

**V. KẾT LUẬN**

Tổn thương gan liên quan nhiễm khuẩn huyết (SALI) ở bệnh nhi điều trị tại khoa Điều trị Tích cực Nội khoa gặp với tỉ lệ cao (32%). Tại thời điểm 24 giờ đầu nhập khoa, chỉ số APRI có khả năng tốt để chẩn đoán SALI (AUC = 91,9%;  $p < 0,001$ ), tại điểm cut-off 0,73, chỉ số APRI có độ nhạy 84,1% và độ đặc hiệu 84,2%. APRI cũng có khả năng tốt tiên lượng tử vong với AUC = 70,1%; tại điểm cut-off chỉ số có độ nhạy 63,2% và độ đặc hiệu là 71,4%.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Brun-Buisson C, Meshaka P, Pinton P, Vallet B. EPISEPSIS: A reappraisal of the epidemiology and outcome of severe sepsis in French intensive care units. *Intensive care medicine*. 2004;30:580-588.
2. Goldstein B, Giroir B, Randolph A. International pediatric sepsis consensus conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics\*: *Pediatric Critical Care Medicine*. 2005;6(1):2-8.
3. Dou J, Zhou Y, Cui Y, Chen M, Wang C, Zhang Y. AST-to-Platelet Ratio Index as Potential Early-Warning Biomarker for Sepsis-Associated

- Liver Injury in Children: A Database Study. *Front Pediatr*. 2019;7:331.
4. Adeli K, Higgins V, Trajcevski K, White-AI Habeeb N. The Canadian laboratory initiative on pediatric reference intervals: A CALIPER white paper. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2017;54(6):358-413.
  5. Saini K, Bolia R, Bhat NK. Incidence, predictors and outcome of sepsis-associated liver injury in children: a prospective observational study. *Eur J Pediatr*. 2022;181(4):1699-1707.
  6. Godlief R, Hakim DDL, Prasetyo D. Relationship between aspartate aminotransferase to platelet ratio index and liver injury in pediatric sepsis. *Paediatrica Indonesiana*. 2021;61(3):149-154.
  7. Kobashi H, Toshimori J, Yamamoto K. Sepsis-associated liver injury: Incidence, classification, and clinical significance. *Hepatol Res*. 2013;43(3):255-266.
  8. Dou J, Shan Y, Cui Y, Wang C, Zhang Y. The aspartate transaminase to platelet ratio index (APRI) as a risk factor and predictor for sepsis-associated liver injury in children. *Chinese Pediatric Emergency Medicine*. Published online 2018:22-26.
  9. Manoppo J, Ipardjo A, Masloman N, Langi F. Association between Aspartate Aminotransferase to Platelet Ratio Index with Sepsis-Associated Liver Injury and Outcome in Children. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2023;11:151-155.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA U LYMPHO NGUYÊN PHÁT THẦN KINH TRUNG ƯƠNG

Đỗ Huyền Nga<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hường<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thanh Tùng<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u lympho nguyên phát thần kinh trung ương; **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 35 bệnh nhân PCNSL điều trị tại khoa Nội Hệ tạo Huyết Bệnh viện K từ 05/2019-05/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 56,66 tuổi; Nam giới chiếm 54,3%; Triệu chứng lâm sàng đặc trưng của u lympho nguyên phát thần kinh trung ương là đau đầu chiếm 77,1%, liệt nửa người chiếm 20%. Kết quả giải phẫu bệnh là u lympho không Hodgkin thể tế bào B lớn lan tỏa 94,3%; tít không tâm mầm chiếm 74,3%; Các dấu ấn miễn dịch thường dương tính khi nhuộm hóa mô miễn dịch: CD20: 100%; Bcl6: 62,9%; MUM1: 62,9%; Bcl2: 11,4%, Ki67 trung bình 78%. Tất cả các bệnh nhân đều có u nằm ở nhu mô não. Tỉ lệ bệnh nhân có nhiều u não chiếm 74,3%. Tỉ lệ gặp u ở thùy trán cao nhất 40%; tỉ lệ gặp u ở thùy chẩm 25,7%; tỉ lệ gặp u ở

thùy thái dương 22,9%; tỉ lệ gặp u ở thùy đỉnh là 20,0%; tỉ lệ gặp u ở tiểu não 11,4%. **Kết luận:** U lympho nguyên phát thần kinh trung ương thường gặp ở tuổi > 50, giới nam, triệu chứng đặc trưng là đau đầu, có thể kèm theo liệt nửa người, thể bệnh thường là u lympho không Hodgkin tế bào B lớn, tít không tâm mầm và thường có tổn thương ở thùy trán, thùy chẩm. **Từ khóa:** PCNSL (u lympho nguyên phát thần kinh trung ương)

**SUMMARY**

### CLINICAL AND PARA-CLINICAL FEATURES OF PRIMARY CENTRAL NERVOUS SYSTEM LYMPHOMA

**Objective:** Describe clinical and para-clinical characteristics of primary CNS lymphoma; **Research subjects and methods:** Prospective Cross-sectional descriptive study conducted on 35 PCNSL patients treated at the Hematopoietic System Department of Hospital K from May 2019 to May 2022. **Results:** The average age of patients was 56.66 years; Men accounted for 54.3%; Typical clinical symptoms of primary CNS lymphoma are headache 77.1%, and hemiplegia 20%. Pathology results were diffuse large B-cell non-Hodgkin lymphoma 94.3%; activated B-cell type accounts for 74.3%; Typical Immune markers were CD20: 100%; Bcl6: 62.9%; MUM1: 62.9%; Bcl2:

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hường

Email: nguyenthuong.onc@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024

11.4%, Ki67 average 78%. All patients had tumors located in the brain parenchyma. The proportion of patients with multiple brain tumors accounts for 74.3%. The highest incidence of tumors in the frontal lobe was 40%; The incidence of tumors in the occipital lobe was 25.7%; The incidence of tumors in the temporal lobe was 22.9%; The incidence of tumors in the parietal lobe was 20.0%; The incidence of tumors in the cerebellum was 11.4%. **Conclusion:** Primary CNS lymphoma is common in people over the age of 50, male gender, typical symptoms are headaches, may be accompanied by hemiplegia, the disease is usually large B-cell non-Hodgkin lymphoma, ABC type and often has lesions in the frontal and occipital lobes. **Keywords:** PCNSL (primary central nervous system lymphoma)

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

U lympho nguyên phát hệ thần kinh trung ương (Primary central nervous system lymphoma-PCNSL) là một biến thể hiếm gặp của u lympho không Hodgkin ngoài hạch, bệnh có thể biểu hiện ở não, màng não mềm, mắt hay tủy sống mà không có bất kỳ dấu hiệu nào của u lympho hệ thống. Theo thống kê PCNSL chiếm khoảng 4% tổng số các ca u nguyên phát tại não với tỉ lệ mắc mới khoảng 4/triệu/năm<sup>1</sup>. Mô bệnh học của PCNSL rất ác tính (thường là tế bào B lớn lan toả độ ác cao hoặc nguyên bào miễn dịch), nếu bệnh không được điều trị kịp thời sẽ diễn biến nhanh chóng dẫn tới tử vong trong khoảng 1,5 tháng kể từ sau khi chẩn đoán <sup>2</sup>. Bệnh lý PCNSL đáp ứng tốt với hoá xạ trị vai trò của phẫu thuật chủ yếu là sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học ban đầu. Các nghiên cứu đã chỉ ra thời gian sống thêm trung vị sẽ tăng lên 42 tháng nếu được hóa trị kết hợp hoặc hóa trị đơn thuần. Mặc dù có nhiều phác đồ hóa trị giúp kéo dài thời gian sống nhưng bệnh vẫn không chữa khỏi vì vậy bệnh có khuynh hướng tái phát và gây tử vong. Nghiên cứu của tác giả Antonio Omuro 2016 nghiên cứu trên 32 bệnh nhân PCNSL điều trị phác đồ RMPV đưa ra bước đột phá trong điều trị PCNSL với phác đồ RMPV tỉ lệ ORR đạt tới 97%; sau đó các bệnh nhân đạt đáp ứng tốt được ghép tế bào gốc và cho kết quả tỉ lệ PFS 2 năm là 79% và OS 2 năm là 81%<sup>3</sup>. Như vậy thời gian sống sẽ được cải thiện đáng kể nếu bệnh được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích xác định các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng của PCNSL nhằm hỗ trợ chẩn đoán và điều trị sớm cho bệnh nhân.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

**Tiêu chuẩn lựa chọn**

+ U lympho hệ thần kinh trung ương (PCNSL: u chỉ có tại thần kinh trung ương loại trừ các trường hợp u lympho hệ thống bằng khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh CT scan hoặc PET);

+ Kết quả giải phẫu bệnh và nhuộm hóa mô miễn dịch chẩn đoán xác định u lympho nguyên phát hệ thần kinh trung ương tế bào B, CD 20 (+) trên nhuộm hoá mô miễn dịch.

**Tiêu chuẩn loại trừ**

- AST, Alkaline Phosphatase hoặc bilirubin > 2 lần giới hạn trên bình thường.

- Anti – HIV (+)

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 35 bệnh nhân PCNSL mới chẩn đoán từ tháng 05/2019 đến tháng 05/2022 tại Khoa Nội Huyết – Bệnh viện K3 cơ sở Tân Triều.

Thông tin cần thu thập: Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu (tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, BMI, PS, thể mô bệnh học, thời gian diễn biến bệnh, kích thước u, vị trí tổn thương,...).

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu:** Các thông tin được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không can thiệp, không gây tác hại cho bệnh nhân, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân, không tăng thêm chi phí cho bệnh nhân. Các phác đồ điều trị được lựa chọn theo hướng dẫn điều trị của Bộ y tế Việt Nam, NCCN.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân**

Đặc điểm (n=35)		Giá trị
Tuổi trung bình (min-max)		56,66 ± 8,64 (35-70)
Giới	Nam	19 (54,3)
	Nữ	16 (45,7)
Chiều cao trung bình (min-max) (m)		1,61 ± 0,08 (1,44 – 1,78)
Cân nặng trung bình (min-max) (kg)		58,60±8,36 (43–78)
BMI		22,55±2,60 (18,59 – 29,52)
Diện tích da trung bình (min-max) m <sup>2</sup>		1,61±0,14 (1,30 – 1,90)
PS	0	7 (20,0)
	1	19 (54,3)
	2	9 (25,7)
HC B		2 (5,7)

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 56,66 ± 8,64 (35-70); Đa số bệnh nhân là nam giới chiếm 54,3%; Đa số các bệnh nhân có PS 1 chiếm 54,3%; Tỉ lệ gặp hội chứng B là 5,7%.

**Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng (n=35)	n (%)
Đau đầu	31 (88,6)
Hội chứng tăng áp lực nội sọ	11 (31,4)
Liệt nửa người	7 (20,0)
Dấu hiệu thần kinh khu trú	6 (17,1)
Động kinh	3 (8,6)
Nói khó	3 (8,6)
Liệt dây thần kinh sọ	2 (5,7)
Chóng mặt	1 (2,9)
Lú lẫn	1 (2,9)

**Nhận xét:** Triệu chứng lâm sàng đặc trưng của u lympho nguyên phát thần kinh trung ương là đau đầu chiếm 88,6%; tỉ lệ bệnh nhân có hội chứng tăng áp lực nội sọ khi vào viện là 31,4%; tỉ lệ bệnh nhân có liệt nửa người là 20,0%, tỉ lệ bệnh nhân có nói khó, động kinh là 8,6%, và 5,7% bệnh nhân có triệu chứng liệt dây thần kinh sọ, 2,9% bệnh nhân có chóng mặt, lú lẫn.

**Bảng 3.3. Đặc điểm thể giải phẫu bệnh**

Thể giải phẫu bệnh (n=35)	n (%)
U lympho tế bào B lớn lan tỏa	33 (94,3)
U lympho tế bào B lớn	2 (5,7)
<b>Dưới típ tâm mầm</b>	
Tâm mầm	4 (11,4)
Không tâm mầm	26 (74,3)
Không xác định	5 (14,3)
<b>Dấu ấn miễn dịch</b>	
CD5	1 (2,9)
CD10	2 (5,7)
CD20	35 (100)
Bcl2	4 (11,4)
Bcl6	22 (62,9)
MUM1	22 (62,9)
Ki67	78,04 ± 11,25 (50 – 95)

**Nhận xét:** Đa số các bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là u lympho không Hodgkin thể tế bào B lớn lan tỏa 33 (94,3%), típ không tâm mầm chiếm 74,3%.

**Bảng 3.4. Đặc điểm u não**

Đặc điểm (n=35)		n (%)
Số lượng u	Đơn ổ	9 (25,7)
	Đa ổ	26 (74,3)
Kích thước u trung bình (min-max)		3,73±1,36 (0,6 – 6,3)
Vị trí u	Nhu mô não	35 (100)
	Màng não	0
	Ngoài não	0
Vị trí phân bố	Thùy trán	14 (40,0)
	Thùy thái dương	8 (22,9)
	Thùy đỉnh	7 (20,0)
	Thùy chẩm	9 (25,7)

	Não thất bên	3 (8,6)
	Não thất ba	0
	Não thất 4	1 (2,9)
	Thân não	1 (2,9)
	Tiểu não	4 (11,4)
	Lồi thể chai	2 (5,7)
	Đồi thị	2 (5,7)
<b>Xâm lấn cấu trúc sâu của não</b>		12 (34,3)

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân có nhiều u 74,3%; Tỉ lệ gặp u ở thùy trán cao nhất 40%; tỉ lệ gặp u ở thùy chẩm 25,7%; tỉ lệ gặp u ở thùy thái dương 22,9%.

**IV. BÀN LUẬN**

**Tuổi và giới.** Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của bệnh nhân là 56,66 ± 8,64 (35-70). Nam giới chiếm 54,3%. PCNSL chiếm khoảng 4% tổng số các ca u nguyên phát tại não với tỉ lệ mắc mới khoảng 4/triệu dân/năm. Độ tuổi mắc bệnh ở những người HIV âm tính thường khoảng 45-65 tuổi trong đó đa số các ca được chẩn đoán trong khoảng 50 tuổi. Một số trường hợp hiếm gặp được chẩn đoán ở trẻ em có độ tuổi trung bình 14. Tỉ lệ nam và nữ mắc bệnh tương đương nhau. Kết quả của chúng tôi cho thấy độ tuổi cao hơn của Nguyễn Trường Sơn<sup>4</sup> và tương đương với tác giả James Rubenstein<sup>5</sup>.

**Triệu chứng khi vào viện.** Chúng tôi thu được kết quả triệu chứng lâm sàng đặc trưng của u lympho nguyên phát thần kinh trung ương là đau đầu chiếm 88,6%; tỉ lệ bệnh nhân có hội chứng tăng áp lực nội sọ khi vào viện là 31,4%; tỉ lệ bệnh nhân có liệt nửa người là 20,0%, tỉ lệ bệnh nhân có nói khó, động kinh là 8,6%, và 5,7% bệnh nhân có triệu chứng liệt dây thần kinh sọ, 2,9% bệnh nhân có chóng mặt, lú lẫn; tỉ lệ gặp hội chứng B là 5,7%. Khi vào viện bệnh nhân đa phần có PS=1 chiếm 54,3%; có 25,7% bệnh nhân có PS=2 và có 20% bệnh nhân có PS=0, không có bệnh nhân nào PS >2. Kết quả của chúng tôi tương đương với tác giả Nguyễn Trường Sơn<sup>4</sup>, James Rubenstein<sup>5</sup>.

Hầu hết các ca bệnh PCNSL xuất hiện với triệu chứng đầu tiên liên quan tới não. Triệu chứng ban đầu đưa bệnh nhân tới viện thường là đau đầu, nhìn mờ, rối loạn vận động, liệt nửa người. Triệu chứng đau đầu, đặc biệt trong giai đoạn muộn của bệnh thường có thể là dấu hiệu của hội chứng tăng áp lực nội sọ. Sau đó bệnh nhân có thể gặp các triệu chứng khác như trầm cảm, rối loạn tâm thần, lú lẫn, suy giảm trí nhớ, suy nghĩ chậm hoặc ảo thị.

**Đặc điểm thể giải phẫu bệnh.** Trong

nghiên cứu của chúng tôi đặc điểm thể giải phẫu bệnh của các bệnh nhân như sau: Đa số các bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là u lympho không Hodgkin thể tế bào B lớn lan tỏa 33 (94,3) và có 2 (5,7) bệnh nhân có thể tế bào là tế bào B. Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được xác định là tế bào B lớn lan tỏa tít không tâm mầm chiếm 74,3%; 4 bệnh nhân 11,4% được xác định là tế bào B lớn lan tỏa tít tâm mầm. 5 bệnh nhân 14,3% bệnh nhân không xác định được rõ dưới tít. Dấu ấn CD 20 dương tính ở cả 35 bệnh nhân; dấu ấn MUM 1 dương tính trong 62,9% trường hợp; dấu ấn Bcl6 dương tính trong 62,9% trường hợp; dấu ấn Bcl2 dương tính trong 11,4% trường hợp; dấu ấn CD10 dương tính trong 5,7% trường hợp.

Nghiên cứu của tác giả Barbara Novakovic 2012 trên 59 bệnh nhân PCNSL có tỉ lệ mô bệnh học là tế bào B lớn lan tỏa chiếm 66,1%; tế bào B không xác định rõ loại chiếm 25,4%; tỉ lệ u lympho tế bào miễn dịch, burkitt, u lympho vùng rìa đều là 1,7%; tỉ lệ u lympho tế bào T là 3,4%<sup>6</sup>.

**Đặc điểm u não trong PCNSL trên cộng hưởng từ.** Về đặc điểm vị trí, số lượng, kích thước u trong nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả: Đa số bệnh nhân có nhiều u 74,3%. Kích thước u của các bệnh nhân là  $3,73 \pm 1,36$  (0,6 – 6,3) cm. Tất cả các bệnh nhân đều biểu hiện u ở nhu mô não. Tỉ lệ gặp u ở thùy trán cao nhất 40%; tỉ lệ gặp u ở thùy chẩm 25,7%; tỉ lệ gặp u ở thùy thái dương 22,9%; tỉ lệ gặp u ở thùy đỉnh là 20,0%; tỉ lệ gặp u ở tiểu não 11,4%; Tỉ lệ gặp u ở não thất bên là 8,6%; tỉ lệ gặp u ở lõi thể chai hoặc đồi thị 5,7%; tỉ lệ gặp u ở não thất 4 hoặc thân não là 2,9%; không có bệnh nhân nào u ở não thất ba. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các tác giả Kuker, Lolli<sup>7</sup>.

Lymphoma não thường có một số đặc điểm đặc trưng trên cộng hưởng từ do tính giàu tế bào, tỷ lệ nhân/bào tương cao, phá vỡ hàng rào máu não và có xu hướng ở vị trí quanh não thất hay vùng não bề mặt, thường tiếp xúc với não thất hoặc màng não. Cộng hưởng từ với nhiều loại chuỗi xung thường quy thường được sử dụng trong thăm khám u não là các chuỗi xung: T1W, T2W/FLAIR, các chuỗi xung đánh giá chảy máu, vôi hoá như T2\*/ SWI và T1 3D sau tiêm thuốc đối quang từ. Về vị trí của lymphoma não rất đa dạng. Quanh não thất (40%), dưới vỏ và nhân xám sâu (27%), hỗn hợp (20%) là các vị trí phổ biến nhất với tổn thương thường dưới 2cm ở bệnh nhân AIDS và trên 2cm ở bệnh nhân

không AIDS. Đặc biệt, khi thấy một tổn thương ngấm thuốc ở vị trí quanh não thất hoặc nhân xám trung ương là dấu hiệu chỉ điểm gợi ý rất cao chẩn đoán lymphoma não. Về số lượng, lymphoma não có thể có tổn thương đơn ổ hoặc đa ổ, tuy nhiên tổn thương đơn ổ thường có xu hướng cao hơn. Lymphoma não thường đồng hoặc giảm tín hiệu trên T1W, đồng hoặc tăng tín hiệu trên T2W nhưng thường giảm tín hiệu so với chất xám.

## V. KẾT LUẬN

U lympho nguyên phát thần kinh trung ương là một biến thể hiếm gặp của u lympho không Hodgkin ngoài hạch với nhiều đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng. Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình mắc bệnh 56,66 tuổi, nam giới chiếm 54,3%; triệu chứng lâm sàng đặc trưng là đau đầu 88,6%; hội chứng tăng áp lực nội sọ 31,4%; liệt nửa người 20%, thể giải phẫu bệnh chủ yếu là u lympho tế bào B lớn lan tỏa, tít không tâm mầm, tổn thương nhu mô não đa ổ, vị trí thường gặp ở thùy trán, thùy thái dương, thùy chẩm, thùy đỉnh. Các kết quả này sẽ hỗ trợ các bác sĩ trong chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời nhằm tăng thời gian sống thêm cho các bệnh nhân PCNSL.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **El-Galaly TC et al.** Treatment strategies, outcomes and prognostic factors in 291 patients with secondary CNS involvement by diffuse large B-cell lymphoma. *European Journal of Cancer*. 2018;57-68.
2. **Louis BN et al.** Primary CNS lymphoma. NCCN guidelines, version 3.2020. 2020:12-150.
3. **Antonio Omuro.** R-MPV followed by high-dose chemotherapy with TBC and autologous stem-cell transplant for newly diagnosed primary CNS lymphoma. *Blood*. 2015:1403-1410.
4. **Nguyễn Trường Sơn.** Bước đầu đánh giá hiệu quả phác đồ Methotrexate liều cao trong điều trị Lymphoma não nguyên phát tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2008-2010. *Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2011;15(2):14-19.
5. **James L. Rubenstein.** Intensive Chemotherapy and Immunotherapy in Patients With Newly Diagnosed Primary CNS Lymphoma: CALGB 50202 (Alliance 50202). *Journal of clinical oncology*. 2013:3061-3073.
6. **Barbara Jezersek Novakovic.** Treatment outcomes and survival in patients with primary central nervous system lymphomas treated between 1995 and 2010 – a single centre report. *Radiol Oncol*. 2012;46(4):346-353.
7. **Kuker W NT, Korfel A, et al.,** Primary central nervous system lymphomas (PCNSL): MRI features at presentation in 100 patients. *J Neurooncol*. 2005:169-177.

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM, TẾ BÀO HỌC TRONG CHẨN ĐOÁN BƯỚU GIÁP NHÂN TIRADS 3,4,5 TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2023

Nguyễn Hồng Phúc<sup>1,2</sup>, Lê Thị Yên<sup>1</sup>, Hoàng Đức Hạ<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả hình ảnh của siêu âm của bướu nhân tuyến giáp TIRADS 3,4,5 và so sánh các đặc điểm dự báo ác tính trên siêu âm TIRADS với kết quả tế bào học dưới hướng dẫn của siêu âm. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả chùm bệnh trên các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, từ tháng 08/2023 đến tháng 10/2023 tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. **Kết quả và Kết luận:** 184 bệnh nhân, tuổi trung bình là 54,53. Tỷ lệ nữ/nam là 9/1. Các tổn thương dạng thành phần đặc chiếm đa số (52,7%) và tỷ lệ tổn thương ác tính trong nhóm này cũng cao nhất ~13,4% so với các thành phần còn lại. Các đặc điểm siêu âm là giảm âm mạnh, bờ không đều hoặc đa thùy, vi vôi hóa và chiều cao  $\geq$  chiều rộng có độ nhạy trung bình (22,8% - 55,3%) nhưng đều có độ đặc hiệu cao (94,1% - 96,1%). Các đặc điểm siêu âm nghi ngờ ác tính bao gồm: giảm âm mạnh, bờ không đều hoặc đa thùy, vi vôi hóa và chiều cao  $\geq$  chiều rộng. **Từ khóa:** Siêu âm tuyến giáp, ung thư tuyến giáp, FNA.

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF ULTRASOUND IMAGING AND CYTOLOGY IN DIAGNOSTIC OF THYROID NODULES TIRADS 3,4,5 AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL, 2023

**Objectives:** The aims of this study were to describe characteristics of ultrasound of thyroid nodules TIRADS 3.4.5 and comparison ultrasonographic features suggests malignancy with thyroid cytology. **Subjects and methods:** a descriptive study of the disease cluster in all patients who met the selection criteria during the study period from August 2023 to October 2023 at Viet Tiep Friendship Hospital, Hai Phong. **Results and Conclusions:** 184 patients, the average age was 54.53. Female/male = 9/1. Most patients with solid nodules (52.7%) and the rate of malignant lesions in this group also had the highest (13.4%). The lesions with marked hypoechogenicity, an irregular or microlobulated margin, microcalcifications, taller than wide shape had an average sensitivity (22.8% - 55.3%) and a high specificity (94.1% - 96.1%). The ultrasonographic features suggested several important

malignancy signs such as marked hypoechogenicity, microcalcifications, irregular or microlobulated margin and taller than wide shape. **Keywords:** thyroid ultrasound, thyroid cancer, FNA

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu tuyến giáp là tình trạng khi có sự xuất hiện của một hoặc nhiều nhân trong nhu mô tuyến giáp, bao gồm các tổn thương lành tính và ác tính. Đa số các bướu nhân tuyến giáp không có triệu chứng và nhiều trường hợp được phát hiện tình cờ bởi chính bệnh nhân, người thân trong gia đình hoặc thầy thuốc khi đi khám các bệnh khác hay kiểm tra sức khỏe<sup>3</sup>. Việc đánh giá bướu nhân tuyến giáp trên siêu âm theo bảng phân loại ACR – TIRADS 2019 giúp phân loại các bướu nhân lành tính và bướu nhân dự báo ác tính. Chọc hút kim nhỏ là một kỹ thuật đơn giản, an toàn nhưng rất giá trị vì nó có thể cung cấp các thông tin trực tiếp và đặc hiệu về nhân tuyến giáp. Theo hướng dẫn của Hội các thầy thuốc nội tiết lâm sàng Mỹ (AACE) thì đây là phương pháp “được tin tưởng là hiệu quả nhất hiện nay trong phân biệt các nhân giáp lành tính và ác tính” với độ chính xác lên tới 95% nếu người chọc có kinh nghiệm và người đọc có trình độ. Chọc hút kim nhỏ làm giảm bớt 35-75% số trường hợp gửi đi phẫu thuật. Theo các nghiên cứu, kỹ thuật này có tỷ lệ âm tính giả là 1-11%, tỷ lệ dương tính giả là 1-8%, độ nhạy 68-98%, độ đặc hiệu là 72-100%<sup>2</sup>. Ở nước ta có nhiều công trình nghiên cứu về bệnh lý tuyến giáp hoặc bằng siêu âm hoặc bằng chọc hút kim nhỏ, nhưng các nghiên cứu về việc kết hợp siêu âm và chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp còn hạn chế. Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp là bệnh viện tuyến 1 của Thành phố Hải Phòng, đã thực hiện kỹ thuật chọc hút kim nhỏ nhân giáp dưới hướng dẫn của siêu âm nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp này tại bệnh viện. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả đặc điểm siêu âm và phân loại theo ACR-TIRADS 2019 của bướu nhân tuyến giáp và so sánh các đặc điểm dự báo ác tính trên siêu âm TIRADS với kết quả tế bào học dưới hướng dẫn của siêu âm.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Phúc

Email: nhphuc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024