

(VTPQ), đặc biệt ở nhóm trẻ từ 6-24 tháng tuổi. TMTS có liên quan đáng kể đến mức độ nặng của VTPQ, với trẻ bị VTPQ nặng có nồng độ Hemoglobin, sắt huyết thanh và Ferritin thấp hơn đáng kể so với những trẻ bị VTPQ nhẹ hoặc trung bình.

Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc và quản lý TMTS ở trẻ mắc VTPQ, nhằm giảm thiểu mức độ nặng của bệnh và cải thiện kết quả điều trị. Các nghiên cứu quy mô lớn hơn và sâu rộng hơn cần được thực hiện để xác nhận những phát hiện này và khám phá các cơ chế cơ bản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Minh Điển, Lê Thị Hồng Hanh.** Chẩn đoán và điều trị bệnh lý hô hấp nhi khoa. Nhà xuất bản y học; 2022.
2. **The National Institute for Health and Care Excellence.** Bronchiolitis in children: diagnosis and management NICE guideline. 2020:Accessed April 5, 2020. <http://www.nice.org.uk/Guidance/NG9>.
3. **Bộ Y tế (2015).** Thiếu máu thiếu sắt. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Tr 539-542
4. **Kumer P et al.** Association of iron deficiency anemia with acute bronchiolitis in children below 2 years of age. Int J Contemp Pediatr. 2024 Jan;11(1):20-27.
5. **Võ Công Bình, Bùi Bình Bảo Sơn.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ từ 2 tháng đến 2 tuổi. Luận văn Thạc sĩ y học, Trường đại học Y Dược Huế; 2011.
6. **Hoàng Trung Thanh.** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng trẻ nhiễm khuẩn hô hấp cấp nhiễm RSV tại bệnh viện sản nhi Vinh Phúc. Luận án tốt nghiệp CKII, Đại học Y Hà Nội; 2020.
7. **Nguyễn Thị Diệu Thúy, Nguyễn Thị Hương Mai, Đỗ Cẩm Thanh.** Thiếu máu thiếu sắt. vol 1. Bài giảng nhi khoa; 2020:252-256.
8. **Arun Daniel J, Gobinaath.** Association between anemia and acute lower respiratory tract infection in under-five children at Puducherry, India: a case control study. International Journal of Contemporary Pediatrics. 2020;7(3):679-682.
9. **Çelik E, Çelik SF, Güngör Ş, Dursun A.** Impact of Anaemia on the Severity of Acute Bronchiolitis in Infants. J Nepal Paediatr Soc. 2021;41(1):73-9.
10. **IBRAHIM M. SHALLAN, HAITHAM ABDEL AZEEM, MOHAMED T. AL-SAYED.** Iron Deficiency Anemia as a Risk and Prognostic Factor of Community Acquired Pneumonia. Med J Cairo Univ. 2015;83(2):179-186.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH LỒNG NGỰC VÀ MÔ BỆNH HỌC BỆNH NHÂN U TUYẾN ỨC ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC CÓ ROBOT HỖ TRỢ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Đặng Đình Minh Thanh^{1,2}, Vũ Hữu Vĩnh^{1,2}, Nguyễn Văn Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực và mô bệnh học bệnh nhân u tuyến ức được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực có robot hỗ trợ tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các bệnh nhân u tuyến ức được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực có robot hỗ trợ từ tháng 1/2020 đến 12/2023 tại khoa Ngoại Lồng Ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ : nam 1,39. Tuổi trung bình là 49,42 ± 13,46 (17-72). Tỷ lệ có nhược cơ là 44,2%, trong đó có 4 ca nhóm I, 11 ca nhóm IIA và 4 ca nhóm IIB. Có 22 BN (51,2%) có kích thước khối u ≥ 5cm và 21 BN (48,8%) < 5cm, kích thước khối u trung bình là 5,08 ± 3,74 cm. Tỷ lệ khối u ở vị trí trung tâm

là lớn nhất (48,8%), lệch phải (20,8%), lệch trái (30,2%), đa phần các khối u ngấm thuốc cản quang vừa hoặc nhiều (72,1%), chỉ có 2 BN (4,65%) có vôi hóa và 1 BN (2,3%) có xâm lấn. U tuyến ức mỡ (13,9%), type A (16,3%), type AB (30,2%), type B1 (9,3%), type B2 (20,9%), type B3 (4,7%) và ung thư tuyến ức (4,7%). Masaoka I (41,9%), Masaoka IIA (34,9%), Masaoka IIB (11,6%), Masaoka III (11,6%). Có sự liên quan giữa đặc điểm mô bệnh học và giai đoạn Masaoka với mức độ ngấm thuốc cản quang của khối u trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực. **Kết luận:** Các bệnh nhân u tuyến ức được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực có robot hỗ trợ có kích thước khối u trung bình là 5,08 cm, đa số nằm ở giai đoạn sớm (Masaoka I và II) và gặp nhiều ở type AB. Những khối u có nguy cơ ác tính càng cao thì thường có mức độ ngấm thuốc cản quang cao hơn và ở giai đoạn muộn hơn. **Từ khóa:** U tuyến ức, PTNSLN có robot hỗ trợ.

SUMMARY

REVIEW SOME CLINICAL CHARACTERISTICS, COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING FEATURES AND HISTOLOGY OF PATIENTS WITH THYMOMA UNDERWENT THYMECTOMY

¹Học viện Quân Y

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Đình Minh Thanh

Email: minhthanhCR7b1@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2024

Ngày duyệt bài: 12.11.2024

BY ROBOTIC ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY AT CHO RAY HOSPITAL

Objectives: To comment some clinical characteristics, computed tomography imaging features and histology of patients with thymoma underwent thymectomy by robotic assisted thoracoscopic surgery. **Patients and methods:** Patients with thymoma underwent thymectomy by robotic assisted thoracoscopic surgery from 1/2020 to 12/2023 at Cho Ray hospital. **Results:** The ratio of female and male was 1.39 :1, the mean age was 49.42 ± 13.46 (range, 17 -72 years). Nineteen patients (44.2%) were affected by myasthenia gravis. Preoperative Perlo – Osserman class was I in 4 patients, IIA in 11 patients and IIB in 4 patients. Tumor size ≥ 5cm was in 22 patients (51.2%) and < 5cm was in 21 patients (48.8%), the mean diameter of the resected tumors was 5.08cm. The proportion of central tumor was highest (48.8%), the right side (20,8%) and the left side (30.2%). The enhanced degree was mainly medium or high (72.1%), there was only 2 patients (4.65%) with foci and 1 patient with invasion to surround organs. World Health Organization histology was lipothymoma (14%), type A (16.3%), type AB (30.2%), type B1 (9.3%), type B2 (20.9%), type B3 (4.7%) and thymic carcinoma (4.7%). Masaoka stage I (41,9%), IIA (34.9%), IIB (11.6%) and III (11.6%). There was relation between histology, Masaoka stage and contrast-enhanced degree on chest CT scans. **Conclusion:** The mean diameter of resected tumors in patients with thymoma underwent thymectomy by robotic assisted thoracoscopic surgery was 5.08cm, the majority was early stage (Masaoka I and II). The higher tumors have risk of malignancy, the higher were contrast-enhanced degree and the later Masaoka. **Keywords:** Thymoma; Robotic assisted thoracoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến ức là khối u nguyên phát thường gặp nhất trong các khối u ở trung thất trước ở người trưởng thành [1], [2]. Chẩn đoán sớm có giá trị lớn trong tiên lượng điều trị, đặc biệt là bằng phẫu thuật robot. Cho đến nay, tại Việt nam chưa có nghiên cứu nào mô tả đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến ức được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực có robot hỗ trợ. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực (CLVTLN) và mô bệnh học bệnh nhân u tuyến ức được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực có robot hỗ trợ tại Bệnh viện Chợ Rẫy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân u tuyến ức được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực có robot hỗ trợ từ tháng 1/2020 đến 12/2023 tại khoa Ngoại Lồng Ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp, tiến cứu, không đối chứng.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Bệnh nhân được chẩn đoán u trung thất trước dựa trên triệu chứng lâm sàng và hình ảnh phim chụp CLVTLN.

+ Được điều trị bằng PTNSLN có robot hỗ trợ tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

+ Có kết quả mô bệnh học sau mổ là u tuyến ức.

- **Tiêu chuẩn loại trừ**

+ U tuyến ức tái phát.

+ Hồ sơ không đủ dữ liệu nghiên cứu.

- **Chỉ tiêu nghiên cứu:**

+ Một số các đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, tình trạng nhược cơ.

+ Một số đặc điểm cận lâm sàng: Đặc điểm hình ảnh trên phim CLVTLN, type mô bệnh học, giai đoạn Masaoka.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu cho từng bệnh nhân và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.4. Y đức và việc chấp hành quy định

- Nghiên cứu này được sự cho phép của Trưởng khoa Ngoại Lồng Ngực, Bv Chợ Rẫy.

- Người bệnh được bảo mật thông tin.

- Cam kết không có bất kì xung đột nào về lợi ích trong nghiên cứu này.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Tuổi và giới				
Giới	Số BN	Tỷ lệ	Tuổi trung bình	p
Nam	18	41,9	50,83±9,55	0,534
Nữ	25	58,1	48,40±15,80	
Tổng	43	100	49,42±13,46 (17-72)	
Tình trạng nhược cơ				
		Số BN	Tỷ lệ (%)	
Nhược cơ	Có	19	44,2	
	Không	24	55,8	
Nhóm nhược cơ	I	4	21,1	
	IIA	11	57,8	
	IIB	4	21,1	

Nhận xét: - Tỷ lệ BN nữ (58,1%) gặp nhiều hơn BN nam (41,9%). Tuổi trung bình là 49,42 ± 13,46, không có sự khác biệt về độ tuổi giữa hai nhóm nam và nữ.

- Tỷ lệ bệnh nhân nhược cơ là 44,2%.

Bảng 2. Đặc điểm u tuyến ức trên phim CLVTLN

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Kích thước	≥ 5cm	51,2
	< 5cm	48,8

	Trung bình	5,08±3,74	
Vị trí u	Trung tâm	21	48,8
	Lệch phải	9	20,9
	Lệch trái	13	30,2
Mức độ ngấm thuốc cản quang	Ít	12	27,9
	Vừa	14	32,6
	Nhiều	17	39,5
Vôi hóa	Không	41	95,3
	Có	2	4,7
Xâm lấn	Không	42	97,7
	Có	1	2,3

Nhận xét: - Có 51,2% BN có khối u ≥5cm và 48,8% <5cm, kích thước khối u trung bình là 5,08 ± 3,74.

- Khối u ở vị trí trung tâm gặp nhiều nhất (48,8%)

- Đa phần các khối u ngấm thuốc cản quang vừa hoặc nhiều (72,1%), chỉ có 2 ca vôi hóa và 1 ca xâm lấn.

Bảng 3. Phân loại mô bệnh học và giai

Bảng 4. Liên quan giữa MBH và đặc điểm hình ảnh trên phim CLVTLN

	U tuyến ức mỡ	Type A	Type AB	Type B1	Type B2	Type B3	K tuyến ức	p
Kích thước	≥ 5cm	2 (9,1)	2 (9,1)	4 (18,2)	3 (13,6)	7 (31,8)	2 (9,1)	0,07
	< 5cm	4 (19,0)	5 (23,8)	9 (42,9)	1 (4,8)	2 (9,5)	0 (0)	
Vị trí	Trung tâm	1 (4,8)	6 (28,6)	5 (23,8)	1 (4,8)	6 (28,6)	1 (4,8)	0,081
	Lệch phải	0 (0)	0 (0)	4 (44,4)	1 (11,11)	2 (22,2)	1 (11,11)	
	Lệch trái	5 (38,5)	1 (7,7)	4 (30,8)	2 (15,4)	1 (7,7)	0 (0)	
Mức độ ngấm thuốc cản quang	Ít	4 (33,3)	4 (33,3)	0 (0)	1 (8,3)	2 (16,7)	0 (0)	0,043
	Vừa	2 (14,2)	2 (14,3)	6 (42,9)	1 (7,1)	2 (14,3)	1 (7,1)	
	Nhiều	0 (0)	1 (5,9)	7 (41,2)	2 (11,8)	5 (29,4)	1 (5,9)	

Nhận xét: - Không có sự liên quan giữa mô bệnh học với kích thước và vị trí khối u.

- Có sự liên quan giữa mô bệnh học và mức độ ngấm thuốc cản quang của khối u trên phim CLVTLN (p<0,05).

Bảng 5. Liên quan giữa giai đoạn Masaoka với mô bệnh học và đặc điểm hình ảnh trên phim CLVT

	I	IIA	IIB	III	p	
Kích thước	≥ 5cm	5 (22,7)	9 (40,9)	4 (18,2)	4 (18,2)	0,046
	< 5cm	13 (61,9)	6 (28,6)	1 (4,8)	1 (4,8)	
Vị trí khối u	Trung tâm	9 (42,9)	6 (28,6)	3 (14,3)	3 (14,3)	0,284
	Lệch phải	3 (33,3)	2 (22,2)	2 (22,2)	2 (22,2)	
	Lệch trái	6 (46,2)	7 (53,8)	0 (0)	0 (0)	
Mức độ ngấm thuốc cản quang	Ít	9 (75)	2 (16,7)	0 (0)	1 (8,3)	0,013
	Vừa	6 (42,9)	7 (50)	0 (0)	1 (7,1)	
	Nhiều	3 (17,6)	6 (35,3)	5 (29,4)	3 (17,6)	
Mô bệnh học	U tuyến ức mỡ	5 (83,3)	1 (16,7)	0 (0)	0 (0)	0,001
	Type A	6 (85,7)	1 (14,3)	0 (0)	0 (0)	
	Type AB	6 (46,2)	5 (38,5)	2 (15,4)	0 (0)	
	Type B1	0 (0)	3 (75)	0 (0)	1 (25)	
	Type B2	1 (11,1)	5 (55,6)	2 (22,2)	1 (11,1)	
	Type B3	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (100)	
K tuyến ức	0 (0)	0 (0)	1 (50)	1 (50)		

Nhận xét: - Không có sự liên quan giữa giai đoạn Masaoka với kích thước và vị trí khối u.

- Có sự liên quan giữa giai đoạn Masaoka với

đoạn Masaoka

	Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Mô bệnh học	Tuyến ức mỡ	6	13,9
	Type A	7	16,3
	Type AB	13	30,2
	Type B1	4	9,3
	Type B2	9	20,9
	Type B3	2	4,7
	Ung thư	2	4,7
Masaoka	I	18	41,9
	IIA	15	34,9
	IIB	5	11,6
	III	5	11,6

Nhận xét: - Mô bệnh học gặp ở tất cả các type, nhiều nhất là type AB (30,2%) và type B2 (20,9%).

- Đa số các khối u ở giai đoạn sớm Masaoka I và II (76,8%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân u tuyến ức

* **Tuổi và giới.** Tỷ lệ bệnh nhân nữ (58,1%) gặp nhiều hơn bệnh nhân nam (41,9%), tỷ lệ nữ : nam là 1,39. Kết quả này cũng tương đương với một số các tác giả khác Marulli G. là 1,2 [3], Weng W. là 1,02 [4]. Kết quả trên cho thấy PTNSLN có robot hỗ trợ cắt u tuyến ức có đặc điểm về giới tính tương đương như trong nghiên cứu mổ cắt u tuyến ức bằng các phương pháp khác.

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $49,42 \pm 13,46$ (17-72). Kết quả này tương đồng với kết quả của một số tác giả khác như: Marulli G. là 59 tuổi, Weng W. là $51,9 \pm 13,1$ tuổi, Lê Việt Anh là $47,31 \pm 10,87$ tuổi [3], [4], [5]. Nhìn chung các tác giả đều cho thấy u tuyến ức thường gặp ở lứa tuổi trung niên. So sánh độ tuổi trung bình của hai nhóm bệnh nhân nam và nữ cho thấy: bệnh nhân nam là 50,83 tuổi, cao hơn so với bệnh nhân nữ là 48,0 tuổi. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

* **Tình trạng nhược cơ.** Đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra có sự liên quan giữa bệnh lý nhược cơ và u tuyến ức [2], [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ có nhược cơ là 44,2% (4 ca nhóm I, 11 ca nhóm IIA và 4 ca nhóm IIB (theo phân loại của Perlo - Ossaman)) [7]. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy đa phần bệnh nhân có bệnh lý nhược cơ có u tuyến ức kèm theo. Do đó bệnh lý nhược cơ có thể được coi như một yếu tố định hướng để tầm soát phát hiện sớm u tuyến ức.

4.2. Một số đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực và mô bệnh học

* **Đặc điểm u tuyến ức trên phim CLVTLN.** CLVTLN có tiêm thuốc cản quang là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có vai trò quan trọng trong phát hiện, đánh giá đặc điểm khối u trước phẫu thuật đồng thời cũng là một trong những căn cứ giúp việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp [1], [5]. CLVTLN có thể xác định vị trí, kích thước, ranh giới, mật độ hoặc tình trạng xâm lấn của khối u với cơ quan xung quanh. Kết quả CLVTLN trong nghiên cứu của chúng tôi có 22 BN (51,2%) có $u \geq 5\text{cm}$ và 21 BN (48,8%) $< 5\text{cm}$, kích thước khối u trung bình là $5,08 \pm 3,74$ cm, lớn nhất là 9,2cm. So sánh với kết quả của một số nghiên cứu khác về phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt u tuyến ức cho thấy kích thước trung bình khối u trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn: Weng W. là 4,3 cm, Qian L. là $3,8 \pm 1,1\text{cm}$ [4], [8]. Sự khác nhau này có thể do các tác giả khác ưu tiên lựa chọn

bệnh nhân với những khối u nhỏ để đảm bảo tính an toàn của phẫu thuật. Nhưng nhìn chung các tác giả đều cho thấy PTNS có robot hỗ trợ là phẫu thuật khả thi với những khối u có kích thước < 10 cm.

Ngoài ra kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy đa phần các khối u ngấm thuốc cản quang vừa hoặc nhiều (72,1%). Điều này cũng phù hợp với nhận định của các tác giả khác về đặc điểm ngấm thuốc của u tuyến ức [1], [9]. Chúng tôi gặp 1 trường hợp (2,3%) có hình ảnh xâm lấn vào thùy trên phổi phải, tuy nhiên đã loại bỏ khối u an toàn mà không xảy ra tai biến chảy máu phải chuyển mổ mở. Nhưng nhìn chung các tác giả đều khuyến cáo với các trường hợp có sự xâm lấn các mạch máu hoặc các cơ quan xung quanh trên phim CLVT thì nên chủ động mổ mở để tránh tai biến trong phẫu thuật.

* **Đặc điểm mô bệnh học.** Đặc điểm mô bệnh học có thể giúp tiên lượng về kết quả điều trị của bệnh. Theo phân loại của WHO năm 2015, u tuyến ức được chia làm 7 nhóm chính bao gồm: u tuyến ức mỡ, type A, type AB, type B1, type B2, type B3 và ung thư tuyến ức, trong đó u tuyến ức mỡ, type A, type AB được xem là những nhóm có nguy cơ ác tính thấp, các nhóm còn lại nguy cơ ác tính cao hơn [10]. Kết quả của chúng tôi thấy khối u gặp ở tất cả các type trong đó: u tuyến ức mỡ (13,9%), type A (16,3%), type AB (30,2%), type B1 (9,3%), type B2 (20,9%), type B3 (4,7%) và ung thư tuyến ức (4,7%). Kết quả này tương tự như các tác giả khác đều thấy u tuyến ức type AB và type B2 là gặp nhiều nhất, như tác giả Weng W thấy type AB gặp nhiều nhất là 33,2%, tác giả Lê Việt Anh thấy type AB và B2 gặp với tỉ lệ nhiều nhất là 29,5%, tác giả Qian L. gặp type AB nhiều nhất là 27,5% [4], [5], [8].

Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm mô bệnh học và đặc điểm hình ảnh khối u trên phim CLVT cho thấy không có sự liên quan giữa mức độ ác tính của khối u với kích thước và vị trí khối u. Tuy nhiên có sự liên quan giữa mức độ ác tính với đặc điểm ngấm thuốc cản quang ($p < 0,05$): những khối u có mức độ ác tính thấp (u tuyến ức mỡ, type A, type AB) thì thường ngấm thuốc cản quang ít, còn những khối u có độ ác tính cao hoặc ung thư tuyến ức thì ngấm thuốc nhiều hơn. Kết quả này cũng phù hợp như kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [1], [5], [9].

* **Đặc điểm về giai đoạn Masaoka.** Cho đến nay có nhiều cách phân loại giai đoạn u tuyến ức khác nhau, tuy nhiên phân loại của Masaoka – Koga năm 1994 vẫn là phân loại được áp dụng

phổ biến nhất. Theo đó, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa phần các khối u ở giai đoạn sớm: Masaoka I (41,9%), Masaoka IIA (34,9%). Điều này cũng phù hợp với việc chỉ định cho PTNSLN có robot hỗ trợ, đó là nên phẫu thuật đối với các khối u tuyến ức ở giai đoạn sớm theo Masaoka. Và đồng thời các tác giả cũng cho thấy đối với những khối u giai đoạn sớm (Masaoka I và II) thì PTNSLN có robot hỗ trợ là một phẫu thuật an toàn và có hiệu quả tương tự như PTNS thông thường hoặc mổ mở [3], [8].

Đánh giá mối liên quan giữa giai đoạn và đặc điểm hình ảnh khối u trên phim CLVTLN: không thấy mối liên quan giữa giai đoạn với kích thước và vị trí khối u, tuy nhiên có sự liên quan với mức độ ngấm thuốc cản quang và đặc điểm mô bệnh học. Những khối u ở giai đoạn sớm thì mức độ ngấm thuốc ít hơn so với những khối u ở giai đoạn muộn hơn. Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Điều này cho thấy dựa trên đặc điểm ngấm thuốc có thể dự đoán giai đoạn của u tuyến ức. Đồng thời chúng tôi cũng thấy sự tương đồng giữa mức độ ác tính của khối u với giai đoạn Masaoka, khối u có mức độ ác tính càng cao thì ở giai đoạn càng muộn ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân u tuyến ức được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực có robot hỗ trợ có kích thước khối u trung bình là 5,08 cm, đa số nằm ở giai đoạn sớm (Masaoka I và II) và gặp nhiều ở type AB. Những khối u có nguy cơ ác tính càng cao thì thường có mức độ ngấm thuốc cản quang cao hơn và ở giai đoạn muộn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cheng Y.J., Hsu J.S. and Kao E.K.** (2007). Characteristics of thymoma successfully resected by videothoroscopic surgery. *Springer.*, 37: 192-196.
2. **Mao Z.F., Mo X.A., Qin C., et al.** 2012. Incidence of thymoma in myasthenia gravis: a systematic review. *J Clin Neurol.*, 8(3):161-169.
3. **Marulli G., Maessen J., Melfi F. et al.** 2016. Multi-institutional European experience of robotic thymectomy for thymoma. *Ann Cardiothoracic Surg.*, 5(1):18-25.
4. **Weng W., Li ., Meng S. et al.** 2019. Video assisted thoracoscopic thymectomy is feasible for large thymomas: a propensity-matched and comparison. *Interactive CardioVascular and Thoracic surgery.*, 30: 565-572.
5. **Lê Việt Anh.** (2019). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ tại bệnh viện Quân y 103. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
6. **Tian W., Li X., Tong H., et al.** 2020. Surgical effect and prognostic factors of myasthenia gravis with thymoma. *Thoracic cancer.*, 11: 1288-1296.
7. **Osserman K. E. and Genkins G.** 1971. Studies in myasthenia gravis: review of a twenty-year experience in over 1200 patients. *Mt Sinai J Med.* 38(6): 497-537.
8. **Quian L., Chen X., Huang J., et al.** 2017. A comparison of three approaches for the treatment of early stage thymomas: robot-assisted thoracic surgery, video-assisted thoracic surgery, and median sternotomy. *Journal of Thoracic Disease.*, 9(7): 1997-2005.
9. **Han X., Gao W., Chen Y., et al.** 2019. Relationship between computed tomography imaging features and clinical characteristics, Masaoka-Koga stages, and World Health Organization histological classifications of thymoma. *Frontiers in Oncology.*, 9: 1-13.
10. **Marx A., Chan K.C., Coindre J.M., et al.** 2015. The 2015 World Health Organization classification of tumors of the thymus: Continuity and changes. *J Thorac Oncol.*, 10(10): p. 1383-1395.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ I-131 Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA DI CĂN PHỔI

Trần Bá Khoa¹, Lê Quốc Khánh¹, Nguyễn Thị Phương¹,
Mai Huy Thông¹, Lê Ngọc Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng với kết quả điều trị I-131 ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa di căn phổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên

cứu hồi cứu trên 294 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa di căn phổi đã được phẫu thuật cắt giáp toàn bộ, điều trị I-131 tại Khoa Y học hạt nhân, Bệnh viện TWQĐ 108 từ năm 2005-2024. Sử dụng đường cong Kaplan-Meier để ước tính thời gian sống thêm toàn bộ. **Kết quả:** Tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán di căn phổi là $37,95 \pm 16,22$ (từ 7 – 73 tuổi), nhóm tuổi < 55 tuổi chiếm 78,2%, tỷ lệ giới nữ/nam là 2,5/1. Thể nhú chiếm 93,2%. Trung bình bệnh nhân được điều trị I-131 5,83 lần với tổng liều tích lũy là $809,4 \pm 371,26$ mCi. Tỷ lệ bệnh nhân di căn phổi đơn thuần là 12,5%, di căn phổi kết hợp di căn hạch vùng, xương và vị trí khác lần lượt là 75,8%, 7,4% và

¹Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Hà

Email: lengocha108@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024