

ĐÁNH GIÁ THỜI GIAN SỐNG THÊM Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHÁC ĐỒ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Cần Xuân Hạnh¹, Đinh Văn Lượng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) và sống thêm toàn bộ (OS) ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc trên 66 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB. Các biến số bao gồm PFS và OS, phân tích theo mô bệnh học, nhóm tuổi, và chỉ số toàn trạng (PS). **Kết quả:** Thời gian PFS trung bình đạt 11,8 tháng và OS trung bình là 18,2 tháng. Tỷ lệ sống thêm 1 năm và 2 năm lần lượt là 64,3% và 37,2%. Phân tích theo yếu tố ảnh hưởng cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về PFS và OS giữa các nhóm tuổi, loại mô bệnh học, và chỉ số toàn trạng. **Kết luận:** Phác đồ hóa xạ trị đồng thời đem lại thời gian sống thêm khả quan đối với bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, với hiệu quả đồng đều giữa các phân nhóm bệnh nhân. **Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn IIIB, sống thêm không tiến triển, sống thêm toàn bộ, hóa xạ trị đồng thời, Bệnh viện Phổi Trung ương.

SUMMARY

EVALUATED SURVIVAL IN STAGE IIIB NON-SMALL CELL LUNG CANCER TREATED WITH CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY AT NATIONAL LUNG HOSPITAL

Objective: To evaluate progression-free survival (PFS) and overall survival (OS) in patients with stage IIIB non-small cell lung cancer (NSCLC) treated with concurrent chemoradiotherapy at the National Lung Hospital. **Methods:** A retrospective and prospective study was conducted on 66 patients with stage IIIB NSCLC who underwent concurrent chemoradiotherapy. Key variables included PFS, OS, and their associations with histopathology, age groups, and performance status (PS). Kaplan-Meier analysis was used for survival estimation, and log-rank tests were performed for subgroup comparisons. **Results:** Median PFS was 11.8 months, and median OS was 18.2 months. The 1-year and 2-year survival rates were 64.3% and 37.2%, respectively. Subgroup analysis showed no significant differences in PFS or OS across age groups, histological types, and PS scores ($p > 0.05$). **Conclusion:** Concurrent chemoradiotherapy offers promising survival outcomes for stage IIIB NSCLC

¹Bệnh viện Phổi Trung ương,

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cần Xuân Hạnh

Email: kaxuha@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025

patients, with consistent efficacy across different subgroups. **Keywords:** Stage IIIB non-small cell lung cancer, concurrent chemoradiotherapy, treatment efficacy, adverse events, National Lung Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (NSCLC) là một trong những loại ung thư có tỷ lệ tử vong cao nhất, đặc biệt ở giai đoạn tiến xa như IIIB. Theo GLOBOCAN, năm 2022, UTP có tỷ lệ mắc mới và tử vong đứng thứ nhất trên thế giới, ước tính có gần 2,5 triệu ca mắc mới chiếm tỷ lệ 12,4% trong tổng số ca ung thư trên toàn cầu, số ca tử vong khoảng 1.8 triệu ca chiếm khoảng 18,7% trong tổng số ca ung thư trên toàn cầu¹. Tại Việt Nam, ung thư phổi là một gánh nặng lớn cho ngành y tế, với tỷ lệ mắc và tử vong hàng năm cao, đặc biệt ở những bệnh nhân phát hiện muộn.

Ở giai đoạn IIIB, do bệnh tiến triển nhanh, xâm lấn tại chỗ và có khả năng di căn xa, mục tiêu điều trị chính là kiểm soát bệnh, kéo dài thời gian sống và nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân. Hóa xạ trị đồng thời, kết hợp hóa trị và xạ trị, đã được công nhận là phương pháp điều trị tiêu chuẩn giúp tăng cường hiệu quả hơn so với từng phương pháp đơn lẻ. Tuy nhiên, cường độ điều trị mạnh của phác đồ này thường dẫn đến các tác dụng không mong muốn, đặc biệt là độc tính huyết học và ngoài huyết học, gây ảnh hưởng đến sự tuân thủ và chất lượng điều trị.

Đánh giá thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) và thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là những chỉ số quan trọng để xác định hiệu quả dài hạn của phương pháp hóa xạ trị đồng thời. Ngoài ra, phân tích các yếu tố ảnh hưởng như loại mô bệnh học, độ tuổi và chỉ số toàn trạng (PS) cũng đóng vai trò quan trọng trong việc tối ưu hóa chiến lược điều trị, đảm bảo phù hợp với từng đặc điểm của bệnh nhân.

Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) và thời gian sống thêm toàn bộ (OS) ở bệnh nhân NSCLC giai đoạn IIIB được điều trị bằng phác đồ hóa xạ trị đồng thời tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Kết quả sẽ đóng góp cơ sở dữ liệu quan trọng để cải thiện phương pháp điều trị và hỗ trợ các nghiên cứu trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

từ năm 2018 đến năm 2023 tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

2.2. Đối tượng: 66 bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc UTPKTBN giai đoạn IIIB theo phân loại TNM lần thứ 7 năm 2017 của AJCC
- Tuổi ≥ 18
- Tình trạng toàn thân của bệnh nhân theo thang điểm ECOG mức 0, 1
- Có tổn thương đích có thể đo và đánh giá được trên hình ảnh cắt lớp theo tiêu chuẩn RECIST
- Chưa được điều trị bằng một phương pháp điều trị ung thư nào trước đó
- Số lượng bạch cầu $> 4000/\text{mm}^3$, bạch cầu trung tính $> 1500 \text{ mm}^3$, Tiểu cầu $> 100.000/\text{mm}^3$
- Chức năng gan (SGOT, SGPT, Bilirubin) và Chức năng thận (Creatinin) $< 1,5$ lần giới hạn trên bình thường

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng hoặc mắc các bệnh ung thư khác
- Bệnh nhân có bệnh lý kèm theo với nguy cơ biến chứng cao khi điều trị bằng hóa xạ trị, chẳng hạn như bệnh tim mạch hoặc nhiễm trùng không kiểm soát được.
- Hồ sơ bệnh án không đáp ứng đầy đủ yêu cầu nghiên cứu hoặc bệnh nhân không hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc để đánh giá cả hiệu quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ hóa xạ trị đồng thời.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ các bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn, loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

- Cỡ mẫu: Tổng số 66 bệnh nhân.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Các thông tin được tổng hợp bao gồm:

Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, bao gồm các thông tin sau:

- Đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi, giới tính.
- Triệu chứng và chỉ số thể trạng: Tình trạng lâm sàng, cận lâm sàng
- Thời gian sống: Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) và thời gian sống thêm toàn bộ (OS) được tính từ thời điểm bắt đầu điều trị đến khi bệnh tiến triển, tử vong, hoặc kết thúc thời gian nghiên cứu.

- Các yếu tố ảnh hưởng: Phân tích thời gian sống thêm theo mô bệnh học, nhóm tuổi, và chỉ số toàn trạng (PS).

2.6. Nhập và xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa và xử lý trên phần mềm thống kê SPSS phiên bản 22.0.

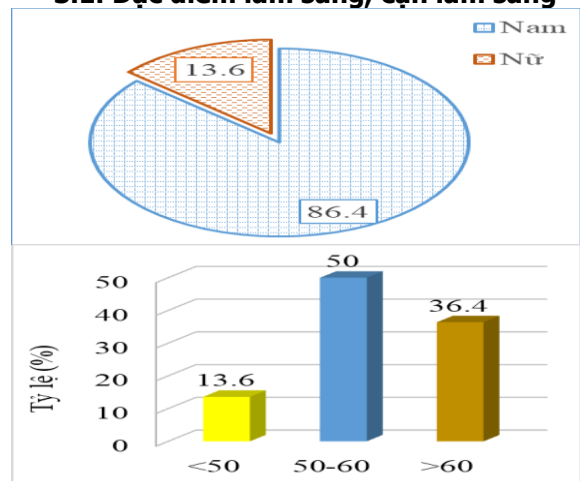
Thống kê mô tả: Các biến định lượng như tuổi, thời gian sống thêm được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; các biến định tính như tỷ lệ đáp ứng điều trị được biểu diễn bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm.

Thống kê suy luận: Sử dụng Chi-square hoặc T-test để so sánh hiệu quả điều trị giữa các nhóm. Phân tích Kaplan-Meier được áp dụng để tính toán thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) và thời gian sống thêm toàn bộ (OS).

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt các quy định về đạo đức y học, đảm bảo quyền riêng tư và bảo mật thông tin bệnh nhân. Dữ liệu chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu và được bảo mật theo quy định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính và nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=66)

Nhận xét:

Giới tính: 57 trường hợp bệnh nhân nam (86,4%) và số bệnh nhân nữ chỉ có 9 trường hợp (13,6%). Tỷ lệ nam/nữ là 6,3/1.

Nhóm tuổi: Độ tuổi mắc trung bình là $57,2 \pm 7,2$ tuổi, với bệnh nhân cao tuổi nhất là 73 tuổi, thấp tuổi nhất là 41 tuổi. Tỷ lệ mắc UTPKTBN cao nhất ở nhóm 50-60 tuổi (50%) và thấp nhất ở nhóm < 50 tuổi (13,6%).

Bảng 3.1. Phân loại mô bệnh học và kích thước u nguyên phát (n = 66)

Típ mô bệnh	Số bệnh nhân (n-%)	KTTB (cm)	p-value
-------------	--------------------	-----------	---------

BM tuyến	35 (53,0%)	5,97	0,590
BM vẩy	15 (22,7%)	5,93	
Loại khác	16 (24,2%)	6,0	
Tổng	66 (100,0%)	5,97	

Nhận xét: Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 53%, típ biểu mô vẩy chiếm tỷ lệ thấp hơn 22,7%.

Kích thước khối 5,97 cm, khối u có kích thước nhỏ nhất là 2 cm, khối u kích thước lớn nhất là 9 cm. Không có sự khác biệt về kích thước khối u giữa các nhóm típ mô bệnh với giá trị $p > 0,05$

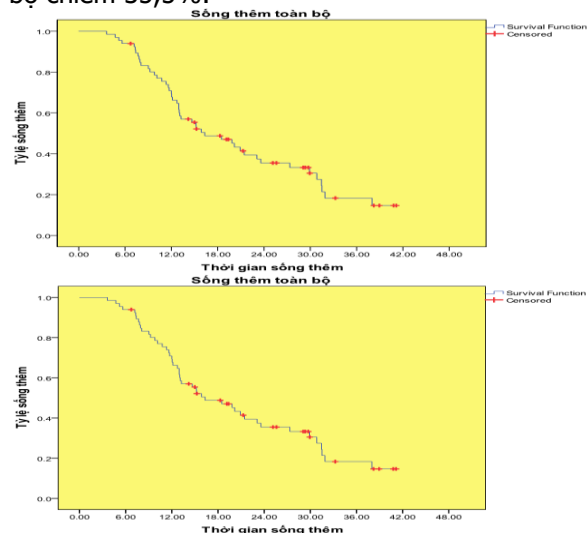
3.2. Thời gian sống thêm

Bảng 3.2. Sống thêm không bệnh tiến triển và sống thêm toàn bộ

Thời gian sống trung bình	12 tháng	18 tháng	24 tháng
PFS	49,5%	38,7%	31%
OS	69,3%	47%	35,5%

PFS = 16,9, OS = 20,9

Nhận xét: Trung bình thời gian sống thêm không tiến triển là $16,9 \pm 1,5$ tháng, tại thời điểm 12 tháng sống thêm không tiến triển chiếm 49,5% và tại thời điểm 24 tháng sống thêm không tiến triển chiếm 31%. Trung bình thời gian sống thêm toàn bộ là $20,9 \pm 1,6$ tháng, tại thời điểm 12 tháng sống còn toàn bộ chiếm 69,3% và tại thời điểm 24 tháng sống thêm toàn bộ chiếm 35,5%.



Biểu đồ 3.2. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) và Thời gian sống thêm toàn bộ (OS)

3.3. Sống thêm không bệnh tiến triển và sống thêm toàn bộ theo mô bệnh học và nhóm tuổi

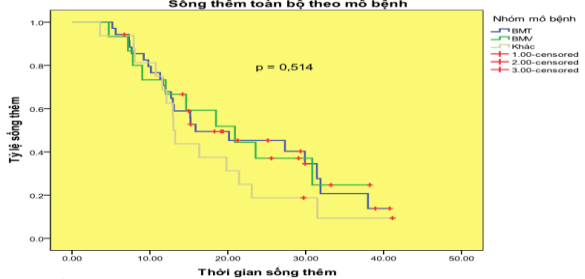
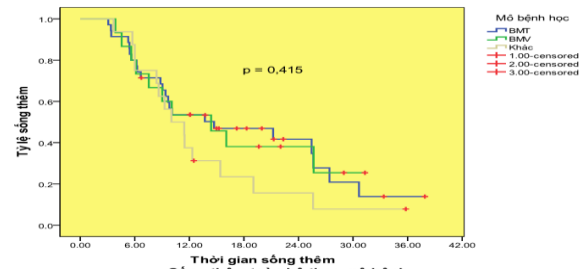
Bảng 3.3 Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) và sống thêm toàn bộ

(OS) theo mô bệnh học

Mô bệnh học	Số BN	Trung bình PFS (tháng)	Giá trị p	Trung bình OS (tháng)	p*
BM tuyến	35	18	0,415	22	0,514
BM vẩy	15	16,7		21,7	
Loại khác	16	13,3		17,7	

Nhận xét: Nhóm ung thư biểu mô tuyến có trung bình thời gian sống thêm không bệnh tiến triển và sống thêm toàn bộ tốt nhất tương ứng là 18 tháng và 22 tháng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Sống thêm không bệnh tiến triển theo mô bệnh



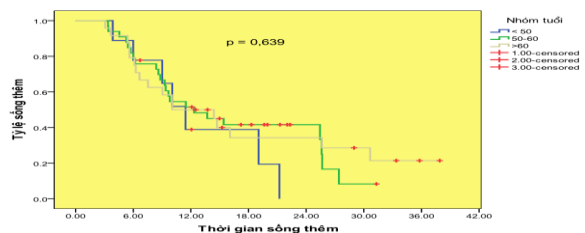
Biểu đồ 3.3. Thời gian sống thêm theo mô bệnh học

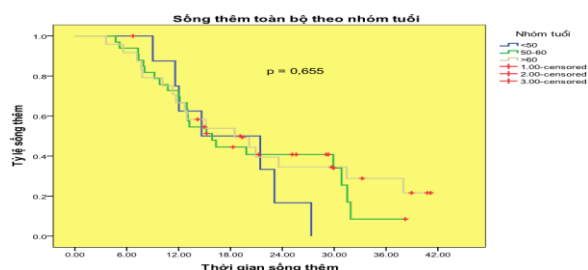
Bảng 3.4. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển và sống thêm toàn bộ theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số BN	Trung bình PFS (tháng)	Giá trị p	Trung bình OS (tháng)	Giá trị p
<50	9	12,8	0,639	17,9	0,655
50-60	33	16,1		20,1	
>60	24	17,4		21,9	

Nhận xét: Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển và sống thêm toàn bộ của nhóm bệnh nhân có độ tuổi trên 60 là tốt nhất tương ứng 17,4 tháng và 21,9 tháng tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Sống thêm không bệnh tiến triển theo nhóm tuổi





Biểu đồ 3.4. Thời gian sống thêm theo nhóm tuổi

IV. BÀN LUẬN

Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) trung bình là 16,9 tháng, trung vị PFS là 11,5 tháng, tỷ lệ sống thêm không tiến triển 1 năm là 49,5% và 2 năm là 31%. So sánh với nghiên cứu của Lê Tuấn Anh (2015) tại Bệnh viện Chợ Rẫy, trung vị PFS của chúng tôi tương đồng (11,5 tháng so với 10,8 tháng), với tỷ lệ sống thêm không tiến triển 1 năm là 49,5% so với 49%².

Nghiên cứu của Vũ Hữu Khiêm (2017) tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai cho thấy PFS trung bình đạt 24,2 tháng, cao hơn so với kết quả của chúng tôi. Điều này có thể do nghiên cứu của Vũ Hữu Khiêm áp dụng kỹ thuật PET-CT hiện đại, giúp tối ưu hóa điều trị và nâng cao hiệu quả³. Tương tự, các nghiên cứu quốc tế của Choy et al. (1998) và Huber cũng ghi nhận PFS trung vị dao động từ 15 đến 18 tháng, phản ánh tính hiệu quả tương đồng của phác đồ Paclitaxel-Carboplatin kết hợp xạ trị^{4,5}.

Thời gian sống thêm toàn bộ (OS). Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) trung bình trong nghiên cứu này đạt 20,9 tháng, trung vị OS là 16,4 tháng, với tỷ lệ sống thêm 1 năm là 69,3% và 2 năm là 35,5%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Công Toàn (2013) tại Bệnh viện K, trong đó trung bình OS chỉ đạt 15 tháng⁶.

So với nghiên cứu của Lê Tuấn Anh, trung vị OS trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn (16,4 tháng so với 17,5 tháng), nhưng tỷ lệ sống thêm 1 năm cao hơn rõ rệt (69,3% so với 55%)². Nghiên cứu quốc tế như của Choy và Huber cho thấy trung vị OS lần lượt là 20,5 tháng và 18,7 tháng, phản ánh sự phù hợp của phác đồ trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB^{4,5}. Tuy nhiên, kết quả OS của Vũ Hữu Khiêm cao hơn đáng kể, đạt 34 tháng, do sự khác biệt về đặc điểm bệnh nhân và kỹ thuật điều trị tiên tiến hơn trong nghiên cứu này³.

Đánh giá các yếu tố tiên lượng sống thêm. Nghiên cứu của chúng tôi phân tích các

yếu tố tiên lượng bao gồm tuổi và mô bệnh học. Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi và nhóm có mô bệnh học biểu mô tuyến đạt PFS và OS cao hơn, nhưng không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Các nghiên cứu trong nước như của Lê Tuấn Anh và Vũ Hữu Khiêm cũng ghi nhận lợi ích tương tự ở nhóm tuổi lớn hơn và mô bệnh học biểu mô tuyến, nhưng không đạt ý nghĩa thống kê^{2,3}. Phân tích gộp của Auperin cho thấy bệnh nhân lớn tuổi hơn (trên 70 tuổi) có tỷ lệ sống thêm tốt hơn ($p = 0,001$), trái ngược với nghiên cứu của chúng tôi, có thể do cách phân nhóm tuổi khác biệt⁷.

Kết quả nghiên cứu này cung cấp thêm bằng chứng hỗ trợ rằng phác đồ hóa xạ trị đồng thời mang lại lợi ích đáng kể trong việc kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, bất kể yếu tố tuổi tác hay mô bệnh học.

V. KẾT LUẬN

Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) trung bình đạt 16,9 tháng và trung vị là 11,5 tháng, với tỷ lệ sống thêm không tiến triển tại 1 năm là 49,5% và tại 2 năm là 31%.

Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) trung bình đạt 20,9 tháng và trung vị là 16,4 tháng, với tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại 1 năm là 69,3% và tại 2 năm là 35,5%.

Các yếu tố như mô bệnh học và nhóm tuổi không ảnh hưởng đáng kể đến PFS và OS, mặc dù có xu hướng thời gian sống cao hơn ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi và nhóm biểu mô tuyến.

Kết quả nghiên cứu khẳng định phác đồ hóa xạ trị đồng thời là một phương pháp điều trị hiệu quả, giúp kéo dài thời gian sống thêm và duy trì chất lượng sống cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB. Phương pháp này phù hợp để áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freddie Bray., Mathieu Laversanne., Hyuna Sung., et al** (2024), Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, CA Cancer J Clin. 74(3), 229-263
2. **Anh, L.T.,** Hóa xạ trị đồng thời ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III. 2017, Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Khiêm, V.H.,** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phác đồ hoá - xạ trị với kỹ thuật PET/CT mô phỏng. 2017, Đại học Y Hà Nội.
4. **Choy, H., et al.,** Multiinstitutional phase II trial of paclitaxel, carboplatin, and concurrent radiation therapy for locally advanced non-small-cell lung

- cancer. Journal of Clinical Oncology, 1998-Oct. 16(10).
5. Huber, R.M., et al., Simultaneous Chemoradiotherapy Compared With Radiotherapy Alone After Induction Chemotherapy in Inoperable Stage IIIA or IIIB Non-Small-Cell Lung Cancer: Study CTRT99/97 by the Bronchial Carcinoma Therapy Group. Journal of Clinical Oncology, 2006-September-20. 24(27).
 6. Toàn, B.C. and N.V. Long, Đáp ứng điều trị và thời gian sống thêm của ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III theo phác đồ hóa-xạ trị đồng thời. Nghiên cứu y học, 2012. 15: p. 162-168.
 7. Aupérin, A., et al., Meta-Analysis of Concomitant Versus Sequential Radiochemotherapy in Locally Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. Journal of Clinical Oncology, 2010-5-1.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚU GIÁP NHÂN LÀNH TÍNH BẰNG SÓNG CAO TẦN

Trần Minh Bảo Luân^{1,2}, Bùi Ngọc Huy³, Vũ Trí Thanh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bướu giáp nhân lành tính bằng đốt sóng cao tần. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca được tiến hành tại Khoa Ngoại Lồng Ngực – Mạch Máu, Bệnh viện thành phố Thủ Đức. **Kết quả:** Từ 5/2018 đến 5/2023, có 70 trường hợp bướu giáp đơn nhân lành tính được điều trị bằng sóng cao tần, tuổi trung bình $45,8 \pm 14,5$ (22 – 75 tuổi); 57 nữ (81,4%) và 13 nam (18,6%). Nhân giáp thùy phải và thùy trái chiếm tỷ lệ gần bằng nhau lần lượt là 51,4% và 45,7%, có 2 trường hợp nằm ở vùng eo (2,9%). Đường kính trung bình nhân giáp $30,37 \pm 8,58$ mm (20-54ml). Thể tích nhân giáp trung bình $8,39 \pm 7,95$ ml (3,3 – 29,9ml). Hầu hết nhân giáp đều là dạng đặc 62,9%; còn lại dạng hỗn hợp và dạng nang với tỷ lệ lần lượt là 32,8% và 4,3%. Năng lượng và thời gian can thiệp tỷ lệ thuận với kích thước nhân giáp ($p < 0,05$). Tỷ lệ giảm thể tích trung bình của nhân giáp có xu hướng tăng dần sau can thiệp, nhiều nhất ở tháng đầu tiên với 36,88% và đạt tối đa là 75,04% ở thời điểm 6 tháng sau can thiệp; Tỷ lệ giảm thể tích trung bình ở các nhóm có tỷ lệ mô đặc khác nhau tại thời điểm 1 tháng sau can thiệp có sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$). **Kết luận:** Năng lượng và thời gian can thiệp tỷ lệ thuận với kích thước nhân giáp. Tỷ lệ giảm thể tích nhân giáp, tỷ lệ mô đặc trong nhân giáp cũng là yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ giảm thể tích nhân giáp sau can thiệp. **Từ khóa:** đốt sóng cao tần, bướu giáp nhân lành tính

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH THE RESULTS OF RADIOFREQUENCY ABLATION IN TREATMENT OF BENIGN THYROID NODULE

¹Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Thành Phố Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trí Thanh

Email: thanhtrinh2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025

Objectives: Evaluating the factors related to the results of treatment of benign thyroid nodule with radiofrequency ablation. **Methods:** This is retrospective case series conducted at the Department of Thoracic and Vascular Surgery, Thu Duc city hospital. **Results:** From 5/2018 to 5/2023, there were 70 cases of benign thyroid nodule treated with radiofrequency ablation, the mean age 45.8 ± 14.5 years (22 – 75 years); 57 females (81.4%) and 13 males (18.6%). The nodule location is distributed in the right and left lobes, accounting for nearly equal proportions of 51.4% and 45.7%, respectively, with 2 cases located in the isthmus area (2.9%). The average diameter of thyroid nodule 30.37 ± 8.58 mm (20-54ml), the mean volume of thyroid nodule 8.39 ± 7.95 ml (3.3 – 29.9ml). Most thyroid nodules are solid, 62.9%, the remaining mixed and cystic forms are 32.8% and 4.3%, respectively. The energy and duration of ablation are proportional to size of thyroid nodule ($p < 0.05$). The mean volume reduction rate of thyroid nodules tends to increase gradually after intervention, highest in the first month at 36.88% and reaches a maximum of 75.04% at 6 months after ablation; The average volume reduction rate in groups with different solid tissue at 1 month after ablation was significantly different ($p < 0.05$). **Conclusion:** The energy and duration of ablation are proportional to thyroid nodule size. The rate of thyroid nodule volume reduction and the proportion of solid tissue in the thyroid nodule are also factors that affect the rate of thyroid nodule volume reduction after radiofrequency ablation. **Keywords:** Radiofrequency ablation (RFA), benign thyroid nodule

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, việc ứng dụng rộng rãi siêu âm tuyến giáp và các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh khác nhau đã làm tăng tỷ lệ chẩn đoán bệnh lý nhân giáp. Mặc dù, đa số nhân giáp là lành tính nhưng chỉ định can thiệp vẫn được đặt ra do các triệu chứng gây chèn ép như khó thở, đau, khàn tiếng, nuốt khó hoặc liên quan vấn đề thẩm mỹ¹. Phẫu thuật kinh điển trong điều trị các bệnh lý về tuyến giáp như Basedow, đặc biệt là ung thư tuyến giáp vẫn được xem là một trong những