

tử cung là 1,0% (15 bệnh nhân/1501 ca phẫu thuật)⁷. Các tai biến sau phẫu thuật nội soi, thấy rằng không trường hợp gặp biến chứng nhiễm trùng móm cắt, có 1 trường hợp bị nhiễm trùng ổ trocar; ngoài ra bệnh nhân không bị các tai biến nặng nề khác. Tai biến này liên quan đến quá trình chăm sóc và đảm bảo vô khuẩn trong phẫu thuật và sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi là phương pháp mới được áp dụng tại Bệnh viện đa khoa Đông anh nhưng khá an toàn nên được khuyến khích.

Để áp dụng phương pháp này với hiệu quả cao hạn chế tai biến phẫu thuật cần tiếp tục đào tạo mở rộng và nâng cao tay nghề cho đội ngũ bác sĩ, kỹ thuật viên, đầu tư thêm trang thiết bị chuyên dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quốc Tuấn, Nguyễn Thị Phương Mai, Nguyễn Phương Tú.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2010. Tạp

chí Phụ sản. 2011;9(3):51-56.

2. **Nguyễn Tuấn Hải.** Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản nhi Bắc Ninh. Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên; 2018.
3. **Nguyễn Thị Thu Hương.** Nhận xét về cắt tử cung qua nội soi tại khoa Phụ sản Bệnh viện E hai năm 2016 - 2017. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
4. **Trần Thanh Hương.** Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108. Luận văn chuyên khoa II Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.
5. **Nguyễn Thị Thanh Hoa, Trần Thanh Hương.** Kết quả nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại bệnh viện trung ương quân đội 108. Tạp chí Y học thực hành. 2013;867(4):69-72.
6. **Nguyễn Văn Lưu.** Nghiên cứu kết quả phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện 198 - Bộ Công an. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
7. **Lafay Pilet MC, Leonard F, Chopin N, et al.** Incidence and risk factors of bladder injuries during laparoscopic hysterectomy indicated for benign uterine pathologies: a 14.5 years experience in a continuous series of 1501 procedures. Hum Reprod. 2009;24(4):842-849.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH XẠ HÌNH SPECT/CT VỚI I-131 TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA CÓ NGUY CƠ TÁI PHÁT CAO

Phạm Văn Thái^{1,2}, Nguyễn Minh Khang³, Lê Ngọc Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh của xạ hình SPECT/CT với I-131, so sánh với xạ hình toàn thân phẳng trên bệnh nhân (BN) ung thư tuyến giáp thể biệt hóa có nguy cơ tái phát cao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 125 BN được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) thể biệt hóa, đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và được phân tầng yếu tố nguy cơ tái phát cao theo ATA (American Thyroid Association) năm 2015, được WBS kết hợp SPECT/CT trước và sau điều trị I-131. **Kết quả:** SPECT/CT trước điều trị I-131 phát hiện 308 ổ tăng hoạt tính phóng xạ (HTPX). Tại vùng cổ có 291 ổ tăng HTPX, trong đó 57 ổ di căn hạch (18,5%). Trong 228 ổ được WBS nhận định là mô giáp còn lại, SPECT/CT nhận định 21 ổ là tổn thương di căn hạch (9,2%). SPECT/CT thay đổi chẩn đoán ở 72 ổ (24,3%), trong đó nâng giai đoạn ở

57 ổ (19,3%). Có 35 BN di căn (28,0%), trong đó 31 BN di căn hạch cổ, 3 BN di căn xa. SPECT/CT sau điều trị phát hiện thêm 36 ổ tăng HTPX so với SPECT/CT trước điều trị, trong đó có 4 ổ di căn xa, 17 ổ di căn hạch. So với WBS sau điều trị, SPECT/CT phát hiện thêm 2 ổ tăng HTPX, loại trừ 1 ổ nghi ngờ di căn, thay đổi chẩn đoán ở 15/35 ổ phát hiện thêm trên WBS (42,9%), trong đó nâng giai đoạn ở 12 ổ (34,3%). **Kết luận:** So với WBS, xạ hình SPECT/CT trước và sau điều trị I-131 giúp phát hiện thêm các ổ tăng HTPX, trong đó có các tổn thương di căn hạch, di căn xa và khẳng định thêm các ổ tăng HTPX là mô giáp còn lại, hấp thu sinh lý của một số cơ quan.

Từ khóa: SPECT/CT, I-131, ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, nguy cơ tái phát cao

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF I-131 SPECT/CT IN HIGH-RISK DIFFERENTIATED THYROID CANCER PATIENTS WITH A HIGH RISK OF RECURRENCE

Objective: To describe the imaging characteristics of I-131 SPECT/CT and compare it with planar whole-body scintigraphy (WBS) in patients with high-risk differentiated thyroid carcinoma (DTC). **Methods:** This prospective descriptive study included 125 patients diagnosed with differentiated thyroid

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Trung ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thái

Email: phamvanthai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025

carcinoma (DTC), who had undergone total thyroidectomy and were classified as high-risk for recurrence according to the American Thyroid Association (ATA) 2015 risk stratification guidelines. All patients underwent WBS combined with SPECT/CT both before and after I-131 therapy. **Results:** Pre-treatment SPECT/CT detected 308 areas of increased radioactive uptake (IRU). Among these, 291 lesions were located in the neck, with 57 identified as metastatic lymph nodes (18.5%). Of the 228 lesions classified by WBS as residual thyroid tissue, SPECT/CT reclassified 21 of these as metastatic lymph nodes (9.2%). SPECT/CT altered the diagnosis in 72 lesions (24.3%), including upstaging in 57 lesions (19.3%). Out of the 35 patients with metastasis (28.0%), 31 had cervical lymph node metastasis, and 3 had distant metastasis. Post-treatment SPECT/CT identified an additional 36 IRU sites compared to pre-treatment imaging, including 4 distant metastases and 17 lymph node metastases. When compared to post-treatment WBS, SPECT/CT identified 2 additional IRU sites, excluded 1 suspicious metastasis, and modified the diagnosis in 15 out of the 35 newly detected lesions on WBS (42.9%), with upstaging in 12 lesions (34.3%). **Conclusion:** Compared to WBS, I-131 SPECT/CT imaging both before and after therapy significantly enhances the detection of areas with increased radioactive uptake, including metastatic lymph nodes, distant metastases, and additional confirmation of remaining thyroid tissue, as well as physiological uptake in certain organs.

Keywords: SPECT/CT, I-131, differentiated thyroid carcinoma, high-risk for recurrence

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTT) là một trong mười bệnh ung thư thường gặp ở Việt Nam, cũng như trên phạm toàn cầu và là loại bệnh lý ác tính phổ biến nhất của hệ nội tiết.¹ Về mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến giáp gồm 2 nhóm: thể biệt hóa (chiếm trên 80%) và còn lại là thể kém biệt hóa.²⁻³ Đối với UTT thể biệt hóa, phác đồ điều trị đã được chứng minh có hiệu quả cao và được chỉ định cho phần lớn nhóm nguy cơ tái phát cao hiện nay phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ, kết hợp với điều trị I-131 và điều trị nội tiết. Tuy nhiên, việc điều trị cụ thể sau phẫu thuật sẽ phụ thuộc vào đánh giá tổn thương còn lại. Hiện nay, xạ hình toàn thân phẳng (WBS: Whole-Body Scan) với I-131 đã được chứng minh có giá trị trong việc phát hiện các tổn thương di căn hạch, di căn xa sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp. Mặc dù vậy, kỹ thuật này còn hạn chế trong một số trường hợp: định vị giải phẫu và xác định bản chất các ổ tập trung hoạt tính phóng xạ, từ đó ảnh hưởng đến việc đánh giá chính xác giai đoạn, phân tầng nguy cơ, lập kế hoạch điều trị và theo dõi bệnh nhân (BN). Kỹ thuật chụp cắt lớp phát xạ đơn photon kết hợp với cắt lớp vi tính (SPECT/CT:

Single-photon emission computed tomography) ra đời đã giúp khắc phục các nhược điểm trên.⁴⁻⁸ Tuy vậy, trên thực tế tại các cơ sở y học hạt nhân ở Việt Nam, kỹ thuật SPECT/CT chưa được áp dụng phổ biến do cần cân nhắc giữa lợi ích mang lại và một số nhược điểm như thời gian ghi hình kéo dài hay gia tăng chi phí điều trị cho người bệnh. Vì vậy việc xác định nhóm bệnh nhân phù hợp, cần được chỉ định chụp SPECT/CT để mang lại lợi ích tốt nhất là một yêu cầu quan trọng đối với các cơ sở y học hạt nhân hiện nay. Để góp phần làm sáng tỏ giá trị của xạ hình SPECT/CT, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh của xạ hình SPECT/CT với I-131, so sánh với xạ hình toàn thân phẳng trên BN ung thư tuyến giáp thể biệt hóa có nguy cơ tái phát cao

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 125 BN được chẩn đoán xác định UTT thể biệt hóa, đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và được phân tầng yếu tố nguy cơ tái phát cao theo hướng dẫn của ATA năm 2015.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp.
- Có kết quả mô bệnh học sau mổ là ung thư tuyến giáp thể biệt hóa
- Được phân tầng nguy cơ tái phát cao theo hướng dẫn của ATA năm 2015, cụ thể có ít nhất một trong các đặc điểm:
 - U xâm lấn đại thể ngoài tuyến giáp (T4a, T4b).
 - Có di căn xa được chẩn đoán bằng mô bệnh học.
 - Nồng độ Tg huyết thanh sau phẫu thuật gợi ý di căn xa (Tg > 30 ng/ml).
 - Di căn hạch bất kì với đường kính lớn nhất ≥ 3 cm trên mô bệnh học và/hoặc đánh giá trong phẫu thuật.
- Được điều trị I-131 và đồng ý chụp xạ hình toàn thân phẳng kết hợp SPECT/CT trước và sau điều trị.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN không thể giữ nguyên tư thế trong quá trình chụp xạ hình SPECT/CT.

- BN mắc ung thư khác

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Là nghiên cứu mô tả tiến cứu

2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Y học hạt nhân, bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 08/2023 đến tháng 05/2024.

2.3. Phương tiện, kỹ thuật sử dụng

trong nghiên cứu

- **Kỹ thuật chụp xạ hình toàn thân phẳng (WBS):** Máy GE Infinia và GE Optima NM/CT 640. Sử dụng collimator năng lượng cao, đỉnh năng lượng 364 keV, cửa sổ năng lượng 15-20%, ma trận 512 x 1024. Hình ảnh được xử lý và đọc kết quả bằng Xeleris Functional Imaging Workstation 4.0.

- **Kỹ thuật chụp SPECT/CT:** Máy GE Optima NM/CT 640. Sử dụng collimator năng lượng cao, đỉnh năng lượng 364 keV, cửa sổ năng lượng 15-20%, chế độ 2 đầu, ma trận 128 x 128, 64 frames với 20 giây/frame, orbit 180°. CT full range với điện áp 120 kV, dòng điện 10-30 mA tự động hiệu chỉnh theo kích thước, pitch 1,25, độ dày lát cắt 2,5 mm, ma trận 512 x 512. Hình ảnh được xử lý và đọc kết quả bằng Xeleris Functional Imaging Workstation 4.0.

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Lựa chọn BN theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, đánh giá BN sau phẫu thuật

- Tiến hành chụp xạ hình WBS và SPECT/CT trước điều trị: Ghi nhận các đặc điểm hình ảnh tăng hoạt tính phóng xạ (HTPX) về vị trí, số lượng tổn thương, nhận định chẩn đoán, so sánh giữa 2 kỹ thuật.

+ Hình ảnh SPECT/CT được kết luận là nâng giai đoạn so với WBS (upstage) khi mô giáp còn lại hoặc tổn thương chưa xác định trên WBS nhưng được ghi nhận là hạch cổ di căn/nghi ngờ hạch cổ di căn trên SPECT/CT.

+ Hình ảnh SPECT/CT được kết luận là hạ giai đoạn so với WBS (downstage) khi hạch cổ di căn hoặc tổn thương chưa xác định trên WBS được ghi nhận là mô giáp còn lại/sinh lý.

- Hội chẩn và xác định liều điều trị, tiến hành điều trị I-131

- Tiến hành chụp xạ hình WBS và SPECT/CT sau điều trị: Ghi nhận các đặc điểm hình ảnh tăng HTPX về vị trí, số lượng tổn thương, nhận định chẩn đoán, so sánh giữa 2 kỹ thuật.

+ Hình ảnh SPECT/CT được kết luận là nâng giai đoạn so với WBS (upstage) khi tổn thương chưa xác định trên WBS nhưng được ghi nhận là di căn trên SPECT/CT.

+ Hình ảnh SPECT/CT được kết luận là hạ giai đoạn so với WBS (downstage) khi di căn xa hoặc tổn thương chưa xác định trên WBS nhưng được ghi nhận là tập trung sinh lý trên SPECT/CT.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu. Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0. Sử dụng các test thống kê y học khi so sánh các giá trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu

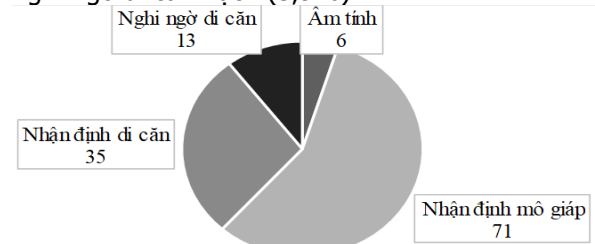
được thực hiện tuân thủ theo các quy định về đạo đức nghiên cứu trong y sinh học và được phép của lãnh đạo Bệnh viện Trung ương quân đội 108. Tất cả các thông tin khai thác từ BN và hồ sơ bệnh án đều được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng trong bất kỳ hình thức nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh của xạ hình SPECT/CT trước điều trị (n=308 ổ tăng HTPX)

SPECT/CT trước điều trị	Số ổ	Tỷ lệ (%)
Vùng cổ	Mô giáp còn lại	216
	Di căn hạch	57
	Nghi ngờ di căn hạch	12
	Chưa xác định	6
Toàn thân	Di căn xa	16
	Chưa xác định	1
Tổng	308	100%

Nhận xét: Xạ hình SPECT/CT với I-131 ở 125 BN, phát hiện 308 ổ tăng HTPX. Tại vùng cổ có 291 ổ tăng HTPX, trong đó 216 ổ là mô giáp còn lại (70,1%), 57 ổ di căn hạch (18,5%), 12 ổ nghi ngờ di căn hạch (3,9%).



Biểu đồ 1. Kết quả hình ảnh của xạ hình SPECT/CT chẩn đoán trước điều trị I-131 (n=125 BN)

Nhận xét: Có 6 BN có xạ hình toàn thân âm tính (4,8%), 71 BN SPECT/CT nhận định tập trung phóng xạ tại mô tuyến giáp còn lại (56,8%), 35 BN di căn (28,0%), trong đó 31 BN di căn hạch cổ, 3 BN di căn xa.

Bảng 2. Phát hiện thêm ở xạ hình WBS và SPECT/CT sau điều trị I-131

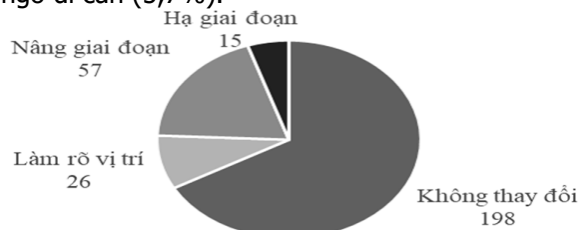
Xạ hình sau điều trị	Phát hiện thêm trên WBS (n=35 ổ)		Phát hiện thêm trên SPECT/CT (n=36 ổ)	
	Số ổ	Tỷ lệ %	Số ổ	Tỷ lệ %
Mô giáp còn lại	10	28,6	10	27,8
Di căn hạch	6	17,1	17	47,2
Di căn xa	4	11,4	4	11,1
Chưa xác định	15	42,9	3	8,3
Nghi ngờ di căn			2	5,5
Tổng	35	100%	36	100%

Nhận xét: SPECT/CT sau điều trị phát hiện thêm 36 ổ tăng HTPX so với SPECT/CT trước điều trị, trong đó có 4 ổ di căn xa, 17 ổ di căn hạch. Tỷ lệ chẩn đoán di căn là 58,3%.

Bảng 3. So sánh xạ hình WBS và SPECT/CT trước điều trị I-131 (n=296 ổ)

WBS trước điều trị		SPECT/CT trước điều trị		Vị trí thay đổi
		Giữ nguyên	Thay đổi	
Mô giáp còn lại	228	194	34	Di căn hạch cổ (21 ổ)
				Nghi ngờ di căn hạch (12 ổ)
				Nghi ngờ di căn xương (1 ổ)
Di căn hạch cổ	13	12	1	Mô giáp còn lại (1 ổ)
Chưa xác định	41	4	37	Mô giáp còn lại (10 ổ)
				Di căn hạch cổ (21 ổ)
				Di căn hạch trung thất (1 ổ)
				Di căn phổi (1 ổ)
				Sinh lý tuyến nước bọt (1 ổ)
				Sinh lý tuyến ức (1 ổ)
Di căn xa	14	14	0	Sinh lý buồng trứng (2 ổ)
Tổng	296	224	72	

Nhận xét: Trong 228 ổ được WBS nhận định là mô giáp còn lại, SPECT/CT nhận định 21 ổ là tổn thương di căn hạch (9,2%), 13 ổ nghi ngờ di căn (5,7%).



Biểu đồ 2. Thay đổi hình ảnh của SPECT/CT so với WBS trước điều trị (n=296 ổ)

Nhận xét: SPECT/CT thay đổi chẩn đoán ở 72 ổ (24,3%), trong đó nâng giai đoạn ở 57 ổ (19,3%), hạ giai đoạn ở 15 ổ (5,1%).

Bảng 4. So sánh xạ hình WBS và SPECT/CT sau điều trị I-131 (n=35 ổ)

Số ổ phát hiện thêm trên WBS		SPECT/CT sau điều trị		Vị trí thay đổi
		Giữ nguyên	Thay đổi	
Mô giáp còn lại	10	7	3	Di căn hạch (1 ổ)
				Nghi ngờ di căn hạch (2 ổ)
Di căn	6	6	0	

hạch				
Chưa xác định	14	3	11	Mô giáp còn lại (2 ổ)
				Di căn hạch (9 ổ)
Di căn xa	4	4	0	
Nghi ngờ di căn xa	1	0	1	Loại trừ di căn (1 ổ)
Tổng	35	20	15	

Nhận xét: SPECT/CT sau điều trị phát hiện thêm 2 ổ tăng HTPX so với WBS sau điều trị, loại trừ 1 ổ nghi ngờ di căn, thay đổi chẩn đoán ở 15/35 ổ phát hiện thêm trên WBS (42,9%), trong đó nâng giai đoạn ở 12 ổ (34,3%), hạ giai đoạn ở 3 ổ (8,6%).

IV. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh vai trò của xạ hình SPECT/CT trong việc tăng cường giá trị chẩn đoán so với xạ hình toàn thân phẳng thông thường. Barwick và cộng sự tiến hành nghiên cứu chụp xạ hình chẩn đoán với I-123 trên 79 BN sau phẫu thuật, kết quả độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính lần lượt đối với WBS là 41, 68, 31, 77%, đối với SPECT/CT là 50, 100, 100, 85%, SPECT/CT có khả năng cung cấp thông tin làm rõ tổn thương trên 70% ổ tăng HTPX phát hiện trên WBS.⁹ Nghiên cứu của Spanu và cộng sự trên 108 BN chụp xạ hình chẩn đoán với I-131 và 9 BN sau điều trị cho thấy SPECT/CT phát hiện được nhiều ổ tập trung HTPX hơn so với WBS (158 ổ so với 116 ổ), gia tăng giá trị chẩn đoán so với WBS ở 67,8% BN.¹⁰

Trên 125 BN trong nghiên cứu của chúng tôi, xạ hình toàn thân phẳng phát hiện được 296 ổ tăng HTPX, trong đó 228 ổ được nhận định là mô giáp còn lại, 13 ổ là hạch di căn, 14 ổ di căn xa và 41 ổ chưa xác định. So sánh với WBS, SPECT/CT phát hiện thêm 16 ổ tăng HTPX (11 mô giáp, 2 hạch di căn, 2 chưa xác định). SPECT/CT khẳng định chẩn đoán ở 37/41 ổ chưa xác định trên WBS, trong đó 10 ổ là mô giáp còn lại, 4 ổ tập trung sinh lý (tuyến nước bọt, tuyến ức, buồng trứng), 21 ổ di căn hạch cổ, 1 ổ di căn hạch trung thất, 1 ổ di căn phổi. Trong 228 ổ WBS nhận định là mô giáp còn lại, SPECT/CT thay đổi 34/228 ổ (14,9%), trong đó 21 ổ di căn hạch cổ, 12 ổ nghi ngờ di căn hạch, 1 ổ nghi ngờ di căn xương. Trong 13 ổ WBS nhận định là di căn hạch, 14 ổ nhận định di căn xa, SPECT/CT nhận định 1 ổ là mô giáp còn lại, xác định vị trí của 12 ổ di căn hạch, 14 ổ di căn xa (13 ổ tại xương, 1 ổ tại phổi). Tóm lại, SPECT/CT giúp gia tăng giá trị chẩn đoán ở 98/296 ổ tăng tập trung HTPX trên WBS (33,1%), trong đó cung cấp thông tin làm rõ ràng vị trí tổn thương trên

26 ổ (12 ổ di căn hạch, 14 ổ di căn xa) thay đổi chẩn đoán ở 72 ổ (nâng giai đoạn ở 57 ổ, hạ giai đoạn ở 15 ổ).

Áp dụng test kiểm định McNemar cho thấy không có sự khác biệt giữa WBS và SPECT/CT trong phát hiện mô giáp còn lại ($p = 0,14$) và phát hiện di căn xa ($p = 0,5$), có sự khác biệt giữa WBS và SPECT/CT trong phát hiện di căn hạch cổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

So sánh với WBS, SPECT/CT sau điều trị phát hiện thêm 2 ổ tăng HTPX (1 mô giáp, 1 di căn hạch cổ), gia tăng giá trị chẩn đoán ở 28/35 ổ (80%), trong đó cung cấp thông tin làm rõ ràng vị trí tổn thương trên 10 ổ di căn (6 ổ di căn hạch, 4 ổ di căn xa), thay đổi chẩn đoán ở 15 ổ (nâng giai đoạn ở 12 ổ, hạ giai đoạn ở 3 ổ). Như vậy, kết hợp với thông tin trước điều trị, SPECT/CT gia tăng giá trị chẩn đoán so với WBS trên 38,1% số ổ tăng HTPX (98/296 ổ trên WBS trước điều trị, 28/35 ổ phát hiện thêm trên WBS sau điều trị)

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 125 BN ung thư tuyến giáp thể biệt hóa có nguy cơ tái phát cao sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, chúng tôi rút ra kết luận: So với xạ hình toàn thân phẳng, xạ hình SPECT/CT trước và sau điều trị I-131 giúp phát hiện thêm các ổ tăng HTPX, trong đó có các tổn thương di căn hạch, di căn xa và khẳng định thêm các ổ tăng HTPX là mô giáp còn lại, hấp thu sinh lý của một số cơ quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on Cancer. Cancer Today.** Accessed March 5, 2025.

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&key=total&group_populations=1&population=900&types=0_1&sort_by=value1

2. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.** Thyroid Carcinoma. Version 5.2025 - January 15, 2025
3. **Mai Trọng Khoa.** Điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa bằng Iốt phóng xạ. Điều Trị Bệnh Basedow và Ung Thư Tuyến Giáp Thể Biệt Hóa Bằng I-131. Nhà xuất bản Y học; 2013:186-262.
4. **Lê Ngọc Hà.** Vai trò của SPECT/CT xạ hình iốt phóng xạ. Điều trị và Quản lý ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau phẫu thuật. Nhà xuất bản Y học; 2023:113-117.
5. **Mai Hồng Sơn, Lê Ngọc Hà.** Giá trị của xạ hình I-131 SPECT/CT trong chẩn đoán giai đoạn ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Tạp chí Y dược học lâm sàng 108. 2018;Tập 13-Số đặc biệt 7/2018:68-75.
6. **Lee SW.** SPECT/CT in the Treatment of Differentiated Thyroid Cancer. Nucl Med Mol Imaging. 2017;51(4):297-303.
7. **Maruoka Y, Abe K, Baba S, et al.** Incremental diagnostic value of SPECT/CT with 131-I scintigraphy after radioiodine therapy in patients with well-differentiated thyroid carcinoma. Radiology. 2012;265(3):902-909.
8. **Grewal RK, Tuttle RM, Fox J, et al.** The effect of posttherapy 131-I SPECT/CT on risk classification and management of patients with differentiated thyroid cancer. J Nucl Med . 2010;51(9):1361-1367
9. **Barwick T, Murray I, Megadmi H, et al.** Single photon emission computed tomography (SPECT)/computed tomography using Iodine-123 in patients with differentiated thyroid cancer: additional value over whole body planar imaging and SPECT. Eur J Endocrinol. 2010;162(6):1131-1139.
10. **Spanu A, Solinas ME, Chessa F, Sanna D, Nuvoli S, Madeddu G.** 131-I SPECT/CT in the follow-up of differentiated thyroid carcinoma: incremental value versus planar imaging. J Nucl Med. 2009;50(2):184-190.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA ĐƯỜNG ĐỘNG MẠCH QUAY TẠI CƠ SỞ 2 BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI

Nguyễn Công Hà¹, Nguyễn Văn Sơn¹, Lê Hương Giang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chụp động mạch vành (CAG) được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và đánh giá bệnh lý này. Tiếp cận qua động mạch quay được ưa chuộng nhờ giảm biến chứng chảy máu và tăng sự thoải mái cho bệnh nhân. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm

dịch tể và lâm sàng của bệnh nhân được can thiệp động mạch vành qua đường động mạch quay.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 1.387 bệnh nhân từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2023 tại Khoa Tim mạch can thiệp cơ sở 2, Bệnh viện Tim Hà Nội. Dữ liệu được thu thập từ bệnh án và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả nghiên cứu:** Trong 1.387 bệnh nhân, nam giới chiếm 64,3%, nữ giới 35,7%. Tuổi trung bình là $66,2 \pm 10,7$, với nhóm 65-80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (48,7%). Các bệnh lý nền phổ biến gồm tăng huyết áp (57,8%) và suy tim (41,7%). 23,4% bệnh nhân có tiền sử can thiệp động mạch vành trước đó. **Kết luận:** Bệnh động mạch vành phổ biến hơn ở nam

¹Bệnh viện Tim Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Hà

Email: conghacardio@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025