CÁC BIỆN PHÁP
NGỪA THAI SỬ DỤNG NỘI TIẾT**



NHÀ XUẤT BẢN PHƯƠNG ĐÔNG

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 45

CÁC BIỆN PHÁP NGỪA THAI SỬ DỤNG NỘI TIẾT

- 06 < Tránh thai nội tiết trong thời kỳ hậu sản
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 10 < Dụng cụ tử cung chứa levonorgestrel
Triệu Thị Thanh Tuyền, Huỳnh Hoàng Mi
- 16 < Sử dụng thuốc nội tiết ngừa thai ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang
Nguyễn Khánh Linh
- 20 < Các biện pháp tránh thai cho phụ nữ tiền mãn kinh
Nguyễn Hữu Nghị
- 24 < Điều hòa chọn lọc thụ thể progesterone - ứng dụng tránh thai khẩn cấp
Võ Thị Thành
- 27 < Thuốc ngừa thai và dự trữ buồng trứng
Lê Thị Ngân Tâm
- 31 < Hiệu quả khác của thuốc ngừa thai
Trần Thế Hùng
- 33 < Ngừa thai nam bằng hormone
Nguyễn Văn Học
- 36 < Ối vỡ – Khởi phát chuyển dạ hay chờ đợi?
Lê Hồng Cẩm
- 42 < Cập nhật các phương pháp giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng vết mổ lấy thai
Bùi Chí Thương
- 47 < Chiến thuật phòng ngừa lây truyền viêm gan siêu vi B từ mẹ sang con
Phan Thị Mai Hoa
- 51 < Cập nhật về vai trò của aspirin trong dự phòng tiền sản giật
Bùi Quang Trung
- 56 < Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán nhau cài răng lược
Nguyễn Thu Thủy
- 59 < Cập nhật khuyến cáo về tầm soát và dự phòng nhiễm khuẩn sơ sinh sớm do liên cầu khuẩn beta tan huyết nhóm B
Nguyễn Mai An, Phạm Thị Minh Trang
- 63 < Thuật ngữ phân loại và chẩn đoán thai ngoài tử cung
Lê Tiểu My
- 69 < Khuyến cáo về tầm soát ung thư vú ở những phụ nữ có nguy cơ (ACOG)
Phan Hà Minh Hạnh
- 75 < Tổng quan tầm soát ung thư vú ở phụ nữ từ 40 tuổi trở lên
Hồ Hoàng Thảo Quyên
- 79 < Hiếm muộn và u lạc nội mạc tử cung
Hồ Mạnh Tường
- 81 < Theo bước chân Gemba ở môi trường bệnh viện
Nguyễn Phạm Hoàng Lan
- 83 < Ứng dụng Lean vào y tế
Võ Thị Hà
- JOURNAL CLUB
- 87 < Sử dụng metformin ở nhóm vô sinh nữ có hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)
- 89 < Cập nhật khuyến cáo lâm sàng trong chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa băng huyết sau sinh
- 90 < Biện pháp tránh thai tác dụng kéo dài: que cấy và dụng cụ tử cung
- 92 < Vai trò của việc tuân thủ điều trị trong hiệu quả dự phòng tiền sản giật của aspirin liều thấp
- 93 < Lập kế hoạch sinh sản để giảm tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn
- 95 < Góc tử cung - cổ tử cung: phương tiện tầm soát mới trên siêu âm giúp tiên đoán khả năng sinh non tự phát
- 96 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 104 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề Y học sinh sản - tập 46: "TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ"
Tập 46 sẽ xuất bản vào tháng 5/2018. Hạn gửi bài cho tập 45 là 20/02/2018.

Chuyên đề Y học sinh sản - tập 47: "UNG THƯ PHỤ KHOA"
Tập 47 sẽ xuất bản vào tháng 8/2018. Hạn gửi bài cho tập 47 là 20/05/2018.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000-3.000 từ, font hệ Unicode (Times New Roman hoặc Arial), bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo vui lòng trích dẫn ở bài vui lòng đặt trong ngoặc đơn (Tác giả, năm xuất bản), phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5-7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất toàn bài). Journal club là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500-1.000 từ, bảng biểu và hình ảnh minh họa rõ ràng.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn)
Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

TỔNG QUAN TÂM SOÁT UNG THƯ VÚ Ở PHỤ NỮ TỪ 40 TUỔI TRỞ LÊN

Hồ Hoàng Thảo Uyên

Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM



Ung thư vú là ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở phụ nữ tại nhiều nước trên thế giới. Theo số liệu thống kê của Cơ quan nghiên cứu Ung thư quốc tế năm 2012, số ca mới mắc hằng năm là 1,67 triệu (khoảng 25% ung thư ở nữ giới). Trong đó, tử vong do ung thư vú ước tính khoảng 522.000 trường hợp (IARC, 2012). Tại Việt Nam, ung thư vú chiếm vị trí hàng đầu ở phụ nữ với tỷ suất mới mắc khoảng 27/100.000 người/ năm (IARC, 2012). Theo thống kê ung thư tại thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2007-2011, tỷ suất mới mắc thô của ung thư vú là 21,1/100.000 người/năm (Lê Hoàng Minh, 2013). Năm 2014, thống kê ung thư tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tuổi thường gặp của ung thư vú từ 40-74 tuổi, cao nhất ở nhóm tuổi từ 55-59 tuổi (Lê Hoàng Minh, 2014).

Thời gian nhân đôi là thời gian cần thiết để tế bào u sinh sản tăng số lượng. Thời gian nhân đôi của các tế bào ung thư vú trung bình khoảng 100 ngày. Để khối u có thể sờ được trên lâm sàng, nghĩa là có kích thước trên dưới 1 cm và khoảng một tỷ tế bào, bệnh đã có từ trước đó 6 đến 10 năm (Nguyễn Sào Trung, 2007).

Tầm soát phát hiện và điều trị bệnh ở giai đoạn tiềm ẩn là hướng tiếp cận duy nhất giúp cải thiện tiên lượng loại bệnh này. Phát hiện sớm ung thư vú giúp có thể điều trị bệnh từ giai đoạn sớm, giảm số ca đoạn nhũ, thẩm mỹ tốt hơn ở những ca điều trị bảo tồn vú, giảm hóa trị hỗ trợ, thay thế nạo hạch bằng sinh thiết hạch cạnh góc (Nguyễn Chấn Hùng, 2013).

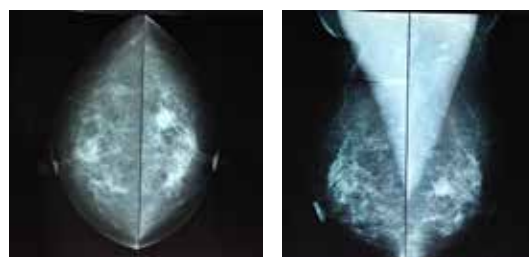
CÁC PHƯƠNG TIỆN CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TRONG KHẢO SÁT TUYẾN VÚ

Hiện nay, có ba nhóm phương tiện chẩn đoán hình ảnh được sử dụng một cách thường quy trong khảo sát tuyến vú: X quang, siêu âm và cộng hưởng từ.

X quang (Hình 1)

Chụp X quang là kỹ thuật dùng tia X phát ra, đi qua tuyến vú để ghi hình ảnh lên phim hoặc dưới dạng ảnh kỹ thuật số.

X quang thường được chỉ định trong tầm soát ung thư vú ở phụ nữ từ 40 tuổi trở lên hoặc nguy cơ cao không phân biệt độ tuổi. Ưu điểm của X quang có thể phát hiện những ổ vi vôi hóa – dấu hiệu đầu tiên của ung thư tiền lâm sàng, không cân xứng khu trú (ACR, 2013).

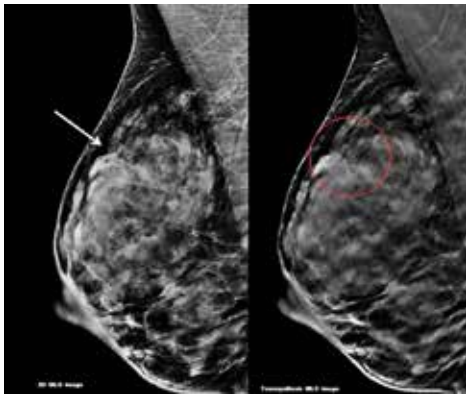


Hình 1. Phim chụp thể CC, MLO
(tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM)

X quang vú 3D (Digital Breast Tomosynthesis) (Hình 2)

Đầu đèn của máy chụp X quang có thể xoay một biên độ nhất định, cắt lớp mỏng và có thể tái tạo lại

3 mặt phẳng. Kỹ thuật này được Cục Quản lý thực phẩm dược phẩm Mỹ công nhận từ năm 2010. X quang vú 3D tăng độ nhạy phát hiện ung thư vú vì loại bỏ được sự che phủ của mô vú đặc. Đây là một trong những phương tiện chẩn đoán hình ảnh được dùng bổ sung sau X quang, ở phụ nữ có mô vú đặc. Khi kết hợp X quang kỹ thuật số và X quang vú 3D, độ nhạy tăng từ 60% lên 90,1% (Hodgson, 2016). Khảo sát vi vôi hóa trên X quang vú 3D được đánh giá không tốt bằng X quang kỹ thuật số (SBI, 2017).

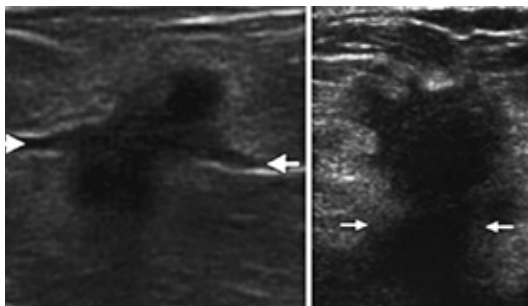


Hình 2. Xảo trộn cấu trúc trên X quang vú 2D và 3D. (Nguồn: DenseBreast info)

Siêu âm vú

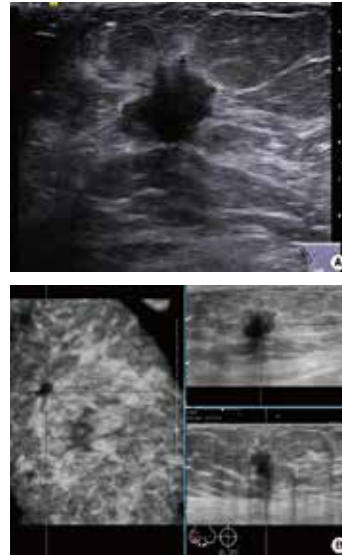
Siêu âm là phương pháp sử dụng sóng âm tần số cao đi xuyên qua vú và dội lại từ các mô khác nhau, tạo nên hình ảnh.

Siêu âm vú thường được chỉ định khảo sát bất thường trên lâm sàng hay thấy trên hình X quang. Một trong những nhược điểm thường được nhắc đến của siêu âm là việc phát hiện tổn thương lệ thuộc nhiều vào người thực hiện (ACR, 2013). (Hình 3)



Hình 3. Hình ảnh siêu âm tổn thương vú sờ được. (Nguồn Raza S. và cộng sự)

Siêu âm tự động hóa là thiết bị siêu âm với cánh tay máy tự động quét các mặt phẳng, hình ảnh được lưu trữ và có thể tái tạo lại khi các bác sĩ đọc kết quả. Siêu âm tự động hóa được sử dụng để bổ sung tầm soát ung thư vú cho phụ nữ có mô vú đặc, X quang kết quả bình thường. (Hình 4)



Hình 4. Hình ảnh siêu âm tự động hóa. (Nguồn Kim YW, 2013)

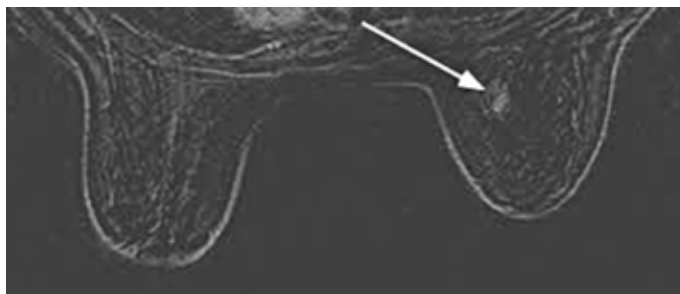
Cộng hưởng từ (Hình 5)

Cộng hưởng từ là phương pháp sử dụng các nam châm và sóng radio để tạo nên hình ảnh cắt lớp chi tiết của tuyến vú, dựa trên hiện tượng cộng hưởng từ hạt nhân.

Cộng hưởng từ được chỉ định tầm soát ở những phụ nữ có nguy cơ cao (kết hợp sau khi chụp X quang âm tính) hoặc có tạo hình ngực (ACR, 2013).

Hệ thống số liệu và báo cáo kết quả hình ảnh tuyến vú (Breast Imaging - Reporting and Data System: BI-RADS)

Hiện nay kết quả hình ảnh tuyến vú được xếp loại theo BI-RADS của hội Điện quang Mỹ. Đây là hệ thống quản lý thực hành đầu tiên trong ngành chẩn đoán hình ảnh, gồm hệ thống từ vựng mô tả, phân loại đánh giá có kèm theo các khuyến nghị xử trí. Theo BI-RADS, các tổn thương ở vú chia thành 5 nhóm chính, xếp theo thứ tự khả năng từ lành tính đến ác tính. Phiên bản đầu tiên chỉ dành cho X quang, năm 1993. Siêu âm và cộng hưởng từ có trong phiên bản 4 (2003). Bản cập nhật mới nhất



Hình 5. Hình ảnh cộng hưởng từ vú phát hiện ung thư vú rất nhỏ, X quang và siêu âm không phát hiện được (đầu mũi tên). (Nguồn Atlas BI-RADS 2013).

là phiên bản 5 (2013), trong đó, BI-RADS 4 được chia nhóm nhỏ hơn A, B, C (ACR, 2013).

CHIẾN LƯỢC TÂM SOÁT UNG THƯ VÚ HIỆN NAY

Phương pháp được khuyến cáo và hiệu quả áp dụng

X quang là phương pháp tầm soát định kỳ mỗi năm hay mỗi hai năm được khuyến cáo hiện nay ở các nước phát triển. Theo thống kê của Ban đặc nhiệm về phòng bệnh của Mỹ, tỷ lệ tử vong của ung thư vú giảm 22% ở nhóm phụ nữ > 50 tuổi và 15% ở nhóm tuổi 40-49 có tầm soát bằng X quang (Nelson,

2016). X quang có thể phát hiện các trường hợp vi vôi hóa ác tính rất sớm như ung thư ống tuyến tại chỗ, với độ nhạy từ 81-98% (Altobelli, 2014).

Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước khối u và tỉ lệ tử vong. Việc phát hiện ung thư vú sớm, khi kích thước u còn nhỏ, sẽ giúp tăng khả năng sống còn (Tabar, 2011). Các nghiên cứu liên quan kích thước dễ thực hiện hơn các nghiên cứu về giảm tỉ lệ tử vong. Vì vậy, mục tiêu tầm soát ung thư vú ở các nước có thu nhập trung bình-thấp là phát hiện càng sớm càng tốt sớm tổn thương dạng khối u (Yip, 2011).

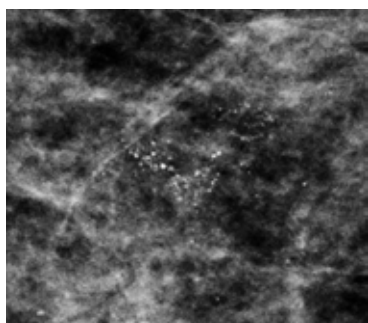
Đối với các nước có thu nhập trung bình- thấp, khám lâm sàng có thể là một phương pháp tầm soát ung thư vú. Phương pháp này có thể làm giảm giai đoạn phát hiện ung thư vú, nhưng chưa đủ bằng chứng làm giảm tỉ lệ tử vong (Corbex, 2012). Khám lâm sàng được ghi nhận có độ nhạy thấp (Mo, 2013). Hội ung thư Mỹ đã không còn khuyến cáo tầm soát ung thư vú bằng khám lâm sàng, phương tiện được chọn đầu tiên là X quang vú (ACS, 2015).

Tuổi được khuyến cáo bắt đầu tầm soát ung thư vú

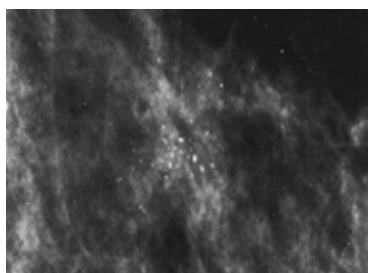
Theo khuyến cáo chung, tuổi bắt đầu tầm soát ung thư vú ở đa số các nước Châu Âu từ 50 tuổi trở lên (Altobelli, 2014).

Trong hướng dẫn thực hành về tầm soát ung thư vú ở phụ nữ có nguy cơ trung bình (cập nhật tháng 10 năm 2015), Hội Ung thư Mỹ khuyến cáo bắt đầu tầm soát ung thư vú từ 45 tuổi. Trong khi đó, hướng dẫn thực hành của Hội Sản Phụ khoa Mỹ khuyến cáo tuổi bắt đầu tầm soát nên từ 40.

Số ca mới mắc ung thư vú ở phần lớn các nước châu Á tăng từ sau tuổi 30, và cao nhất khoảng 40-



A



B

Hình 6. A: Vi vôi hóa đa dạng nhỏ (Giải phẫu bệnh: tăng sản ống tuyến không điển hình và tăng sản tế bào trụ). B: Nhiều hơn 5 vi vôi /1cm². (Carcinoma ống tuyến vú tại chỗ) (nguồn Breast Imaging)

49 tuổi (Ahmadian, 2012). Vì vậy, ở các nước này, việc tầm soát ung thư vú được khuyến cáo dùng X quang từ 40 tuổi trở lên.

Tại Việt Nam, tuổi thường gặp của ung thư vú từ 40-74 tuổi. Vì vậy, nhiều bệnh viện trong cả nước bắt đầu tầm soát ung thư vú từ 40 tuổi trở lên.

Hạn chế khi tầm soát bằng X quang và các hướng cải thiện

Tầm soát bằng X quang có những khuyết điểm đã và đang được nghiên cứu như tỉ lệ chẩn đoán quá mức cao, dương tính giả cao ở nhóm phụ nữ từ 40-49 tuổi, giảm độ nhạy trên mô vú đặc (Pace, 2014), (Suzuki, 2014).

Phụ nữ châu Á có mô vú đặc đôi khi làm giới hạn khảo sát trên X quang (ACR, 2013). Vì vậy, để phát hiện sớm ung thư vú trên những đối tượng này, vai trò của siêu âm kết hợp X quang đang được nghiên cứu nhiều những năm gần đây. Độ nhạy khi kết hợp siêu âm với X quang từ 80-83%, độ đặc hiệu 86,4-94,5% (Gartlehner, 2013). So với cộng hưởng từ, kết hợp với siêu âm giá thấp hơn, không phải dùng thuốc tương phản, dễ chịu cho bệnh nhân và ứng dụng rộng rãi hơn (Scheel, 2015). Tuy nhiên, theo các nghiên cứu tổng quan hệ thống, việc kết hợp siêu âm và X quang ở mô vú đặc chỉ có chứng cứ giới hạn. Chưa có nghiên cứu nào khảo sát giảm tỉ lệ tử vong do ung thư vú hoặc theo dõi lợi ích khỏi bệnh hoàn toàn (Gartlehner, 2013), (Scheel, 2015). Mặc dù chưa hoàn hảo nhưng X quang được chứng minh vẫn luôn là phương tiện tầm soát duy nhất có khả năng làm giảm tỉ lệ tử vong do ung thư vú (Scheel, 2015).

Tầm soát ung thư vú ở Việt Nam

Ở Việt Nam, như các nước đang phát triển, chụp X quang thường quy vẫn chưa được khuyến khích vì mô vú đặc và sợ đau (ép vú trong quá trình chụp). Máy siêu âm vú được sử dụng rộng rãi ở hầu hết các bệnh viện lớn từ đầu thập niên 1980. Trong khi đó, X quang phổ biến khoảng 15 năm gần đây. Thêm vào đó, chi phí một ca X quang (350.000 đồng - Bệnh viện Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh) cao hơn so với siêu âm vú (100.000 đồng) (năm 2017).

Hiện tại, Việt Nam chưa có chương trình tầm soát ung thư vú quy mô quốc gia. Các chương trình thường là tự phát theo từng bệnh viện hay vài dự

án có tài trợ. Tuy nhiên, vẫn có khuyến cáo riêng về tầm soát ung thư vú ở các bệnh viện lớn hay chuyên khoa: lứa tuổi bắt đầu tầm soát thường từ 40 tuổi trở lên. Quy trình tầm soát đa số là: siêu âm thực hiện trước, có bất thường sẽ đề nghị X quang. X quang lúc này không thể hiện được ưu thế độ nhạy đối với vi vôi hóa tiền lâm sàng. Một số bệnh viện lớn, tại các thành phố lớn, thường sử dụng đồng thời X quang và siêu âm cho tất cả các đối tượng đến tầm soát, không giới hạn siêu âm bổ sung chỉ ở những phụ nữ có mô vú đặc.

Một số nghiên cứu khảo sát vai trò của X quang và siêu âm trong tầm soát ung thư vú ở phụ nữ Việt Nam được công bố như nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Phượng và cộng sự (2003), Nguyễn Trần Bảo Chi và cộng sự (2010), Hồ Hoàng Thảo Quyên và cộng sự (2017). Kết quả những nghiên cứu này ủng hộ vai trò của X quang trong tầm soát ung thư vú ở phụ nữ Việt Nam. Trong trường hợp có mô vú đặc, cần kết hợp thêm với siêu âm vú để tăng khả năng phát hiện sớm.

KẾT LUẬN

Việc tầm soát phát hiện sớm ung thư vú giúp cải thiện tiên lượng sống và chất lượng sống cho bệnh nhân. X quang vú dù chưa hoàn hảo nhưng vẫn luôn là lựa chọn đầu tiên trong tầm soát ung thư vú nhiều nơi trên thế giới. Trong trường hợp có mô vú đặc, có thể kết hợp thêm các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác như siêu âm 2D, 3D, X quang vú 3D, tùy điều kiện cụ thể của từng quốc gia, địa phương. Cần kết hợp với cộng hưởng từ khi đối tượng có nguy cơ cao. Vẫn cần thêm nhiều chứng cứ từ các nghiên cứu liên quan để có thể chọn phương tiện tầm soát ung thư vú phù hợp ở phụ nữ Việt Nam cũng như các nước đang phát triển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Altobelli E., Lattanzi A. (2014) "Breast cancer in European Union: An update of screening programmes as of March 2014 (Review)". *Int J Oncol*, 45 (5), pp.1785-1792.
2. American College of Radiology (2013) ACR Atlas Breast Imaging Reporting and Data System BI-RADS 2013 American College of Radiology, Reston, VA.
3. Gartlehner KJ, Thaler KJ, Chapman A, Kaminski A, Berzaczky D et al. (2013), "Adjunct ultrasonography for breast cancer screening in women at average risk: a systematic review". *Int J Evid Based Healthc.*, 11(2), pp. 87-93.
4. Scheel JR, Lee JM, Sprague BL, Lee CI, Lehman CD. (2015) "Screening ultrasound as an adjunct to mammography in women with mammographically dense breasts.". *Am J Obstet Gynecol*, 212 (1), pp.9-17.
5. Yip C.H., Czapb E, Anderson BO. (2011) "Breast cancer management in middle-resource countries (MRCs): Consensus statement from the Breast Health Global Initiative". *The Breast* 20 (2), pp s12-19.