



**HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
SÀNG LỌC PHÁT HIỆN SỚM UNG THƯ VÚ
BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHÁM LÂM SÀNG**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày tháng năm 2026
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Hà Nội, 2026

Chỉ đạo biên soạn

PGS.TS.BS. Nguyễn Tri Thức	Thứ trưởng Bộ Y tế
ThS.BS. Đinh Anh Tuấn	Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em

Tham gia biên soạn

TS.BS. Tống Trần Hà	Phó Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em
BSCCKII Nguyễn Văn Chi	Phó Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em
ThS. BS. Phạm Hồng Quân	Trưởng phòng Cơ cấu và Chất lượng dân số, Cục Dân số
ThS. BS. Phạm Hùng	Trưởng Phòng Kiểm soát bệnh không lây nhiễm và Dinh dưỡng, Cục Phòng bệnh
ThS. Đinh Hải Linh	Chuyên viên chính Phòng Kiểm soát bệnh không lây nhiễm và Dinh dưỡng, Cục Phòng bệnh
GS.TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy	Hiệu trưởng, Trưởng Bộ môn Phụ sản Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế
TS.BS. Đặng Thị Hồng Thiện	Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Phụ sản Trung ương
ThS.BSCCKII Nguyễn Thị Thu Hiền	Trưởng phòng Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Từ Dũ
PGS.TS. Trần Thị Thanh Hương	Phó Viện trưởng Viện Ung thư quốc gia, Bệnh viện K
ThS.BS. Nguyễn Thanh Hải	Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Phụ sản Trung ương
TS.BS. Hoàng Thị Ngọc Hà	Giảng viên chính Bộ môn chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y dược, Đại học Huế
BSCCKI. Đoàn Thị Hạnh	Trưởng khoa Sức khỏe sinh sản, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ninh
ThS.BSCCKI. Hà Thị Mỹ Dung	Trưởng Khoa Sức khỏe sinh sản, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Huế
BSCCKI. Trần Thị Thu Hồng	Trưởng Khoa Chăm sóc Sức khỏe sinh sản, Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

Thư ký biên soạn

TS.BS. Trần An Chung	Trưởng phòng Chăm sóc sức khỏe sinh sản, Cục Bà mẹ và Trẻ em
ThS.BS. Nghiêm Thị Xuân Hạnh	Chuyên viên chính Phòng Chăm sóc sức khỏe sinh sản, Cục Bà mẹ và Trẻ em
ThS. Nguyễn Thị Kiều Vân	Chuyên viên Phòng Chăm sóc sức khỏe sinh sản, Cục Bà mẹ và Trẻ em

MỤC LỤC

1. ĐẠI CƯƠNG.....	1
2. CHỈ ĐỊNH.....	1
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	1
4. THẬN TRỌNG.....	1
5. CHUẨN BỊ.....	1
6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT.....	2
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	4
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	4
PHỤ LỤC 1. PHÂN LOẠI NGUY CƠ UNG THƯ VÚ	5

1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư vú (UTV) là ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ trên toàn cầu, với tỷ suất 46,8/100.000 phụ nữ và tỷ suất tử vong chuẩn theo tuổi là 12,7/100.000 phụ nữ. Theo ước tính của Cơ quan Nghiên cứu ung thư quốc tế (IARC), tại Việt Nam, năm 2022 ghi nhận 24.563 trường hợp mắc mới (chiếm 13,6%) và khoảng 10.000 trường hợp phụ nữ tử vong (chiếm 8,3%) do UTV. Tỷ suất mắc mới chuẩn theo tuổi là 38/100.000 người, tỷ suất tử vong chuẩn theo tuổi là 14,7/100.000 người.

Tại Việt Nam, phần lớn người bệnh UTV được phát hiện ở giai đoạn muộn (trên 60% ở giai đoạn III - IV), làm giảm hiệu quả điều trị và tăng chi phí chăm sóc. Tỷ lệ sống sau 5 năm chỉ khoảng 74%, thấp hơn nhiều quốc gia phát triển. Tỷ lệ phụ nữ thực hiện sàng lọc còn thấp (khám lâm sàng vú 22-51%, tự khám vú 14-19%, và rất ít người trong nhóm tuổi mục tiêu được chụp Xquang vú định kỳ).

Mặc dù độ chính xác không cao bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, phương pháp khám lâm sàng vẫn có giá trị trong việc phát hiện các khối u xâm lấn (với độ nhạy khoảng 54% và độ đặc hiệu 94%) và không gây ra tình trạng chẩn đoán hoặc điều trị quá mức đáng kể. Đây là biện pháp đơn giản, không đòi hỏi kỹ thuật cao, hoàn toàn phù hợp với Trạm y tế xã và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp ban đầu.

Khi phát hiện các dấu hiệu bất thường, nghi ngờ ung thư, người bệnh cần được tư vấn, chuyển đến cơ sở chuyên khoa để được thăm khám, chẩn đoán và xử trí kịp thời.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ nguy cơ trung bình khám lâm sàng 1-3 năm/lần từ 25 đến 39 tuổi, 1 năm/lần từ 40 tuổi.
- Phụ nữ nguy cơ cao khám lâm sàng 6-12 tháng một lần.
- Phát hiện bất thường tại vú khi tự khám vú tại nhà.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khách hàng không đồng ý sàng lọc

4. THẬN TRỌNG

Không có thận trọng đặc biệt

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Nhân lực trực tiếp: Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có phạm vi hành nghề phù hợp, đã được đào tạo về thực hiện kỹ thuật khám lâm sàng vú.

Lưu ý: tôn trọng quy tắc 3 người trong trường hợp người khám là nam.

5.2. Thuốc: Không sử dụng

5.3. Thiết bị y tế

Phòng khám đảm bảo sạch sẽ, kín đáo; trang bị đầy đủ ghế ngồi và bàn khám đáp ứng được hai tư thế khám (nằm và ngồi); chuẩn bị sẵn găng tay y tế sạch để sử dụng khi cần thiết.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh được nhân viên y tế tư vấn về các biện pháp dự phòng, sàng lọc phát hiện sớm ung thư vú;
- Phụ nữ còn kinh nên được khám trong tuần đầu sau khi sạch kinh, phụ nữ đã mãn kinh khám thời điểm bất kì
- Người bệnh cởi bỏ áo toàn bộ nửa trên cơ thể.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ theo quy định

5.6. Thời gian thực hiện: khoảng 10 phút

5.7. Địa điểm thực hiện:

Trạm y tế xã, phường, đặc khu và các cơ sở thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.

5.8. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra, xác định đúng người bệnh.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1. Hỏi bệnh

- Hỏi tiền sử gia đình, tiền sử bản thân, các yếu tố nguy cơ UTV của người đến khám.
- Hỏi khách hàng các dấu hiệu như sờ thấy u cục bất thường ở vú, hạch; cảm giác kiến cắn, đau bất thường ở vú, hạch, căng tức, hay chảy dịch, máu đầu vú...; các phương pháp can thiệp vú trước đó; các dấu hiệu như đau đầu, đau xương, khó thở (gợi ý di căn xa).
- Phân loại nguy cơ mắc UTV và tư vấn lịch sàng lọc cho người đến khám.

6.2. Bước 2. Quan sát

- Người bệnh ngồi, được khám ở 3 tư thế: hai tay buông xuôi, tay giơ cao và tay chống hông
- Quan sát hai vú, so sánh về kích thước và hình dạng vú hai bên. Những trường hợp kích thước một bên vú mới bị thay đổi nên được xem xét kỹ, bởi có thể là kết quả của các tổn thương ác tính hoặc lành tính. Các khối u nằm ở bề mặt có thể gây ra các khối lồi ở rìa vú hoặc co kéo da phía trên.
- Quan sát kỹ da vú xem có phù (sần da cam), đỏ da, loét chảy dịch vàng hoặc chảy máu. Đỏ da trong ung thư vú thể viêm thường tổn thương toàn bộ vú và phân biệt với viêm do nhiễm khuẩn là vú không đau, không nóng.
- Quan sát núm vú bao gồm quan sát sự đồng tâm, co kéo, loét và các thay đổi về màu da.

- Sau khi quan sát ở tư thế tay buông xuôi, 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.

6.3. Bước 3. Sờ nắn vú, hạch

- Người bệnh ở tư thế ngồi thẳng, 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.

Lưu ý: Không dùng hai ngón tay để bóp tuyến vú vì như vậy sẽ có cảm giác có khối u trong vú.

- Sau khi khám ở tư thế thẳng đứng người bệnh sẽ được khám ở tư thế nằm, tay bên khám nâng quá đầu. Với phụ nữ có vú rất lớn nên 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 toả theo hình nan hoa, 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 của bàn tay thay đổi nhưng không nên quá mạnh gây khó chịu cho người bệnh.

- Khám tiết dịch núm vú: ép quanh quầng vú để đánh giá tiết dịch

- Nếu phát hiện khối u: cần xác định kích thước, vị trí, mật độ, khả năng di động, co kéo da trên u và ghi vào sổ khám bệnh.

6.4. Bước 4. Khám hạch vùng

Người bệnh ở tư thế ngồi thẳng.

Khám hạch nách, hạch thượng đòn, hạch hạ đòn. Hạch bên phải được khám bằng tay trái của người thầy thuốc, tay phải của người bệnh gấp và được kê lên. Hạch bên trái được khám tương tự. Khi sờ thấy hạch nách cần ghi nhận các đặc điểm về số lượng, kích thước, mật độ, sự di động, đau hay không đau. Nếu các hạch nhỏ ($\leq 1\text{cm}$), 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.

6.5. Bước 5. Ghi chép hồ sơ

- Ghi chép đầy đủ, rõ ràng, chính xác kết quả thăm khám được vào sổ khám bệnh/hồ sơ của khách hàng.

- Nội dung cơ bản cần ghi chép: thông tin cá nhân, kết quả sàng lọc, hướng xử trí của nhân viên y tế.

6.6. Bước 6. Đánh giá, xử trí, tư vấn

- Trao đổi kết quả khám lâm sàng vú với người bệnh, giải đáp thắc mắc nếu có. Hẹn thời gian sàng lọc lần tiếp theo.

- Phụ nữ trẻ có nguy cơ cao: Tư vấn bắt đầu sàng lọc từ 25 tuổi với lịch sàng lọc 1 năm/lần; thực hiện các biện pháp chụp X-quang vú, chụp cộng hưởng từ vú nếu có điều kiện.
- Phụ nữ từ 40 tuổi trở lên: Tư vấn khám lâm sàng vú hằng năm phối hợp với chụp X-quang vú định kỳ 1-2 năm/lần nếu có điều kiện
- Hướng dẫn người bệnh tự khám vú tại nhà.
- Chuyển cấp chuyên môn kỹ thuật phù hợp khi phát hiện dấu hiệu nghi ngờ: khối bất thường (khối có mật độ chắc, bờ không đều); thay đổi da/núm vú (dấu hiệu sần da cam...); tiết dịch núm vú; sờ thấy hạch nách....

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Ghi nhận lịch khám sàng lọc lần tiếp theo nếu kết quả bình thường.
- Theo dõi khách hàng chuyển tuyến chuyên khoa nếu kết quả bất thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. 2024. Thông tư số 30/2024/TT-BYT ngày 04/11/2024 quy định danh mục, nội dung gói dịch vụ y tế cơ bản do trạm y tế xã, phường, thị trấn thực hiện.
2. Bộ Y tế. 2025. Quyết định số 3898/QĐ-BYT ngày 18/12/2025 ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn sàng lọc phát hiện sớm ung thư vú”.

Phụ lục 1

PHÂN LOẠI NGUY CƠ UNG THƯ VÚ

Mọi phụ nữ đều có nguy cơ mắc UTV, nguy cơ mắc UTV tăng theo tuổi và khi xuất hiện thêm các yếu tố nguy cơ. Nguy cơ UTV có thể thay đổi trong suốt cuộc đời do sự xuất hiện của các yếu tố làm tăng hoặc giảm nguy cơ UTV. Vì vậy, với mỗi lần đến khám phụ nữ đều phải được phân nhóm nguy cơ UTV.

Việc phân nhóm nguy cơ UTV sẽ là cơ sở đề xuất các phương thức và tần suất sàng lọc cũng như các xét nghiệm di truyền. Hiện nay, tất cả các phụ nữ trong cộng đồng được xếp vào 2 nhóm nguy cơ: nguy cơ trung bình và nguy cơ cao.

1. Nguy cơ trung bình

Là những phụ nữ không có yếu tố nguy cơ cao nào trong mục Nguy cơ cao.

2. Nguy cơ cao

Phụ nữ có một trong các yếu tố sau được xếp có nguy cơ cao:

- Trong gia đình có ít nhất một người quan hệ huyết thống bậc 1 (mẹ, chị/em gái hoặc con gái) mắc UTV.

- Mang đột biến gen làm tăng nguy cơ UTV, ví dụ: *BRCA1/2*, *PTEN*, *TP53*, *CDH1*, *PALB2*, *STK11*.

- Tiền sử mắc UTV.

- Có tổn thương ung thư biểu mô tiểu thùy tại chỗ hoặc quá sản không điển hình.

- Có tiền sử xạ trị vùng ngực ở độ tuổi 10 đến 30.

Ngoài ra, có thể tính nguy cơ ung thư vú xâm lấn trong 5 năm và suốt đời của một người phụ nữ theo mô hình Gail. Theo cách tính của mô hình này, phụ nữ có nguy cơ trong 5 năm $\geq 1,7\%$ hoặc nguy cơ suốt đời $\geq 20\%$ được coi là có nguy cơ cao. Mô hình Gail đã được thử nghiệm trên một lượng lớn phụ nữ da trắng và đã được chứng minh là cung cấp ước tính chính xác về nguy cơ ung thư vú. Tuy nhiên dữ liệu trên nhóm phụ nữ Châu Á đang được nghiên cứu. Tham khảo cách tính toán nguy cơ ung thư vú tại đường link dưới đây, nhập các chỉ số để phần mềm tự động tính toán nguy cơ ung thư vú:

<http://www.mdapp.co/gail-model-for-breast-cancer-risk-calculator-576/>