

phụ ngoài hệ huyết học hay gặp nhất, gặp 34.5 % bệnh nhân tiếp đến là nôn và độc tính thần kinh ngoại vi, tất cả đều là độ 1,2 và không gây gián đoạn điều trị. Có 8 bệnh nhân tăng AST/ALT nhưng chủ yếu gặp tăng men gan độ 1,2. Tăng Creatinin gặp ở 2 bệnh nhân, đều gặp ở độ 1 và không ảnh hưởng đến liều thuốc.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị phác đồ Docetxel-cisplatin mang lại kết quả đáp ứng tốt, trong khi an toàn, độc tính mức độ thấp và có thể kiểm soát được ở những bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn tái phát di căn xa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hàn Thị Thanh Bình.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư biểu mô thực quản tại bệnh viện K giai đoạn 1998-2004. Luận án tiến sĩ y học. Đại học y Hà Nội;2004.
2. **Chen MQ, Xu BH, Zhang YY.** Analysis of prognostic factors for esophageal squamous cell carcinoma with distant organ metastasis at initial diagnosis. J Chin Med Assoc. 2014 Nov;77(11):562-6.
3. **Einzig AI, Neuberg Do, Remick SC, Karp DD, O'Dwyer PJ, Stewart JA, et al.** Phase II trial of docetaxel (Taxotere) in patients with adenocarcinoma of the upper gastrointestinal tract previously untreated with cytotoxic chemotherapy: the Eastern Cooperative Oncology

- Group (ECOG) Results of Protocol E1293. Med Oncol. 1996 Jun;13(2):87-93.
4. **Bang YJ.** Docetaxel 75 mg/m<sup>2</sup> is Active and Well Tolerated in Patients with Metastatic or Recurrent Gastric Cancer: a Phase II Trial. Jpn J Clin Oncol. 2002 Jul 1;32(7):248-54.
5. **Van Cutsem E, Moiseyenko VM, Tjulandin S, Majlis A, Constenla M, Boni C, et al.** Phase III Study of Docetaxel and Cisplatin Plus Fluorouracil Compared With Cisplatin and Fluorouracil As First-Line Therapy for Advanced Gastric Cancer: A Report of the V325 Study Group. J Clin Oncol. 2006 Nov 1;24(31):4991-7.
6. **Kim JY, Do YR, Park KU, Kim MK, Lee KH, Bae SH, et al.** A multi-center phase II study of docetaxel plus cisplatin as first-line therapy in patients with metastatic squamous cell esophageal cancer. Cancer Chemother Pharmacol. 2010 May;66(1):31-6.
7. **Roth AD, Fazio N, Stupp R, Falk S, Bernhard J, Saletti P, et al.** Docetaxel, Cisplatin, and Fluorouracil; Docetaxel and Cisplatin; and Epirubicin, Cisplatin, and Fluorouracil As Systemic Treatment for Advanced Gastric Carcinoma: A Randomized Phase II Trial of the Swiss Group for Clinical Cancer Research. J Clin Oncol. 2007 Aug 1;25(22):3217-23.
8. **Ajani JA, Fodor MB, Tjulandin SA, Moiseyenko VM, Chao Y, Filho SC, et al.** Phase II Multi-Institutional Randomized Trial of Docetaxel Plus Cisplatin With or Without Fluorouracil in Patients With Untreated, Advanced Gastric, or Gastroesophageal Adenocarcinoma. J Clin Oncol. 2005 Aug 20;23(24):5660-7.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Hoàng Văn Sinh<sup>1</sup>, Phạm Hữu Lưu<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhận xét kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành trên 195 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ lần lượt là 56,9% và 100,0%. Tỷ lệ di căn hạch là 21,5%, di căn cả hạch trung tâm và hạch cổ bên chiếm 61,9%. Khàn tiếng và hạ canxi máu là hai biến chứng hay gặp nhất (chiếm 9,4% và 6,2%), cao hơn ở nhóm

cắt toàn bộ tuyến giáp. Kết quả sớm sau mổ đa số cho kết quả tốt với tỷ lệ 82,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú cho kết quả tốt với tỷ lệ biến chứng thấp.

**Từ khóa:** Ung thư tuyến giáp thể nhú, cắt toàn bộ tuyến giáp, giải phẫu tức thì.

## SUMMARY

### RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR PAPILLARY THYROID CARCINOMA AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

**Background:** Review of surgical results of papillary thyroid carcinoma at Vietduc University Hospital. **Method:** Retrospective study on 195 papillary thyroid cancer patients who were operated at Viet Duc University Hospital from January 2019 to December 2022. **Results:** The rates of total thyroidectomy and neck dissection were 56.9% and 100.0%. The rate of lymph node metastasis was 21.5%, metastasis to both central and lateral cervical lymph nodes accounted for 61.9%. Hoarseness and

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Nam Định

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lưu

Email: huulupham@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 27.10.2023

hypocalcemia were the two most common complications (9.4% and 6.2%), higher in total thyroidectomy. The majority of early results after surgery gave good results with the rate of 82.1%. **Conclusion:** Surgical treatment of papillary thyroid carcinoma gives good results with low complication rate. **Keywords:** Papillary thyroid carcinoma, total thyroidectomy, frozen pathology.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTG) là bệnh lý ác tính phổ biến nhất của hệ nội tiết và có xu hướng gia tăng trên toàn cầu. Theo GLOBOCAN năm 2020, trên thế giới UTTG đứng hàng thứ 11 trong số các loại ung thư nói chung, với 586.202 ca mới mắc chiếm 3,0%, đứng hàng thứ 6 trong số các loại ung thư ở nữ giới và đứng thứ 18 trong số các loại ung thư ở nam giới, trong đó số ca mắc ở nữ giới cao hơn nam giới xấp xỉ 3 lần (448.915 và 137.287)<sup>1</sup>.

Tại Việt Nam, có sự gia tăng tỷ lệ mới mắc UTTG nói chung theo thời gian đã được quan sát thấy trong tất cả các nhóm đối tượng trong giai đoạn 2009 - 2019<sup>2</sup>.

UTTG phần lớn có nguồn gốc từ tế bào biểu mô nang tuyến, trong đó UTTG thể nhú được xếp vào loại UTTG thể biệt hóa và phổ biến nhất, chiếm khoảng 90%<sup>3</sup>. Bệnh tiến triển chậm, đa số phát triển âm thầm, bệnh nhân thường đến viện ở giai đoạn chưa di căn xa, có thể phẫu thuật được và tiên lượng tốt. Điều trị chủ yếu bao gồm phẫu thuật, điều trị I-131 và liệu pháp nội tiết, trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, có tính chất quyết định đến kết quả điều trị.

Tại Việt Nam, phẫu thuật UTTG đã được thực hiện tại nhiều cơ sở y tế, trong đó có Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mô tả kết quả phẫu thuật điều trị UTTG thể nhú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian 4 năm gần đây.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 195 bệnh nhân UTTG thể nhú được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2022.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là UTTG thể nhú.
- Được phẫu thuật tuyến giáp lần đầu.
- Không có tiền sử bị bệnh ung thư khác trước đó.
- Có hồ sơ lưu trữ thông tin đầy đủ.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật UTTG tại tuyến trước.

- Được chẩn đoán UTTG thể nhú nhưng không phẫu thuật.

- Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là UTTG không phải thể nhú.

- Hồ sơ không đầy đủ thông tin cần cho nghiên cứu

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

### 2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tuổi, giới, lý do vào viện.
- Đặc điểm khối u giáp bao gồm: số lượng, vị trí, kích thước, mật độ, ranh giới, di động, đặc điểm u trên siêu âm, được phân loại ACR - TIRADS 2017.

- Phương pháp phẫu thuật gồm: cắt thùy + eo tuyến giáp và cắt toàn bộ tuyến giáp.

- Vết hạch cổ bao gồm: vết hạch hai bên, vết hạch cổ trung tâm và vết hạch cổ bên.

- Các biến chứng sau mổ bao gồm: chảy máu sau mổ, khó thở, khàn tiếng, hạ canxi máu, rò đường chấp và nhiễm trùng vết mổ.

- Kết quả sớm sau mổ: Dựa trên cơ sở nghiên cứu về tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ, chúng tôi đưa ra nhận xét kết quả sau mổ như sau:

+ Tốt: Không xảy ra tai biến trong mổ và sau mổ không có biến chứng.

+ Trung bình: Xảy ra tai biến trong mổ hoặc biến chứng tạm thời sau mổ nhưng được xử trí tốt, có thể phải mổ lại để xử trí hoặc chỉ cần điều trị nội khoa theo dõi.

+ Xấu: Tử vong sau mổ hoặc có biến chứng vĩnh viễn sau mổ.

**2.2.3. Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi mắc trung bình:  $45,16 \pm 12,72$ , thấp nhất là 14 tuổi, cao nhất là 80 tuổi. Phân bố độ tuổi của bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi 30-40 và 41-50, với tỷ lệ là 29,3% và 25,6%. Tỷ lệ ở nhóm <30 tuổi là 9,7%, ở nhóm >60 tuổi là 10,8%. Nhóm tuổi <55 tuổi chiếm tỷ lệ lớn 74,4% (145 BN), còn lại là nhóm tuổi  $\geq 55$  tuổi với 25,6% (50 BN). Tỷ lệ nữ/nam = 7,5/1.

Lý do vào viện hay gặp nhất là đi khám sức khỏe tình cờ phát hiện bệnh, chiếm 73,9%, sau đó là phát hiện thấy khối vùng cổ chiếm 15,8%, nuốt vướng chiếm 8,2% và khàn tiếng chiếm 2,1%.

### Bảng 1. Đặc điểm khối u giáp (n = 195)

Các chỉ số		n	%
Vị trí	Thùy phải	54	27,7

	Thùy trái	75	38,5
	Eo tuyến giáp	7	3,6
	Hai thùy	59	30,2
Số lượng	1 khối u	117	60,0
	2 khối u	41	21,0
	≥3 khối u	37	19,0
Kích thước	$u \leq 1\text{cm}$	114	58,5
	$1 < u \leq 2\text{cm}$	66	33,8
	$2 < u \leq 4\text{cm}$	12	6,2
	$4\text{cm} < u$	3	1,5
Phân loại ACR TIRADS 2017	Độ III	13	6,6
	Độ IV	61	31,3
	Độ V	121	62,1

**Nhận xét:** Siêu âm thấy 1 khối u chiếm tỷ lệ cao nhất (60,0%). Kích thước khối u trên 1cm chiếm 41,5%(81/195 trường hợp). TIRADS 4 và TIRADS 5 chiếm tỷ lệ cao nhất (31,3% và 62,1%).

### 3.2. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật tuyến giáp và vét hạch cổ**

Phương pháp phẫu thuật và vét hạch cổ	n	%
Cắt thùy + eo tuyến giáp kèm vét hạch cổ 1 bên	84	43,1
Cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ 2 bên	111	56,9
<b>Tổng</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ 2 bên chiếm phần lớn (56,9%).

### Bảng 3. Kết quả di căn hạch cổ

Kết quả di căn hạch	n	%	Tổng	
Vết hạch cổ	Có di căn hạch	42	21,5	195 (100%)
	Không di căn hạch	153	78,5	
Vị trí di căn hạch	Hạch cổ trung tâm	12	28,6	42 (100%)
	Hạch cổ bên	4	9,5	
	Hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên	26	61,9	

**Nhận xét:** Trong số 21,5% bệnh nhân di căn hạch cổ thì tỷ lệ bệnh nhân di căn cả hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên, chiếm 61,9%.

### Bảng 4. Các biến chứng sau mổ

Các biến chứng sau mổ	n	%
Chảy máu	2	1,0
Khó thở	1	0,5
Rò dưỡng chấp	10	5,1
Khàn tiếng	18	9,4
Tê bì, co quắp tay chân	12	6,2

**Nhận xét:** Các biến chứng chảy máu và khó thở ít gặp, thường xảy ra trong 24h đầu. Khàn tiếng và tê bì, co quắp tay chân là 2 biến chứng hay gặp hơn. Biến chứng rò dưỡng chấp gặp 5,1%. Không gặp biến chứng nhiễm trùng vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi.

**Bảng 5. Mối liên quan giữa một số biến chứng sau mổ và phương pháp phẫu thuật**

Đặc điểm	Phương pháp phẫu thuật		p
	Cắt toàn bộ	Cắt thùy + eo	
Khàn tiếng	Có	16(88,9%)	0,003
	Không	92(52,9%)	
Tê bì tay chân	Có	12(100%)	0,002
	Không	99(54,1%)	
Rò dưỡng chấp	Có	8(80%)	0,192
	Không	103(55,7%)	

**Nhận xét:** Tỷ lệ khàn tiếng và tê bì, co quắp tay chân ở nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp cao hơn so với nhóm bệnh nhân cắt thùy + eo tuyến giáp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ rò dưỡng chấp ở nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp cao hơn so với nhóm cắt thùy + eo tuyến giáp, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,192$ ).

### Bảng 6. Kết quả sớm sau mổ

Kết quả sau mổ	n	%
Tốt	160	82,1
Trung bình	35	17,9
Xấu	0	0

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân có kết quả tốt sau mổ, chiếm 82,1%. Không ghi nhận trường hợp nào đạt kết quả xấu.

## IV. BÀN LUẬN

Tuổi là một trong những yếu tố tiên lượng bệnh, theo AJCC 2017 phân chia nhóm tuổi với UTTG thể biệt hóa có sự thay đổi so với phiên bản trước, nhóm bệnh nhân dưới 55 tuổi được coi là nguy cơ thấp hơn. Tuổi thấp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 14 tuổi, cao nhất là 80 tuổi, tuổi trung bình là  $45,16 \pm 12,72$  tuổi, đây là lứa tuổi thuộc nhóm có tiên lượng tốt. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lê Văn Long ( $43,73 \pm 12,15$  tuổi), Mai Thế Vương ( $44,6 \pm 10,5$  tuổi) và Nguyễn Tuấn Sơn ( $46,12 \pm 11,82$  tuổi)<sup>4-6</sup>. Nhóm bệnh nhân dưới 55 tuổi của nghiên cứu chúng tôi chiếm đa số với tỷ lệ 74,4%, tỷ lệ này theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Sơn là 71,2% và Mai Thế Vương là 86,3%<sup>5,6</sup>.

Theo GLOBOCAN 2020 về UTTG nói chung, thì tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ là 3/1<sup>1</sup>. Các nghiên cứu UTTG thể nhú ở Việt Nam có tỷ lệ nữ trong các nghiên cứu rất cao. Tỷ lệ nữ/nam trong nghiên cứu của Lê Văn Long là 7,4/1 và Trịnh Xuân Dương 7,43/1<sup>4,7</sup>. Tương tự, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ/nam là 7,5/1. Như vậy cho thấy UTTG thể nhú chủ yếu gặp ở nữ giới và có xu hướng gia tăng.

Theo các nghiên cứu trước đây, người bệnh tự phát hiện thấy khối vùng cổ là lý do vào viện hay gặp nhất, như trong nghiên cứu của Trịnh Xuân Dương (2012) là 72,9%<sup>7</sup>. Tỷ lệ người bệnh tự sờ thấy khối vùng cổ trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm 15,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi lý do vào viện chủ yếu là bệnh nhân đi kiểm tra sức khỏe tình cờ phát hiện ra bệnh, chiếm 73,9%, cao hơn kết quả nghiên cứu của Lê Văn Long (2018) là 48,64%<sup>4</sup>. Điều này cho thấy chất lượng cuộc sống ngày càng tăng, người dân có ý thức quan tâm đến sức khỏe của mình nhiều hơn, thường xuyên đi khám sức khỏe định kỳ, khám sàng lọc để phát hiện sớm ung thư ngay cả khi chưa có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng. Ngoài ra người bệnh có thể đến khám vì nuốt vướng, lý do này trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 8,2%, gần tương đồng kết quả nghiên cứu của Lê Văn Long (2018) là 7,27%<sup>4</sup>. Khàn tiếng cũng là một trong những lý do người bệnh đi khám, sau đó phát hiện u tuyến giáp nhưng thường ít gặp hơn. Tỷ lệ người bệnh khàn tiếng đi khám trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm 2,1%, gần tương tự với kết quả nghiên cứu của Mai Thế Vương (2019) là 1,2%<sup>5</sup> và thấp hơn kết quả nghiên cứu của Trịnh Xuân Dương (2012) là 5,1%<sup>7</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí u ở thùy trái và thùy phải gần tương đương nhau là 38,5% và 27,7%, u ở eo tuyến giáp ít gặp chỉ chiếm 3,6%. Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Sơn u ở thùy trái và thùy phải là 42,9% và 52,6%, ít gặp u ở eo giáp chiếm 4,5%<sup>6</sup>.

Hiện nay, sử dụng phân loại TIRADS, tổng hợp các đặc tính ác tính của u giáp trên siêu âm để nhận định mức độ ác tính của u giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi phân độ TIRADS 4 và TIRADS 5 chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 31,3% và 62,1%; TIRADS 3 chỉ là 6,6%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Sơn thì tỷ lệ TIRADS 4 chiếm 71,8% và TIRADS 5 là 21,2%<sup>6</sup>. Như vậy đa số các trường hợp UTTG sẽ có TIRADS 4 và 5 trên siêu âm, nhưng TIRADS 3 vẫn chưa thể loại trừ UTTG.

Di căn hạch cổ trong UTTG chiếm khoảng 20-60%. Nghiên cứu của Jingxin Mao và cộng sự (2020) về di căn hạch cổ, tỷ lệ di căn là 37,17% trong UTTG thể nhú<sup>8</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ bệnh nhân được vét hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên, trong đó phần lớn là vét hạch cổ trung tâm và hạch cổ 2 bên, chiếm 56,9%, tỷ lệ di căn hạch cổ là 21,5%, trong đó di căn cả hạch trung tâm và hạch cổ bên chiếm phần lớn là 61,9%, di căn hạch cổ trung tâm đơn thuần chiếm 28,6%, hiện tượng di căn nhảy cóc hạch cổ bên vẫn có thể xảy ra nhưng thường ít

gặp, trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở 4 bệnh nhân, chiếm 9,1%.

Về biến chứng sau mổ, khàn tiếng và hạ canxi máu là hai biến chứng thường gặp nhất. Theo hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ (2015), tỷ lệ khàn tiếng do tổn thương dây thần kinh quặt ngược thay đổi từ 0,3 đến 13%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ khàn tiếng tạm thời là 9,4%, thấp hơn kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Tuấn Sơn (14,1%), Lê Văn Long (23,64%) và Mai Thế Vương (19,9%)<sup>4-6</sup>.

Hạ canxi máu sau mổ là do tổn thương tuyến cận giáp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân hạ canxi máu có biểu hiện tê bì, co quắp tay chân chiếm tỷ lệ 6,2% và hồi phục dần trước khi ra viện khi đã được điều trị. So sánh với kết quả nghiên cứu khác, như của Nguyễn Tuấn Sơn, Lê Văn Long và Mai Thế Vương, tỷ lệ này lần lượt là 12,2%, 9,54% và 9,9%<sup>4-6</sup>.

Có thể thấy trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ khàn tiếng và hạ canxi máu sau mổ thấp hơn so với một số nghiên cứu trước đó. Điều này có thể được lý giải do phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện bệnh và đến viện sớm, khối u nhỏ, tiên lượng tốt, tỷ lệ cắt toàn bộ tuyến giáp trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn.

Rò đường chấp cũng là một biến chứng có thể gặp sau mổ. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,1%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Sơn và Lê Văn Long thì tỷ lệ rò đường chấp sau mổ là 1,3% và 0,45%<sup>4,6</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ khàn tiếng và hạ canxi máu sau mổ cao hơn ở nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp so với nhóm cắt thùy + eo tuyến giáp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Sơn, Lê Văn Long và Mai Thế Vương<sup>4-6</sup>.

Dựa trên kết quả thu được, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 160/195 bệnh nhân có kết quả tốt sau mổ, chiếm 82,1% và 35/195 bệnh nhân đạt kết quả trung bình, chiếm 17,9%. Không ghi nhận trường hợp nào sau mổ cho kết quả xấu. Theo nghiên cứu của tác giả Lê Văn Long (2018), có 72,37% đạt kết quả tốt và 27,73% đạt kết quả trung bình<sup>4</sup>. Kết quả nghiên cứu của Mai Thế Vương (2019) thì tỷ lệ đạt kết quả tốt sau mổ 73,9%, đạt kết quả trung bình là 26,1%<sup>5</sup>. Như vậy phẫu thuật điều trị UTTG thể nhú đa số cho kết quả tốt.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức cho

kết quả tốt, không có tai biến trong mổ và tỷ lệ biến chứng thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660
2. **Đỗ Thị Thanh Toàn, Nguyễn Bích Nguyệt, Trần Thị Thanh Hương.** Tổng quan xu hướng mắc mới bệnh ung thư tuyến giáp trên thế giới và Việt Nam, giai đoạn 2009-2019. TCNCYH. 2021; 144(8):58-67. doi:10.52852/tcncyh.v144i8.464
3. **Noone AM HN, Krapcho M.** SEER Cancer Statistics Review, 1975-2015. National Cancer Institute. [https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2015/](https://seer.cancer.gov/csr/1975_2015/)
4. **Lê Văn Long.** Đánh Giá Kết Quả Sớm Phẫu Thuật Ung Thư Tuyến Giáp Tại Bệnh Viện K Năm 2017. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
5. **Mai Thế Vương.** Nhận Xét Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Kết Quả Phẫu Thuật Của Bệnh Nhân vi Ung Thư Tuyến Giáp Thể Nhú Tại Bệnh Viện K. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
6. **Nguyễn Tuấn Sơn, Hàn Thị Vân Thanh.** Kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2021;506(1):133-137.
7. **Trịnh Xuân Dương.** Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Ung Thư Tuyến Giáp Thể Nhú Tại Bệnh Viện K. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.
8. **Mao J, Zhang Q, Zhang H, Zheng K, Wang R, Wang G.** Risk Factors for Lymph Node Metastasis in Papillary Thyroid Carcinoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Endocrinol (Lausanne). 2020; 11:265. doi:10.3389/fendo.2020.00265

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ CÓ DI CĂN NÃO

Nguyễn Hồng Quang<sup>1</sup>, Phùng Thị Huyền<sup>2</sup>, Trịnh Lê Huy<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sống thêm ung thư vú di căn não. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 73 bệnh nhân ung thư vú di căn não tại Bệnh viện K từ tháng 2017 đến 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân ung thư vú di căn não là 52 tuổi, di căn não thường gặp hơn ở các bệnh nhân có giai đoạn bệnh muộn hơn khi mà phần lớn đã có di căn các cơ quan ngoài não như phổi, xương, gan, các bệnh nhân cũng thường được chẩn đoán ung thư vú với khối u có độ mô học cao, phần lớn thể giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô ống xâm nhập, dưới typ hóa mô miễn dịch hay gặp là thể có yếu tố phát triển biểu bì Her2(+) và thể bộ ba âm tính. Về tỷ lệ kiểm soát tại não ở các bệnh nhân được điều trị xạ phẫu Gamma knife tại thời điểm 3 tháng là 92,1%, 6 tháng là 73,7%. Thời gian sống thêm toàn bộ là  $30,5 \pm 3,6$  tháng ở nhóm bệnh nhân đủ tiêu chuẩn để điều trị xạ phẫu Gamma Knife, trong khi đó với những bệnh nhân có tổn thương đa ổ lan tràn như mô não có thời gian sống thêm khiêm tốn là  $6,2 \pm 1$  tháng. **Kết luận:** Ung thư vú di căn não vẫn là một thách thức trong điều trị. Các bệnh nhân có các tổn thương di căn giới hạn được điều trị bằng phương

pháp xạ phẫu Gamma Knife có thời gian sống thêm cao hơn đáng kể so với các bệnh nhân có các tổn thương lan tràn nhu mô não được điều trị bằng phương pháp xạ toàn não. **Từ khóa:** xạ toàn não, xạ phẫu, di căn não, ung thư vú

### SUMMARY

#### THE CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTIC AND TREATMENT OUTCOME OF BRAIN METASTATIC BREAST CANCER

**Purpose:** To evaluate clinical, subclinical characteristic and the survival outcome of brain metastatic breast cancer. **Methods:** A retrospective study on 73 patients with brain metastatic breast cancer in the National cancer hospital from 2017 to 2022. **Results:** The mean age of breast cancer patients with brain metastases was 52 years, brain metastases were more common in patients with a later stage of the disease when most of them had metastases extracerebral organs such as lung, bone, liver. Patients was also often diagnosed with breast cancer with high histological grade, most the histology is invasive ductal carcinoma and the most subtypes are Her2(+) and tripple negative. The rate of control in the brain in patients treating by Gamma knife at 3 months was 91.7%, and at 6 months was 75%. Overall survival time was  $30.5 \pm 3.6$  months in the group of patients who are eligible for Gamma Knife radiosurgery, while those with multifocal brain metastases had modest overall survival time is  $6.2 \pm 1$  months. **Conclusion:** Brain metastatic breast cancer remains a treatment challenge. Patients with limited metastatic lesions treated by Gamma Knife radiosurgery had significantly higher overall survival compared with patients with multifocal brain

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: trinhlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.9.2023

Ngày duyệt bài: 30.10.2023