

quả điều trị trên 38 bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não chúng tôi nhận thấy: Tổn thương nhồi máu não thường gặp nhất chiếm 31,6%, chảy máu não 21,1% và nhồi máu não chuyển dạng chảy máu 18,4%. 38 bệnh nhân nghiên cứu đều có tình trạng ra viện ổn định và không có bệnh nhân tử vong. Thời gian nằm viện trung bình là $12,5 \pm 7,6$ ngày. Số ngày nằm viện ít nhất là nhóm bệnh nhân không có tổn thương nhu mô não, nằm viện dài nhất là nhóm bệnh nhân chảy máu não. Tuy nhiên không có sự khác biệt số ngày nằm viện giữa các bệnh nhân tắc một xoang tĩnh mạch hay tắc nhiều xoang tĩnh mạch, và giữa nhóm có tổn thương nhu mô não hay không có tổn thương nhu mô não với giá trị kiểm định $p > 0,05$ độ tin cậy 95%. Chúng tôi cũng thấy rằng không có mối liên quan giữa tình trạng phục hồi được đánh giá trên thang điểm mRS của bệnh nhân khi ra viện và sau 12 tuần với tình trạng tổn thương nhu mô não và số xoang huyết khối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. S, F. B, D. BR, et al.** Diagnosis and Management of Cerebral Venous Thrombosis: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42:1158-1192.
2. **P. C, Ferro J. M., Lindgren A. G., et al.** Causes and Predictors of Death in Cerebral Venous Thrombosis. *Stroke*. 2005;36:1720-1725.
3. **Trình Tiên Lực,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não Luận án Tiến sỹ y học, Đại học y hà nội. 2020;
4. **Ferro, José M., et al.** "Prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis: results of the International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis (ISCVT)." *Stroke* 35.3 (2004): 664-670.
5. **Khealani BA, Wasay M, Saadah M, et al.** Cerebral venous thrombosis: a descriptive multicenter study of patients in Pakistan and Middle East. *Stroke*. 2008;39(10):2707-2711.
6. **Duman T, Uluduz D, Midi I, et al.** A multicenter study of 1144 patients with cerebral venous thrombosis: the VENOST study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2017;26(8):1848-1857.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA XÂM LẤN VỎ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT

Vũ Anh Hải¹, Mai An Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, siêu âm và tổn thương trong mô của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa có khối u xâm lấn, phá vỡ bao tuyến giáp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 83 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa được phẫu thuật tại Bệnh viện 108, thời gian từ 1/2019 đến 03/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $45,4 \pm 12,2$, tỷ lệ nữ/nam là 7,3/1. Triệu chứng khàn tiếng chiếm tỷ lệ 8,7%. Kết quả siêu âm: đường kính $u \leq 20\text{mm}$ chiếm chủ yếu (85,5%); hình ảnh khối giảm âm, vi vôi hóa và bờ không đều chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 77,1%, 72,3% và 71,1%; phân nhóm Ti-rads IV và V chiếm chủ yếu (tỷ lệ 90,4%); khối u phá vỡ bao tuyến giáp tỷ lệ 15,7%. Tổn thương xác định trong mô bao gồm: phá vỡ bao tuyến xâm lấn vào tổ chức liên kết 31,3%, xâm lấn vào cơ 39,8%, xâm lấn vào các cấu trúc lân cận, gồm dây thần kinh quặt ngược (tỷ lệ 25,3%), khí quản

(14,5%) và thực quản (8,4%). Tình trạng xâm lấn có thể xảy ra rất sớm, ngay khi kích thước khối $u \leq 10\text{mm}$ (24 BN, chiếm 28,9%). **Kết luận:** Triệu chứng khàn tiếng, hình ảnh phá vỡ vỏ trên siêu âm chiếm tỷ lệ thấp ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa xâm lấn vỏ. Tình trạng xâm lấn các cấu trúc lân cận chiếm tỷ lệ cao (48,2%), gặp cả khi khối u có đường kính nhỏ $\leq 10\text{mm}$ (tỷ lệ 28,9%).

Từ khóa: ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa; xâm lấn vỏ; siêu âm tuyến giáp.

SUMMARY

COMMENTS ON SOME DISEASES CHARACTERISTICS OF INVASIVELY DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA PATIENTS BE TREATED BY SURGERY

Objectives: To review some clinical, ultrasound and intraoperative characteristics of differentiated thyroid carcinomas patient with extrathyroidal invading. **Subjects and methods:** Retrospective, descriptive study on 83 differentiated thyroid carcinoma patients who underwent operated at 108 Hospital, from January 2019 to March 2021. **Results:** The mean of age was 45.4 ± 12.2 , the female/male ratio was 7.3/1. Hoarseness symptoms account for 8.7%. Ultrasound results: tumor diameter $\leq 20\text{mm}$ accounted for mainly (85.5%); images of hypoechoic

¹Bệnh viện Quân Y 103

²Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Hải

Email: vuanhhai.ncs@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023

mass, microcalcification, and irregular margins account for a high proportion, respectively 77.1%, 72.3% and 71.1%; Ti-rads groups IV and V account for the majority (90.4%); tumor broke the thyroid capsule reached the rate of 15.7%. Macromorphology injuries identified during surgery include breaking the capsule, extrathyroidal extension (ETE) into connective tissue 31.3%, ETE into muscle 39.8%, ETE into adjacent structures, including the recurrent nerve (25.3%), trachea (14.5%) and esophagus (8.4%). Invasion can occur even when the tumor size was $\leq 10\text{mm}$ (24 patients, accounting for 28.9%). **Conclusion:** Hoarseness symptoms, and thyroid capsule breaking images on ultrasound account for a low rate in differentiated thyroid carcinomas patients with extrathyroidal invasion. Invasion to adjacent structures accounts for a high rate (48.2%), even when the tumor diameter was $\leq 10\text{mm}$ (rate of 28.9%).

Keywords: differentiated thyroid carcinoma; extrathyroidal extension; thyroid ultrasound

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp xâm lấn vỏ là sự xâm lấn của khối u nguyên phát ra bên ngoài vỏ tuyến giáp và xâm lấn vào các cấu trúc xung quanh như cơ giáp móng, khí quản, thanh quản, thực quản và dây thần kinh quặt ngược... Tỷ lệ gặp ung thư tuyến giáp xâm lấn tổ chức lân cận có thể lên tới 22%, xâm lấn cận cổ từ 4,0-10,9%.¹ Xâm lấn vỏ tuyến giáp là một trong những yếu tố tiên lượng xấu và xếp giai đoạn muộn, ảnh hưởng xấu tới tiên lượng cũng như thời gian sống của bệnh nhân. Tuy vậy, chẩn đoán phát hiện bệnh và tình trạng xâm lấn của khối u ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp còn gặp nhiều khó khăn do bệnh tiến triển thầm lặng, hầu hết không có triệu chứng lâm sàng.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, siêu âm và tổn thương trong mô của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa có khối u xâm lấn, phá vỡ bao tuyến giáp

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Gồm những bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, xâm lấn vỏ, được phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108, thời gian từ tháng 1/2019 đến 03/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTTG thể biệt hóa (thể nhú, thể nang, thể nhú nang hoặc thể tế bào Hurthle), có xâm lấn bao tuyến giáp trên đại thể được xác định trong mô và được xác nhận bằng kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: UTTG thể biệt hóa tái phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu, mô tả.

2.3. Biến số nghiên cứu

- Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng:

Tuổi, giới, hoàn cảnh phát hiện bệnh (có triệu chứng bệnh hoặc khám sức khỏe định kỳ),

Triệu chứng cơ năng: nuốt vướng, khàn tiếng

Triệu chứng thực thể: bướu giáp (mật độ, ranh giới, bề mặt và di động), hạch cổ

- Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh u, hạch trên siêu âm.

2.4. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán thống kê bao gồm tính giá trị trung bình và tỷ lệ %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Giới: Nữ 73 BN, nam 10 BN; tỷ lệ nữ/nam là 7,3/1

- Tuổi trung bình chung là $45,4 \pm 12,2$, trong đó: nữ giới là $46,1 \pm 12,0$, nam giới là $40,6 \pm 13,3$. Nhóm tuổi 30 đến 59 chiếm tỷ lệ 88,4%.

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	n	%	
Cơ năng			
Không triệu chứng	62	74,7	
Khàn tiếng	7	8,4	
Nuốt vướng	14	16,9	
Thực thể			
Có bướu giáp	76	91,6	
Hạch cổ to	22	26,5	
Đặc điểm bướu giáp			
Ranh giới	Rõ	36	47,4
	Không rõ	40	52,6
Bề mặt u	Nhẵn	55	71,7
	Gồ ghề	22	28,9
Di động	Di động	69	92,1
	Không di động	7	7,9

Đa số bệnh nhân không có triệu chứng cơ năng (tỷ lệ 74,7%). Triệu chứng khàn tiếng chiếm tỷ lệ 8,4%.

Ranh giới u không rõ (tỷ lệ 52,65), bề mặt gồ ghề (tỷ lệ 28,9%), khối u không di động chiếm 7,9%.

Bảng 2. Vị trí và số lượng u tuyến giáp trên siêu âm

Vị trí	Số lượng u						Tổng	
	Một		Hai		Ba		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Eo tuyến	3	3,6	0		0		3	3,6
Thùy phải	30	36,1	2	2,4	2	2,4	34	40,9
Thùy trái	29	34,9	2	2,4	3	3,6	34	40,9
Hai thùy	0		3	3,6	9	10,8	12	14,5
Tổng	62	75,0	7	8,4	14	16,9	83	100

Bướu giáp ít gặp ở eo tuyến và đồng thời cả hai thùy (tỷ lệ 3,6% và 14,5%). Đa số trường hợp có một khối u (tỷ lệ 75,0%).

Bảng 3. Đặc điểm khối ung thư trên siêu âm

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %	
Kích thước	≤ 1cm	24	28,9
	1-2cm	47	56,6
	2-3cm	10	12,0
	≥ 3cm	2	2,4
	Trung bình	1,4 ± 0,7	
Giảm âm	64	77,1	
Vì vôi hóa	60	72,3	
Bờ không đều	59	71,1	
Cao > rộng	9	10,8	
Phá vỡ vỏ	13	15,7	
Phân nhóm TI - RADS	3	8	9,6
	4	62	74,7
	5	13	15,7

Đa số khối u có kích thước nhỏ dưới 2cm (71/83 BN, tỷ lệ 85,5%).

Phát hiện u xâm lấn vỏ bao trên siêu âm chiếm tỷ lệ thấp (15,7%). Đa số các trường hợp có phân nhóm Ti-rads từ 4 trở lên (tỷ lệ 90,4%).

Bảng 5. Kích thước khối u và tình trạng xâm lấn

Triệu chứng	Kích thước (cm)				Tổng
	≤ 1	> 1 - 2	> 2 - 3	> 3 cm	
U xâm lấn vỏ và tổ chức cơ (T3b)	13	27	8	2	50 (60,2%)
U xâm lấn cơ quan lân cận (T4a)	11	20	2	0	33 (39,8%)
Tổng	24	47	10	2	83 (100%)

Có 24 trường hợp kích thước u ≤ 1cm nhưng đã có xâm lấn.

IV. BÀN LUẬN

- **Về tuổi, giới.** Nghiên cứu của Nguyễn Quang Trường trên 137 bệnh nhân UTTG biệt hóa, trong đó có 113 bệnh nhân nữ (chiếm 82,5%) và 24 bệnh nhân nam (chiếm 17,5%). Tỷ lệ bệnh nhân nữ/nam là 4,7/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 39,7 ± 12,8, trong đó tuổi trung bình của nam là 42,4 ± 14,4 và của nữ là 39,2 ± 12,5.²

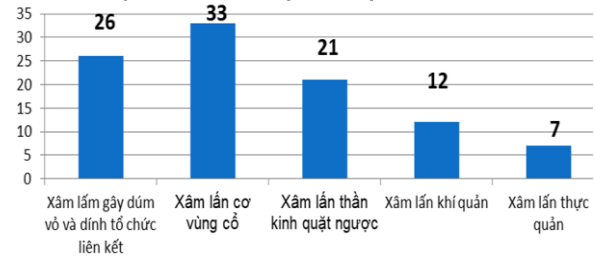
Theo Li G. và cs (2020), độ tuổi trung bình của các BN UTTG nhóm xâm lấn vỏ, xâm lấn cơ xung quanh và xâm lấn rộng lần lượt là: 43,2, 44,1 và 46,3. Tỷ lệ BN nữ trong các nhóm từ 82,2 - 88,4%.³ Marques B và cs (2020) độ tuổi trung bình của ung thư tuyến giáp xâm lấn vỏ là 53,9 với tỷ lệ nữ/nam là 6/1.⁴

Chúng tôi chưa tìm thấy báo cáo so sánh về đặc điểm tuổi, giới của BN UTTG có xâm lấn vỏ so với nhóm không xâm lấn vỏ. Nhìn chung độ tuổi trung bình cũng như đặc điểm phân bố bệnh lý UTTG theo giới là tương tự trong các nghiên

Bảng 4 Đặc điểm hạch trên siêu âm

Kết quả siêu âm		Số BN	Tỷ lệ %
Phát hiện có hạch		34	41,0%
Vị trí hạch	Cùng bên khối u	18	52,9
	Đối bên khối u	2	5,9
	Hai bên cổ	6	17,6
	Hạch trung tâm	8	23,5
Đặc điểm hạch	Mất rốn hạch	26	76,5
	Vôi hóa	8	23,5
	Mất rốn và vôi hóa	0	0,0

Hình ảnh hạch mất cấu trúc rốn hạch khá phổ biến (tỷ lệ 76,5%), vị trí hạch cùng bên khối u chiếm tỷ lệ cao nhất (52,9%).



Biểu đồ 1. Xâm lấn của khối u được phát hiện khi mổ

cứu và phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

- **Triệu chứng lâm sàng.** UTTG thể biệt hóa tiến triển chậm, âm thầm, kéo dài. Các triệu chứng ban đầu thường nghèo nàn, khó phát hiện. Ở giai đoạn đầu của bệnh ít gặp các triệu chứng đặc trưng có giá trị giúp chẩn đoán sớm, bệnh nhân thường đến khám bệnh tình cờ phát hiện u tuyến giáp hoặc hạch cổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng nuốt vướng và khàn tiếng là những triệu chứng chính được ghi nhận, tuy nhiên không phổ biến (21/83 bệnh nhân, tỷ lệ 25,3%). Rất tiếc, trong nghiên cứu này chúng tôi đã không thực hiện soi thanh quản thường quy cho tất cả BN, dẫn đến không đánh giá được tình trạng dây thanh, ngay cả khi BN có khàn tiếng thì cũng không có bằng chứng xác thực có hay không liệt dây thanh.

Khàn tiếng do liệt dây thanh ở BN UTTG thường là triệu chứng chỉ điểm xâm lấn tại chỗ của khối u tới dây thần kinh quặt ngược. Một số báo cáo cho biết, tỷ lệ BN UTTG có liệt dây thanh được đánh giá trước mổ từ 1-3% do khối u xâm lấn, tuy nhiên không phải tất cả các trường hợp

có u xâm lấn đều có biểu hiện liệt dây thanh trên lâm sàng. Han-Seul Na và cs (2021) nghiên cứu trên 72 BN UTTG có khối u giai đoạn T4a - xâm lấn dây thần kinh quặt ngược, tác giả ghi nhận tỷ lệ BN có liệt dây thanh trước mổ là 51,4%. Như vậy có tới 48,6% BN có u xâm lấn dây thần kinh quặt ngược nhưng không rối loạn vận động dây thanh.⁵ Như vậy, triệu chứng liệt dây thanh (trên lâm sàng là khàn tiếng) rất thường gặp và có giá trị trong chẩn đoán UTTG xâm lấn tại chỗ (giai đoạn T4a).

Bướu giáp và/hoặc hạch cổ là 2 triệu chứng thực thể thường gặp và xuất hiện đầu tiên ở hầu hết các BN UTTG. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi khám thực thể: 76 BN có bướu giáp (tỷ lệ 91,6%); 22/83 (tỷ lệ 26,5%) trường hợp có hạch cổ. Theo Đỗ Quang Trường (2013), 100% BN có bướu giáp; 88,3% bướu có mật độ chắc; 92% bướu có ranh giới rõ; 92,7% bề mặt u gồ ghề, 48,9% trường hợp có di căn hạch cổ.² Chúng tôi chưa tìm thấy tài liệu báo cáo về đặc điểm bướu giáp hoặc khối ung thư ở nhóm BN UTTG có xâm lấn vỏ.

- **Siêu âm.** Trong khuyến cáo của Hiệp hội phẫu thuật tai mũi họng và đầu cổ Hàn Quốc về đánh giá BN UTTG có xâm lấn vỏ trước phẫu thuật, siêu âm tuyến giáp là một trong những nội dung quan trọng, xếp ngay sau nội soi thanh quản. Kháng định siêu âm rất có giá trị trong đánh giá tình trạng xâm lấn cơ (T3b) và các cấu trúc lân cận tuyến giáp (T4a).^{6,7} Báo cáo của Shimamoto K và cs (1998) cho thấy: siêu âm chẩn đoán giai đoạn T đạt độ chính xác là 81,8%, độ nhạy 77,8% ở nhóm BN UTTG tiến triển tại chỗ, xâm lấn nhóm cơ dưới móng và cơ ức đòn chũm.⁸

Mặc dù vai trò siêu âm trong chẩn đoán UTTG xâm lấn khí quản được ghi nhận có giá trị cao, với tỷ lệ chẩn đoán xác định có thể đạt tới 85% nếu được thực hiện bởi những bác sĩ siêu âm giàu kinh nghiệm. Tuy vậy với những trường hợp thâm nhiễm, xâm lấn nông, bề mặt hầu, khí quản thì rất khó xác định. Khi đó chụp cắt lớp vi tính có thể được chỉ định thêm để xác chẩn, tuy vậy độ nhạy của xét nghiệm này cũng không cao.^{1,9}

Trong nghiên cứu chúng tôi, vai trò của siêu âm được ghi nhận trong đánh giá kích thước khối u, đánh giá đặc điểm và phân nhóm Ti-rads khối u, khả năng phát hiện hạch và ghi nhận các đặc điểm của hạch cổ. Kết quả này là tương đương các nghiên cứu khác. Tuy vậy, kết quả chẩn đoán tình trạng xâm lấn vỏ và các cấu trúc lân cận của khối ung thư tuyến giáp là rất hạn chế, với tỷ lệ phát hiện u xâm lấn vỏ chỉ đạt 15,7%.

Tình trạng xâm lấn của khối u tới cơ và các cấu trúc lân cận chưa được phát hiện, ghi nhận. Do đây là một nghiên cứu hồi cứu, chúng tôi báo cáo kết quả này chỉ nhằm mục tiêu ghi nhận thực tế.

- **Cơ quan bị xâm lấn được xác định trong mổ.** Nghiên cứu Li G. và cs (2020), cho thấy trong số 1745 trường hợp UTTG có xâm lấn vỏ, tỷ lệ phá vỡ bao tuyến là 57,5% (1004 BN), xâm lấn có dưới móng là 21,2% (371 BN) và xâm lấn các cấu trúc lân cận khác là 21,2% (370 BN).³ Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy, tình trạng khối u có xâm lấn cơ khá cao, với tỷ lệ 39,8%, tỷ lệ khối u có xâm lấn các cơ quan lân cận lên tới 48,2%, với các cấu trúc bị xâm lấn thường gặp là thần kinh quặt ngược, khí quản và thực quản (tỷ lệ lần lượt là 25,3%, 14,5% và 8,4%).

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng khàn tiếng, hình ảnh phá vỡ vỏ trên siêu âm chiếm tỷ lệ thấp ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa xâm lấn vỏ. Tình trạng xâm lấn các cấu trúc lân cận chiếm tỷ lệ cao (48,2%), gặp cả khi khối u có đường kính nhỏ $\leq 10\text{mm}$ (tỷ lệ 28,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Roka R.** Surgical treatment of locally advanced thyroid cancer. *Innovative surgical sciences.* Mar 2020;5(1-2):27-34. doi:10.1515/iss-2020-0012
2. **Đỗ Quang Trường.** Nghiên cứu điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa bằng phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và các mức liều I¹³¹ hủy mô giáp. Học viện Quân Y; 2013.
3. **Li G, Li R, Song L, et al.** Implications of Extrathyroidal Extension Invading Only the Strap Muscles in Papillary Thyroid Carcinomas. *Thyroid: official journal of the American Thyroid Association.* Jan 2020;30(1):57-64. doi: 10.1089/thy.2018.0801
4. **Marques B, Martins RG, Couto J, Santos J, Martins T, Rodrigues F.** Microscopic extrathyroid extension in papillary thyroid carcinoma: impact on response to therapy. *Archives of endocrinology and metabolism.* Apr 2020; 64(2): 144-149. doi: 10.20945/2359-3997000000210
5. **Na H-S, Kwon H-K, Shin S-C, et al.** Clinical outcomes of T4a papillary thyroid cancer with recurrent laryngeal nerve involvement: a retrospective analysis. *Scientific Reports.* 2021/03/23 2021; 11(1): 6707. doi: 10.1038/s41598-021-86226-x
6. **Park J-O, Kim JH, Joo YH, et al.** Guideline for the Surgical Management of Locally Invasive Differentiated Thyroid Cancer From the Korean Society of Head and Neck Surgery. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2023;16(1):1-19. doi: 10.21053/ceo.2022.01732
7. **Tuttle RM, Haugen B, Perrier ND.** Updated

American Joint Committee on Cancer/Tumor-Node-Metastasis Staging System for Differentiated and Anaplastic Thyroid Cancer (Eighth Edition): What Changed and Why? *Thyroid: official journal of the American Thyroid Association*. Jun 2017;27(6):751-756. doi:10.1089/thy.2017.0102

8. Shimamoto K, Satake H, Sawaki A, Ishigaki T, Funahashi H, Imai T. Preoperative staging of

thyroid papillary carcinoma with ultrasonography. *European journal of radiology*. Nov 1998;29(1):4-10. doi:10.1016/s0720-048x(97)00184-8

9. Tomoda C, Uruno T, Takamura Y, et al. Ultrasonography as a method of screening for tracheal invasion by papillary thyroid cancer. *Surgery today*. 2005; 35(10): 819-22. doi: 10.1007/ s00595-005-3037-0

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN TẠI NGHỆ AN

Cao Trường Sinh¹, Nguyễn Thị Mai Phương¹

TÓM TẮT

Mục đích: Xác định tỷ lệ người dân được điều trị tăng huyết áp, tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu và tỷ lệ được đo huyết áp trong năm vừa qua. **Đối tượng và phương pháp:** 1779 người dân được đo huyết áp ở tư thế ngồi, đo 3 lần cách nhau 1 phút lấy trung bình. Trước khi đo bệnh nhân không uống rượu, cà phê, chè đặc và không hút thuốc lá. Chẩn đoán tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg. Huyết áp đạt mục tiêu khi người dân được dùng thuốc và có huyết áp $< 140/90$ mmHg. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị tăng huyết áp là 62,8%. Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu là rất thấp 17,7%, thành phố cao hơn có ý nghĩa số với vùng núi cao. Tỷ lệ người dân được đo huyết áp ít nhất 1 lần trong năm vừa qua là 66,8%. **Kết luận:** Tỷ lệ điều trị huyết áp đạt mục tiêu rất thấp chỉ chiếm 17,7%, vùng núi cao thấp hơn có ý nghĩa so với vùng thành phố. Đang có 33,2% người dân chưa được đo huyết áp ít nhất một lần trong năm gần đây.

SUMMARY

SITUATION OF HYPERTENSIVE CONTROL IN PEOPLE FROM OVER 18 YEARS OLD AT NGHE AN PROVINCE

Aim: To determine the rate of hypertensive patients was treated, the rate of patients with target blood pressure and the rate of people measuring the blood pressure in last year. **Subjects and methods:** 1779 people were measured the blood pressure in the sitting position, measured 3 times 1 minute apart for the average. Before measuring the patient did not drink alcohol, coffee, strong tea and did not smoke. Hypertension was diagnosed when systolic blood pressure was ≥ 140 mmHg and/or diastolic blood pressure was ≥ 90 mmHg. The target blood pressure when people were taken the antihypertensive drugs and the blood pressure, 140/90 mmHg. **Results:** The proportion of patients treated for hypertension was

62.8%. The rate of reaching the target blood pressure was very low 17.7%, higher in the city was significantly higher in the high mountains. The proportion of people whose blood pressure was measured at least once in the past year was 66.8%. The prevalence of atrial fibrillation in the population was found to be relatively low (0.169%). **Conclusion:** The rate of hypertensive patients were treated that has not reached the target is very low, only 17.7%, significantly lower in the high mountains than in the city. Currently, 33.2% of people have not had their blood pressure measured at least once in the recent year.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp, “kẻ giết người thầm lặng” là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong cho người cao tuổi ở cả các nước phát triển và đang phát triển. Tăng huyết áp ước tính gây ra 10,4 triệu ca tử vong trên toàn thế giới [1] chiếm 4,5% gánh nặng bệnh tật toàn cầu [2] với 1,39 tỷ người mắc tăng huyết áp năm 2010 [3], hiện nay con số ước tính còn cao hơn.

Từ năm 2017 Hội tăng huyết áp quốc tế đã phát động chiến dịch Tháng năm đo huyết áp (MMM: May Measurement Month) ở nhiều quốc gia và các khu vực, ước tính đo được 100 triệu người trên toàn thế giới. Ở Việt Nam cũng bắt đầu triển khai từ năm 2017 ở 10 tỉnh thành trong toàn quốc. Nghệ An cũng là một địa điểm triển khai MMM hàng năm.

Năm 2022 theo kế hoạch của ISH, các nước và khu vực tiếp tục triển khai chương trình MMM sau đại dịch Covid 19. Hưởng ứng chương trình của Hội tăng huyết áp quốc tế chúng tôi tiến hành chiến dịch Đo huyết áp Tháng Năm với mục đích xác định tỷ lệ người dân được điều trị, tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu và đặc biệt là tỷ lệ được đo huyết áp trong năm vừa qua.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, khám sàng lọc huyết áp được tiến

¹Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023