

SIÊU ÂM TUYẾN GIÁP

I. ĐỊNH NGHĨA

Là phương pháp thăm khám làm hiện hình cấu trúc tuyến giáp bằng siêu âm nhằm khảo sát tuyến giáp bình thường cũng như phát hiện các tổn thương tại tuyến giáp, đồng thời khảo sát tổn thương tuyến cận giáp và các nhóm hạch liên quan nếu có.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khám sàng lọc những người có nguy cơ cao bệnh lý ung thư giáp trạng:
 - + Tiền sử xạ trị ngoài ở trẻ em
 - + Tiền sử gia đình có ung thư giáp thể tự
 - + Tiền sử cá nhân hay gia đình bệnh Cowden hoặc đa polype gia đình
 - + Tập trung calcitonine tăng gấp 2 lần
- Đánh giá tổn thương giáp trạng khi phát hiện thấy trên lâm sàng bao gồm tất cả các trường hợp có dấu hiệu lâm sàng bệnh lý giáp trạng: viêm giáp, rối loạn chức năng, hạch bất thường vùng cổ.
- Theo dõi định kỳ tổn thương tại tuyến giáp, sau phẫu thuật tuyến giáp.
- Định vị can thiệp chẩn đoán và điều trị tổn thương giáp trạng (chọc hút tế bào kim nhỏ, chọc hút nang giáp...).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh.

2. Phương tiện

- Máy siêu âm Doppler màu đầu dò phẳng có độ phân giải cao, tần số 7-14Mhz. Nên dùng thêm siêu âm Doppler năng lượng nhằm phát hiện mạch máu có dòng chảy thấp (3-10cm/giây).
- Phòng siêu âm có ánh sáng vừa đủ.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích sự cần thiết thăm khám siêu âm và để phối hợp với thầy thuốc.

4. Hồ sơ bệnh án: theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai và nâng đầu lên cao, ngửa ra sau, hai tay xuôi theo người nhằm bộc lộ vùng cần siêu âm. Cởi bỏ đồ trang sức nếu có.
- Tiến hành di chuyển đầu dò với tốc độ vừa phải, với các lát cắt liên tục và quét theo mặt phẳng cắt ngang, cắt dọc theo trục tuyến giáp nhằm khảo sát toàn bộ hai thùy, eo giáp và các nhóm hạch lân cận.
- Khi phát hiện hình ảnh tổn thương lan toả, xác định kích thước chiều dài, chiều ngang, bề dày tuyến giáp và bề dày eo giáp, cấu trúc âm so sánh với nhóm cơ lân cận và sử dụng Doppler màu và Doppler năng lượng đánh giá tình trạng tăng sinh mạch.
- Khi phát hiện tổn thương khu trú cần thực hiện các lát cắt khác nhau nhằm xác định:

- + Vị trí, số lượng tổn thương rồi lập sơ đồ tổn thương
- + Hình dạng, đường bờ tổn thương
- + Đo kích thước theo 3 chiều, ít nhất phải đo trước sau và trục ngang phải trái.
- + Cấu trúc ổ tổn thương: Tăng âm, giảm âm, đồng âm, vôi hóa trong tổn thương.
- + Đặc điểm tổn thương: trống âm, vách hóa trong tổn thương, giảm âm, đồng âm, tăng âm hay vôi hóa trong tổn thương.
- + Xác định nhóm hạch cổ tổn thương nếu có.
- + Phổ màu Doppler màu và Doppler năng lượng: Đánh giá tình trạng tăng sinh mạch trung tâm hoặc hỗn hợp trung tâm và ngoại vi.
- Những tổn thương cần loại trừ u ác tính giáp trạng khi:
 - + Các nốt tổn thương kích thước >2cm hoặc kích thước <2cm trên người có nguy cơ cao hoặc xuất hiện dấu hiệu trên lâm sàng.
 - + Nang giáp chiếm trên 25% là tổ chức
 - + Nốt tổn thương giáp có ít nhất 2 dấu hiệu sau: nốt đặc và giảm âm, vôi hóa nhỏ rải rác, bờ và giới hạn không rõ, dạng khối chiều cao lớn hơn chiều rộng, mạch hóa dạng hỗn hợp.
- Khi phát hiện hạch tổn thương phối hợp: xác định vị trí lập sơ đồ, kích thước, hình thái và cấu trúc hạch.

Không VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

có tai biến trong và sau siêu âm tuyến giáp

Lưu ý: - Người bệnh cao huyết áp

- Người bệnh bị bệnh tim mạch: tránh nằm ngửa lâu, đầu dò và nhẹ nhàng tránh kích thích TMC - xoang hang dẫn đến ngưng tim, ngưng thở.

QUY TRÌNH SÀNG LỌC PHÁT HIỆN SỚM UNG THƯ VÚ

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư vú (UTV) là loại thường gặp nhất ở phụ nữ nhiều nước trên thế giới. Trong số các ung thư ở nữ giới, UTV chiếm tới 35. Mỗi năm trên toàn thế giới có khoảng 1,2 triệu người mới mắc căn bệnh này.

Sàng lọc UTV cũng giống như sàng lọc nói chung là quá trình áp dụng một biện pháp kỹ thuật để phát hiện những cá thể đang có nguy cơ phát triển thành bệnh, hoặc đã có biểu hiện bệnh tiềm ẩn ở giai đoạn tiền lâm sàng hoặc một bệnh ở thời kỳ sớm trong một cộng đồng mà bệnh UTV chưa biểu hiện những triệu chứng lâm sàng dễ thấy. Nhờ các chương trình sàng lọc phát hiện sớm UTV mà tỷ lệ tử vong do UTV đã giảm đáng kể trong vòng 3-4 thập niên trở lại đây.

II. ĐỐI TƯỢNG NGUY CƠ

- Tuổi: Tuổi càng cao, nguy cơ mắc UTV càng tăng. Số người bệnh bắt đầu bị bệnh lúc trên 50 tuổi chiếm tới 77 tổng số người bệnh UTV. Phụ nữ dưới 30 tuổi rất hiếm khi mắc UTV. Ví dụ, tại Australia, tỷ lệ bị UTV chỉ có 0,6/100.000 phụ nữ 20-24 tuổi nhưng lên tới 298,4/100.000 phụ nữ 80-84 tuổi. Tại Mỹ, tỷ lệ mắc UTV khoảng 127/100.000 đối với phụ nữ từ 40 đến 44 tuổi, nhưng tăng lên tới 450/100.000 ở phụ nữ 70-74 tuổi.

Trong thực tế lâm sàng, cơ cấu tuổi của phụ nữ mắc UTV tại Việt Nam hơi trẻ hơn so với phụ nữ các nước Âu - Mỹ. Do đó trong sàng lọc phát hiện sớm ở nước ta cũng cần quan tâm sàng lọc ngay từ các lứa tuổi trẻ.

- Yếu tố gia đình: những người có người thân trực hệ theo họ ngoại bị UTV thì sẽ có nguy cơ mắc UTV cao.

- Có tiền sử chiếu xạ vào vú
- Gen: đột biến gen BRCA1, BRCA2 làm tăng nguy cơ mắc UTV
- Tiền sử đã được chẩn đoán UTV thì vú đối bên cũng có nguy cơ bị UT cao hơn
- Bệnh tăng sinh lành tính của tuyến vú với quá sản không điển hình.
- Các yếu tố nội tiết: Không sinh đẻ, không cho bú, có kinh sớm, mãn kinh muộn, sử dụng hormone thay thế... là các yếu tố làm tăng nguy cơ UTV
- Béo phì, ít vận động cũng làm tăng nguy cơ mắc UTV
- Các yếu tố khác: tiền sử bệnh lý tuyến vú, lạm dụng rượu... cũng làm tăng nguy cơ mắc UTV.

Tỷ số nguy cơ mắc UTV là khác nhau tùy theo từng yếu tố. Tuy nhiên yếu tố tuổi là yếu tố bất khả kháng nên mỗi quan tâm đến yếu tố này có tính chất bao trùm trong chương trình sàng lọc.

III. CÁC BIỆN PHÁP SÀNG LỌC UTV

Các biện pháp sàng lọc UTV bao gồm: tự khám vú, chụp vú và khám lâm sàng tuyến vú.

1. Tự khám vú

Phương pháp tự khám vú được khuyến cáo tiến hành hàng tháng vào 1 ngày cố định (với phụ nữ còn kinh là sau khi sạch kinh 7-10 ngày) đối với phụ nữ từ 20 tuổi trở lên. Các bước tiến hành như sau:

1.1. Chuẩn bị: cần cởi bỏ áo, nơi tiến hành tự khám vú có thể ở buồng ngủ là tốt nhất, hoặc có thể ở buồng tắm có đủ ánh sáng, có gương quansát.

1.2. Quan sát: xuôi tay, quan sát xem các thay đổi ở vú như u cục, dày lên, lõm da hoặc các thay đổi về màu sắc da.

- Đưa tay ra sau gáy, sau đó quan sát lại

- Chống tay lên hông, làm cử động ngực lên xuống bằng động tác nâng hay hạ vai để quan sát chuyển động của vú

- Nhẹ đầu vú xem có dịch chảy ra không.

1.3. Sờ nắn

- Đưa tay phải ra sau gáy

- Dùng tay trái sờ nắn vú phải, dùng 4 ngón tay áp sát vào nhau thành 1 mặt phẳng, ép đều đặn lên các vùng khác nhau của tuyến vú vào thành ngực để cảm nhận, phát hiện các u cục, các đám răn của tuyến vú.

- Kiểm tra hố nách

- Sau đó làm tương tự với bên trái

a. Làm tại quy trình trên ở tư thế nằm với 1 gối mỏng kê dưới vai

2. Chụp Xquangtuyến vú

2.1. Chuẩn bị

- Nhân viên y tế giải thích cho đối tượng nắm rõ quy trình chụp, phương thức hợp tác khi ép vú và chụp phim

- Đối tượng cởi trần khi chụp. Với phụ nữ còn kinh nguyệt, tốt nhất là chụp vú sau khi sạch kinh 1 tuần.

2.2. Phương tiện

- Máy chuyên dụng chụp X-quang tuyến vú, với tổ hợp phim-bìa tăng sáng phải cho phép chụp hai kích cỡ 18 x 24cm và 24 x 30cm

- Cát-xét thích hợp để chụp với 2 tư thế chếch trong - ngoài (MLO) và thẳng trên - dưới (CC).

2.3. Đối tượng

Phụ nữ đến sàng lọc(Xem thêm chi tiết trong phần Lịch sàng lọc)

2.4. Báo cáo kết quả chụp vú

Kết quả chụp vú được đánh giá và phân loại theo hệ thống BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System) như sau:

- Phim âm tính, không có tổn thương bất thường

- Tổn thương lành tính

- Tổn thương có thể lành tính cần theo dõi với khoảng thời gian ngắn.

- Bất thường ở mức trung gian- nên xem xét việc sinh thiết tổn thương.

- Khả năng ung thư cao- cần sinh thiết xác định giải phẫu bệnh lý.

Mức độ O áp dụng khi các đánh giá chưa được hoàn tất.

2. Khám lâm sàng (tại cơ sở y tế chuyên khoa)

- Hỏi kỹ về tiền sử, nhất là tiền sử về sinh sản - nội tiết, tiền sử gia đình.
- Đối tượng cần được cởi bỏ áo toàn bộ nửa trên cơ thể.
- Quan sát để phát hiện các bất thường và sự khác biệt giữa 2 vú: đối tượng khám ở tư thế ngồi, hai tay buông xuôi.
 - + So sánh về kích thước và hình dạng vú.
 - + Tìm xem có các khối lồi ở rìa vú hoặc co kéo da phía trên (do khối u vùng rìa vú gây ra).
 - + Tìm dấu hiệu co kéo da phía trên khối u (có thể do sự xâm nhập trực tiếp của khối u hoặc do xơ hóa). Các khối u ở sâu gây tổn thương các vách xơ (dây chằng Cooper) cũng có thể gây co kéo.
 - + Quan sát kỹ da và núm vú xem có phù ở da vú (màu da cam) hay không.
 - + Tìm dấu hiệu phù tại chỗ thường gặp chủ yếu ở nửa dưới, vùng quanh quầng vú và phát hiện dễ dàng hơn khi cánh tay giơ cao.
 - + Đỏ da là dấu hiệu khác của bệnh nên lưu ý khi quan sát vú, nó có thể là do viêm mô tế bào (cellulitis) hoặc áp-xe vú, đây cũng có thể là dấu hiệu ung thư vú thể viêm.
- Khám núm vú bao gồm quan sát sự đồng tâm, sự co kéo và các thay đổi về màu da. Nếu hiện tượng co kéo núm vú mới xuất hiện là dấu hiệu cần hết sức lưu ý trừ khi hiện tượng này xuất hiện ngay khi mới thôi cho con bú. Loét hoặc các eczema của núm vú có thể là các dấu hiệu đầu tiên của bệnh Paget.
- Sau khi quan sát ở tư thế tay buông xuôi nên yêu cầu người bệnh giơ tay lên để có thể quan sát nửa dưới của vú. Sau đó để người bệnh chống tay vào hông, tư thế này giúp nổi rõ những vùng bị co kéo một cách kín đáo mà ở tư thế tay buông xuôi khó phát hiện ra.
- Khám người bệnh ở tư thế ngồi thẳng: Khám ở tư thế này giúp phát hiện các tổn thương mà khi khám ở vị trí nằm có thể không rõ (các tổn thương ở phần gần hố nách của vú). Khi khám vú, một tay đỡ nhẹ nhàng ở dưới, dùng bốn ngón tay của tay kia để khám. Nếu dùng hai ngón tay để bóp tuyến vú sẽ có cảm giác có khối u trong vú và đây là lỗi thường gặp của các thầy thuốc không có kinh nghiệm và của các phụ nữ có nỗi ám ảnh về bệnh khi tự khám vú.
- Sau khi khám ở tư thế thẳng đứng, người bệnh sẽ được khám ở tư thế nằm, tay bên khám nâng quá đầu. Ở các người bệnh có vú rất lớn có thể phải kê một cái gối nhỏ hoặc một cái khăn gấp bên dưới vai của vú cần khám để nâng tuyến vú lên. Khám vú có thể theo hình đồng tâm hoặc tỏa theo hình nan hoa, phải đảm bảo khám toàn bộ vú. Tay di chuyển lên trên đến xương đòn, phải đảm bảo khám toàn bộ vú. Tay di chuyển lên trên đến xương đòn, xuống dưới đến khe liên sườn thấp, vào giữa đến sát xương ức và sang bên đến đường nách giữa. Khi khám vú một tay cố định, tay kia dùng để khám, áp lực bàn tay rất thay đổi nhưng không nên quá mạnh gây khó chịu cho người bệnh.
- Bước tiếp theo là khám hạch vùng. Khám hạch nách và hạch thượng đòn tốt nhất khi người bệnh ở tư thế thẳng. Hạch bên phải được khám bằng tay trái của người thầy thuốc, tay phải của người bệnh gấp và được kê lên, điều này giúp cơ ngực được thả lỏng và tay thầy thuốc có thể dễ dàng đi vào nách. Nách bên trái được khám tương tự. Khi sờ thấy hạch nách nên ghi nhận các đặc điểm về kích thước, số lượng hạch, hạch cứng hay mềm, đau hay không đau, hạch đơn độc hay có nhiều cái, dính nhau

hay không, hạch có dính vào tổ chức ở hố nách? Hạch di động hay cố định? Dựa trên các thông tin này thầy thuốc có thể đánh giá các hạch này có nghi ngờ bị tổn thương về mặt lâm sàng hay không. Nhiều phụ nữ có thể sờ thấy hạch nách khi bị xước móng (hangnail), các vết trầy da nhỏ hoặc viêm nang lông vùng nách. Nếu các hạch nhỏ (< hoặc = 1cm), mềm, di động (đặc biệt khi có ở cả hai bên) thì hiếm khi có khả năng ác tính. Trái lại, hạch thượng đòn to có thể sờ thấy được là điều không bình thường và nên có các đánh giá sâu hơn.

IV. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ

Việc xử trí các tổn thương sớm dựa trên khuyến cáo theo BIRADS và đánh giá của các bác sỹ lâm sàng, tùy theo mức độ mà có thể lựa chọn các biện pháp dưới đây:

- Với các tổn thương có điểm BIRADS thấp có thể theo dõi thì cần lên lịch theo dõi cụ thể và ghi chép cẩn thận quá trình tiến triển của tổn thương.
- Với các tổn thương nghi ngờ định vị tổn thương bằng siêu âm, Xquang vú sau đó sinh thiết tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh học.
- Với các tổn thương ung thư: xử trí theo các phác đồ điều trị ung thư hiện hành.

CHỤP X QUANG TUYẾN VÚ

I. ĐỊNH NGHĨA

Là kỹ thuật hiện hình tuyến vú bằng chụp X quang nhằm chẩn đoán các tổn thương tại tuyến vú hay sàng lọc phát hiện sớm ung thư vú ở cả nữ giới và nam giới.

II. CHỈ ĐỊNH

Thực hiện trong các trường hợp sau:

- Chụp X quang sàng lọc phát hiện sớm ung thư vú định kỳ 1 - 2 năm một lần đối với phụ nữ từ 40 tuổi trở lên và có nguy cơ cao như đã từng điều trị ung thư vú một bên, tiền sử gia đình có người mắc ung thư vú, có gen gây ung thư vú (BRCA 1, BRCA 2), béo phì, không có gia đình, không sinh con, mắc các bệnh mạn tính ở vú...
- Chụp kiểm tra định kỳ theo dõi tổn thương.
- Những phụ nữ có dấu hiệu bất thường tại vú như sờ thấy u, tiết dịch bất thường đầu núm vú, tụt núm vú, đau vú, hạch nách bất thường, các ung thư tại các cơ quan khác nghi di căn từ vú đến...)
- Chụp X quang định vị kim dây dẫn hướng sinh thiết mở chẩn đoán mô bệnh học, chụp kết hợp với chụp ống tuyến sữa cản quang...).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những phụ nữ mang thai trong 3 tháng đầu.
- Những trường hợp đang có dấu hiệu viêm tấy, áp xe tuyến vú, vỡ loét.
- Tuần đầu sau phẫu thuật tại vú, sau sinh thiết kim, sau chọc hút chẩn đoán tế bào học tại vú.
- Chú ý các trường hợp có đặt vật độn thẩm mỹ tại vú.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kỹ thuật viên chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh thực hiện kỹ thuật chụp X quang vú căn cứ vào chỉ định của bác sỹ lâm sàng.
- Hai bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh thực hiện đọc phim độc lập nhau cho cùng một người bệnh, sau đó đối chiếu để thống nhất kết quả để đảm bảo độ chính xác cao nhất.

2. Phương tiện

- Máy X.quang vú quy chuẩn thông thường hoặc số hóa theo công nghệ CR (computed-Radiography) hoặc DR (Digital-Radiography).
- Cát xét, bìa tăng quang, tấm hiện hình (IP) chuyên dụng tùy thuộc vào từng cấu hình của máy chụp X quang.
- Máy tính, máy đọc, máy rửa phim...
- Các phụ kiện kèm theo: bộ ép khu trú phóng đại, khung định vị chữ - số...

3. Người bệnh

- Người bệnh nên được giải thích và hướng dẫn về thời gian chụp X quang tuyến vú tốt nhất là nửa đầu của chu kỳ kinh nguyệt đối với các phụ nữ còn kinh.
- Đối với phụ nữ đã mãn kinh thì không cần chuẩn bị gì.

- Luôn có người thứ 3 là kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng nữ phối hợp thăm khám cho người bệnh.
- Phòng chụp cần giữ ấm về mùa đông và mát mẻ về mùa hè.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chọn thông số thích hợp hoặc để chế độ tự động (KV dao động từ 25 - 45 KV và thời gian phát tia từ 0,5-5 giây).
- Chọn trường khảo sát (FOV) với tia trung tâm ở 1/3 trước giữa tuyến vú và bàn ép tùy theo kích thước vú. Chính giá đỡ cát xét cho phù hợp với tuyến vú từng trường hợp.
- Người bệnh được đề nghị cởi trần, được khoác áo choàng do nhân viên y tế chuẩn bị, đứng áp ngực và bên vú cần chụp vào máy, bộc lộ tối đa và ép tuyến vú cần thăm khám đúng kỹ thuật.
- Kỹ thuật viên dùng tay tiến hành đặt tuyến vú của người bệnh lên giá đỡ cát xét và ép tuyến vú vừa đủ, tránh làm đau nhưng vẫn giúp tăng độ phân giải, giảm liều chiếu tia X.
- Phim chụp phải hiện hình tối đa mô tuyến vú, núm vú bao gồm cả cơ ngực lớn và đảm bảo không chồng lấn các tổ chức tuyến vú. Có đầy đủ các dữ liệu cần thiết của người bệnh như: Họ, tên, tuổi, bên chụp, tư thế chụp MLO, CC ...
- Hai tư thế cơ bản thường được chụp là: chéch - trong - ngoài (MLO) và thẳng hay trên - dưới (CC).
- Luôn chụp tuyến vú cả 2 bên để kiểm soát toàn diện và so sánh cùng tư thế.
- Ngoài ra có thể cần phải chụp một số tư thế bổ sung theo yêu cầu của bác sỹ chẩn đoán hình ảnh như chụp khu trú, chụp phóng đại, chụp nghiêng (ML) hay các tư thế đặc biệt khác nhằm chẩn đoán chính xác hơn các tổn thương nhỏ hoặc tổn thương vô hình hóa nghi ngờ.

VI. THEO DÕI

Không có biến chứng cần theo dõi.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến sau chụp X quang tuyến vú.

SIÊU ÂM TUYẾN VÚ

I. ĐỊNH NGHĨA

Là phương pháp thăm khám làm hiện hình cấu trúc tuyến vú bằng siêu âm, nhằm khảo sát tuyến vú bình thường cũng như phát hiện các dấu hiệu bất thường tại tuyến vú.

II. CHỈ ĐỊNH

Siêu âm tuyến vú được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Đánh giá các tổn thương u vú sờ thấy trên lâm sàng hoặc thấy được trên phim chụp X quang.
- Đánh giá hình thái, cấu trúc để chẩn đoán phân biệt u nang với u đặc.
- Đánh giá các hình ảnh tổn thương không đặc hiệu thấy được trên phim chụp X quang vú.
- Người bệnh có tuyến vú đậm đặc, phụ nữ chưa có gia đình, chưa có con, nuôi con bằng cách không cho bú..., các trường hợp không có chỉ định chụp Xquang vú như viêm vú đau, vỡ loét tại vú....
- Các trường hợp có đặt vật độn thẩm mỹ tại vú, hạn chế chẩn đoán trên phim chụp X quang.
- Những trường hợp có dấu hiệu viêm, áp xe.
- Chảy dịch đầu vú (cần kết hợp với chụp X quang vú và chụp ống tuyến sữa cản quang).
- Hướng dẫn can thiệp chẩn đoán (chọc hút tế bào kim nhỏ, sinh thiết kim lớn...)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ và kỹ thuật viên chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh

2. Phương tiện

- Máy siêu âm 2 chiều (2D) có đầu dò phẳng biến thiên với tần số cao trên 7MHz, siêu âm Doppler màu, siêu âm ba chiều (3D) thời gian thực, siêu âm hòa âm (Harmonic), siêu âm đàn hồi (Elastography).

- Gel siêu âm

3. Chuẩn bị

- Người bệnh nên được giải thích và hướng dẫn về thời gian siêu âm tuyến vú tốt nhất là nửa đầu của chu kỳ kinh nguyệt đối với các phụ nữ còn kinh.
- Đối với phụ nữ đã mãn kinh thì không cần chuẩn bị gì.
- Luôn có người thứ 3 là kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng nữ phối hợp thăm khám cho người bệnh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kỹ thuật siêu âm được thực hiện toàn bộ diện tuyến vú, có so sánh 2 bên, khảo sát khu trú vùng tổn thương và mô xung quanh, cần thiết kết hợp với việc tham khảo phim chụp Xquang tuyến vú. Nên đặt phòng máy siêu âm cạnh phòng chụp X quang vú.

- Người bệnh cần yêu cầu ở tư thế nằm sao cho việc thăm khám siêu âm được thuận lợi. Nằm ngửa hoàn toàn khi khảo sát phần trong tuyến, sau quàng vú, nằm chéch với vật đệm sau vùng vai lưng khi khảo sát phần ngoài tuyến vú.
- Tư thế tay của người bệnh bên thăm khám được đưa lên cao (tay tạo 45° giữa cánh tay - cẳng tay) hoặc gấp khu u tay đặt dưới gáy.
- Áp dụng kỹ thuật đặt đầu dò siêu âm trên bề mặt tuyến vú để thăm khám theo các mặt phẳng cắt ngang, dọc kiểu hình tia sáng mặt trời từ trung tâm ra ngoại vi hoặc theo hình xoáy chôn ốc từ vùng núm vú, quàng vú ra bên ngoài rìa tuyến vú.
- Lựa chọn tiêu điểm hội tụ sóng siêu âm (Focus) của đầu dò và điều chỉnh cường độ sóng siêu âm sao cho thích hợp để đạt được hình ảnh rõ nét nhất.
- Thăm khám vùng có nghi ngờ là tổn thương cần phải xoay đầu dò 90 độ để xác định trên cả 2 bình diện.
- Đánh giá tổn thương, ghi lại hình ảnh, đánh dấu bên vú, vị trí, khoảng cách so với núm vú (điểm theo giờ đồng hồ), đo kích thước u, số lượng u hoặc tổn thương...
- Kỹ thuật ép - nhả đầu dò lên tổn thương gây biến đổi hình thái có thể phân biệt u nang tuyến hoặc u xơ tuyến đặc âm.
- Những trường hợp tổn thương nông ngay dưới da nên sử dụng miếng đệm gel, hoặc túi nước đặt giữa da và đầu dò (tay bác sỹ thả nhẹ đầu dò để tránh biến dạng tổn thương).
- Nên siêu âm vùng hố nách cùng bên trong khi thăm khám siêu âm tuyến vú để chẩn đoán hệ thống hạch nách.

VI. THEO DÕI

Không cần theo dõi ở người bệnh sau siêu âm chẩn đoán không can thiệp.

VII. TAI BIẾN XỬ TRÍ

Siêu âm tuyến vú không có hại và không có tai biến gì.

BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN

I. ĐỊNH NGHĨA

- Tuyến Bartholin nằm sau hành tiền đình và được da, cơ hoành - xốp che phủ. Ống tuyến dài khoảng 2cm đổ vào lỗ âm đạo ở phía bên ngoài màng trinh. Các cấu trúc che phủ tuyến có cùng mật độ nên trong trạng thái vô bệnh không sờ nắn được tuyến này.

- Sự hình thành nang và áp xe xảy ra khi ống tuyến bị tắc tạo nên một nang, không gây đau đớn gì ở phần dưới của môi bé. Nếu có nhiễm khuẩn, sẽ tạo áp xe cấp tính.

II. CHỈ ĐỊNH

Nang tuyến Bartholin

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không bóc tách nếu nang đang viêm mủ, cần cho kháng sinh trước

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sỹ chuyên khoa phụ sản đã được đào tạo

2. Phương tiện: thuốc giảm đau, dụng cụ tiêu phẫu

3. Người bệnh: được giải thích đầy đủ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Khâu miệng túi

- Nang tuyến Bartholin được rạch rộng ở bên trong môi bé. Bóc hết nang rồi khâu lại bằng chỉ tiêu.

- Áp xe tuyến Bartholin thì rạch dẫn lưu mủ, khâu viền quanh lỗ rạch bằng chỉ tiêu để tránh tái phát do miệng áp se bị bít lại.

Các mũi khâu đều khâu bằng chỉ tiêu, không cần dẫn lưu. Đặt dẫn lưu tiêu 24 giờ.

2. Cắt bỏ tuyến

Cách xử trí này được thực hiện khi khâu miệng túi thất bại, bệnh thành mạn tính. Việc cắt bỏ nang gây chảy máu nhiều khó kiểm soát, hay gây khối máu tụ sau mổ. Khi cả 2 tuyến Bartholin đều bị mất sẽ làm giảm sự ẩm ướt của âm đạo trong lúc kích thích tình dục.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sau thủ thuật, phải cho kháng sinh, đề phòng nhiễm khuẩn

- Chảy máu: thường ít xảy ra, băng ép hoặc khâu lại.

- Nếu bóc tách chưa hết vỏ nang, nang có thể bị tái phát sau một thời gian, khi đó phải phẫu thuật lại để bóc lấy hết nang.