

- tuổi 18-25 và xử trí, Luận văn thạc sĩ Y học, trường ĐHY Hà Nội.
- Nguyễn Vũ Trung** (2009). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X-Quang và đánh giá kết quả phẫu thuật lấy răng khôn hàm trên lệch. Luận văn thạc sĩ y khoa chuyên ngành Răng Hàm Mặt, trường Đại học Y Hà Nội, tr. 44-62.
 - Đình Thị Thanh Thủy** (2017). Tình trạng răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngậm ở các dạng hình thái mặt theo chiều trước sau. Khóa luận tốt nghiệp, trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.
 - Đình Thị Thanh Thủy và Nguyễn Thị Bích Lý** (2018). Tình trạng răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngậm ở các dạng hình thái mặt theo chiều trước sau. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2(s22): 55-61.
 - Nguyễn Y Duyên** (1995). Góp phần nghiên cứu viêm nhiễm vùng hàm mặt do biến chứng RKHD, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Đại Học Y Hà Nội.
 - Phạm Như Hải** (1999). Nhận xét tình hình RKHD mọc lệch ngậm ở sinh viên lứa tuổi 18-25 và xử trí. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
 - Mai Đình Hưng** (1996). Phân loại các loại răng mọc ngậm, răng mọc lệch và răng mọc tại chỗ, giáo trình giảng dạy Răng Hàm Mặt. Bộ môn Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội.
 - Lê Ngọc Thanh** (2005). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X.Quang và đánh giá kết quả phẫu thuật RKHD mọc lệch, mọc ngậm. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
 - Lê Nho Chuyên** (2016). Đặc điểm hình thái của răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngậm và biến chứng tới răng hàm lớn thứ hai hàm dưới trên phim panorama tại khoa răng hàm mặt bệnh viện GTVT 2015-2016. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VI UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ SAU PHẪU THUẬT CẮT HOÀN TOÀN TUYẾN GIÁP TẠI VIỆN Y HỌC PHÓNG XẠ VÀ U BƯỚU QUÂN ĐỘI

Lê Thị Trâm Anh¹, Nguyễn Kim Lưu¹, Ngô Văn Đàn¹, Nguyễn Hải Nguyễn¹, Nguyễn Xuân Khải¹, Mai Huy Thông²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú sau phẫu thuật cắt hoàn toàn tuyến giáp tại viện y học phóng xạ và u bướu quân đội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trên 119 bệnh nhân bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại viện y học phóng xạ và u bướu quân đội từ tháng 06/2023 đến 05/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình 47,0 ± 9,3 tuổi, tỷ lệ nữ/nam: 6,9/1. Đa đa số bệnh nhân tình cờ phát hiện bệnh khi đi khám chiếm 90,8%, sờ phát hiện hạch vùng cổ 7,6%. Tổn thương đơn ổ 72,3%. Xâm lấn vỏ chiếm 49,6% và xâm lấn các cơ quan lân cận 8,4%, di căn hạch 31,9%. Giai đoạn T1a chiếm 50,4%, T3b 41,2%. N1a 22,7%, N1b 9,2%. Không ghi nhận di căn xa. Giai đoạn I 69,7%, tiếp đến giai đoạn II và III lần lượt 18,5% và 10,1%. Bệnh nhân có nguy cơ tái phát trung bình 45,4%, nguy cơ thấp 34,5%. Nữ giới là yếu tố giảm nguy cơ di căn hạch với OR = 0,26; 95% CI = 0,08-0,79, p < 0,05. Kích thước u > 5 mm tăng nguy cơ di căn hạch với OR = 4,43, 95% CI = 1,06-20,37, p < 0,05.

Từ khóa: Vi ung thư tuyến giáp thể nhú, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PAPILLARY THYROID CANCER AT THE MILITARY INSTITUTE OF RADIOLOGY AND ONCOLOGY

Objectives: Study of clinical and paraclinical characteristics in patients with papillary thyroid microcarcinoma at the Military Institute of Radiation Medicine and Oncology. **Methods:** Prospective, cross-sectional and longitudinal study on 119 patients with papillary thyroid cancer at the Military Institute of Radiation Medicine and Oncology from June 2023 to May 2024. **Results:** Average age 47.0 ± 9.3 years, female/male ratio: 6.9/1. The majority of patients accidentally discovered the disease during examination, accounting for 90.8%, palpation detected lymph nodes in the neck area 7.6%. Unifocal 72.3%. Invasion of the cortex accounted for 49.6% and invasion of adjacent organs 8.4%, lymph node metastasis 31.9%. Stage T1a accounted for 50.4%, T3b 41.2%. N1a 22.7%, N1b 9.2%. No distant metastasis was recorded. Stage I 69.7%, followed by stage II and III 18.5% and 10.1%, respectively. Patients had an average risk of recurrence of 45.4%, low risk of 34.5%. Female sex was a factor that reduced the risk of lymph node metastasis with OR = 0.26; 95% CI = 0.08-0.79, p < 0.05. Tumor > 5 mm increased the risk of lymph node metastasis with OR = 4.43, 95% CI = 1.06-20.37, p < 0.05. **Keywords:** Papillary thyroid cancer, clinical and paraclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTT) là bệnh lý ung

¹Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Trâm Anh

Email: tramanh121183@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 26.9.2024

thư phổ biến nhất của hệ nội tiết, có tỷ lệ gia tăng nhanh chóng trên toàn thế giới. Theo thống kê GLOBOCAN năm 2020, trên toàn thế giới, hàng năm có khoảng 586.000 UTTG mắc mới. Ung thư tuyến giáp thể nhú (PTMC) là ung thư tuyến giáp thể nhu với khối u có đường kính lớn nhất không quá 10mm, nó chiếm khoảng 36% số ca ung thư tuyến giáp ở người trưởng thành và biểu hiện thầm lặng, không có triệu chứng đặc hiệu, thường phát hiện tình cờ qua siêu âm trong các đợt khám sức khỏe định kỳ [1]. Bệnh thường phát triển chậm và có tiên lượng tốt, với tỷ lệ sống sót sau 5 năm là cao tới 95%. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, bệnh được phát hiện giai đoạn muộn, tỉ lệ tái phát cao và tiên lượng xấu. Sử dụng I-131 xóa mô giáp sau phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn tuyến giáp là liệu pháp điều trị hỗ trợ giúp giảm khả năng bệnh tái phát và di căn và tạo điều kiện thuận lợi trong theo dõi bệnh nhân về sau [1]. Mặt khác, một số chuyên gia tin rằng việc sử dụng I-131 có thể là quá mức đối với bệnh nhân PTMC. Có nhiều nghiên cứu đề cập tới các yếu tố tác động xấu đến tương lượng bệnh ở bệnh nhân PTMC như tuổi tại thời điểm chẩn đoán, giới, kích thước u nguyên phát, đặc điểm mô bệnh học, tổn thương di căn hạch, liệu điều trị I-131... [2, 3]. Tuy nhiên, kết luận của các nghiên cứu vẫn chưa thực sự thống nhất về giá trị tiên lượng của các yếu tố kể trên do sự không đồng nhất giữa các đối tượng nghiên cứu, giai đoạn bệnh. Hàng năm, viện y học phóng xạ và u bướu quân đội điều trị số lượng lớn bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú nhưng chưa có thống kê cụ thể về đặc điểm bệnh nhân cũng như kết quả điều trị. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú sau phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn tuyến giáp tại viện y học phóng xạ và u bướu quân đội".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán PTMC sau phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn tuyến giáp (theo tiêu chuẩn WHO 2017) có chỉ định điều trị bằng I-131 tại Viện Y học Phóng xạ và U bướu Quân đội.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư tuyến giáp thể nhú và phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn tuyến giáp.
- Kích thước của khối u lớn nhất không quá 10mm trên giải phẫu bệnh sau mổ.
- Bệnh nhân có chỉ định dùng I-131
- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.

- Toàn trạng tốt (PS 0,1), không mắc các bệnh lý mạn tính: Suy tim, suy thận nặng...
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tuyến giáp, cận giáp trước khi phẫu thuật tuyến giáp do UTTG.
- Bệnh nhân có xét nghiệm Anti-Tg dương tính.
- Bệnh nhân mắc 2 ung thư.

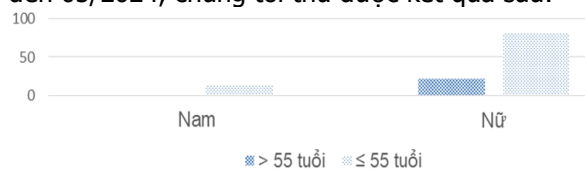
2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.
- Phân loại TNM và giai đoạn theo AJCC 8th.
- Phân tầng nguy cơ theo khuyến cáo của ATA 2015.

- **Xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 26.0.

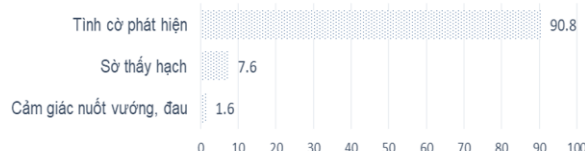
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 119 bệnh nhân bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại viện y học phóng xạ và u bướu quân đội từ tháng 06/2023 đến 05/2024, chúng tôi thu được kết quả sau:



Biểu đồ 1: Đặc điểm bệnh nhân theo nhóm tuổi, giới tính

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 46,97 ± 9,30. Đa số các bệnh nhân dưới 55 tuổi. Chủ yếu các bệnh nhân là nữ, tỷ lệ Nam/Nữ là 1/6,4.



Biểu đồ 2. Lý do khám bệnh đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Đa số bệnh nhân tình cờ phát hiện bệnh khi đi khám chiếm 90,8%, sờ phát hiện hạch vùng cổ 7,6%, cảm giác nuốt vướng, đau vùng cổ trước chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ 1,6%.

Bảng 1. Đặc điểm u trên giải phẫu bệnh

Đặc điểm		Số lượng (n=119)	Tỷ lệ (%)
Số lượng u	Đơn ổ	86	72,3
	Đa ổ	33	27,7
Xâm lấn vỏ	Không	60	50,4
	Có	59	49,6
Xâm lấn cơ quan lân cận	Không	110	92,4
	Có	9	7,6

Nhận xét: Số lượng khối u sau mổ tương tự như kết quả siêu âm, khối u đơn ổ 72,3% và đa

ở 27,7%. Tỷ lệ khối u có xâm lấn vỏ 49,6% và xâm lấn các cơ quan lân cận 7,6%.

Bảng 2. Đặc điểm nhóm bệnh nhân theo TNM

Giai đoạn	Số lượng (n=119)	Tỷ lệ (%)
T	T1a	50,4
	T3b	41,2
	T4a	8,4
N	N0	68,1
	N1a	22,7
	N1b	9,2
M	M0	100
	M1	0

Nhận xét: Phân chia theo giai đoạn TNM, tỷ lệ T1a chiếm tỷ lệ cao nhất 50,4%, tiếp đến T3b 41,2%. Tình trạng di căn hạch (N) – đa số không có tình trạng di căn hạch 68,1%, di căn hạch vùng 22,7% và hạch xa (N1b) 9,2%. Không có tình trạng di căn xa. Phân chia giai đoạn sau phẫu thuật, đa số giai đoạn I chiếm 69,7%, tiếp đến giai đoạn II và III lần lượt 18,5% và 10,1%. Ghi nhận 2 trường hợp giai đoạn IVa 1,7%.

Bảng 4. Kết quả xét nghiệm Tg trước điều trị I-131

Đặc điểm	Số lượng (n=119)	Tỷ lệ (%)
Nhóm Tg (ng/ml)	< 1	26,1
	1 - 10	51,2
	> 10	22,7
Tg (ng/ml)	X ± SD	6,5 ± 9,1
	Min - Max	0,04 - 47,40

Nhận xét: Xét nghiệm Tg (ng/ml) trước điều trị trung bình 6,5 ± 9,1 ng/ml, nhỏ nhất 0,04 và cao nhất 47,40.

Nhóm xét nghiệm Tg từ 1 – 10 ng/ml chiếm tỷ lệ cao nhất 51,2%, nhóm > 10 ng/ml 22,7%

Bảng 5. Liên quan giữa tuổi, giới với tình trạng di căn hạch

Đặc điểm	Không di căn hạch (n=81)		Có di căn hạch (n=38)		p	OR	
	n	%	n	%			
Tuổi	< 55	61	64,2	34	35,8	>0,05	---
	≥ 55	20	83,3	4	16,7		
Giới	Nam	6	40,0	9	60,0	<0,05	0,26 0,08-0,79
	Nữ	75	72,1	29	27,9		

Nhận xét: Bệnh nhân nữ giới có tỷ lệ di căn hạch thấp hơn so với nam giới (p < 0,05). Nữ giới là yếu tố giảm nguy cơ di căn hạch với OR = 0,26; 95% CI = 0,08-0,79, p < 0,05.

Bảng 6. Liên quan giữa một số đặc điểm khối u với tình trạng di căn hạch

Đặc điểm	Không di căn hạch	Có di căn hạch	p	OR
----------	-------------------	----------------	---	----

		(n=81)		(n=38)		p	95% CI
		n	%	n	%		
Kích thước	≤5mm	16	88,9	2	11,1	<0,05	4,43 1,06-20,37
	>5mm	65	64,4	36	35,6		
Số lượng	Đơn ổ	57	66,3	29	33,7	>0,05	---
	Đa ổ	24	72,7	9	27,3		
Xâm lấn vỏ	Không	37	61,7	23	38,3	>0,05	---
	Có	44	74,6	15	25,4		
Xâm lấn cơ quan	Không	74	67,3	36	32,7	>0,05	---
	Có	7	77,8	2	22,2		

Nhận xét: Nhóm kích thước khối u > 5mm có tỷ lệ di căn hạch 35,6% cao hơn so với nhóm kích thước khối u ≤ 5 mm (p < 0,05). Kích thước khối u > 5 mm tăng nguy cơ di căn hạch với OR = 4,43, 95% CI = 1,06-20,37, p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 47,0 ± 9,3, thấp nhất là 25 tuổi cao nhất là 74 tuổi. Nhóm tuổi từ 40 – 59 chiếm tỷ lệ đa số với 71,4%, tiếp đến nhóm < 40 tuổi 19,3%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Lê Văn Quảng (2019), tuổi trung bình 45,3 ± 10,7 năm với 81,05% bệnh nhân dưới 55 tuổi [4]. Nghiên cứu Gao R và cộng sự (2019), độ tuổi trung bình là 46 tuổi [5]. Tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đa số với 87,4%, tỷ lệ nữ/nam: 6,9/1. Như vậy, có thể thấy bệnh nhân PTMC có xu hướng phát hiện sớm hơn trong những năm gần đây có thể được giải thích là do sự phát triển của các kỹ thuật sàng lọc như siêu âm, FNA, marker chẩn đoán ung thư; đồng thời ý thức của người dân đã cải thiện nên việc đi khám sức khỏe và tầm soát ung thư sớm đã được thực hiện thường xuyên hơn.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi, đại đa số bệnh nhân tình cờ phát hiện bệnh khi đi khám chiếm 90,8%, sờ phát hiện hạch vùng cổ 7,6%, cảm giác nuốt vướng, đau vùng cổ trước chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ 1,6%. Tương tự tác giả Nguyễn Xuân Hậu (2021), trên 90% người bệnh phát hiện UTTG thể nhú qua tình cờ đi khám sức khỏe [6]. Các triệu chứng nuốt nghẹn, nói khàn, khó thở trên UTTG nói chung và PTMC nói riêng chủ yếu thường xuất hiện giai đoạn muộn, khi u giáp có kích thước lớn và gây chèn ép hoặc xâm lấn. Trong nghiên cứu chúng tôi, chỉ có 10 bệnh nhân ở giai đoạn T4a (8,4%), chiếm số lượng ít, vì vậy đa số bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu. Kích thước u là một trong những yếu tố tiên lượng của UTTG thể nhú, dựa vào kích thước u cho phép ta đánh giá, phân độ

giai đoạn T (tumor).

Tỷ lệ khối u đơn ổ trong nghiên cứu của chúng tôi 72,3% và đa ổ nhiều khối u chiếm 27,7%. Nghiên cứu Trần Văn Giang, trên bệnh nhân PTMC, tỷ lệ đa ổ 29,2%. Tổn thương đa ổ trong bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp còn được ghi nhận có mối liên quan với tình trạng di căn hạch cổ trung tâm. Tổn thương đa ổ trong PTMC có thể là kết quả sự chuyển dạng nhanh chóng từ tổn thương ung thư độc lập, hoặc có thể là kết quả của di căn trong tuyến qua những vùng giàu bạch huyết ngay tại tuyến giáp.

U nguyên phát xâm lấn qua vỏ bao tuyến giáp là một trong những yếu tố tiên lượng của PTMC ở mọi kích thước. Khi u xâm lấn vỏ bao thì sự phân loại giai đoạn thay đổi trở thành là T3b hoặc T4 không tính đến kích thước u, có hay không di căn hạch. Nếu u dính hay xâm lấn tới thần kinh, hoặc lớp cơ thực quản thì tăng tỷ lệ tái phát sống và thời gian sống thêm giảm đáng kể. Nghiên cứu của Trần Văn Giang (2022), tỷ lệ xâm lấn vỏ tuyến giáp lên tới 69,0% [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phá vỡ vỏ tuyến giáp trên mô bệnh học 49,6%. Các khối u có kích thước lớn thì có tỷ lệ xâm lấn cao hơn, ngoài ra còn liên quan tới vị trí khối u, các khối u nằm sát vỏ thường có đặc tính sinh sản nhanh, mạnh, quá sản không giới hạn, tỷ lệ xâm lấn các cơ quan xung quanh và di căn xa cao hơn các khối u trung tâm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chiếm 50,4% số bệnh nhân có khối u còn giới hạn ở trong tuyến giáp. Trong số 59 bệnh nhân phá vỡ vỏ tuyến giáp thì có 40 bệnh nhân thuộc phân loại T3b (chiếm 41,2%) và 10 bệnh nhân thuộc phân loại T4a chiếm 4,6%. Tình trạng di căn hạch chiếm tỷ lệ 31,9% trong đó 22,7% di căn hạch cổ trung tâm và 9,2% di căn hạch cổ bên; không ghi nhận trường hợp di căn xa. Theo phân loại giai đoạn bệnh, đa số giai đoạn I chiếm 69,7%, tiếp đến giai đoạn II và III lần lượt 18,5% và 10,1%. Ghi nhận 2 trường hợp giai đoạn IVa 1,7%. Như vậy, có thể thấy rằng các bệnh nhân PTMC chủ yếu được chẩn đoán và điều trị ở giai đoạn sớm nên có tiên lượng rất tốt.

Trong quá trình theo dõi, thyroglobulin huyết thanh (Tg) và mức độ kháng thể kháng thyroglobulin (antiTg) rất hữu ích cho việc đánh giá mô giáp còn lại hoặc bệnh tái phát, với một mức độ nhạy cảm và độ đặc hiệu ở những bệnh nhân được điều trị I-131 vì các tế bào nang giáp là nguồn duy nhất sản xuất ra Tg. Thông thường, sau khi cắt toàn bộ tuyến giáp và điều trị xóa mô giáp bằng I-131 thì Tg là một yếu tố chỉ điểm khối u rất tin cậy để đánh giá tình trạng

tái phát hoặc tổn thương dai dẳng trong quá trình theo dõi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, xét nghiệm Tg (ng/ml) trước điều trị trung bình $6,5 \pm 9,1$ ng/ml, nhỏ nhất 0,04 và cao nhất 47,40 ng/ml. Nhóm xét nghiệm Tg từ 1 – 10 ng/ml chiếm tỷ lệ cao nhất 51,2%, nhóm > 10 ng/ml 22,7%.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận mối liên quan giữa giới tính và tỷ lệ di căn hạch của khối u; cụ thể: Nữ giới là yếu tố giảm nguy cơ di căn hạch với OR = 0,26; 95% CI = 0,08-0,79, $p < 0,05$. Các đặc điểm khác của khối u như kích thước, số lượng, xâm lấn vỏ hay cơ quan lân cận chưa tìm thấy mối liên quan tuổi và giới tính.

Thống kê PTMC theo các điều tra dịch tễ tỷ lệ nam giới mắc bệnh thường thấp hơn so với nữ giới. Tuy nhiên, tên lâm sàng, UTTG ở nam giới thường có kích thước u lớn hơn, tỷ lệ di căn hạch và tái phát tại chỗ cao hơn so với nữ giới. Về thời gian sống thêm toàn bộ, một số nghiên cứu cũng cho thấy tiên lượng UTTG ở nam giới xấu hơn nữ giới. Giải thích cho vấn đề này, nhiều tác giả cho rằng do sự liên quan giữa nồng độ estrogene và progesterone khác nhau ở nam và nữ, tỷ lệ chuyển hóa nền ở nam giới cao hơn có thể là yếu tố thúc đẩy sự tăng sinh của tế bào ung thư, làm tăng tỷ lệ di căn hạch. Nghiên cứu của Wang Z (2022) trên 2554 bệnh nhân, tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm là 38,4%. Trong phân tích đơn biến, các yếu tố: tuổi, giới (nam so với nữ), gen BRAF có liên quan với tình trạng di căn hạch cổ với $p < 0,001$. Các yếu tố khác như nồng độ TSH, Tg, AntiTPO (+) không liên quan đến tình trạng di căn hạch cổ với $p > 0,05$ [7].

Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận yếu tố tuổi với tình trạng di căn hạch có thể được giải thích do cỡ mẫu chúng tôi chỉ 119 BN trong khi đó nghiên cứu tác giả Wang Z là 2554 BN nên có thể chưa phản ánh đầy đủ mối liên quan giữa tuổi và di căn hạch. Kích thước khối u là một yếu tố dự đoán cho di căn hạch bạch huyết vùng cổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, kích thước khối u có mối liên quan chặt chẽ tới tình trạng di căn hạch; trong đó khối u có kích thước > 5 mm là yếu tố tăng nguy cơ di căn hạch với OR = 4,43, 95% CI = 1,06-20,37, $p < 0,05$.

Bên cạnh đó, nhóm khối u có kích thước > 5 mm và xâm lấn vỏ tuyến giáp cũng có tỷ lệ nguy cơ tái phát trung bình cao hơn so với nhóm KTKU ≤ 5 mm và không xâm lấn vỏ ($p < 0,01$). Nghiên cứu tác giả Trần Văn Giang cũng cho kết quả tương đồng, tỷ lệ bệnh nhân nguy cơ tái phát trung bình (32,9%) và nguy cơ tái phát cao (20,4%) ở nhóm vi UTTGTN > 5 mm cao hơn rõ rệt so với tỷ lệ tương ứng 26,4% và 6,9 % ở

nhóm u có kích thước < 5 mm ($p = 0,02$).

Trong một báo cáo gần đây vào năm 2023 của tác giả Tawil, J, trên 486 bệnh nhân UTTGTN được phẫu thuật tuyến giáp, với thời gian theo dõi trung bình trong 10 năm. Kích thước khối u > 4 cm ($HR = 8,1$; $95\% CI = 1,7-55$, $p < 0,01$) và xâm lấn vỏ tuyến giáp ($HR = 26,7$; $KTC 95\% = 3,1-228,0$, $p < 0,01$) là hai yếu tố quan trọng nhất trong dự báo nguy cơ tái phát sau phẫu thuật, bên cạnh yếu tố nồng độ thyroglobulin huyết thanh (Tg) sau phẫu thuật cao [8].

Như vậy, trên các đối tượng UTTGTN với những đặc điểm kích thước khối u lớn, xâm lấn vỏ tuyến giáp thường có tỷ lệ nguy cơ tái phát cao, cần phải có kế hoạch theo dõi chặt chẽ trên đối tượng này để có các biện pháp can thiệp kịp thời. Vấn đề liên quan giữa các đặc điểm nêu trên với mức độ đáp ứng điều trị I-131 tại các thời điểm theo dõi, chúng tôi sẽ tiếp tục bàn luận trong nội dung sau. Như vậy, trên các đối tượng UTTGTN với những đặc điểm kích thước khối u lớn, xâm lấn vỏ tuyến giáp thường có tỷ lệ nguy cơ tái phát cao, cần phải có kế hoạch theo dõi chặt chẽ trên đối tượng này để có các biện pháp can thiệp kịp thời. Vấn đề liên quan giữa các đặc điểm nêu trên với mức độ đáp ứng điều trị I-131 tại các thời điểm theo dõi, chúng tôi sẽ tiếp tục bàn luận trong nội dung sau.

V. KẾT LUẬN

Vi ung thư tuyến giáp thể nhú thường gặp ở

phụ nữ, tuổi trung niên, đa số là do tình cờ phát hiện. Giới tính và tình trạng xâm lấn vỏ của khối có liên quan đến di căn hạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yang, T., et al., Radioiodine remnant ablation in papillary thyroid microcarcinoma: a meta-analysis. Nucl Med Commun, 2019. 40(7): p. 711-719.
2. Cao, J., et al., Clinical Analysis of the Short-Term Outcome of Papillary Thyroid Micro Carcinoma After (131)I Treatment. Cancer Manag Res, 2021. 13: p. 4691-4698.
3. Trần Văn Giang, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị I-131 ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp. 2022, Luận Văn Thạc sĩ y học, Trường đại học y Hà Nội.
4. Lê Văn Quang, Ngô Quốc Duy, and Mai Thế Vương, Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng di căn hạch nhóm 6 ở bệnh nhân vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú giai đoạn cN0. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 2019. 1(12).
5. Gao, R., et al., Papillary Thyroid Micro Carcinoma: The Incidence of High-Risk Features and Its Prognostic Implications. Front Endocrinol (Lausanne), 2019. 10: p. 74.
6. Nguyễn Xuân Hậu, Đặc điểm lâm sàng và tình trạng di căn hạch của vi ung thư tuyến giáp thể nhú. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021. 507(1).
7. Wang, Z., et al., A Clinical Predictive Model of Central Lymph Node Metastases in Papillary Thyroid Carcinoma. Front Endocrinol (Lausanne), 2022. 13: p. 856278.
8. Tawil, J., et al., Prognostic factors for recurrence in patients with papillary thyroid carcinoma. Ear, nose, & throat journal, 2023: p. 1455613231158792.

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THÀNH CÔNG CỦA GÂY TÊ TỬY SỐNG ĐỂ MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HỒNG NGỌC - PHÚC TRƯỜNG MINH

Nguyễn Thị Thu Ba¹, Lê Trung Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mặc dù gây tê tửy sống là phương pháp đơn giản, an toàn, phổ biến dành cho phẫu thuật mổ lấy thai, tuy nhiên cũng có một số khó khăn nhất định khi thực hiện thủ thuật và có thể gặp thất bại và biến chứng. Nghiên cứu với mục đích xác định những yếu tố tạo nên thành công của phương pháp này cho phẫu thuật mổ lấy thai bao gồm khó khăn khi thực hiện thủ thuật gây tê, tỷ lệ thành công và các tác dụng không mong muốn và biến chứng gặp phải.

¹Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc – Phúc Trường Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Ba

Email: nguyenthuba@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.9.2024

Phương pháp: Nghiên cứu tiến hành trên 105 sản phụ có chỉ định mổ lấy thai được vô cảm bằng gây tê tửy sống, bao gồm chủ động và cấp cứu. Các bệnh nhân (BN) đều được gây tê ở tư thế nằm nghiêng trái, lưng cong, bằng kim Quincke G27 với liều Marcaine (Bupivacaine 0,5% tỉ trọng cao) theo chiều cao của sản phụ kết hợp với Fentanyl 0,03mg. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến thành công của thủ thuật gây tê tửy sống dựa trên số (1) lần đi kim, (2) các bất thường gặp phải trong quá trình thực hiện, (3) hiệu quả vô cảm để phẫu thuật, (4) không đổi phương pháp khác, (5) ngoài ra các tác dụng không mong muốn và biến chứng của gây tê tửy sống cũng được ghi nhận.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy 84,5 % bệnh nhân thành công từ lần đi kim đầu tiên và trung bình cần $1,21 \pm 0,567$ lần thực hiện thủ thuật gây tê tửy sống (từ 1 đến 4 lần). Không có sự liên quan giữa khó khăn trong gây tê với tuổi, cân nặng, BMI cũng như tình