

vật phức hợp cho thấy tính linh hoạt trong tạo hình các tổn khuyết phức tạp. Ứng dụng trong tạo hình họng miệng với cấu trúc vùng mất chất phức tạp, diện tích không quá lớn, vật đùi trước ngoài cho thấy sự ưu việt hơn hẳn với tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ biến chứng thấp.



Hình 3.2: Kết quả sau tạo hình họng miệng 3 tuần



Hình 3.3: Kết quả tạo hình ngày sau phẫu thuật và sau phẫu thuật 3 tuần

IV. KẾT LUẬN

Không có bệnh nhân tử vong trong và sau phẫu thuật, các biến chứng xảy ra ở mức độ nhẹ, tỷ lệ thấp, không làm ảnh hưởng tới thời gian dự kiến xạ trị hậu phẫu cho bệnh nhân. Kết quả trên cho thấy hiệu quả tốt của điều trị phẫu thuật cắt ung thư biểu mô vảy họng miệng giai

đoạn muộn qua đường xương hàm dưới trên phương diện khả năng cắt bỏ u rộng rãi cả về đại thể và vi thể và khả năng kiểm soát tốt biến chứng trong và sau phẫu thuật.

Kết quả tạo hình thành công 100% cũng cho thấy sự ưu việt của vật đùi trước ngoài trong tạo hình các tổn thương mất chất vùng họng miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Serban B.** Transmandibular approach on 119 oral cavity and pharyngeal cancer patients. Hippokratia Q Med J. 2015;19(3):286.
2. **Almeida P, Bueno DV.** Transmandibular Approach in Head and Neck Oncological surgery. Chin J Dent Res. 2020 Apr;257–64.
3. **Efthimios C, R C.** Transmandibular Approaches to the Oral Cavity and Oropharynx: A functional assessment. Arch Otorhinolaryngol-Head Neck Surg. 1992;118:1164–7.
4. **Tassone P.** Orocutaneous Fistula After Oral Cavity Resection and Reconstruction: Systematic and Meta-Analysis. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2021 Sep;131(8):880–91.
5. **Lê HP.** Nghiên cứu sử dụng vật đùi trước ngoài phức hợp tự do che phủ tổn khuyết phần mềm phức tạp cằm bàn chân. Đại học Y Hà Nội; 2021.
6. **Dương MC.** Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu và ứng dụng lâm sàng của vật đùi trước ngoài dạng chùm. Đại học Y Hà Nội; 2018.
7. **Kim SW, Kim KN, Hong JP.** Use of the chimeric anterolateral thigh free flap in lower extremity reconstruction. Microsurgery. 2015 Sep 14;35(8):634–9.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2,3}, Nguyễn Công Tân^{1,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 108 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 01/2022 đến tháng 01/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $45,8 \pm 11,8$; 88,9% nữ giới. Tỷ lệ phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là 63,9%. Tỷ lệ vết

hạch cổ khoang trung tâm và vết hạch cổ bên lần lượt là 100% và 4,6%. Khàn tiếng và hạ calci là 2 biến chứng hay gặp nhất chiếm 15,7% và 29,7%, cao hơn ở nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp. Kết quả sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng cho kết quả tốt với tỷ lệ là 94,4%, 98,1% và 99,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình cho kết quả tốt, đảm bảo an toàn và tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, kết quả phẫu thuật, ung thư tuyến giáp thể nhú.

SUMMARY

THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR PAPILLARY THYROID CARCINOMA AT THAI BINH PROVINCIAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the clinical characteristics and the results of surgical treatment for papillary thyroid carcinoma (PTC) at Thai Binh Provincial Hospital. **Methods:** A combined

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

⁴Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyentuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 2.7.2025

retrospective and prospective study on 108 patients with papillary thyroid cancer who were operated at Thai Binh Provincial General Hospital from January 2022 to January 2024. **Results:** The mean age was $45,8 \pm 11,8$; 88,9% female. The rates of total thyroidectomy was 63,9%. The rates of central neck dissection and lateral neck dissection were 100% và 4,6%, respectively. Hoarseness and hypocalcemia were the two most common complications (15,7% và 29,7%), higher in total thyroidectomy. At 1, 3, and 6 months postoperatively, favorable outcomes were observed in 94,4%, 98,1%, and 99,1% of cases, respectively. **Conclusion:** The surgical treatment of papillary thyroid carcinoma at Thai Binh Provincial General Hospital was associated with positive therapeutic outcomes, characterized by procedural safety and a minimal complication rate.

Keywords: clinical characteristics, surgical outcomes, papillary thyroid carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTT) là bệnh lý ác tính phổ biến nhất của hệ nội tiết và có xu hướng gia tăng trên toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư tuyến giáp đứng thứ 7 về tỷ lệ mắc mới với khoảng 821.214 ca mắc mới, tỷ lệ nam/nữ là 1/3.¹ Ung thư biểu mô tuyến giáp được chia thành hai nhóm mô bệnh học khác nhau là UTTG thể biệt hóa và UTTG thể không biệt hóa. Trong UTTG thể biệt hóa, UTTG thể nhú chiếm đa số với tỷ lệ là 80-85%.² Điều trị chủ yếu bao gồm phẫu thuật, điều trị I-131 và liệu pháp nội tiết trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, có tính chất quyết định đến kết quả điều trị. Tuy nhiên phẫu thuật tuyến giáp có thể gây ra nhiều biến chứng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống trong thời gian dài, vì vậy cần được tiến hành tại các cơ sở chuyên sâu có kinh nghiệm. Tại Việt Nam, phẫu thuật UTTG đã được triển khai tại nhiều cơ sở y tế, trong đó có Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp này khi được áp dụng tại đây. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 108 bệnh nhân UTTG thể nhú được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 01/2022 đến tháng 01/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Có kết quả mô bệnh học sau mổ chẩn đoán UTBTG thể nhú.

- Được phẫu thuật mổ mở cắt tuyến giáp, vét hạch cổ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ kết quả.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu

2.3. Các chỉ số nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng: Tuổi; giới; lí do vào viện; khám u: sờ thấy u (có hay không), vị trí u (thùy phải, thùy trái, eo), mật độ u (mềm hay cứng, chắc), di động u (có hay không có di động).

Cận lâm sàng: Siêu âm tuyến giáp: số lượng u, âm vang, tính chất vôi hóa, TIRADS.

Phương pháp phẫu thuật: phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp và cắt toàn bộ tuyến giáp; vét hạch cổ (vét hạch cổ nhóm trung tâm, vét hạch cổ nhóm trung tâm và nhóm cổ bên)

Kết quả của phẫu thuật: biến chứng: khàn tiếng, chảy máu, hạ calci, rò ống ngực

Kết quả ung thư học: Giai đoạn sau mổ. Kết quả đánh giá chung sau phẫu thuật.

2.4. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê y học. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		n (%)
Giới	Nữ	96 (88,9)
	Nam	12 (11,1)
Tuổi (TB $\pm$ SD)		45,8 $\pm$ 11,8 (22-76)
Lý do vào viện	Khám sức khỏe định kỳ	64 (59,3%)
	Tự sờ thấy u vùng cổ	29 (26,9%)
	Triệu chứng di căn xa	0
	Nuốt vướng	13 (12%)
	Khàn tiếng	0
Nổi hạch cổ		3 (2,8%)

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $45,8 \pm 11,8$ năm trong khoảng từ 22 đến 76 tuổi. Số bệnh nhân là nữ giới là 96 chiếm 88,9%. Khám sức khỏe định kỳ phát hiện bệnh là lý do hay gặp nhất, chiếm 59,3%, sau đó là tự sờ thấy khối u vùng cổ chiếm 26,9%, nuốt vướng chiếm 12% và nổi hạch cổ chiếm 2,8%. Không trường hợp nào vào viện vì khàn tiếng hay có triệu chứng của di căn xa.

Bảng 2: Đặc điểm trên lâm sàng và cận lâm sàng của u tuyến giáp

Đặc điểm u trên lâm sàng và cận lâm sàng		n (%)
Sờ thấy u trên lâm sàng	Có	80 (74,1)
	Không	28 (25,9)

Vị trí u (n=80)	Thùy phải	26 (32,5)
	Thùy trái	35 (43,8)
	Eo giáp	10 (12,5)
	Cả hai thùy	9 (11,2)
Số lượng	1 u	90 (83,3)
	≥ 2 u	18 (16,7)
Kích thước u	U < 1cm	86 (79,6)
	1 cm < U < 4 cm	22 (20,4)
	U ≥ 4cm	0
TIRADS	4a	10 (9,3)
	4b	13 (12)
	4c	20 (18,5)
	5	65 (60,2)

Có 80/108 BN sờ thấy u khi khám lâm sàng (74,1%), trong đó u thùy phải có 26 trường hợp (32,5%), u thùy trái có 35 trường hợp (43,8%), 9 trường hợp u 2 thùy (11,2%) và 10 trường hợp u ở eo giáp (12,5%). Siêu âm thấy 1 khối u chiếm tỷ lệ cao nhất (83,3%). Đa số bệnh nhân có khối u < 1cm với 79,6%. TIRADS 4c và TIRADS 5 chiếm tỷ lệ cao nhất là 18,5% và 60,2%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3: Phương pháp và kết quả phẫu thuật

Phương pháp và kết quả phẫu thuật		n (%)
Phẫu thuật tuyến giáp	Cắt thùy và eo tuyến giáp	39 (36,1)
	Cắt tuyến giáp toàn bộ	69 (63,9)
Vết hạch cổ	Chỉ vết hạch nhóm trung tâm	103 (95,4)
	Nhóm trung tâm và hạch cổ bên	5 (4,6)
Biến chứng	Chảy máu	5 (4,6)
	Khàn tiếng	17 (15,7)
	Hạ calci	32 (29,7)
	Rò ống ngực	0

Tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt TB TG chiếm phần lớn với 63,9%. Tỷ lệ bệnh nhân được vết hạch cổ khoang trung tâm và vết hạch cổ bên là 100% và 4,6%. Khàn tiếng và hạ calci là 2 biến chứng hay gặp nhất trong khi biến chứng chảy máu và rò ống ngực rất ít gặp chiếm 4,6% và 0%.

Bảng 4: Mối liên quan giữa một số biến chứng sau mổ và phương pháp phẫu thuật

Đặc điểm		Phương pháp phẫu thuật		p
		Cắt toàn bộ	Cắt thùy + eo	
Khàn tiếng	Có	9	0	p<0,05
	Không	60	39	
Hạ calci	Có	18	0	p<0,05
	Không	51	39	

Tỷ lệ khàn tiếng và hạ calci ở nhóm bệnh

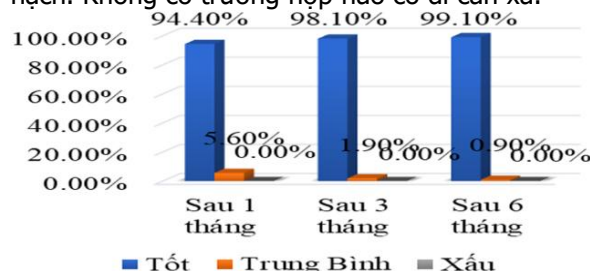
nhân cắt toàn bộ tuyến giáp cao hơn so với nhóm bệnh nhân cắt thùy + eo tuyến giáp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

3.3. Kết quả ung thư học

Bảng 5: Kết quả ung thư học

Kết quả ung thư học		n (%)
Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật	T ₁	86 (79,6)
	T ₂	14 (13)
	T ₃	8 (7,4)
	T ₄	0
	N ₀	68 (63)
	N _{1a}	35 (32,4)
	N _{1b}	5 (4,6)
	M ₀	108 (100)

Nhóm bệnh nhân có kích thước u T₁ chiếm tỷ lệ lớn nhất (79,6%), nhóm u T₂ chiếm 13%, nhóm u T₃ chiếm 7,4%, không có trường hợp nào u T₄. Trong 108 bệnh nhân được nạo vét hạch cổ có 37 % có di căn hạch cổ, trong đó di căn hạch N_{1a} chiếm 32,4% và di căn hạch N_{1b} chiếm 4,6%. Có 63% trường hợp không di căn hạch. Không có trường hợp nào có di căn xa.



Biểu đồ 1: Đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng và sau 6 tháng

Theo dõi sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng cho kết quả tốt với tỷ lệ là 94,4%, 98,1% và 99,1%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi thấp nhất là 22 tuổi, cao nhất là 76 tuổi, tuổi trung bình bệnh nhân là $45,8 \pm 11,8$, cao hơn so với nghiên cứu của Trần Văn Thông với tuổi mắc bệnh trung bình $43,27 \pm 14,71$ tuổi.² Trong nghiên cứu của chúng tôi, 96 trong số 108 bệnh nhân là nữ giới. Theo nghiên cứu của Nguyễn Quốc Bảo (2010), tỉ lệ ung thư tuyến giáp ở nữ giới cao gấp 3 lần nam giới.⁴ Như vậy cho thấy UTTG thể nhú chủ yếu gặp ở nữ giới và có xu hướng gia tăng. Khám sức khỏe định kỳ tình cờ phát hiện khối u tuyến giáp là lý do vào viện chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 59,3% trường hợp UTTG thể nhú, cao hơn kết quả nghiên cứu của Lê Văn Long (2018) là 48,64%.⁵ Tuy nhiên theo nghiên cứu trước đây của tác giả Lê Văn Quảng (2002) nguyên nhân thường gặp nhất là tự sờ

thấy khối u vùng cổ, chiếm 68,5%, theo Đinh Xuân Cường (2010) tỉ lệ này là 73,8%.^{6,7} Tỷ lệ bệnh nhân tự sờ thấy u vùng cổ trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm tỉ lệ 26,9%. Điều này cho thấy ngày nay mức độ hiểu biết và quan tâm tới sức khỏe bản thân của người dân tăng lên do đó mọi người có xu hướng đi khám sức khỏe định kì thường xuyên hơn và nhờ phương tiện chẩn đoán hình ảnh siêu âm đã phát hiện bệnh sớm hơn khi chưa có triệu chứng lâm sàng. Tỷ lệ bệnh nhân nuốt vướng và nổi hạch cổ là 12% và 2,8%, trong khi không trường hợp nào vào viện vì khàn tiếng hay có triệu chứng của di căn xa. Về vị trí của khối u, phần lớn các trường hợp gặp ở một thùy với tỉ lệ thùy phải và thùy trái lần lượt là 32,5% và 43,8%. U cũng có thể gặp ở eo giáp với tỉ lệ 12,5%. Siêu âm là công cụ chẩn đoán hình ảnh có vai trò quan trọng trong quá trình sàng lọc và chẩn đoán UTTG. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân độ TIRADS 4c và TIRADS 5 chiếm tỷ lệ cao nhất là 18,5% và 60,2% trong khi tỷ lệ phân độ TIRADS 4 và TIRADS 5 chiếm 18,5% và 60,2% theo nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Sơn.³ Như vậy, đa số các trường hợp UTTG sẽ có phân độ trên siêu âm là TIRADS 4 và TIRADS 5.

Trong số 108 bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 63,8% là cắt toàn bộ tuyến giáp, 36,1% là cắt thùy và eo tuyến giáp. Tỷ lệ này của chúng tôi so sánh với tỉ lệ trong nghiên cứu của tác giả Trần Văn Thông với 81,43% là cắt toàn bộ tuyến giáp, 12,86% cắt gần toàn bộ tuyến giáp và chỉ có 5,71% là cắt thùy và eo tuyến giáp.² Điều này cho thấy ngày nay xu thế cắt thùy và eo tuyến giáp ngày càng tăng lên do sự tiến bộ của y học cũng như mục tiêu bảo tồn tối đa phần tuyến giáp lành nguy cơ tái phát thấp giúp nâng cao chất lượng sống của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi có toàn bộ bệnh nhân được vét hạch cổ, trong đó tỷ lệ vét hạch cổ trung tâm đơn thuần là 91,7%, tỷ lệ vét hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên là 8,3%. Trong khi đó theo nghiên cứu của tác giả Trần Văn Thông cho kết quả là 50% bệnh nhân được vét hạch cổ, trong đó tỷ lệ vét hạch cổ một bên là 38,57%, hai bên là (11,4%)². Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng khàn tiếng và hạ calci là 2 biến chứng hay gặp nhất. Tỷ lệ khàn tiếng tạm thời là 15,7%, thấp hơn nghiên cứu của tác giả Lê Văn Long là 23,64%.⁵ Tỷ lệ bệnh nhân hạ calci máu là 29,7%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Long là 9,54% và Nguyễn Tuấn Sơn 12,2%.^{3,5} Biến chứng chảy máu rất ít gặp với tỷ lệ 4,6%. Không có bệnh nhân nào có biến chứng rò ống ngực. Nghiên

cứu của chúng tôi cho thấy toàn bộ bệnh nhân khàn tiếng và hạ calci máu sau phẫu thuật đều ở nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp cao hơn so với nhóm cắt thùy và eo, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Chadwick.⁸ Các nghiên cứu khác nhau trên thế giới cũng chỉ ra rằng nguy cơ tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược và hạ calci máu sau phẫu thuật sẽ cao hơn ở nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ so với nhóm chỉ cắt thùy và eo.⁸

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu gặp ở giai đoạn I với tỷ lệ 91,7%, có 8,3% trường hợp ở giai đoạn II, không có trường hợp nào ở giai đoạn III, IV. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác về giai đoạn I của bệnh và giai đoạn IV của bệnh như theo nghiên cứu của Đinh Xuân Cường thì ở giai đoạn giai đoạn I là 64,4%, giai đoạn IV chiếm một tỷ lệ thấp 3,1%, của Lê Văn Quảng, giai đoạn I là 65,6% và giai đoạn IV là 4,2%.^{6,7} Không có trường hợp nào có di căn xa trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo dõi bệnh nhân tại viện sau 1 tuần phẫu thuật cho thấy đa số các bệnh nhân đều có kết quả tốt là 89,8%, tuy nhiên vẫn còn một tỷ lệ bệnh nhân có kết quả mức độ trung bình là 10,2%, không ghi nhận có trường hợp nào có kết quả xấu. Tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của Trần Văn Thông là 85,71% kết quả tốt và 14,29% cho kết quả trung bình.²

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình cho kết quả tốt, đảm bảo an toàn và tỷ lệ biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA A Cancer J Clinicians*. 2022;68(6): 394-424.
2. **Trần Văn Thông.** Đánh Giá Kết Quả Sớm Phẫu Thuật Ung Thư Tuyến Giáp Tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ. Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội; 2014.
3. **Nguyễn Tuấn Sơn, Hàn TVT.** Kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều. *VMJ*. 2021;506(1).
4. **Nguyễn Quốc Bảo.** Ung thư tuyến giáp. Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư. Nhà xuất bản y học; 2010:92-113.
5. **Lê Văn Long.** Đánh Giá Kết Quả Sớm Phẫu Thuật Ung Thư Tuyến Giáp Tại Bệnh Viện K Năm 2017. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.

6. **Lê Văn Quảng.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992-2000. Tạp chí Y học Việt Nam. 2002:323-326.
7. **Đinh Xuân Cường.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Mô Bệnh Học và Kết Quả Điều Trị Phẫu

Thuật Ung Thư Tuyến Giáp Tại Bệnh Viện K. Đại học Y Hà Nội.

8. **Chadwick DR.** Hypocalcaemia and permanent hypoparathyroidism after total/bilateral thyroidectomy in the BAETS Registry. Gland Surg. 2017;6(S1):S69-S74.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG TĂNG ACID URIC MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ BỆNH THẬN MẠN TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG NĂM 2024

Bùi Thị Quỳnh¹, Nguyễn Thị Thu Hương¹, Nguyễn Thị Thu Trang²
Nguyễn Thái Hà Dương², Nguyễn Thị Thuý Mậu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ tăng acid uric máu và phân tích mối liên quan giữa tăng acid uric với một số yếu tố lâm sàng, sinh hoạt và cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 153 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2024. Dữ liệu được thu thập qua khám lâm sàng, khai thác bệnh sử và thực hiện các xét nghiệm sinh hóa máu. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng acid uric máu là 68,6%. Tình trạng này có liên quan có ý nghĩa thống kê với giai đoạn bệnh thận mạn, chế độ ăn giàu purin, uống rượu bia, tiền sử gout, thời gian mắc bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp ≥ 10 năm. Một số chỉ số cận lâm sàng như glucose máu, eGFR, ure, triglycerid và hemoglobin có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm tăng và không tăng acid uric. **Kết luận:** Tăng acid uric máu là tình trạng thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn và có liên quan đến nhiều yếu tố nguy cơ. Cần được chú trọng tầm soát trong lâm sàng. **Từ khóa:** Acid uric, bệnh thận mạn, đái tháo đường típ 2

SUMMARY

RESEARCH ON HYPERURICEMIA IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY IN 2024

Objective: This study aimed to determine the prevalence of hyperuricemia and analyze its association with certain clinical, lifestyle, and laboratory factors in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) and chronic kidney disease (CKD). **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 153 patients with T2DM and

CKD at the National Hospital of Endocrinology from October to December 2024. Data were collected through clinical examinations, medical history interviews, and blood biochemical tests. **Results:** The prevalence of hyperuricemia was 68.6%. This condition showed statistically significant associations with CKD stages, purine-rich diets, alcohol consumption, a history of gout, and a duration of diabetes or hypertension of 10 years or more. Several laboratory indices, including blood glucose, eGFR, urea, triglycerides, and hemoglobin, significantly differed between the hyperuricemia and non-hyperuricemia groups. **Conclusion:** Hyperuricemia is a common condition among T2DM patients with CKD and is associated with multiple risk factors. Screening for hyperuricemia should be emphasized in clinical practice. **Keywords:** Uric acid, chronic kidney disease, type 2 diabetes mellitus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2, một bệnh lý rối loạn chuyển hóa có tính chất mạn tính, đang ghi nhận sự gia tăng nhanh chóng về số ca mắc tại Việt Nam và toàn cầu trong những năm gần đây [1]. Bệnh không chỉ gây tăng glucose máu kéo dài mà còn dẫn đến hàng loạt biến chứng trên nhiều cơ quan, trong đó bệnh thận mạn (chronic kidney disease – CKD) là một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất. CKD làm suy giảm chất lượng cuộc sống, tăng gánh nặng điều trị và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến lọc máu chu kỳ ở người bệnh đái tháo đường [2]. Điều đáng lo ngại là bệnh thận mạn thường diễn tiến âm thầm, ít triệu chứng ở giai đoạn đầu, khiến việc phát hiện và can thiệp sớm gặp nhiều khó khăn.

Trong bối cảnh đó, các yếu tố nguy cơ góp phần thúc đẩy tổn thương thận càng cần được nhận diện đầy đủ và kiểm soát hiệu quả. Một trong những yếu tố ngày càng được quan tâm là tăng acid uric máu – tình trạng có thể vừa là nguyên nhân, vừa là hệ quả của tổn thương thận. Nhiều bằng chứng cho thấy tăng acid uric có thể thúc đẩy stress oxy hóa, gây tổn thương

¹Bệnh viện Nội tiết Trung Ương

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuý Mậu

Email: thuymauhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 3.7.2025