

nhồi máu tuần hoàn não trước [2]. Chóng mặt là triệu chứng của hệ động mạch sống nền, nhưng chóng mặt cũng gặp ở nhiều bệnh lý khác như bệnh lý tiền đình gồm: tiền đình ngoại vi do tai trong hay thần kinh tiền đình hoặc tiền đình trung ương do tổn thương tiểu não, thân não. Vì vậy các bệnh nhân do nhồi máu hệ tuần hoàn não sau với biểu hiện khởi phát là triệu chứng chóng mặt có nguy cơ bỏ sót chẩn đoán đột quỵ rất cao. Hiện này mô hình chẩn đoán đột quỵ BEFAST (balance, eyes, face, arms, speech, time) bao gồm các triệu chứng: thăng bằng, mắt, mặt, tay, ngôn ngữ và thời gian bao hàm được các triệu chứng của hệ đột sống thân nền được nhiều nơi sử dụng. Mô hình chẩn đoán đột quỵ BEFAST được chứng minh là có độ chính xác trong chẩn đoán đột quỵ cao hơn so với mô hình chẩn đoán FAST [7]. Các triệu chứng có thể gặp với tỷ lệ ít ở bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não là bán manh, song thị, nhưng rất có giá trị do nhồi máu hệ tuần hoàn não trước rất hiếm gặp các triệu chứng này.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 245 bệnh nhân nhồi máu não, bao gồm 115 bệnh nhân nhồi máu não thuộc tuần hoàn não sau và 130 bệnh nhân nhồi máu não thuộc tuần hoàn não trước.

Thấy rằng: triệu chứng khởi phát của nhồi máu hệ tuần hoàn não sau với liệt nửa người 50,43%, rối loạn ngôn ngữ 18,26% gặp ít hơn so với hệ tuần hoàn não trước, khác biệt có ý nghĩa

thống kê với $p < 0,05$. Các triệu chứng chóng mặt, buồn nôn, nôn, hôn mê, bán manh, nhìn đôi có tỷ lệ gặp nhiều hơn ở bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não sau so với hệ tuần hoàn não trước, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Meschia J.F., Bushnell C., Boden-Albala B. et al (2014), "Guidelines for the Primary Prevention of Stroke", Stroke, 45(12), pp. 3754-3832.
2. Tao W.-D., Liu M., Fisher M. et al (2012), "Posterior Versus Anterior Circulation Infarction", Stroke, 43(8), pp. 2060-2065.
3. Phạm Phước Sung (2019), "Kết quả điều trị nhồi máu não trong giai đoạn từ 3 đến 4,5 giờ bằng thuốc tiêu huyết khối Alteplase liều thấp", Đại học Y Hà Nội.
4. Kernan W.N., Ovbiagele B., Black H.R. et al (2014), "Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack", Stroke, 45(7), pp. 2160-2236.
5. Powers W.J., Rabinstein A.A., Ackerson T. et al (2019), "Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", Stroke, 50(12), pp. e344-e418.
6. Nouh A., Remke J., Ruland S. (2014), "Ischemic posterior circulation stroke: a review of anatomy, clinical presentations, diagnosis, and current management", Front Neurol, 5, pp. 30.
7. Chen X., Zhao X., Xu F. et al (2021), "A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing FAST and BEFAST in Acute Stroke Patients", Front Neurol, 12, pp. 765069.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG U GIÁP LÀNH TÍNH Ở TRẺ EM ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TUYẾN GIÁP QUA ĐƯỜNG TIỀN ĐÌNH MIỆNG

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng u giáp lành tính ở trẻ em được phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua đường tiền đình miệng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả kết hợp tiến cứu 13 bệnh nhân u giáp lành tính ≤ 18 tuổi được phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng cắt u tuyến

giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 02/2021 đến tháng 10/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình $15,77 \pm 3,27$ tuổi (8-18); nữ chiếm 76,92%. 76,92% trẻ đi khám vì phát hiện khối vùng cổ, 100% trường hợp khám lâm sàng sờ thấy khối u. Hầu hết các trường hợp chỉ có u một thùy (84,6%), tỉ lệ u nằm ở thùy phải là 57,4%. U lớn nhất có kích thước trung bình là $26,46 \pm 5,28$ (20 – 37)mm, chủ yếu là u từ 20-30mm (69,2%). Tất cả trường hợp đều có kết quả tế bào học và giải phẫu bệnh sau mổ u giáp lành tính. **Kết luận:** TOETVA có thể ứng dụng trong điều trị u tuyến giáp lành tính ở trẻ em.

Từ khóa: U giáp lành tính trẻ em, TOETVA.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA-CLINICAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyensexuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023

CHARACTERISTIC OF PEDIATRIC PATIENT WITH BENIGN THYROID NODULE TREATED BY TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH

Objectives: Evaluation the Clinical and subclinical characteristic of benign thyroid nodules in pediatric patients who were treated by TOETVA. **Subjects and methods:** Descriptive and prospective study on 13 eligible patients received TOETVA in Department of Oncology and Palliative Care from 02/2021 to 10/2022. **Results:** Mean of age was 15.77 ± 3.27 (8-18) age; with 76,92% female patients. 76,92% of cases present with neck mass and all patients (100%) have palpable tumors. The tumors in one-side were 84.6%, with 57.4% in the right lobe. Mean diameter of largest tumors 26.46 ± 5.28 mm (20 – 37) mm, mainly tumors size from 20-30mm (69.2%). Cytological results were 100% benign. **Conclusion:** TOETVA can be applied in treatment of benign thyroid nodule in children's patients.

Keywords: Pediatric thyroid nodules; TOETVA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA) định nghĩa u tuyến giáp là những tổn thương rời rạc của tuyến giáp, phân biệt với nhu mô lành xung quanh trên chẩn đoán hình ảnh, có thể đơn ổ, đa ổ, dạng nang hoặc đặc; chủ yếu là các tổn thương lành tính chiếm trên 90%.¹ U giáp ở trẻ em hiếm gặp với tỷ lệ 1-2%, nhưng lại có nguy cơ ác tính cao lên tới 22-26%, trong khi ở người lớn tỷ lệ này là 5-10%.^{4,5} Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính trong bệnh lý u tuyến giáp. Đối với u giáp lành tính ở trẻ em, chỉ định điều trị cũng như phương pháp phẫu thuật cần được lựa chọn kỹ càng để đảm bảo chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật của bệnh nhi. Đối tượng trẻ em cũng tăng nguy cơ sẹo lồi hơn so với người lớn.^{2,3} Chính vì thế, đã có nhiều phương pháp phẫu thuật trong UTTG không để lại sẹo đã được áp dụng.

Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua đường tiền đình miệng (TOETVA) là một kỹ thuật mới, xâm lấn tối thiểu, không để lại sẹo, tỉ lệ biến chứng thấp. Do đó, đối với bệnh nhân u giáp có chỉ định phẫu thuật, đặc biệt là u giáp lành trẻ em, TOETVA đem lại nhiều lợi ích về mặt thẩm mỹ cũng như đảm bảo được kết quả điều trị. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về TOETVA trên đối tượng trẻ em khá ít, đặc biệt chưa có nghiên cứu về TOETVA đối với u giáp lành tính ở trẻ em. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của u giáp lành tính ở bệnh nhi được phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua đường miệng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 13 bệnh nhân là trẻ em dưới 18 tuổi được chẩn đoán UTTG, đủ tiêu chuẩn lựa chọn phẫu thuật TOETVA tại khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 02/2020 đến 06/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

– Bệnh nhân ≤ 18 tuổi được chẩn đoán u giáp lành tính, được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp đường miệng, giải phẫu bệnh sau mổ cho kết quả lành tính.

– Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin: trước, trong và sau mổ.

– Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

– Tiền sử phẫu thuật, xạ trị vùng cổ.

– Tình trạng viêm cấp tính toàn thân hoặc tại tuyến giáp, tuyến vú bên phẫu thuật.

– Chống chỉ định chung của phẫu thuật, gây mê hồi sức: bất thường chức năng đông máu, bệnh mạn tính toàn thân, thể trạng kém

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Các chỉ số nghiên cứu: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhi mắc u tuyến giáp lành tính: Tuổi, giới, thời gian phát hiện bệnh, lý do vào viện, đặc điểm u trên lâm sàng, siêu âm đánh giá u (số lượng, kích thước TIRADS), kết quả chọc hút tế bào, giải phẫu bệnh, phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Lý do vào viện: Đa số trẻ đi khám do phát hiện khối to bất thường vùng cổ, chiếm tỉ lệ 76,92%, còn lại phát hiện do đi khám định kỳ.

Đặc điểm u tuyến giáp trên lâm sàng: Tỷ lệ sờ thấy u trên thăm khám lâm sàng là 100%, mật độ u thường mềm lan tỏa và di động.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Tuổi TB \pm SD (Năm)	15,77 \pm 3,27 (8-18)
Giới: Nữ	10 (76,92%)
Nam	3 (23,08%)
Tiền sử u giáp: Không	10 (76,92%)
Basedow	1 (7,69%)
U giáp từ trước	2 (15,39%)
N = 13	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 15,77 tuổi, trong đó trẻ nhất là 8 tuổi và lớn nhất là 18 tuổi. Nữ giới chiếm tỉ lệ chủ yếu, lên tới 76,92%. Trong nhóm nghiên cứu có 01 bệnh nhân (7,69%) mắc Basedow, 2 bệnh nhân (15,39%) có tiền sử chẩn đoán u giáp trước đó, và chủ yếu là người bệnh lần đầu phát

hiện u giáp (76,02%).

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm siêu âm		
Kích thước u lớn nhất	TB± SD (mm)	26,46 ± 5,28 (20 – 37)
Phân loại kích thước u lớn nhất	20 – 30 mm	69,2%
	30 – 40 mm	30,8%
Số lượng u	1u	9 (69,2%)
	≥ 2u	4 (30,8%)
Vị trí u	Trái	5 (38,5%)
	Phải	6 (46,2%)
	Cả hai thùy	2 (15,4%)
TIRADS cao nhất	2	4 (30,8%)
	3	9 (69,2%)
Tế bào học		
Bethesda 2018	Lành tính	13 (100%)
Giá trị trong ngoặc đơn n (%)		

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhi có u nằm ở 1 thùy tuyến giáp (84,6%) và phần lớn trường hợp chỉ có một u với tỉ lệ 9/13 trường hợp (69,2%), còn lại có hai u. Kích thước u lớn nhất trung bình là 26,46± 5,28 mm, trong đó u từ 2-3cm chiếm tỉ lệ 69,2%. Tất cả trường hợp đều có kết quả tế bào học lành tính, không có trường hợp nào nghi ngờ hay chẩn đoán ung thư.

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Phương pháp phẫu thuật	Cắt 1 thùy	8 (61,5%)
	Cắt thùy 1 thùy, lấy u đối bên	3 (23,1%)
	Cắt toàn bộ	2 (15,4%)
Thời gian phẫu thuật TB±SD (phút)		96,67± 22,70 (50 – 120)
N = 13		

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi, trong đó phần lớn là cắt 1 thùy với 61,5% trường hợp. Thời gian thực hiện TOETVA trung bình là 96,67± 22,70 phút.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,77±3,27tuổi, trong đó nhỏ nhất là 8 tuổi và lớn nhất là 18 tuổi. Có tới 10/13 trẻ nữ, chiếm tỉ lệ 76,92%. Kết quả này cũng gần tương đồng với báo cáo của Alireza Mirshemirani (2010) trên nhóm 33 bệnh nhi u giáp, với độ tuổi trung bình là 10,9 (8-14 tuổi) và tỉ lệ trẻ gái là 78,1%.⁴ Trong nghiên cứu so sánh giữa phẫu thuật nội soi và mổ mở trên 90 bệnh nhân u giáp lành tính của Lê Văn Thắng và Nguyễn Xuân Hậu, tỉ lệ trẻ nữ cũng chiếm 91,8%.⁶

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến viện vì phát hiện có khối vùng cổ

(76,92%) và tất cả các trường hợp (100%) đều sờ thấy u qua thăm khám lâm sàng. Kết quả này gần giống với kết quả báo cáo nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu và Nguyễn Xuân Hiền (2021) trên 33 bệnh nhân u giáp lành tính được phẫu thuật nội soi đường nách vú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, với 69,7% bệnh nhân vào viện vì sờ thấy khối và 93,9% trường hợp khám lâm sàng sờ thấy u.⁷ Tỉ lệ sờ thấy u trên lâm sàng trong nghiên cứu của Lê Văn Thắng và Nguyễn Xuân Hậu (2021) là 80% ở nhóm mổ mở, 71,1% ở nhóm phẫu thuật nội soi. ⁶Tỷ lệ nhìn và sờ thấy u giáp trên lâm sàng trong các nghiên cứu trên đều cao, điều này có thể giải thích bởi nhóm bệnh nhân được lựa chọn nghiên cứu đều là những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, trong khi đó kích thước u lớn, ảnh hưởng đến cuộc sống của người bệnh người bệnh là yếu tố chỉ định mổ đối với bệnh lý u giáp lành tính. Đặc biệt là ở nhóm bệnh nhi, thì kích thước u lớn, thấy được trên lâm sàng cũng là một lý do khiến trẻ phải đi khám.

Trên kết quả siêu âm, có tới 84,6% trường hợp bệnh nhi chỉ có u ở một thùy tuyến giáp, trong đó, u thùy phải chiếm 55,6%. Phần lớn chỉ có 1 khối u tỉ lệ 9/13 trường hợp (69,2%), còn lại có hai u. Kích thước u lớn nhất trung bình là 26,46± 5,28 mm, trong đó u từ 2-3cm chiếm tỉ lệ 69,2%, đây cũng là tỉ lệ bệnh nhân mà khối u có TIRADS cao nhất là 3. Các kết quả này cũng có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu và Nguyễn Xuân Hiền (2021), với tỉ lệ u gặp ở thùy phải là 59%, TIRADS cao nhất là 3 chiếm 66,7% trường hợp; kích thước u trung bình là 25,4±12,3 mm, chủ yếu từ 2-4cm.⁷ Nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi (45 bệnh nhân) của Lê Văn Thắng và Nguyễn Xuân Hậu (2021) cũng cho kết quả tương tự: tỷ lệ u đơn nhân là 77,8%, trong đó u thùy phải chiếm tỉ lệ 53,3%, kích thước u trung bình 23,7± 9,8 mm⁶. Điều này cho thấy có sự giống nhau về mặt đặc điểm siêu âm trên lâm sàng của u giáp lành tính ở hai nhóm bệnh nhân người lớn và trẻ em phù hợp với chỉ định mổ nội soi (TOETVA hoặc đường nách vú). Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tế bào học là lành tính, phù hợp với tiêu chí lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu.

Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành cắt 1 thùy, cắt thùy lấy u hoặc cắt toàn bộ tuyến giáp phương pháp phẫu thuật nội soi qua đường tiền đình miệng, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, với thời gian phẫu thuật trung bình là

96,67± 22,70 phút.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhi u giáp lành tính thuộc nhóm có chỉ định phẫu thuật thường vào viện với lý do nhìn hoặc sờ thấy khối vùng cổ, và trên lâm sàng hầu hết đều khám thấy u. Bệnh hầu như thường gặp ở trẻ nữ với phần lớn trường hợp là đơn u nằm ở một thùy tuyến giáp.

TOETVA là phương pháp phẫu thuật có thể ứng dụng trong điều trị u tuyến giáp lành tính, đặc biệt là ở đối tượng trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. E. A. Zamora, S. Khare và S. Cassaro (2022), "Thyroid Nodule", StatPearls, Treasure Island (FL).
2. Y. Choi và các cộng sự. (2014), "Impact of postthyroidectomy scar on the quality of life of thyroid cancer patients", Ann Dermatol. 26(6), tr. 693-9.
3. Loren H. Engrav, Warren L. Garner và Edward E. Tredget (2007), "Hypertrophic Scar, Wound Contraction and Hyper-Hypopigmentation", Journal of Burn Care & Research. 28(4), tr. 593-597.
4. A. Mirshemirani và các cộng sự. (2010), "Thyroid nodules in childhood: a single institute experience", Iran J Pediatr. 20(1), tr. 91-6.
5. D. M. Richman và các cộng sự. (2018), "Thyroid Nodules in Pediatric Patients: Sonographic Characteristics and Likelihood of Cancer", Radiology. 288(2), tr. 591-599.
6. Lê Văn Thắng và Nguyễn Xuân Hậu (2021), "Kết quả phẫu thuật u tuyến giáp lành tính tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội", Tạp chí Y học Việt Nam. 507(2).
7. Nguyễn Xuân Hậu và Nguyễn Xuân Hiên (2021), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đường nách vú trong điều trị u tuyến giáp lành tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội", Tạp chí Y học Việt Nam. 506(2).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG U LYMPHO KHÔNG HODGKIN NGUYÊN PHÁT ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Trần Thắng¹, Vũ Hồng Thắng¹, Võ Quốc Hoàn², Nguyễn Thị Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u lympho không Hodgkin nguyên phát tại đường tiêu hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 126 bệnh nhân u lympho không Hodgkin nguyên phát ống tiêu hóa điều trị tại Bệnh viện K từ năm 2010 đến 2015. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 53 tuổi, độ tuổi hay gặp nhất là 51-60 tuổi. Thời gian phát hiện bệnh thường dưới 6 tháng. Triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu, gồm: đau bụng, gầy sút, thiếu máu, sờ thấy u bụng, hội chứng B,... Dạ dày là vị trí tổn thương hay gặp nhất (51,6%). Hình thái tổn thương thường là thể sùi loét. U lympho dòng tế bào B gặp chủ yếu với 93,3%, phần lớn là độ ác tính cao, thể DLBCL chiếm tỷ lệ cao nhất (58,9%). **Từ khóa:** u lympho không Hodgkin, đường tiêu hóa.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PRIMARY GASTROINTESTINAL NON – HODGKIN LYMPHOMA

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính:

Email: tranthangncc@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023

Aims: Study on several clinical and subclinical features of Non – Hodgkin lymphoma original from gastrointestinal tract. **Patients and methods:** The descriptive retrospective combined with prospective study, 126 patients with Non – Hodgkin lymphoma original from gastrointestinal tract were treated at National Cancer Hospital from 2010 to 2015. **Results:** The mean age was 53 years old, the most popular age was approximately from 51 to 60 years old. The time of disease detection often was less than 6 months. The clinical symptoms usually were nonspecific, including: pain abdominal, weight loss, anemia, palpable mass, B syndrome. The stomach was the most common location (51,6%). The shape of injury often was ulcer. B cell lymphoma was primarily with 93,3%, the majority was progressive. B cell large diffuse lymphoma was the highest proportion (58.9%). **Keywords:** Non– Hodgkin lymphoma, digestive tract.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho không Hodgkin (ULKH) nguyên phát đường tiêu hóa là bệnh lý ác tính xuất phát từ mảng Peyer của ruột non hoặc từ lympho bào của niêm mạc dạ dày, đại trực tràng. Bệnh chiếm khoảng 1-10% tổng số trường hợp u ác tính ống tiêu hóa và 4-20% ULKH nói chung, đồng thời đây là vị trí ngoài hạch hay gặp nhất (40-60%)[1]. Trong những năm gần đây, tỉ lệ ULKH nguyên phát đường tiêu hóa đang có xu hướng ngày càng tăng, nguyên nhân có thể do sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán cũng như sự gia tăng số lượng bệnh nhân (BN) có tổn