

chất đa yếu tố và đa chiều, vì thế cần chú trọng phát hiện sớm, chẩn đoán và can thiệp kịp thời dựa vào nguyên nhân và can thiệp đa chiều bao gồm cả chiều trước sau lẫn chiều ngang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông Khắc Thẩm.** Chỉnh hình răng mặt. Nhà xuất bản Y học TP. Hồ Chí Minh; 2004.
2. **Arya B, Savara B, Thomas D.** Prediction of first molar occlusion. American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics. 1973; 63(6):610-621.
3. **Baccetti T, Franchi L, McNamara JAJ, Tollaro I.** Early dentofacial features of Class II malocclusion: a longitudinal study from the deciduous through the mixed dentition. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1997;111(5):502-9.
4. **Barros SE, Chiqueto K, Janson G, Ferreira E.** Factors influencing molar relationship behavior in the mixed dentition. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2015;148(5):782-92.
5. **McNamara JAJ.** Components of class II malocclusion in children 8-10 years of age. Angle Orthod. Jul 1981;51(3):177-202. doi:10.1043/0003-3219(1981)051<0177:Cocimi>2.0.Co;2
6. **Nanda RS, Khan I, Anand R.** Age changes in the occlusal pattern of deciduous dentition. J Dent Res. 1973;52(2):221-4.
7. **Proffit WR.** Contemporary Orthodontics. 6th ed. Mosby; 2018.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA THỜI GIAN NHÂN ĐÔI CỦA THYROGLOBULIN VỚI TÁI PHÁT, DI CĂN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA SAU ĐIỀU TRỊ

Đặng Duy Cường¹, Chu Văn Tuynh¹, Phạm Văn Thái²,
Bùi Tiến Công², Mai Hồng Sơn³, Lê Ngọc Hà³

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu nhằm đánh giá mối liên quan giữa thời gian nhân đôi của thyroglobulin huyết thanh với tái phát, di căn ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau điều trị. **Phương pháp:** 151 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ và điều trị I-131 tại khoa Y học hạt nhân, Bệnh viện TỰ QĐ 108 có tái phát, di căn từ 2018 đến 2/2024. Bệnh nhân được coi là có tái phát, di căn khi có tổn thương sau thời gian không bệnh ít nhất 6 tháng hoặc xuất hiện tổn thương mới. Tg được đo ít nhất hai lần khi ức chế TSH bằng liệu pháp thay thế hormone tuyến giáp (TSH \leq 0,5 uIU/ml) để tính thời gian nhân đôi của TgDT trước khi xác định tổn thương tái phát/di căn. Chúng tôi tiến hành phân tích mối quan hệ giữa đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, tình trạng di căn và TgDT. **Kết quả:** Thời gian trung bình của TgDT là 29,3 tháng. Nhóm tuổi từ 55 trở lên có TgDT thấp hơn nhóm dưới 55. Mối liên quan giữa mô bệnh học và TgDT, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy TgDT ở nhóm ung thư thể nang thấp hơn nhóm ung thư thể nhú ($p=0,048$). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TgDT và di căn xa ($p<0,001$). Tiến hành phân tích dưới nhóm cũng cho thấy nhóm di căn xương có thời gian TgDT thấp hơn nhóm di căn phổi và di căn trung thất ($p<0,05$). **Kết luận:** TgDT có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tái phát, di căn ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau điều trị.

Từ khóa: thời gian nhân đôi thyroglobulin, ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, tái phát di căn.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN THYROGLOBULIN DOUBLING TIME AND RECURRENCE/METASTASES IN PATIENTS WITH DIFFERENTIATED THYROID CANCER POST THERAPY

Objectives: The aim of this study was to evaluate the relationship between thyroglobulin double time and recurrence/metastatic lesions in patients with differentiated thyroid cancer after treatment. **Methods:** 151 patients underwent thyroidectomy and I-131 treatment in department of nuclear medicine, Hospital 108 from 2018 to 2/2024. After treatment, recurrence and metastases were detected in lesions that appear when disease-free for at least 6 months or in new lesions. At least two consecutive Tg measurements under the thyroid hormone replacement therapy (TSH \leq 0,5 uIU/ml) to calculate TgDT before progression. We analyzed the relationship between clinical characteristics, histopathologic type, metastases and TgDT. **Results:** The median of TgDT is 29.3 months. The age group 55 and older has a lower TgDT than the group under 55. In looking for a relationship between histopathology and TgDT, the study seems to show that TgDT in the follicular cancer group is lower than the papillary group ($p=0,048$). There is a statistically significant relationship between TgDT and distant metastasis ($p<0,001$). Subgroup analysis also showed that the bone metastasis group had a lower TgDT time than the lung metastasis and mediastinal metastasis groups ($p<0,05$). **Conclusion:** TgDT has a statistically significant association with recurrence and metastasis in patients with differentiated thyroid cancer after treatment. **Keywords:** thyroglobulin,

¹Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện trung ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm nội dung: Đặng Duy Cường

Email: cuongdd@bvubhn.vn

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

thyroglobulin doubling time, differentiated thyroid carcinoma, recurrence /metastatic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTT) là ung thư tuyến nội tiết hay gặp nhất chiếm tỉ lệ 0,5 - 1% trong tổng số người bệnh ung thư được điều trị [1]. Ung thư tuyến giáp biệt hoá chiếm khoảng 95% tất cả các loại ung thư biểu mô tuyến giáp, trong đó khoảng 85-90% là thể nhú, 10% là thể nang và 3% là ung thư biểu mô tế bào Hurthle hoặc kém biệt hoá [2]. Một số xét nghiệm thường quy để theo dõi tái phát hoặc di căn được sử dụng phổ biến trong ung thư tuyến giáp thể biệt hoá là siêu âm vùng cổ, xạ hình toàn thân chẩn đoán (WBS) 1 đến 2 năm sau lần điều trị ban đầu và nồng độ Thyroglobulin huyết thanh. Sau khi phẫu thuật và điều trị I-131, nồng độ thyroglobulin trong huyết thanh được sử dụng như một dấu ấn khối u để theo dõi và phát hiện UTT tái phát, di căn, liên quan đánh giá đáp ứng điều trị và tiên lượng. Sự tổng hợp và bài tiết Tg bị ảnh hưởng đáng kể bởi mức độ kích thích TSH. Một phân tích tổng hợp cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của Tg để phát hiện ung thư tuyến giáp tái phát lần lượt là 96% và 95% sau khi nghỉ hormone tuyến giáp; và lần lượt là 78% và 98% trong khi dùng liều ức chế hormone tuyến giáp. Như vậy Tg kích thích TSH có giá trị nhạy hơn so với Tg ức chế. Tuy nhiên, xét nghiệm Tg lúc đang ngừng hormon để kích thích TSH sẽ gây ra các triệu chứng của suy giáp như mệt mỏi, chán ăn, trầm cảm, tăng gánh nặng thêm cho bệnh nhân và có thể tăng nguy cơ tiến triển bệnh. Hơn nữa, nồng độ Tg đơn lẻ tại một thời điểm không thể đánh giá tổng thể đáp ứng điều trị cũng như xu hướng tiến triển của Tg. Do vậy, đánh giá các thay đổi động học của nồng độ Tg huyết thanh theo thời gian là cần thiết để dự đoán tỉ lệ tái phát, di căn và sống thêm toàn bộ. Một số nghiên cứu cho thấy thời gian nhân đôi của chỉ điểm khối u là một dấu hiệu tiên lượng có ý nghĩa trong quá trình theo dõi bệnh nhân ở nhiều loại ung thư khác nhau, ví dụ như thời gian nhân đôi của CEA và calcitonin trong ung thư tuyến giáp thể tuỷ hay thời gian nhân đôi kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt ở bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến. Năm 2011, các nhà nghiên cứu ở bệnh viện Kuma, Nhật Bản đưa ra khái niệm thời gian nhân đôi của Tg (thyroglobulin doubling time: Tg-DT) như là một yếu tố tiên lượng động trong ung thư tuyến giáp thể biệt hoá [3]. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra Tg-DT là yếu tố tiên lượng độc lập về tỉ lệ sống sót cũng như tái phát tại chỗ và

di căn xa đặc biệt ở những bệnh nhân có giá trị Tg cao. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu để cập đầy đủ về vấn đề này. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá mối liên quan giữa thời gian nhân đôi của Thyroglobulin huyết thanh với tái phát, di căn ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hoá sau điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân UTT thể biệt hoá đã được phẫu thuật và điều trị I-131 đến khám và nghi ngờ tái phát, di căn tại khoa Y hạt nhân, Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 2018 đến 2/2024.

✓ Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTT thể biệt hoá dựa trên kết quả giải phẫu bệnh đã được phẫu thuật và điều trị I-131

- Bệnh nhân xuất hiện tổn thương mới ít nhất sau 6 tháng điều trị.

- Bệnh nhân có ít nhất hai giá trị Tg liên tiếp khi ức chế TSH trước khi phát hiện tái phát, di căn để tính TgDT

- Nồng độ anti Tg < 115 UI/ml.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

✓ **Tiêu chuẩn loại trừ:** - Bệnh nhân có ung thư thứ hai ngoài ung thư tuyến giáp.

- Xét nghiệm định lượng Tg không cùng trên một máy hoặc cùng một hệ thống máy ở hai trung tâm khác nhau.

- Bệnh nhân không tuân thủ thời gian theo dõi Tg ức chế TSH.

- Dữ liệu theo dõi không đầy đủ.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, có theo dõi dọc, hồi cứu

- Các thông số chính sử dụng trong nghiên cứu

+ Tg-DT được tính toán theo phương pháp độ dốc. Sau khi xác nhận các thay đổi theo cấp số nhân của các giá trị Tg đo được sẽ tính toán giá trị log tự nhiên của mỗi phép đo Tg và vẽ biểu đồ của những giá trị này theo thời gian và đo độ dốc của hồi quy tuyến tính thông qua các điểm dữ liệu. Sự phát triển của khối u được phản ánh trong biến b (độ dốc của đường hồi quy trong biểu đồ bán nguyệt).

Với sự biến đổi của Tg, một đường hồi quy tuyến tính được vẽ theo công thức:

$$\log y = \log a + bx$$

$$Tg-DT = \log_2/b$$

Trong đó x: số năm sau phẫu thuật

y: giá trị Tg.

+ Công thức tính toán Tg-DT được thực hiện

theo quy trình của bệnh viện Kuma, Nhật Bản .

❖ Tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương tái phát/di căn trên siêu âm cổ [4]:

+ Tại giường tuyến giáp: tổn thương giảm âm, bờ viền không rõ, tăng sinh mạch và kích thước > 6 mm.

+ Hạch cổ: kích thước trục ngắn ≥ 8 mm (nhóm VI) hoặc ≥ 10 mm (các nhóm còn lại), hình dạng tròn, mất rốn hạch, vi vôi hóa, tăng âm và biến đổi nang, tăng sinh mạch ngoại vi. Tổn thương nghi ngờ khi có một trong các đặc điểm nói trên. Đánh giá số lượng, vị trí tổn thương theo nhóm hạch cổ.

❖ Tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương tái phát/di căn trên CLVT [5]:

+ Tổn thương tại giường tuyến giáp: nghi ngờ khi có kích thước trên 1 cm, bờ viền không rõ, có vôi hóa.

+ Hạch cổ và trung thất: nghi ngờ khi có đường kính lớn nhất trên 1 cm, hình dạng tròn, bờ viền không rõ, phá vỡ vỏ, hoại tử trung tâm, nằm thành chuỗi theo nhóm hạch.

+ Tổn thương ở các vị trí khác: tổn thương nốt mờ dạng mô mềm, hình tròn, ranh giới rõ, nhiều kích thước khác nhau thường ở ngoại vi của phổi. Tổn thương đặc xương, hủy xương hoặc hỗn hợp khu trú ở cột sống, xương sườn, xương ức, xương cánh tay, xương chậu, xương đùi, xương sọ... Các tổn thương có tính chất như trên được coi là tổn thương di căn.

❖ Tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương tái phát/di căn trên CLVT và ¹⁸F-FDG PET/CT [6]:

+ Dương tính: khi xuất hiện tăng bắt giữ ¹⁸F-FDG khu trú bất thường trên PET và/hoặc các tổn thương trên CLVT có các đặc điểm: ngấm thuốc cản quang mạnh, mất rốn hạch, hạch có hoại tử, tổn thương nốt mờ ở phổi.

+ Âm tính: không có các tổn thương tăng bắt giữ ¹⁸F-FDG trên PET và không có tổn thương nghi ngờ trên CLVT. Các vị trí tăng bắt giữ ¹⁸F-FDG tương ứng với các cấu trúc bình thường như tuyến nước bọt, cơ, tổ chức mỡ nâu đều coi là sinh lý (kết quả ¹⁸F - FDG PET/CT âm tính).

❖ Tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương trên XHTT với I-131 [7]:

+ Âm tính khi không có sự bắt giữ I-131 bất thường khu trú ngoài sự bắt giữ sinh lý tại tuyến nước bọt, vùng họng miệng, đường tiêu hóa (dạ dày, ruột), bàng quang.

+ Dương tính khi có sự bắt giữ ¹³¹I bất thường khu trú tại giường tuyến giáp, hạch cổ, phổi... ngoài sự bắt giữ sinh lý.

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định lượng

được biểu diễn dưới dạng số trung bình ± độ lệch chuẩn (phân bố chuẩn) hoặc số trung vị (phân bố không chuẩn). Sử dụng Student t-test so sánh các giá trị trung bình hoặc Mann-Whitney U để so sánh các giá trị phân bố không chuẩn, sử dụng Chi-square test so sánh các tỉ lệ. Phân tích hồi quy logistic để tìm các yếu tố liên quan và tiên lượng ảnh hưởng đến tổn thương tái phát, di căn. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

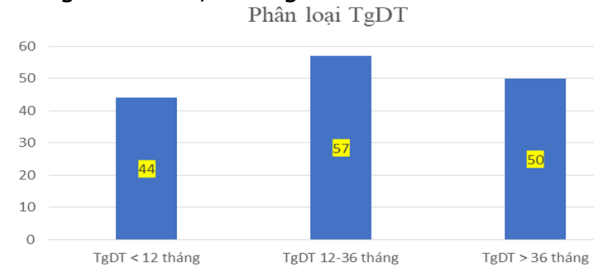
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm các bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số BN (n=151)	Tỉ lệ (%)
Tuổi		54,7 (21-84)	
Giới	Nam	29	19,2
	Nữ	122	80,8
Mô bệnh học	Nhú	141	93,4
	Nang	10	6,6
Giai đoạn T	T1-T3	120	79,5
	T4	31	20,5
Giai đoạn N	N0	26	17,2
	N1	125	82,8
Giai đoạn M	Mo	127	84,1
	M1	24	15,9
Nguy cơ tái phát (ATA)	Thấp	45	29,8
	Trung bình-cao	106	70,2
Số lần điều trị I-131		2,88±1,31 (1-9)	
Tổng liều tích lũy (mCi)		392,8±208,75 (80-1300)	
Thời gian xuất hiện tái phát, di căn (tháng)		34,4±15,2	
Tg-DT (tháng)		29,3 (3,17-115)	

Nghiên cứu 151 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã được phẫu thuật và điều trị I-131 có tuổi trung bình là 54,7 (21-84) với tỉ lệ nam/nữ là 1/4. Thể mô bệnh học chủ yếu là thể nhú chiếm 93,4%. Thời gian điều trị trung bình là 2,88 (thấp nhất 1 lần, cao nhất 9 lần) với tổng liều tích lũy trung bình 392,8±208,75 mCi đến khi xuất hiện tái phát, di căn. Thời gian TgDT trung bình là 29,3 tháng.



Biểu đồ 1. Đặc điểm TgDT

3.2. Môi liên quan các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và TgDT**Bảng 2. Phân tích môi liên quan giữa TgDT và đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, tình trạng di căn xa**

Đặc điểm	N(%)	TgDT (tháng) (trung bình ± độ lệch chuẩn)	P	OR
Tuổi				
<55	73(48,3%)	33,8±21,5	0,012	0,978
≥55	78(51,7%)	25,2±18,6		
Giới				
Nam	29(19,2%)	28,9±21,2	0,89	1,001
Nữ	122(81,8%)	29,5±20,4		
Mô bệnh học				
Nhú	141((93,4%)	30,2±20,6	0,048	0,95
Nang	10(6,6%)	17,02±15,21		
Nguy cơ tái phát				
Nguy cơ tái phát thấp	45(29,8%)	31,2±22,8	0,47	0,994
Nguy cơ trung bình-cao	106(70,2%)	28,6±19,5		
Liều <600 mCi	125(82,8%)	31,05±21,3	0,032	0,97
Liều ≥600 mCi	26(17,2%)	21,4±13,5		
Di căn xa	52(34,4%)	16,8±11,5	0,001	0,922
Không di căn xa	99(65,6%)	35,9±16,8		

Phân tích đơn biến cho thấy có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa TgDT với tuổi, mô bệnh học, tổng liều I-131 và tình trạng di căn xa ($p < 0,05$).

Khi phân tích dưới nhóm trong các bệnh nhân tổn thương di căn xa

Bảng 3. Phân tích dưới nhóm TgDT và di căn xa

Đặc điểm	n	TgDT (tháng) (trung bình ± độ lệch chuẩn)	P
Di căn xương	9	7,48±1,62	0,01
Di căn phổi	39	21,35±15,38	
Di căn xương	9	7,48±1,62	0,024
Di căn trung thất	6	23,1±18,5	
Di căn phổi	39	21,35±15,38	0,8
Di căn trung thất	6	23,1±18,5	

Khi tiến hành phân tích dưới nhóm ở những bệnh nhân có tổn thương di căn xa cũng cho thấy TgDT ở nhóm di căn xương thấp hơn so với TgDT ở nhóm di căn phổi và di căn trung thất ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, tình trạng tái phát di căn với TgDT. Thời gian trung bình của TgDT là 29,3 tháng. Tác giả Rossing thực hiện trên 99 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tiến triển hoặc tái phát với thời gian theo dõi trung bình 19 tháng cho thấy, Tg - DT có giá trị trung bình là 212 ngày [8]. Nghiên cứu của chúng tôi thời gian TgDT dài hơn có thể do cách chọn mẫu nghiên cứu. Nhóm bệnh nhân

nghiên cứu của tác giả chủ yếu là bệnh nhân có bệnh tiến triển và nồng độ Tg tăng cao còn trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có nhiều nhóm bệnh nhân ở mức độ nguy cơ tái phát khác nhau từ thấp đến cao. Tuổi của bệnh nhân nghiên cứu cũng có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê với TgDT. Nhóm tuổi từ 55 trở lên có TgDT thấp hơn so với nhóm dưới 55. Có thể giải thích điều này do tình trạng di căn xa hay gặp ở nhóm tuổi cao hơn. Kết quả cũng tương tự nghiên cứu của Liang Gou và cộng sự (2019) cho thấy khi phát hiện di căn xa nhóm tuổi trên 55 chiếm 69,3% ($p < 0,001$) [9]. Trong tìm sự liên quan giữa thể mô bệnh học và TgDT nghiên cứu dường như cho thấy TgDT ở nhóm ung thư thể nang thấp hơn so với nhóm thể nhú có thể do các trường hợp bệnh nhân ung thư thể nang đều có tình trạng di căn xa. Các tác giả trên thế giới chỉ ra rằng ung thư tuyến giáp thể nang có tỉ lệ di căn xa hơn và có ý nghĩa thống kê so với ung thư tuyến giáp thể nhú [9,10] có thể do khả năng xâm nhập mạch cao hơn ở ung thư tuyến giáp thể nang. Tỉ lệ sống còn sau 10 năm của ung thư thể nang cũng thấp hơn so với ung thư tuyến giáp thể nhú.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TgDT và tình trạng di căn xa. Tiến hành phân tích dưới nhóm cũng cho thấy nhóm di căn xương có thời gian TgDT thấp hơn so với nhóm di căn phổi và di căn trung thất ($p < 0,05$). Ung thư tuyến giáp di căn xương tiên lượng rất xấu thời gian sống thêm sau 1, 3, 5 năm là 62,2%,

51,3%, 38,7% tương ứng. Trong khi đó đối với di căn phổi thì tỉ lệ sống sót sau 1, 3, 5 năm tương ứng là 95,2%, 88,4%, 78,8% [12]. Nghiên cứu của Rossing cũng chỉ ra nguy cơ tử vong của bệnh nhân có TgDT < 5 tháng cao gấp đôi so với TgDT > 14 tháng [8]. Miyauchi và cộng sự (2011) đã nghiên cứu trên 426 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, không có sự xuất hiện của kháng thể kháng Tg và được theo dõi ít nhất 20 tháng sau phẫu thuật. Tg – DT được tính toán bằng cách sử dụng các giá trị Tg được đo trong quá trình theo dõi định kỳ. Các tác giả đã phân nhóm thành các mốc TgDT < 1 năm, 1 – 3 năm, > 3 năm và những người có các giá trị âm do Tg giảm. Kết quả cho thấy, tỷ lệ sống sót trên 10 năm ở nhóm bệnh nhân có TgDT < 1 năm là 50%, ở nhóm 1 – 3 năm là 95% và ở các nhóm khác tỷ lệ là 100%. Khi tiến hành phân tích đơn biến và đa biến tác giả cũng cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với tái phát hạch vùng và di căn xa của nhóm có TgDT < 1 năm so với các nhóm khác (P<0,05). Nghiên cứu đã kết luận rằng TgDT là yếu tố tiên lượng độc lập về tỷ lệ sống sót cũng như tái phát tại chỗ và di căn xa [3].

V. KẾT LUẬN

TgDT là chỉ số có giá trị trong ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tái phát, di căn và có mối liên quan ý nghĩa với tuổi, mô bệnh học và tình trạng di căn xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Bích Nga**, Bệnh lý tuyến giáp trong thực hành lâm sàng. 2022, Nhà xuất bản y học: Trường Đại học y Hà Nội.
2. **Cooper, D.S., et al.**, Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*, 2009. 19(11): p. 1167-214.
3. **Miyauchi, A., et al.**, Prognostic impact of serum thyroglobulin doubling-time under thyrotropin suppression in patients with papillary thyroid carcinoma who underwent total thyroidectomy. 2011. 21(7): p. 707-716.
4. **Ahuja, A.T., et al.**, Ultrasound of malignant cervical lymph nodes. *Cancer Imaging*, 2008. 8(1): p. 48-56.
5. **Ko, M.S., et al.**, Normal and abnormal sonographic findings at the thyroidectomy sites in postoperative patients with thyroid malignancy. *AJR Am J Roentgenol*, 2010. 194(6): p. 1596-609.
6. **Shammas, A., et al.**, 18F-FDG PET/CT in patients with suspected recurrent or metastatic well-differentiated thyroid cancer. *J Nucl Med*, 2007. 48(2): p. 221-6.
7. **Atkins F.B and V.N. D.**, Radioiodine Whole Body Imaging. *Thyroid Cancer: A Comprehensive Guide to Clinical Management*. Humana Press, Totowa, NJ, 2006: p. 133–150.
8. **Rössing, R.M., et al.**, Serum thyroglobulin doubling time in progressive thyroid cancer. 2016. 26(12): p. 1712-1718.
9. **Liu Z, Chen S, Huang Y, Hu D, Zeng W, Wang M, Zhou W, Chen D, Feng H, Wei W, Zhang C, Zhou L, Guo L.** Synergic effects of histology subtype, tumor size, and lymph node metastasis on distant metastasis in differentiated thyroid cancer. *Ann Transl Med* 2019;7(20):533.
10. **Franssila KO.** Is the differentiation between papillary and follicular thyroid carcinoma valid? *Cancer* 1973;32:853-64. [Crossref] [PubMed]

NHẬN XÉT MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ HÀNH VI TỰ SÁT Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Phạm Công Huân¹, Dương Minh Tâm^{1,2},
Trần Thị Hà An¹, Vũ Thị Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố yếu tố nguy cơ hành vi tự sát ở bệnh nhân tâm thần phân liệt. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, phân tích yếu tố nguy cơ hành vi tự sát bằng phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân tâm thần phân liệt và người nhà bệnh nhân được điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** có 36 bệnh nhân có hành vi tự sát trong số 177

bệnh nhân tâm thần phân liệt nghiên cứu chiếm tỷ lệ 20,3%. Phân tích 36 bệnh nhân có hành vi tự sát chúng tôi thấy: bệnh nhân tiền sử có ý tưởng tự sát, tiền sử toan tự sát nguy cơ có hành vi tự sát cao hơn 27,4 và 20,24 lần, tương ứng; bệnh nhân không tuân thủ điều trị nguy cơ có hành vi tự sát cao hơn 4,01 lần; bệnh nhân có triệu chứng ảo thanh, hoang tưởng nguy cơ tự sát cao hơn 2,37 và 1,42 lần, tương ứng; kết quả nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn và thời gian mắc bệnh. **Kết luận:** Một số yếu tố nguy cơ cao của hành vi tự sát ở bệnh nhân tâm thần phân liệt là: có tiền sử có ý tưởng, toan tự sát; không tuân thủ điều trị, có triệu chứng ảo thanh, hoang tưởng, nguy cơ cao nhất là ở bệnh nhân có tiền sử ý tưởng và toan tự sát. **Từ khóa:** Bệnh tâm thần phân liệt, nguy cơ hành vi tự sát.

¹Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Công Huân

Email: huanphamcong150785@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 9.9.2024