

I. PHÂN LOẠI

Phân loại dựa trên triệu chứng lâm sàng:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Đau vú <ul style="list-style-type: none"> - Theo chu kỳ - Không theo chu kỳ • Khối u vú <ul style="list-style-type: none"> - U cục (nodularity) - Nang vú - Bọc sữa - Bướu sợi tuyến - Bệnh tuyến xơ hóa - Bướu mỡ - Hamartoma - Bệnh vú tiểu đường - Bướu diệp thể | <ul style="list-style-type: none"> • Tiết dịch núm vú <ul style="list-style-type: none"> - Tiết sữa - Tiết dịch núm vú bất thường • Viêm nhiễm tuyến vú <ul style="list-style-type: none"> - Viêm vú nội sinh - Sung huyết vú sau sinh - Viêm, áp xe vú giai đoạn cho con bú - Áp xe dưới quầng vú tái phát kinh niên - Viêm vú cấp tính liên quan đến nang vú to - Nhiễm trùng ngoại sinh - Bệnh Mondor |
|---|---|

SẢN KHOA

1

PHỤ KHOA

2

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Bệnh sử
 - Khởi phát và tần suất xuất hiện triệu chứng: tiết dịch núm vú, u cục ở vú, đau vú,...
 - Tình trạng kinh nguyệt (còn kinh, mãn kinh).
 - Có sử dụng nội tiết hay không (thuốc ngừa thai, nội tiết thay thế).
- Tiền sử
 - Ung thư gia đình.
 - Sinh thiết vú có tăng sản không điển hình, đột biến gen BRCA1, BRCA2
 - Phẫu thuật vú, xạ trị, ...

- Thăm khám

Quan sát:

- Sự đối xứng hai bên vú.
- Thay đổi da, núm vú.
- Co kéo, nhô ra.

Sờ nắn:

- Vú, nếu có u phải ghi nhận các tính chất của u vú.
- Vùng nách, vùng hạch trên đòn.

Tư thế bệnh nhân:

- Ngồi với cánh tay thư giãn, hai tay giơ lên khỏi đầu, hai tay chống hông.
- Tư thế nằm ngửa.

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: cần thực hiện ở tất cả BN.
- Nhũ ảnh:
 - BN \geq 35 tuổi: thực hiện thường qui.
 - BN < 35 tuổi: chỉ thực hiện khi nghi ngờ có sang thương ác tính.
 - Nhũ ảnh bình thường không thể loại trừ ung thư vú (độ nhạy: 94%, độ đặc hiệu: 55%).
- XQ ống tuyến vú cản quang: Tiết dịch núm vú bệnh lý
- Chụp cộng hưởng từ (MRI):
 - Sử dụng cho những trường hợp khó phân biệt lành/ ác tính
 - Bệnh nhân có bơm silicon, hoặc vỡ túi ngực
 - Mô vú quá dày đặc
 - Có tiền căn gia đình ung thư vú
 - Đột biến gen BRCA1, BRCA2...
 - Có sinh thiết carcinôm tiểu thùy tại chỗ không điển hình, hoặc sẹo radial
 - Có tiền sử xạ trị vào ngực do bệnh lý Lymphôm Hodgkin
 - Tiết dịch núm vú có máu đã chụp ống tuyến vú cản quang
- Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA):
 - BIRADS \geq nhóm III
 - Nang vú không điển hình

- Tình huống LS cần chẩn đoán tế bào học hỗ trợ hoặc giảm áp nang vú.
- Sinh thiết lõi (core biopsy):
 - Tổn thương dạng đặc cần chẩn đoán mô học, kích thước > 15mm
 - Khi FNA nghi ngờ ác tính
 - Tình huống LS cần chẩn đoán mô học hỗ trợ
- Sinh thiết mở (open biopsy)
 - Khi core biopsy không thực hiện được.
 - Không có sự tương đồng giữa kết quả chẩn đoán hình ảnh và lâm sàng.
- Sinh thiết có định vị: dưới siêu âm hoặc nhũ ảnh
 - Siêu âm: khi LS không sờ thấy u nhưng siêu âm thấy u.
 - Nhũ ảnh: khi LS và siêu âm không thấy u nhưng nhũ ảnh nghi ngờ.

2.3. Đau vú không có tổn thương thực thể đi kèm

a. Chẩn đoán

- Đau theo chu kỳ kinh: đau nhiều trước khi hành kinh, thời gian đau thay đổi và tự hết sau hành kinh.
 - Thường một bên, không rõ vị trí.
 - Cảm giác trì nặng, sưng phồng và căng đau, lan đến cánh tay và nách.
 - Có liên quan đến nội tiết sinh dục.
- Đau không theo chu kỳ kinh: liên quan đến sang chấn tinh thần, chấn thương, xơ sẹo từ những lần sinh thiết vú trước.
 - Thường gặp ở phụ nữ từ 40 – 50 tuổi có chu kỳ kinh không đều.
 - Thường ở một bên vú.
 - Cảm giác đau nhói, rất bỏng trong vú.
 - Thỉnh thoảng có sự hiện diện của bướu sợi tuyến hay nang vú.

Lưu ý: những trường hợp đau vú trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản (tham khảo phác đồ Viêm vú – áp xe vú).

b. Xử trí: khi đau ảnh hưởng đến chất lượng sống.

- Điều trị không dùng thuốc:
 - Chế độ ăn uống:
 - + Hạn chế hay tránh dùng cà phê, trà, ca cao, chocolates và các chất béo.

SẢN KHOA
1

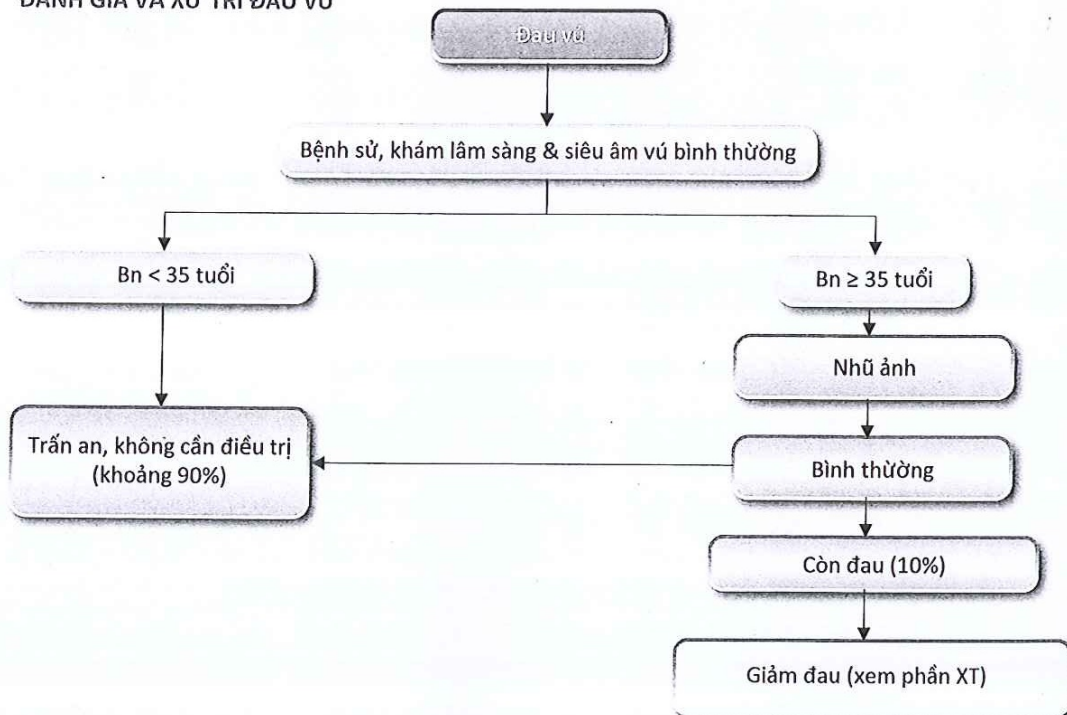
PHỤ KHOA
2

- + Nên dùng thực phẩm giàu carbohydrates phức hợp (ngũ cốc, rau củ).
- Bổ sung Vitamin E 400 đơn vị/ngày (tối đa 6 tháng).
- Dầu Evening primrose: 6-8 g/ngày (uống 1-3 lần /ngày), tối đa 6 tháng.
- Điều trị bằng thuốc: theo trình tự ưu tiên:

NSAIDS, Acetaminophen	NSAIDS: Ibuprofen, diclofenac, ... Paracetamol Paracetamol + ibuprofen
Danazol 200 mg, 100 mg	100 - 400 mg/ngày x 3 - 6 tháng
Tamoxifen 10 mg	10 mg/ngày. Tái phát 39 - 48% sau khi ngưng sử dụng.
Bromocriptine 2,5 mg	Tăng liều dần từ 1,25 mg/ngày – 5 mg/ngày (tùy đáp ứng của BN)
Nội tiết sinh dục	Viên tránh thai phối hợp hoặc Progestin 3 - 6 tháng

Cần nhắc hiệu quả và tác dụng phụ của thuốc.

ĐÁNH GIÁ VÀ XỬ TRÍ ĐAU VÚ



2.4. Khối u vú lành tính

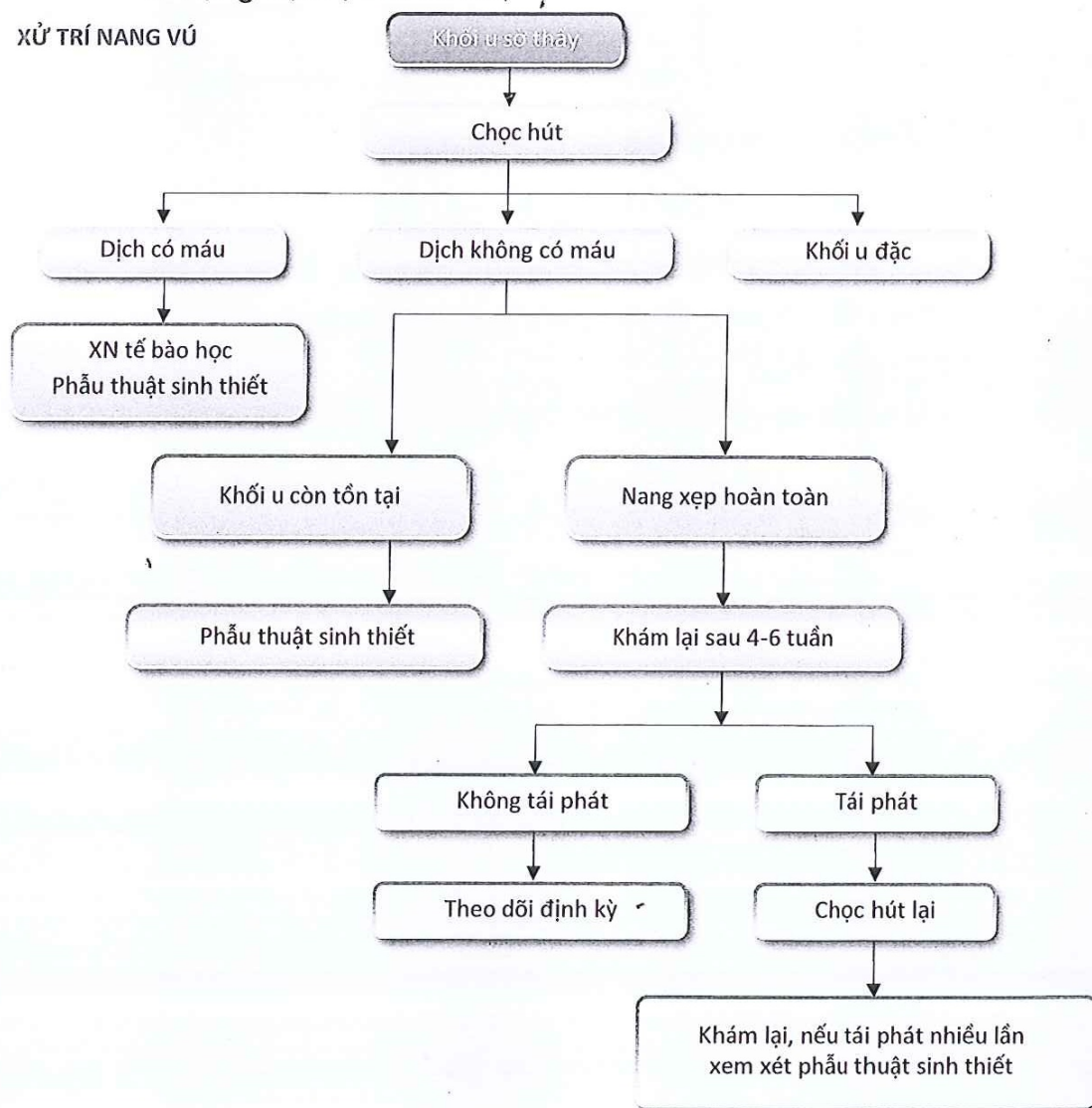
a. Chẩn đoán

- Ghi nhận các nguy cơ ung thư vú: tuổi, tiền sử ung thư vú trong gia đình, tiền sử cá nhân bị ung thư vú, sinh thiết có tăng sản không điển hình; tiền căn phẫu thuật tuyến vú.
- LS: kích thước, vị trí (so với núm vú), di động, mật độ căng chắc, trơn láng, bờ rõ, dạng đặc hay dạng nang.
- CLS: siêu âm và nhũ ảnh: BIRADS II và III

b. Xử trí

- U dạng nang: có thể chọc hút (xem sơ đồ).
- U dạng đặc: (xem sơ đồ)

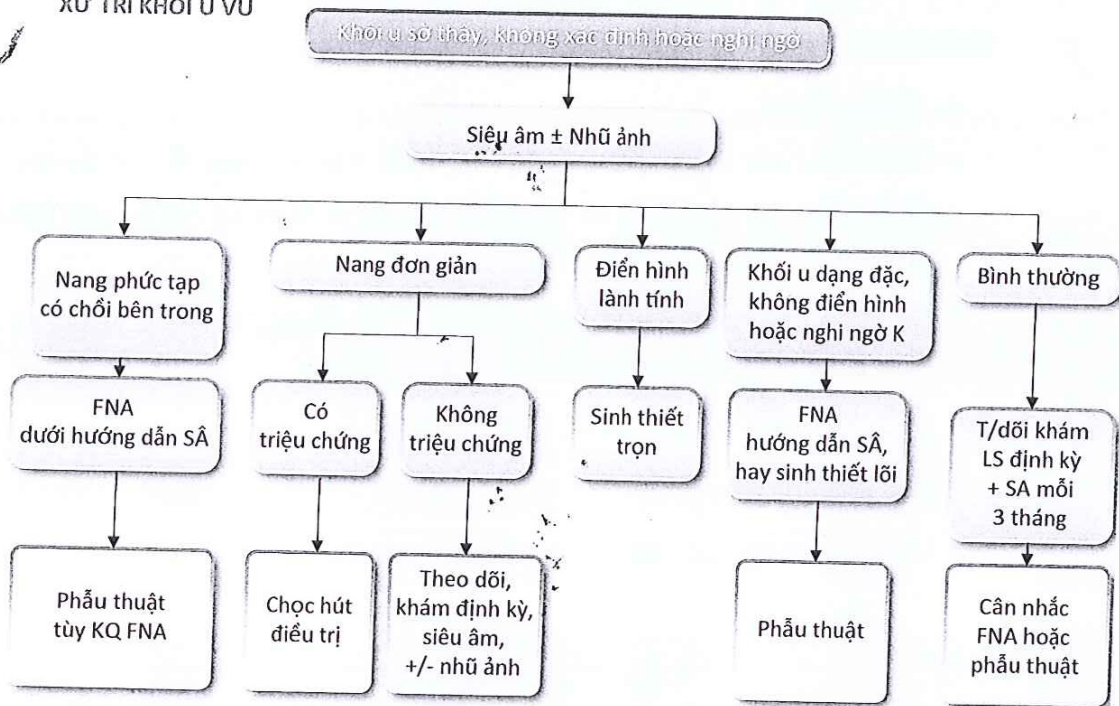
XỬ TRÍ NANG VÚ



SẢN KHOA
1

PHỤ KHOA
2

XỬ TRÍ KHỐI U VÚ



2.5. Tiết dịch núm vú

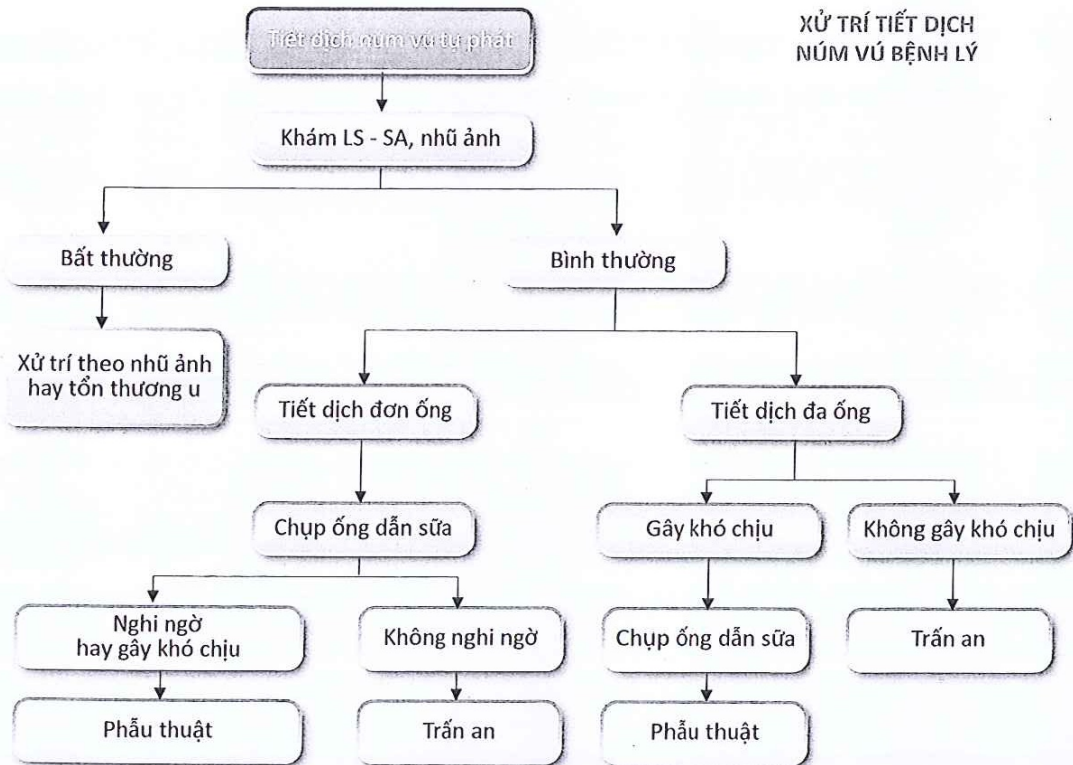
a. Tiết sữa (giai đoạn không cho con bú)

- Là hiện tượng tiết dịch giống sữa, tự phát, thường là hai bên và từ nhiều ống tuyến, do tăng nồng độ prolactine.
- Nguyên nhân
 - U tuyến yên (phù gai thị, rối loạn thị giác, ...)
 - Chấn thương thành ngực, tổn thương tủy sống, xơ gan, nhược giáp, suy thận, ...
 - BN đang sử dụng: estrogen liều cao, thuốc chống trầm cảm ba vòng và Cimetidine, ...
- CLS
 - Tăng prolactine máu.
 - TSH (Thyroid Stimulating Hormone).
 - MRI để đánh giá u tuyến yên khi Prolactine tăng cao và/hoặc có triệu chứng thị giác trên LS.
 - CTscan nếu BN chống chỉ định chụp MRI.
- Xử trí
 - Tùy theo nguyên nhân.
 - Điều trị tăng prolactine máu bằng Bromocriptine 2,5 mg: liều

khởi đầu 1,25 – 2,5 mg/ngày, sau đó tăng thêm 2,5 mg mỗi 2 - 7 ngày. Liều duy trì 2,5 – 15 mg/ngày. Theo dõi trong khoảng 3 tháng, nếu hết tiết sữa thì ngưng thuốc.

b. Tiết dịch núm vú bệnh lý

- Là tình trạng tiết máu, nước, mủ, thanh dịch đục, thường một bên, trên một ống tuyến, xảy ra tự phát.
- Nguyên nhân
 - Thường gặp bứơc nhú trong ống và dẫn ống tuyến vú.
 - Các nguyên nhân khác: ung thư, viêm vú, thay đổi sợi bọc tuyến vú.
- CLS
 - Prolactine máu
 - Siêu âm
 - Nhũ ảnh
 - Chụp ống tuyến sữa
 - Tế bào học dịch núm vú
- Xử trí: theo sơ đồ:



2.6. Viêm vú và nhiễm trùng vú (tham khảo phác đồ Áp xe vú).

SẢN KHOA 1
PHỤ KHOA 2

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aaron Ndhluni. *Benign breast disease tends to take a back seat to breast cancer. The ABC of benign breast cancer. October 2009 Vol.27 No.10 CME, p 453-455.*
2. Amda L Amin. *Benign breast disease. Surg Clin N Am 93 (2013), p 299-308.*
3. Gerald Moss, Standley R.Klein. *Benign breast disease. Surgical Oncology. P 267-272.*
4. Hindle H. W, Kefah Mokbel. *Diagnosis and management of benign breast disease. Glob. libr. women's med. (ISSN: 1756-2228) 2009; DOI 10.3843/GLOWM.10017.*
5. Hughes LE. *Classification of benign breast disorders. The ANDI classification based on physiological processes within the normal breast. Br Med Bull. 1991 Apr;47(2):251-7*
6. Lakshmi Vaidyanathan, Karen Barnard. *Benign breast disease : when to treat, when to reassure, when to refer. Cleveland Clinic journal of Medicine Vol.9 No.5 May 2002, p 425-432.*
7. Merih Guray, Aysegul A.Sahin. *Benign breast diseases : Classification, diagnosis and management. The Oncologists 2006, 11, p 435-449.*