

- 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: nguyenthaitaibinh@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

Việt Nam. Siêu âm là phương tiện đầu tay trong sàng lọc UTV với độ nhạy và độ đặc hiệu cao (89,2% và 99,1%) và phân loại nguy cơ ác tính theo hệ thống BI-RADS.

Hiện nay, các phương pháp lấy mẫu làm giải phẫu bệnh với các tổn thương nghi ngờ phổ biến có chọc hút kim nhỏ (FNA), sinh thiết kim lõi (CNB), VABB hay định vị kim dây. Kỹ thuật (VABB) được FDA đã chấp thuận để lấy mẫu chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ ác tính và loại bỏ các tổn thương lành tính với tính an toàn, hiệu quả và thẩm mỹ cao từ năm 2002.¹ VABB được cho là khắc phục được các nhược điểm của FNA, CNB như mẫu mô không đủ và có thể thay thế trong các trường hợp FNA và CNB không thể thực hiện do tổn thương quá nhỏ.² Bên cạnh đó, VABB được chấp nhận để điều trị các tổn thương vú lành tính với nhiều ưu điểm vượt trội như ít đau, an toàn cao, thẩm mỹ và hiệu quả. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm của bệnh nhân đã can thiệp VABB để xác định hiệu quả của VABB.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn:

(1) BN đã được chẩn đoán tổn thương vú phân độ BIRADS 3 hoặc 4 trên siêu âm

(2) BN đã được thực hiện VABB tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2020 đến 04/2025

(2) BN có kết quả mô bệnh học của tổn thương
(3) Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Hồ sơ bệnh án không có đủ thông tin hồ sơ nghiên cứu.

(2) Chất lượng hình ảnh không đạt chất lượng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu
Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, n = 77

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Xử lý số liệu thu thập các biến số lưu trữ và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. So sánh các đặc điểm về tỷ lệ của nhóm nghiên cứu bằng, kiểm định sự khác biệt bằng test chi-square, test Fisher's. Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Số lượng bệnh nhân trong NC: 77 bệnh nhân với các đặc điểm sau:

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Tổng (n=77)	BI-RADS 3 (n=40)	BI-RADS 4 (n=37)
Tuổi	≤ 40	47(61,0%)	25(32,5%)

> 40	30(39%)	15(19,5%)	15(19,5%)
Trung bình (tuổi)	38.4±12.0	37.0±12.9	40.1±11.7
Sờ thấy khối	39(50,6%)	29(37,7%)	10(13,0%)
Đau	19(24,7%)	12(15,6%)	7(9,1%)

Bảng 2: Đặc điểm hình ảnh siêu âm

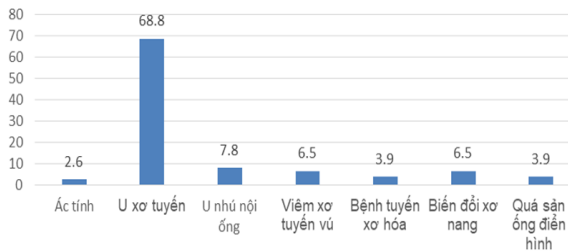
Bên vú tổn thương	Trái	34 (44,1%)	16 (20,8%)	18 (23,4%)
	Phải	39 (50,6%)	22 (28,6%)	17 (22,1%)
	Hai bên	4 (5,2%)	2 (2,6%)	2 (2,6%)
Vị trí	¼ trên trong	13 (16,9%)	6 (7,8%)	7 (9,1%)
	¼ dưới trong	15 (19,5%)	8 (10,4%)	7 (9,1%)
	¼ trên ngoài	34 (44,2%)	15 (19,5%)	19 (24,7%)
	¼ dưới ngoài	15 (19,5%)	7 (9,1%)	8 (10,4%)
Số lượng tổn thương trung bình được VABB		1,4	1,6	1,1

Nhận xét: BN được VABB có tuổi ≤ 40 tuổi chiếm 61,0%. Tỷ lệ tổn thương gặp nhiều nhất ở góc ¼ trên ngoài với 44,2%. 50,6% BN sờ thấy khối, chủ yếu là nhóm BI-RADS 3, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm BI-RADS 4 với $p < 0,05$. 24,7% BN có cảm giác đau, trong đó nhiều hơn ở nhóm BI-RADS 3 là 27,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với nhóm BI-RADS 4 với $p > 0,05$.

Bảng 3. Đặc điểm về kích thước của tổn thương trên siêu âm và phân loại BI-RADS

Kích thước	Tổng (n=77)	BI-RADS 3 (n=40)	BI-RADS 4 (n=37)	p
<10mm	29 (37,7%)	7 (9,1%)	22 (28,6%)	0,01
10-20mm	28 (36,3%)	21 (27,3%)	7 (9,1%)	0,04
20-30mm	17 (22,1%)	11 (14,3%)	6 (7,8%)	0,765
>30mm	3 (3,9%)	2 (2,6%)	1 (1,3%)	0,987
Trung bình (mm)	15,1	20,4	9,5	0,002

Nhận xét: kích thước trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,6mm, nhóm BI-RADS 3 là 20,4mm và nhóm BI-RADS 4 là 9,5mm, $p < 0,05$. Nhóm <10mm và 10-20mm hay gặp nhất 36-38%. Với nhóm BI-RADS 3, tỷ lệ kích thước hay gặp nhất là 10-20mm, chiếm 53,8%, với $p < 0,05$. Với nhóm BI-RADS 4 tổn thương gặp nhất có kích thước < 10mm, chiếm 64,7%, với $p < 0,05$.



Biểu đồ 1. Kết quả giải phẫu bệnh

Nhận xét: Tổn thương ác tính chiếm 2/77 BN (2,6%), u xơ tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 53/77 BN (68,8%), các bệnh lý lành tính khác như u nhú nội ống, viêm xơ tuyến, bệnh tuyến xơ hóa có tỷ lệ 5,2-7,8%, trong đó quả sản ống tuyến điển hình chiếm tỷ lệ thấp nhất 3/77 BN (3,8%).

Bảng 4. Tương quan kết quả giải phẫu bệnh và phân loại BI-RADS

	Tổng (n=77)	BI-RADS 3 (n=40)	BI-RADS 4 (n=37)	P
Ác tính	2 (2,6%)	0 (0%)	2 (2,6%)	0,061
U xơ tuyến	53 (68,8%)	35 (45,5%)	18 (23,4%)	0,001
U nhú nội ống	6 (7,8%)	1 (1,3%)	5 (6,5%)	0,100
Viêm xơ tuyến vú	5 (6,5%)	3 (3,9%)	2 (2,6%)	0,824
Bệnh tuyến xơ hóa	3 (3,9%)	1 (1,3%)	2 (2,6%)	0,605
Biến đổi xơ nang	5 (6,5%)	0 (0%)	5 (6,5%)	0,022
Quả sản ống điển hình	3 (3,9%)	0 (0%)	3 (3,9%)	0,106

Nhận xét: Các tổn thương ác tính đều thuộc nhóm BI-RADS 4, chiếm tỷ lệ 2,6% trong tổng số các bệnh nhân và chiếm tỷ lệ 5,4% trong nhóm BI-RADS 4. Tổn thương u xơ tuyến được chẩn đoán BI-RADS 3 chiếm 45,5% và BI-RADS 4 là 23,4%, với $p < 0,05$. Các tổn thương u nhú nội ống, quả sản ống tuyến điển hình, bệnh tuyến xơ hóa đều gặp nhiều ở nhóm BI-RADS 4 hơn 3, $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình của các BN là 38,4 tuổi. Trong NC này, nhóm có tuổi < 40 chiếm 61%, trên 40 tuổi chiếm 39%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ phân bố tuổi trong NC của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của N.T. Hoa và Kim.^{2,3} Tỷ lệ này phù hợp với giả thiết các bệnh lý tuyến vú thường gặp ở độ tuổi sinh đẻ.

Có 49,4% tổn thương không sờ thấy được trên lâm sàng, do đó siêu âm là công cụ không

thể thiếu trong khám định kì tuyến vú ở phụ nữ. Tỷ lệ đau trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 24,7%, đây cũng là một lý do khiến BN muốn loại bỏ khối u.

Số tổn thương vú trung bình được can thiệp của các BN là 1,4, phần lớn bệnh nhân được can thiệp 1 u kích thước lớn nhất hoặc nghi ngờ nhất. Số u vú can thiệp của nhóm BI-RADS 3 lớn hơn BI-RADS 4, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$. Có một trường hợp BN được can thiệp loại bỏ 3 u ở cùng bên cho 1 BN. Đây cũng là ưu điểm của VABB, so với phẫu thuật mổ, VABB có thể lấy được nhiều u ở BN đa u xơ, mà không để lại sẹo phẫu thuật.

4.2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm

Về phân bố của tổn thương, trong NC của chúng tôi, tỷ lệ tổn thương vú phải nhiều hơn vú trái chiếm 50,6% so với 44,1%, có 5,2% bệnh nhân có tổn thương tại hai vú. Vị trí góc ¼ trên ngoài hay gặp nhất, chiếm 44,2%. Kết quả này cũng tương đồng với khác nghiên cứu khác như của N.T.H.³ Và tỷ lệ này cũng có thể được giải thích rằng ¼ trên ngoài là vị trí có nhiều mô tuyến nhất nên tỷ lệ mắc các bệnh về vú là cao nhất.

Hình ảnh BI-RADS trên siêu âm, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tổn thương trên siêu âm có BI-RADS 3 là 40/77 BN chiếm 51,9%, BI-RADS 4 là 37/77 BN 48,1%. Trong có tỷ lệ ác tính là 2/77 BN (2,6%) tổng số bệnh nhân và chiếm 5,4% trong nhóm BI-RADS 4. Hiệp hội phẫu thuật vú Trung Quốc (2021) khuyến cáo áp dụng VABB chẩn đoán tổn thương vú có BI-RADS ≥ 4 , đặc biệt là các tổn thương $< 10\text{mm}$, sát thành ngực hoặc trên BN đặc túi ngực nhân tạo. Đồng thời cũng khuyến cáo để điều trị với nhóm có BI-RADS 3 đường kính $< 20\text{mm}$, với kích thước này, tỷ lệ cắt bỏ tổn thương hoàn toàn lên tới 100%.⁴ Như đã biết, ACR cũng đã khuyến cáo theo dõi định kì 6 tháng một lần ở các BN có tổn thương BI-RADS 3 trên siêu âm. Nhưng các nghiên cứu gần đây cũng đã đề xuất VABB có thể là lựa chọn với các trường hợp i) không có khả năng theo dõi thường xuyên; ii) có kế hoạch mang thai hoặc phẫu thuật thẩm mỹ vú; iii) rất lo lắng về tổn thương; iv) tổn thương tăng kích thước trong thời gian theo dõi; v) những người có triệu chứng hoặc cảm giác đau với tổn thương siêu âm BI-RADS loại 3-4; vi) U sờ thấy trên lâm sàng; vii) Những người có tiền sử cá nhân hoặc gia đình mắc ung thư vú; viii) Những người có tổn thương siêu âm BI-RADS loại 3 và đang lên kế hoạch phẫu thuật bảo tồn vú cùng bên; ix) Những người nghi ngờ mắc ung thư vú với đặc điểm đa ổ hoặc đa trung tâm.⁵ Nghiên cứu của Park 2005 đã khuyến cáo nên sử

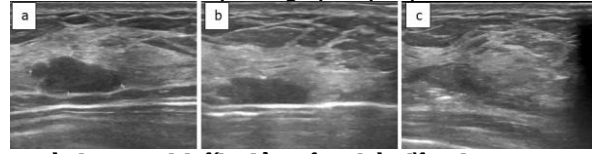
sung VABB với các tổn thương BI-RADS 3 hoặc 4 có kích thước nhỏ hơn 1,5mm và sinh thiết kim lõi với các tổn thương lớn hơn.⁶

Kích thước trung bình của các tổn thương trong NC của chúng tôi là 15,1 mm, tương tự NC của Jialin Zhao.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm BI-RADS 4 có kích thước nhỏ hơn so với BI-RADS 3, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Do các tiên bộ về chẩn đoán hình ảnh, tỷ lệ phát hiện các tổn thương nghi ngờ, không sờ thấy trên lâm sàng, kích thước < 1 cm, ngày càng tăng cao. Điều này góp phần làm tăng tỷ lệ sống của BN UTV. Phương pháp sinh thiết kim lõi được sử dụng phổ biến với các tổn thương sờ thấy và không sờ thấy, với độ chính xác cao, chi phí và tỷ lệ biến chứng thấp. Tuy nhiên, phương pháp này chỉ lấy được một phần của tổn thương, do vậy tỷ lệ âm tính giả còn cao. Morris đã báo cáo rằng 29% tổn thương vú là không đồng nhất, có các kết quả mô bệnh học khác nhau từ trung tâm và ngoại vi; do vậy, nếu chỉ lấy được một phần của tổn thương không đồng nhất sẽ dẫn tới chẩn đoán sai.⁸ Joshi cũng đã chỉ ra rằng sinh thiết lõi với tăng sản ống tuyến không điển hình cho kết quả âm tính giả ác tính lên tới 18-88%.⁹ Carder trong một nghiên cứu thấy 4/26 BN được chẩn đoán ác tính sau khi phẫu thuật có kết quả lành tính qua sinh thiết kim lõi trước đó.¹⁰ Như vậy, có thể thấy VABB khắc phục được nhược điểm này so với sinh thiết kim lõi. Không những vậy, với các tổn thương khả năng ác tính cao, VABB cũng hỗ trợ lấy bệnh phẩm cho kết quả mô bệnh học chính xác hơn, phục vụ mục đích tân hóa trị bổ trợ.

4.3. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Kết quả mô bệnh học, trong NC của chúng tôi u xơ tuyến là loại tổn thương phổ biến nhất trên mô bệnh học chiếm 68,8%. Tỷ lệ này ít hơn so với nghiên cứu của N.T.Hoa 85,8% và nhiều hơn NC của Hai-Lin Park là 46,6%.^{3,11} U xơ tuyến vú được coi là tổn thương lành tính, tuy nhiên nhiều NC dài hạn cũng chỉ ra u xơ tuyến là nguy cơ độc lập ở các BN mắc UT vú, có thể cao hơn đến 1,7 lần.¹² Do vậy, đã có các khuyến cáo theo dõi, tầm soát tích cực ở các bệnh nhân có u xơ tuyến vú. Đặc biệt với các khối u xơ tuyến đang phát triển hoặc có tiền sử gia đình mắc ung thư vú, nên áp dụng phương pháp theo dõi tích cực hơn, như cắt bỏ khối u hoặc thực hiện sinh thiết, thay vì chỉ theo dõi thông thường.¹² Những tổn thương lành tính hay gặp khác như biến đổi xơ nang, viêm xơ tuyến vú, u nhú nội ống, các tổn thương này thường không đặc hiệu trên siêu âm và thường có BI-RADS 4. Các tổn thương ác tính đều thuộc nhóm BI-RADS 4, chiếm tỷ lệ

2,6% trong tổng số các bệnh nhân và chiếm tỷ lệ 5,4% trong nhóm BI-RADS 4. Việc chẩn đoán bằng các phương tiện thông thường có thể bỏ sót số bệnh nhân này và dẫn đến chẩn đoán muộn cho người bệnh. VABB giúp chẩn đoán sớm nhằm điều trị mang lại hiệu quả hơn.



Hình 1. a. khối giảm âm bờ đều (BI-RADS 3) được VABB để điều trị và cho giải phẫu bệnh là u xơ tuyến, b. quá trình đưa kim vào mô vú dưới khối u, c. sau khi VABB lấy hết hoàn toàn tổn thương

(BN. Đào Thị T. 37T, mã BN 2410017287)

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và mô bệnh học của tổn thương vú BIRADS 3-4 trên siêu âm khá đa dạng. VABB là phương pháp có giá trị trong chẩn đoán sớm các tổn thương nhỏ nghi ác tính với tỷ lệ gặp là 2,6% cũng như để điều trị loại bỏ tổn thương u vú lành tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Krainick-Strobel U, Hahn M, Duda VF, et al.** Consensus recommendations for the use of vacuum-assisted breast biopsy under sonographic guidance. *Gynecol Surg.* 2006;3(4):309-314. doi:10.1007/s10397-006-0250-9
2. **Hi P, Ky K, Js P, et al.** Clinicopathological Analysis of Ultrasound-guided Vacuum-assisted Breast Biopsy for the Diagnosis and Treatment of Breast Disease. *Anticancer Res.* 2018;38(4). doi:10.21873/anticancer.12499
3. **Nguyễn TH, Nguyễn DT, Nguyễn TNM, et al.** ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM TUYẾN VÚ SAU SINH THIẾT CÓ HỖ TRỢ HÚT CHÂN KHÔNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2021;507(1). doi:10.51298/vmj.v507i1.1326
4. **Sj L, Xp H, B H, Jd W, Zm F.** Clinical practice guidelines for ultrasound-guided vacuum-assisted breast biopsy: Chinese Society of Breast Surgery (CSBrS) practice guidelines 2021. *Chin Med J (Engl).* 2021; 134(12). doi:10.1097/CM9.0000000000001508
5. **E B, A H, M V, Bj H.** Minimal invasive complete excision of benign breast tumors using a three-dimensional ultrasound-guided mammotome vacuum device. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;21(3). doi:10.1002/uog.74
6. **(PDF) Excision of benign breast tumor by an Ultrasound-Guided hand held Mammotome biopsy device.** ResearchGate. Published online October 22, 2024. doi:10.4048/jbc.2005.8.3.92
7. **Zhao J, Wang X, Xu Y, Peng L, Sun Q.** Reconsidering the therapeutic use for vacuum-assisted breast biopsy in breast cancer patients: a retrospective single-center study. *Transl Cancer*

- Res. 2020;9(6):3879. doi:10.21037/tcr-19-2906
8. **Ea M, L L, Sg T, Af A, Dd D.** Histologic heterogeneity of masses at percutaneous breast biopsy. *Breast J.* 2002;8(4). doi:10.1046/j.1524-4741.2002.08305.x
 9. **M J, A DF, R P, et al.** Atypical ductal hyperplasia in stereotactic breast biopsies: enhanced accuracy of diagnosis with the mammotome. *Breast J.* 2001;7(4). doi:10.1046/j.1524-4741.2001.99086.x
 10. **Pj C, Jc L.** Will the spectrum of lesions prompting a "B3" breast core biopsy increase the benign biopsy rate? *J Clin Pathol.* 2003;56(2). doi:10.1136/jcp.56.2.133

TÌNH TRẠNG ĐỒNG NHIỄM VIRUS HERPES SIMPLEX VÀ MYCOPLASMA PNEUMONIAE Ở CÁC BỆNH NHÂN HỒNG BAN ĐA DẠNG

Trần Thị Huyền^{1,2}, Đinh Anh Duy¹

TÓM TẮT

Hồng ban đa dạng (EM) là một hội chứng da-niêm mạc cấp tính, liên quan đến miễn dịch. Hai căn nguyên gây bệnh phổ biến nhất là virus herpes simplex1,2 (HSV1,2) và Mycoplasma pneumoniae (M. pneumoniae). Việc xác định căn nguyên gây bệnh là ưu tiên hàng đầu trong quản lý và điều trị EM. Nghiên cứu mô tả cắt ngang này được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ huyết thanh dương tính HSV1,2 ở các bệnh nhân EM có huyết thanh dương tính M. pneumoniae. Kết quả cho thấy, tỷ lệ IgM HSV1,2 dương tính ở các bệnh nhân có IgM M. pneumoniae dương tính là 42,9%, tỷ lệ này ở nhóm IgM M. pneumoniae âm tính là 15%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong nhóm có tiền sử tiếp xúc HSV1,2, tỷ lệ huyết thanh dương tính IgM HSV1,2 ở các bệnh nhân có IgM M. pneumoniae dương tính, âm tính lần lượt là 25% và 15,4%. Trong nhóm không có tiền sử tiếp xúc HSV1,2, tỷ lệ huyết thanh dương tính IgM HSV1,2 ở các bệnh nhân có IgM M. pneumoniae dương tính, âm tính lần lượt là 66,7% và 0%. Cả hai kết quả đều không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ nhập viện ở các bệnh nhân EM có IgM M.pneumoniae dương tính là 100%, cao hơn so với nhóm IgM HSV1,2 và M. pneumoniae âm tính ($p < 0,05$). Độ tuổi trung bình của nhóm có IgM HSV1,2 và M. pneumoniae dương tính là $14,17 \pm 13,57$, thấp hơn so với nhóm IgM HSV1,2 và M. pneumoniae âm tính ($p < 0,01$). Nhóm chỉ có IgM HSV1,2 dương tính và nhóm chỉ có IgM M. pneumoniae dương tính có tuổi trung bình lần lượt là $23 \pm 10,65$ và $23,88 \pm 13,98$. Có xu hướng đồng nhiễm HSV1,2 và M. pneumoniae, đặc biệt là ở các bệnh nhân trẻ tuổi. **Từ khóa:** Hồng ban đa dạng, Mycoplasma pneumoniae, virus herpes simplex

SUMMARY

CO-INFECTION OF HERPES SIMPLEX VIRUS AND MYCOPLASMA PNEUMONIAE IN PATIENTS WITH ERYTHEMA MULTIFORME

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền

Email: drhuyentran@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025

Erythema multiforme (EM) is an acute, immune-mediated mucocutaneous syndrome. The two most common etiologies are herpes simplex virus (HSV1,2) and Mycoplasma pneumoniae (M. pneumoniae). Identifying the etiology is a top priority in the management and treatment of EM. This cross-sectional descriptive study was conducted to determine the seropositivity rate of HSV1,2 in EM patients who tested positive for M. pneumoniae. The results showed that the HSV1,2 IgM positivity rate in patients with M. pneumoniae IgM positivity was 42.9%, whereas in the M. pneumoniae IgM-negative group, it was 15%; this difference was not statistically significant. In the group with a history of HSV1,2 exposure, the HSV1,2 IgM positivity rate in patients with M. pneumoniae IgM positivity and negativity was 25% and 15.4%, respectively. In the group without a history of HSV1,2 exposure, the HSV1,2 IgM positivity rate in M. pneumoniae IgM-positive and negative patients was 66.7% and 0%, respectively. Neither result was statistically significant. The hospitalization rate among EM patients with M. pneumoniae IgM positivity was 100%, significantly higher than in the HSV1,2 and M. pneumoniae IgM-negative group ($p < 0.05$). The mean age of the HSV1,2 and M. pneumoniae IgM-positive group was 14.17 ± 13.57 , significantly lower than that of the HSV1,2 and M. pneumoniae IgM-negative group ($p < 0.01$). The mean age of the HSV1,2 IgM-positive-only group and the M. pneumoniae IgM-positive-only group was 23 ± 10.65 and 23.88 ± 13.98 , respectively. There is a tendency for co-infection with HSV1,2 and M. pneumoniae, especially in young patients.

Keywords: Erythema multiforme, Mycoplasma pneumoniae, herpes simplex virus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hồng ban đa dạng (EM) là một hội chứng da-niêm mạc cấp tính, liên quan đến miễn dịch. Chẩn đoán lâm sàng dựa trên tổn thương điển hình là các hình bia bản: vùng trung tâm có thể hoại tử, tạo thành bọng nước hoặc vết trợt; vùng giữa có màu hồng hoặc nhạt dần, đôi khi có phù nề, vùng ngoài cùng là viền đỏ rõ. Bệnh chủ yếu ảnh hưởng đến tay, chân, thân mình, mặt, và niêm mạc miệng, mắt hoặc bộ phận sinh dục.¹ EM được chia làm thể nhẹ với tổn thương da chủ