

- 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 $30,37 \pm 8,58\text{mm}$ (20-54ml). Thể tích nhân giáp trung bình $8,39 \pm 7,95\text{ml}$ (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 $30.37 \pm 8.58\text{mm}$ (20-54ml), the mean volume of thyroid nodule $8.39 \pm 7.95\text{ml}$ (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

phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Ngoài ra, phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp là một phương pháp ít xâm lấn và thẩm mỹ hơn cũng đã được áp dụng. Tuy nhiên, điều trị phẫu thuật có những biến chứng như: khàn tiếng do tổn thương thần kinh, chảy máu, suy giáp, suy cận giáp, đặc biệt là vấn đề thẩm mỹ do sẹo xấu sau phẫu thuật. Ngày nay, phương pháp điều trị nhân giáp lành tính không phẫu thuật hay can thiệp tối thiểu đốt sóng cao tần (Radiofrequency ablation – RFA) được ứng dụng rộng rãi. Kết quả cho thấy RFA hiệu quả cao, dễ thực hiện và ít biến chứng đặc biệt là tính thẩm mỹ cao². Tuy nhiên, kết quả điều trị phụ thuộc nhiều yếu tố và chưa có nhiều công trình báo cáo về vấn đề này.

Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bướu giáp nhân lành tính bằng sóng cao tần.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức.

Phương pháp nghiên cứu: 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 trong thời gian từ 5/2018 đến 12/2023

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Tất cả bệnh nhân có bướu giáp nhân lành tính và được điều trị bằng đốt sóng cao tần.
- Kết quả FNA 2 lần dưới hướng dẫn siêu âm là nhân giáp lành tính (Bethesda II)
- Nhân giáp có đường kính ≥ 2 cm, thể tích dưới 30ml hoặc nhân giáp lành tính có các triệu chứng: khó chịu vùng cổ hoặc ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

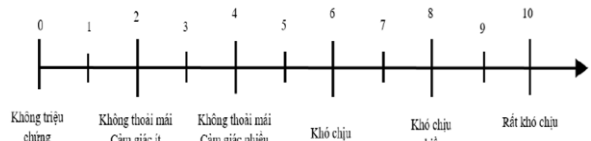
- Basedow hoặc cường giáp.
- Bướu giáp thông trung thất hoặc có dấu hiệu chèn ép đường thở.

Kỹ thuật đốt nhân giáp: sử dụng phương pháp đốt di chuyển và xuyên eo giáp với phương pháp vô cảm là gây tê tại chỗ kèm gây tê bao giáp trong điều trị bướu giáp đa nhân lành tính bằng RFA. Quá trình đốt được di chuyển từ cấu trúc sâu ra nông kiểm soát tránh các cấu trúc nguy hiểm³.

Đánh giá kết quả

- **VRR (Changes in volume reduction ratio):** % thể tích nhân giáp giảm so với thể tích trước can thiệp $VRR(\%) = (V_{\text{ban đầu}} - V_{\text{cuối cùng}}) / V_{\text{ban đầu}} \times 100\%$

- **Điểm triệu chứng:** thang điểm 0 – 10 điểm, bao gồm các triệu chứng: khó chịu vùng cổ, ho, khó nuốt, thay đổi giọng nói và đau vùng cổ.



- **Điểm thẩm mỹ:** được chúng tôi đánh giá theo thang điểm từ 1 đến 4 (1: không sờ thấy bướu; 2: sờ thấy bướu nhưng không nhìn thấy bướu; 3: nhìn thấy khi ngửa cổ hoặc khi nuốt; 4: nhìn thấy khối rõ ràng).

Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại Học Y Dược TP.HCM, quyết định số 218/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 29/01/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 5/2018 đến 12/2023, tại khoa ngoại Lồng Ngực bệnh viện Thành phố Thủ Đức, có 70 trường hợp bướu giáp đơn nhân lành tính được điều trị bằng sóng cao tần.

Tuổi: Tuổi trung bình là $45,8 \pm 14,5$ tuổi (22 – 75 tuổi).

Giới tính: 57 BN nữ (81,4%) và 13 nam (18,6%) với tỷ số nữ/nam của nghiên cứu là 4,3.

Vị trí nhân giáp: nhân giáp thùy Phải và thùy Trái chiếm tỷ lệ gần bằng nhau lần lượt là 51,4% và 45,7%; 2 trường hợp nhân giáp vùng eo giáp (2,9%).

Kích thước nhân giáp: Đường kính lớn nhất trung bình của nhân giáp trong nghiên cứu là $30,37 \pm 8,58$ mm (20-54ml). Thể tích nhân giáp trung bình $8,39 \pm 7,95$ ml (3,3 – 29,9ml)

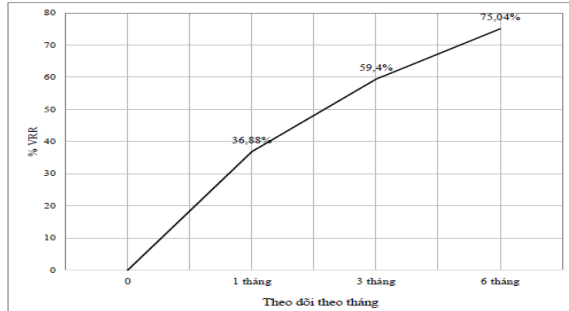
Tỷ lệ mô đặc trong nhân giáp: Hầu hết nhân giáp đều là dạng đặc, chiếm tỷ lệ 62,9%; còn lại dạng hỗn hợp và dạng nang với tỷ lệ lần lượt là 32,8% và 4,3%.

Phân độ TIRADS: đa phần các nhân giáp có phân độ TIRADS II, chiếm tỷ lệ 88,5%.

Bảng 1: Năng lượng và thời gian can thiệp theo thể tích nhân giáp

	N	TB ± ĐLC	GTNN - GTLN	p*
Năng lượng can thiệp				
Nhỏ (<12 ml)	54	65 ± 5,75	50 – 80	0,007
Trung bình (12 – 30ml)	16	70,6 ± 6,8	60 – 90	
Cả 2 nhóm	70	66,3 ± 6,4	50 – 90	
Thời gian can thiệp				
Nhỏ (<12 ml)	54	28,2 ± 11,5	15 – 60	< 0,001
Trung bình (12 – 30ml)	16	49,1 ± 9,8	30 – 60	
Cả 2 nhóm	70	32,9 ± 14,2	15 – 60	

* Kiểm định T-test độc lập

Tỷ lệ % thể tích giảm sau can thiệp**Biểu đồ 1: Tỷ lệ giảm thể tích nhân giáp trung bình theo thời gian**

Nhận xét: Tỷ lệ giảm thể tích trung bình của nhân giáp có xu hướng tăng dần sau can thiệp; thời gian càng dài thì tỷ lệ giảm thể tích trung bình càng tăng. Tăng nhiều nhất ở tháng đầu tiên với 36,88% và đạt tối đa là 75,04% ở thời điểm 6 tháng sau can thiệp.

Các yếu tố liên quan đến kết quả can thiệp

Liên quan giữa nhóm thể tích nhân giáp và tỷ lệ giảm thể tích

Bảng 2: Thể tích nhân giáp và tỷ lệ

Bảng 3: Tỷ lệ mô đặc và tỷ lệ giảm thể tích trung bình

VRR % ở các thời điểm sau can thiệp	Tỷ lệ mô đặc			p*
	< 25% (n=3)	25-75% (n=23)	> 75% (n=44)	
1 tháng	68,57 ± 13,08	39,64 ± 19,97	33,27 ± 21,71	0,018
3 tháng	77,37 ± 12,51	61,57 ± 23,15	57,18 ± 20,61	0,248
6 tháng	79,05 ± 11,59	79,07 ± 13,53	72,66 ± 16,86	0,263
p**	0,063	< 0,001	<0,001	
p***	0,195	0,011	<0,001	

* Phép kiểm One-way ANOVA; **3 tháng so với 1 tháng; ***6 tháng so với 3 tháng

Liên quan giữa nhóm thể tích nhân giáp và điểm triệu chứng sau can thiệp

Bảng 4: Thể tích nhân giáp và điểm triệu chứng sau can thiệp theo thời gian

Nhóm thể tích		Điểm triệu chứng		p*
		TB ± ĐLC	GTNN - GTLN	
Nhỏ (n=54)	Trước can thiệp	4,76 ± 0,87	3 - 8	
	1 tháng	3,94 ± 1,04	2 - 7	< 0,001
	3 tháng	2,67 ± 0,87	1 - 5	< 0,001
	6 tháng	1,43 ± 0,68	1 - 3	< 0,001
Trung bình (n=16)	Trước can thiệp	7,31 ± 0,79	6 - 8	
	1 tháng	5,63 ± 0,96	4 - 7	< 0,001
	3 tháng	3,38 ± 0,86	2 - 5	< 0,001
	6 tháng	2,06 ± 0,93	1 - 4	< 0,001

* Kiểm định T test mẫu cặp

Liên quan giữa nhóm thể tích nhân giáp và điểm thăm mỷ sau can thiệp

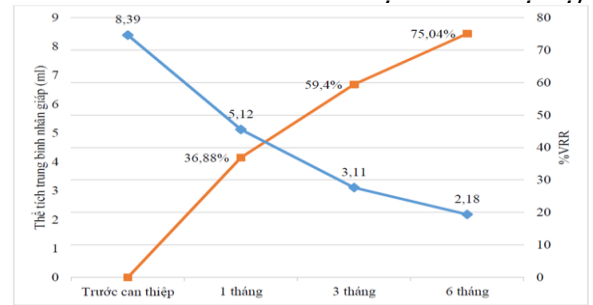
Bảng 5: Thể tích nhân giáp và điểm thăm mỷ

Nhóm thể tích		Điểm thăm mỷ		p*
		TB ± ĐLC	GTNN - GTLN	
Nhỏ (n=54)	Trước can thiệp	1,44 ± 0,54	1 - 3	
	1 tháng	0,7 ± 0,77	0 - 3	< 0,001
	3 tháng	0,37 ± 0,56	0 - 2	0,008
	6 tháng	0,33 ± 0,48	0 - 1	0,168
Trung bình (n=16)	Trước can thiệp	2,94 ± 0,25	2 - 3	

giảm thể tích trung bình

VRR % ở các thời điểm sau can thiệp	Nhóm thể tích		p*
	Nhỏ (<12 ml) (TB ± ĐLC)	Trung bình (12 –30ml) (TB ± ĐLC)	
1 tháng	35,69 ± 20,58	40,88 ± 26,30	0,410
3 tháng	57,28 ± 21,02	66,95 ± 21,73	0,113
6 tháng	74,82 ± 15,29	75,78 ± 17,87	0,833

* Kiểm định T-test độc lập

**Biểu đồ 2: Sự thay đổi thể tích nhân giáp và VRR sau can thiệp**

Liên quan giữa tỷ lệ mô đặc và tỷ lệ giảm thể tích trung bình sau can thiệp.

	1 tháng	2,06 ± 0,77	0 - 3	0,001
	3 tháng	1,44 ± 0,96	0 - 3	0,007
	6 tháng	1,13 ± 0,72	0 - 2	0,02

* Kiểm định T test mẫu cặp

IV. BÀN LUẬN

Năng lượng can thiệp và thời gian can thiệp. Kết quả của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân có thể tích nhân giáp nhỏ có thời gian can thiệp và năng lượng can thiệp khác biệt so với nhóm bệnh nhân có thể tích nhân giáp trung bình, với mức ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$. Khi thể tích của nhân giáp càng lớn, thì thời gian can thiệp và lượng năng lượng cần thiết cho can thiệp cũng sẽ tăng lên. Cụ thể, trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian can thiệp trung bình ở nhóm có thể tích nhân giáp nhỏ là 28 phút, trong khi ở nhóm có thể tích nhân giáp trung bình là 49 phút. Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Wei-Che Lin và cộng sự, cho thấy rằng nhóm bệnh nhân với thể tích nhân giáp lớn hơn yêu cầu thời gian can thiệp dài hơn⁴. Một nghiên cứu khác do tác giả Monica Bellynda thực hiện cũng đã ghi nhận rằng thời gian can thiệp dài hơn tương ứng với sự gia tăng kích thước và thể tích của nhân giáp⁵. Những kết quả này cho thấy kích thước của nhân giáp góp phần quyết định đến thời gian can thiệp cũng như lựa chọn năng lượng can thiệp phù hợp để đạt hiệu quả tối ưu.

Tỷ lệ giảm thể tích nhân giáp và nhóm thể tích nhân giáp. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận VRR tăng dần qua các thời điểm sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng; tuy nhiên tỷ lệ giảm thể tích nhân giáp ở các nhóm thể tích nhân giáp không có sự khác biệt với mức ý nghĩa thống kê $P > 0,05$ tại các thời điểm sau can thiệp. Trong khi đó, các nghiên cứu khác trên thế giới lại ghi nhận kết quả khác nhau. Cụ thể, nghiên cứu của tác giả Roberto Cesareo và cộng sự đánh giá hiệu quả RFA sau 1 năm can thiệp ghi nhận kết quả nhóm nhân giáp có thể tích càng lớn thì VRR sẽ càng tăng chậm hơn so với nhóm nhân giáp có thể tích nhỏ hơn⁶. Khác với kết quả trên, nghiên cứu hồi cứu của tác giả Wei-Che Lin trên 186 bệnh nhân ghi nhận sau 1 tháng can thiệp, VRR có sự khác biệt ở cả 3 nhóm thể tích nhân giáp (thể tích lớn: $> 30\text{ml}$, thể tích vừa: $10 - 30\text{ml}$, thể tích nhỏ: 10ml); trong đó, nhóm thể tích nhân giáp càng lớn thì VRR càng tăng nhanh hơn so với các nhóm có thể tích nhỏ hơn. Tuy nhiên, ở thời điểm 6 tháng sau can thiệp, không có sự khác biệt về VRR giữa các nhóm nhân giáp, tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi⁴.

Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi cho

thấy tỷ lệ giảm thể tích nhân giáp không khác biệt rõ rệt giữa các nhóm thể tích nhân giáp tại các thời điểm sau can thiệp, mặc dù VRR có xu hướng tăng dần qua các mốc thời gian 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Điều này khác với các nghiên cứu khác trên thế giới, trong đó một số nghiên cứu chỉ ra rằng nhóm nhân giáp có thể tích lớn hơn thường có VRR tăng chậm hơn, trong khi một số nghiên cứu khác lại cho thấy VRR tăng nhanh hơn ở nhóm thể tích lớn. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi các yếu tố như tiêu chuẩn chọn mẫu, phân nhóm thể tích nhân giáp và tỷ lệ mô đặc khác nhau giữa các nghiên cứu. Dù vậy, điểm chung của các nghiên cứu là VRR đều tăng dần sau can thiệp ở tất cả các nhóm thể tích nhân giáp, và đạt hiệu quả điều trị đáng kể sau 6 tháng. Cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để có thể kiểm tra các yếu tố ảnh hưởng đến mối liên hệ giữa nhóm thể tích nhân giáp và hiệu quả điều trị.

Tỷ lệ giảm thể tích nhân giáp trung bình và tỷ lệ mô đặc. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận kết quả, VRR trung bình giảm nhiều nhất ở nhóm nhân giáp dạng nang (tỷ lệ mô đặc $< 25\%$) trong 1 tháng đầu tiên sau can thiệp, kể đến là nhóm nhân giáp dạng hỗn hợp và nhóm nhân giáp dạng đặc chiếm tỷ lệ thấp nhất, sự khác biệt về VRR giữa các nhóm này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Chúng tôi nhận thấy tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau can thiệp, thì VRR tiếp tục tăng ở nhóm nhân giáp dạng nang với mức chậm hơn so với 2 nhóm nhân giáp còn lại; nhóm nhân giáp dạng đặc và dạng hỗn hợp ở thời điểm "3 tháng so với 1 tháng", "6 tháng so với 3 tháng" có sự tăng nhảy vọt so với thời điểm 1 tháng sau can thiệp (với $P < 0,001$). Nghiên cứu của tác giả Huỳnh Quang Khánh và cộng sự thực hiện trên 83 bệnh nhân với 96 nhân giáp (2021) đánh giá về các yếu tố liên quan đến hiệu quả của sóng cao tần điều trị trên nhân giáp lành tính ghi nhận kết quả có VRR và tỷ lệ mô đặc có liên quan với nhau; hầu hết nhân giáp dạng nang hoặc hỗn hợp có VRR cao hơn so với dạng đặc². Tác giả Baek và cộng sự khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến VRR sau can thiệp nhân giáp lành tính bằng RFA, kết quả cho thấy tỷ lệ mô đặc trong nhân giáp góp phần ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị, đặc biệt là VRR sau can thiệp. Cụ thể, nhân giáp có tỷ lệ mô đặc càng thấp thì VRR càng cải thiện nhanh sau can

thiệt, đặc biệt 1 tháng sau can thiệp ($P < 0,001$). Tại thời điểm 6 tháng sau can thiệp, VRR giữa các nhóm nhân giáp có tỷ lệ mô đặc khác nhau thì không có sự khác biệt⁷.

Tóm lại, có thể nhận thấy rằng hiệu quả của can thiệp RFA trên các nhóm nhân giáp khác nhau có sự khác biệt rõ rệt. Nhóm nhân giáp dạng nang, với tỷ lệ mô đặc thấp, thể hiện sự giảm VRR đáng kể trong tháng đầu tiên sau can thiệp và sự gia tăng VRR chậm hơn ở các mốc thời gian sau đó. Ngược lại, nhóm nhân giáp dạng đặc và dạng hỗn hợp có sự gia tăng VRR mạnh hơn sau 3 tháng và 6 tháng. Điều này có thể giải thích rằng trong quá trình can thiệp với nhân giáp có dịch, chúng tôi hút dịch nang bằng kim, sau đó thực hiện đốt nhân giáp có chứa mô giáp tiết ra dịch còn sót lại, do đó kích thước giáp giảm nhanh sau can thiệp và hạn chế khả năng tái phát. Các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra rằng tỷ lệ mô đặc có ảnh hưởng quan trọng đến hiệu quả điều trị bằng RFA, với VRR cải thiện nhanh hơn ở những nhân giáp có tỷ lệ mô đặc thấp^{2,7}.

Nhóm thể tích nhân giáp và điểm triệu chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm nhân giáp có thể tích lớn hơn có điểm triệu chứng lớn hơn so với nhóm nhân giáp có thể tích nhỏ do sự chèn ép về hiệu ứng khối so với các cơ quan xung quanh. Trước can thiệp, nhóm nhân giáp thể tích trung bình có điểm triệu chứng cao gấp 1,5 lần so với nhóm nhân giáp thể tích nhỏ. Mặc dù điểm triệu chứng ở cả 2 nhóm thể tích đều giảm dần theo thời gian; giảm nhiều nhất trong 1 tháng đầu sau can thiệp ở nhóm có thể tích nhân giáp nhỏ, còn nhóm thể tích nhân giáp trung bình giảm nhiều nhất sau 3 tháng can thiệp với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước đó với $P < 0,001$; tuy nhiên, điểm triệu chứng cải thiện nhiều hơn ở nhóm nhân giáp trung bình sau 6 tháng theo dõi so với nhóm thể tích nhỏ. Nghiên cứu đa trung tâm của Wei-Che Lin và cộng sự cho kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi; ở nhóm nhân giáp có thể tích trung bình có điểm triệu chứng giảm nhiều hơn ở nhóm nhân giáp có thể tích nhỏ sau 6 tháng can thiệp có ý nghĩa thống kê và điểm triệu chứng đều cải thiện đáng kể so với thời điểm trước can thiệp ($p < 0,001$)⁴. Một nghiên cứu khác của tác giả Yang Guang cũng cho kết quả tương tự, ghi nhận sự cải thiện đáng kể về điểm triệu chứng sau 6 tháng theo dõi giữa các nhóm nhân giáp có thể tích khác nhau, nhóm có thể tích càng lớn thì điểm triệu chứng cải thiện càng nhiều⁸.

Tóm lại, nghiên cứu của chúng tôi cùng với

các nghiên cứu khác trên thế giới đã chỉ ra rằng điểm triệu chứng của bệnh nhân có nhân giáp giảm đáng kể sau can thiệp, đặc biệt là ở nhóm có thể tích nhân giáp lớn hơn. Điều này cũng phù hợp với thực tế rằng nhân giáp lớn ở vùng cổ có thể gây cảm giác khó chịu cho bệnh nhân, và triệu chứng thường gặp là bệnh nhân tự nhận thấy có khối ở vùng cổ. Ngoài ra, việc đánh giá thể tích nhân giáp trước can thiệp cũng góp phần dự đoán mức độ cải thiện triệu chứng sau can thiệp, và có thể hỗ trợ trong việc lên kế hoạch điều trị cho bệnh nhân dựa trên kích thước nhân giáp.

Nhóm thể tích nhân giáp và điểm thẩm mỹ. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi, nhận thấy có sự thay đổi điểm thẩm mỹ cải thiện rõ rệt trong 1 tháng đầu tiên sau can thiệp ở cả 2 nhóm thể tích nhân giáp nhỏ và trung bình với $P < 0,001$. Điểm thẩm mỹ tiếp tục giảm dần qua 3 tháng theo dõi với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước đó ($P < 0,05$), điều này đều ghi nhận ở cả 2 nhóm thể tích. Tuy nhiên, ở thời điểm 6 tháng, nhóm thể tích nhân giáp trung bình tiếp tục cải thiện về điểm thẩm mỹ, còn nhóm thể tích nhân giáp nhỏ có điểm thẩm mỹ không thay đổi so với trước đó ($P = 0,168$). Điều này có thể giải thích do mẫu nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu nhân giáp có thể tích nhỏ chiếm tỷ lệ 77,1%, điểm thẩm mỹ được đánh giá trước can thiệp chủ yếu tập trung ở nhóm điểm 2 và 3 (với 2 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất), sự cải thiện điểm thẩm mỹ nhận thấy rõ rệt trong 3 tháng đầu tiên. Nhưng nếu ở nhóm nhân giáp có thể tích trung bình thì điểm thẩm mỹ giảm dần đều qua các thời điểm theo dõi, và đạt tối đa ở thời điểm 6 tháng, tiên lượng có thể sẽ tiếp tục cải thiện với thời gian theo dõi lâu hơn. Nghiên cứu của tác giả Yang Guang và cộng sự, đánh giá sự cải thiện điểm thẩm mỹ trên 103 bệnh nhân được điều trị bằng sóng cao tần có thể tích nhân giáp khác nhau cho thấy điểm thẩm mỹ cũng cải thiện đáng kể theo thời gian ở cả các nhóm thể tích nhân giáp khác nhau ($P < 0,05$). Cụ thể, điểm thẩm mỹ giảm từ $1,5 \pm 0,5$ điểm xuống còn $1,0 \pm 0$ điểm ở nhóm thể tích nhân giáp nhỏ; $2,7 \pm 0,7$ điểm xuống còn 1,5 điểm ở nhóm thể tích nhân giáp trung bình⁸. Nghiên cứu hồi cứu của tác giả Wei-Che Lin trên 186 bệnh nhân cũng ghi nhận sự giảm dần của điểm thẩm mỹ sau 6 tháng theo dõi, với điểm thẩm mỹ ở nhóm thể tích nhân giáp nhỏ và trung bình giảm lần lượt là $1,4 \pm 1,2$ điểm xuống còn $0,2 \pm 4$ điểm; $2,5 \pm 9$ điểm xuống còn $0,8 \pm 8$ điểm⁴.

Thông qua các kết quả nêu trên, chúng tôi nhận thấy rằng nhóm thể tích nhân giáp trung bình có xu hướng cải thiện điểm thẩm mỹ lâu dài

hơn so với nhóm thể tích nhỏ. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nhóm thể tích nhỏ và điểm thẩm mỹ trước can thiệp thấp, dẫn đến sự thay đổi đáng kể trong thời gian ngắn hơn. Những nghiên cứu trước đây, như của Yang Guang⁸ và Wei-Che Lin⁴, cũng ghi nhận sự cải thiện điểm thẩm mỹ đáng kể theo thời gian ở cả hai nhóm thể tích, điều này cũng cho thấy sự hiệu quả của phương pháp điều trị trong việc cải thiện thẩm mỹ liên quan đến nhân giáp.

V. KẾT LUẬN

Đốt sóng cao tần điều trị bướu giáp đơn nhân lành tính là một phương pháp an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp và hiệu quả giảm thể tích cao (75% sau 6 tháng). Kích thước nhân giáp tỷ lệ thuận với năng lượng và thời gian can thiệp. Tỷ lệ giảm thể tích nhân giáp, điểm triệu chứng và điểm thẩm mỹ tăng dần theo thời gian sau can thiệp. Ngoài ra, tỷ lệ mô đặc trong nhân giáp cũng ảnh hưởng đến giảm thể tích nhân giáp sau can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Muhammad H, Santhanam P, Russell JO.** Radiofrequency ablation and thyroid nodules: updated systematic review. *Endocrine*. 2021;72: 619-632. doi:10.1007/s12020-020-02598-6
2. **Khanh HQ, Vuong NL, Tien TQ.** Factors Associated with the Efficacy of Radiofrequency

- Ablation in the Treatment of Benign Thyroid Nodules. *World*. 2020;12(3):118.
3. **Kuo JH.** Radiofrequency Ablation for Thyroid Nodules. In: Roman SA, Shen WT, Sosa JA, eds. *Controversies in Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: A Case-Based Approach*. Springer International Publishing; 2023:65-77.
4. **Lin W-C, Kan N-N, Chen H-L, et al.** Efficacy and safety of single-session radiofrequency ablation for benign thyroid nodules of different sizes: a retrospective study. *International Journal of Hyperthermia*. 2020;37(1):1082-1089.
5. **Bellynda M, Kamil MR, Yarso KY.** Radiofrequency ablation for benign thyroid nodule treatment: New solution in our center. *Int J Surg Case Rep*. Aug 2022;97:107418. doi:10.1016/j.ijscr.2022.107418
6. **Cesareo R, Naciu A, Iozzino M, et al.** Nodule size as predictive factor of efficacy of radiofrequency ablation in treating autonomously functioning thyroid nodules. *International Journal of Hyperthermia*. 2018;34(5):617-623.
7. **Baek JH, Kim YS, Lee D, Huh JY, Lee JH.** Benign predominantly solid thyroid nodules: prospective study of efficacy of sonographically guided radiofrequency ablation versus control condition. *American Journal of Roentgenology*. 2010;194(4): 1137-1142. doi:10.2214/AJR.09.3372
8. **Guang Y, He W, Luo Y, et al.** Patient satisfaction of radiofrequency ablation for symptomatic benign solid thyroid nodules: our experience for 2-year follow up. *BMC cancer*. 2019;19:1-8.

PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ PHÁ RUNG (ICD) Ở BỆNH NHÂN: KINH NGHIỆM DÀI HẠN TỪ MỘT TRUNG TÂM

Nguyễn Tri Thức¹, Trầm Minh Toàn¹, Lê Phước Đại¹,
Võ Thái Duy¹, Trần Lê Uyên Phương¹, Trần Cao Đạt¹,
Nguyễn Khắc Lê Sơn¹, Nguyễn Khắc Thiên Chương¹, Kiều Ngọc Dũng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Máy phá rung cấy dưới da (ICD) là phương pháp hiệu quả nhất trong việc ngăn ngừa đột tử do tim (SCD) ở bệnh nhân mắc hội chứng Brugada (BrS), một rối loạn di truyền kênh ion nguy hiểm với nguy cơ cao xuất hiện các rối loạn nhịp thất đe dọa tính mạng. Tuy nhiên, việc quyết định cấy ICD và quản lý bệnh nhân BrS vẫn đối mặt với nhiều thách thức do liên quan đến các yếu tố nguy cơ cá nhân và biến chứng sau thủ thuật cấy máy. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá hiệu

quả và độ an toàn của liệu pháp ICD tại Việt Nam, nơi có tỷ lệ mắc hội chứng BrS cao. **Phương pháp:** Đoàn hệ hồi cứu. **Kết quả:** Tổng cộng 186 bệnh nhân BrS được đặt máy khử rung ngừa đột tử tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2018 đến 2023 đã được đưa vào nghiên cứu. Đa số là nam giới (93%) với độ tuổi trung bình $45,7 \pm 12,1$ tuổi. Trong đó, 96,7% được cấy ICD một buồng, quá trình thủ thuật diễn ra an toàn, không ghi nhận biến chứng. Thời gian thực hiện trung bình là $51,2 \pm 31,5$ phút, cho thấy đây là một thủ thuật hiệu quả với độ an toàn cao. Các thông số cấy ICD như ngưỡng tạo nhịp và trở kháng đều nằm trong giới hạn bình thường, đảm bảo thiết bị hoạt động tốt. Theo dõi trung bình $34,2 \pm 14,5$ tháng; 4,3% bệnh nhân gặp rung thất và tất cả các trường hợp này đều được kiểm soát hiệu quả bằng sốc điện trong tử máy. Ngoài ra, các rối loạn nhịp khác như rung nhĩ và nhanh thất xuất hiện với tỷ lệ thấp. Đặc biệt, những bệnh nhân có tiền sử ngừng tim ngoài bệnh viện (OHCA) có nguy cơ

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Kiều Ngọc Dũng

Email: kndungbvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025