

76,07% và độ đặc hiệu 55,18% [7]; tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm ABC-score là một công cụ hữu ích trong việc đánh giá và tiên lượng các tình trạng lâm sàng quan trọng như nhu cầu truyền máu, xuất huyết tái phát sớm và tử vong. Khả năng dự đoán của thang điểm này, đặc biệt là trong việc xác định nguy cơ tử vong và xuất huyết tái phát sớm, có ý nghĩa lâm sàng quan trọng. Tuy nhiên, cần tiếp tục nghiên cứu để cải thiện độ nhạy trong một số trường hợp, đặc biệt là trong việc dự đoán nhu cầu truyền máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Xie W, Chen F.X, Zhu L.Y, et al.** (2020), "Risk assessment of first upper gastrointestinal bleeding using computerized tomoscanning in esophageal varices patients with cirrhosis and portal hypertension", *Medicine (Baltimore)*, 99(5), pp.189-195.
2. **Pfisterer N, Unger W, Reiberger T, et al** (2021), "Clinical algorithms for the prevention of variceal bleeding and rebleeding in patients with liver cirrhosis", *World J Hepatol*, 13(7), pp.731-746.
3. **Laursen S.B, Oakland K, Laine L, et al** (2021), "ABC score: a new risk score that accurately

predicts mortality in acute upper and lower gastrointestinal bleeding: an international multicentre study", *Gut*, 70(4).

4. **Nguyễn Thị Huyền Trang, Nguyễn Tiến Thịnh, Mai Thanh Bình và cộng sự** (2023), "Nghiên cứu giá trị của thang điểm ABC trong tiên lượng chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch phình vị ở bệnh nhân xơ gan", *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108, tập 18 (5), tr.18-24.
5. **Li Y, Lu Q, Song M, et al.** (2022), "Evaluation of Six Preendoscopy Scoring Systems to Predict Outcomes for Older Adults with Upper Gastrointestinal Bleeding", *Gastroenterol Res Pract*, pp.933-944.
6. **Jimenez-Rosales R** (2023), "Performance of the New ABC and MAP(ASH) Scores in the Prediction of Relevant Outcomes in Upper Gastrointestinal Bleeding", *J Clin Med*, 12(3).
7. **Liu S, Zhang X, Walline J, et al** (2021), "Comparing the Performance of the ABC, AIMS65, GBS, and pRS Scores in Predicting 90-day Mortality Or Rebleeding Among Emergency Department Patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: A Prospective Multicenter Study", *J Transl Int Med*, 9(2), pp.114-122.
8. **Vũ Công Hoan** (2022), Giá trị thang điểm ABC-score trong tiên lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao, Luận văn Thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA K-TIRADS VÀ ACR-TIRADS TRONG DỰ BÁO NGUY CƠ ÁC TÍNH Ở CÁC NỐT TUYẾN GIÁP THEO PHÂN LOẠI BETHESDA

Nguyễn Duy Hùng^{1,2}, Trần Nguyên Phú³, Nguyễn Tiến Vũ³,
Nguyễn Sử Minh Ngọc³, Nguyễn Đình Trường³, Bùi Đức Hiền³,
Bùi Anh Đức³, Lê Quân Thành³, Lê Thị Huyền Trang³

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành với mục đích so sánh hiệu quả chẩn đoán nguy cơ ác tính của hệ thống phân loại siêu âm tuyến giáp của Hàn Quốc (K-TIRADS 2021) và của hội Điện quang Hoa Kỳ (ACR-TIRADS 2019) ở các nốt tuyến giáp đối chiếu với phân loại Bethesda. Nghiên cứu mô tả trên 350 bệnh nhân có nốt tuyến giáp được thực hiện siêu âm, được phân loại bằng K-TIRADS và ACR-TIRADS, sau đó, được tiến hành chọc hút kim nhỏ (FNA) dưới hướng dẫn của siêu âm tại Trung tâm Y tế thành phố Hà Tĩnh từ tháng 12/2022 - tháng 05/2025. Hiệu quả chẩn đoán đánh giá qua độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị

chẩn đoán dương tính (PPV), âm tính (NPV) và diện tích dưới đường cong (AUC). **Kết quả:** Tỷ lệ ác tính trên phân loại Bethesda là 80.85%. Hệ thống phân loại K-TIRADS và ACR-TIRADS đều có hiệu quả tốt trong đánh giá nguy cơ ác tính của các nốt tổn thương tuyến giáp, trong đó, AUC, độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chẩn đoán chính xác của ACR-TIRADS lần lượt là 0.923, 99.65%, 85.07%, 96.86%, cao hơn của K-TIRADS lần lượt là 0.765, 94.70%, 58.21%, 87.71%. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy cả hệ thống K-TIRADS và ACR-TIRADS đều có hiệu quả tốt trong đánh giá nguy cơ ác tính của các nốt tổn thương tuyến giáp. ACR-TIRADS có giá trị chẩn đoán cao hơn so với K-TIRADS trong đánh giá tổn thương nhân tuyến giáp. Việc áp dụng hệ thống phân loại siêu âm phù hợp có thể hỗ trợ hiệu quả cho quyết định lâm sàng, tối ưu hóa chiến lược chẩn đoán và điều trị các nốt tuyến giáp không xác định. **Từ khóa:** nốt tuyến giáp; FNA; K-TIRADS; ACR-TIRADS; Bethesda.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE ROLE OF K-TIRADS AND ACR-TIRADS IN PREDICTING

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

³Trung tâm Y tế thành phố Hà Tĩnh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Hùng

Email: nguyenduyhung1612@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 25.6.2025

MALIGNANCY RISK OF THYROID NODULES BASED ON THE BETHESDA CLASSIFICATION

The study was conducted with the aim of comparing the diagnostic performance in assessing malignancy risk between the Korean Thyroid Imaging Reporting and Data System (K-TIRADS 2021) and the American College of Radiology Thyroid Imaging Reporting and Data System (ACR-TIRADS 2019), using the Bethesda classification as a reference. This descriptive study involved 220 patients with thyroid nodules who underwent ultrasound evaluation and classification by both K-TIRADS and ACR-TIRADS. Fine-needle aspiration (FNA) under ultrasound guidance was subsequently performed out at Ha Tinh city Medical Center from December 2022 to May 2024. Diagnostic performance was assessed through sensitivity (Se), specificity (Sp), positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV), and the area under the receiver operating characteristic curve (AUC). **Results:** The malignancy rate based on the Bethesda classification was 80.85%. Both the K-TIRADS and ACR-TIRADS classification systems demonstrated good effectiveness in assessing the malignancy risk of thyroid nodules. Among them, ACR-TIRADS showed superior diagnostic performance, with an AUC of 0.923, sensitivity of 99.65%, specificity of 85.07%, and diagnostic accuracy of 96.86%, all higher than those of K-TIRADS, which were 0.765, 94.70%, 58.21%, and 87.71%, respectively. **Conclusion:** The study shows that both the K-TIRADS and ACR-TIRADS systems are effective in assessing the malignancy risk of thyroid nodules. ACR-TIRADS demonstrated higher diagnostic value compared to K-TIRADS in evaluating thyroid nodules. Applying an appropriate ultrasound classification system can effectively support clinical decision-making and optimize diagnostic and treatment strategies for indeterminate thyroid nodules.

Keywords: thyroid nodule; fine-needle aspiration; K-TIRADS; ACR-TIRADS; Bethesda system.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nốt tuyến giáp là bệnh lý thường gặp trong thực hành lâm sàng, với tỷ lệ phát hiện ngày càng gia tăng nhờ các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện đại, đặc biệt là siêu âm.¹ Siêu âm được coi là phương tiện đầu tay trong đánh giá nốt tuyến giáp, hướng dẫn chỉ định chọc hút kim nhỏ (FNA) và hỗ trợ phân tầng nguy cơ ác tính.^{1,3}

Sau FNA, kết quả tế bào học được phân loại theo hệ thống Bethesda, giúp định hướng chiến lược điều trị tiếp theo.²

Nhiều hệ thống phân loại nguy cơ đối với các nhân tuyến giáp đã được giới thiệu qua các năm, bao gồm: TIRADS (2009), TIRADS chỉnh sửa (2011), hệ thống British U (2014), và hướng dẫn của Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ – ATA (2015). Trong số đó, hệ thống phân loại do Hiệp hội điện quang Hoa Kỳ (ACR) đề xuất, gọi là ACR-TIRADS, đã được áp dụng rộng rãi kể từ khi ra mắt vào năm 2017 và sau đó là phân loại 2019; và hệ thống phân loại của Hàn Quốc K-TIRADS 2021 đang được áp dụng rộng rãi trên thực hành lâm sàng.³⁻⁷

Tuy nhiên, sự khác biệt trong cách tiếp cận và phân loại giữa hai hệ thống này đặt ra câu hỏi về tính hiệu quả và độ chính xác của mỗi phương pháp trong dự báo nguy cơ ác tính của các nhân tuyến giáp, đặc biệt đối với bệnh viện tuyến cơ sở. Do đó, việc so sánh vai trò chẩn đoán của K-TIRADS và ACR-TIRADS, đối chiếu với kết quả tế bào học theo hệ thống Bethesda, là cần thiết nhằm tối ưu hóa chiến lược quản lý và theo dõi bệnh nhân có nhân tuyến giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu này được thực hiện tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh của Trung tâm Y tế thành phố Hà Tĩnh từ tháng 12/2022 - tháng 05/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn là các bệnh nhân có nhân tuyến giáp chưa được điều trị, được siêu âm đánh giá các tổn thương tuyến giáp theo ACR TI-RADS 2019 và K-TIRADS 2021, có kết quả chọc hút kim nhỏ phân loại theo tiêu chuẩn Bethesda. Việc đánh giá phân loại siêu âm được thực hiện bởi hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm >5 năm trong siêu âm tuyến giáp, độc lập và mù thông tin mô bệnh học. Các bất đồng được thống nhất qua thảo luận.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Quy trình nghiên cứu. Kỹ thuật siêu âm: sử dụng đầu dò phẳng 5-12 MHz.

Tổn thương tuyến giáp được xếp loại dựa trên ACR TI-RADS 2019 và K-TIRADS 2021 bao gồm 5 mức độ (Bảng 1).

Bảng 1. Phân loại ACR TI-RADS 2019, K-TIRADS 2021 và Bethesda^{2,3,5}

Phân loại	Đặc điểm	Tiêu chí mô tả	Điểm
ACR TI-RADS	Thành phần	Chủ yếu dạng dịch	0
		Dạng bọt biển	0
		Hỗn hợp đặc và nang	1
		Chủ yếu đặc	2
		Vôi hoá toàn phần	2
	Độ hồi âm	Trống âm	0

		Đồng âm hoặc tăng âm	1
		Giảm âm	2
		Rất giảm âm	3
	Hình dạng	Ngang lớn hơn cao	0
		Chiều cao hơn ngang	3
	Đường bờ	Bờ đều	0
		Bờ mờ, không rõ	0
		Bờ thùy mũi, không đều	2
		Xâm lấn ra ngoài bao giáp	3
	Vôi hoá	Không vôi hoá	0
		Vôi hóa thô	1
		Vôi hóa dạng viền	2
		Vôi hóa dạng chấm	3
	Điểm		Nguy cơ ác tính
	TI-RADS 1	0	< 2%
	TI-RADS 2	1-2	< 2%
	TI-RADS 3	3	~ 5%
	TI-RADS 4	4-6	5-20%
	TI-RADS 5	≥ 7	> 20%
K-TIRADS	TI-RADS 1	Tuyến giáp bình thường	0%
	TI-RADS 2	Nhân lạnh tính rõ ràng: nang đơn thuần, nang bọt biển	< 3%
	TI-RADS 3	Nhân đồng âm, tăng âm hoặc hỗn hợp âm và không kèm dấu hiệu nghi ngờ*	3-15%
	TI-RADS 4	Nhân đồng âm, tăng âm hoặc hỗn hợp âm và có dấu hiệu nghi ngờ/ nhân đặc giảm âm	15-50%
	TI-RADS 5	Nhân đặc giảm âm kèm dấu hiệu nghi ngờ	> 60%
	* Dấu hiệu nghi ngờ gồm hướng không song song mặt da, vôi vôi hóa, bờ không đều hoặc thùy mũi		
Phân loại Bethesda	Bethesda I	không đủ chẩn đoán	
	Bethesda II	lành tính	
	Bethesda III	tổn thương không xác định	
	Bethesda IV	nghi ngờ u dạng nang của tuyến	
	Bethesda V	nghi ngờ ác tính	
	Bethesda VI	tổn thương ác tính	

Các bệnh nhân trong nghiên cứu được thu thập thông tin theo các biến số nghiên cứu bao gồm tuổi, giới, đặc điểm nhân tuyến giáp về vị trí, kích thước, đặc điểm phân loại theo ACR TI-RADS 2019 và K-TIRADS 2021. Sau đó, tổn thương được phân loại tế bào học theo Bethesda sau khi tiến hành FNA. Chúng tôi phân loại các bệnh nhân có điểm Bethesda V và VI vào nhóm nguy cơ cao, trong khi các bệnh nhân có điểm Bethesda II, III và IV được xếp vào nhóm nguy cơ thấp.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0 (IBM Corp, Hoa Kỳ). Các biến định lượng được biểu diễn bằng trung bình ± độ lệch chuẩn (SD); biến định tính bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa nhóm lành tính và ác tính sử dụng kiểm định Chi-square hoặc Fisher exact test cho biến định tính; kiểm định Student's t-test cho biến định lượng. Đánh giá hiệu quả chẩn đoán dựa vào độ

nhạy (sensitivity), độ đặc hiệu (specificity), giá trị tiên đoán dương (PPV), giá trị tiên đoán âm (NPV), và độ chính xác (accuracy) của từng phân loại. Vẽ đường cong ROC và tính diện tích dưới đường cong (AUC) để so sánh hiệu quả của K-TIRADS và ACR-TIRADS. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0.05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Các thông tin về hồ sơ bệnh án và hình ảnh được chúng tôi bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Bài báo này là một phần trong nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức quyết định số 413/QĐ-SKHCN, ngày 16/09/2024 của Sở Khoa học & Công nghệ tỉnh Hà Tĩnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu bao gồm 350 bệnh nhân với 350 nốt tuyến giáp. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu gồm tuổi, giới và kích thước được trình bày trong Bảng 1.

Trong nghiên cứu, nhóm bệnh nhân nữ chiếm đa số với tỷ lệ 82.87%, tuổi trung bình 46.5 và kích thước trung bình của nhân là 2.11cm.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n (%) Mean $\pm$ sd
Giới	Nam	60 (17.13)
	Nữ	290 (82.87)
Tuổi		46.50 $\pm$ 12.45
Kích thước nhân		2.11 $\pm$ 1.15

3.2. Phân loại ACR TIRADS, K-TIRADS đối chiếu với Bethesda. Trong số bệnh nhân nghiên cứu, có 283 tổn thương được xếp loại Bethesda có nguy cơ ác tính cao, chiếm 80.85%. Tỷ lệ bệnh nhân có TIRADS 4, 5 theo ACR lần lượt là 58.57%, 24.86% và theo K-TIRADS lần lượt là 36.00%, 48.57%.

Bảng 2. Phân loại ACR TIRADS, K-TIRADS đối chiếu với Bethesda

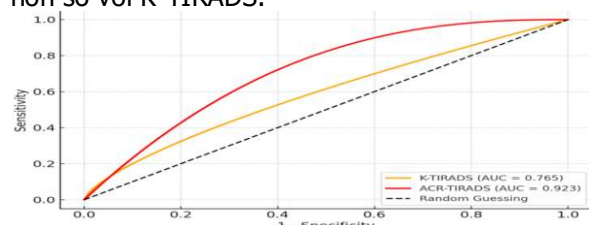
Phân loại		Nguy cơ thấp trên Bethesda n(%)	Nguy cơ ác tính cao trên Bethesda n (%)	Tổng n (%)
ACR TIRADS	1	4 (100)	0 (0)	4 (100)
	2	19 (100)	0 (0)	19 (100)
	3	34 (97.14)	1 (2.86)	35 (100)
	4	9 (4.39)	196 (95.61)	205 (100)
	5	1 (1.15)	86 (98.85)	87 (100)
K-RADS	2	4 (100)	0 (0)	4 (100)
	3	35 (70.00)	15 (30.00)	50 (100)
	4	19 (15.08)	107 (84.92)	126 (100)
	5	9 (5.29)	161 (94.71)	170 (100)

3.3. Đánh giá giá trị của K-TIRADS và ACR-TIRADS khi đối chiếu với Bethesda

Bảng 3. Đánh giá giá trị chẩn đoán của K-TIRADS và ACR-TIRADS

Phân loại	AUC	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	ACC (%)
ACR-TIRADS	0.923	99.65	85.07	96.57	98.28	96.86
K-TIRADS	0.765	94.70	58.21	90.54	72.22	87.71

Khi đối chiếu với Bethesda, ACR-TIRADS cho giá trị chẩn đoán phân biệt rất tốt và K-TIRADS cho giá trị chẩn đoán tốt. Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chẩn đoán chính xác của ACR-TIRADS cao hơn so với K-TIRADS.



Hình 1. Hình ảnh phân tích đường cong ROC đối với ACR-TIRADS và K-TIRADS

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã đánh giá và so sánh hiệu quả của hai hệ thống phân loại K-TIRADS và ACR-TIRADS trong dự đoán nguy cơ ác tính ở các nốt tuyến giáp khi đối chiếu với phân loại tế bào học Bethesda. Tỷ lệ ác tính chung trong nghiên cứu là 80.85%, cao hơn nghiên cứu thống kê khác với các số liệu tại châu Á, nơi carcinoma nhũ chiếm ưu thế.⁵

Hệ thống phân loại ACR TI-RADS và K-TIRADS là hai công cụ phổ biến được sử dụng để đánh giá nguy cơ ác tính của các nhân tuyến giáp trên siêu âm. Cả hai hệ thống đều dựa trên việc phân tích đặc điểm hình ảnh học của nhân tuyến giáp như thành phần, độ hồi âm, viền bờ, vi vôi hóa và hình dạng. Tuy nhiên, cách chấm điểm và phân loại nguy cơ của hai hệ thống có sự khác biệt nhất định. ACR TI-RADS sử dụng hệ thống tính điểm dựa trên năm nhóm đặc điểm siêu âm, từ đó phân loại nhân tuyến giáp thành các mức nguy cơ từ TIRADS 1 đến TIRADS 5. Ưu điểm của ACR là tính khách quan, rõ ràng và dễ chuẩn hóa, giúp giảm số lượng chọc hút kim nhỏ không cần thiết. Tuy nhiên, do tiêu chí chọc hút dựa nhiều vào kích thước và điểm số, một số nhân nhỏ nhưng có đặc điểm nghi ngờ có thể bị bỏ sót, đặc biệt là các vi ung thư (microcarcinoma). K-TIRADS lại phân loại theo mức độ nghi ngờ của đặc điểm siêu âm, kết hợp với ngưỡng kích thước để đề xuất FNA. Phiên bản cập nhật K-TIRADS 2021 đã điều chỉnh ngưỡng chọc hút nhằm giảm các FNA không cần thiết trong nhóm nguy cơ thấp và trung bình. Tuy nhiên, do phân loại dựa trên đánh giá chủ quan các đặc điểm hình ảnh, K-TIRADS có thể chịu ảnh hưởng lớn bởi yếu tố người đọc và khó chuẩn hóa giữa các trung tâm. Cả hai hệ thống K-TIRADS và ACR-TIRADS đều cho thấy hiệu quả tốt trong phân tầng nguy cơ với AUC trên 0.7, tuy nhiên ACR-TIRADS có diện tích dưới đường cong AUC, độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán chính xác cao hơn so với K-TIRADS. Một điểm cần lưu ý là K-TIRADS thiết kế với mục tiêu nhạy cảm cao, có thể phù hợp hơn trong bối cảnh ung thư biểu mô tuyến nhũ chiếm ưu thế, trong khi ACR-TIRADS hướng tới giảm sinh thiết không cần thiết.⁶⁻⁸ Điều này được phản ánh trong các nghiên cứu đã chỉ ra sự khác biệt giữa các hệ thống phân loại.^{2,9}

Theo tác giả Kang và cộng sự, K-TIRADS và ACR-TIRADS cho thấy hiệu quả chẩn đoán tương tự nhau trong việc đánh giá các nhân tuyến giáp có nguy cơ mức độ trung bình, trong đó, K-TIRADS có lợi trong việc dự đoán ác tính đối với

các nhân thuộc nhóm Bethesda III.⁶

Nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế là chỉ đối chiếu 2 hệ thống phân loại với kết quả tế bào học do tiến hành tại bệnh viện tuyến cơ sở.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy cả hệ thống K-TIRADS và ACR-TIRADS đều có hiệu quả tốt trong đánh giá nguy cơ ác tính của các nốt tổn thương tuyến giáp. ACR-TIRADS có giá trị chẩn đoán cao hơn so với K-TIRADS trong đánh giá tổn thương nhân tuyến giáp. Việc áp dụng hệ thống phân loại siêu âm phù hợp có thể hỗ trợ hiệu quả cho quyết định lâm sàng, tối ưu hóa chiến lược chẩn đoán và điều trị các nốt tuyến giáp không xác định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cibas ES, Ali SZ.** The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Thyroid*. 2017;27(11):1341-6.
2. **Grani G, Lamartina L, Ascoli V, et al.** Reducing the number of unnecessary thyroid biopsies while improving diagnostic accuracy: toward the "right" TIRADS. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(1):95-102.
3. **Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al.** 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules

and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):1-133.

4. **Kang S, Kwon SK, Choi HS, et al.** Comparison of Korean vs. American Thyroid Imaging Reporting and Data System in malignancy risk assessment of indeterminate thyroid nodules. *Endocrinol Metab*. 2021;36(5):1111-20.
5. **Layfield LJ, Baloch ZW, Esebua M, et al.** Impact of the reclassification of the non-invasive follicular variant of papillary carcinoma as benign on the malignancy risk of the Bethesda system: a meta-analysis. *Acta Cytol*. 2017;61(3):187-93.
6. **Russ G, Bonnema SJ, Erdogan MF, et al.** European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS. *Eur Thyroid J*. 2017;6(5):225-37.
7. **Shin JH, Baek JH, Chung J, et al.** Ultrasonography diagnosis and imaging-based management of thyroid nodules: revised Korean Society of Thyroid Radiology consensus statement and recommendations. *Korean J Radiol*. 2016;17(3):370-95.
8. **Tessler FN, Middleton WD, Grant EG, et al.** ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. *J Am Coll Radiol*. 2017;14(5):587-95.
9. **Trimboli P, Fulciniti F, Zilioli V, et al.** Accuracy of international ultrasound risk stratification systems in thyroid lesions cytologically classified as indeterminate. *Diagn Cytopathol*. 2017;45(2):113-7.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH XỬ LÝ BAN ĐẦU ĐỘT QUỴ CỦA NGƯỜI DÂN TẠI CỘNG ĐỒNG TỈNH NAM ĐỊNH

Trương Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành xử lý ban đầu đột quỵ não của người dân tại cộng đồng tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 01- 03/2024 trên 1.800 người dân tại 3 xã/phường thuộc 3 vùng địa lý của tỉnh Nam Định. Dữ liệu được thu thập bằng bảng hỏi tự điền có giám sát, phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả:** Người dân có nhận thức tốt về một số dấu hiệu điển hình của đột quỵ như méo miệng (88,9%), nói ngọng (86,7%), yếu liệt tay chân (83,1%), nhưng nhận thức về các dấu hiệu không đặc hiệu như mất thị lực (38,3%) và mệt mỏi đột ngột (21,7%) còn thấp. Về xử lý ban đầu, 94,6% biết cần đưa bệnh nhân đến bệnh viện sớm, tuy nhiên chỉ 22,2% biết tư thế nằm an toàn, 20,3% biết hỏi tiền sử bệnh và triệu chứng.

Các hành vi không phù hợp như trích máu (32,3%), cao gió (36,6%), cho ăn/uống (55,7%) vẫn phổ biến. **Kết luận:** Kiến thức và thực hành xử lý ban đầu đột quỵ tại cộng đồng còn hạn chế, đặc biệt trong kỹ năng xử trí đúng. **Khuyến nghị:** Cần tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe, huấn luyện kỹ năng thực hành và phát huy vai trò của y tế cơ sở trong nâng cao năng lực xử trí đột quỵ tại cộng đồng.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND INITIAL STROKE MANAGEMENT PRACTICES AMONG COMMUNITY RESIDENTS IN NAM DINH PROVINCE, VIET NAM

Objective: To describe the knowledge and initial stroke management practices among community residents in Nam Dinh province, Vietnam. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from January to March 2024 among 1,800 residents from three representative communes/wards in Nam Dinh province. Data were collected using supervised self-administered questionnaires and analyzed using SPSS version 16.0. **Results:** Residents demonstrated good awareness of typical stroke symptoms such as facial droop (88.9%),

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Chính

Email: anhtt@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 25.6.2025