

là đau đầu, rối loạn trí nhớ và yếu liệt vận động. Trên CLVT, hình ảnh khối máu tụ đồng tỷ trọng hoặc hỗn hợp kèm di lệch đường giữa >10 mm chiếm tỷ lệ cao.

Phẫu thuật khoan lỗ – bơm rửa và dẫn lưu máu tụ mang lại hiệu quả rõ rệt, cải thiện triệu chứng và tri giác, rút ngắn thời gian nằm viện, với tỷ lệ hồi phục tốt cao (94,7%) và tỷ lệ tử vong thấp (1,8%). Tuy nhiên, các biến chứng như tụ dịch và tụ khí dưới màng cứng vẫn còn phổ biến, cần được theo dõi và xử trí thích hợp. Điều này khẳng định phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu và tối ưu cho MTDMCMT hiện nay, góp phần nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Increasing incidence of chronic subdural haematoma in the elderly** | QJM: An International Journal of Medicine | Oxford Academic. Accessed April 3, 2025. <https://academic.oup.com/qjmed/article-abstract/110/6/375/2996536?redirectedFrom=fulltext>
2. **El Rahal A, Beck J, Ahlborn P, et al.** Incidence, therapy, and outcome in the management of chronic subdural hematoma in Switzerland: a population-based multicenter cohort study. *Front Neurol.* 2023;14. doi:10.3389/fneur.2023.1206996
3. **Fogelholm R, Heiskanen O, Waltimo O.** Chronic subdural hematoma in adults. Published online January 1, 1975. doi:10.3171/jns.1975.42.1.0043
4. **Asghar M, Adhiyaman V, Greenway MW, Bhowmick BK, Bates A.** Chronic Subdural Haematoma in the Elderly—A North Wales Experience. *J R Soc Med.* 2002;95(6):290-292. doi:10.1177/014107680209500607
5. **Stubbs DJ, Vivian ME, Davies BM, Ercole A, Burnstein R, Joannides AJ.** Incidence of chronic subdural haematoma: a single-centre exploration of the effects of an ageing population with a review of the literature. *Acta Neurochir (Wien).* 2021;163(9): 2629-2637. doi:10.1007/s00701-021-04879-z
6. **Uno M.** Chronic Subdural Hematoma-Evolution of Etiology and Surgical Treatment. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2023; 63(1):1-8. doi:10.2176/jns-nmc.2022-0207
7. **Traynelis VC.** Chronic Subdural Hematoma in the Elderly. *Clin Geriatr Med.* 1991;7(3):583-598. doi:10.1016/S0749-0690(18)30540-8
8. **Chu Anh Tuấn.** Đặc điểm hình ảnh CLVT và đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính. *Báo Cáo Nghiên Cứu Lâm Sàng.* 2008; Báo cáo nghiên cứu lâm sàng.
9. **Hà Kim Trung.** Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị máu tụ mạn tính dưới màng cứng trong 10 năm (1976-1985). Published online 1986.
10. **Santarius T, Kirkpatrick PJ, Ganesan D, et al.** Use of drains versus no drains after burr-hole evacuation of chronic subdural haematoma: a randomised controlled trial. *The Lancet.* 2009;374(9695):1067-1073. doi:10.1016/S0140-6736(09)61115-6

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ BIẾN THỂ XƠ HOÁ LAN TOẢ TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Duy<sup>1,2</sup>, Trần Hùng Anh<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Thu Hường<sup>1,2</sup>, Ngô Xuân Quý<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư tuyến giáp (UTT) thể nhú biến thể xơ hóa lan tỏa (XHLT) được điều trị tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp biến thể xơ hóa lan tỏa được phẫu thuật tại bệnh viện K từ tháng 1/2016 đến tháng 10/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 32,5 ± 11,2 tuổi, 36% bệnh nhân <30 tuổi, dao động 6-57 tuổi, tỷ lệ nữ/nam = 9/1; 70% bệnh nhân đi khám vì có

triệu chứng lâm sàng như khối vùng cổ, hạch cổ, nuốt vướng, 30% bệnh nhân khám định kỳ phát hiện bệnh. Trên siêu âm 34% bệnh nhân có khối u lan tỏa 2 thùy, vi vôi hóa lan tỏa 76%, ranh giới không rõ 86%, TIRADS 4 chiếm 44%, TIRADS 5 chiếm 56%. U xuất hiện cả 2 thùy tuyến giáp 52%, số lượng u ≥ 2 có 54%, kích thước u ≥ 4 cm hoặc nghi ngờ xâm lấn cơ trước giáp 24%. Tỷ lệ phát hiện hạch cổ nghi ngờ trên siêu âm là 68%, 40 % hạch cổ 1 bên, 20 % xuất hiện hạch cổ cả 2 bên, với đặc điểm mắt cấu trúc rốn hạch 66%, vôi hoá 22%. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chọc hút tế bào kim nhỏ trước phẫu thuật, 76% bệnh nhân có kết quả dương tính, 24% có kết quả nghi ngờ có tế bào không điển hình. **Kết luận:** Biến thể xơ hóa lan tỏa là dưới nhóm hiếm gặp của ung thư tuyến giáp thể nhú, với độ tuổi phát hiện sớm, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng rầm rộ hơn và có xu hướng xâm lấn ngoài bao giáp và di căn hạch ngay từ khi chẩn đoán so với các dưới nhóm khác.

**Từ khóa:** Ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể xơ hóa lan tỏa, ung thư tuyến giáp thể nhú.

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Duy

Email: duyynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

**SUMMARY****THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF DIFFUSE SCLEROSING VARIANT OF PAPILLARY THYROID CARCINOMA IN VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL**

**Objective:** To describe some clinical and paraclinical characteristics of the diffuse sclerosing variant (DSV) of papillary thyroid carcinoma (PTC) treated in Vietnam National Cancer Hospital. **Patients and methods:** A descriptive study was conducted on 50 patients diagnosed with DSV-PTC who underwent surgery in Vietnam National Cancer Hospital from January 2016 to October 2024. **Results:** The mean age was  $32.5 \pm 11.2$  years; 36% of patients were younger than 30 years, with a range of 6–57 years; female-to-male ratio was 9:1. 70% of patients presented with clinical symptoms such as neck mass, cervical lymphadenopathy, or dysphagia, while 30% were diagnosed during routine examination. On ultrasound, 34% showed diffuse bilateral thyroid involvement; diffuse microcalcifications were seen in 76%, ill-defined margins in 86%; TIRADS 4 accounted for 44%, and TIRADS 5 for 56%. Bilateral thyroid lobe involvement was present in 52%; multiple tumors ( $\geq 2$ ) in 54%; tumor size  $\geq 4$  cm or suspected invasion of strap muscles in 24%. Suspicious cervical lymph nodes were detected by ultrasound in 68%, unilateral in 40% and bilateral in 20%, with 66% loss of hilar structure and 22% calcification. All patients underwent fine-needle aspiration cytology before surgery, which was positive in 76% and atypical/suspicious in 24%. **Conclusions:** The diffuse sclerosing variant of papillary thyroid carcinoma is a rare subtype, characterized by earlier age at diagnosis, more prominent clinical and paraclinical findings, and a tendency for extrathyroidal invasion and lymph node metastasis at the time of diagnosis compared with other subtypes.

**Keywords:** Diffuse sclerosing variant of papillary thyroid carcinoma, papillary thyroid carcinoma.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể xơ hoá lan toả là thể bệnh hiếm gặp chiếm 5-6% ung thư tuyến giáp thể nhú.<sup>1</sup> Biến thể này được mô tả đầu tiên vào năm 1985 bởi Vickery và cộng sự và được Tổ chức Y tế Thế giới công nhận là một biến thể của UTTG thể nhú vào năm 1988.<sup>2,3</sup>

Biến thể XHLT có xu hướng gặp nhiều hơn ở phụ nữ, tương tự như ung thư biểu mô tuyến giáp dạng nhú thông thường nhưng độ tuổi phát hiện bệnh có xu hướng trẻ hơn. Trong một đánh giá ban đầu của Sywak và cộng sự, thể bệnh được phát hiện chủ yếu ở những bệnh nhân ở độ tuổi 30-40 và tỷ lệ nam/nữ là khoảng 1/5.<sup>4</sup> Theo nhiều nghiên cứu tổng hợp khác, độ tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán biến thể XHLT khoảng 30 tuổi, cho thấy nhóm bệnh này thường gặp ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi hơn UTTG thể

nhú thông thường.<sup>5</sup> Tuy nhiên biến thể này có thể gặp ở cả những bệnh nhân lớn tuổi.

Về đặc điểm lâm sàng, đặc trưng khối u trong nhóm bệnh này là tính chất lan tỏa ở một thùy hoặc cả 2 thùy tuyến giáp. Trên chẩn đoán hình ảnh, siêu âm đóng vai trò quan trọng trong theo dõi và chẩn đoán u giáp, kết hợp với tế bào học làm tăng khả năng phát hiện sớm ung thư tuyến giáp. Điển hình trên siêu âm là hình ảnh tăng sinh lan tỏa hai thùy tuyến giáp, vi vôi hóa và di căn hạch cổ. Đặc biệt ở bệnh nhân viêm tuyến giáp Hashimoto hình ảnh siêu âm khó phân biệt tổn thương lành hay ác, vì vậy cần kết hợp theo dõi kích thước, hạch cổ và tế bào học để tránh bỏ sót chẩn đoán.<sup>1</sup>

Về điều trị, phẫu thuật là phương pháp điều trị chính cho thể bệnh này. Trong nhiều nghiên cứu trên thế giới chiến lược phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ trung tâm có hoặc không vét hạch cổ bên và điều trị I<sup>131</sup> hỗ trợ được khuyến nghị với biến thể XHLT.<sup>5</sup> Với chiến lược điều trị tích cực và phẫu thuật rộng rãi, đòi hỏi các bác sỹ lâm sàng phải nắm được đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nổi bật ở nhóm bệnh này.

Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 50 bệnh nhân UTTG thể nhú biến thể XHLT tại bệnh viện K với mục tiêu: "*Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể xơ hoá lan toả*".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là 50 bệnh nhân có giải phẫu bệnh là UTTG thể nhú biến thể XHLT được phẫu thuật tại bệnh viện K từ Tháng 1/2016- Tháng 10/2024.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp có hoặc không vét hạch cổ bên tại bệnh viện K có giải phẫu bệnh sau mổ là UTTG thể nhú biến thể xơ hoá lan toả.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ kết quả: khám lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau mổ.

- Bệnh nhân được giải thích đầy đủ về quy trình nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân có khả năng hoàn thành bảng câu hỏi bằng tiếng việt và trả lời phỏng vấn.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân chẩn đoán ung thư tuyến giáp tái phát, có ung thư thứ hai kèm theo hoặc thể giải phẫu bệnh khác.

- Bệnh nhân không thể phẫu thuật, có các chống chỉ định của gây mê nội khí quản, có tiền sử bệnh lý về máu hoặc bệnh nhân từ chối phẫu thuật.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với tiến cứu.

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện trên toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn tại Bệnh viện K từ tháng 1/2016 đến tháng 10/2024. Có 50 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu.

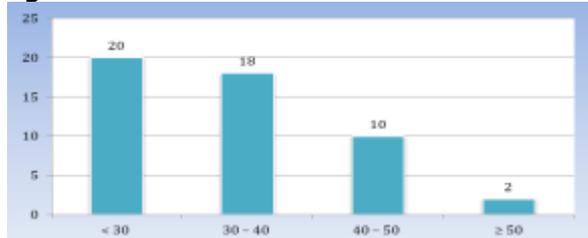
**2.2.3. Thu thập số liệu và tiêu chuẩn sử dụng:** Thu thập số liệu qua mẫu bệnh án thiết kế sẵn và hỏi bệnh.

**2.2.4. Xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu thu nhập được mã hoá trên máy vi tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.

**2.2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Trung thực trong thu nhập số liệu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của nhóm nghiên cứu



**Biểu đồ 1:** Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

**Nhận xét:** Có 50 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu với tỷ lệ nữ : nam = 9 : 1. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $32,5 \pm 11,2$  tuổi, dao động từ 6 đến 57 tuổi, nhóm tuổi dưới 30 chiếm số lượng nhiều nhất với 20 bệnh nhân (40%).

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng

##### Bảng 3.1. Lý do khám bệnh và triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
U vùng cổ	24	48
Hạch cổ	8	16
Nuốt vướng	3	6
Khám kiểm tra sức khỏe định kỳ	15	30

**Nhận xét:** Lý do đến khám do có khối vùng cổ to dần 24 bệnh nhân (48%), kiểm tra sức khỏe định kỳ là 15 bệnh nhân (30%) và tự sờ thấy hạch vùng cổ 8 bệnh nhân (16%), 3 bệnh nhân có cảm giác nuốt vướng (6%).

#### 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

##### Bảng 3.2. Vị trí, kích thước u trên siêu âm trước phẫu thuật

Đặc điểm u		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí u	Thùy phải	09	18

	Thùy trái	11	22
	Eo	4	8
	Hai thùy	26	52
Số lượng	≤ 1 u	23	46
	≥ 2 u	27	54
Kích thước u trung bình (mm)		19,6 ± 9,5 mm	

**Nhận xét:** U xuất hiện cả 2 thùy chiếm 52%, thùy phải và trái với tần suất xuất hiện tương tự nhau lần lượt 22% và 18%, 8% u ở vị trí eo giáp. Có 54% bệnh nhân phát hiện ≥ 2 nhân tuyến giáp nghi ngờ. Kích thước u trung bình là  $19,6 \pm 9,5$  mm.

##### Bảng 3.3. Đặc điểm u trên siêu âm trước phẫu thuật.

Đặc điểm u		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phân độ TIRADS	4	22	44
	5	28	56
Đặc điểm u trên siêu âm trước phẫu thuật	Lan toả 2 thùy, tăng kích thước	17	34
	Vi vôi hoá lan toả	38	76
	Xâm lấn ngoài bao giáp	10	20
	Ranh giới không rõ, bờ không đều	43	86
	Tăng âm	5	10
	Giảm âm	36	72
	Hỗn hợp âm	9	18

**Nhận xét:** Trên siêu âm đặc điểm u điển hình với hình ảnh ranh giới không rõ, bờ không đều (86%), vi vôi hoá lan toả (76%), lan toả cả 2 thùy tuyến giáp (34%), có 20% khối u nghi ngờ xâm lấn ngoài bao giáp, 72% nhân tuyến giáp có hình ảnh giảm âm. Dựa trên siêu âm, tất cả bệnh nhân đều được phân nhóm TIRADS 4,5 với tỷ lệ lần lượt là 44% và 56%.

##### Bảng 3.4. Đặc điểm hạch trên siêu âm trước phẫu thuật

Đặc điểm hạch	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chưa phát hiện hạch nghi ngờ	16	32
Hạch cổ 1 bên	20	40
Hạch cổ 2 bên	10	20
Hạch trung tâm	4	8
Mất cấu trúc rốn hạch	33	66
Vôi hoá	11	22

**Nhận xét:** Trên siêu âm có 34 bệnh nhân có hạch cổ nghi ngờ với đặc điểm mất cấu trúc rốn hạch (66%) hoặc vôi hoá (22%), trong đó 30 bệnh nhân (60%) có hạch cổ bên nghi ngờ, 8% bệnh nhân nghi ngờ hạch cổ trung tâm, 32% chưa phát hiện hạch nghi ngờ.

Đặc điểm tế bào học

**Biểu đồ 2. Tế bào học tuyến giáp trước phẫu thuật**

**Nhận xét:** Tất cả bệnh nhân đều được làm tế bào học tuyến giáp trước phẫu thuật, với 76% bệnh nhân có kết quả hướng đến carcinoma tuyến giáp thể nhú, 24% bệnh nhân có tế bào học không điển hình.

#### IV. BÀN LUẬN

UTTG biến thể XHLT có tuổi chẩn đoán trung bình là  $32,5 \pm 11,2$  tuổi, thấp hơn so với các nghiên cứu UTTG thể nhú thông thường như trong nghiên cứu Nguyễn Xuân Hậu tuổi trung bình  $40,3 \pm 10,6$  tuổi, nhóm tuổi dưới 45 chiếm 68,8%,<sup>6</sup> nghiên cứu của Lê Văn Quảng và cộng sự trên 308 bệnh nhân UTTG thể nhú với độ tuổi trung bình là 39 tuổi.<sup>7</sup> Độ tuổi này phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới về UTTG biến thể XHLT như nghiên cứu Cavaco và cộng sự là  $29,4 \pm 11,7$  tuổi,<sup>8</sup> trung bình 30 tuổi như trong nghiên cứu Malandrino và cộng sự.<sup>5</sup> Kết quả này cho thấy biến thể này hay gặp ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi hơn so với thể nhú thông thường.

Đa số các bệnh nhân (70%) đến khám vì có triệu chứng lâm sàng như bệnh nhân có khối vùng cổ to dần (48%), bệnh nhân tự sờ thấy hạch vùng cổ (16%), và có 30% bệnh nhân phát hiện qua kiểm tra sức khỏe định kỳ. Có sự khác biệt so với nghiên cứu về ung thư tuyến giáp thể nhú thông thường như trong nghiên cứu Nguyễn Xuân Hậu 75% bệnh nhân đến khám vì khám sức khỏe định kỳ, 13,5% bệnh nhân vào viện vì sờ thấy khối, hạch bất thường.<sup>6</sup> Trong nghiên cứu về biến thể XHLT của Daniela Cavaco với 84% bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng tại thời điểm đi khám.<sup>8</sup> Kết quả này cho thấy thể bệnh này có triệu chứng lâm sàng nổi bật, rõ ràng hơn so với các thể nhú thông thường, điều này có thể được giải thích vì độ tuổi của nhóm bệnh còn trẻ nên việc đi khám định kỳ chưa được thật sự quan tâm, và hai là diễn biến bệnh có xu hướng tiến triển nhanh.

Về đặc điểm cận lâm sàng, trong nhóm nghiên cứu có 52% bệnh nhân xuất hiện u ở cả 2 thyùy tuyến giáp, 54% bệnh nhân có từ hai u trở lên, kích thước u trung bình  $19,6 \pm 9,5$ mm. Vị trí u có sự khác biệt với một số nghiên cứu về

UTTG thể nhú thông thường như trong nghiên cứu của Lê Văn Quảng và cộng sự (2002), u ở thyùy phải là 48,5%, thyùy trái là 32,0%.<sup>7</sup> Dưới siêu âm, một số hình ảnh đặc trưng nghi ngờ ác tính như 86% bệnh nhân có khối u ranh giới không rõ, 76% bệnh nhân có vi vôi hoá lan toả trong u hoặc trong cả 2 thyùy tuyến giáp, 34% bệnh nhân có tăng kích thước lan toả 2 thyùy tuyến giáp. 44% bệnh nhân được phân loại TIRADS 4, và 56% TIRADS 5 trên siêu âm, 68% bệnh nhân có hạch cổ nghi ngờ trên siêu âm với đặc điểm như mất cấu trúc rốn hạch, vi vôi hoá trong hạch. Các chỉ số này cao hơn so với một số nghiên cứu được thực hiện trên thế giới như nghiên cứu của Daniela Cavaco và cộng sự với 48,3% bệnh nhân có hạch nghi ngờ, 63,6% bệnh nhân chọc tế bào nghi ngờ.<sup>8</sup> Với những đặc điểm trên, chúng tôi nhận thấy biến thể XHLT có tính chất xâm lấn rộng hơn, xu hướng xâm lấn ngoài bao và di căn hạch hơn so với UTTG thể nhú thông thường.

Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được chọc tế bào tuyến giáp trong đó 76% bệnh nhân có tế bào hướng đến ung thư tuyến giáp thể nhú. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu về UTTG thể nhú thông thường trong nước như nghiên cứu Nguyễn Xuân Hậu và cộng sự, kết quả tế bào dương tính chiếm 61,2%, có 7,1% ung thư tuyến giáp nhưng kết quả tế bào lành tính.<sup>6</sup> Kết quả này cho thấy để chẩn đoán xác định UTTG biến thể XHLT trước phẫu thuật là một thử thách với bác sỹ lâm sàng và giải phẫu bệnh. Chính vì vậy hiểu rõ và sự cẩn thận, tỉ mỉ trong quá trình thăm khám, siêu âm trước phẫu thuật giúp chúng ta có những gợi ý và đưa ra chiến lược điều trị phù hợp với thể bệnh này.

#### V. KẾT LUẬN

Biến thể xơ hoá lan toả là dưới nhóm ít gặp của ung thư tuyến giáp thể nhú, thường xuất hiện ở nữ dưới 30 tuổi, với triệu chứng lâm sàng ở thời điểm chẩn đoán tương đối rõ ràng. Đồng thời, một số đặc điểm điển hình trên hình ảnh siêu âm như ranh giới không rõ, vi vôi hoá lan toả, tăng kích thước lan toả 2 thyùy tuyến giáp, xâm lấn ngoài bao giáp, hạch cổ nghi ngờ di căn nhất là nhóm hạch cổ bên góp phần vào gợi ý chẩn đoán bệnh. Từ những đặc điểm trên một lần nữa khẳng định biến thể XHLT là dưới nhóm có tính chất xâm lấn rộng, di căn hạch nhiều hơn so với các dưới nhóm khác của UTTG thể nhú.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pillai S, Gopalan V, Smith RA, Lam AKY. Diffuse sclerosing variant of papillary thyroid carcinoma—an update of its clinicopathological

- features and molecular biology. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2015;94(1):64-73. doi:10.1016/j.critrevonc.2014.12.001
- Vickery AL, Carcangiu ML, Johannessen JV, Sobrinho-Simoës M.** Papillary carcinoma. *Semin Diagn Pathol*. 1985;2(2):90-100.
  - Hedinger C, Williams ED, Sobin LH.** The WHO histological classification of thyroid tumors: a commentary on the second edition. *Cancer*. 1989;63:908–911. - Tìm trên Google. Accessed March 10, 2024.
  - Sywak M, Pasiëka JL, Ogilvie T.** A review of thyroid cancer with intermediate differentiation. *J Surg Oncol*. 2004;86(1):44-54. doi:10.1002/jso.20044
  - Malandrino P, Russo M, Regalbuto C, et al.** Outcome of the Diffuse Sclerosing Variant of Papillary Thyroid Cancer: A Meta-Analysis. *Thyroid*. 2016;26(9):1285-1292. doi:10.1089/thy.2016.0168
  - Nguyễn Xuân Hậu** (2019). Nghiên cứu giá trị sinh thiết hạch cửa trong bệnh ung thư tuyến giáp, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
  - Lê Văn Quảng, Nguyễn Bá Đức, and Nguyễn Quốc Bảo.** "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*,(431) (2002): 323-326. *Tạp chí Y học*,(431). Published online 2002:323-326.
  - Cavaco D, Martins AF, Cabrera R, Vilar H, Leite V.** Diffuse sclerosing variant of papillary thyroid carcinoma: outcomes of 33 cases. *Eur Thyroid J*. 2021;11(1):e210020. doi:10.1530/ETJ-21-0020

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA PHỔ BỆNH VIÊM TỦY THỊ THẦN KINH KHỞI PHÁT MUỘN

Nguyễn Trường Công<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Tuận<sup>2,3,4</sup>, Nguyễn Anh Tuấn<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh khởi phát muộn (LO-NMOSD). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu 51 bệnh nhân tuổi  $\geq 50$  được điều trị tại bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện Đại học Y Hà Nội và được chẩn đoán xác định NMOSD. **Kết quả:** Bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới (88.2%), tỷ lệ nữ/nam = 45/6  $\approx$  7:1 ( $p < 0.05$ ). Tuổi khởi phát trung bình là  $60.04 \pm 7.7$ , tỷ lệ bệnh nhân có đợt tái phát là 41.2%. Khởi phát bệnh 100% trong vòng 1 tháng đầu với triệu chứng liệt vận động gặp 52.9%, rối loạn cảm giác 58.8%, rối loạn cơ tròn 47.1%, nhìn mờ 47.1%, nôn, nấc kéo dài 9.8% và liệt thần kinh sọ 2%. Hội chứng lâm sàng chính: Viêm tủy ngang cấp gặp 68.6%, viêm thần kinh thị giác 52.9%, hội chứng sán não thất IV 5.9% và hội chứng thân não cấp tính 2%. Bệnh nhân có điểm tàn tật EDSS  $\geq 6$  cần sự hỗ trợ khi đi lại chiếm 58.8%, trung bình  $6 \pm 2.5$ . **Kết luận:** Bệnh nhân LO-NMOSD có tổn thương tủy sống, thị giác, thân não và điểm tàn tật chiếm tỷ lệ cao. **Từ khóa:** Phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh khởi phát muộn (LO-NMOSD)

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS OF LATE-ONSET NEUROMYELITIS OPTICA SPECTRUM DISORDER

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuận

Email: ngvtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

**Objective:** To describe the clinical characteristics of late-onset neuromyelitis optica spectrum disorder (LO-NMOSD). **Methods:** This study included 51 patients aged  $\geq 50$  years who were diagnosed with NMOSD and treated at Bach Mai Hospital and Hanoi Medical University Hospital. **Results:** The disease predominantly affected females (88.2%), with a female-to-male ratio of approximately 7:1 (45/6,  $p < 0.05$ ). The mean age at onset was  $60.0 \pm 7.7$  years, and 41.2% of patients experienced relapses. All patients developed symptoms within the first month of onset. Motor weakness was observed in 52.9%, sensory disturbances in 58.8%, sphincter dysfunction in 47.1%, blurred vision in 47.1%, persistent nausea and vomiting in 9.8%, and cranial nerve palsy in 2%. The major clinical syndromes included acute transverse myelitis (68.6%), optic neuritis (52.9%), area postrema syndrome (5.9%), and acute brainstem syndrome (2%). Patients with an Expanded Disability Status Scale (EDSS) score  $\geq 6$ , indicating the need for assistance in ambulation, accounted for 58.8%, with a mean EDSS of  $6 \pm 2.5$ . **Conclusion:** Patients with LO-NMOSD commonly presented with spinal cord, optic nerve, and brainstem involvement, and exhibited a high level of disability. **Keywords:** Late-Onset Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder (LO-NMOSD)

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh (Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder – NMOSD) là một bệnh tự miễn hiếm gặp của hệ thần kinh trung ương. Nó được biết đến là bệnh lý của tế bào thần kinh đệm hình sao, gây tổn thương chủ yếu đến tủy sống, dây thần kinh thị giác. Ngoài ra, nó còn có thể gây tổn thương ở thân não, gian não và bán cầu đại não, đặc biệt trung tâm gây nôn ở sán não thất IV. Bệnh thường để lại di chứng thần kinh hết sức nặng