

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 videothoracoscopic 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

4,3%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, không hoàn toàn và không xác định theo phân loại của ATA-2015 lần lượt là 6,5%, 81,6% và 11,9%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ ở các thời điểm 5 năm, 10 năm và 15 năm lần lượt là 96,3%, 87,9% và 74,2%. Thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm bệnh nhân di căn phổi có di căn xa ở cơ quan khác thấp hơn và có ý nghĩa thống kê so với nhóm chỉ có di căn phổi đơn thuần và di căn phổi kết hợp di căn hạch vùng cổ ($p < 0,001$).

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, di căn phổi, điều trị i-ốt phóng xạ.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RADIOIODINE THERAPY OUTCOME IN DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA PATIENTS WITH LUNG METASTASIS

Objective: This study aims to investigate clinical characteristics of differentiated thyroid carcinoma (DTC) patients with lung metastasis and the effectiveness of ^{131}I therapy. **Subjects and Methods:** This is a retrospective, descriptive cross-sectional study on 294 patients with differentiated thyroid cancer (DTC) with lung metastasis who underwent total thyroidectomy and were treated with I-131 from 2005 to 2024, at the Department of Nuclear Medicine – 108 Military Central Hospital. The Kaplan-Meier curve was used to estimate overall survival (OS). **Results:** The average age at the time of lung metastasis diagnosis was 37.95 ± 16.22 (ranging from 7 to 73 years), with 78.2% of patients being under 55 years old. The female-to-male ratio was 2.5:1. Papillary carcinoma accounted for 93.2%. On average, patients underwent 5.83 I-131 treatments, with a cumulative dose of 809.4 ± 371.26 mCi. The proportion of patients with isolated lung metastasis was 12.5%, while lung metastasis combined with regional lymph node, bone, and other distant sites metastasis was 75.8%, 7.4%, and 4.3%, respectively. The rates of complete response, incomplete response, and indeterminate response according to ATA-2015 classification were 6.5%, 81.6%, and 11.9%, respectively. The overall survival rates at 5, 10, and 15 years were 96.3%, 87.9%, and 74.2%, respectively. OS in patients with lung metastasis accompanied by other distant metastases was significantly lower compared to those with only isolated lung metastasis and those with lung metastasis combined with regional cervical lymph node metastasis ($p < 0.001$).

Keywords: Differentiated thyroid cancer (DTC), lung metastasis, radioiodine treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTT) là loại ung thư nội tiết phổ biến nhất, trong đó thể biệt hóa chiếm đa số (khoảng 90%). UTT thể biệt hóa thường có tiên lượng tốt nhưng thời gian sống giảm rõ rệt khi có di căn xa. Phổi là vị trí di căn xa thường gặp nhất với tỷ lệ khoảng 50-60%. Các nghiên cứu đã chỉ ra tổn thương di căn phổi hấp thu i-ốt phóng xạ có thể điều trị triệt căn và

có tiên lượng khá tốt. Ngược lại, di căn phổi không hấp thu i-ốt phóng xạ có tiên lượng kém hơn [3].

Đã có nhiều nghiên cứu trong nước và thế giới bàn luận về hiệu quả điều trị của I-131 với bệnh nhân UTT thể biệt hóa di căn phổi nhưng với số lượng bệnh nhân (BN) và thời gian theo dõi còn hạn chế [1-3]. Khoa Y học hạt nhân – BV TWQĐ 108 là một cơ sở điều trị và theo dõi số lượng lớn các BN ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nói chung và BN ung thư tuyến giáp di căn phổi nói riêng trong khoảng thời gian gần 20 năm. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị và mối liên quan của đặc điểm lâm sàng kết quả điều trị I-131 của BN UTT thể biệt hóa di căn phổi tại đơn vị từ năm 2005-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả BN được chẩn đoán mắc UTT thể biệt hóa di căn phổi tại đơn vị từ năm 2005 đến 2024, được theo dõi sau điều trị I-131 ít nhất 12 tháng đều được đưa vào nghiên cứu hồi cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- BN UTT thể biệt hóa đã được phẫu thuật cắt giáp toàn bộ và điều trị xóa mô giáp còn lại sau phẫu thuật bằng I-131.

- BN được chẩn đoán di căn phổi khi có một trong những tiêu chí sau: i) Xác nhận mô bệnh học tổn thương di căn, ii) XHTT phát hiện tăng hoạt tính phóng xạ ở phổi, iii) Hình ảnh tổn thương di căn trên X-quang hoặc CT ngực (không tăng hoạt tính phóng xạ trên XHTT), kèm theo Tg và/hoặc kháng thể kháng Tg (anti-Tg) huyết thanh tăng cao [5].

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có bệnh lý ác tính kết hợp.
- Mất liên lạc hoặc không đủ dữ liệu.
- Thời gian theo dõi dưới 12 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

- Điều trị BN UTT di căn phổi:

- BN được khai thác tiền sử bệnh, thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, giải thích quy trình điều trị và theo dõi.

- Đánh giá TNM sau phẫu thuật và chẩn đoán lại giai đoạn tại thời điểm nghiên cứu theo Liên ủy ban ung thư Mỹ năm 2017 (AJCC8) [5].

- Điều trị I-131 theo liều kinh nghiệm dựa trên hướng dẫn của Hội tuyến giáp Hoa Kỳ được cập nhật theo các năm và hiện sử dụng phiên bản năm 2015 [4]:

- BN tuổi trưởng thành: liều từ 100-200 mCi. Với BN từ 70 tuổi trở lên có thể giảm liều từ 100-150 mCi.

- BN trẻ em (≤ 18 tuổi): liều từ 1,0 – 1,5 mCi/kg.
- XHTT được thực hiện 5 ngày sau điều trị I-131.

Theo dõi bệnh nhân:

- Sau điều trị I-131, BN tiếp tục điều trị ức chế TSH, theo dõi định kỳ 3 - 12 tháng/lần bằng khám lâm sàng, Tg và anti-Tg huyết thanh, siêu âm cổ, chụp CT 6-12 tháng/lần [5].

- Nếu có đáp ứng (nồng độ Tg giảm, số lượng và kích thích nốt tổn thương trên CT giảm), BN được tiếp tục chỉ định điều trị I-131 với đợt điều trị cách 6 – 12 tháng.

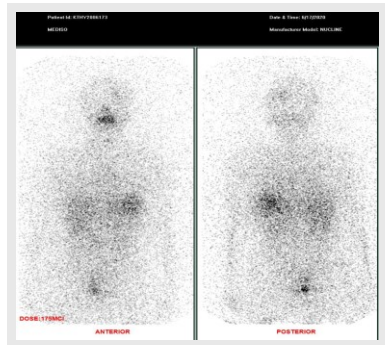
- Thay đổi chiến thuật điều trị trong trường hợp tình trạng BN không cho phép tiếp tục điều trị, xuất hiện bệnh lí thứ phát do điều trị I-131, tổn thương không đáp ứng với I-131 hoặc bệnh tiến triển.

- Điểm kết thúc của nghiên cứu là thời gian sống thêm toàn bộ (OS) được tính từ thời điểm chẩn đoán di căn phổi đến thời điểm bệnh nhân tử vong.

Đặc điểm tổn thương di căn phổi:

- Trên XHTT: tổn thương tăng hoạt tính phóng xạ dạng lan tỏa và khu trú (xạ hình dương tính) và không tăng hoạt tính phóng xạ ở phổi (xạ hình âm tính). (Hình 1).

- Đối với CT ngực: hình thái tổn thương dạng nốt mờ ở phổi với đường kính trục dài đo được trên mặt phẳng cắt ngang ≤ 10 mm hoặc > 10 mm (CT dương tính) và không quan sát thấy tổn thương (CT âm tính) [6].



Hình 1. Hình thái tổn thương di căn phổi trên XHTT. (A) lan tỏa; (B) khu trú; (C) âm tính

Nguồn: Khoa Y học hạt nhân – BVTWQĐ 108

2.3. Xử lý số liệu:

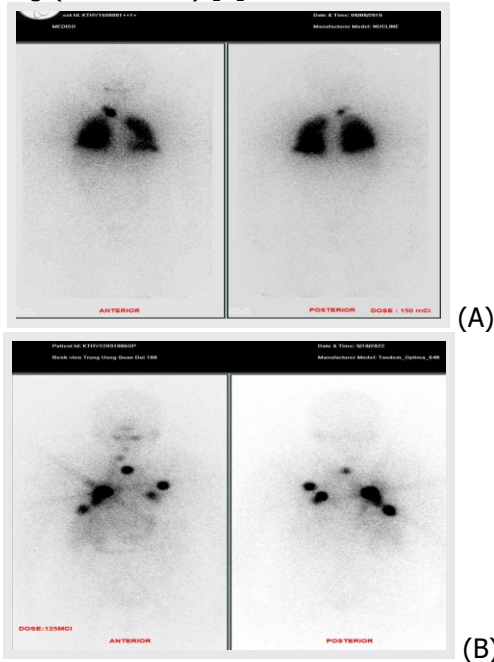
Các phần mềm được sử dụng để phân tích thống kê (SPSS v.20,0, Medcalc 20). Kiểm định chi-square hoặc kiểm định Fisher chính xác đã được sử dụng để ước lượng sự khác biệt giữa các nhóm. Phương pháp Kaplan-Meier được áp dụng để xác định thời gian sống thêm toàn bộ (OS), sự khác biệt trong OS được so sánh bằng kiểm định log-rank phân tích hồi quy đa biến với mô hình Cox (các biến có $p < 0,05$ trong phân tích đơn biến được tiếp tục sử dụng để phân tích đa biến) với giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 294 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu, độ tuổi trung bình là $37,95 \pm 16,22$ (từ 7-73 tuổi), 71,4% số bệnh nhân là nữ giới. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán di căn phổi khi dưới 55 tuổi (84%) Thể nhú chiếm đa số với tỉ lệ 93,2%. (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng chung BN UTG thể biệt hóa di căn phổi trong nghiên cứu

Yếu tố	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tuổi trung bình	37,95±16,22 tuổi	
Giới hạn tuổi	7 – 73 tuổi	
Nhóm tuổi	< 55 tuổi	247 / 84
	≥ 55 tuổi	47 / 16
Giới tính	Nữ	210 / 71,4
	Nam	84 / 28,6
Thời gian phát hiện di căn phổi	Sớm (≤ 6 tháng)	189 / 64,3
	Muộn (> 6 tháng)	105 / 35,7
Mô bệnh học	Nhú	274 / 93,2
	Nang	20 / 6,8
Tính chất xâm lấn ngoài vỏ của u nguyên phát	Tx	87 / 29,6
	Không	104 / 35,4
Giai đoạn N	Có	103 / 35
	NO	45 / 15,3



	N1a	19	6,5
	N1b	230	78,2
Vị trí di căn	Phổi	37	12,5
	Phổi + hạch	223	75,8
	Phổi + xương	22	7,4
	Phổi + vị trí khác	13	4,3
Xạ hình toàn thân	Am tính	31	10,6
	Khu trú	48	16,3
	Lan tỏa	215	73,1
CT ngực	Am tính	130	46,9
	≤10 mm	114	37,5
	<10 mm	43	15,6
Số lần điều trị	Trung bình	5,83±2,37	

Tổng liều điều trị tích lũy (mCi)	Trung bình	809,49±371,26
-----------------------------------	------------	---------------

Chỉ 37 trường hợp (12,5%) có di căn phổi đơn thuần. Vị trí di căn kết hợp thường gặp nhất là di căn hạch vùng cổ (75,8%). Tỷ lệ di căn phổi kết hợp di căn xương là 7,4%. Bệnh nhân được điều trị I-131 trung bình 5,83 lần với tổng liều tích lũy là 809,49 ± 371,26 mCi.

Phần lớn tổn thương di căn phổi được quan sát trên XHTT (89,4%), thường gặp nhất là hình thái tổn thương dạng lan tỏa (73,1%). Khoảng 1/2 số bệnh nhân (46,9%) không quan sát thấy tổn thương trên CT ngực.

Bảng 2. Mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng với đáp ứng điều trị

Yếu tố		Đáp ứng điều trị (ATA-2015)			p
		Hoàn toàn	Không hoàn toàn	Không xác định	
Giới	Nữ	13 (68,4%)	176 (73,3%)	21 (60%)	0,253
	Nam	6	64	14	
	≥ 55 tuổi	1	44	2	
Tuổi chẩn đoán di căn phổi	< 55 tuổi	17 (89,5%)	181 (75,4%)	32 (91,4%)	0,047
	≥ 55 tuổi	2	59	3	
Phát hiện di căn phổi	Sớm	12 (63,2%)	150 (62,5%)	27 (77,1%)	0,239
	Muộn	7	90	8	
Thể mô bệnh học	Nhú	18 (94,7%)	222 (92,5%)	34 (97,1%)	0,573
	Nang	1	18	1	
Tính chất phá vỡ ngoài tuyến của u nguyên phát	Không	13 (68,4%)	76 (31,6%)	15 (42,8%)	0,022
	Có	3	89	11	
	(Tx)	3	75	9	
Di căn xa ngoài phổi	Không	19 (100%)	206 (85,8%)	35 (100%)	0,013
	Có	0	34	0	
Đặc điểm hình ảnh di căn phổi	XH+/CT-	12 (85,7%)	85	32 (100%)	< 0,001
	XH+/CT+	2	34	0	
	XH-/CT+	0	112	0	
Tg trước điều trị I-131 lần đầu	≤ 100 ng/ml	13 (68,4%)	64	16 (45,7%)	< 0,001
	> 100 ng/ml	6	176 (73,3%)	19	

Số lượng bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn, không hoàn toàn (cấu trúc và sinh hóa) và đáp ứng không xác định lần lượt là 19, 240 và 35 tương ứng tỷ lệ 6,4, 81,6 và 12%. Tuổi chẩn đoán di căn phổi dưới 55, u nguyên phát không xâm lấn ngoài tuyến có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao hơn (p = 0,047, 0,022). Tất cả BN di căn phổi có di căn xa ở vị trí khác có đáp ứng không hoàn toàn sau điều trị (Bảng 2).

Sử dụng phân tích hồi quy đơn biến và đa biến với Logrank test và mô hình Cox nhằm xác

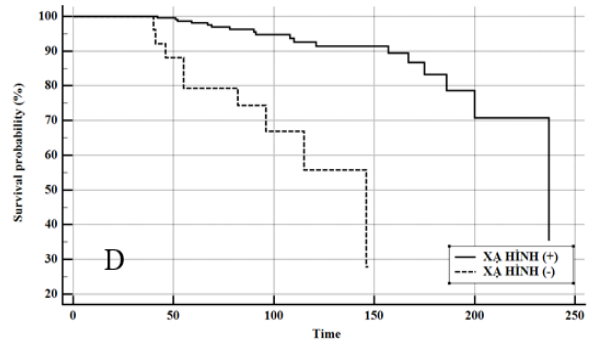
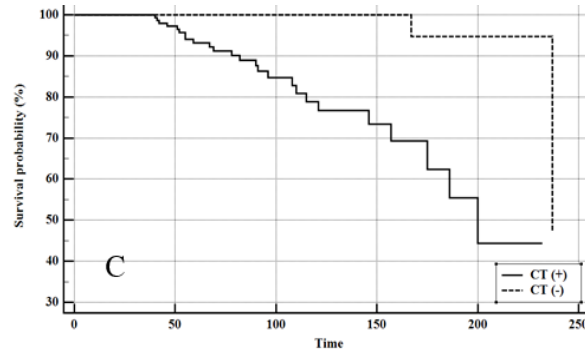
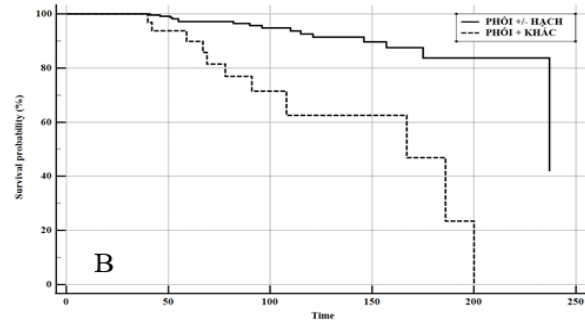
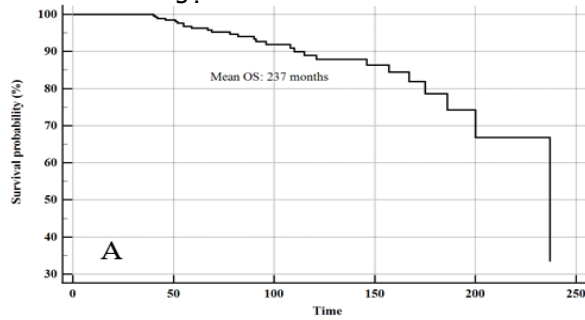
định yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống toàn bộ. Kết quả cho thấy những BN mang mô bệnh học thể nang, nồng độ Tg trước điều trị lần đầu > 100 ng/ml, tổn thương phổi không hấp thu I-131 và quan sát được trên CT ngực, di căn xa vị trí khác ngoài phổi cho thời gian sống toàn bộ kém hơn nhóm còn lại (p<0,05). Đặc biệt, BN có tổn thương nốt phổi quan sát thấy trên CT có tỷ lệ tử vong cao gấp 12 lần so với nhóm có CT âm tính (HR; 12,03; 95% CI, 1,155 – 93,28; p=0,0173) (Bảng 3).

Bảng 3. Các yếu tố tiên lượng thời gian sống thêm toàn bộ

Giá trị		Phân tích đơn biến HR (95% CI)	p	Phân tích đa biến HR (95% CI)	p
Tuổi	< 55 tuổi	1	0,084		
	≥ 55 tuổi	1,42 (0,08-24,65)			

Giới	Nữ	1	0,7082		
	Nam	1,18 (0,49 – 2,80)			
Mô bệnh học	Nhú	1	0,0017	3,97 (1,26 – 12,45)	0,0179
	Nang	15,43 (2,79 – 85,29)			
Tg trước điều trị lần 1	< 100 ng/ml	1	0,0405	3,95 (1,04 – 15,03)	0,0432
	> 100 ng/ml	2,41 (1,03 – 5,59)			
XHTT	Âm tính	92,28 (19,61- 434,25)	<0,0001	4,39 (1,77 -10,89)	0,0014
	Dương tính	1			
CT ngực	Âm tính	1	<0,0001	12,03 (1,55 to 93,28)	0,0173
	Dương tính	6,71 (3,09 – 14,53)			
Vị trí di căn	Phổi +/- hạch	1	<0.0001	3,37 (1,45 – 7,83)	0,0047
	Phổi + di căn xa khác	36,22 (10,05 130,52)			

Đường cong Kaplan-Meier được sử dụng để để biểu diễn thời gian sống thêm toàn bộ (Hình 2). Trung vị thời gian sống của nhóm nghiên cứu là 237 tháng. BN chỉ có di căn phổi đơn thuần và di căn phổi có di căn hạch có tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau 10 năm trên 90%. Đặc điểm tương tự được quan sát thấy ở những BN có tổn thương phổi hấp thu i-ốt phóng xạ trên XHTT và hình ảnh CT ngực âm tính.



Hình 2. Đường cong Kaplan Meier biểu diễn (A) thời gian sống thêm toàn bộ, (B) thời gian sống thêm toàn bộ theo vị trí di căn, (C) theo đặc điểm CT và (D) theo đặc điểm XHTT.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu hồi cứu của chúng tôi trên 294 bệnh nhân cho thấy BN UTTG thể biệt hóa di căn phổi có thời gian tiên lượng tương đối và thời gian sống thêm dài. Trung vị thời gian sống thêm của nhóm nghiên cứu là 237 tháng (tương đương 19,7 năm) với tỉ lệ tử vong sau 5, 10 và 15 năm lần lượt là 96,3, 89,9 và 74,2%. Phân tích đa biến cho thấy mô bệnh học, nồng độ Tg huyết thanh trước điều trị I-131 lần đầu, đặc điểm hình ảnh XHTT và CT ngực, vị trí di căn xa khác ngoài phổi là những yếu tố tiên lượng độc lập cho thời gian sống của bệnh nhân.

Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,4%. So sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước nhận thấy tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Châu (5,7%) [1] và Yang (10%) [3] nhưng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Hương (17%) [2] và Song (16,6%) [6]. Sự khác biệt này có thể do tác giả Nguyễn Thanh Hương và Song áp dụng tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng theo ATA-2009 với nồng độ Tg < 10 ng/ml để xác định đáp ứng hoàn toàn về sinh hóa, trong khi nghiên cứu của chúng tôi dùng ngưỡng < 1ng/ml.

Thể mô bệnh học là một yếu tố quan trọng trong tiên lượng khả năng sống sót của BN UTG thể biệt hóa di căn phổi. UTG thể nhú (PTC) phổ biến hơn UTG thể nang (FTC) trong UTG biệt hóa nói chung và UTG biệt hóa di căn phổi nói riêng. FTC có tính xâm lấn cao và có thể xâm nhập vào nhiều cơ quan (phổi, xương,...) thông qua di căn theo đường máu. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng FTC có xu hướng di căn xa nhiều hơn so với PTC và cho tiên lượng kém hơn [9]. Nghiên cứu hiện tại cho thấy FTC có tỉ lệ tử vong cao hơn gần gấp 4 lần so với PTC (HR; 3,97; 95% CI, 1,26 – 12,45; p=0,0179).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sống toàn bộ sau 10 năm ở nhóm chỉ di căn phổi là trên 90% trong khi tỉ lệ này giảm rõ rệt ở nhóm di căn phổi kết hợp di căn xa ở vị trí khác (62,5%). Các nghiên cứu chỉ ra di căn xa tại nhiều cơ quan có tỷ lệ tử vong cao hơn so với chỉ di căn một cơ quan. Wang và cộng sự [11] đã báo cáo rằng tỷ lệ sống sau 5 năm ở BN UTG chỉ có di căn một cơ quan là 77,6%, trong khi tỉ lệ này ở những BN có di căn thêm cơ quan thứ hai giảm còn 15,3%. Nghiên cứu khác của Huang chỉ ra tỉ lệ sống sót sau 10 năm đối với BN UTG chỉ có di căn phổi hoặc xương là 87,2% và 62,3%, trong khi đối với những BN có di căn nhiều vị trí, tỉ lệ này giảm còn 49% [10].

Đặc điểm tổn thương phổi trên XHTT và CT ngực là những yếu tố quan trọng để đánh giá tình trạng đáp ứng điều trị cũng như tiên lượng ở BN UTG di căn phổi. Tổn thương hấp thụ I-131 có tỷ lệ sống sót cao hơn so với những BN không hấp thụ. Nguyên nhân dẫn đến tình trạng không hấp thụ I-131 được giải thích là do sự mất biệt hóa của các tế bào UTG biệt hóa, đi kèm với sự giảm biểu hiện của chất đồng vận chuyển natri-iod (NIS), thụ thể TSH, và enzyme thyroperoxidase [8]. Tổn thương vi nốt phổi (micronodular) thường có khả năng hấp thụ I-131 tốt, trong khi nốt lớn (macronodular) thường cho kết quả ngược lại [9].

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi vẫn có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu các BN UTG thể biệt hóa được điều trị với I-131 tại chỉ một trung tâm y học hạt nhân. Thứ hai do quá trình theo dõi dài dẫn đến việc thu nhập các dữ liệu lâm sàng không được đầy đủ. Cuối cùng, chẩn đoán tổn thương di căn phổi chủ yếu dựa trên kết quả XHTT và CT ngực kết hợp với mức độ Tg huyết thanh (Tg) tăng cao. Nhiều trường hợp không được xác nhận bằng giải phẫu bệnh dẫn đến khả năng chẩn đoán

nhầm với các tình trạng khác như ung thư phổi nguyên phát hoặc các bệnh lý phổi dạng viêm lành tính.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu các bệnh nhân UTG thể biệt hóa di căn căn phổi có tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn với điều trị I-131 là 6,4%. Bệnh nhân UTG biệt hóa di căn phổi (đáp ứng với điều trị I-131) có tiên lượng tốt với tỉ lệ sống sau 10 năm là gần 90%. Thể mô bệnh học, nồng độ Tg huyết thanh trước điều trị, đặc điểm tổn thương di căn phổi trên hình ảnh XHTT và CT ngực, vị trí di căn xa khác ngoài phổi là những yếu tố tiên lượng độc lập cho thời gian sống toàn bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Châu và cs (2014), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị I-131 ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp biệt hóa sau phẫu thuật có di căn xa", Tạp chí y dược lâm sàng 108 Tập 9-Số đặc biệt, tr. 92-98.
2. Nguyễn Thanh Hương, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị I-131 ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã phẫu thuật có di căn phổi, in Bệnh viện trung ương Quân đội 108. 2014.
3. Yang J, Liang M, et al. Therapeutic response and long-term outcome of differentiated thyroid cancer with pulmonary metastases treated by radioiodine therapy. *Oncotarget*. 2017 Oct 6;8(54):92715-92726.
4. Tuttle, M. L. H. B., et al. "AJCC cancer staging manual." ed 8 (2017): 1-19.
5. Haugen, Bryan R et al. "2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer." *Thyroid : official journal of the American Thyroid Association* vol. 26,1 (2016): 1-133.
6. Song, Hong-Jun et al. "Pulmonary metastases in differentiated thyroid cancer: efficacy of radioiodine therapy and prognostic factors." *European journal of endocrinology* vol. 173,3 (2015): 399-408.
7. Cho SW, et al. Long-term prognosis of differentiated thyroid cancer with lung metastasis in Korea and its prognostic factors. *Thyroid*. (2014) 24:277-86.
8. Sohn SY, et al. Prognostic indicators of outcomes in patients with lung metastases from differentiated thyroid carcinoma during long-term follow-up. *Clin Endocrinol*. (2018) 88:318-26.
9. Wang LY, et al. Multi-organ distant metastases confer worse disease-specific survival in differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2014 Nov;24(11):1594-9.
10. Huang IC, et al. Long-term outcomes of distant metastasis from differentiated thyroid carcinoma. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2012 Mar;76(3):439-47.

TỶ LỆ HẠ HUYẾT ÁP TƯ THỂ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI KHOA NỘI TIẾT - ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Taing Tap¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Khảo sát tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng của hạ huyết áp tư thể ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại khoa Nội tiết-Đái tháo đường, Bệnh viện Bạch Mai. 2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến hạ huyết áp tư thể ở những bệnh nhân trên. **Đôi tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 140 bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị nội trú tại khoa Nội tiết-Đái tháo đường, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2023 đến tháng 10/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 57,47 ± 11,20; giới tính nam chiếm tỉ lệ 55%, cao hơn so với nữ (45%). Tỷ lệ hạ huyết áp tư thể ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 là 35 %, trong đó tỷ lệ nam, nữ lần lượt là 26%, 46%. Và chủ yếu ở lứa tuổi ≥ 60 (83,67%). Tỷ lệ mắc đái tháo đường type 2 trên 10 năm có hạ huyết áp tư thể cao nhất là 49%, trong đó có rối loạn lipid máu là 25%. HbA1c trung bình của nhóm nghiên cứu là 10,68 ± 2,67%, tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c < 7% chỉ là 8,6%; Biểu hiện lâm sàng 69,4% chủ yếu gặp hoa mắt, chóng mặt và đau đầu; ít gặp nhìn mờ và không gặp trường hợp nào ngất. Tuổi cao kiểm soát đường máu không tốt, thời gian bị bệnh đái tháo đường, rối loạn lipid máu làm tăng nguy cơ hạ huyết áp tư thể (p<0,05). **Kết luận:** Hạ huyết áp tư thể là một biến chứng cần quan tâm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Tuân thủ điều trị và tái khám đúng hẹn nhằm hạn chế và biến chứng này. Thực hiện lối sống lành mạnh, chế độ ăn hợp lý nhằm kiểm soát đường máu và lipid máu. **Từ khóa:** Đái tháo đường type 2, hạ huyết áp tư thể, yếu tố liên quan.

SUMMARY

RATE OF POSTURAL HYPOTENSION AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT THE DEPARTMENT OF ENDOCRINOLOGY-DIABETES, BACH MAI HOSPITAL

Objectives: 1. Survey the rate and clinical characteristics of postural hypotension in patients with type 2 diabetes at the Department of Endocrinology-Diabetes, Bach Mai Hospital. 2. Comment on some factors related to postural hypotension in the above patients. **Subjects and methods:** cross-sectional descriptive study on 140 patients with type 2 diabetes treated as inpatients at the Department of Endocrinology-Diabetes, Bach Mai Hospital from

August 2023 to October 2024. Results: The average age is 57.47 ± 11.20; male gender accounts for 55%, higher than female (45%). The rate of postural hypotension in patients with type 2 diabetes is 35%, in which the rate of male and female is 26%, 46% respectively. And mainly in the age group ≥ 60 (83.67%). The incidence of type 2 diabetes over 10 years with the highest postural hypotension was 49%, of which 25% had dyslipidemia. The average HbA1c of the study group was 10.68 ± 2.67%, the rate of achieving the target HbA1c < 7% was only 8.6%; Clinical manifestations of 69.4% were mainly dizziness, blurred vision and headache; blurred vision was rare and no cases of fainting were encountered. Old age, poor blood sugar control, duration of diabetes, dyslipidemia increased the risk of postural hypotension (p<0.05). **Conclusion:** Postural hypotension is a complication that needs attention in patients with type 2 diabetes. Adherence to treatment and timely follow-up visits to limit this complication. Practice a healthy lifestyle and a reasonable diet to control blood sugar and blood lipids. **Keywords:** Type 2 diabetes, postural hypotension, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong những bệnh không lây nhiễm phổ biến trong các bệnh nội tiết và một trong những vấn đề hàng đầu về sức khỏe của thế giới hiện nay. Theo liên đoàn đái tháo đường Quốc tế (IDS), năm 2019 toàn thế giới có 463 triệu người lớn (độ tuổi 20-79) bị đái tháo đường, dự kiến sẽ đạt 578 triệu người vào năm 2030 và 700 triệu người vào năm 2043. Ước tính hơn 4 triệu người trong độ tuổi từ 20-79 đã tử vong vì các nguyên nhân liên quan với đái tháo đường trong năm 2019. Ở Việt Nam, năm 1990 của thế kỷ trước, tỷ lệ bệnh đái tháo đường chỉ 1,1% (ở thành phố Hà Nội), 2,25% (ở thành phố Hồ Chí Minh), 0,96%(ở thành phố Huế), thì nghiên cứu năm 2012 của Bệnh Viện Nội tiết Trung Ương cho thấy: tỷ lệ hiện mắc đái tháo đường trên toàn quốc là 5,42%. Dữ liệu cập nhật của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế(IDF) có xu hướng tăng lên, năm 2019 Việt Nam có tỷ lệ 6% người trưởng thành mắc đái tháo đường. Trong đó đái tháo đường type 2 gây nên nhiều biến chứng nguy hiểm hàng đầu¹.

Biến chứng mạn tính của đái tháo đường gồm chủ yếu biến mạch máu lớn và mạch máu nhỏ, là nguyên nhân chủ yếu gây tàn phế và tử vong ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Biến chứng mạch máu lớn gồm biến chứng trên mạch

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Taing Tap

Email: taingtap75@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024