

thấp hơn bên bán cầu không tổn thương, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Nhóm bệnh nhân có tái thông mạch máu: rSO_2 sau 24 giờ tăng lên so với lúc vào viện, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Nhóm bệnh nhân không có tái thông mạch máu: rSO_2 sau 24h và lúc vào viện khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Bệnh nhân sau điều trị tái thông mạch máu: nhóm $rSO_2 \geq 62\%$ thì 100% có tái thông, và nhóm $rSO_2 < 62\%$ thì 27,3% là không tái thông ($P < 0,05$).

- Nhóm bệnh nhân can thiệp tái thông mạch máu não sau 24h:

+ $rSO_2 \geq 62\%$ trong nhóm NIHSS < 10 điểm cao hơn trong nhóm NIHSS > 10 điểm với $OR=0,057$ (95% CI:0,006-0,588), $p < 0,05$.

+ $rSO_2 \geq 62\%$ trong nhóm $SpO_2 \geq 98\%$ cao hơn trong nhóm $SpO_2 < 98\%$ với $OR=0,12$ (95% CI:0,042-0,347), $p < 0,01$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bogousslavsky J, Van Melle G, Regli F.** The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1,000 consecutive patients with first stroke, Stroke.

1988;19: 1083-1092.

2. **Lê Văn Thịnh.** Nhồi máu não, Trong cuốn Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí tai biến mạch máu não. Lê Đức Hình Và nhóm chuyên gia, Nhà xuất bản Y học.2008: 217-224.

3. **Siesjo B.K.** Cerebral circulation and metabolism. Journal of Neurosurgery.1984;60: 883-908.

4. **Maragos W. F.** Mitochondrial uncoupling as a potential therapeutic target in acute central nervous system injury. J Neurochem.2004; 91: 257-262.

5. **Demet GG, Talip AA, Nevzat UU et al.** The evaluation of cerebral oxygenation by oximetry in patients with ischaemic stroke. J Postgrad Med. 2000;46:70-74

6. **Ádám Annus, András Nagy, László Vécsei, et al.** 24-hour near-infrared spectroscopy monitoring of acute ischaemic stroke patients undergoing thrombolysis or thrombectomy: a pilot study. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases.2019;28(8):2337-2342.

7. **Ritzenthaler T, Cho TH, Mechtouff L, et al.** Cerebral NearInfrared Spectroscopy: A Potential Approach for Thrombectomy Monitoring. Stroke. 2017;48(12):3390-2

8. **Lương Quốc Chính.** Nghiên cứu hiệu quả kết hợp dẫn lưu và sử dụng Alteplase não thất trong điều trị chảy máu não thất có giãn não thất cấp, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.2017

U LYMPHO TẾ BÀO B LỚN LAN TOẢ BIỂU HIỆN TẠI TUYẾN GIÁP: BÁO CÁO CHÙM CA BỆNH VÀ HỒI CỨU LẠI Y VẤN

Ngô Xuân Quý¹, Nguyễn Thị Hồng², Ngô Quốc Duy^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị u lympho tế bào B lớn lan tỏa biểu hiện tại tuyến giáp và hồi cứu lại y vấn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 3 bệnh nhân u lympho tế bào B lớn lan tỏa biểu hiện tại tuyến giáp được điều trị tại bệnh viện K từ năm 2016 đến 2020. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của 3 bệnh nhân là 68 tuổi (50-78 tuổi). Trong đó có 2 bệnh nhân nam, 1 bệnh nhân nữ. Tất cả các bệnh nhân đều vào viện vì khối u lớn vùng cổ. Kích thước tổn thương trung bình tại tuyến giáp là 5,3cm (5-8 cm). Không có bệnh nhân có hội chứng B. CD20 dương tính ở cả 3 bệnh nhân. 2/3 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp để chẩn đoán, chỉ có 1 bệnh nhân được sinh thiết mở để chẩn đoán bệnh. R-CHOP được điều trị ở 1 bệnh nhân và R-CVP được điều trị ở 2 bệnh nhân còn lại. Bệnh đạt đáp ứng hoàn

toàn và tất cả bệnh nhân đều còn sống, không có bệnh nhân nào tái phát với thời gian theo dõi trung bình là 27 tháng (15-33 tháng)

Từ khóa: u lympho tại tuyến giáp, ung thư tuyến giáp, DLBCL, u lympho

SUMMARY

DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA IN THYROID GLAND: CASE SERIES AND REVIEW OF THE LITERATURE

Objectives: To study clinicopathological characteristics, outcomes of primary thyroid lymphoma and review of the literature. **Patients and methods:** A study of 3 diffuse large B-cell lymphoma patients who treated from 2016 to 2020 at Vietnam National Cancer Hospital. **Results:** Three patients were treated for diffuse large B-cell lymphoma, one of whom were women and two were men, with a mean age of 68 (50-78) years. Common complaint of those patients was the sudden swelling of the neck. A mean diameter of thyroid tumor was 5,3cm (5-8 cm). None of patients had B syndrome. CD20 was positive in all patients. 2/3 patients underwent thyroidectomy and 1 patient underwent surgical excision in order to diagnosis. Chemotherapy (R-CHOP regimen and R-CVP regimen) was applied to all three patients. All patients were still

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Xuân Quý

Email: ngoxuanquy1979@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.4.2023

alive without recurrence at the mean 27 months (range 15-34) months of follow-up.

Keywords: primary thyroid lymphoma, thyroid cancer, DLBCL, thyroi lymphoma

I. TỔNG QUAN

U lympho tuyến giáp nguyên phát (Primary Thyroid Lymphoma - PTL) là bệnh lý ác tính hiếm gặp, chiếm dưới 5% bệnh tuyến giáp ác tính và dưới 2% u lympho ngoài hạch. Tỷ lệ mắc cao hơn ở nữ giới lớn tuổi có viêm tuyến giáp mãn tính Hashimoto [1]. Trong đó, u lympho tế bào B lớn lan tỏa (Diffuse Large B-Cell Lymphoma - DLBCL) là hay gặp nhất, chiếm trên 50% các trường hợp [2]. Các nghiên cứu về DLBCL tuyến giáp nguyên phát còn hạn chế do bệnh hiếm gặp và chưa có sự đồng thuận về phác đồ điều trị tối ưu. Chính vì vậy, chúng tôi báo cáo các ca lâm sàng DLBCL tại tuyến giáp và hồi cứu lại y văn về đặc điểm bệnh học, kết quả điều trị u lympho biểu hiện tại tuyến giáp.

II. CA LÂM SÀNG

3 trường hợp DLBCL biểu hiện tại tuyến giáp được điều trị tại bệnh viện K trong thời gian từ năm 4/2018 – 6/2020 được đưa vào nghiên cứu. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và điều trị của 3 bệnh nhân được tóm tắt ở bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, điều trị của 3 BN nghiên cứu

	Bệnh nhân 1	Bệnh nhân 2	Bệnh nhân 3
Tuổi	78	76	50
Giới	Nam	Nữ	Nam
Tiền sử	Khỏe mạnh	Khỏe mạnh	Khỏe mạnh
Kích thước tổn thương tại tuyến giáp	8 cm	6 cm	5 cm
Vị trí	1 thùy, hạch cổ	1 thùy, hạch cổ	1 thùy, hạch cổ
Hội chứng B	Không	Không	Không
TSH	Bình thường	Bình thường	Bình thường
FT4	Bình thường	Bình thường	Bình thường
Chẩn đoán	Sau cắt toàn bộ tuyến giáp	Sinh thiết mở	Sau cắt toàn bộ tuyến giáp
Giai đoạn	IIAE (tuyến giáp, hạch cổ)	IIAE (tuyến giáp, hạch cổ)	IIAE (tuyến giáp, hạch cổ)
Điều trị	R-CVP	R-CVP	R-CHOP
Còn sống	Còn	Còn	Còn
Thời gian theo dõi	34 tháng	15 tháng	33 tháng

DLBCL: Diffuse Large B-Cell Lymphoma
 TBGT: Cắt toàn bộ giáp trạng
 R-CVP: Rituximab, Cyclophosphamide, Vincristin, Prednisolon

R-CHOP: Rituximab, Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristin, Prednisolon

Độ tuổi trung bình của 3 bệnh nhân là 68 tuổi (50-78 tuổi). Trong đó có 2 bệnh nhân là nam, 1 bệnh nhân nữ. Tất cả các bệnh nhân đều vào viện vì khối u lớn vùng cổ. Không có bệnh nhân nào có triệu chứng nói khàn hay khó thở.

Thăm khám lâm sàng thấy cả 3 bệnh nhân biểu hiện đồng thời tại 1 thùy giáp trạng và hạch cổ hai bên. Kích thước tổn thương trung bình tại tuyến giáp là 5,3cm (lớn nhất là 8cm, nhỏ nhất là 5cm). Không có bệnh nhân nào có hội chứng B.

Cận lâm sàng: siêu âm được sử dụng ở tất cả các bệnh nhân, với biểu hiện trên hình ảnh siêu âm là: tăng âm hoặc giảm âm không đồng nhất. Nồng độ TSH (Thyrotrophin-Stimulating Hormone) đều cho kết quả bình thường. Tất cả các bệnh nhân đều được thực hiện chọc hút tế bào chẩn đoán, chỉ có 1 bệnh nhân cho kết quả định hướng U lympho không Hodgkin, bệnh nhân này sau đó được thực hiện sinh thiết mở để làm mô bệnh học. 2 bệnh nhân còn lại kết quả tế bào học đều âm tính được phẫu thuật cắt tuyến giáp và chẩn đoán DLBCL bằng mô bệnh học sau mổ. Cả 3 bệnh nhân đều có giải phẫu bệnh là DLBCL và đều có biểu hiện trên HMMD đặc hiệu cho tế bào B như: dương tính với CD20, CD79a, âm tính với CD3, CD5.

Sau khi tiến hành làm các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán giai đoạn, cả 3 bệnh nhân đều được xếp loại giai đoạn là II theo phân loại Lugano (bắt nguồn từ phân loại Ann Arbor với các sửa đổi Cotswolds). Các bệnh nhân đều được điều trị hóa chất trong đó 2 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ R-CVP và 1 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ R-CHOP. Kết quả điều trị cho thấy bệnh đều đáp ứng hoàn toàn sau điều trị hoá chất. Thời gian theo dõi trung bình của 3 bệnh nhân là 27 tháng, ngắn nhất là 15 tháng, dài nhất là 34 tháng. Tại thời điểm hiện tại, tất cả bệnh nhân đều còn sống, chưa có bệnh nhân nào có biểu hiện bệnh tái phát hay tiến triển.

III. BÀN LUẬN

U lympho tuyến giáp gồm u lympho tuyến giáp nguyên phát (PTL) và u lympho tuyến giáp thứ phát (STL). PTL là bệnh lý ác tính hiếm gặp, chiếm dưới 5% bệnh tuyến giáp ác tính và dưới 2% u lympho ngoài hạch¹, thường biểu hiện tại

tuyến giáp và các hạch bạch huyết khu vực, trong khi STL bắt nguồn từ ung thư không phải tuyến giáp di căn đến tuyến giáp [2]. Thông thường, tuyến giáp không chứa mô bạch huyết, trừ khi có tình trạng bệnh lý. Viêm tuyến giáp tự miễn là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất của u lympho tuyến giáp. Bệnh nhân bị viêm tuyến giáp tự miễn có nguy cơ mắc PTL cao gấp 40–80 lần [2,3]. Hầu hết các trường hợp PTL đều bắt nguồn từ các tế bào B. Trong đó DLBCL hay gặp nhất, chiếm khoảng 50–80%, tiếp theo là u lympho vùng rìa ngoài hạch (MALT), chiếm 20–30%. Các nhóm mô bệnh học khác ít gặp hơn như u lympho thể nang (12%), u lympho Hodgkin (7%), u lympho bào nhỏ ngoài hạch (4%) và u lympho Burkitt (4%) [3]. Một số trường hợp đã được báo cáo trong tài liệu cho thấy PTL có nguồn gốc từ tế bào T. PTL gặp ở nữ giới nhiều gấp 4 lần so với nam giới, với độ tuổi trung bình là 67 tuổi, trong khi STL phổ biến ở nhóm tuổi trung niên với độ tuổi trung bình là 40 tuổi [3].

Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân PTL thường gặp là khối u tuyến giáp không đau trong vòng 1-3 tháng có thể kèm theo khó thở, thờ rít, khó nuốt, khàn tiếng... và triệu chứng B (sốt, đổ mồ hôi ban đêm và sụt cân) gặp ở 10–20% bệnh nhân [2,3].

Về chẩn đoán, FNA có vai trò hạn chế trong chẩn đoán PTL, rất khó để phân biệt giữa u lympho tuyến giáp, viêm tuyến giáp và ung thư biểu mô tuyến giáp không biệt hóa. Trường hợp FNA không xác định được PTL, cần cân nhắc các kỹ thuật sinh thiết như sinh thiết kim, sinh thiết mở hoặc phẫu thuật cắt tuyến giáp [4]. Trong số 3 bệnh nhân của chúng tôi, có 2 bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ cắt giáp, chỉ có 1 bệnh nhân định hướng đến chẩn đoán PTL sau khi chọc tế bào. Tuy nhiên, bệnh nhân này cũng được tiến hành sinh thiết mở để làm mô bệnh học và hoá mô miễn dịch để khẳng định chẩn đoán và định hướng phương pháp điều trị.

Về phương pháp điều trị u lympho tại tuyến giáp, hoá chất và xạ trị là phương pháp điều trị chính. Phẫu thuật ít có vai trò trong điều trị u lympho nguyên phát tại tuyến giáp, thường có ý nghĩa trong sinh thiết chẩn đoán và trong các trường hợp chèn ép nhằm khai thông đường thở, điều trị triệu chứng [5]. Xạ trị thường chỉ áp dụng trong một số trường hợp có thể mô bệnh học độ ác tính thấp, ở giai đoạn khu trú [6]. Một số trường hợp có thể mô bệnh học độ ác tính thấp, khi bệnh nhân không có triệu chứng, có thể theo dõi đến khi có triệu chứng. Hoá chất có

vai trò quan trọng trong điều trị bệnh¹⁵. Phác đồ hóa chất thường dùng là R-CHOP (cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisone và rituximab), R-CVP (cyclophosphamide, vincristine, prednisolone và rituximab) [7,8]. Trong số 3 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ R-CVP và 1 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ R-CHOP. Tất cả bệnh nhân đều có đáp ứng hoàn toàn.

Tiền lượng của PTL phụ thuộc vào giai đoạn và loại mô bệnh học. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm theo loại mô bệnh học là 75% đối với DLBCL và 96% đối với MALT, 87% ở u lympho thể nang, 86% ở u lympho lympho bào nhỏ. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm theo giai đoạn là 86% đối với giai đoạn IE, 81% đối với giai đoạn IIE và 64% đối với giai đoạn IIIIE–IVE [9]. Các yếu tố tiên lượng xấu gồm tuổi, giai đoạn bệnh, mô bệnh học, kích thước khối u, cơ quan biểu hiện bệnh, lựa chọn điều trị và sự hiện diện của các triệu chứng B [5]. Các trường hợp của chúng tôi không phát hiện tái phát hoặc di căn trong thời gian theo dõi.

IV. KẾT LUẬN

U lympho tuyến giáp nguyên phát là bệnh lý hiếm gặp, việc chẩn đoán thường gặp nhiều khó khăn. Trong đó, DLBCL là thể mô bệnh học hay gặp nhất. Điều trị chủ yếu bằng hóa chất và xạ trị. Tiên lượng của DLBCL phụ thuộc vào giai đoạn bệnh khi chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thieblemont C, Mayer A, Dumontet C, Barbier Y, Callet-Bauchu E, Felman P, Berger F, Ducottet X, Martin C, Salles G, Orgiazzi J, Coiffier B.** Primary thyroid lymphoma is a heterogeneous disease. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002 Jan;87(1):105-11
2. **Derringer GA, Thompson LD, Frommelt RA, Bijwaard KE, Heffess CS, Abbondanzo SL.** Malignant lymphoma of the thyroid gland: a clinicopathologic study of 108 cases. *Am J Surg Pathol.* 2000 May;24(5):623-39
3. **Gupta N, Nijhawan R, Srinivasan R, et al.** Fine needle aspiration cytology of primary thyroid lymphoma: a report of ten cases. *Cytojournal.* 2005; 2:21.
4. **Sarinah B, Hisham AN.** Primary lymphoma of the thyroid: diagnostic and therapeutic considerations. *Asian J Surg.* 2010;33(1):20-24. doi:10.1016/S1015-9584(10)60004-8
5. **Onal C, Li YX, Miller RC, et al.** Treatment results and prognostic factors in primary thyroid lymphoma patients: a rare cancer network study. *Ann Oncol.* 2011;22(1):156-164.
6. **Ha CS, Shadle KM, Medeiros LJ, et al.** Localized non-Hodgkin lymphoma involving the

- thyroid gland. *Cancer*. 2001;91(4):629-635.
7. **Chai YJ, Hong JH, Koo DH, et al.** Clinicopathological characteristics and treatment outcomes of 38 cases of primary thyroid lymphoma: a multicenter study. *Ann Surg Treat Res*. 2015; 89(6):295-299.
8. **Alzouebi M, Goepel JR, Horsman JM, Hancock BW.** Primary thyroid lymphoma: the 40 year experience of a UK lymphoma treatment centre. *Int J Oncol*. 2012;40(6):2075-2080.
9. **Graff-Baker A, Roman SA, Thomas DC, Udelsman R, Sosa JA.** Prognosis of primary thyroid lymphoma: demographic, clinical, and pathologic predictors of survival in 1,408 cases. *Surgery*. 2009;146(6):1105-1115.

TUÂN THỦ DÙNG THUỐC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH MẠN TÍNH

Lê Trúc Lam¹, Huỳnh Giao^{1,2},
Nguyễn Phi Hồng Ngân², Đặng Trung Anh¹

TÓM TẮT

Bệnh mạn tính hiện nay là một vấn đề quan trọng của sức khỏe cộng đồng. Tỷ lệ bệnh ngày càng gia tăng tại Việt Nam cũng như những quốc gia trong khu vực gây ra nhiều gánh nặng cho xã hội. Tuân thủ thuốc và thay đổi lối sống vẫn được coi là nguyên tắc cơ bản của kiểm soát bệnh mạn tính. Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện từ tháng 05 đến tháng 06 năm 2022, sử dụng thang đo MCQ (Medication Compliance Questionnaire) để đánh giá tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc. Có 246 người bệnh tham gia nghiên cứu, tuổi từ 50-59 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (39,8%), giới nam (56,1%) chiếm đa số. Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc là 82,9%. Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuân thủ dùng thuốc với đặc điểm kinh tế dân số xã hội và đặc điểm bệnh lý ($p > 0,05$). Tỷ lệ tuân thủ hoạt dùng thuốc ở người bệnh mạn tính khá cao, điều này cho thấy công tác điều trị và chương trình giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân tại bệnh viện đạt hiệu quả tốt. **Từ khóa:** bệnh mạn tính, tuân thủ điều trị dùng thuốc

SUMMARY

MEDICATION COMPLIANCE AND RELATED FACTORS AMONG CHRONIC PATIENTS

Chronic disease is an important public health issue. The increasing rate of disease in Vietnam as well as in other countries in the region causes a burden on society. Medication adherence and lifestyle changes are still considered important factors for controlling chronic diseases. A cross-sectional study of 246 outpatient patients in Le Van Thinh hospital. Medication Compliance Questionnaire scales (MCQ) was assessed for reliability and validity. A total of 246 patients completed the survey. The age of 50-59 years old (39,8%) is high and the majority of respondents

were males (56,1%). This study was conducted through face-to-face interviews. The proportion of medication adherence was 82,9%. The study did not find a relationship between drug adherence with demographic characteristics and pathological characteristics ($p > 0,05$). The rate of medication adherence among chronic patients is quite high, which showed that the management and health education programs at the hospital have been good effectiveness. **Keywords:** chronic disease, medication adherence.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển kinh tế - xã hội thì mô hình bệnh tật cũng có nhiều thay đổi, các bệnh mạn tính ngày càng nhiều, gia tăng về tần suất người mắc, là nguyên nhân chính của tử vong. Các bệnh mạn tính trên thế giới hiện tại được xem là vấn đề rất lớn về sức khỏe. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã cảnh báo nhóm bệnh này đang nằm trong nhóm có tỷ lệ tử vong cao, 6 trên 10 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong toàn cầu thuộc về các bệnh mạn tính [1]. Tại Việt Nam, cứ 100 trường hợp tử vong thì có tới 77 người tử vong do các bệnh mạn tính. Trong đó, tim mạch chiếm 31%, ung thư chiếm 19%, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) chiếm 6%, đái tháo đường chiếm 4% và các bệnh lý khác chiếm 18% [2]. Đây là nhóm bệnh có thời gian phát triển chậm, kéo dài trong nhiều năm, đòi hỏi việc điều trị có hệ thống và lâu dài [3]. Vì vậy, yếu tố tiên quyết để giúp đạt hiệu quả cao trong công tác khám chữa bệnh, giảm các biến chứng ở bệnh nhân bệnh mạn tính là tuân thủ điều trị, đặc biệt là tuân thủ dùng thuốc. Bệnh viện Lê Văn Thinh là bệnh viện hạng I với số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị ngoại trú các bệnh mạn tính ngày một gia tăng. Do đó, chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân mạn tính, từ đó để

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Lê Văn Thinh, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Giao

Email: hgiao@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023