

- Disease Study 2016. Lancet Lond Engl; 390(10100):1260-1344.
5. **Ho Pham LT, Lai TQ, Mai LD, Doan MC, Pham HN, Nguyen TV (2015).** Prevalence and pattern of radiographic intervertebral disc degeneration in Vietnamese: a population-based study. Calcif Tissue Int. 96(6):510-517.
 6. **Huo J, Zhao J, Yuan Y, Wang J (2017).** Research status of the effect mechanism on catgut-point embedding therapy. Zhongguo Zhen Jiu Chin Acupunct Moxibustion.; 37(11):1251-1254.
 7. **Kushchayev SV, Glushko T, Jarraya M, et al (2018).** ABCs of the degenerative spine. Insights Imaging; 9 (2):253-274.
 8. **White A, Cummings M, Filshie J (2008).** An Introduction to Western Medical Acupuncture. Churchill Livingstone Elsevier; Edinburgh, New York: 2008:19–40.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ DI CĂN HẠCH CỔ CỦA VI UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ

Lê Tuấn Linh^{1,2}, Thiều Thị Trà My¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú là một dạng của ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú khi đường kính lớn nhất nhỏ hơn hoặc bằng 10mm. Có một số yếu tố tiên lượng xấu liên quan đến di căn hạch. Mục đích của nghiên cứu này nhằm phân tích các yếu tố liên quan đến di căn hạch cổ của vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bao gồm 127 bệnh nhân được chẩn đoán mắc vi ung thư biểu mô tuyến giáp dạng nhú trải qua phẫu thuật cắt tuyến giáp bán phần hoặc toàn bộ tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 8 năm 2022. Chi-Square và Fisher's Exact Test được sử dụng để phân tích các yếu tố nguy cơ. **Kết quả:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa di căn hạch và đa nhân ung thư, nhân ung thư hai bên, xâm lấn ra ngoài tuyến giáp ($p < 0,05$). Di căn hạch xuất hiện ở cả những bệnh nhân có nhân $< 5\text{mm}$ (5/36 trường hợp) và nhân $\geq 5\text{mm}$ (31/36 trường hợp). **Kết luận:** Đa nhân ung thư, nhân ung thư hai thùy, xâm lấn ra ngoài tuyến giáp là các yếu tố nguy cơ cao của vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú.

Từ khóa: vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, yếu tố nguy cơ, hạch di căn

SUMMARY

RISK FACTORS OF METASTATIC LYMPH NODES IN PAPILLARY THYROID MICROCARCINOMA

Objective: Papillary thyroid microcarcinoma (PTMC) is a variant of papillary thyroid carcinoma that measures less than 10mm on the largest diameter. There are some worse prognostic factors related to lymph node metastases. The aim of this study is to analyze the factors associated with PTMC with metastatic lymph nodes. **Methods:** We included 127

patients who diagnosed papillary microcarcinoma and undergone partial or total thyroidectomy at Ha Noi Medical University Hospital (from October 2020 to August 2022). Chi-Square and Fisher's Exact Test were used to analyzed. The statistical significance was set at $p < 0.05$. **Results:** There were association between lymph node metastasis and multifocal cancer, bilateral cancer, capsular invasion ($p < 0.05$). Lymph node metastasis was associated with both small PTMC (5/36 cases) and large PTMC (31/36 cases). **Conclusions:** For PTMC, multifocal, bilateral cancer and capsular invasion are associated with the high risk of lymph node metastasis.

Keywords: Papillary thyroid microcarcinoma, risk factor, lymph node metastasis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú là ung thư có đường kính lớn nhất của khối u dưới 1cm^1 . Thuật ngữ "vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú" lần đầu tiên được đưa ra bởi tổ chức y tế thế giới WHO năm 1988¹. Vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tăng trong những thập kỷ gần đây và có tiên lượng sống rất tốt sau quá trình theo dõi lâu dài. Một số nghiên cứu thấy di căn xa và tỷ lệ tử vong dưới $0.05\%^2$. Gần đây, điều trị vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú dựa vào những yếu tố nguy cơ đáng kể, từng cá thể và đặc điểm của ung thư. Những yếu tố nguy cơ bao gồm xuất hiện cả 2 thùy, xâm lấn ra ngoài tuyến giáp, di căn hạch, đa nhân di căn xa³. Sự hiện diện của những yếu tố nguy cơ này yêu cầu cần được phẫu thuật mở rộng. Những nhân có kích thước nhỏ ($< 5\text{mm}$ và $\geq 5\text{mm}$) được đề xuất là quan trọng trong phân tầng nguy cơ, một số báo cáo xác định vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú $\geq 5\text{mm}$ có nhiều khả năng có nguy cơ cao hơn¹. Mục đích nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá tỷ lệ di căn hạch và ảnh hưởng yếu tố này đến tiên lượng của vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thiều Thị Trà My

Email: thieumy.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 9.01.2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm 127 bệnh nhân được chẩn đoán mắc vi ung thư biểu mô tuyến giáp dạng nhú trải qua phẫu thuật cắt tuyến giáp bán phần hoặc toàn bộ tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 8 năm 2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân >18 tuổi
- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú với đường kính tối đa tổn thương $\leq 10\text{mm}$ trên siêu âm mà không có bất kỳ nhân ung thư tuyến giáp nào $> 10\text{mm}$
- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp bán phần hoặc toàn bộ

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân có nhân ung thư tuyến giáp không phải thể nhú, có nhân ung thư tuyến giáp $>10\text{mm}$

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: đây là nghiên cứu mô tả
Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: tất cả các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Dữ liệu thu thập từ bệnh nhân bao gồm: tuổi, giới, kích thước nhân ung thư, số lượng nhân ung thư, đặc điểm xâm lấn ra ngoài tuyến giáp, hạch di căn

2.2.1. Siêu âm đánh giá nhân tuyến giáp. Tất cả các bệnh nhân được thực hiện kiểm tra siêu âm bởi các bác sĩ siêu âm sử dụng đầu dò âm số nông (9-12 MHz). Tất cả các nhân nghi ngờ được thu thập và đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh và lựa chọn tất cả các ung thư biểu mô tế bào nhú. Đường kính lớn nhất của các nhân cũng được ghi nhận. Ung thư được coi là đa nhân nếu ≥ 2 nhân ung thư được tìm thấy ở một hoặc cả hai thùy tuyến giáp.

2.2.2. Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Việc phân loại mô bệnh học cuối cùng được thực hiện theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới. Các mẫu mô phẫu thuật đã được xử lý và kiểm tra tại Trung tâm Giải phẫu bệnh và Tế bào học, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Sự xâm lấn ra ngoài tuyến giáp giáp và di căn hạch cổ được đánh giá dựa trên các kết quả mô bệnh học.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Sự khác biệt thống kê giữa các nhóm được xác định bằng cách sử dụng các thuật toán Chi-Square hoặc Fisher, khi phù hợp, với giá trị $p < 0,05$ được coi là khác nhau về mặt thống kê

Bảng 2. Môi liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và di căn hạch cổ

Đặc điểm		N0 N= 91(%)	N1 N= 36 (%)	Tổng N=127 (%)	Giá trị p
Giới	Nam	10 (11)	5 (13,9)	15 (11,8)	0,761 (*)

2.4. Khía cạnh đạo đức nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý tham gia của bệnh nhân. Mỗi đối tượng được lựa chọn vào nghiên cứu đều được giải thích trước mục đích và được hỏi về sự đồng ý tham gia. Mọi thông tin riêng của bệnh nhân hoàn toàn được giữ bí mật, và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. 127 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ đã được đưa vào nghiên cứu của chúng tôi. Có 112 (88,2%) bệnh nhân nữ và 15 bệnh nhân nam. Tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là 44,9 tuổi (trong khoảng 20-70 tuổi). Có tất cả 36 bệnh nhân (28,3%) có hạch di căn và 34 bệnh nhân (26,7%) có sự xâm lấn ra ngoài tuyến giáp. Các đặc điểm chung của bệnh nhân được mô tả chi tiết ở bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 127)

Đặc điểm		N (%) / trung bình \pm SD
Giới	Nam	15 (11,8)
	Nữ	112 (88,2)
Tuổi (năm)		44,89 \pm 11,8
Tuổi	<55	95 (74,8)
	≥ 55	32 (25,2)
Đa nhân ung thư	Có	36 (28,3)
	Không	91 (71,7)
Nhân ung thư hai bên	Có	24 (18,9)
	Không	103 (81,1)
Kích thước	<5mm	24 (18,9)
	$\geq 5\text{mm}$	103 (81,1)
Hạch di căn	Có	36 (28,3)
	Không	91 (71,7)
Xâm lấn ra ngoài tuyến giáp	Có	34 (26,7)
	Không	93 (73,2)

3.2. Môi tương quan giữa các yếu tố nguy cơ cao và di căn hạch cổ. Các bệnh nhân vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được chia thành hai nhóm theo chẩn đoán mô bệnh học di căn hạch của họ: nhóm N0 (n = 91) không có di căn hạch bạch huyết và nhóm N1 (n = 36) có di căn hạch bạch huyết.

Kiểm định Chi-square hoặc Fisher được thực hiện để đánh giá mối liên quan giữa các nhóm yếu tố nguy cơ và di căn hạch bạch huyết (Bảng 2).

	Nữ	81 (89)	31 (86,1)	112 (88,2)	
Tuổi	<55	67 (73,6)	28 (77,8)	95 (74,8)	0.627 (**)
	≥55	24 (26,3)	8 (22,2)	32 (25,2)	
Đa nhân ung thư	Có	19 (20,9)	17 (47,2)	36 (28,3)	0.003 (**)
	Không	72 (79,1)	19 (52,8)	91 (71,7)	
Nhân ung thư hai bên	Có	12 (13,2)	12 (33,3)	24 (18,9)	0.009 (**)
	Không	79 (86,8)	24 (66,7)	103 (81,1)	
Kích thước	<5mm	19 (20,9)	5 (13,9)	24 (18,9)	0.364 (**)
	≥5mm	72 (79,1)	31 (86,1)	103 (81,1)	
Xâm lấn ra ngoài tuyến giáp	Có	18 (19,7)	16 (44,4)	34 (26,7)	0.005 (**)
	Không	73 (80,1)	20 (55,6)	93 (73,2)	

(*) Fisher's test, (**) Chi-square test

Nhận xét: Giới tính và tuổi tác có ít mối quan hệ với di căn hạch ($p = 0,761$ và $0,724$ tương ứng). Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước khối u và sự di căn của hạch bạch huyết ($p = 0,336$). Các đặc điểm ung thư đa nhân, ung thư hai bên và sự xâm lấn ra ngoài giáp có tỷ lệ di căn hạch cao hơn đáng kể có ý nghĩa thống kê ($p = 0,003$, $0,009$, $0,005$ tương ứng).

IV. BÀN LUẬN

Vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú rất phổ biến, chiếm tới 40% các chẩn đoán ung thư tuyến giáp mới trên toàn thế giới⁴, vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú thường có tiên lượng tốt. Theo hướng dẫn của hiệp hội tuyến giáp của Mỹ khuyến cáo rằng phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp là điều trị đầy đủ cho bệnh ung thư tuyến giáp nằm hoàn toàn trong θυ giáp, trong trường hợp không có tiền sử chiếu xạ đầu và cổ, ung thư tuyến giáp gia đình hoặc di căn hạch cổ có thể phát hiện lâm sàng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn các nhân ung thư tuyến giáp thường gặp ở nữ giới hơn nam giới (88,2% và 11,8%) và thường gặp ở bệnh nhân dưới 55 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, tuổi và di căn hạch cổ.

Các yếu tố nguy cơ cao thường xuất hiện trong vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú. Tần suất của đa nhân trong vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được báo cáo là 15,5-40% và 3,1-59% trong số họ có thể có hạch di căn¹. Tỷ lệ này là 28% trong nghiên cứu của chúng tôi. Mặc dù hầu hết các hệ thống phân giai đoạn khối u không bao gồm đa nhân, nó được coi là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với di căn hạch ở bệnh nhân vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú. Sự hiện diện của di căn hạch tại thời điểm chẩn đoán cũng liên quan đến tiên lượng xấu hơn và trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch cổ là 28,3%. Bệnh nhân mắc vi ung

thư biểu mô tuyến giáp thể nhú đa nhân, nhân hai bên, có hạch cổ di căn tại thời điểm chẩn đoán có tỷ lệ tái phát cao^{1,5}.

Kích thước khối u là một đặc điểm rất quan trọng trong hầu hết các hệ thống phân giai đoạn khối u. Tất cả bệnh nhân i ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú thuộc giai đoạn T1a (khối u ≤ 1 cm giới hạn ở tuyến giáp). Nhiều nghiên cứu về mối quan hệ giữa kích thước khối u và di căn hạch bạch huyết. Kích thước khối u của vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú (<5 mm so với ≥ 5 mm) đã được báo cáo rằng nó có thể liên quan đến nguy cơ cao, với vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú lớn hơn có các đặc điểm nguy cơ cao và di căn hạch⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú ít có mối quan hệ với sự hiện diện của các tính năng rủi ro cao.

Xâm lấn ra ngoài tuyến giáp trong vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú bao gồm nhiều phạm vi xâm lấn khác nhau như bao tuyến giáp, mô cận giáp, cơ, dây thần kinh thanh quản quặt ngược, khí quản, thực quản, thanh quản. Một số nghiên cứu cho thấy sự xâm lấn ra ngoài tuyến giáp của tuyến giáp liên quan đến tỷ lệ di căn hạch cổ,⁷ kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 127 bệnh nhân được chẩn đoán vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú cho thấy phần lớn bệnh nhân là nữ, có 28,3% bệnh nhân có di căn hạch cổ. Đa nhân ung thư, nhân ung thư hai bên, xâm lấn bao tuyến giáp là các yếu tố nguy cơ cao của vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mercante G, Frasoldati A, Pedroni C, et al. Prognostic factors affecting neck lymph node recurrence and distant metastasis in papillary microcarcinoma of the thyroid: results of a study in 445 patients. *Thyroid*. 2009;19:707-16.
2. Roti E, Degli Uberti EC, Bondanelli M, et al.

- Thyroid papillary microcarcinoma: a descriptive and meta-analysis study. *Eur J Endocrinol*. 2008;159:659–73.
- Haugen E, Alexander E, Bible K, et al.** American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2015;26(1):1–133.
 - Davies L, Welch HG.** Current thyroid cancer trends in the United States. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;140(4):317–322.
 - Bernet V.** Approach to the patient with incidental papillary microcarcinoma. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(8):3586–3592.
 - Krzysztof K, Dorota D, Beata W, et al.** Which papillary thyroid microcarcinoma should be treated as 'true cancer' and which as 'precancer'? *World Journal of Surgical Oncology* 2019; 17(1).
 - Ruiz Pardo J, Ríos A, Rodríguez JM, et al.** Risk Factors of Metastatic Lymph Nodes in Papillary Thyroid Microcarcinoma. *Cirugía Española (English Edition)*. 2020;98(4):219-225.

MỨC ĐỘ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA PSEUDOMONAS AERUGINOSA PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN 2017-2021

Nguyễn Thị Huyền¹, Lê Thị Hương Lan¹,
Nguyễn Vũ Trung², Hoàng Kim Dung³, Trần Hải⁴

TÓM TẮT

Pseudomonas aeruginosa (*P. aeruginosa* – Trùng khuẩn mũ xanh) là một mầm bệnh cơ hội gây ra hầu hết các bệnh nhiễm trùng mạn tính ở người. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định mức độ kháng kháng sinh của các chủng *P. aeruginosa* phân lập được từ các bệnh phẩm lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 2017 đến 2021. *P. aeruginosa* được phân lập từ một số bệnh phẩm khác nhau tại Khoa Vi sinh. Phân lập, định danh và xác định mức độ nhạy cảm với các kháng sinh. **Kết quả:** Nuclei cấy dương tính 15,87% (7537 chủng/ 47500 mẫu bệnh phẩm lâm sàng: Đờm, nước tiểu, mủ, dịch vết thương, dịch hút khí quản và máu). Trong đó, có 505 chủng *P. aeruginosa* chiếm 6,70% số chủng vi khuẩn phân lập được và chúng đã đề kháng với các kháng sinh ceftazidime (37,12%), cefepime (49,41%), piperacillin (23,00%), piperacillin/tazobactam (18,42%), ciprofloxacin (40,37%), levofloxacin (38,41%), ofloxacin (43,55%), netilmycin (33,73%), tobramycin (34,93%), amikacin (32,24%), imipenem (27,80%), meropenem (35,57%). Nhiều nghiên cứu trước đây đã cho thấy các loại thuốc kháng sinh như: Imipenem, meropenem, ciprofloxacin, gentamicin, amikacin và tobramycin được cho là lựa chọn tốt, nhưng nghiên cứu của chúng tôi đã nhận thấy có sự gia tăng đề kháng các loại kháng sinh trên. **Kết luận:** Việc xác định mức độ đề kháng với kháng sinh của *P. aeruginosa* là rất cần thiết.

Từ khóa: *Pseudomonas aeruginosa*, kháng kháng sinh

SUMMARY

LEVELS OF ANTIBIOTIC RESISTANCE OF PSEUDOMONAS AERUGINOSA ISOLATED AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Pseudomonas aeruginosa (*P. aeruginosa*) is an opportunistic pathogen that causes most chronic infections in humans. **Objectives:** This study was conducted to determine the level of antibiotic resistance of *P. aeruginosa* strains isolated from clinical specimens. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted at Thai Nguyen National Hospital from 2017 to 2021. *P. aeruginosa* was isolated from a number of different specimens at the Department of Microbiology. Isolation, identification and determination of susceptibility to antibiotics. **Results:** Culture was positive 15.87% (7537 strains/ 47500 clinical specimens: Sputum, urine, pus, wound fluid, tracheal aspirate and blood). Of which, 505 strains of *P. aeruginosa* accounted for 6.70% of the isolates and they were resistant to the antibiotics ceftazidime (37.12%), cefepime (49.41%), piperacillin (23, 00%), piperacillin/tazobactam (18.42%), ciprofloxacin (40.37%), levofloxacin (38.41%), ofloxacin (43.55%), netilmycin (33.73%), tobramycin (34, 93%), amikacin (32.24%), imipenem (27.80%), meropenem (35.57%). Many previous studies have shown antibiotics such as: imipenem, meropenem, ciprofloxacin, gentamicin, amikacin and tobramycin to be good choices, but our study found an increase in resistance to these types of drugs, antibiotics above. **Conclusion:** It is necessary to determine the level of resistance to antibiotics of *P. aeruginosa*. **Keywords:** *Pseudomonas aeruginosa*, Antibiotic resistance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Pseudomonas aeruginosa (*P. aeruginosa*) là trực khuẩn Gram âm, chúng phân bố rộng rãi trong các môi trường ngoại cảnh như: Đất, nước, không khí, đặc biệt là ở những môi trường ẩm

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Chu Văn An, Tây Hồ, Hà Nội

⁴Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hải

Email: Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Ngày nhận bài: 16.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 9.01.2023