

# MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN CÓ BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Phạm Tiến Đạt<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Thủy<sup>4</sup>, Đỗ Đình Tùng<sup>2,3</sup>

## TÓM TẮT

Với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp (BNTG) tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình là cơ sở để giúp cho các bệnh nhân BNTG được khám phát hiện sớm và kịp thời. Lựa chọn 318 bệnh nhân với độ tuổi trung bình  $51,13 \pm 14,928$  cho thấy: Bệnh nhân nữ chiếm đa số với 89%, tỷ lệ nữ/nam là 8/1 và 81% bệnh nhân gặp ở độ tuổi 31-60 tuổi; 65,4% bệnh nhân phát hiện BNTG do tình cờ. Có 176 bệnh nhân chiếm 55,3% sờ thấy nhân tuyến giáp trên khám lâm sàng, trong đó sờ thấy nhân tuyến giáp bướu đơn nhân chiếm 57,4%, phần lớn là nhân có mật độ mềm chiếm 68,2%. Đa số BNTG không đau 98,9%, không có dấu hiệu viêm 98,9%, không có dấu hiệu chèn ép 85,3%, 100% di động theo nhịp nuốt. Trong 318 bệnh nhân chỉ có 6,6% có hạch cổ, 2,8% có khàn giọng. Đa số BNTG kích thước <20 mm chiếm 43,5%, chủ yếu là bướu đa nhân chiếm 77%. Trên siêu âm nhân đặc chiếm 40,9% trong đó chủ yếu là nhân giảm âm chiếm 70,7%. Kết quả tế bào học cho thấy 89,3% là nhân lành tính (nhân giáp keo chiếm 72,2%), 6% nhân ác tính (ung thư biểu mô thể nhú chiếm 94,7%) và 4,7% nhân nghi ngờ ác tính. Kết luận: Bệnh đa số gặp ở phụ nữ, tỷ lệ nữ/nam là 8/1; gặp ở lứa tuổi trung niên; số bệnh nhân được phát hiện tình cờ. Số lượng bướu đa nhân cao hơn bướu đơn nhân. Nhân đặc chiếm phần lớn trong đó đa số tế bào học ác tính là nhân đặc giảm âm. Trên siêu âm nhân đường kính < 2cm chiếm đa số. Kết quả chọc hút tế bào học chủ yếu là lành tính.

**Từ khóa:** Bướu nhân tuyến giáp; Bướu nhân tuyến giáp lành tính; Bướu nhân tuyến giáp ác tính

## SUMMARY

### DESCRIPTION OF CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH THYROID TUMORS AT THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

With the aim of describing clinical and subclinical characteristics in patients with thyroid nodules at Thai Binh Provincial General Hospital, it is the basis for medical examination to help patients with thyroid nodules be examined and detected early and promptly. Conducting clinical and subclinical

examination of 318 patients, average age  $51.13 \pm 14.928$  showed that: Female patients accounted for the majority with 89%, female/male ratio was 8/1 and 81% of patients. There were 44.3% of patients who come to the clinic without any special history. There were 65.4% of patients discovered thyroid nodules due to accidental medical examination without clinical symptoms. There were 176 patients, accounting for 55.3%, palpating thyroid nodules on clinical examination, in which palpable thyroid nodules mononotic tumors accounted for 57.4%, most of them were soft-density nodules accounting for 68.2%. The majority of thyroid nodules were painless 98.9%, no signs of inflammation 98.9%, no signs of compression 85.3%, 100% move according to swallowing rhythm. In 318 patients, only 6.6% had cervical lymphadenopathy, 2.8% had hoarseness. The majority of thyroid nodules <20 mm in size, accounting for 43.5%, mainly multinodular goiters accounting for 77%. On ultrasound, solid nuclei accounted for 40.9% of which mainly hypoechoic nuclei accounted for 70.7%. The results of fine needle aspiration thyroid cytology showed that 89.3% were benign (mainly colloidal thyroid nodules 72.2%), 6% were malignant (mainly papillary carcinomas); accounting for 94.7%) and 4.7% suspected malignancy. Conclusion: Clinical features: The disease is mostly seen in women, the female/male ratio is 8/1. The disease is mainly seen in middle age. Most patients are discovered incidentally. Subclinical features: The number of multinodular tumors is higher than that of mononuclear tumors. Solid nuclei are predominant, of which the majority of malignant cytology are hypoechoic solid nuclei. On ultrasound, nuclei <2cm in diameter make up the majority. The results of cytological aspiration are mostly benign.

**Keywords:** Thyroid nodules, Benign thyroid nodules, Malignant thyroid nodule.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

BNTG là tình trạng khi có sự xuất hiện của một hoặc nhiều nhân trong nhu mô tuyến giáp có thể lành tính hoặc ác tính. Tần suất bướu giáp nhân phát hiện được qua thăm khám lâm sàng chỉ chiếm khoảng 4-7%, tuy nhiên, với sự phát triển của siêu âm, tần suất nhân giáp phát hiện qua siêu âm có thể lên đến 19-67%. Trong hầu hết các trường hợp, biểu hiện của BNTG thường nghèo nàn hoặc không có triệu chứng. Các triệu chứng chỉ biểu hiện rõ khi u to chèn ép, xâm lấn các cơ quan lân cận hoặc di căn hạch cổ trong bướu nhân ác tính. Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, việc xác định bản chất của BNTG được dựa vào các triệu chứng lâm sàng kết hợp

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Thái Bình

<sup>2</sup>Học viện Quân Y

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

<sup>4</sup>Bệnh viện Hữu Nghị - Việt Xô

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinh tung@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 7.12.2022

Ngày duyệt bài: 20.12.2022

các xét nghiệm cận lâm sàng như siêu âm, chọc hút tế bào kim nhỏ, xạ hình tuyến giáp, xạ hình toàn thân, chụp cắt lớp vi tính, sinh thiết tức thì,... Trong đó, siêu âm và chọc hút tế bào kim nhỏ được coi là những phương tiện chẩn đoán trước phẫu thuật đơn giản nhưng rất hiệu quả để giúp phát hiện sớm và tìm hiểu bản chất của bướu nhân và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Ngày nay rất nhiều bệnh nhân BNTG được khám phát hiện sớm và điều trị kịp thời. BNTG là một bệnh hay gặp, nhưng đa số bướu nhân lại không có triệu chứng, thường phát hiện tình cờ. Tuy nhiên có 5- 15% BNTG là ác tính. Vì vậy để có thêm kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị phẫu thuật, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: *"Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình"*

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

**Đối tượng nghiên cứu:** 318 bệnh nhân khám BNTG tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình từ tháng 11/2021 đến tháng 8/2022.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán BNTG trên siêu âm tuyến giáp và vùng cổ theo tiêu chuẩn AI TIRADS 2019. Bệnh nhân được chọc hút tế bào nhân tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm theo tiêu chuẩn ATA Guidelines 2015 khuyến nghị FNA. Bệnh nhân có đầy đủ xét nghiệm: FT4, TSH, siêu âm tuyến giáp, tế bào học. Kết quả tế bào học được nhận định theo tiêu chuẩn của phân loại Bethesda năm 2017.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; bệnh nhân không có đủ các xét nghiệm; bệnh nhân đang bị bệnh cấp tính.

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp với phân tích.

**Nội dung nghiên cứu:** Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng. Định lượng FT4, TSH, TG, anti TG, anti TPO bằng máy Sinh hóa tự động E411 của hãng Roche. Siêu âm tuyến giáp. Chọc hút tuyến giáp dưới siêu âm. Kết quả tế bào học.

**Địa điểm nghiên cứu:** Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm Epidata và SPSS 22.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

+ Phân bố theo tuổi và giới

Tuổi trung bình là 51,13 ± 14,92 tuổi; thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 92 tuổi ; nhóm chung

31÷70 tuổi chiếm 81%; nhóm 51÷60 tuổi chiếm 31,1%. Trong 318 bệnh nhân có 283 nữ chiếm 89% và 35 bệnh nam; tỉ lệ nữ/nam khoảng 8/1.

+Các yếu tố nguy cơ: Đa số bệnh nhân không có tiền sử đặc biệt 44,3%. Có 29,2% bệnh nhân có tiền sử bệnh tuyến giáp. Có 25,2% bệnh nhân có tiền sử gia đình có bệnh lý tuyến giáp lành tính.

+ Lý do đến khám tuyến giáp

**Bảng 1. Lý do đến khám bệnh**

Triệu chứng cơ năng	n	Tỷ lệ %
Tự phát hiện khối u vùng cổ	81	25,5
Tức nặng vùng cổ	5	1,6
Nuốt vướng	20	6,3
Khó thở	2	0,6
Nuốt nghẹn	1	0,3
Khàn tiếng	1	0,3
Không có triệu chứng	208	65,4
<b>Tổng cộng:</b>	<b>318</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân đến khám kiểm tra sức khỏe không có triệu chứng lâm sàng chiếm 65,4%. BN đi khám vì tự phát hiện hoặc do người thân phát hiện ra khối u vùng cổ chiếm 25,5%.

+ Đặc điểm của BNTG trên lâm sàng

**Bảng 2. Thăm khám bướu nhân tuyến giáp**

BNTG trên lâm sàng		n		Tỷ lệ %	
Sờ thấy nhân	Một nhân	176	101	55,3	31,8
	Nhiều nhân		75		23,5
Không sờ thấy nhân		142		44,7	
<b>Tổng</b>		<b>318</b>		<b>100</b>	

**Nhận xét:** Trong 318 bệnh nhân có bướu giáp nhân trên siêu âm tuyến giáp. Có 176 bệnh nhân khám thấy nhân tuyến giáp trên lâm sàng chiếm 55,3%. Trong đó đa số bệnh nhân được khám thấy là đơn nhân tuyến giáp chiếm 57,4%.

**Bảng 3. Tính chất của bướu nhân tuyến giáp trên lâm sàng**

Tính chất của nhân tuyến giáp		n	Tỷ lệ %
Mật độ	Mềm	119	68,2
	Chắc, cứng	35	20,1
	Căng	22	11,6
Dấu hiệu đau	Có dấu hiệu đau	2	1,1
	Nhân không đau	174	98,9
Dấu hiệu viêm	Nhân nóng, đỏ...	2	1,1
	Không có DH viêm	174	98,9
Dấu hiệu chèn ép	Khó nuốt	24	13,6
	Khó thở	2	1,1
	Khó thở + khó nuốt	0	0
	Không có	150	85,3
Di động	Di động theo nhịp nuốt	176	100
	Hạn chế di động	0	0
<b>Tổng</b>		<b>176</b>	<b>100</b>

\*Có 176 bệnh nhân được nghiên cứu về tính chất BNTG.

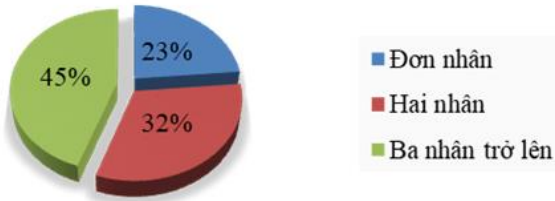
**Nhận xét:** Trong 176 BNTG, phần lớn có mật độ chắc mềm chiếm 68,2%, mật độ chắc cứng, căng chiếm 31,8%. Đa số các BNTG đều di động theo nhịp nuốt (100%) và không có dấu hiệu đau (98,9%), không có dấu hiệu viêm (98,9%), không có dấu hiệu chèn ép (85,3%).

**3.2. Đặc điểm cận lâm sàng: Siêu âm tuyến giáp và tế bào học**

**a) Đặc điểm siêu âm tuyến giáp**

+ Kích thước BNTG: Đa số BNTG có kích thước dưới 20mm chiếm 82,7%. Trong đó đỉnh cao nhất ở nhóm BNTG có kích thước 10 – 20mm chiếm 42,5%. Có 1,8% trường hợp BNTG có kích thước lớn > 40 mm.

+ Số lượng BNTG trên siêu âm:



**Biểu đồ 1. Số lượng nhân tuyến giáp trên siêu âm**

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân có bướu giáp đa nhân chiếm 77%. Tỷ lệ bệnh nhân có BNTG là 3 nhân trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất: 45%, 2 nhân chiếm 32%.

+ **Đặc điểm âm vang của BNTG trên siêu âm:**

**Bảng 4. Đặc điểm của bướu nhân tuyến giáp trên siêu âm**

Độ âm vang	n	Tỷ lệ %
Nhân đặc	130	40,9
Nhân hỗn hợp	44	13,8
Nhân nang	144	45,3
<b>Tổng</b>	<b>318</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** BNTG dạng nang có 144/318 trường hợp chiếm tỷ lệ 45,3%, dạng đặc 40,9%.

**Bảng 5. Đặc điểm âm vang của bướu nhân tuyến giáp trên siêu âm**

Nhân đặc	n	Tỷ lệ %
Tăng âm	11	8,5
Giảm âm	92	70,7
Đồng âm	27	20,8
<b>Tổng</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Trong 130 bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp là nhân đặc trên siêu âm thì đa số là bướu nhân đặc giảm âm chiếm 70,7%. Tỷ lệ nhân đặc đồng âm chiếm 20,8%.

**b) Kết quả tế bào học chọc hút tế bào**

**tuyến giáp kim nhỏ**

**Bảng 6. Kết quả chọc hút tế bào kim nhỏ**

Tế bào học		n	Tỷ lệ %	
Lành tính	Nhân giáp keo	205	89,3	64,5
	Viêm tuyến giáp tự miễn	40		12,5
	U tuyến nang	39		12,3
Ác tính	Ung thư biểu mô thể nhú	18	6	5,7
	Ung thư thể khác	1		0,3
Nghĩ ngờ ác tính		15	4,7	
Không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán		0	0	
<b>Tổng</b>		<b>318</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** 89,3% có kết quả tế bào học lành tính. Trong đó chiếm đa số các trường hợp lành tính kết quả tế bào học là bướu giáp keo 205/284 trường hợp. Kết quả ác tính chiếm 6%. Có 15 trường hợp nghi ngờ ác tính chiếm 4,7%, tất cả đều là nghi ngờ ung thư thể nhú.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

+ **Phân bố bệnh theo tuổi và giới.**

Nghiên cứu trên 318 bệnh nhân BNTG chúng tôi thấy BN nữ chiếm đa số với 89%, tỷ lệ nữ/nam là 8/1. Theo tác giả Phạm Văn Tuyến tỷ lệ nữ/nam là 4,7/1, tác giả Nguyễn Xuân Phong là 4,45/1; Marwaha đưa ra tỷ lệ nữ/nam là 4/1 Gandolfi và cộng sự là 2,7/1. Tuổi mắc bệnh trung bình là 51,13 ± 14,92 tuổi; bệnh nhân ít tuổi nhất là 9 tuổi, cao tuổi nhất là 92 tuổi; 81% bệnh nhân có độ tuổi từ 31 đến 60. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến độ tuổi mắc bệnh trung bình là 48,86 ± 11,89 tuổi. Điều này phù hợp với thực tế bệnh BNTG hay gặp ở lứa tuổi trung niên.

+ **Yếu tố nguy cơ.** Nguyên nhân của BNTG đến nay vẫn chưa được biết rõ, tuy nhiên có một số yếu tố được cho là làm tăng tần suất mắc bệnh như: tiền sử chiếu xạ vùng đầu cổ, tiền sử bệnh lý tuyến giáp của gia đình và bản thân bệnh nhân, tiền sử gia đình có người mắc bệnh lý tuyến giáp ác tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân không có tiền sử đặc biệt chiếm 44,3%; có 93 BN có tiền sử bệnh lý tuyến giáp lành tính trong đó có 15 bệnh nhân có bệnh lý tuyến giáp tự miễn, còn lại là các bệnh nhân có tiền sử BNTG lành tính.

+ **Lý do đến khám bệnh.** Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân phát hiện BNTG tình cờ do đến khám kiểm tra sức khỏe 208 bệnh nhân chiếm 65,4%; trong 110 BN đi khám do có triệu chứng lâm sàng; đa số bệnh nhân tự phát hiện hoặc được người thân phát

hiện ra khối vùng cổ chiếm 73,6% tổng số bệnh nhân đi khám do có triệu chứng. Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả của Nguyễn Thị Hải Yến với 67,7%; nghiên cứu của Trần Xuân Bách là 95,7% tự phát hiện ra khối vùng cổ, 18,6% nuốt vướng, nuốt nghẹn, 11,4% có cảm giác tức nặng vùng cổ.

#### **+ Đặc điểm của BNTG trên lâm sàng.**

Kết quả cho thấy có 142 BN (44,7%) có BNTG trên siêu âm đã không được phát hiện nhân tuyến giáp trên lâm sàng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Bích Nga năm 2012 nghiên cứu trên 339 bệnh nhân có nhân tuyến giáp tỷ lệ phát hiện qua thăm khám lâm sàng là 81,1%. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân có BNTG được khẳng định bằng siêu âm tuyến giáp và do sự khác biệt về kỹ năng khám lâm sàng của bác sỹ khám bệnh.

Đánh giá mật độ của 176 bướu giáp sờ thấy trên khám lâm sàng chúng tôi thấy có phần lớn có mật độ mềm chiếm 68,2%, mật độ chắc cứng chiếm 20,1%, mật độ căng chiếm 11,6%. So sánh với nghiên cứu về BNTG lành tính của Trần Xuân Bách, tỉ lệ bướu có mật độ mềm cao hơn là 88,6%, tỷ lệ bướu có mật độ chắc là 11,4%. Còn trong nghiên cứu về BNTG ác tính của Nguyễn Xuân Phong thì tỉ lệ BNTG mật độ cứng, chắc là 93,33%, tỷ lệ u có mật độ mềm chiếm 3,33%.

Trong nghiên cứu này, đa số các trường hợp BNTG đều có ranh giới rõ, di động theo nhịp nuốt, không thâm nhiễm da, không có dấu hiệu chèn ép, không có dấu hiệu viêm, đau, đa số số không có hạch cổ hay hạch giọng. Điều này phù hợp với các nhận xét cho rằng đa số bệnh nhân có bướu giáp nhân không có hoặc có rất ít triệu chứng. Và người ta thường thấy rằng các triệu chứng của nhân tuyến giáp thường ít có mối liên quan với các đặc tính của nhân giáp. Theo nghiên cứu của Nguyễn Xuân Phong có 11,6% BNTG ác tính có ranh giới không rõ và 10% có cổ định hoặc hạn chế di động dây thanh.

### **4.2. Đặc điểm cận lâm sàng: Siêu âm tuyến giáp và tế bào học**

#### **4.2.1. Đặc điểm siêu âm tuyến giáp**

**+ Kích thước nhân tuyến giáp.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn BNTG có kích thước Đa số BNTG có kích thước dưới 20mm chiếm 82,7%. Trong đó đỉnh cao nhất ở nhóm BNTG có kích thước 10÷20mm chiếm 42,5%. Có 1,8% trường hợp BNTG có kích thước lớn > 40 mm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Trịnh Văn

Tuân tổn thương nhân giáp trên siêu âm thì tỷ lệ nhân có kích thước < 1cm chiếm đa số với tỷ lệ 68%, đường kính nhân từ 1-2 cm chiếm tỷ lệ 25,2% và tác giả Nguyễn Thị Hải Yến tỷ lệ nhân có kích thước < 20 mm chiếm 74,7%.

**+ Số lượng nhân tuyến giáp.** Trong 318 BN có BNTG trên siêu âm có đa số bệnh nhân có bướu giáp đa nhân chiếm 77%. Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện thấy tỷ lệ bệnh nhân có bướu đa nhân tuyến giáp lớn có bướu hơn đơn nhân tuyến giáp cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến với 67,7% bướu đa nhân và 32,3% bướu đơn nhân. Theo David, 50% BN được xác định là BNTG đơn nhân trên lâm sàng có thể phát hiện có từ 2 nhân giáp trở lên trên siêu âm.

**+ Đặc điểm âm vang của BNTG trên siêu âm tuyến giáp.** Trong 318 BN được nghiên cứu có BNTG dạng đặc có 130/318 trường hợp chiếm tỷ lệ 40,9%, dạng hỗn hợp 13,8%, dạng nang 45,3%. Trong 130 bệnh nhân có BNTG là nhân đặc trên siêu âm thì đa số là bướu nhân đặc giảm âm chiếm 70,7% BNTG là nhân đặc. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến với tỷ lệ nhân đặc là 60%.

#### **4.2.2. Kết quả tế bào học chọc hút tế bào tuyến giáp kim nhỏ.**

Theo Hội các thầy thuốc nội tiết lâm sàng Mỹ (AACE) thì chọc hút tế bào tuyến giáp kim nhỏ là phương pháp "được tin tưởng là hiệu quả nhất hiện nay trong phân biệt các nhân giáp lành tính và ác tính" với độ chính xác lên tới 95% nếu người chọc có kinh nghiệm và người đọc có trình độ. Kết quả chẩn đoán tế bào học tin cậy hơn và tỷ lệ không đủ chẩn đoán thấp hơn nếu thực hiện chọc hút tế bào kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm, giảm tỉ lệ âm tính giả và bệnh phẩm không thỏa đáng nên có thể làm thay đổi phương pháp điều trị ở 63% bệnh nhân có BNTG.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi: 89,3% lành tính, 6% là ác tính, 4,7% nghi ngờ ác tính, không có trường hợp nào không đủ bệnh phẩm để chẩn đoán. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Cibas và cộng sự với tỷ lệ lành tính là 60-70%, tỷ lệ tế bào không điển hình là 3-6%, tỷ lệ ác tính là 3-7%. Tác giả Nguyễn Thị Hải Yến nghiên cứu thấy chọc hút kim nhỏ có kết quả 80% lành tính, 14,3% ác tính, và 5,7% nghi ngờ ác tính.

### **V. KẾT LUẬN**

+ Bệnh đa số gặp ở phụ nữ, tỷ lệ nữ/nam là 8/1. Tuổi trung bình là 51,13 ± 14,928 tuổi. Bệnh chủ yếu gặp ở lứa tuổi trung niên. Đa số

bệnh nhân được phát hiện tình cờ. Bướu đa nhân chiếm đa số với tỷ lệ 77%.

+ Tỷ lệ bướu đa nhân cao hơn bướu đơn nhân; nhân đặc chiếm 40,9%, đa số tế bào học ác tính là nhân đặc giảm âm. Trên siêu âm nhân đường kính nhỏ hơn 2cm chiếm đa số. Kết quả chọc hút kim nhỏ BNTG chủ yếu là lành tính.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Tuyền (2011).** Nghiên Cứu Đặc Điểm Tế Bào Học và Mô Bệnh Học Ung Thư Biểu Mô Tuyến Giáp. Đại Học Y Hà Nội. Luận văn thạc sỹ y học.
2. **Nguyễn Xuân Phong (2011).** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng và Một Số Xét Nghiệm Trong Ung Thư Biểu Mô Tuyến Giáp. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Hải Yến (2016).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh bướu nhân tuyến giáp.
4. **Gandolfi PP, Frisina A, Raffa M, et al. (2004).** The incidence of thyroid carcinoma in multinodular goiter: retrospective analysis. Acta Biomed. 75(2):114-117.
5. **Trịnh Văn Tuấn (2014).** Nghiên Cứu Bướu Nhân Tuyến Giáp ở Những Người Kiểm Tra Sức Khỏe Tại Khoa Khám Bệnh Theo Yêu Cầu Bệnh Viện Bạch Mai. Trường đại học Y Hà Nội: Luận văn Thạc sỹ Y học.
6. **Marwaha RK, Tandon N, Ganie MA, et al. (2018).** Status of thyroid function in Indian adults: two decades after universal salt iodization. J Assoc Physicians India; 60: 32-36.
7. **Trần Xuân Bách (2006).** Nghiên Cứu Chẩn Đoán và Bước Đầu Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật u Lành Tính Tuyến Giáp. Trường đại học Y Hà Nội: Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú.
8. **Vũ Bích Nga (2012).** Đặc Điểm Bướu Nhân Tuyến Giáp qua Chọc Hút Tế Bào Bằng Kim Nhỏ Dưới Hướng Dẫn Siêu Âm. Trường đại học Y Hà Nội.

## CHẨN ĐOÁN RÒ DƯỠNG CHẤP Ở BỆNH NHÂN CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP KÈM NẠO VẾT HẠCH CỔ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Phan Hoàng Hiệp, Phạm Tấn Đức, Trần Ngọc Lương, Trần Đoàn Kết

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các hình thái lâm sàng, cận lâm sàng rò dưỡng chấp ở bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vết hạch cổ điều trị ung thư tuyến giáp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 52 bệnh nhân được chẩn đoán rò dưỡng chấp trong hoặc sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp có nạo vết hạch cổ điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết trung ương từ tháng 3/2021 – tháng 3/2022. **Kết quả:** Độ tuổi hay gặp nhất là từ 30- 45 tuổi chiếm tỉ lệ 42,3%. Tỷ lệ nữ/nam là 3/1. Dịch rò trong mổ có màu trong suốt chiếm tỉ lệ 100%. Dịch rò sau mổ có màu trắng sữa là 68,9%. Thời gian phát hiện rò là ngày hậu phẫu thứ nhất chiếm đa số 64,4%. Số lượng dịch dẫn lưu 24h ngày cao nhất là 80,8 ± 76,1ml (30-300ml). Nồng độ Triglyceride trong dịch rò phát hiện trong mổ là 83 ± 28,9mg/dL, không có bệnh nhân nào có nồng độ cao hơn trong huyết thanh lúc đói. Nồng độ Triglyceride dịch rò sau mổ là 545,8 ± 489,7mg/dL. **Kết luận:** Rò dưỡng chấp là một biến chứng có thể gặp ở bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vết hạch cổ. Biến chứng này có thể phát hiện trong hoặc sau mổ. Chẩn đoán dựa vào màu sắc, số lượng và nồng độ Triglyceride dịch rò. **Từ khóa:** rò dưỡng chấp, vết hạch cổ, ung thư tuyến giáp.

<sup>1</sup>Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tấn Đức

Email: tanducbvnt82@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 7.12.2022

Ngày duyệt bài: 20.12.2022

#### SUMMARY

#### DIAGNOSIS OF CHYLOUS FISTULA IN PATIENTS WITH TOTAL THYROIDECTOMY WITH CERVICAL LYMPH NODE DISSECTION FOR THYROID CANCER TREATMENT

**Objectives:** Describe the clinical and subclinical forms of chyle leak in patients with total thyroidectomy with cervical lymph node dissection for thyroid cancer treatment. **Patients and method:** A prospective cross-sectional descriptive study on 52 patients diagnosed with chylous fistula during or after total thyroidectomy with cervical lymph node dissection for thyroid cancer treatment at the National Hospital of Endocrinology since March/March/ 2021 – March 2022. **Results:** The most common age group is from 30 to 45 years old, accounting for 42.3%. The female/male ratio is 3/1. Intraoperative fistula has a transparent color, accounting for 100%. Postoperative fistula with milky white color is 68.9%. Time to detect fistula is the first postoperative day, accounting for 64.4%. The highest number of 24-hour drainage fluid is 80.8 ± 76.1ml (30-300ml). The concentration of Triglyceride in the fluid detected intraoperatively was 83 ± 28.9 mg/dL, no patient had a higher concentration in the fasting serum. Triglyceride concentration of post-operative fistula was 545.8 ± 489.7mg/dL. **Conclusion:** Chyle leak is a possible complication in patients with total thyroidectomy with cervical lymph node dissection. This complication can be detected during or after surgery. Diagnosis is based on colour, quantity, and concentration of triglycerides in the fistula fluid. **Keywords:** chyle leak, cervical lymph node dissection, thyroid cancer.