

cộng sự (2004) nghiên cứu người bệnh hậu phẫu sau mổ tim cho thấy nguy cơ tử vong tăng gấp đôi đối với những người bệnh không có thay đổi hoặc tăng nhẹ (<0,5 mg/dl) creatinin 48 giờ sau phẫu thuật so với những người bệnh có mức creatinin giảm nhẹ trong suốt thời gian phẫu thuật. Trong một nghiên cứu tương tự, Loef và cộng sự (2005) cho thấy mối liên quan giữa mức tăng creatinin 25% trong tuần hậu phẫu đầu tiên và tỷ lệ tử vong ngắn và dài hạn (> 8 năm). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thu được kết quả tương tự với các tác giả nêu trên. Mức độ creatinin càng cao thì tỷ lệ tử vong càng nhiều, đây có thể là một chỉ số tiên lượng được nguy cơ tử vong đối với người bệnh có tổn thương thận cấp sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tổn thương thận cấp sau phẫu thuật còn chiếm tỷ lệ tương đối cao. Hầu hết người bệnh có tổn thương thận cấp giai đoạn III theo KDIGO, và 76,4% số đó phải lọc máu ngoài cơ thể. Mức độ tổn thương thận cấp càng nhiều thì tỷ lệ tử vong càng cao đòi hỏi cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời cải thiện tiên lượng, tỷ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Skorecki K (2016), "Brenner and Rector's The

- Kidney tenth edition", 1, pp. 958-1011.
2. Khwaja A. (2012). KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury. *Nephron Clin Pract*, 120(4), c179-184.
 3. Bell S. và Prowle J. (2019). Postoperative AKI—Prevention Is Better than Cure?. *JASN*, 30(1), 4–6.
 4. Hahn R.G. (2010). Volume kinetics for infusion fluids. *Anesthesiology*, 113(2), 470–481.
 5. Grams M.E., Sang Y., Coresh J. và cộng sự. (2016). Acute Kidney Injury After Major Surgery: A Retrospective Analysis of Veterans Health Administration Data. *Am J Kidney Dis*, 67(6), 872–880.
 6. Nguyễn Trường Sơn (2016). Khảo sát tình hình tổn thương thận cấp ở bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn chuyên khoa II. Khoa Y – Đại học Quốc Gia TP HCM.
 7. Hà Hoàng Kiệm (2023). Lọc máu điều trị thay thế thận. *Bệnh thận tiết niệu*, Nhà xuất bản Y Học, tr. 115.
 8. Lê Thị Diễm Tuyết (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị suy thận cấp tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội.
 9. Nguyễn Thế Anh, Tô Hoàng Dương (2021). Đánh giá thực trạng tổn thương thận cấp theo thang điểm RIFLE ở bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức tích cực và chống độc. *Tạp chí Y học Việt Nam*; 508(1).
 10. Quách Hoàng Giang (2021). Yếu tố nguy cơ tổn thương thận cấp sau phẫu thuật tại khoa hồi sức cấp cứu. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y dược TP HCM.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ BIẾN CHỨNG SAU ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU CẦN THƠ

Nguyễn Tấn Lực¹, Bùi Tiến Công^{2,3}, Mai Trọng Khoa^{2,3}, Cao Văn Trung², Nguyễn Tiến Mạnh³, Nguyễn Hải Yến³, Phạm Văn Thái^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá một số biến chứng sau điều trị ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại bệnh viện Ung bướu Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 257 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau phẫu thuật và điều trị I-131 tại bệnh viện Ung bướu Cần Thơ từ tháng 7/2016 đến tháng 6/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ mắc bệnh cao gấp 11 lần nam giới, tuổi trung bình là 44,5 ± 11,8. Kết quả mô

bệnh học chiếm cao nhất là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú. Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao nhất là giai đoạn I. Biến chứng sau phẫu thuật cao. Biến chứng sớm thường gặp sau điều trị I-131 là khô miệng (25,3%) và viêm dạ dày (22,2%). Chưa phát hiện biến chứng muộn do điều trị I-131. **Từ khóa:** ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, biến chứng

SUMMARY

EVALUATE THE COMPLICATIONS OF DIFFERENT THYROID CANCER PATIENTS AFTER TREATMENT AT CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate complications after treatment of differentiated thyroid cancer patients at Can Tho Oncology Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective study of 257 differentiated thyroid cancer patients after surgery and treatment with radioactive iodine (RAI) from July 2016 to June 2022 at Can Tho Oncology Hospital. **Results:** The

¹Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

⁴Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tiến Công

Email: drcongibui@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 14.6.2024

female/male ratio was 11/1, the mean age was 44.5 ± 11.8. The pathological results show that papillary thyroid carcinoma is the highest rate. Disease stage after surgery has the highest ratio is stage I. The complications after surgery ratio is high. The common early complications after RAI is dry mouth. The late complications after RAI is not detected. **Keywords:** differentiated thyroid cancer, complications

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, tỉ lệ mắc ung thư tuyến giáp (UTTG) trên toàn thế giới đứng thứ 10 với gần 600.000 ca mắc mới và đứng thứ 9 tại Việt Nam với khoảng 5.500 ca mắc mới. Trong đó ung thư tuyến giáp thể biệt hóa (Differentiated thyroid cancer – DTC) bao gồm ung thư biểu mô tuyến giáp dạng nhú, dạng nang và các biến thể của nó chiếm tỉ lệ >90% trong các loại ung thư tuyến giáp [1].

Các phương pháp điều trị chính của DTC bao gồm: phẫu thuật, điều trị I-131 và liệu pháp hormon. Những biến chứng của bệnh nhân DTC sau điều trị có thể do phẫu thuật hoặc điều trị I-131. Hiện nay ở Việt Nam chỉ có ít nghiên cứu đánh giá về vấn đề này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá một số biến chứng sau điều trị ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại bệnh viện Ung bướu Cần Thơ” với mục tiêu: *Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và một số biến chứng sau điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại bệnh viện Ung bướu Cần Thơ từ tháng 07/2016 đến 08/2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 257 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và điều trị I-131 toàn bộ tại khoa Y học hạt nhân, Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ từ tháng 7/2016 đến tháng 6/2022.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa bằng mô bệnh học sau phẫu thuật.
- Được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ và điều trị I-131.
- Có đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ.

- Có bệnh ung thư khác kèm theo.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu và không tuân thủ quá trình điều trị.

2.4. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

2.5. Xử lý số liệu:

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0
- Sử dụng các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc chung của bệnh nhân.

Bảng 1: Các đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nam	23	8,2
Nữ	234	91,8
Tuổi bệnh nhân		
< 55 tuổi	201	78,2
≥ 55 tuổi	56	21,8
Thể mô bệnh học		
UTBM tuyến giáp thể nhú	207	80,5
UTBM tuyến giáp thể nang	28	10,9
UTBM tuyến giáp thể nhú biến thể nang	13	5,1
UTBM tuyến giáp dạng nhú biến thể tế bào trụ cao	9	3,5
Giai đoạn bệnh		
Giai đoạn I	205	79,8
Giai đoạn II	45	17,5
Giai đoạn III	3	1,2
Giai đoạn IVa	0	0
Giai đoạn IVb	4	1,5

Nhận xét: Bệnh nhân nữ gặp nhiều hơn nam giới, tỉ lệ Nữ:Nam là 11:1. Độ tuổi < 55 chiếm phần lớn (78,2%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 44,5 ± 11,8. UTTG thể nhú thường gặp nhất, chiếm 80,5%. Bệnh nhân giai đoạn I, II chiếm tỉ lệ 97,3%. Chỉ có 1,5% bệnh nhân đã có di căn xa.

3.2. Đặc điểm điều trị

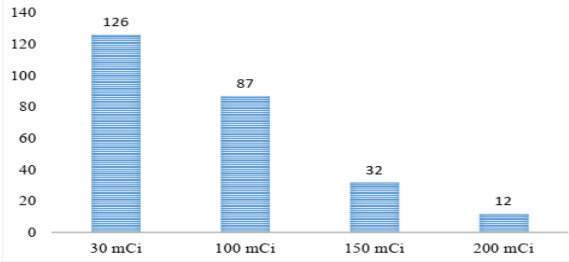
3.2.1. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 2: Đặc điểm các phương pháp phẫu thuật

Đặc điểm	Số bệnh nhân (người)	Tỉ lệ (%)
Cắt toàn bộ tuyến giáp + Không vét hạch	74	28,8
Cắt toàn bộ tuyến giáp + Nạo vét hạch nhóm VI	126	49,0
Cắt toàn bộ tuyến giáp + Nạo vét hạch nhóm VI và hạch cổ 1 bên	47	18,3
Cắt toàn bộ tuyến giáp + Nạo vét hạch nhóm VI và hạch cổ 2 bên	10	3,9
Tổng cộng	257	100

Nhận xét: Toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu được cắt tuyến giáp toàn bộ. Hầu hết các bệnh nhân không phải vét hạch cổ bên trong phẫu thuật.

3.3.2. Điều trị I-131



Biểu đồ 1: Phân liều điều trị I-131

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp, bệnh nhân được điều trị với liều hủy mô giáp từ 30 – 100 mCi, số lượt bệnh nhân đã có di căn hạch, di căn xa phải điều trị với liều 150 – 200 mCi chiếm tỷ lệ ít hơn.

Bảng 3: Số lượt điều trị và liều tích lũy trên bệnh nhân

Số lượt điều trị I-131	1	2	3	4	5	6
Số bệnh nhân (người)	132	65	30	18	10	2
Tỉ lệ (%)	51,4	25,3	11,7	7,0	3,9	0,8
Trung vị	1					
Tổng liều tích lũy (n=257)	Liều (mCi)					
Trung vị	100					
Liều tích lũy ít nhất	30					
Liều tích lũy nhiều nhất	1030					

Nhận xét: Trung vị số lượt điều trị I-131 trên tổng số bệnh nhân là 1 lần, với liều tích lũy trung vị là 100 mCi. Liều thấp nhất là 30 mCi. Liều tích lũy cao nhất là 1030 mCi ở bệnh nhân có tổn thương di căn phổi và vẫn đang được tiếp tục điều trị.

3.3. Biến chứng sau điều trị

3.3.1. Biến chứng sớm. Các biến chứng sớm trong nghiên cứu này là những biến chứng xuất hiện và biến mất trong vòng 1 năm sau phương pháp điều trị.

Bảng 4: Các biến chứng sớm sau điều trị

Biến chứng	Số bệnh nhân (người)	Tỉ lệ (%)
Sau phẫu thuật		
Khàn tiếng	146	56,8
Hạ canxi máu	198	77,0
Sau điều trị I-131		
Khô miệng	66	25,2
Viêm dạ dày	57	22,2
Viêm bàng quang do tia xạ	0	0

Nhận xét: Biến chứng sớm sau phẫu thuật còn cao nhưng thường chỉ có triệu chứng ở mức độ nhẹ. Các biến chứng sớm sau điều trị I-131 thường gặp nhất là khô miệng và viêm dạ dày. Không ghi nhận biến chứng viêm bàng quang

trong nhóm nghiên cứu.

3.3.2. Biến chứng muộn. Các biến chứng muộn trong nghiên cứu này là những biến chứng xuất hiện hoặc còn tồn tại sau 1 năm điều trị.

Bảng 5: Các biến chứng muộn sau điều trị

Biến chứng	Số bệnh nhân (người)	Tỉ lệ (%)
Sau phẫu thuật		
Khàn tiếng	13	5,0%
Hạ canxi máu	140	54,5%
Sau điều trị I-131		
Khô miệng	0	0
Suy tủy	0	0
Xơ phổi	0	0

Nhận xét: Các biến chứng muộn gặp trong nghiên cứu này đều là biến chứng do phẫu thuật. Trong đó bệnh nhân bị hạ canxi máu chiếm tỉ lệ cao. Không ghi nhận biến chứng muộn như khô miệng, suy tủy và hạ canxi máu do điều trị I-131 trong nghiên cứu này.

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 257 trường hợp DTC được nghiên cứu có 236 nữ (91,8%) và 21 nam (8,2%). Tỉ lệ nữ/nam là 11/1. Số bệnh nhân nữ cao hơn số bệnh nhân nam 11 lần. Kết quả này của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của một số công trình khác đã công bố khi mà tỉ lệ nữ chỉ nhiều hơn 5 lần so với nam [2-3]. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 44,5 ± 11,8. Người nhỏ tuổi nhất là 12 và người lớn tuổi nhất là 66. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ryan và cộng sự, nghiên cứu này ghi nhận độ tuổi mắc ung thư tuyến giáp tập trung chủ yếu trong khoảng 25-55 với độ tuổi trung bình là 45,6 tuổi [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 80,5% dạng mô bệnh học là carcinoma tuyến giáp dạng nhú, thấp nhất là carcinoma tuyến giáp dạng nhú biến thể tế bào trụ cao (3,5%) kết quả này tương tự kết quả của nhiều tác giả đã công bố [1-2].

Tất cả bệnh trong nghiên cứu đều được cắt tuyến giáp toàn bộ. Số lượt điều trị I-131 trong nghiên cứu chiếm nhiều nhất là 1 lần (51,4%) và cao nhất là 6 lần (0,8%) với liều tích lũy từ 30 mCi đến 1030 mCi, trung bình 146 mCi. Trong nghiên cứu của chúng tôi biến chứng sớm sau phẫu thuật là hay xuất hiện: hạ canxi máu (77%) và khàn giọng (56,8%). Các biến chứng sau điều trị I-131 ít gặp hơn: khô miệng (25,2%) và viêm dạ dày (22,2%). Các biến chứng đều ở mức độ nhẹ (độ 1 và độ 2). Không ghi nhận biến chứng viêm bàng quang do tia xạ trong nhóm nghiên cứu. Nghiên cứu trên 258 bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp, Trần Văn Thiệp và cộng sự

(2009) ghi nhận tỉ lệ hạ canxi máu thoáng qua là 41,5%, suy tuyến cận giáp vĩnh viễn là 1,2%; giảm canxi có triệu chứng lâm sàng là 30,8% và 41,1% các trường hợp giảm canxi cần điều trị [5]. Tác giả Đỗ Quang Trường (2011) cũng ghi nhận tỉ lệ suy cận giáp tạm thời là 3,6% và liệt thần kinh tạm thời là 5,1% [6]. Các biến chứng sớm ở nghiên cứu chúng tôi có cao hơn các nghiên cứu khác có thể do độ rộng phẫu thuật của chúng tôi lớn hơn nhằm mục tiêu phẫu thuật triệt để hơn. Gopal B. Saha (2010) nhận thấy có 30% các trường hợp viêm tuyến mang tai và 10% bị sưng đau vùng cổ xảy ra trong vòng 24 giờ sau uống liều (100-150mCi), tình trạng này giảm dần trong vòng 7 ngày điều này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [7]. Chúng tôi chỉ gặp biến chứng muộn do phẫu thuật là khan giọng và hạ canxi trong nhóm nghiên cứu với 140 trường hợp hạ canxi (54,5%) và 13 trường hợp còn khan giọng (5,1%). Các biến chứng thường gặp chủ yếu ở độ 1 và độ 2. Trong khi đó các biến chứng như khô tuyến nước bọt, suy tủy, xơ phổi không ghi nhận thấy. Kết quả này phù hợp với nhiều tác giả khác trong và ngoài nước khi nhận thấy các biến chứng như khô miệng, xơ hóa phổi, suy tủy, ung thư thứ phát hiếm khi xảy ra khi liều sử dụng I-131 < 1000 mCi [7-10].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy, biến chứng sau phẫu thuật UTTG còn cao và cần có sự xem xét thích hợp. Tuy nhiên biến chứng sau điều trị I-131 là thấp đặc biệt không gặp biến chứng muộn do điều trị I-131 trong nghiên

cứu này, điều này có thể do liều tích lũy của bệnh nhân trong nghiên cứu còn thấp, chưa dẫn đến độc tính cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Đức, Trần Giang Châu** (2012). Nghiên cứu tỉ lệ phân loại mô bệnh học của ung thư tuyến giáp nguyên phát. Tạp chí Y học thực hành, 806, 36-37.
2. **Mai Trọng Khoa** (2012). Đánh giá hiệu quả hủy mô tuyến giáp bằng I-131 trên bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau phẫu thuật. Y học thực hành, 830, 69-73.
3. **Bùi Thanh Hùng** (2018). Thời gian sống thêm ở bệnh nhân điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, 471, 104 - 108.
4. **Ryan K. Orosco TH, Kevin T. Brumund et al.** Analysis of Age and Disease Status as Predictors of Thyroid Cancer-Specific Mortality Using the Surveillance, Epidemiology, and End Results Database. 2015.
5. **Trần Văn Thiệp và cộng sự** (2009). Suy tuyến phó giáp sau phẫu thuật cắt giáp. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 13.
6. **Đỗ Quang Trường và cộng sự** (2011). Đánh giá hiệu quả hủy mô giáp còn lại sau phẫu thuật của I-131 ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Y học thực hành, 12, 83-85.
7. **Fundamentals of Nuclear Pharmacy.** Version 6th 2010. Springer New York : Imprint: Springer; 2010
8. **R. L. Siegel, K. D. Miller and A. Jemal** (2017). Cancer Statistics, 2017. CA Cancer J Clin, 67 (1), 7-30.
9. **R. J. Molenaar, S. Sidana, T. Radivoyevitch et al** (2018). Risk of Hematologic Malignancies After Radioiodine Treatment of Well-Differentiated Thyroid Cancer. J Clin Oncol, 36 (18), 1831-1839.
10. **D. Canale, C. Ceccarelli, C. Caglieresi et al** (2015). Effects of radioiodine treatment for differentiated thyroid cancer on testis function. Clin Endocrinol (Oxf), 82 (2), 295-299.

YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NUỐT Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO BẰNG CÁC BÀI TẬP NUỐT KẾT HỢP CHẤT LÀM ĐẶC THỨC ĂN

Nguyễn Thị Vân^{1,2}, Phạm Văn Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não bằng các bài tập nuốt kết hợp chất làm đặc thức

ăn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu can thiệp so sánh trước sau được tiến hành trên 33 bệnh nhân đột quỵ não có rối loạn nuốt tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội. **Kết quả:** Bệnh nhân khi vào viện có mức độ rối loạn nuốt từ nhẹ đến trung bình, chiếm tỷ lệ 87,9%, chỉ có một lượng nhỏ bệnh nhân có mức độ rối loạn nuốt nặng với tỷ lệ 12,2%. Đánh giá sau 15 ngày can thiệp chưa cho thấy sự khác biệt giữa tuổi và kết quả điều trị ($p > 0,05$). Không có sự khác biệt giữa giới tính với kết quả điều trị các nhóm không có rối loạn nuốt, rối loạn nuốt mức độ nhẹ, trung bình và nặng. Có sự khác biệt về tỷ lệ tổn thương bán cầu não phải và bán cầu não trái với kết quả phục hồi rối loạn nuốt ($p < 0,05$). Khác

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phục hồi Chức năng Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Minh

Email: pvminhrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 13.6.2024