

quy trình xử trí hiện hành trong việc quản lý biến chứng chảy máu sau nhổ răng khôn hàm dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Việt Quan, Lâm Nhựt Tân, Nguyễn Thị Trúc Chi và cộng sự.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch, ngầm tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Hóc Môn năm 2023-2024. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024;71(1):124-131.
2. **Nguyễn Hồng Nguyên, Hoàng Kim Loan, Nguyễn Thị Thúy Hạnh và cộng sự.** Một số yếu tố lâm sàng của răng khôn hàm dưới ở nhóm đối tượng có chỉ định nhổ răng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;519(2):254-258.
3. **Nguyễn Trọng Đức và Nguyễn Trọng Nghĩa.** Nghiên cứu biến chứng và phân loại nhổ khó răng khôn hàm dưới ở sinh viên học viện quân y năm thứ 3, năm học 2022-2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;543(2):217-221.
4. **Phan Hải Đăng, Nguyễn Văn Lâm và Lâm Nhựt Tân.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch kết hợp sử dụng dexamethasone dạng tiêm ở bệnh nhân tại Bệnh

viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2021-2022. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023;54(1):181-188.

5. **Nagraj S.K., Prashanti E., Aggarwal H. and et al.** Interventions for treating post-extraction bleeding. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018;(3)
6. **Dodson TB, Susarla SM.** Impacted wisdom teeth. BMJ clinical evidence. 2014;1302.
7. **Dammling C, Le J, Aljadeff L, Jones J, Ogilvie M, Morlandt A.** An unusual presentation of a neck mass—traumatic pseudoaneurysm following third molar surgery: a case report. J Diagn Treat Oral Maxillofac Pathol. 2023;7(8):87-93.
8. **Wahid O., Boujoual I. and Haitami S.** Study of the Complications and Post-Operative Consequences of Surgical Extractions of Mandibular Wisdom Teeth. Oral Health Dental Sci. 2023;7(2):1-5.
9. **Daware S.N., Balakrishna R., Deogade S.C. and et al.** Assessment of postoperative discomfort and nerve injuries after surgical removal of mandibular third molar: A prospective study. Journal of family medicine and primary care. 2021;10(4):1712-1717.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ THYROGLOBULIN Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ TUYẾN GIÁP DẠNG NHÚ SAU PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN GIÁP TOÀN PHẦN

Nguyễn Phan Uyên Nhi¹, Nguyễn Xuân Cảnh², Võ Nguyên Trung³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện để khảo sát giá trị Thyroglobulin (Tg) sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần và mối liên quan giữa nồng độ Tg với các giai đoạn bệnh ung thư tuyến giáp (UTT) trên người bệnh ung thư tuyến giáp thể nhú (papillary thyroid carcinoma: PTC). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 160 người bệnh mắc PTC đã được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần từ tháng 01/2023 đến tháng 7/2024 tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ mắc PTC cao gấp 7,94 lần nam giới, giai đoạn bệnh sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần chiếm tỉ lệ cao nhất (76,68%) là giai đoạn I; có 13,12% số người bệnh mắc kèm viêm giáp Hashimoto. Trung vị nồng độ Tg giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), từ 3,5 ng/mL sau phẫu thuật cắt tuyến giáp xuống còn 0,14 ng/mL sau điều trị Iot phóng xạ. Ở nhóm BN chỉ mắc PTC, nồng độ Tg cao hơn đáng kể (3,79 ng/mL) so với

nhóm mắc PTC có kèm viêm giáp Hashimoto (0,69 ng/mL), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu ghi nhận có mối tương quan thuận yếu giữa nồng độ Tg với di căn hạch với hệ số $r = 0,2$ và $p < 0,05$. **Kết luận:** Có mối tương quan thuận yếu giữa di căn hạch với nồng độ Tg ở thời điểm sau phẫu thuật. Không có mối liên quan nào giữa nồng độ Tg với giai đoạn bệnh UTT thể nhú sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể nhú, Thyroglobulin, phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần.

SUMMARY

SURVEY OF THYROGLOBULIN CONCENTRATION IN PATIENTS WITH PAPILLARY THYROID CARCINOMA AFTER TOTAL THYROIDECTOMY

Objectives: This study aims to investigate serum Thyroglobulin (Tg) levels after total thyroidectomy and the relationship between serum Tg levels and thyroid cancer (TC) stages in patients with papillary thyroid carcinoma (PTC). **Methods:** Retrospective study of 160 papillary thyroid cancer patients after total thyroidectomy from 01/2023 to 07/2024 at Cho Ray Hospital. **Results:** The rate of women with PTC had 7.94 times higher than men. The stage of disease after total thyroidectomy with the highest rate is stage I (76.68%); 13.12% of patients have concomitant Hashimoto's thyroiditis (HT). Median serum Tg levels

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Đại học Y – Dược Tp.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Nguyên Trung

Email: nguyentrung27@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

decreased significantly ($p < 0,05$), from 3,5 ng/mL after thyroidectomy to 0,14 ng/mL after radioactive Iodine treatment. In the group of patients with only PTC, serumTg levels was significantly higher (3,79 ng/mL) than in the group with PTC and Hashimoto's thyroiditis (0,69 ng/mL); this difference was statistically significant ($p < 0,05$). There was a weak positive correlation between lymph node and serumTg levels at postoperative with $r = 0.2$ and $p < 0,05$. **Conclusion:** There was a weak positive correlation between lymph node and serumTg levels at postoperative. There is no association between serum Tg levels and the stages of papillary thyroid cancer after total thyroidectomy.

Keywords: Papillary Thyroid Carcinoma, Thyroglobulin, total thyroidectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ Chức Ung Thư Toàn Cầu (GLOBOCAN) vào năm 2020, ung thư tuyến giáp (UTTg) đứng thứ 9 trong tổng số các ca ung thư ở cả hai giới với khoảng 586.000 ca mới mắc hàng năm và ngày càng có xu hướng gia tăng [1]. UTTg được phân thành hai nhóm mô bệnh học chính: thể biệt hóa và thể không biệt hóa. Trong nhóm thể biệt hóa, ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm tỷ lệ cao nhất, khoảng 80–95% [2]. Chẩn đoán UTTg thường dựa vào lâm sàng, siêu âm tuyến giáp, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA) và mô bệnh học sau mổ; đồng thời việc định lượng nồng độ Thyroglobulin (Tg) đóng vai trò rất quan trọng trong việc theo dõi và tiên lượng bệnh [3]. Thông thường sau phẫu thuật tuyến giáp, nồng độ Tg sẽ trở về bình thường sau 3-4 tuần. Nếu nồng độ Tg vẫn cao sau điều trị phóng xạ (I-131), thì khả năng còn mô giáp đại thể và vi thể còn tồn tại [4]. Các nghiên cứu hiện tại thường chỉ đánh giá đáp ứng về hình ảnh cấu trúc, chức năng và sự thay đổi đáp ứng nồng độ Tg sau điều trị I-131 ở người bệnh UTTg biệt hoá. Nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa Tg với giai đoạn bệnh sau phẫu thuật và sự thay đổi nồng độ Tg ở riêng nhóm người bệnh UTTg dạng nhú. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát nồng độ Tg ở người bệnh PTC sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần với hai mục tiêu nghiên cứu sau:

- Xác định sự thay đổi nồng độ Thyroglobulin ở người bệnh ung thư tuyến giáp dạng nhú đã được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần.

- Xác định mối liên quan giữa nồng độ Thyroglobulin sau phẫu thuật với giai đoạn bệnh ung thư tuyến giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 160 người bệnh (NB) đã phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần và có kết quả mô bệnh học là UTTg

dạng nhú, có chỉ định điều trị I-131 tại Khoa Y học Hạt nhân - Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2023 đến tháng 7/2024.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh:

- Nhóm người bệnh có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần là UTTg thể nhú và có chỉ định điều trị I-131.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

- NB đã có tiền sử mổ tái phát tuyến giáp trước đó.

- NB bị UTTg tái phát.

- NB mắc các bệnh kèm khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu và mô tả cắt ngang.

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

❖ Đặc điểm lâm sàng:

- Tuổi, giới.

- Phân độ TMN: Kích thước khối u (T), Hạch vùng (N), di căn xa (M)

- Giai đoạn bệnh (I, II, III, IV).

- Viêm giáp kèm theo.

❖ Cận lâm sàng: Xét nghiệm đo nồng độ Tg được thực hiện tại Khoa Sinh hóa - Bệnh viện Chợ Rẫy. Sử dụng kỹ thuật IRMA (Imuno Radio - Metric - Assay). Giá trị Tg bình thường từ 0 đến 50 ng/mL.

- Nồng độ Tg được đo tại 2 thời điểm:

+ Sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần, trước điều trị I-131.

+ Sau điều trị I-131.

2.4. Xử lý số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học STATA 15.0 với các thuật toán thống kê y học.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu y học.

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh thông qua theo văn bản số 1055/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 26 tháng 10 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm giai đoạn bệnh

Đặc điểm giai đoạn bệnh	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn T		
T1	28	17,5
T2	3	1,88
T3	117	73,12
T4	12	7,5
Giai đoạn N		
N0	97	60,63
N1	63	39,37
Giai đoạn bệnh		
I	123	76,88

II	33	20,62
III	4	2,5
Viêm giáp Hashimoto		
Không viêm	139	86,88
Có viêm	21	13,12

Nhận xét: - Phần lớn NB ung thư tuyến giáp thuộc giai đoạn T3 (chiếm tỷ lệ 78,88%), giai đoạn T2 chiếm ít nhất (1,88%). NB không có di căn hạch chiếm phần lớn (60,63%) và chưa

thấy trường hợp nào có di căn xa và xạ hình toàn thân âm tính.

- Về giai đoạn bệnh, đa số NB mắc bệnh ở giai đoạn I (chiếm 76,88%), giai đoạn II và giai đoạn III chiếm tỷ lệ ít hơn (20,62% và 2,5%), đa số NB mắc PTC không kèm viêm giáp Hashimoto (chiếm 86,88%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Sự thay đổi nồng độ Tg trước và sau điều trị I-131

Nồng độ Tg (ng/mL)	Trước điều trị I-131 (n=160)		Sau điều trị I-131 (n=160)		Giá trị P
Trung vị (Khoảng tứ phân vị)	3,5 (0,83 – 9,59)		0,14 (0,14 – 0,15)		<0,001 ^a
≤ 0,2	24	15%	124	77,5%	<0,001 ^b
> 0,2	136	85%	36	22,5%	

a: Kiểm định Wilcoxon signed-rank test; b: Kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Trước điều trị I-131, phần lớn NB (85%) có nồng độ Tg > 0,2 ng/mL, với giá trị trung vị 3,5 ng/mL. Sau điều trị, trung vị Tg giảm mạnh xuống 0,14 ng/mL, và tỷ lệ NB có Tg ≤ 0,2 ng/mL tăng từ 15% lên 77,5%.

Bảng 3. Phân nhóm nồng độ Tg theo hai nhóm NB mắc PTC có và không kèm viêm giáp Hashimoto trước điều trị I-131

Nồng độ Tg (ng/mL)	Chỉ mắc PTC (n=139)	Viêm giáp Hashimoto (n=21)	Giá trị P
Trung vị (Khoảng tứ phân vị)	3,79 (1,04 – 9,59)	0,69 (0,14 – 6,3)	0,013

Kiểm định Mann-Whitney

Nhận xét: Trước điều trị I-131, nhóm BN chỉ mắc PTC có nồng độ Tg cao hơn đáng kể (3,79 ng/mL) so với nhóm mắc PTC kèm viêm giáp Hashimoto (0,69 ng/mL), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. Mối liên quan giữa nồng độ Tg và giai đoạn bệnh trước điều trị I-131

Bảng 4. Mối liên quan của nồng độ Tg trước điều trị I-131 với phân loại giai đoạn bệnh

Nồng độ Tg (ng/mL)	Trước điều trị I-131			
	Trung vị	Khoảng tứ phân vị	Hệ số r	Giá trị P
Giai đoạn T				
T1 -T3a (n=34)	2,74	0,14 - 10,3	- 0,03	0,67
T3b – T4 (n=126)	3,58	0,91 - 9,59		
Giai đoạn N				
Không di căn hạch (n=97)	2,5	0,68 - 7,56	0,2	0,01
Có di căn hạch (n=63)	5,44	1 - 16,63		
Giai đoạn bệnh				
I (n=123)	3,33	0,69 - 9,45	0,07	0,38
II (n=33)	4,37	1,33 - 9,59		
III (n=4)	11,52	0,5 - 30,07		

Kiểm định Spearman

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê theo nồng độ Tg với giai đoạn N ở thời điểm trước điều trị I-131 ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi đánh giá trên 160 NB UTTG thể nhú đã phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp, tất cả NB trong nghiên cứu được định lượng nồng độ Tg tại hai thời điểm: sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần và sau khi

điều trị I-131.

Về giai đoạn bệnh, đa số NB được xếp ở giai đoạn I (76,88%), ở giai đoạn II có 20,62% NB, và thấp nhất ở giai đoạn III có 2,5% NB. Kết quả này gần tương đồng nghiên cứu của tác giả: Dương Thị Phượng và cộng sự (2022) [5] cho kết quả giai đoạn I, II và III (chiếm tỷ lệ lần lượt là 77,02%; 20,5% và 2,48%). NB ở nghiên cứu của tác giả Trần Thị Đoàn (2021) có NB ở giai đoạn I là 69,6%, số NB được xếp đều ở giai đoạn III và II (13,1% và 17,3%) [6], kết quả này khác

với nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu chỉ tập trung vào những NB đã được điều trị bằng I-131, nên dẫn đến phân loại giai đoạn kích thước khối u chủ yếu thuộc giai đoạn T3 và đa số NB được điều trị ở giai đoạn sớm nên sự phân bố tỷ lệ về phân độ TMN và giai đoạn bệnh có kết quả khác với các nghiên cứu khác.

Về tỷ lệ mắc viêm giáp Hashimoto, đa số NB trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ mắc UTTG đơn thuần (chiếm 86,88%) và 21 BN (chiếm 13,12%) mắc kèm thêm viêm giáp Hashimoto. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Dương Thị Phượng và cộng sự (2022)[5] với 13,04%; thấp hơn so với nghiên cứu của Battistella và cộng sự (2022)[7] với 41,4%.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi đã phân nhóm NB theo mức nồng độ Tg trước và sau điều trị I-131 dựa trên hướng dẫn của Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA 2015) [8], kết quả cho thấy tỷ lệ NB có nồng độ Tg dưới 0,2 ng/mL tăng lên từ 15% trước khi điều trị lên 77,5% sau khi điều trị, điều này cho thấy việc sử dụng I-131 có hiệu quả rõ rệt trong việc kiểm soát các mô giáp còn sót lại. Giá trị trung vị của Tg giảm mạnh từ 3,5 ng/mL xuống 0,14 ng/mL, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Kết quả này phù hợp với tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng điều trị do ATA 2015 đưa ra, đồng thời cho thấy đa phần NB trong nghiên cứu có đáp ứng sinh hóa tốt sau điều trị I-131.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, nồng độ Tg ở nhóm NB chỉ mắc PTC cao hơn (3,79 ng/mL) so với nhóm mắc PTC có kèm viêm giáp Hashimoto (0,69 ng/mL) với $p < 0,05$. Điều này có thể giải thích là ở nhóm NB chỉ mắc PTC đơn thuần thì vẫn duy trì khả năng tiết ra Tg từ mô giáp còn sót lại sau phẫu thuật; trong khi ở nhóm viêm giáp Hashimoto thì phản ứng viêm mạn tính vẫn tiếp tục diễn ra kết hợp với cơ chế tự miễn gây phá hủy mô tuyến giáp, làm giảm đi đáng kể khối lượng mô giáp có khả năng sản xuất Tg. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Ke Zheng (2024) với nồng độ Tg ở nhóm NB mắc PTC đơn thuần và nhóm NB mắc PTC có kèm viêm giáp Hashimoto lần lượt là 19,46 ng/mL và 8,57 ng/mL [9].

4.3. Mối liên quan giữa nồng độ Tg và giai đoạn bệnh trước điều trị I-131. Với giai đoạn T, chúng tôi ghi nhận được có sự tăng về nồng độ Tg với kích thước khối u trước điều trị I-131 với nồng độ Tg tương ứng với giai đoạn T1-T3a và T3b-T4 lần lượt là 2,74 ng/mL và 3,58 ng/mL. Điều này đúng với quá trình diễn biến sinh học trong các bệnh lý UTTG, các tế bào ung thư vẫn có một số tính năng như các tế bào

tuyến giáp bình thường như là khả năng sản xuất Tg, phản ánh đúng với quá trình tiết, chuyển hoá của dấu ấn sinh học của tuyến giáp, và đó là lý do mà Tg được xem như một dấu ấn đặc hiệu để đánh giá hiệu quả điều trị và theo dõi sự tái phát của NB UTTG. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi lại cho kết quả không có mối liên quan nào giữa nồng độ Tg và kích thước khối u ở thời điểm trước điều trị I-131 ($p > 0,05$), bởi vì sau khi phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần, NB có thể còn sót mô giáp nên nồng độ Tg của NB vẫn còn tồn tại ngay cả khi đã được ức chế bằng Levothyroxin. Cho nên, việc còn sót lại mô giáp có thể khiến nồng độ Tg không phản ánh chính xác kích thước khối u hoặc tình trạng bệnh, vì Tg có thể đến từ mô giáp bình thường còn sót lại chứ không chỉ từ khối u.

Trước điều trị I-131, chúng tôi ghi nhận nhóm di căn hạch đã phẫu thuật có nồng độ Tg cao hơn nhóm không có di căn hạch (trung vị lần lượt là 5,44 ng/mL và 2,5 ng/mL); nghiên cứu có mối tương quan thuận yếu giữa di căn hạch với nồng độ Tg ở thời điểm trước điều trị I-131, với hệ số r tương ứng là 0,2 ($p < 0,05$). Vấn đề này có thể giải thích là khi tế bào UTTG lan đến các hạch bạch huyết, khối lượng tế bào ung thư trong cơ thể nhiều hơn, đồng nghĩa với việc có nhiều tế bào ung thư sản sinh Tg, dẫn đến mức Tg cao hơn. Do đó, ở những NB có di căn hạch, mức Tg thường cao hơn đáng kể so với những NB không có di căn hạch [8].

Đối với giai đoạn bệnh, chúng tôi thấy có sự tăng dần về nồng độ Tg từ giai đoạn I, giai đoạn II đến giai đoạn III, với trung bình nồng độ Tg tương ứng trước điều trị I-131 là 3,33 ng/mL; 4,37 ng/mL; 11,52 ng/mL. Chúng tôi cũng không ghi nhận có sự liên quan nào của nồng độ Tg với các giai đoạn bệnh UTTG trước điều trị I-131 ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ Tg sau điều trị I-131 thấp hơn so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).
- Trước điều trị I-131, nhóm BN chỉ mắc PTC có nồng độ Tg cao hơn đáng kể so với nhóm mắc PTC kèm viêm giáp ($p < 0,05$).
- Có mối tương quan thuận yếu giữa di căn hạch (N) với nồng độ Tg ở thời điểm trước điều trị I-131, với hệ số r tương ứng là 0,2 ($p < 0,05$).
- Chưa ghi nhận có sự liên quan nào của nồng độ Tg với các giai đoạn bệnh UTTG trước điều trị I-131 ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. GLOBOCAN. Cancer Today. 2020. 29/06/2023. <https://gco.iarc.fr/today/home>

2. **Baloch ZW, Asa SL, Barletta JA, et al.** Overview of the 2022 WHO Classification of Thyroid Neoplasms. *Endocrine pathology*. Mar 2022; 33(1): 27-63. doi:10.1007/s12022-022-09707-3
3. **Bộ Y tế.** Thông tư số 1514/QĐ-BYT ban hành ngày 01/04/2020 về tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu". Hà Nội: Nhà xuất bản Hà Nội; 2020.
4. **Li S, Ren C, Gong Yea.** The Role of Thyroglobulin in Preoperative and Postoperative Evaluation of Patients With Differentiated Thyroid Cancer. *Frontiers in endocrinology*. 2022;13: 872527. doi:10.3389/fendo.2022.872527
5. **Dương Thị Phương và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2022;159(11):1-9.
6. **Trần Thị Đ, Nguyễn Vinh Q, Nguyễn Ngọc H.** Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. 2021;(50):99-105. *Tạp chí Nội tiết Đái tháo Đường*.
7. **Battistella E, Pomba L, Costantini A, et al.** Hashimoto's Thyroiditis and Papillary Cancer Thyroid Coexistence Exerts a Protective Effect: a Single Centre Experience. *Indian journal of surgical oncology*. Mar 2022;13(1):164-168. doi:10.1007/s13193-022-01515-9
8. **Haugen BR, Alexander EK, Bible KCea.** American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid: official journal of the American Thyroid Association*. Jan 2016;26(1):1-133. doi:10.1089/thy.2015.0020
9. **Zheng K, Mao J.** Comparison and Analysis of Clinical Features of Papillary Thyroid Cancer Complicated With Hashimoto's Thyroiditis. *Clinical Medicine Insights Oncology*. 2024;18: 11795549241287085. doi:10.1177/11795549241287085
10. **Wang F, Nie H, Li W, et al.** The clinical significance of remnant thyroid tissue in thyroidectomized differentiated thyroid cancer patients on 131I-SPECT/CT. *BMC Medical Imaging*. 2021/05/08 2021;21(1):78. doi:10.1186/s12880-021-00612-5

NHU CẦU PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CỦA NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN HẢI DƯƠNG NĂM 2024

Phạm Thị Cẩm Hưng¹, Nguyễn Đoàn Phi Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhu cầu phục hồi chức năng của người bệnh tâm thần phân liệt tại Bệnh viện Tâm thần Hải Dương năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện 67 người bệnh tâm thần phân liệt điều trị tại Bệnh viện Tâm thần Hải Dương. **Kết quả:** Người tâm thần phân liệt có ít nhất một nhu cầu PHCN ở mức rất cao với 55 người (82,09%). Trong đó, nhu cầu hội nhập xã hội là 52 người (77,61%), nhu cầu sinh hoạt hàng ngày là 37 người (55,22%), giao tiếp, vận động lần lượt là 28 người (41,79%) và 30 người (44,78%). **Kết luận:** Nhu cầu Phục hồi chức năng của người bệnh tâm thần phân liệt rất cao 82,09%. Nghiên cứu đóng góp vào việc xác định nhu cầu Phục hồi chức năng và cần được sử dụng vào việc lập kế hoạch can thiệp, phát triển các dịch vụ Phục hồi chức năng cho người bệnh.

Từ khóa: Phục hồi chức năng, đánh giá nhu cầu, tâm thần phân liệt (rehabilitation, need assessment, schizophrenia)

SUMMARY

¹*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Cẩm Hưng
 Email: phamcamhungal@hmtu.edu.vn
 Ngày nhận bài: 26.9.2025
 Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025
 Ngày duyệt bài: 28.11.2025

REHABILITATION NEEDS OF SCHILLIS PATIENTS AT HAI DUONG MENTAL HOSPITAL IN 2024

Objective: Rehabilitation needs of schizophrenic patients at Hai Duong Psychiatric Hospital in 2024. **Subjects and research methods:** cross-sectional descriptive study with a convenient sample size of 67 schizophrenic patients treated at Hai Duong Psychiatric Hospital. **Results:** Schizophrenic patients have at least one very high level of rehabilitation needs with 55 people (82.09%). Of which, the need for social integration is 52 people (77.61%), the need for daily activities is 37 people (55.22%), communication and movement are 28 people (41.79%) and 30 people (44.78%), respectively. **Conclusion:** Rehabilitation needs of schizophrenic patients are very high at 82.09%. The study contributes to the identification of rehabilitation needs and should be used in planning interventions and developing rehabilitation services for patients.

Keywords: rehabilitation, need assessment, schizophrenia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt là một trong những rối loạn tâm thần nặng, đặc trưng bởi sự rối loạn trong tư duy, cảm xúc và hành vi, ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng lao động, học tập, giao tiếp xã hội và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO),