

viêm âm hộ - âm đạo do nấm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận *C.albicans* vẫn là tác nhân gây viêm âm hộ - âm đạo do nấm chiếm ưu thế. Tuy nhiên, sự xuất hiện ngày càng tăng của các loài *Candida non-albicans* như *C. glabrata*, *C. tropicalis* và *C. parapsilosis* cho thấy xu hướng dịch tễ đang thay đổi, tương tự như báo cáo tại các khu vực khác trong và ngoài nước. Kết quả kháng nấm đồ cho thấy *C. albicans* vẫn duy trì mức nhạy cảm tương đối cao đối với nhóm azole, song tỉ lệ đề kháng đang có xu hướng tăng (16,4% với Fluconazole và 50,8% với Itraconazole). Ngược lại, các loài *Candida non-albicans*, đặc biệt là *C. glabrata* và *C. parapsilosis*, thể hiện mức đề kháng cao đáng kể đối với cả hai thuốc kháng nấm này, phản ánh nguy cơ thất bại điều trị và tái phát bệnh trong thực hành lâm sàng. Những kết quả trên nhấn mạnh tầm quan trọng của việc định danh loài *Candida* và thực hiện kháng nấm đồ trước điều trị, nhằm lựa chọn liệu pháp phù hợp, hạn chế sử dụng kháng nấm không hiệu quả và góp phần kiểm soát tình trạng kháng thuốc đang gia tăng. Việc thiết lập hệ thống giám sát thường quy về phân bố loài và mức độ kháng nấm tại Việt Nam là cần thiết để hỗ trợ xây dựng phác đồ điều trị cập nhật, tối ưu hóa hiệu quả điều trị bệnh viêm âm hộ - âm đạo do nấm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Workowski KA.** Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recommendations and Reports. 2021;70.
2. **Workowski KA, Bolan GA,** Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. Published online 2015.
3. **Makanjuola O, Bongomin F, Fayemiwo SA.** An update on the roles of non-albicans *Candida* species in vulvovaginitis. *Journal of Fungi*. 2018; 4(4):121.
4. **Anh DN, Hung DN, Tien TV, et al.** Prevalence, species distribution and antifungal susceptibility of *Candida albicans* causing vaginal discharge among symptomatic non-pregnant women of reproductive age at a tertiary care hospital, Vietnam. *BMC infectious diseases*. 2021;21(1):523.
5. **Châu NTM, Anh TNP.** Xác định loài vi nấm và đánh giá sự đề kháng với một số thuốc kháng nấm của các loài nấm *Candida* sp. gây viêm âm đạo phân lập được ở Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Phụ sản*. 2016;13(4):44-47.
6. **Dovo EE, Sorgho A, Ouedraogo E, et al.** Vulvovaginal Candidiasis: Profile of Antifungal Susceptibility Test of *Candida* Strains to Antifungal Drugs from 2018 to 2022, Ouagadougou, Burkina Faso. *Advances in Microbiology*. 2025;15(1):58-69.
7. **Hösükoğlu FG, Ekşi F, Erinmez M, Uğur MG.** An epidemiologic analysis of vulvovaginal candidiasis and antifungal susceptibilities. *Infectious Microbes & Diseases*. 2022;4(3):131-136.
8. **Liu X, Fan S, Peng Y, Zhang H.** Species distribution and susceptibility of *Candida* isolates from patient with vulvovaginal candidiasis in Southern China from 2003 to 2012. *Journal de mycologie medicale*. 2014;24(2):106-111.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BẢO TỒN BẰNG NỘI SOI TUYẾN GIÁP QUA ĐƯỜNG MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Nhật Tân¹, Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, Nguyễn Xuân Hiền³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú được điều trị bảo tồn bằng phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng (TOETVA). **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 144 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn sớm (cT1N0M0) được điều trị bằng TOETVA tại Trung tâm Ung bướu – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ

tháng 3 năm 2023 đến tháng 3 năm 2024. Các biến số thu thập bao gồm đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm (kích thước, phân loại TIRADS, vị trí), đặc điểm phẫu thuật (thời gian, lượng máu mất, số ngày nằm viện) và kết quả vét hạch. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $36,4 \pm 7,6$ tuổi; 95,1% là nữ. Phần lớn bệnh nhân có u đơn độc, kích thước trung bình là $6,5 \pm 2,0$ mm, phân loại TIRADS 4 hoặc 5, thường nằm tại 1/3 giữa thùy tuyến giáp. Thời gian phẫu thuật trung bình là $71,2 \pm 16,2$ phút; lượng máu mất trung bình $7,8 \pm 4,7$ ml; thời gian nằm viện trung bình $4,4 \pm 1,3$ ngày. Tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm là 26,4%, với trung vị số hạch vét được là 5 và trung vị số hạch di căn là 1. Khàn tiếng và tê bì chân tay gặp ở 4,9% và 2,8%. **Kết luận:** TOETVA là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả đối với ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn sớm. Kỹ thuật này mang lại hiệu quả cao về mặt an toàn phẫu thuật, hồi phục nhanh và kết quả thẩm mỹ tốt. **Từ khóa:** Ung thư tuyến giáp thể nhú, TOETVA,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nhật Tân

Email: nguyennhattan1708@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

phẫu thuật nội soi tuyến giáp, vết hạch cổ trung tâm, phẫu thuật ít xâm lấn

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PAPILLARY THYROID CARCINOMA PATIENTS TREATED WITH TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROID-CONSERVING SURGERY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with early-stage papillary thyroid carcinoma treated by transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA). **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 144 patients diagnosed with early-stage papillary thyroid carcinoma (cT1N0M0) who underwent TOETVA at the Oncology Center, Hanoi Medical University Hospital, between March 2023 and March 2024. Data collected included demographic information, ultrasound features (size, TIRADS classification, location), operative parameters (time, blood loss, hospital stay), and lymph node dissection outcomes. **Results:** The average age was 36.4 ± 7.6 years; 95.1% were female. Most patients had solitary nodules (>5 mm) with average was 6.1 ± 2.0 mm, classified as TIRADS 4 or 5, commonly located in the mid-third of the thyroid lobe. Mean operative time was 71.2 ± 16.2 minutes; average blood loss was 7.8 ± 4.7 ml; and average hospital stay was 3.4 ± 1.3 days. Central lymph node metastasis was detected in 26.4% of patients, with a median of 5 nodes harvested and 1 metastatic node per case with nodal involvement. Hoarseness and paresthesia were observed in 4.9% and 2.8% of patients, respectively. **Conclusions:** TOETVA is a safe and effective surgical option for patients with early-stage papillary thyroid carcinoma. It offers favorable outcomes in terms of operative safety, recovery time, and cosmetic results.

Keywords: Papillary thyroid carcinoma, TOETVA, endoscopic thyroidectomy, central lymph node dissection, minimally invasive surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp thể nhú là thể mô học phổ biến nhất trong nhóm ung thư tuyến giáp biệt hoá, với tiên lượng sống còn tốt khi được chẩn đoán và điều trị ở giai đoạn sớm [1]. Nhờ sự phát triển của kỹ thuật siêu âm và xét nghiệm tế bào học chọc hút kim nhỏ (FNA), tỉ lệ phát hiện ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn sớm (cT1N0M0), kích thước nhỏ, không xâm lấn tại thời điểm chẩn đoán ngày càng tăng. Đối với nhóm bệnh nhân này, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính, mang tính triệt căn, trong đó xu hướng hiện nay là ưu tiên các phương pháp phẫu thuật bảo tồn (cắt thùy và eo tuyến giáp), hạn chế xâm lấn và đảm bảo yếu tố thẩm mỹ [2].

Trong vài năm gần đây, phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng (Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach –

TOETVA) nổi lên như một phương pháp tiếp cận ít xâm lấn, không để lại sẹo cổ, đồng thời vẫn đảm bảo nguyên tắc phẫu thuật ung thư an toàn, đặc biệt phù hợp với các trường hợp ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm. TOETVA là một nhánh của phẫu thuật nội soi qua lỗ tự nhiên (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery – NOTES), tận dụng lỗ tự nhiên trong cơ thể để đưa dụng cụ và quan sát, tránh sẹo ngoài da, từ đó cải thiện rõ rệt chất lượng sống cho người bệnh hậu phẫu [3]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới và trong nước đã cho thấy TOETVA là phương pháp khả thi, an toàn và có kết quả điều trị tương đương với các phương pháp mổ mở truyền thống trong điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn sớm. Tuy nhiên, các dữ liệu tại Việt Nam, đặc biệt trong bối cảnh áp dụng phẫu thuật bảo tồn và điều trị tại các trung tâm chuyên sâu, vẫn còn hạn chế [4].

Trung tâm Ung bướu – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là một trong những đơn vị đầu tiên triển khai thường quy TOETVA trong thực hành lâm sàng ung thư tuyến giáp. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn sớm được điều trị bảo tồn bằng TOETVA.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn sớm (cT1N0M0), được điều trị bảo tồn bằng phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng tại Trung tâm Ung bướu – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 3 năm 2024. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn cT1N0M0 dựa trên siêu âm, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA), và mô bệnh học sau phẫu thuật. (2) Được chỉ định và thực hiện phẫu thuật TOETVA tại trung tâm Ung bướu Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân có chống chỉ định gây mê hoặc phẫu thuật nội soi. (2) Bệnh nhân có tiền sử mổ hoặc xạ trị vùng cổ. (3) Bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp. (4) Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu hoặc hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

Thu thập dữ liệu: Các biến số được thu thập bao gồm: Thông tin hành chính: tuổi, giới; Tiền sử bệnh lý tuyến giáp kèm theo; Đặc điểm khối u trên siêu âm: kích thước, số lượng, vị trí, phân loại TIRADS; Đặc điểm phẫu thuật: thời

gian mổ, lượng máu mất, thời gian nằm viện sau mổ; Kết quả sau phẫu thuật: số lượng hạch vét được, số lượng hạch di căn.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 27. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị), biến định tính được biểu diễn bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng nhóm đối tượng nghiên cứu

	Giá trị
Tuổi (TB $\pm$ SD, [Khoảng giá trị])	36,4 $\pm$ 7,6 (16-61)
Giới (n,%): Nam	7 (4,9)
Nữ	137 (95,1)
Viêm tuyến giáp kèm theo (n,%): Có	18 (12,5)
Không	126 (87,5)
Tổng (N,%)	144 (100)

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 36,4 $\pm$ 7,6 tuổi, dao động từ 16 đến 61 tuổi. Nữ giới chiếm tỷ lệ chủ yếu (95,1%). Tỷ lệ bệnh nhân có viêm tuyến giáp kèm theo là 12,5%.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

	Giá trị
Kích thước u trên siêu âm (mm) (TB $\pm$ SD, [Khoảng giá trị])	6,1 $\pm$ 2,0 (2-11,2)
Số lượng u (n,%): 1 u	138 (95,8)
≥ 2 u	6 (4,2)
TIRADS cao nhất (n,%): 3	5 (3,5)
4	61 (42,3)
5	77 (53,5)
6	1 (0,7)
Vị trí u (n,%): Thùy phải	68 (47,2)
Thùy trái	65 (45,2)
Eo	11 (7,6)
Vị trí u lớn nhất trong thùy (n,%): 1/3 trên	32 (22,2)
1/3 giữa	77 (53,5)
1/3 dưới	35 (24,3)

Nhận xét: Về đặc điểm siêu âm, đa số khối u có kích thước trên 5 mm (59,7%), kích thước trung bình là 6,1 $\pm$ 2,0 (2-11,2) mm và hầu hết là u đơn độc (95,8%). Phân loại TIRADS tập trung chủ yếu ở mức 4 và 5, chiếm lần lượt 42,3% và 53,5%. Vị trí tổn thương phân bố gần như đồng đều giữa thùy phải (47,2%) và thùy trái (45,2%), chủ yếu tập trung ở 1/3 giữa thùy (53,5%).

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật

	Giá trị (TB $\pm$ SD, [Khoảng giá trị])
--	---

Thời gian phẫu thuật (phút)	71,2 $\pm$ 16,2 (50-150)
Số lượng máu mất (ml)	7,8 $\pm$ 4,7 (5-30)
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	3,4 $\pm$ 1,3 (2-6)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 71,2 $\pm$ 16,2 phút. Lượng máu mất trong mổ dao động từ 5 đến 30 ml, trung bình là 7,8 $\pm$ 4,7 ml. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 3,4 $\pm$ 1,3 ngày.

Bảng 4. Kết quả vét hạch sau phẫu thuật

	Giá trị
Tình trạng di căn hạch (n,%): Di căn hạch	38 (26,4)
Không di căn hạch	106 (73,6)
Hạch vét được (Trung vị, [Khoảng tứ phân vị])	5 (2-8)
Hạch di căn (Trung vị, [khoảng tứ phân vị])*	1 (1-2)

* Trung vị số hạch di căn trên nhóm bệnh nhân có di căn hạch

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có di căn hạch cổ trung tâm chiếm 26,4%. Trung vị số hạch vét được là 5 hạch (IQR: 2-8) và trung vị số hạch di căn ở nhóm có di căn là 1 hạch (IQR: 1-2).

Bảng 5. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

	Giá trị (n,%)
Tê bì chân tay	1 (0,7)
Khàn tiếng	7 (4,9)
Nhiễm trùng vết mổ	0 (0)
Chảy máu sau mổ	0 (0)
Bỏng da	0 (0)
Thủng khí quản	0 (0)

Nhận xét: Tỷ lệ tê bì chân tay và khàn tiếng lần lượt là 2,8% và 4,9%. Không ghi nhận trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ, chảy máu sau mổ, bỏng da hoặc thủng khí quản.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 36,4 $\pm$ 7,6 tuổi, phần lớn là nữ giới (95,1%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Anuwong và cộng sự (2016), trong đó nữ giới chiếm 93,3% [5]. Nghiên cứu đa trung tâm của Dionigi (2020) cũng ghi nhận tỷ lệ nữ lên đến 92% [6]. Điều này phản ánh đặc điểm dịch tễ học điển hình của ung thư tuyến giáp thể nhú – bệnh lý thường gặp ở nữ giới trong độ tuổi từ 30 đến 50. Mặt khác, đối với nhóm phụ nữ trẻ, yếu tố thẩm mỹ cũng đóng vai trò quan trọng trong quyết định lựa chọn phương pháp điều trị. TOETVA, với ưu thế không để lại sẹo cổ, đang ngày càng được nhóm đối tượng này ưu tiên lựa chọn như một phương pháp điều trị vừa hiệu quả vừa đáp ứng yêu cầu thẩm mỹ cá nhân.

Tỷ lệ bệnh nhân có viêm tuyến giáp mạn tính kèm theo trong nghiên cứu là 12,5%, thấp hơn so với con số gần 20% được báo cáo bởi Zhang và cộng sự (2020) [7]. Mỗi liên hệ giữa viêm tuyến giáp, đặc biệt là viêm giáp Hashimoto, và ung thư tuyến giáp thể nhú đã được ghi nhận trong nhiều công trình nghiên cứu. Một số tác giả cho rằng phản ứng viêm mạn tính có thể tạo ra môi trường miễn dịch thuận lợi, góp phần hạn chế xâm lấn và di căn hạch, từ đó cải thiện tiên lượng. Tuy nhiên, các bằng chứng hiện tại vẫn còn không đồng nhất. Một số nghiên cứu khác không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ di căn hoặc kích thước khối u giữa nhóm bệnh nhân có và không có viêm tuyến giáp kèm theo [8]. Do đó, vai trò của viêm tuyến giáp trong việc chỉ định phẫu thuật bảo tồn, cũng như ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị, vẫn còn đang được tranh luận và cần được làm rõ thêm qua các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn.

Về đặc điểm siêu âm, hầu hết bệnh nhân có khối u đơn độc, kích thước >5 mm và thuộc TIRADS 4 hoặc 5. Đây đều là các đặc điểm phù hợp với chỉ định phẫu thuật bảo tồn bằng nội soi qua đường tiền đình miệng (TOETVA) trong ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm. Phân bố tổn thương chủ yếu ở 1/3 giữa thùy – phù hợp với đặc điểm giải phẫu học và khả năng tiếp cận thuận lợi qua đường tiền đình miệng. Kết quả này nhất quán với nghiên cứu của Arikan và cộng sự. (2023), khi 62% tổn thương nằm ở giữa thùy và TIRADS 4–5 chiếm hơn 80% [9].

Về kết quả phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp, vết hạch cổ trung tâm dự phòng. Thời gian phẫu thuật trung bình là $71,2 \pm 16,2$ phút – ngắn hơn đáng kể so với các nghiên cứu quốc tế như của Deroide và cộng sự (2021) là $120,6 \pm 39,9$ phút và Arikan và cộng sự (2023) là $135,3 \pm 52$ phút [9,10]. Lượng máu mất trong mổ $7,8 \pm 4,7$ ml và thời gian nằm viện $3,4 \pm 1,3$ ngày đều thấp hơn mức trung bình được ghi nhận trong y văn, chẳng hạn Anuwong báo cáo lượng máu mất trung bình là 20 ± 38 ml và thời gian nằm viện trung bình 5–7 ngày [3]. Việc giảm thời gian nằm viện không chỉ mang lại lợi ích trực tiếp cho người bệnh về mặt hồi phục thể chất và tâm lý, mà còn có giá trị kinh tế rõ rệt. Thời gian nằm viện ngắn đồng nghĩa với chi phí điều trị nội trú giảm, giảm áp lực cho hệ thống giường bệnh tại các trung tâm lớn, đồng thời cho phép người bệnh sớm trở lại với công việc và sinh hoạt hàng ngày. Một số phân tích chi phí – hiệu quả trước đây đã chứng minh rằng, mặc dù TOETVA có thể

đòi hỏi chi phí trang thiết bị ban đầu cao hơn, nhưng tổng chi phí điều trị (bao gồm thời gian nằm viện, chăm sóc vết mổ, hồi phục và tái khám) lại có xu hướng thấp hơn so với mổ mở cổ truyền thống khi được triển khai ở trung tâm có kinh nghiệm. Về biến chứng sớm sau phẫu thuật, trong quần thể nghiên cứu chúng tôi chỉ ghi nhận biến chứng tê bì chân tay và khàn tiếng, lần lượt là 2,8% và 4,9%, trong khi không ghi nhận các biến chứng nghiêm trọng khác như chảy máu, nhiễm trùng. Điều này phù hợp với lựa chọn bệnh nhân ở giai đoạn sớm, được phẫu thuật bảo tồn. Kết quả này cũng ủng hộ kết luận của Tae và cộng sự trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống khi kết luận rằng tỉ lệ biến chứng hay gặp nhất là khàn tiếng và tê bì chân tay, trong đó tỷ lệ này sẽ giảm dần theo đường cong học tập của phẫu thuật viên.

Tỷ lệ bệnh nhân có di căn hạch cổ trung tâm trong nghiên cứu là 26,4%, với trung vị số hạch được vét là 5 (IQR: 2–8) và trung vị số hạch di căn là 1 (IQR: 1–2). Kết quả này nằm trong khoảng tỷ lệ đã được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đó về ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn T1N0M0. Zhang và cộng sự (2018) trong một phân tích gộp đã báo cáo tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm ở nhóm ung thư thể nhú kích thước ≤ 1 cm dao động từ 20–30%, trong khi Kayhan và cộng sự (2024) ghi nhận tỷ lệ lên tới 70% trong một số quần thể châu Á có đặc điểm dịch tễ đặc thù [7,10]. Kết quả này đóng góp thêm các bằng chứng nhằm đánh giá sự cần thiết của việc vét hạch cổ trung tâm dự phòng trong TOETVA, giúp hoàn thiện đánh giá giai đoạn bệnh lý (pN), hỗ trợ quyết định điều trị bổ trợ như chỉ định iod phóng xạ sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng (TOETVA) cho thấy hiệu quả và tính an toàn trong điều trị bảo tồn trên nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ito Y, Miyauchi A, Kihara M, Fukushima M, Higashiyama T, Miya A.** Overall Survival of Papillary Thyroid Carcinoma Patients: A Single-Institution Long-Term Follow-Up of 5897 Patients. *World J Surg.* 2018 Mar;42(3):615–22.
2. **Papini E, Guglielmi R, Novizio R, Pontecorvi A, Durante C.** Management of low-risk papillary thyroid cancer. Minimally-invasive treatments dictate a further paradigm shift? *Endocrine.* 2024 Aug 1;85(2):584–92.
3. **Anuwong A, Sasanakietkul T, Jitpratoom P, Ketwong K, Kim HY, Dionigi G, et al.** Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA): indications, techniques and

- results. Surg Endosc. 2018 Jan;32(1):456–65.
4. **Nguyen HX, Hien Nguyen Xuan, Hoai Thi Hoang, Quang Le Van LV.** Quality of Life and Surgical Outcome of Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach (TOETVA) versus Open Thyroid Surgery: Experience from a Single Center in Vietnam. Journal of Thyroid Research.
 5. **Anuwong A.** Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. World J Surg. 2016 Mar;40(3):491–7.
 6. **Dionigi G, Bacuzzi A, Lavazza M, Inversini D, Boni L, Rausei S, et al.** Transoral endoscopic thyroidectomy: preliminary experience in Italy. Updates Surg. 2017 Jun;69(2):225–34.
 7. **Zhang W, Jiang D zhen, Liu S, Li L jie, Zheng X min, Shen H liang, et al.** Current status of endoscopic thyroid surgery in China. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2011 Apr;21(2):67–71.
 8. **Lai X, Xia Y, Zhang B, Li J, Jiang Y.** A meta-analysis of Hashimoto's thyroiditis and papillary thyroid carcinoma risk. Oncotarget. 2017 Jun 27;8(37):62414–24.
 9. **Arikan M, Riss P, Scheuba C, Schopf S, Karakas E, Klein G, et al.** Transoral Thyroidectomy: Initial Results of the European TOETVA Study Group. World J Surg. 2023 May 1;47(5):1201–8.
 10. **Deroide G, Honigman I, Berthe A, Branger F, Cussac-Pillegand C, Richa H, et al.** Trans oral endoscopic thyroidectomy (TOETVA): First French experience in 90 patients. Journal of Visceral Surgery. 2021 Apr 1;158(2):103–10.

ĐẶC ĐIỂM VÀ CÁC YẾU TỐ DỰ ĐOÁN ĐẠT MỤC TIÊU NON-HDL-C Ở BỆNH NHÂN BỆNH VÀNH MẠNH TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Phan Thái Hảo*, Trần Thanh Nguyệt*, Nguyễn Hoàng Hải**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Non-HDL-C là một chỉ số phản ánh tất cả các hạt cholesterol sinh xơ vữa và có thể được tính toán dễ dàng dựa trên xét nghiệm bilan mỡ máu thường quy. Non-HDL-C có liên quan mật thiết với nguy cơ bệnh động mạch vành và các biến cố tim mạch trong tương lai. Kiểm soát lipid máu là một trong những mục tiêu được đặt ra đối với bệnh động mạch vành nhằm phòng ngừa thứ phát các biến cố tim mạch xảy ra. Non-HDL-C đã được đề cập như mục tiêu điều trị thứ 2 theo khuyến cáo của Hội tim mạch Châu Âu/Hội Xơ vữa Động mạch Châu Âu 2019.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm nồng độ Non-HDL-C và các yếu tố dự đoán đạt mục tiêu Non-HDL-C ở bệnh nhân bệnh mạch vành mạn tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 153 bệnh nhân được chẩn đoán có Hội chứng vành mạn tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 03/2025 đến tháng 09/2025. Bệnh nhân được xét nghiệm bilan lipid máu và tính toán nồng độ Non-HDL-C, ghi nhận các đặc điểm về nhân trắc học, các yếu tố nguy cơ tim mạch, bệnh đồng mắc và thuốc điều trị. Các phân tích thống kê gồm kiểm định Chi bình phương, Fisher's Exact, kiểm định t, Mann-Whitney U, hồi quy Logistic đơn biến và đa biến. **Kết quả:** Trung vị và khoảng tứ phân vị nồng độ Non-HDL-C của đối tượng nghiên cứu là 2,59 (2,13 - 3,17) mmol/L. Ở nhóm đạt và không đạt mục tiêu Non-HDL-C, giá trị này lần lượt là 1,91 (1,69 - 2,04) mmol/L và

2,96 (2,56 - 3,65) mmol/L. Các yếu tố dự đoán độc lập liên quan đến việc đạt mục tiêu Non-HDL-C bao gồm: chỉ số WHR bình thường, sử dụng statin liều cao, phối hợp statin với một thuốc hạ lipid nhóm khác, đạt mục tiêu LDL-C và đạt nồng độ TG thấp. Cụ thể: Những bệnh nhân có chỉ số WHR bình thường có tỷ lệ đạt mục tiêu Non-HDL-C cao hơn nhóm có WHR bất thường (OR=3,85; KTC 95%: 1,35–11,00; p= 0,012). Những bệnh nhân sử dụng statin cường độ cao có tỷ lệ đạt mục tiêu Non-HDL-C cao hơn nhóm dùng statin liều trung bình hoặc thấp (OR = 7,59; KTC 95%: 1,13 – 50,98; p = 0,037). Việc phối hợp statin với một thuốc hạ lipid nhóm khác cũng tăng khả năng đạt mục tiêu Non-HDL-C so với điều trị đơn trị liệu statin (OR = 6,31; KTC 95%: 1,21–32,79; p = 0,028). Ngoài ra, những bệnh nhân đạt mục tiêu LDL-C có khả năng đạt mục tiêu Non-HDL-C cao hơn rõ rệt so với nhóm không đạt mục tiêu LDL-C (OR = 49,36; KTC 95%: 11,47–212,36; p < 0,001). Tương tự, bệnh nhân đạt mục tiêu TG thấp có tỷ lệ đạt mục tiêu Non-HDL-C cao hơn nhóm không đạt (OR = 5,17; KTC 95%: 1,73 – 13,66; p = 0,003). **Kết luận:** Các yếu tố dự đoán độc lập liên quan đến việc đạt mục tiêu Non-HDL-C bao gồm chỉ số WHR bình thường, sử dụng statin cường độ cao, phối hợp statin với thuốc hạ lipid khác, đạt mục tiêu LDL-C và đạt nồng độ triglycerid thấp.

Từ khóa: Non-HDL-C; hội chứng vành mạn

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND PREDICTORS OF NON-HDL-C TARGET ATTAINMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY SYNDROMES AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Background: Non-high-density lipoprotein cholesterol (Non-HDL-C) is an indicator that reflects the total burden of atherogenic cholesterol particles and can be easily calculated from routine lipid profile testing. Non-HDL-C is closely associated with the risk

*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

**Bệnh viện nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thái Hảo

Email: haopt@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 28.10.2025