

chẩn đoán sớm vẫn còn cao dẫn đến việc điều trị và dự phòng biến chứng cho BN còn hạn chế. Cả hai BN đầu tiên trong 02 phả hệ chỉ được chẩn đoán khi đã xuất hiện các biến chứng nhồi máu cơ tim. Và theo Viện quốc gia về y tế và lâm sàng của Anh (NICE) đã đưa ra khuyến cáo về sàng lọc phân tầng đối với những người thân có quan hệ huyết thống gần với bệnh nhân đã được chẩn đoán lâm sàng FH, giúp giảm tỷ lệ bệnh tật và tử vong do bệnh tim mạch ở những người tăng mỡ máu có tính chất gia đình thông qua chẩn đoán bệnh sớm và quản lý bệnh hiệu quả. Trong nghiên cứu này tổng tỷ lệ đột biến chung trong 02 phả hệ là 47,7% (một tỷ lệ khá cao, gần 50% thành viên trong gia đình mang gen). Điều này càng cho thấy tầm soát những gia đình bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp xuất hiện sớm có rối loạn lipid máu là rất cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Trong 02 phả hệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp xuất hiện sớm có rối loạn lipid máu có đến 63,1% thành viên mang rối loạn lipid máu, các rối loạn chủ yếu ở dạng kết hợp (63,4%) và có 73,8% thành viên có chỉ số CT ở bình thường (<5,2mmol/L). Tổng tỷ lệ đột biến gen LDLR chung trong 02 phả hệ là 47,7%, 100% thành viên mang đột biến ở dạng dị hợp tử, 2 kiểu đột biến được xác định là c.664T>C ở exon thứ 4 và IVS7 +10 C>G ở đoạn intron thứ 7. Mức độ rối loạn cholesterol toàn phần được xác định có mối liên quan mang ý nghĩa thống kê với tỷ lệ xuất hiện đột biến gen LDLR do $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2019)**, Quyết định số 2187/2019/QĐ-BYT, ngày 03/7/2019, về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp.
- Lê Thị Yến, Vũ Đức Anh, Phạm Thị Minh Huyền và cộng sự (2019)**, Xác định đột biến exon 14 gen LDLR trên bệnh nhân tăng cholesterol máu có tính chất gia đình. Tạp chí y học Việt Nam, 482(65), 178-185.
- Hoàng Thị Yến (2020)**, Nghiên cứu đột biến gen LDLR ở người tăng cholesterol máu có tính chất gia đình, Luận văn tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Authors/Task Force Members; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG); ESC National Cardiac Societies (2019)**, 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk, Atherosclerosis, 290, pp.140-205.
- Molfetta GA, Zanette DL, Santos JE, Silva WA Jr (2017)**, Mutational screening in the LDLR gene among patients presenting familial hypercholesterolemia in the Southeast of Brazil. Genet Mol Res. 31;16(3)
- Huang, C.C and Charng, M.J. (2020)**, Genetic Diagnosis of Familial Hypercholesterolemia in Asia, Front in Genetic, 11, pp.1-12.
- Huang C.C., Niu D.M., Charng M.J. (2022)**, Genetic Analysis in a Taiwanese Cohort of 750 Index Patients with Clinically Diagnosed Familial Hypercholesterolemia. J Atheroscler Thromb, 29(5):639-653.
- Pham Thi Minh Huyen, Dang Quang Huy, Nguyen Quynh Giao and et al (2016)**, Identification of Mutations in exon 3 and 4 of the LDL-receptor gene in patients with familial hypercholesterolemia. Medical Research, 2354(7), 39-46.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC HAI PEMBROLIZUMAB UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV

Phạm Thị Hằng¹, Nguyễn Thị Thái Hòa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bước hai Pembrolizumab ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV tại Bệnh viện Hữu Nghị và Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu, trên 34 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV tiến triển sau điều trị hóa

trị bộ đôi có platinum, điều trị bước hai bằng Pembrolizumab liều 2mg/kg mỗi 3 tuần tại Bệnh viện Hữu Nghị và Bệnh viện K từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** tuổi trung bình $62,4 \pm 8,8$ (42-83); tỷ lệ nam/nữ = 4,7/1. UTP hay di căn phổi đối bên, não và xương. Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) 41,2%; tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) 79,4%. Thời gian sống thêm bệnh tiến triển (PFS): trung vị là $12,3 \pm 1,5$ tháng, (Min: 1,5 tháng, Max: 25,4 tháng). **Kết luận:** Phác đồ điều trị bước hai Pembrolizumab cho tỉ lệ đáp ứng đáng khích lệ có thể là một lựa chọn hợp lý ở những bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV tiến triển sau điều trị hóa trị bộ đôi có Platinum.

Từ khóa: ung thư phổi không tế bào nhỏ, pembrolizumab

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Tiến sĩ Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hằng

Email: phamthihanghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2022

Ngày duyệt bài: 5.9.2022

SUMMARY**RESULTS OF THE SECOND – LINE TREATMENT WITH PEMBROLIZUMAB ON NON SMALL – CELL LUNG CANCER STAGE IV**

Objectives: To evaluate the results of the second – line treatment with Pembrolizumab on non small-cell lung cancer stages IV patients at Friendship Hospital and K Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional, retrospective and prospective study on 34 non small-cell lung cancer stages IV patients who progressed after platinum-based doublet chemotherapy. These patients are treated with Pembrolizumab 2 mg/kg every 3 weeks at Friendship Hospital and K Hospital from January 2018 to December 2021. **Results:** Mean age of 62,4 ± 8,8 (42-83); male/female ratio = 4,7/1. Lung cancer often metastasizes to contralateral lung, brain and bones. Overall response rate (ORR) is 41,2%, Disease control rate (DCR) is 79,4%. The progression-free survival (PFS) is 12,3 ± 1,5 months, (Min: 1,5 months, Max: 25,4 months). **Conclusion:** The second – line treatment with Pembrolizumab gets a promising response rate, which would be a reasonable option in patients with non-small cell lung cancer stage IV who progressed after platinum-based doublet chemotherapy.

Keywords: non – small cell lung cancer, pembrolizumab.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những ung thư có tỷ lệ mắc và tử vong cao nhất trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2018, tại Việt Nam – tính chung cho cả hai giới, ung thư phổi có tỷ lệ mắc và tử vong đứng hàng thứ 2 sau ung thư gan¹. Mục tiêu điều trị bệnh giai đoạn muộn không phải là điều trị khỏi, các phương pháp điều trị toàn thân được áp dụng với mong muốn kéo dài thời gian sống, giảm nhẹ triệu chứng, việc duy trì và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh là ưu tiên hàng đầu. Bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn tiến triển sau điều trị hóa trị bộ đôi platinum hoặc điều trị đích có thể trạng yếu do bệnh tiến triển và độc tính của điều trị trước đó. Mục tiêu điều trị ở nhóm bệnh nhân này là cải thiện chất lượng cuộc sống nhờ thuyên giảm triệu chứng, kéo dài thời gian sống. Hiện nay, các phác đồ tiêu chuẩn điều trị bước hai cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa chủ yếu là các tác nhân gây độc tế bào (docetaxel và pemetrexed..). Tuy nhiên, hóa trị liệu không mang lại hiệu quả điều trị cao và có nhiều tác dụng không mong muốn. Trong những năm gần đây, những tiến bộ và hiểu biết trong điều trị dựa trên miễn dịch đã mở ra những triển vọng cải thiện kết quả điều trị UTP giai đoạn muộn. Pembrolizumab là một kháng thể đơn dòng kháng thụ thể PD-1 trên bề mặt tế bào lympho T

đã chứng minh hiệu quả cải thiện thời gian sống toàn bộ, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và tỷ lệ tử vong trong điều trị bước 2 cho UTPKTBN giai đoạn muộn^{2,3}. Tại Việt Nam, điều trị thuốc miễn dịch pembrolizumab đã được cấp phép cho điều trị bước hai ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa từ năm 2018. Nhiều bệnh viện đã ứng dụng và cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân, nhưng còn ít nghiên cứu đánh giá về kết quả của điều trị này. Nhằm đánh giá kết quả của pembrolizumab trong phân nhóm bệnh nhân này, chúng tôi tiến hành đề tài "*Kết quả điều trị bước hai Pembrolizumab bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV tại bệnh viện K và bệnh viện Hữu Nghị*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV tiến triển sau điều trị hóa trị bộ đôi có platinum, điều trị bước hai bằng Pembrolizumab tại bệnh viện K và bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2021

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi: từ 18 tuổi trở lên
- Chỉ số toàn trạng (Performance status - PS): 0 – 2
- BN được chẩn đoán xác định UTPKTBN giai đoạn IV (theo phân loại của AJCC năm 2017).
- Xét nghiệm PD – L1 TPS ≥ 1%
- Tiến triển sau điều trị hóa trị bộ đôi có platinum
- Chức năng gan, thận, huyết học cho phép điều trị theo phác đồ
- Điều trị bước 2 bằng pembrolizumab.
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN không thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn trên
- Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.
- Đang điều trị bệnh tự miễn sử dụng corticoid, các thuốc ức chế miễn dịch đường toàn thân.
- Không có dữ liệu để đánh giá đáp ứng.
- Di căn não có triệu chứng chưa điều trị tại vùng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, thu nhận 34 bệnh nhân

2.2.3. Các bước tiến hành:

- Đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị.
- Điều trị phác đồ Pembrolizumab đơn trị 2mg/kg chu kỳ 21 ngày.
- Các thời điểm đánh giá đáp ứng: đáp ứng cơ năng và thực thể theo tiêu chuẩn RECIST sau mỗi 3 chu kỳ.

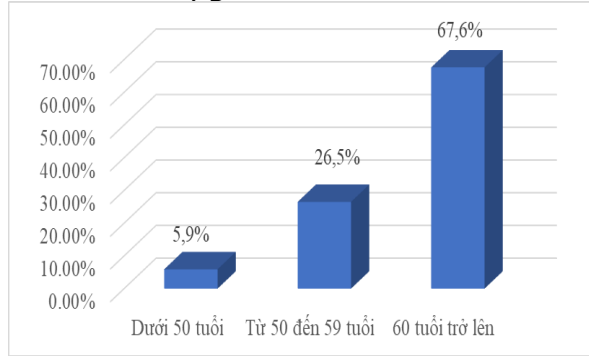
2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 34 bệnh nhân (BN) đủ tiêu chuẩn.

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Tuổi, giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhận xét: Tuổi trung bình là 62,4 ± 8,8 tuổi, trẻ nhất là 42 tuổi, lớn nhất 83 tuổi. Nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm ưu thế hơn (67,6%)

Nam giới chiếm ưu thế hơn nữ giới (82,4% so với 17,6%). Nam/nữ=4,7/1.

3.1.2. Tình trạng di căn xa

Bảng 3.3: Đánh giá cải thiện triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Cải thiện		Ổn định		Xấu đi	
	n	%	n	%	n	%
Ho (n=26)	20	77	3	11,5	3	11,5
Đau ngực (n=16)	13	81,25	2	12,5	1	6,25
Khó thở (n=15)	14	93,3	1	6,7	0	0

Nhận xét: Các triệu chứng cơ năng đều cải thiện với tỷ lệ cải thiện ho là 77%, đau ngực 81,25% và khó thở 93,3%

3.2.3. Đánh giá đáp ứng khách quan

Bảng 3.4: Tỷ lệ đáp ứng khách quan

Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn (CR)	0	0
Đáp ứng một phần (PR)	14	41,2
Bệnh ổn định (SD)	13	38,2
Bệnh tiến triển (CPD)	7	20,6
Tổng	34	100

Nhận xét: 14 BN đạt đáp ứng một phần (41,2%) và 13 BN bệnh ổn định (38,2%). Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) là 41,2% và tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) là 79,4%.

3.2.4. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS)

Bảng 3.1: Bảng các vị trí di căn

Vị trí di căn	Số bệnh nhân (n=34)	Tỷ lệ (%)
Phổi đối bên	15	44,1
Não	12	35,3
Xương	10	29,4
Màng phổi	7	20,6
Thượng thận	4	11,8
Gan	2	5,9
Khác	9	26,5

Nhận xét: Các vị trí di căn thường gặp là phổi đối bên, chiếm tỷ lệ là 44,1%, tiếp đến là di căn não chiếm 35,3% bệnh nhân, di căn xương chiếm 29,4% bệnh nhân.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

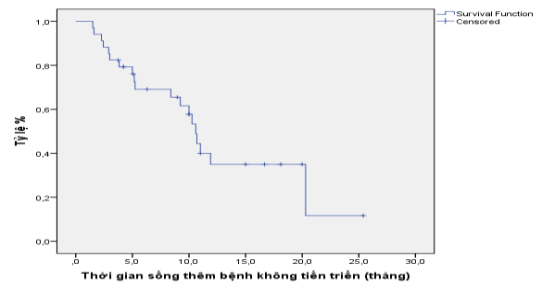
3.2.1 Đặc điểm điều trị

Bảng 3.2: Số chu kỳ sử dụng thuốc pembrolizumab

Số chu kỳ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≤ 6 chu kỳ	14	41,2
>6 chu kỳ	20	58,8
Tổng	34	100
Trung bình	11,21 ± 7,976	

Nhận xét: Số chu kỳ điều trị trung bình là 11,21 ± 7,976 chu kỳ, ít nhất là 3 chu kỳ, nhiều nhất 32 chu kỳ (có 1 bệnh nhân).

3.2.2. Đánh giá đáp ứng chủ quan



Biểu đồ 3.2: Biểu đồ thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS)

Bảng 3.5: Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển theo thời gian

Sống thêm theo Kaplan- Meier	6 tháng	1 năm
Số trường hợp xảy ra biến cố tích lũy (n)	10	18
Tỷ lệ sống thêm không tiến triển tích lũy (%)	69,1%	35%

Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (95%CI)	12,3 ±1,6 (9,2-15,3)
--	-------------------------

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển tích lũy tại thời điểm 6 tháng, 1 năm lần lượt là 69,1%; 35%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển đạt 12,3 ±1,6 tháng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình là 62,4 ± 8,8 tuổi tương đồng so với các nghiên cứu về UTP trên thế giới và nghiên cứu trong nước^{2,4}. Bệnh nhân cao tuổi nhất là 83 tuổi và đa số là bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ 67,6%. Nguyên nhân có thể là do có một nhóm bệnh nhân ở Bệnh viện Hữu Nghị hầu hết là bệnh nhân cao tuổi.

Về giới, tỉ lệ nam giới chiếm 81,8%, nữ giới 18,2%, tương đồng về đặc điểm ở nhóm BN trong nghiên cứu của chúng tôi so với nhóm UTP nói chung. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ bằng 4,7/1, cao hơn so với các nghiên cứu điều trị thuốc đích trên bệnh nhân UTP giai đoạn di căn^{5,6}. Tuy nhiên, tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi không mang tính dịch tễ do chúng tôi chỉ lựa chọn đối tượng BN UTP giai đoạn muộn, không có đột biến gen EGFR, ALK và cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ.

Nghiên cứu của chúng tôi chọn các bệnh nhân UTP giai đoạn IV, bệnh đã di căn tới nhiều cơ quan trong cơ thể, trong đó hay gặp nhất là di căn phổi đối bên chiếm 44,1%, di căn não 35,3% và di căn xương đều chiếm 29,4%. Các vị trí khác cũng có thể gặp như gan, thượng thận ít gặp hơn. Các nghiên cứu của các tác giả trong nước và trên thế giới đều nhận thấy phổi đối bên, não, xương là các vị trí di căn thường gặp nhất^{7,8}.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị phác đồ có Pembrolizumab: Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được điều trị trung bình là 11,2 ± 7,9 chu kỳ, ít nhất là 3 chu kỳ, nhiều nhất là 32 chu kỳ (1 bệnh nhân). 41,2% bệnh nhân được điều trị bằng hoặc dưới 6 chu kỳ, 58,8% được điều trị nhiều hơn 6 chu kỳ tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu. Một số nghiên cứu liên quan đến điều trị bước hai UTPKTBN bằng hóa trị, miễn dịch ghi nhận số chu kỳ điều trị trung bình thấp hơn nghiên cứu này như nghiên cứu của tác giả Lê Thị Lê Quyên về Atezolizumab là 9,19 chu kỳ⁴

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng ho cải thiện là 77%, 81,25% bệnh nhân đỡ đau ngực và 93,3% bệnh nhân giảm khó thở sau khi điều trị. Điều này cho

thấy thuốc pembrolizumab giúp cải thiện triệu chứng cơ năng của người bệnh, một yếu tố quan trọng trong đánh giá hiệu quả điều trị. Khi các triệu chứng cơ năng được cải thiện, kéo dài thay đổi cả về thể chất và tinh thần của bệnh nhân và giúp cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ đáp ứng khách quan (ORR) đạt tới 41,2% và tỉ lệ kiểm soát bệnh (DCR) là 79,4%, không có bệnh nhân nào có đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ đáp ứng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu Keynote-010 với ORR 33,1% nhóm BN PD-L1 >50%, ORR 21,2 % nhóm BN PD-L1 1-49% và cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Lê Quyên về atezolizumab ở BN UTPKTBN giai đoạn muộn với ORR là 30,6% và DCR là 65,4%^{2,4}

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là 12,3 ±1,5 tháng, thấp nhất là 1,5 tháng, nhiều nhất là 25,4 tháng. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu Keynote- 010 và các nghiên cứu điều trị bước hai bằng atezolizumab và docetaxel^{2,4}. Các kết quả này đều khẳng định được vai trò của pembrolizumab trong điều trị bước hai UTPKTBN giai đoạn IV tiến triển sau hóa trị bộ đôi có platinum.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 34 bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa điều trị bằng Pembrolizumab tại Bệnh viện K và Bệnh viện Hữu nghị chúng tôi rút ra những kết luận sau:

- Các triệu chứng cơ năng đều cải thiện với tỷ lệ ho là 77%, đau ngực 81,25% và khó thở 93,3%.
- Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) đạt 41,2%. Tỉ lệ kiểm soát bệnh (DCR) đạt 79,4%.
- Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS): 12,3 ±1,5 tháng (Min: 1,5 tháng, Max: 25,4 tháng)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-249. doi:https://doi.org/10.3322/caac.21660
2. Herbst RS, Baas P, Kim DW, et al. Pembrolizumab versus docetaxel for previously treated, PD-L1-positive, advanced non-small-cell lung cancer (KEYNOTE-010): a randomised controlled trial. Lancet Lond Engl. 2016;387(10027):1540-1550. doi:10.1016/S0140-6736(15)01281-7
3. Garon EB, Rizvi NA, Hui R, et al. Pembrolizumab for the treatment of non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2015;372(21):2018-2028. doi:10.1056/NEJMoa1501824

4. **Lê TLQ.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Ung Thư Phổi Không Tế Bào Nhỏ Giai Đoạn Muộn Bằng Atezolizumab. Đại học Y Hà Nội; 2021.
5. **Nguyễn HL, Nguyễn SL, Chu TH và C.** Ung Thư Phổi Tại Bệnh Viện Phạm Ngọc Thạch. 2010.
6. **Kwok G, Yau TCC, Chiu JW, Tse E, Kwong YL.** Pembrolizumab (Keytruda). Hum Vaccines Immunother. 2016;12(11):2777-2789. doi:10.1080/21645515.2016.1199310
7. **Bình HTT.** NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB,IV BẰNG HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ CISPLATIN KẾT HỢP VỚI PACLITAXEL HOẶC ETOPOSIDE. Published online 2018:193.
8. **Herbst RS, Heymach JV, Lippman SM.** Lung Cancer. N Engl J Med. 2008;359(13):1367-1380. doi:10.1056/NEJMra0802714

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VI UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, Nguyễn Xuân Hiền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 80 bệnh nhân chẩn đoán vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 3/2016 đến 1/2020. **Kết quả:** phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và cắt thùy + eo tuyến giáp là 85,1% và 14,9%, trong mỗi nhóm tỉ lệ vết hạch cổ kèm theo lần lượt là 83,2% và 29,2%. giai đoạn I (92,5%), giai đoạn II và giai đoạn III chiếm 6,9% và 0,6%. Tồn thương thần kinh thanh quản quặt ngược và hạ canxi máu tạm thời là hai biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật 72 giờ với tỉ lệ 32,3% và 24,8%. Trong nhóm bệnh nhân cắt TBTG, tỉ lệ bị khàn tiếng ở nhóm có vết hạch cổ cao hơn trên 2 lần so với nhóm không vết hạch cổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0,04. **Kết luận:** PT vi ung thư tuyến giáp thể nhú an toàn, ít biến chứng, đạt hiệu quả cao.

Từ khóa: vi ung thư tuyến giáp thể nhú, kết quả phẫu thuật

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF MICROPAPILLARY THYROID CARCINOMA

Objective: To evaluate the surgical results of papillary thyroid microcarcinoma at Hanoi medical university Hospital. **Subject and methods:** A retrospective study on 80 patients were diagnosed with papillary thyroid microcarcinoma, operated at Hanoi medical university Hospital from March 2016 to January 2020. **Results:** total thyroidectomy and lobectomy were 85,1% and 14,9% respectively, in each group, neck dissection had been performed in 83,2% and 29,2. stage I were 92,5%, stage II and stage III account for 6,9% and 0,6% respectively. The most common complications were transient recurrent laryngeal nerve injury and hypocalcemia, with the

incidence at 72 hours after surgery were 32,3% and 24,8%. In the group of patients with total thyroidectomy, the rate of hoarseness in the group with cervical lymphadenectomy was more than 2 times higher than in the group without cervical lymphadenectomy, the difference was statistically significant with P=0.044. **Conclusion:** micropapillary thyroid carcinoma surgery are safe, low complication and high efficacy rate.

Keyword: micropapillary thyroid carcinoma, surgical results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi ung thư tuyến giáp, là những ung thư có đường kính lớn nhất của u không quá 1 cm trong đó vi ung thư tuyến giáp thể nhú cũng chiếm đa số¹. Do kích thước u nhỏ nên vi ung thư tuyến giáp thể nhú thường ít biểu hiện triệu chứng lâm sàng, thường chỉ được tình cờ phát hiện qua thăm khám định kỳ, vì vậy siêu âm tuyến giáp và chọc hút kim nhỏ khối u (FNA) có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán bệnh. Hiện nay, điều trị vi UTTG thể nhú phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng nhất. Điều trị I131 sau đó được chỉ định cho từng trường hợp cụ thể, dựa vào giai đoạn bệnh, tình trạng di căn hạch và di căn xa. Tùy theo mức độ phẫu thuật cắt tuyến giáp và vét hạch mà tỉ lệ các biến chứng xảy ra sau mổ cũng khác nhau. Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về kết quả phẫu thuật tuyến giáp nói chung, tuy nhiên các báo cáo chi tiết hơn về kết quả điều trị, tỷ lệ các biến chứng sau mổ ở nhóm bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú vẫn còn chưa nhiều.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 80 bệnh nhân được chẩn đoán vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú và điều trị tại khoa ngoại đầu cổ bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 3/2016 đến tháng 1/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân UTBMTG đáp ứng hai điều kiện:

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: drnguyenxuanhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2022

Ngày duyệt bài: 6.9.2022