

## Nghiên cứu tỷ lệ ác tính và các yếu tố nguy cơ của u vú có BIRADS 4-5 trên nhũ ảnh được phẫu thuật tại Bệnh viện Từ Dũ

Trần Minh Nguyệt<sup>1</sup>, Võ Thanh Nhân<sup>2</sup>, Trần Thị Ngọc Phượng<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Khoa Y, Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Từ Dũ

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Ung thư vú là loại ung thư phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong liên quan đến ung thư ở phụ nữ. Chính vì vậy, việc phát hiện sớm ung thư vú bằng các phương pháp sàng lọc làm giảm gánh nặng và tỷ lệ tử vong liên quan đến bệnh, nhất là ở các bệnh nhân không có triệu chứng ban đầu do khối u có kích thước nhỏ. Phân loại BIRADS 3-4 trên X quang có tỷ lệ ác tính ở các mức độ khác nhau từ 3-94%, BIRADS 5 trên 95%. Dù đã có nhiều nghiên cứu về ung thư vú nhưng việc đánh giá tỷ lệ ác tính của khối u phân loại BIRADS 4 và 5 qua nhũ ảnh vẫn còn hạn chế, do đó nghiên cứu này được thực hiện với **mục tiêu tổng quát:** đánh giá tỷ lệ ác tính của các khối u phân loại BIRADS 4 và 5 trên nhũ ảnh. **Mục tiêu cụ thể:** phân tích mối liên quan giữa tỉ lệ ác tính và các yếu tố như tuổi, hình thái, ranh giới khối u.

**Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu 207 bệnh nhân (BN) có khối u vú có phân loại BIRADS 4-5 trên nhũ ảnh được phẫu thuật tại Khoa Ung Bướu phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ, TP.HCM từ tháng 9/2020 đến 04/2024.

**Kết quả:** Có đến 72,46% BN là sờ thấy u vú. Tỷ lệ BN có 1 khối u vú bên trái (57%) bên phải (34,8%), và 17 BN (8,2%) có khối u vú cả hai bên. Khối u phân loại BI-RADS 4 và 5 trên nhũ ảnh là 56,5% và 42,6%. Tỷ lệ u vú ác tính là 19,6% (KTC 95%=14,16-25,04) Trong đó 8,5% khối u có kết quả giải phẫu bệnh không điển hình định hướng ác tính và 11,1% ác tính. Có mối liên quan giữa yếu tố tuổi cao, tình trạng mãn kinh, triệu chứng tiết dịch vú, giới hạn khối u không rõ và phân loại BIRADS với tỷ lệ u vú ác tính ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Tỷ lệ BN có khối u phân loại BI-RADS 4 và 5 trên nhũ ảnh là 56,5% và 42,6%. Tỷ lệ u vú ác tính là 19,6%. Có mối liên quan giữa yếu tố tuổi cao, tình trạng mãn kinh, triệu chứng tiết dịch vú, giới hạn khối u không rõ và phân loại BIRADS với tỷ lệ u vú ác tính.

**Từ khoá:** Khối u vú, u vú ác tính, nhũ ảnh

**Ngày nhận bài:**

11/09/2025

**Ngày phản biện:**

05/10/2025

**Ngày đăng bài:**

20/01/2026

**Tác giả liên hệ:**

Trần Thị Ngọc Phượng

**Email:** tranngocphuong

@pnt.edu.vn

**ĐT:** 0932700833

### Abstract

#### Malignancy Rate of BIRADS 4 and 5 Breast Lesions and Associated Factors in Patients Undergoing Surgery at Tu Du Hospital

**Objectives:** To determine the malignancy rate of breast lesions classified as BIRADS 4-5 on mammography and to identify the correlation with certain clinical factors in patients who underwent surgery at Tu Du Hospital

**Methods:** This was a retrospective, cross-sectional study. We analyzed data from 207 women with breast lesions classified as BIRADS 4-5 on mammography who underwent surgery at the Department of Gynecological Oncology, Tu Du Hospital, Ho Chi Minh City, from September 2020 to April 2024.

**Results:** A palpable breast lump was present in 72.46% of patients. Of these, 57% had a lump on the left breast and 8.2% had multiple lumps in both breasts. The most common location was the upper outer quadrant (38.9%). The majority of tumors (70.3%) had well-defined borders, and 59% were smaller than 2 cm. The proportion of malignant breast tumors was 19.6% (95% CI= 14.16-25.04). Malignancy rates for BIRADS 4 and 5 were 56.5% and 42.6%, respectively. We found a significant correlation ( $p < 0.05$ ) between malignancy and factors such as older age, menopausal status, nipple discharge symptoms, unclear tumor borders, and BIRADS classification.

**Conclusions:** The majority of breast lesions were detected by patient self-palpation. The malignancy rate among BIRADS 4 and 5 lesions was 19.6%. A significant correlation was observed between the likelihood of malignancy and factors including older age, menopausal status, nipple discharge, unclear tumor.

**Keywords:** Breast tumor, malignant breast tumor, mammography.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong liên quan đến ung thư ở phụ nữ [1]. Theo GLOBOCAN 2022 trên thế giới có gần 2,3 triệu ca mắc mới ung thư vú ở nữ giới mỗi năm và ở Việt Nam 24.600 ca và tử vong hơn 10.000 trường hợp. Tỷ lệ mắc ung thư vú có xu hướng gia tăng và trẻ hóa tại Việt Nam [2]. Tỷ lệ tử vong cao chủ yếu là do phát hiện khối u ác tính muộn, khối u di căn sang các bộ phận khác của cơ thể. Việc phát hiện sớm ung thư vú bằng các phương pháp sàng lọc làm giảm gánh nặng và tỷ lệ tử vong liên quan đến bệnh [3,4,5], nhất là ở các bệnh nhân không có triệu chứng ban đầu do khối u có kích thước nhỏ. Phân loại BIRADS 3-4 trên X quang có tỷ lệ ác tính ở các mức độ khác nhau từ 3-94%, BIRADS 5 trên 95% [6]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu khảo sát về tỷ lệ ác tính của tổn thương BIRADS 4-5 chưa nhiều. Nghiên cứu thực hiện với **mục tiêu tổng quát:** Xác định tỷ lệ ác tính của các tổn thương vú được phân loại BIRADS 4 và 5 trên nhũ ảnh ở những bệnh nhân được phẫu thuật tại bệnh viện Từ Dũ. **Mục tiêu chuyên biệt:** Phân tích mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, hình ảnh (đặc điểm bướu, đặc điểm vôi hóa) với tỷ lệ ác tính của các tổn thương này.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân có

khối u vú có phân loại BIRADS 4-5 trên nhũ ảnh được phẫu thuật tại Khoa Ung Bướu phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ, TP.HCM trong thời gian từ tháng 9/2020 đến 04/2024.

#### - Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Bệnh nhân có khối u vú có xếp loại từ BIRADS 4-5 trên nhũ ảnh.

+ Bệnh nhân có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh xác định lành tính hay ác tính.

+ Hồ sơ lưu trữ có đầy đủ dữ liệu, phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

#### - Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Tổn thương vú là di căn từ ung thư cơ quan khác.

+ Bệnh nhân đang mang thai.

+ Bệnh nhân có bơm silicon trực tiếp hay phẫu thuật nâng ngực

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hồi cứu.

$$\text{- Công thức mẫu: } n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p(1-p)}{d^2} = 121$$

Trong đó: + n là cỡ mẫu tối thiểu;

+  $\alpha$  là mức sai lầm loại 1 ( $\alpha=0,05$ ),  $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$  là hệ số tin cậy.

Với  $\alpha=0,05$  thì  $Z=1,96$ , d là sai số ước lượng ( $d = 0,08$ ); p là tần số bệnh, chọn  $p = 8,6\%$  là tỷ lệ u vú được phẫu thuật tại bệnh viện Từ Dũ theo tác giả Tống Thị Mỹ Phụng.

Thực tế chúng tôi thu thập được 207 người bệnh.

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:** Chọn mẫu toàn bộ, tất cả các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu từ 9/2020 đến tháng 4/2024.

**2.3. Xử lý số liệu**

Số liệu được thu thập và nhập bằng Excel 2019; xử lý kết quả theo phương pháp thống kê y học bằng SPSS 20.0. Thống kê mô tả, các biến định tính trình bày dưới dạng tỷ lệ (%).

Thống kê phân tích sử dụng test Chi bình phương ( $\chi^2$ ) hoặc Fisher, xác định mức ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**2.4. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Từ Dũ số 155 /BVTD-HĐĐĐ ngày 15 tháng 01 năm 2024.

**3. KẾT QUẢ**

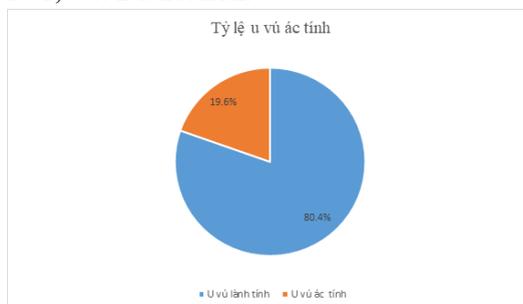
**3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Qua thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 207 người bệnh (224 khối u) thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu, một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu thể hiện ở bảng 1.

**Bảng 1.** Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=207)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	20 - 30	40	19,3
	31 - 40	57	27,5
	41 - 50	79	38,1
	51 - 60	21	10
	> 60	10	4,8
	Tổng	207	100
	TB ± ĐLC	40,5 ± 10,8	
Khu vực sống	Thành phố	139	67,15
	Nông thôn	68	32,85
Dân tộc	Kinh	207	
	Khác	0	0
Bệnh lý nội khoa	Tăng huyết áp	0	0
	Bệnh tim mạch	0	0
	Bệnh thận	0	0
	Đái tháo đường	0	0
	Bệnh huyết học	0	0
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	38	18,3
	Kết hôn	169	81,7

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của BN nghiên cứu là 40,5 ± 10,8, trong đó thường gặp nhất ở người bệnh 41– 50 tuổi (38,1%) và 31 – 40 tuổi (27,5%). Tỷ lệ BN trên 60 tuổi là 4,8%. Đa số BN sống ở khu vực thành thị (67,15%). Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều là dân tộc Kinh và không có tiền sử bệnh tăng huyết áp, bệnh tim mạch, bệnh thận, đái tháo đường và bệnh lý huyết học. Tỷ lệ BN độc thân là 18,3% và 81,7%. Đã kết hôn.



**Biểu đồ 1.** Tỷ lệ u vú ác tính của tổn thương vú có phân loại BIRADS 4-5

**Nhận xét:** Tỷ lệ u vú ác tính của các trường hợp tổn thương vú có phân loại BIRADS 4-5 trên nhũ ảnh trong nghiên cứu là 19,6% (KTC 95%=14,16-25,04).

**Bảng 2.** Tương quan đa biến giữa những yếu tố có tương quan đơn biến với tỷ lệ u vú ác tính của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố	U vú ác tính n=44		OR (KTC 95%)	P	
	n	%			
<b>Tuổi</b>	≤ 40	16	39,0	1	
	>40	25	61,0	1,741 (0,761; 3,983)	0,189
<b>Mãn kinh</b>	Đã mãn kinh	5	12,2	1	
	chưa mãn kinh	36	87,6	0,263 (0,061; 1,122)	0,071
<b>Lý do khám vú</b>	Khám định kỳ	9	22,0	1	
	Sờ thấy u vú	29	70,7	1,591 (0,621; 4,072)	0,333
	Đau vú	0	0	-	-
	Tiết dịch vú	3	7,8	22,204 (1,708; 288,665)	
<b>Giới hạn khối u</b>	Rõ	19	46,3	1	
	Không rõ	22	53,7	3,256 (1,500; 7,068)	0,003
<b>BI-RADS trên nhũ ảnh</b>	BI-RADS 4	12	29,3	1	
	BI-RADS 5	29	70,7	5,153 (2,210; 12,016)	0,000

**Nhận xét:** Trong các yếu tố có tương quan đơn biến với tỷ lệ u vú ác tính, khi xét tương quan đa biến, chúng ta thấy các yếu tố: tuổi, tình trạng mãn kinh và lý do khám vú con ( $p > 0,05$ ) được xác định là yếu tố nhiễu. Các yếu tố giới hạn khối u và phân loại BI-RADS đều thể hiện có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) trong tương quan đa biến trong nghiên cứu này.

#### 4. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

\* *Phân bố bệnh nhân theo tuổi:* Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là  $40,5 \pm 10,8$ , trong đó thường gặp nhất ở bệnh nhân 41 – 50 tuổi (38,1%) và 31 – 40 tuổi (27,5%). Tỷ lệ bệnh nhân trên 60 tuổi là 4,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp so với nghiên cứu của tác giả Suzanne (2007) với tỷ lệ mắc bệnh tăng rõ rệt với khoảng tuổi từ 45 – 50 được cho là do ảnh hưởng của tình trạng nội tiết [7]. Tại Việt Nam theo nghiên cứu của tác giả Đỗ Doãn Thuận (2008), phần lớn bệnh nhân ung thư vú có độ tuổi từ 41 – 60 tuổi [8]. Tuổi của BN trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Tống Thị Mỹ Phụng và cộng sự (2021) tiến hành trên 475 bệnh nhân u vú được phẫu thuật tại Bệnh viện Từ Dũ với tuổi trung bình của bệnh nhân là  $36,3 \pm 11,9$ , độ tuổi nhỏ nhất là 17 và lớn nhất là 72 [1].

\* *Phân bố bệnh nhân theo khu vực sinh sống và dân tộc:* Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân sống ở khu vực thành thị nhiều hơn so với nông thôn với tỷ lệ lần lượt là 67,15% và 32,85%. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều là người dân tộc Kinh. Trong nghiên cứu

của tác giả Tống Thị Mỹ Phụng và cộng sự (2021), 97,1% bệnh nhân thuộc dân tộc Kinh và 2,9% bệnh nhân thuộc các dân tộc khác [1].

\* *Thể trạng của bệnh nhân:* BMI trung bình của bệnh nhân là  $22,00 \pm 2,56$ . Có 66,7% bệnh nhân có thể trạng bình thường. Tỷ lệ bệnh nhân thừa cân khá cao (29%). Có 4,3% bệnh nhân có thể trạng gầy. Trong nghiên cứu của tác giả Tống Thị Mỹ Phụng và cộng sự (2021), tỷ lệ bệnh nhân thừa cân khá cao (25,9%) và có 13,5% bệnh nhân nhẹ cân [1]. Như vậy, tỷ lệ thừa cân, béo phì ở các bệnh nhân u vú đã phẫu thuật tại Bệnh viện Từ Dũ khá cao [1], điều này lý giải nguyên nhân thừa cân tăng tiết estrogen nội sinh tác động lên mô vú nhiều hơn người có cân nặng bình thường.

\* *Tiền sử bệnh lý nội khoa của bệnh nhân:* Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều không có tiền sử bệnh tăng huyết áp, bệnh tim mạch, bệnh thận, đái tháo đường và bệnh lý huyết học. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên các bệnh nhân u vú đã phẫu thuật nên loại trừ các bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng, có chống chỉ định phẫu thuật.

\* *Tình trạng hôn nhân của bệnh nhân:* Trong nghiên cứu của chúng tôi, Tỷ lệ bệnh nhân độc thân là 18,3% và bệnh nhân đã kết hôn là 81,7%. Tỷ lệ bệnh nhân độc thân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Ghaemian N và cộng sự (2021) được tiến hành trên các bệnh nhân có u vú BI-RADS 3,4,5 được sinh thiết lõi với tỷ lệ bệnh nhân độc thân là 98,6% [9].

\* *Tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu:* Trong số các bệnh nhân đã kết hôn, có 88,1% bệnh nhân sinh toàn bộ con đủ tháng; 1,8% bệnh nhân sinh con thiếu tháng. Có các quan điểm khác nhau về mối liên quan giữa thời gian thai kỳ và ung thư vú. Một số nghiên cứu cho thấy mối quan hệ nghịch giữa thời gian thai kỳ và nguy cơ ung thư vú. Theo nghiên cứu của tác giả Razavi M và cộng sự (2023), thai kỳ ngắn có thể làm tăng nguy cơ ung thư vú, đặc biệt là ở phụ nữ sinh con lần đầu và trên 45 tuổi [10]. Swerdlow và cộng sự (2018) cho rằng kích thích nội tiết tố và tăng sinh vú vào đầu thai kỳ và thiếu cơ hội để biệt hóa xảy ra vào cuối thai kỳ là nguyên nhân của mối quan hệ này [11]. Thai kỳ đủ tháng được coi là yếu tố bảo vệ đối với ung thư vú [12].

Có 5,3% bệnh nhân đã mãn kinh. Không có bệnh nhân nào có tiền căn gia đình có người mắc ung thư vú. Tiền sử gia đình là một yếu tố nguy cơ chính đối với ung thư vú; khoảng 5–10% trường hợp ung thư vú có liên quan đến tiền sử gia đình. Tiền sử gia đình mắc ung thư vú có thể ảnh hưởng đến các đặc điểm ung thư của bệnh nhân khi chẩn đoán, đặc biệt là độ tuổi của bệnh nhân, giai đoạn khối u [13,14,15].

#### **4.2. Tỷ lệ u vú ác tính của đối tượng nghiên cứu**

Tỷ lệ bệnh nhân u vú ác tính trong nghiên cứu là 19,6%. Phần lớn khối u bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh lành tính và định hướng lành tính chiếm 75,0% và 5,4%. Có 8,5% khối u của bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh không điển hình định hướng ác tính và 11,1% khối u của bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh ác tính.

Tỷ lệ u vú ác tính của tổn thương vú sờ thấy được có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm là 8,5% trong nghiên cứu của tác giả Lưu Thị Thanh Loan và cộng sự (2015) [16]. Theo

nghiên cứu của tác giả Jasmine Thanh Xuân (2021) được tiến hành trên các bệnh nhân có khối u vú phân loại BIRADS 3-5 trên siêu âm, tỷ lệ bệnh nhân ung thư vú là 88,4% [17]. Nghiên cứu của tác giả Hồ Hoàng Thảo Quyền và cộng sự (2017) tiến hành khảo sát trên 1319 bệnh nhân có u vú với tất cả các phân loại BIRADS, tỷ lệ ác tính là 1,67% [18].

Tỷ lệ u vú khác nhau trong các nghiên cứu do đối tượng chọn mẫu khác nhau về độ tuổi, phân loại BIRADS khối u.

#### **4.3. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ u vú ác tính của đối tượng nghiên cứu**

- *Mối liên quan giữa tỷ lệ ác tính với tuổi của bệnh nhân có tổn thương BI-RADS 4-5 trên nhũ ảnh*

Tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư vú là  $45,6 \pm 11,9$ , cao hơn so với bệnh nhân có u vú lành tính là  $39,2 \pm 11,0$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ).

Tuổi cao được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng của ung thư vú. Trong nghiên cứu của tác giả Fu C. Y và cộng sự (2011) được tiến hành trên các bệnh nhân có u vú phân loại BI-RADS loại 3, 4 và 5 được sinh thiết lõi dưới hướng dẫn của siêu âm. Trong nghiên cứu của tác giả Kotepui M và cộng sự (2013), tỷ lệ mắc bệnh ở độ tuổi dưới 40 tương đối thấp (4,13/105) trong khi tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm tuổi 40 trở lên rất cao (39,2/105) [19]. Theo nghiên cứu của tác giả Noonpradej S và cộng sự (2021), tuổi trung bình của bệnh nhân có u vú BI-RADS 4 ác tính là  $54,72 \pm 13,24$ , cao hơn so với bệnh nhân u vú BI-RADS 4 lành tính là  $44,21 \pm 13,27$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ) [20].

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của tác giả Lưu Thị Thanh Loan và cộng sự (2015), ở nhóm người bệnh có khối u ác tính, độ tuổi cao hơn rất rõ so với nhóm người bệnh có khối u lành tính, tương đồng với các tác giả trên [15]. Điều này được lý giải do tuổi càng cao miễn dịch càng suy yếu, tích lũy đột biến gen do yếu tố phân chia tế bào sai sót và giảm khả năng sửa chữa.

- *Mối liên quan giữa tỷ lệ ác tính với thể trạng của bệnh nhân có tổn thương BI-RADS 4-5 trên nhũ ảnh:*

Trong nghiên cứu của chúng tôi sự khác biệt

giữa thể trạng của bệnh nhân ung thư vú và u vú lành tính không có ý nghĩa thống kê (với  $p > 0,05$ ).

Béo phì được xem là yếu tố nguy cơ của ung thư vú trong nhiều nghiên cứu. Báo cáo của Quỹ Ung thư thế giới, tăng cân thực chất là một yếu tố nguy cơ phát triển ung thư vú sau mãn kinh. Ngoài ra, BMI cao có mối liên quan đến tiên lượng xấu hơn ở bệnh nhân ung thư vú [21]. Theo nghiên cứu của tác giả Noonpradej S và cộng sự (2021) trên nhóm bệnh nhân có u vú BI-RADS 4, BMI trung bình của bệnh nhân có u vú ác tính là 23,6, cao hơn so với nhóm bệnh nhân có u vú lành tính là 22,8, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ) [9].

- *Mối liên quan giữa tỷ lệ ác tính với tình trạng hôn nhân của bệnh nhân có tổn thương BI-RADS 4-5 trên nhũ ảnh:*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt giữa tình trạng hôn nhân của bệnh nhân ung thư vú và u vú lành tính không có ý nghĩa thống kê (với  $p > 0,05$ ). Tình trạng chưa kết hôn, đặc biệt ở người lớn tuổi có thể gây ra căng thẳng tâm lý, những biện pháp đối phó không lành mạnh có thể là nguyên nhân dẫn đến ung thư vú [22]. Ngoài ra, những phụ nữ độc thân suốt đời có xu hướng không có kinh nghiệm sinh con hoặc cho con bú, trong khi số lần sinh, độ tuổi sinh con đủ tháng và thời gian cho con bú đã được chứng minh là có ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ mắc ung thư vú [23,24].

- *Mối liên quan giữa tỷ lệ ác tính với khu vực sống của bệnh nhân có tổn thương BI-RADS 4-5 trên nhũ ảnh:*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt giữa khu vực sống của bệnh nhân ung thư vú và u vú lành tính không có ý nghĩa thống kê (với  $p > 0,05$ ). Bệnh viện Từ Dũ là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối tại Thành phố Hồ Chí Minh, phần lớn bệnh nhân tới khám sinh sống trong địa bàn thành phố Hồ Chí Minh và một số bệnh nhân ở các tỉnh lân cận. Đây là khu vực có kinh tế tương đối phát triển, đời sống người dân được nâng cao nên không có sự khác biệt rõ rệt trong nhận thức về chăm sóc sức khỏe.

- *Mối liên quan giữa tỷ lệ ác tính với tình trạng mãn kinh của bệnh nhân có tổn thương BI-RADS 4-5 trên nhũ ảnh:*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh

nhân mãn kinh ở nhóm ung thư vú cao hơn so với nhóm u vú lành tính, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ). Kết quả này phù hợp so với nghiên cứu của tác giả Lưu Thị Thanh Loan và cộng sự (2015), tỷ lệ u ác tính ở nhóm người bệnh có lần hành kinh cuối rất lâu / không biết / không nhớ / không còn là cao hơn rất rõ so với nhóm người bệnh vẫn còn đang hành kinh bình thường (lần hành kinh cuối trong vòng 1 tháng trước) [16].

**Hạn chế của đề tài:** Do thời gian nghiên cứu ngắn, chỉ thực hiện tại một bệnh viện và số lượng mẫu chưa đủ lớn, chọn mẫu thuận tiện có thể gây sai số chọn mẫu. Đây là nghiên cứu hồi cứu không có nhóm chứng, chưa so sánh với phương pháp khác (siêu âm vú) để đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu cũng như nêu bật giá trị của chụp nhũ ảnh trong tầm soát chẩn đoán sớm u vú ác tính.

## 5. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 207 bệnh nhân có khối u vú, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ BN có khối u phân loại BI-RADS 4 và 5 trên nhũ ảnh là 56,5% và 42,6%. Tỷ lệ u vú ác tính là 19,6% (KTC 95%=14,16-25,04) Trong đó 8,5% khối u có kết quả giải phẫu bệnh không điển hình định hướng ác tính và 11,1% ác tính. Có mối liên quan giữa yếu tố tuổi cao, tình trạng mãn kinh, triệu chứng tiết dịch vú, giới hạn khối u không rõ và phân loại BIRADS với tỷ lệ u vú ác tính ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổng Thị Mỹ Phụng, Võ Minh Tuấn, Võ Thanh Nhân & CS, 2021 Nghiên cứu các trường hợp u vú được phẫu thuật tại Bệnh viện Từ Dũ. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021. Tập 503, số 01. <https://doi.org/10.51298/vmj.v503i1.745>.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834-5.
3. Secretan L.B, Scoccianti C, Loomis D, et al., Breast-cancer screening--viewpoint of the IARC Working Group. N Engl J Med, 2015. 372(24): pp. 2353-8.

4. Broeders M, Moss S, Nystrom L, et al., The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a review of observational studies. *J Med Screen*, 2012. 19 Suppl 1: pp. 14-25.
5. Duffy S.W, Tabár L, Yen A.M.F et al., Mammography screening reduces rates of advanced and fatal breast cancers: Results in 549,091 women. *Cancer*, 2020. 126(13): pp. 2971-2979.
6. Kerlikowske K, Carney P.A, Geller B, et al., Performance of screening mammography among women with and without a first-degree relative with breast cancer. *Ann Intern Med*, 2000. 133(11): pp. 855-63.
7. Hoàng Đức Quyền, Hồ Hoàng Phương, Trần Minh Hoàng, Khảo sát tỷ lệ ác tính tổn thương vú BIRADS 4,5 trên siêu âm. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 2012. Tập 16, phụ bản số 01.
8. World Health Organization. Regional Office for the Western, P., The Asia-Pacific perspective : redefining obesity and its treatment. 2000: Sydney: Health Communications Australia.
9. Đỗ Doãn Thuận, Nghiên cứu giá trị của chụp X quang và siêu âm trong chẩn đoán ung thư vú. 2008, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. Tr 48-59
10. Ghaemian N.N, Tehrani H.G and Nabahati M, Accuracy of mammography and ultrasonography and their BI-RADS in detection of breast malignancy. *Caspian J Intern Med*, 2021. 12(4): pp. 573-579.
11. Razavi M, Sepidarkish M, Hajiagha A.M, et al., Preterm Birth and Breast Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2023. 24(1): pp. 25-35.
12. Swerdlow A.J, Wright L.B, Schoemaker M.J et al., Maternal breast cancer risk in relation to birthweight and gestation of her offspring. *Breast Cancer Res*, 2018. 20(1): pp. 110.
13. Russo J, Breast differentiation and its implication in cancer prevention. *Clin Cancer Res*, 2005. 11(2 Pt 2): pp. 931s-6s.
14. Liu L, Hao X, Song Z et al., Correlation between family history and characteristics of breast cancer. *Sci Rep*, 2021. 11(1): pp. 6360.
15. Brewer H.R, Jones M.E, Schoemaker M.J, et al., Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. *Breast Cancer Res Treat*, 2017. 165(1): pp. 193-200.
16. Lưu Thị Thanh Loan, Nguyễn Hữu Trung, Tỷ lệ ác tính của tổn thương vú sờ thấy được có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm tại Bệnh viện Từ Dũ, TP. Hồ Chí Minh năm 2013. *Tạp chí Phụ sản* 2015. Tập 13, số 2B (2015):58-65.
17. J.D.C.B. Thanh Xuân, So sánh giá trị chẩn đoán ung thư vú bằng X quang tuyến vú kết hợp siêu âm vú với X quang tuyến vú đơn thuần. 2016, Học viện Quân Y.
18. Hồ Hoàng Thảo Quyền, Giá trị của X quang và siêu âm trong sàng lọc ung thư vú ở phụ nữ từ 40 tuổi trở lên. *Tạp chí Điện quang và Y học hạt nhân*, 2017. Số 26 - 1/2017: 45-51.
19. Noonpradej S, Wangkulangkul P, Woodtichartprecha P, et al., Prediction for Breast Cancer in BI-RADS Category 4 Lesion Categorized by Age and Breast Composition of Women in Songklanagarind Hospital. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2021. 22(2): pp. 531-536.
20. Guh D.P, Zhang W, Bansback N et al., The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 2009. 9: pp. 88.
21. Harirchi I, Karbakhsh M, Kashefi A et al., Breast cancer in Iran: results of a multi-center study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2004. 5(1): pp. 24-7.
22. Lee S, Cho E, Grodstein F, et al., Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US women. *Int J Epidemiol*, 2005. 34(1): pp. 69-78.
23. Kobayashi S, Sugiura H, Ando Y et al., Reproductive history and breast cancer risk. *Breast Cancer*, 2012. 19(4): pp. 302-8.
24. Brouckaert O, Rudol A, Laenen A et al., Reproductive profiles and risk of breast cancer subtypes: a multi-center case-only study. *Breast Cancer Res*, 2017. 19(1): pp. 119.