

7. **Naffouje SA, Salti GI.** Extensive Lymph Node Dissection Improves Survival among American Patients with Gastric Adenocarcinoma Treated Surgically. Analysis of the National Center Database. JGC 2017; 17(4):319-30.
8. **Thái Nguyên Hưng.** Điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa nặng, sốc mất máu do loét mặt

sau gối trên-DII tá tràng ở người bệnh đang điều trị bệnh lý ung thư. Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật Nội Soi Việt Nam (2024) Số 1 tập 14; 79-87.

9. **Thái Nguyên Hưng, Viên Đình Bình, Trịnh Thành Vinh.** Thái độ xử trí và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày thực quản. Y học Việt Nam tập 551-Tháng 6-số 1-2025: 65-70

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HOÁ CÓ DI CẢN HẠCH CỔ BÊN TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thanh Tùng², Ngô Xuân Quý¹,
Hoàng Mạnh Thắng^{1,2}, Ngô Quốc Duy^{1,2}, Trần Đức Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa có di căn hạch cổ bên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 123 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa có di căn hạch cổ bên và điều trị tại bệnh viện K từ tháng 11/2022 đến tháng 11/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 1/3, độ tuổi trung bình là $44,63 \pm 12,87$. Bệnh nhân tình cờ khám phát hiện u chiếm 69,9%. Siêu âm khối u ở 1 thùy chiếm 69,1%, kích thước $\leq 2\text{cm}$ là 70,7%. Hạch cổ cùng bên với khối u chiếm 88,6%, đường kính ngang $\geq 10\text{mm}$ là 59,3%. Thời gian nằm viện < 10 ngày chiếm 97,6%. Kết quả mô bệnh học sau mổ: Ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm 99,2%, tỷ lệ hạch cổ trung tâm không di căn chiếm 15,4%. Thời điểm 72 giờ sau mổ, biến chứng tổn thương thần kinh thanh quản ngược (TKTQQN) 32,5%, suy tuyến cận giáp 20,3%, rò bạch huyết 8,9%. Các biến chứng sau đó giảm dần và hầu hết tổn thương này là tạm thời. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tháng: 87,8% tốt; 6 tháng: 97,6% tốt. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa có di căn hạch cổ bên cho kết quả sớm khả quan và tính an toàn cao. **Từ khóa:** ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, di căn hạch cổ bên.

SUMMARY

EARLY SURGICAL OUTCOMES OF DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA WITH LATERAL CERVICAL LYMPH NODE METASTASES AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the early surgical outcomes in patients with differentiated thyroid carcinoma with lateral cervical lymph node metastases. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 123 patients diagnosed with DTC with lateral neck lymph

node metastases and treated at K Hospital from November 2022 to November 2024. **Results:** The male-to-female ratio was 1:3, with a mean age of 44.63 ± 12.87 years. Incidental tumor detection accounted for 69.9% of cases. Tumors located in a single thyroid lobe were observed in 69.1% of patients, and tumors $\leq 2\text{ cm}$ in size were found in 70.7%. Ipsilateral cervical lymph node metastasis occurred in 88.6% of cases, with 59.3% of metastatic nodes having a short-axis diameter $\geq 10\text{ mm}$. Hospital stays of less than 10 days accounted for 97.6% of patients. Postoperative histopathology showed that papillary thyroid carcinoma accounted for 99.2% of cases, and 15.4% had no metastasis in central neck lymph nodes. At 72 hours post-surgery, complications included recurrent laryngeal nerve (RLN) injury in 32.5%, hypoparathyroidism in 20.3%, and chyle leak in 8.9%. These complications gradually improved, with most being temporary. Surgical outcomes were rated as good in 87.8% of patients at 1 month postoperatively and 97.6% at 6 months. **Conclusion:** Surgery for differentiated thyroid carcinoma with lateral cervical lymph node metastases provides favorable early outcomes and demonstrates high safety. **Keywords:** differentiated thyroid cancer, lateral cervical lymph node metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) là loại ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết (chiếm 90%) và chiếm 3% trong các bệnh ung thư nói chung. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư tuyến giáp đứng thứ 7 về số ca mắc mới với 821.214 ca, và thứ 24 về số ca tử vong với 47.507 ca. Việt Nam cũng là một trong những quốc gia có tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp cao với khoảng 6.122 ca mới mỗi năm, đứng thứ 6 trên toàn thế giới về số ca mới mắc hàng năm.¹

Trong thực hành lâm sàng, tình trạng di căn hạch cổ bên trong ung thư tuyến giáp là tương đối phổ biến. Theo hướng dẫn của ATA 2015, các trường hợp này cần được cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên. Mức độ phẫu thuật có phần rộng rãi này tiềm ẩn nhiều nguy cơ biến chứng về thần kinh, nội

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Tùng

Email: tung98hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

tiết,... Hơn nữa, một số nghiên cứu cũng chỉ ra vết hạch cổ bên là yếu tố tiên lượng độc lập tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật.^{2,3}

Tại Việt Nam, trong thực hành lâm sàng chúng tôi nhận thấy UTBMTG di căn hạch cổ bên xảy ra tương đối phổ biến, nhiều trường hợp cần phải phẫu thuật phức tạp. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu tổng kết về nhóm đối tượng này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hoá có di căn hạch cổ bên tại Bệnh viện K".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 123 bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTG thể biệt hoá có di căn hạch cổ bên, đã được phẫu thuật tại bệnh viện K từ tháng 11/2022 đến tháng 11/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hoá có di căn hạch cổ bên dựa vào lâm sàng, siêu âm và chọc hút tế bào.
- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch cổ.
- Kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh u tuyến giáp và hạch cổ, khẳng định là UTBMTG thể biệt hoá di căn hạch cổ bên.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

- Ung thư tuyến giáp tái phát.
- Bệnh nhân đã được phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại tuyến trước.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu dựa trên một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được mã hóa, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0 và sử dụng các thuật toán phù hợp.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các quy định của hội đồng đạo đức nghiên cứu Trường Đại học Y Hà Nội và phác đồ điều trị đã được thông qua hội đồng chuyên môn của bệnh viện K.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh học. Trong nghiên cứu tỉ lệ nữ/ nam là 3/1. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là $44,63 \pm 12,87$ tuổi, nhỏ nhất là 14 tuổi, lớn nhất 82 tuổi. Lý do đến khám nhiều nhất

là tình cờ thông qua khám sức khỏe (69,9%).

Bảng 1. Đặc điểm bệnh học u giáp

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ (%)
Số lượng u	Đơn ổ	74	60,2
	Đa ổ	49	39,8
Kích thước u	≤20mm	87	70,7
	20-40mm	34	27,6
	>40mm	2	1,6
Vị trí u	Một thùy/eo	87	70,7
	Hai thùy	36	29,3
TIRADS	3	4	3,3
	4	44	35,8
	5	75	61,0
Giai đoạn T	1	60	48,8
	2	10	8,1
	3b	28	22,8
	4a	25	20,3

Nhận xét: Đặc điểm u giáp trên siêu âm cho thấy, phần lớn u giáp có tính chất đơn ổ (60,2%), được phát hiện sớm khi kích thước <20mm (70,7%). Ngoài ra, đa số u được xếp vào TIRADS 5 (61%), tỷ lệ u còn khu trú trong bao giáp (T1-2) chiếm 56,9%, u phá vỡ xâm lấn cơ chiếm 22,8% và 20,3% u đã xâm lấn vào một số cơ quan như khí thực quản, TKTQQN.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh học hạch cổ di căn

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ (%)
Vị trí hạch cổ với u	Cùng bên	109	88,6
	Đối bên	0	0
	Cả hai bên	14	11,4
Nhóm hạch cổ bên	Nhóm II	4	3,3
	Nhóm III	11	8,9
	Nhóm IV	50	40,7
	Nhóm V	3	2,4
	Phối hợp nhiều nhóm	55	44,7
Kích thước	<10mm	50	40,7
	≥10mm	73	59,3
FNA (n=70)	Di căn carcinoma	36	51,4
	Nghi ngờ di căn	24	34,3
	Hạch viêm	10	14,3

Nhận xét: Đa số hạch cổ tại thời điểm chẩn đoán cùng bên với u giáp (88,6%), tỷ lệ di căn hạch cổ hai bên chiếm 11,4%. Về vị trí di căn, phần lớn di căn nhiều nhóm hạch cảnh cùng lúc (44,7%), có 3 trường hợp phát hiện di căn hạch nhóm V trên siêu âm. Kích thước hạch ≥10mm chiếm chủ yếu (59,3%). Trong 70 trường hợp được chọc hút tế bào hạch cổ, chẩn đoán di căn carcinoma chiếm 51,4%, và có 14,3% được chẩn đoán hạch viêm.

3.2. Kết quả sớm phẫu thuật. Thời gian nằm viện đa số dưới 10 ngày (<6 ngày: 48%, 6-10 ngày: 49,6%). Thời gian rút dẫn lưu từ 3-5 ngày chiếm 73%. Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng: 87,8% tốt và 12,2% trung bình; sau 6

tháng: 97,6% tốt và 2,4% trung bình, không có kết quả xấu.

Bảng 3. Kết quả sau phẫu thuật

Đặc điểm	Số BN	Tỉ lệ (%)
Phương pháp vét hạch cổ	Vét hạch cổ một bên	104 84,6
	Vét hạch cổ hai bên	19 15,4
Di căn hạch cổ trung tâm	Có	104 84,6
	Không	19 15,4
Ung thư tuyến giáp	Thể nhú	122 99,2
	Thể nang	1 0,8

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được thực hiện vét hạch cổ một bên (84,6%). Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật cho thấy, ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm 99,2%, tỷ lệ hạch cổ trung tâm không di căn chiếm 15,4%.

Bảng 4. Biến chứng sau 24 giờ, 72 giờ, 1 tuần

Các biến chứng sau phẫu thuật	24 giờ	72 giờ	1 tuần
Chảy máu, tụ máu	0	0	0
Khó thở	0	0	0
Khàn tiếng	41(33,3%)	40(32,5%)	28(22,7%)
Tê bì và co rút tay chân	18(14,6%)	25(20,3%)	25(20,3%)
Rò bạch huyết	12(9,7%)	11(8,9%)	2(1,6%)
Nhiễm trùng vết mổ	0	2(1,6%)	0

Nhận xét: Biến chứng chảy máu, tụ máu hay khó thở không được ghi nhận. Biến chứng khàn tiếng và tê bì tay chân là các biến chứng chủ yếu sau phẫu thuật. Biến chứng rò bạch huyết xảy ra tại thời điểm 24 giờ sau phẫu thuật là 9,7% sau đó giảm dần và thấp nhất sau 1 tuần với 1,6%. Ngoài ra, ghi nhận 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ sau 72 giờ phẫu thuật.

Bảng 5. Biến chứng sau 1,3,6 tháng

Các biến chứng sau phẫu thuật	1 tháng	3 tháng	6 tháng
Khàn tiếng	24(19,5%)	11(8,9%)	3(2,4%)
Tê bì hoặc co rút tay chân	12(9,7%)	7(5,7%)	4(3,2%)
Hội chứng Horner	2(1,6%)	2(1,6%)	2(1,6%)
Tổn thương thần kinh phụ	2(1,6%)	2(1,6%)	2(1,6%)

Nhận xét: Khàn tiếng và tê bì tay chân đa số là tổn thương tạm thời và giảm dần theo thời gian. Ghi nhận 2 trường hợp hội chứng Horner và 2 trường hợp tổn thương thần kinh phụ với biểu hiện teo và yếu cơ vùng bả vai.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nữ/nam là 3/1. Kết quả về tỉ lệ giới tính này tương đồng với tỷ lệ chung của UTBMTG thể biệt hóa khi đa số là nữ giới, cho thấy không có sự khác biệt về phân bố giới tính ở nhóm di căn hạch cổ bên. Phần lớn các bệnh nhân ở tuổi trung niên, với độ tuổi trung bình là $44,63 \pm 12,87$ tuổi, nhỏ nhất là 14 tuổi, lớn nhất 82 tuổi. Tương tự, Jinsun Lim (2024) cho thấy nhóm có di căn hạch cổ bên có tuổi trung bình $45,6 \pm 11,7$ tuổi, trong đó 71,4% dưới 55 tuổi.⁴ Đa số các bệnh nhân phát hiện bệnh qua khám sức khỏe định kì phát hiện u tuyến giáp (69,9%).

Đánh giá trên siêu âm, tỷ lệ u giáp đơn độc chiếm 60,2%, chủ yếu phát hiện u khi kích thước $\leq 2\text{cm}$ (70,2%), u ở cả 2 thùy gặp ở 36 bệnh nhân, chiếm 29,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Văn Long (2018) với u đơn ổ 53,2%, u hai bên 37,3%, u $\leq 2\text{cm}$ 78,6%.⁵ Đánh giá theo TIRADS, tỉ lệ bệnh nhân có TIRADS 5 là cao nhất với 61%. Ngoài ra, 35,8% bệnh nhân được đánh giá TIRADS 4 và tỉ lệ TIRADS 3 trở xuống là rất thấp. Điều này đánh giá đặc điểm u ác tính cao trên hình ảnh siêu âm của UTBMTG di căn hạch cổ. Tỷ lệ u còn khu trú trong bao giáp (T1-2) chiếm 56,9%, u phá vỡ xâm lấn cơ chiếm 22,8% và 20,3% u đã xâm lấn vào một số cơ quan như khí-thực quản, TKTQQN.

Về đặc điểm hạch cổ di căn, đa số hạch cổ tại thời điểm chẩn đoán cùng bên với u giáp (88,6%), tỷ lệ di căn hạch cổ hai bên chiếm 11,4%. Phần lớn hạch cổ di căn nhiều nhóm hạch cảnh cùng lúc (44,7%), có 3 trường hợp phát hiện di căn hạch nhóm V trên siêu âm. Kích thước hạch $\geq 10\text{mm}$ chiếm chủ yếu (59,3%). Kết quả chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Bích Ngọc (2014) với hạch cùng bên với u (90,6%), kích thước hạch $\geq 10\text{mm}$ (53,1%).⁶ Trong 70 trường hợp được chọc hút tế bào hạch cổ, chẩn đoán di căn carcinoma chiếm 51,4%, và 14,3% được chẩn đoán hạch viêm.

4.2. Kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ bệnh nhân được chỉ định cắt tuyến giáp toàn bộ kèm theo nạo vét hạch cổ chọn lọc. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân được nạo vét hạch cổ hai bên chiếm 15,4% (19/123). Đáng chú ý, khi so sánh với kết quả siêu âm trước mổ chỉ phát hiện 14 trường hợp di căn hạch cổ hai bên, cho thấy 5 bệnh nhân được phát hiện có di căn hạch cổ đối bên trong quá trình phẫu thuật mà các phương pháp chẩn đoán trước mổ chưa ghi nhận. Kết quả mô bệnh học sau mổ cho thấy phần lớn UTBMTG thể nhú (99,2%), duy nhất 1 trường hợp UTBMTG thể nang được ghi nhận. Tỷ lệ di căn hạch cổ bên

mà không có di căn hạch trung tâm là 15,4%.

Biến chứng sau phẫu thuật là một vấn đề quan trọng, ảnh hưởng đến tiên lượng và chất lượng sống của người bệnh. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp chảy máu nặng và khó thở sau mổ nào trong nghiên cứu. Tổn thương TKTQQN với biểu hiện khan tiếng lại là biến chứng phổ biến sau phẫu thuật tuyến giáp. Tỷ lệ tổn thương TKTQQN tạm thời trong nghiên cứu của chúng tôi cao nhất tại thời điểm 72 giờ sau mổ là 32,5% và tổn thương vĩnh viễn là 2,4%. So sánh với nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2019), tỷ lệ tổn thương TKTQQN tạm thời và vĩnh viễn lần lượt là 32,3% và 0,6%.⁷ Tỷ lệ tổn thương vĩnh viễn trong nghiên cứu của chúng tôi có phần cao hơn được giải thích do tỷ lệ u giáp xâm lấn các cấu trúc xung quanh (thần kinh, mạch máu) tương đối cao. Suy tuyến cận giáp là biến chứng thường gặp tiếp theo với biểu hiện lâm sàng tùy theo mức độ hạ canxi máu. Tỷ lệ suy tuyến cận giáp tạm thời cao nhất tại thời điểm 72 giờ sau mổ là 20,3% và tổn thương vĩnh viễn là 3,2% (Bảng 3 và 4). Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Rocke (2020) với tỷ lệ suy tuyến cận giáp tạm thời và vĩnh viễn trong nhóm vét hạch cổ bên là 21,7% và 8,8%.² Biến chứng rò ống ngực dẫn đến rò đường chấp, gây ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng và miễn dịch của người bệnh, làm chậm quá trình hồi phục vết mổ và kéo dài thời gian nằm viện. Biến chứng này tuy hiếm nhưng nguy cơ xảy ra cao khi có vết hạch cổ bên kèm theo, đặc biệt khi vét hạch nhóm IV cổ trái. Sau 24 giờ phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận 12 bệnh nhân (9,7%) xuất hiện rò bạch huyết. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Rocke (1,1%) và Baud (2,4%).^{2,3} Tuy nhiên, tất cả các bệnh nhân đều được điều trị nội khoa và hồi phục hoàn toàn. Sự khác biệt được giải thích do nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ di căn hạch cảnh đa nhóm chiếm 44,7% và nhóm IV đơn thuần chiếm 40,7%, do đó nguy cơ rò bạch huyết khi phẫu thuật tăng lên đáng kể. Một số biến chứng hiếm gặp như hội chứng Horner, tổn thương thần kinh phụ cũng được chúng tôi ghi nhận. Trong nghiên cứu có 2 trường hợp hội chứng Horner (1,6%), cả hai đều có đặc điểm u lớn, xâm lấn cấu trúc thần kinh và có nhiều hạch vùng máng cảnh. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Baud (2022) với 5 trường hợp (1%) gặp biến chứng này.³ Ngoài ra, chúng tôi cũng nhận thấy có 2 trường hợp (1,6%) gặp biến chứng tổn thương thần kinh phụ kéo dài với triệu chứng đau vai cổ mạn tính và yếu cơ vùng bả vai cùng bên vết hạch. Trong đó, có 1 trường hợp được vét hạch cổ bên có

chứa nhóm V. Polistena (2021) cũng cho thấy kết quả tương tự với tổn thương thần kinh phụ là 10,7% (8,9% tạm thời và 1,8% vĩnh viễn).⁸ Sau một năm theo dõi, các trường hợp này hồi phục không hoàn toàn nhưng ảnh hưởng đến chất lượng sống không đáng kể.

Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng: 87,8% tốt và 12,2% trung bình; sau 6 tháng: 97,6% tốt và 2,4% trung bình, không có kết quả xấu. Như vậy, phẫu thuật trong ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa có di căn hạch cổ bên cho kết quả sớm khả quan và tính an toàn cao, các biến chứng sau phẫu thuật như tổn thương TKTQQN và suy tuyến cận giáp, tuy phổ biến nhưng đa phần là tạm thời và có khả năng hồi phục tốt.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 123 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa di căn hạch cổ bên, chúng tôi rút ra kết luận: Tỷ lệ nữ/nam là 3/1. Tuổi trung bình là $44,63 \pm 12,87$ tuổi, nhỏ nhất là 14 tuổi, lớn nhất 82 tuổi. Lý do đến khám nhiều nhất là tình cờ thông qua khám sức khỏe (69,9%). Đặc điểm u giáp trên siêu âm: u giáp đơn ổ (60,2%), kích thước $<20\text{mm}$ (70,7%), TIRADS 5 (61%), u giai đoạn T1-2 (56,9%). Đặc điểm hạch cổ di căn trên siêu âm: Hạch cổ cùng bên với u giáp (88,6%), di căn hạch cổ hai bên (11,4%), di căn nhiều nhóm hạch cảnh cùng lúc (44,7%), kích thước hạch $\geq 10\text{mm}$ (59,3%). Kết quả FNA hạch cổ: di căn carcinoma (51,4%), hạch viêm (14,3%). Thời gian nằm <6 ngày (48%), 6-10 ngày (49,6%). Thời gian rút dẫn lưu 3-5 ngày (73%). Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng: 87,8% tốt và 12,2% trung bình; sau 6 tháng: 97,6% tốt và 2,4% trung bình, không có kết quả xấu. Tỷ lệ vét hạch cổ một bên (84,6%). Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật: ung thư tuyến giáp thể nhú (99,2%), thể nang (0,8%), hạch cổ trung tâm không di căn (15,4%). Biến chứng sau phẫu thuật: Biến chứng chảy máu và khó thở không được ghi nhận. Tổn thương TKTQQN tạm thời và vĩnh viễn lần lượt là 32,5% và 2,4%. Tỷ lệ suy tuyến cận giáp tạm thời và vĩnh viễn lần lượt là 20,3% và 3,2%. Biến chứng rò bạch huyết tại thời điểm 24 giờ sau phẫu thuật là 9,7%. Có 2 trường hợp (1,6%) nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật. Hội chứng Horner và tổn thương thần kinh phụ cùng gặp với tỷ lệ 1,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lyu Z, Zhang Y, Sheng C, Huang Y, Zhang Q, Chen K.** Global burden of thyroid cancer in 2022: Incidence and mortality estimates from

- GLOBOCAN. Chin Med J (Engl). 2024 Nov 5;137(21):2567-2576.
- Baud G, Jannin A, Marciniak C, et al.** Impact of Lymph Node Dissection on Postoperative Complications of Total Thyroidectomy in Patients with Thyroid Carcinoma. *Cancers (Basel)*. 2022;14(21):5462.
 - Rocke DJ, Mulder H, Cyr D, et al.** The effect of lateral neck dissection on complication rate for total thyroidectomy. *Am J Otolaryngol*. 2020; 41(3):102421.
 - Lim J, Lee HS, Heo JH, Song YS.** Clinicopathological Features and Molecular Signatures of Lateral Neck Lymph Node Metastasis in Papillary Thyroid Microcarcinoma. *Endocrinol Metab (Seoul)*. 2024;39(2):324-333.
 - 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
 - Nguyễn Thị Bích Ngọc.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hạch cổ di căn của ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhũ tại bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2014
 - Lê Văn Quảng, Ngô Quốc Duy, Mai Thế Vương, và cộng sự.** Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng di căn hạch nhóm 6 ở bệnh nhân vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhũ giai đoạn cN0. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, Số 1 – 2019.
 - Polistena A, Ranalli M, Avenia S, et al.** The Role of IONM in Reducing the Occurrence of Shoulder Syndrome Following Lateral Neck Dissection for Thyroid Cancer. *J Clin Med*. 2021;10(18):4246. Published 2021 Sep 18.

ĐẶC ĐIỂM ĐIỀU TRỊ SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE BẰNG DUNG DỊCH ALBUMIN 5% TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Huỳnh Tiểu Niệm^{1,2}, Phạm Văn Quang^{1,2}

Từ khóa: sốc SXHD, albumin 5%, trẻ em, hồi sức dịch.

TÓM TẮT

Giới thiệu: Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm có thể dẫn đến sốc giảm thể tích nếu không được xử trí kịp thời. Trong bối cảnh hiện nay, dung dịch albumin 5% được xem là lựa chọn thay thế hoặc bổ sung cho dịch tinh thể và cao phân tử (CPT) trong điều trị sốc SXHD. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm sử dụng albumin 5% và đánh giá hiệu quả lâm sàng của liệu pháp này trên bệnh nhi sốc SXHD. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại khoa Hồi sức Tích cực Chống độc, Bệnh viện Nhi đồng 1, từ tháng 01/06/2022 đến 30/06/2025. Đối tượng là bệnh nhi từ 1 tháng đến < 16 tuổi, chẩn đoán SXHD nặng có sốc và được truyền albumin 5%. Dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án, xử lý bằng SPSS 27. **Kết quả:** Tổng cộng 164 bệnh nhi được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ tử vong 4,3%. Tuổi trung bình là $7,7 \pm 3,4$, dư cân béo phì 53,7%. Albumin 5% được truyền trung bình sau 17,1 giờ bắt đầu sốc, tổng lượng dịch trước truyền albumin 5% là 112 ml/kg, trong đó CPT 76 ml/kg. Liều albumin 5% trung vị 1,4 g/kg trong thời gian 15 giờ. Sau truyền, huyết động cải thiện: mạch giảm từ 113,3 xuống 107,3 lần/phút, huyết áp trung bình tăng từ 84,2 lên 89,5 mmHg, thể tích khối hồng cầu (Hct) giảm từ 41% xuống còn 35,3%. Albumin máu tăng từ 1,5 lên 2,8 g/dL. Không có biến cố gan, thận nghiêm trọng. **Kết luận:** Albumin 5% giúp cải thiện huyết động, hồi phục albumin máu, ổn định nội môi và có thể là liệu pháp an toàn trong hồi sức SXHD trẻ em.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF 5% ALBUMIN THERAPY IN MANAGING OF DENGUE SHOCK SYNDROME AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Introduction: Dengue hemorrhagic fever (DHF) is a serious infectious disease that can progress to hypovolemic shock if not managed promptly. Currently, 5% albumin solution is considered an alternative or adjunct to crystalloid and colloid solutions in the treatment of dengue shock syndrome (DSS). **Objective:** To describe the characteristics of 5% albumin use and evaluate its clinical effectiveness in pediatric patients with DSS. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at the Pediatric Intensive Care Unit, Children's Hospital 1, from June 1, 2022, to June 30, 2025. The study included patients aged 1 month to under 16 years diagnosed with severe DHF complicated by shock and treated with 5% albumin. Data were collected from medical records and analyzed using SPSS 27. **Results:** A total of 164 pediatric patients were enrolled. The mortality rate was 4.3%. The mean age was 7.7 ± 3.4 years, and 53.7% were overweight or obese. Albumin 5% was administered on average 17.1 hours after the onset of shock, following a total fluid volume of 112 ml/kg, including 76 ml/kg of colloid. The median dose of albumin was 1.4 g/kg over 15 hours. Post-infusion, hemodynamic improvements were observed: heart rate decreased from 113.3 to 107.3 bpm, mean arterial pressure increased from 84.2 to 89.5 mmHg, hematocrit dropped from 41.0% to 35.3%. Serum albumin levels rose from 1.5 to 2.8 g/dL. No major liver or kidney complications occurred. **Conclusion:** The use of 5% albumin improved hemodynamic status, restored serum albumin, stabilized internal homeostasis, and appears to be a

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhi đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Tiểu Niệm.

Email: bstieuniem@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025