

viện trong năm qua có liên quan đến duy trì tự chăm sóc và giám sát hành vi. Kết quả này tương đồng với tác giả Hà Thị Thuý.[8] Cuối cùng, giáo dục sức khỏe và kiến thức về suy tim liên quan đến cả bốn nhóm hành vi. Trong nghiên cứu của tác giả Lê Thị Liễu, điểm thực hành tự chăm sóc của bệnh nhân cũng tăng lên có ý nghĩa thống kê sau thời gian 1 tuần giáo dục sức khỏe.[7] Điều này một lần nữa nhấn mạnh vai trò của chương trình giáo dục sức khỏe để từ đó bệnh nhân suy tim có cả kiến thức và thực hành tốt.

V. KẾT LUẬN

Giáo dục sức khỏe có vai trò quan trọng trong cải thiện kiến thức và hành vi thực hành tự chăm sóc ở bệnh nhân suy tim mạn ngoại trú.

VI. KIẾN NGHỊ

Triển khai phổ biến, mở rộng các buổi giáo dục cho bệnh nhân tại các đơn vị suy tim, đặc biệt tập trung vào các nội dung còn hạn chế.

Thực hiện các nghiên cứu bổ sung để so sánh hiệu quả giữa các mô hình giáo dục sức khỏe, từ đó tìm ra phương thức tối ưu.

Thực hiện công cụ kết nối bệnh nhân và nhân viên y tế (điện thoại...) để hỗ trợ hành vi thực hành của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trường Sơn, Lương Ngọc Khuê, and Nguyễn Lâm Việt**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, 2022(101): p. 5-23.
2. **McDonagh, T.A., et al.**, 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European heart journal, 2021. 42(36): p. 3599-3726.
3. **Riegel, B., et al.**, Psychometric testing of the revised self-care of heart failure index. Journal of Cardiovascular Nursing, 2019. 34(2): p. 183-192.
4. **Butts, B., et al.**, The third time's a charm: Psychometric testing and update of the atlanta heart failure knowledge test. Journal of Cardiovascular Nursing, 2018. 33(1): p. 13-21.
5. **Đỗ Thị Anh Tuyết**, Kiến thức và thực hành về tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tại khám tại Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Thanh Hoá. 2022, Đại học Y Hà Nội.
6. **Trần Thị Ngọc Anh**, Kiến thức và thực hành tự chăm sóc ở nhà của người bệnh suy tim mạn tính tại viện Tim Mạch Việt Nam. 2016, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Lê Thị Liễu**, Kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn sau giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện Đa khoa Hợp Lực tỉnh Thanh Hóa. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2021. 4(2): p. 56-66.
8. **Hà Thị Thuý**, Kiến thức và hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 512(2).

MỘT SỐ YẾU TỐ LÂM SÀNG LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ HOẠI TỬ NGÓN TAY DO RẮN HỔ MANG CẮN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đặng Phương Nam¹, Lê Quang Thuận², Thái Duy Quang^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả và phân tích các yếu tố lâm sàng có ý nghĩa tiên lượng mức độ hoại tử ngón tay do rắn hổ mang cắn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, trên 52 bệnh nhân có tổn thương hoại tử ngón tay do rắn hổ mang cắn được điều trị tại bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Có 21 bệnh nhân (40,4%) thuộc nhóm tổn thương nông và 31 bệnh nhân (59,6%) thuộc nhóm tổn thương sâu. Đa số bệnh nhân là nam giới (78,8%) và nằm trong độ tuổi lao động. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về loài rắn hổ mang, tỉ lệ mắc bệnh mạn tính và phương pháp sơ cứu. Trung vị thời gian truyền huyết thanh kháng nọc rắn là trước 6 giờ sau khi bị cắn và

trung vị thời gian can thiệp phẫu thuật là 5 ngày. Các triệu chứng tại chỗ như đỏ da và tê bì xuất hiện nhiều hơn ở nhóm tổn thương sâu ($p < 0,05$). Nhóm tổn thương sâu có tỉ lệ hoại tử chiếm trên 1/2 chu vi ngón tay cao hơn gấp 18,3 lần so với nhóm tổn thương nông ($p = 0,01$). **Kết luận:** Các bệnh nhân hoại tử ngón tay do rắn hổ mang cắn kèm theo các triệu chứng đỏ da, tê bì tại chỗ, đặc biệt là diện hoại tử trên 1/2 chu vi ngón có nguy cơ cao lộ gân xương sau khi cắt lọc tổ chức hoại tử và tiên lượng khó bảo tồn ngón tay. **Từ khóa:** rắn hổ mang, hoại tử, ngón tay

SUMMARY

ANALYSIS OF CLINICAL FACTORS RELATED TO THE SEVERITY OF FINGER NECROSIS CAUSED BY COBRA BITES AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To describe and analyze clinical factors that were significant prognostic indicators of the severity of digit necrosis caused by cobra snake. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted on 52 patients with finger necrosis due to cobra snake bites at Bach Mai Hospital. **Results:** Among the patients, 21 cases (40.4%) were classified

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Duy Quang

Email: thaiduyquang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025

as having superficial necrosis, while others (59.6%) had deep necrosis. The proportion of male patient made up nearly four fifths and almost patient were in working age. There was no significant difference between the two groups regarding the identified cobra species, chronic disease prevalence, or first-aid methods used. The median time to receive antivenom therapy was within 6 hours after the bite, and the median time to surgical intervention was 5 days. Local symptoms such as erythema and numbness were more frequent in the deep necrosis group ($p<0.05$). The area of necrosis affecting more than half of the finger circumference was 18.3 times higher in the deep necrosis group compared to the superficial group ($p=0.01$). **Conclusion:** Patients with finger necrosis accompanied by symptoms such as local numbness and redness, especially the necrotic area covers more than half of the finger's circumference, were at high risk of tendon and bone exposure after debridement, making finger preservation challenging.

Keywords: cobra snake, necrosis, finger

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những vết cắn do rắn hổ mang để lại tổn thương tại chỗ nặng nề do độc tính gây hoại tử phối hợp với nhiễm trùng thứ phát từ vết cắn đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật.¹ Tại các nước châu Âu vị trí rắn cắn hay gặp ở vùng chi dưới, trái ngược với Việt Nam và một số nước thuộc châu Á khi tỉ lệ rắn cắn vùng bàn tay cao hơn hẳn so với các vị trí khác.^{2,3} Nguyên nhân một phần là do tập tính nuôi và bắt rắn tại các nước thuộc khu vực này. Ngoài ra, ngón tay là vị trí hay gặp nhất trong các vết cắn ở bàn tay do rắn hổ cắn tại bệnh viện Bạch Mai trong những năm gần đây.⁴ Tuy nhiên phân tích tổn thương hoại tử ngón tay do rắn hổ mang cắn chưa có nghiên cứu nào đề cập tới. Nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả và phân tích các yếu tố lâm sàng giúp tiên lượng mức độ hoại tử ngón tay do rắn hổ mang cắn đối với các bệnh nhân được điều trị tại bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là hoại tử ngón tay do rắn hổ mang cắn. Nhận diện rắn hổ mang dựa trên mẫu rắn bệnh nhân mang đến hoặc chụp lại sau khi bị cắn (loài rắn hổ mang được bác sĩ Trung tâm Chống độc phối hợp với chuyên gia nhận dạng rắn của Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam định danh). Tổn thương tại chỗ hoại tử rõ biểu hiện qua vùng da xung quanh vết cắn có màu tím đen có hoặc không kèm theo phồng nước, châm kim không chảy máu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng hoại tử ngón tay do rắn hổ mang cắn và được điều trị huyết thanh kháng nọc rắn hổ mang. Bệnh nhân được can thiệp

phẫu thuật cắt lọc tổ chức hoại tử và đánh giá mức độ sâu của hoại tử trong quá trình theo dõi và điều trị. Đầy đủ hình ảnh, thông tin trước và sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có kèm theo vết cắn gây hoại tử tại vị trí khác ngoài vùng ngón tay như mu bàn tay, gan bàn tay, cẳng tay. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

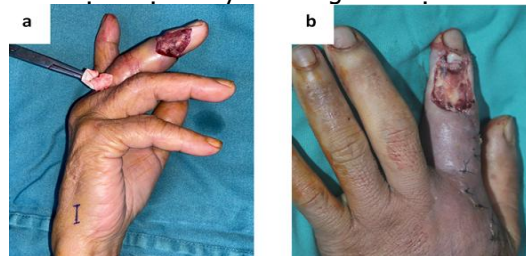
Chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, với cỡ mẫu 52 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

Nội dung và biến số nghiên cứu: Các thông tin thu thập dựa trên bệnh án điện tử và hình ảnh lưu trữ. Các thông tin chung bao gồm: tuổi, giới, định danh loài rắn, bệnh nền, các phương pháp sơ cứu ban đầu, thời gian từ lúc bị cắn cho đến khi được truyền huyết thanh kháng nọc rắn và can thiệp phẫu thuật. Các biến số lâm sàng được thu thập tại thời điểm sau 48 giờ kể từ khi bị cắn bao gồm: ngón bị tổn thương, tỉ lệ giữa chu vi diện hoại tử so với chu vi ngón, vùng da bị hoại tử ưu thế, mức độ sưng nề, triệu chứng tại chỗ (đỏ da, tê bì, phồng nước), triệu chứng toàn thân (rối loạn tiêu hóa, liệt cơ).

Quy trình nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được phân chia thành hai nhóm tổn thương hoại tử dựa trên hình ảnh lưu trữ và protocol phẫu thuật trên bệnh án điện tử. So sánh sự khác biệt giữa hai nhóm về các biến số nghiên cứu.

• **Nhóm tổn thương nông ($n_1=21$):** Phẫu thuật cắt lọc thăm dò tổn thương cho thấy hoại tử chỉ hiện diện ở lớp da và một phần lớp mỡ dưới da. Nền tổn khuyết sau cắt lọc hoại tử không lộ gân và xương khớp.

• **Nhóm tổn thương sâu ($n_2=31$):** Bệnh nhân có tình trạng hoại tử đầu ngón do viêm tắc mạch gây thiếu máu đầu xa ngón tay. Hoặc phẫu thuật cắt lọc thăm dò thấy tổn thương hoại tử toàn bộ lớp da và tổ chức dưới da, có thể hoại tử cả gân và xương. Nền tổn khuyết thường lộ gân xương sau cắt lọc hoặc khuyết xương do hoại tử.



Hình 2.1. Tổn thương hoại tử nông (a): sau cắt lọc không lộ gân xương; Tổn thương

hoại tử sâu (b) sau cắt lọc vùng hoại tử, lộ khớp gian đốt xa

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và phân tích trên phần mềm SPSS 25. Sử dụng thuật toán thống kê bao gồm test khi bình phương hoặc test Fisher's exact cho các biến định tính, test T hoặc test Mann-Whitney U cho các biến định lượng để kiểm định sự khác

biệt giữa hai nhóm tổn thương này. Sử dụng test hồi quy logistic đối với các biến số có sự khác biệt để phân tích mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng có ý nghĩa tiên lượng mức độ hoại tử sâu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 03/2023 đến tháng 08/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của hai nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm	Tổn thương nông ($n_1=21$)	Tổn thương sâu ($n_2=31$)	p	Tổng ($n=52$)
Tuổi (năm), trung bình $\pm$ SD	57,7 $\pm$ 3,1	55,1 $\pm$ 2,4	0,513	56,1 $\pm$ 13,9
Nam giới, n	15	26	0,318	41 (78,8%)
Định danh loài rắn, n			0,667	
• Naja atra	16	22		38 (73,1%)
• Naja kaouthia	5	9		14 (26,9%)
Mắc bệnh mạn tính, n	5	7	1,000	12 (23,1%)
Sơ cứu, n				
• Chích rạch hoặc hút nọc	5	8	0,870	13 (25,0%)
• Garo chi thể	11	22	0,172	33 (63,5%)
• Đắp/Uống thuốc nam	3	11	0,091	14 (26,9%)
Thời gian từ lúc bị cắn cho đến khi dùng liều đầu huyết thanh kháng nọc rắn (giờ), trung vị (IQR)	4 (2-7,5)	5 (3-9)	0,285	4,5 (3-20)
Thời gian kể từ khi bị cắn cho đến khi can thiệp phẫu thuật (ngày), trung vị (IQR)	5 (4-7)	5 (4-6)	0,902	5 (4-6,75)

Tổng số 52 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong nghiên cứu, trong đó có 21 trường hợp (40,4%) thuộc nhóm tổn thương nông và 31 trường hợp (59,6%) thuộc nhóm tổn thương sâu. Hầu hết bệnh nhân nằm trong độ tuổi lao động và nam giới chiếm phần lớn (78,8%) trong tổng số bệnh nhân. Trong các biện pháp sơ cứu ban đầu, garo chi thể là biện

pháp được sử dụng nhiều nhất. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm tổn thương về loài rắn được định danh, tỉ lệ mắc bệnh mạn tính và phương pháp sơ cứu ban đầu được sử dụng. Thời gian được truyền huyết thanh kháng nọc rắn thường trước 6 giờ kể từ khi bị cắn. Các bệnh nhân thường được can thiệp phẫu thuật từ ngày thứ 5 kể từ khi bị cắn.

Bảng 3.2. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa hai nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm	Tổn thương nông ($n_1=21$)	Tổn thương sâu ($n_2=31$)	p	Tổng ($n=52$)
Ngón bị tổn thương, n			1,000	
• Ngón cái	4	7		11 (21,2%)
• Ngón dài	17	24		41 (78,8%)
Có diện hoại tử chiếm trên 1/2 chu vi ngón tay, n	1	15	0,001 ^c	16 (30,8%)
Vùng hoại tử chiếm ưu thế, n			0,117	
• Mặt gan ngón	16	17		33 (63,5%)
• Mặt mu ngón	5	14		19 (36,5%)
Mức độ sưng nề, n			0,123	
• Khu trú tại bàn tay	12	11		23 (44,2%)
• Lan tỏa lên cẳng và cánh tay	9	20		29 (55,8%)
Đỏ da tại chỗ, n	2	13	0,011	15 (28,8%)
Tê bì tại chỗ, n	6	20	0,011	26 (50%)
Nổi bóng nước, n	12	24	0,120	36 (69,2%)
Có triệu chứng toàn thân (rối loạn tiêu hóa, liệt cơ)	2	3	1,000	5 (9,6%)

Các triệu chứng tại chỗ bao gồm đỏ da, tê bì xuất hiện nhiều hơn ở nhóm tổn thương sâu

($p < 0,05$). Ngoài ra với tỉ lệ gặp những vết cắn để lại diện hoại tử chiếm trên 1/2 chu vi ngón tay

ở nhóm tổn thương sâu cao hơn gấp 18,3 lần nhóm tổn thương nông ($p=0,01$) khi phân tích hồi quy logistic đa biến. Không có sự khác biệt về vị trí ngón tay, vùng hoại tử chiếm ưu thế, mức độ sưng nề và triệu chứng toàn thân giữa hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình nhóm bệnh nhân là 56,1 tuổi với 78,8% là nam giới. Kết quả cao hơn so với các nghiên cứu của tác giả Yan Chiao Mao³ và tác giả Chih-Sheng Lai⁵, tuy nhiên tỉ lệ mắc bệnh mạn tính tương đồng với nghiên cứu của hai tác giả này. Ở Việt Nam, hoàn cảnh bị rắn cắn vùng bàn ngón tay thường là do nuôi và bắt rắn cho nên giải thích lí do gặp tỉ lệ cao nam giới trong độ tuổi lao động vì đây là lực lượng lao động chính trong gia đình. Không có sự khác biệt giữa tỉ lệ loài rắn hổ Naja atra và Naja kaouthia dựa trên mức độ tổn thương, kết quả này tương đồng với tác giả Ngoc Duc Ngo⁶ khi so sánh về mức độ nhiễm độc, mức độ sưng nề, diện hoại tử giữa hai loài rắn này. Tỉ lệ sử dụng các biện pháp sơ cứu bao gồm chích rạch hút nọc (25%), garo chi thể (63,5%), đắp/uống thuốc nam (26,9%) cao hơn nhiều so với nghiên cứu chung về rắn Naja atra cắn của tác giả Yan Chiao Mao³, trong khi trung vị thời gian từ khi bị cắn cho đến khi được truyền huyết thanh kháng nọc rắn và can thiệp phẫu thuật lại dài hơn. So với các vị trí trung tâm như mu bàn tay hay cẳng tay có mạng mạch bạch huyết phong phú thì vị trí ngón tay là cấu trúc giải phẫu nhỏ ở phía ngoại vi của chi nên nọc độc của rắn hổ mang thường phân tán chậm hơn. Do đó biểu hiện lâm sàng ngay sau khi bị cắn thường biểu hiện muộn và ít rõ rệt hơn khiến cho bệnh nhân thường có tâm lý muốn tự điều trị và theo dõi với các biện pháp sơ cứu ban đầu.

Năm 1980, tác giả Thomas G. Grace nghiên cứu trên 29 bệnh nhân bị rắn độc cắn vùng chi trên cho thấy hầu hết các tổn thương nằm ở vị trí ngón cái và ngón trỏ, tỉ lệ mặt gan và mặt mu là như nhau.⁷ Nghiên cứu của tác giả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi khi tỉ lệ vết cắn ngón cái chỉ chiếm khoảng 1/5 và tỉ lệ bệnh nhân có ưu thế hoại tử mặt gan ngón (63,5%) cao hơn mặt mu ngón. Nghiên cứu chúng tôi còn chỉ ra rằng có sự khác biệt giữa hai nhóm tổn thương về tỉ lệ gặp các triệu chứng tại chỗ bao gồm tê bì và đỏ da, hai triệu chứng này ở nhóm tổn thương sâu gặp tỉ lệ cao hơn. Trước đó, tác giả HY Su đã so sánh hai nhóm bệnh nhân bị rắn Naja atra cắn phải can thiệp

phẫu thuật và không can thiệp phẫu thuật cho thấy nhóm phải can thiệp phẫu thuật có tỉ lệ đỏ da tại chỗ và phỏng nước cao hơn nhóm không can thiệp, tuy nhiên lại không có sự khác biệt về triệu chứng tê bì tại chỗ.⁸ Ngoài ra, nghiên cứu này cũng cho thấy không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tỉ lệ gặp triệu chứng toàn thân và mức độ sưng nề, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Đối với các bệnh nhân thuộc nhóm tổn thương sâu, tỉ lệ bệnh nhân có diện hoại tử chiếm trên 1/2 chu vi ngón tổn thương cao hơn gấp 18,1 lần nhóm tổn thương nông và biến số này có ý nghĩa tiên lượng các bệnh nhân có nguy cơ hoại tử sâu vùng ngón tay do rắn hổ mang cắn. Yếu tố lâm sàng này chưa được báo cáo lại từ bất cứ nghiên cứu nào trước đó. Điều này có thể giải thích theo sự cấp máu vùng ngón tay, mỗi ngón tay đều có hai động mạch gan ngón tay riêng cấp máu. Với diện hoại tử chiếm trên một nửa chu vi ngón tay nguy cơ hoại tử viêm tắc mạch cả hai động mạch này càng cao do ngón tay ít phần mềm che phủ. Như vậy với sự phối hợp của hai cơ chế gây hoại tử là nọc độc rắn và thiếu máu tổ chức do tắc mạch mà tình trạng hoại tử ngón tay càng trở nên nặng nề hơn và việc bảo tồn ngón tay đối với những trường hợp này càng khó hơn.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng như triệu chứng đỏ da tại chỗ, tê bì và đặc biệt là diện hoại tử chiếm trên 1/2 chu vi ngón tay có giá trị tiên lượng trong việc xác định mức độ hoại tử ngón tay do rắn hổ mang cắn. Những bệnh nhân có các yếu tố trên có nguy cơ cao lộ gân xương sau phẫu thuật cắt lọc tổ chức hoại tử và khả năng bảo tồn ngón tay thấp. Trong tương lai nên có các nghiên cứu tương đương về các biến số cận lâm sàng được theo dõi và thu thập cùng một thời điểm sau khi bị cắn để xác định các yếu tố cận lâm sàng có ý nghĩa tiên lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tsai YH, Hsu WH, Huang KC, Yu PA, Chen CL, Kuo LT. Necrotizing fasciitis following venomous snakebites in a tertiary hospital of southwest Taiwan. *Int J Infect Dis*. 2017;63:30-36. doi:10.1016/j.ijid.2017.08.005.
2. Afroz A, Siddiquea BN, Chowdhury HA, Jackson TN, Watt AD. Snakebite envenoming: A systematic review and meta-analysis of global morbidity and mortality. Habib AG, ed. *PLoS Negl Trop Dis*. 2024;18(4):e0012080. doi:10.1371/journal.pntd.0012080
3. Mao YC, Liu PY, Chiang LC, et al. Naja atra snakebite in Taiwan. *Clin Toxicol*. 2018;56(4):273-280. doi:10.1080/15563650.2017.1366502.
4. Nguyễn Quốc Mạnh. Kết quả điều trị phẫu

- thuật tạo hình tổn thương bàn tay do rắn độc cắn. Luận văn thạc sỹ y học. 2022.
5. **Lai CS, Liu PY, Lee CH, et al.** The development of surgical risk score and evaluation of necrotizing soft tissue infection in 161 *Naja atra* envenomed patients. *Hardcastle TC, ed. PLoS Negl Trop Dis.* 2022; 16(2):e0010066. doi:10.1371/journal.pntd.0010066
 6. **Ngo ND, Le QX, Pham AQ, et al.** Clinical Features, Bacteriology, and Antibiotic Treatment Among Patients with Presumed *Naja Bites* in Vietnam. *Wilderness & Environmental Medicine.* 2020; 31(2): 151-156. doi:10.1016/j.wem.2020.01.002
 7. **Grace TG, Omer GE.** The management of upper extremity pit viper wounds. *J Hand Surg Am.* 1980;5(2): 168-177. doi:10.1016/s0363-5023(80)80149-3.
 8. **Department of Emergency Medicine, E-Da Hospital and I-Shou University, Kaohsiung, Taiwan, Department of Emergency Medicine, Buddhist Tzu Chi General Hospital, Hualien, Taiwan, Su H, et al.** Can surgical need in patients with *Naja atra* (Taiwan or Chinese cobra) envenomation be predicted in the emergency department? *Hong Kong Med J.* Published online August 12, 2016. doi:10.12809/hkmj154739

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SIÊU ÂM VÀ GIẢI PHẪU BỆNH CỦA CÁC BỆNH NHÂN CÓ TỔN THƯƠNG VÚ ĐƯỢC CÁN THIỆP SINH THIẾT BẰNG MÁY CÓ HỖ TRỢ HÚT ÁP LỰC ÂM DƯỚI SIÊU ÂM

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Nguyễn Thị Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, siêu âm và giải phẫu bệnh của các bệnh nhân được can thiệp sinh thiết bằng máy có hỗ trợ hút áp lực âm (VABB). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu (NC) mô tả hồi cứu trên 77 bệnh nhân (BN) được thực hiện VABB tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2020 đến 04/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong NC là 38,4 tuổi. 50,6% tổn thương có thể sờ thấy trên lâm sàng, 24,7% bệnh nhân đau. 51,9% BN được VABB có BI-RADS 3 và 48,1% có BI-RADS 4 trên siêu âm. Kích thước trung bình của tổn thương là kt 15,1mm. Tổn thương BI-RADS 3 có kích thước lớn hơn BI-RADS 4, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tổn thương có kết quả mô bệnh học ác tính chiếm 2,6%, hay gặp nhất là u xơ chiếm 68,8%. Các tổn thương ít gặp hơn có u nhú nội ống (7,8%), viêm xơ tuyến vú (6,5%), bệnh tuyến xơ hóa (3,9%), biến đổi xơ nang (6,5%), quá sản ống tuyến điển hình (3,9%). Nhóm u xơ thuộc BI-RADS 3 có tỷ lệ cao hơn nhóm BI-RADS 4, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Các tổn thương được chẩn đoán và điều trị bằng VABB có hình ảnh siêu âm và lâm sàng đa dạng. VABB có thể áp dụng để loại bỏ khối u lành hoặc chẩn đoán với những tổn thương nghi ngờ ác tính (BI-RADS 3-4), tỷ lệ ác tính gặp trong 2,6% các bệnh nhân được can thiệp. **Từ khóa:** sinh thiết kim lớn; sinh thiết có hỗ trợ hút chân không; siêu âm vú.

SUMMARY

CLINICAL, ULTRASONOGRAPHIC, AND

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthai binh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025

PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BREAST LESIONS UNDERGOING ULTRASOUND-GUIDED VACUUM-ASSISTED BIOPSY

Objective: To describe the clinical, ultrasonographic, and pathological characteristics of patients undergoing vacuum-assisted biopsy (VABB). **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 77 patients who underwent VABB at Hanoi Medical University Hospital from January 2020 to April 2025. **Results:** The mean age in the study was 38.4 years. Clinically palpable lesions were found in 50.6% of cases, and 24.7% of patients reported pain. Among patients undergoing VABB, 51.9% had BI-RADS 3 lesions, while 48.1% had BI-RADS 4 lesions on ultrasound. The mean lesion size was 15.1 mm. BI-RADS 3 lesions were significantly larger than BI-RADS 4 lesions ($p < 0.05$). Malignant pathology was found in 2.6% of cases, with fibroadenoma being the most common histological finding (68.8%). Less common lesions included intraductal papilloma (7.8%), sclerosing adenosis (6.5%), fibrocystic changes (6.5%), and usual ductal hyperplasia (3.9%). The proportion of fibroadenomas was higher in the BI-RADS 3 group than in the BI-RADS 4 group, with a statistically significant difference ($p < 0.05$). **Conclusion:** Lesions diagnosed and treated with VABB exhibit diverse ultrasound and clinical characteristics. VABB can be used for the removal of benign tumors or for the diagnosis of suspicious malignant lesions (BI-RADS 3-4), with a malignancy rate of 2.6% among the intervened patients.

Keywords: core needle biopsy; vacuum-assisted biopsy; breast ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là ung thư phổ biến nhất ở nữ giới trên thế giới và tại Việt Nam, nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nữ do ung thư tại