

thiệt có ảnh hưởng quan trọng đến việc điều trị và do đó, điều quan trọng là phải được xác định bởi một bác sĩ Tai Mũi Họng. Đôi khi, khối u có thể xâm lấn đáy lưỡi và xương móng, nhưng sự xâm nhập của các cấu trúc giải phẫu này là rất hiếm [4],[5]. Ngoài ra, sự xâm lấn vào khoang cạnh thanh môn và khoang trước thanh thiệt có hoặc không có sự lấn sụn làm tăng giai đoạn khối u lên T3. Về khảo sát sự xâm lấn của ung thư thanh quản vào khoang trước thanh thiệt, qua **bảng 1** chúng tôi ghi nhận có 43.75% bệnh nhân có u xâm lấn khoang trước thanh thiệt được xác nhận qua giải phẫu bệnh. Một số nghiên cứu báo cáo độ nhạy từ 90% - 100% và độ đặc hiệu từ 80% - 85% của MRI trong phát hiện xâm lấn khoang trước thanh thiệt [1]. Theo **bảng 1**, độ nhạy của MRI trong nghiên cứu của chúng tôi là 93% trong khi độ đặc hiệu là 84% đều nằm trong giới hạn theo các nghiên cứu trước đây và khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0.001$ . Về khảo sát sự xâm lấn của ung thư thanh quản vào khoang cạnh thanh môn, qua **bảng 2** chúng tôi ghi nhận có 56.25% bệnh nhân có u xâm lấn khoang cạnh thanh môn được xác nhận qua giải phẫu bệnh. MRI có độ chính xác là 81%, độ nhạy cao 94% nhưng độ đặc hiệu thấp chỉ 64% trong việc phát hiện u xâm lấn khoang cạnh thanh môn và khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0.05$ . Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Zbären [5] với độ chính xác 89%, độ nhạy 97% và độ đặc hiệu 50%. Nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt với nghiên cứu của Banko [1] có độ nhạy thấp chỉ 67% nhưng tương đồng ở độ chính xác và độ đặc hiệu lần lượt là 80% và 50%. Trong khảo sát khoang cạnh thanh môn và khoang trước thanh

thiệt, MRI có độ đặc hiệu thấp hơn so với độ nhạy là vì có sự hiện diện của phản ứng viêm, phù nề và xơ hóa ở mô liên kết với khối u tạo hình ảnh tương tự như u. Ngoài ra, ở một số bệnh nhân dương giả có mô tuyến trong khoang trước thanh thiệt có hình ảnh giống với mô bất thường, ở những bệnh nhân được xạ trị trước đó, hình ảnh phù nề sau xạ trên MRI có thể bị nhầm với khối u hoặc khối u có thể bị che khuất.

## V. KẾT LUẬN

MRI có độ chính xác cao trong chẩn đoán khoang cạnh thanh môn và khoang trước thanh thiệt. Nội soi thanh quản là quan trọng nhất để đánh giá niêm mạc, trong khi MRI có thể được coi là một phương pháp chẩn đoán hữu ích, đóng góp vào đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật và đưa ra các quyết định lâm sàng và điều trị phù hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Banko B, Djukic V, Milovanovic J, Kovac J, Novakovic Z, et al. (2014), "MRI in evaluation of neoplastic invasion into preepiglottic and paraglottic space". *Auris Nasus Larynx*, 41 (5), pp. 471-4.
2. Becker M, Burkhardt K, Dulguerov P, Allal A (2008), "Imaging of the larynx and hypopharynx". *Eur J Radiol*, 66 (3), pp. 460-79.
3. Blitz A M, Ayygun N (2008), "Radiologic evaluation of larynx cancer". *Otolaryngol Clin North Am*, 41 (4), pp. 697-713, vi.
4. Connor S (2007), "Laryngeal cancer: how does the radiologist help?". *Cancer Imaging*, 7 (1), pp. 93-103.
5. Zbären P, Becker M, Läng H (1997), "Staging of laryngeal cancer: endoscopy, computed tomography and magnetic resonance versus histopathology". *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 254 Suppl 1, pp. S117-22.

## KHẢO SÁT MỘT SỐ BỆNH LÝ TUYẾN GIÁP TẠI PHÒNG KHÁM CƠ SỞ PHAN CHU TRINH, HÀ NỘI - BỆNH VIỆN K TRUNG ƯƠNG

Đỗ Thị Duyên<sup>1</sup>, Vũ Trung Chính<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** U tuyến giáp là một trong những bệnh hay gặp nhất ở hệ nội tiết. Bệnh nhân thường đến khám với những khối u lớn, khi đã ảnh hưởng tới

sinh hoạt, thẩm mỹ và đặc biệt gây suy giảm chất lượng cuộc sống. Để phát hiện được bệnh sớm, can thiệp kịp thời và có hiệu quả nhất cho người bệnh, chúng tôi thực hiện đề tài và là mục tiêu của nghiên cứu: Khảo sát một số bệnh lý tuyến giáp tại phòng khám cơ sở Phan Chu Trinh - Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** tất cả những bệnh nhân trên 18 tuổi, đến khám về tuyến giáp tại phòng khám Phan Chu Trinh thuộc bệnh viện K trung ương, giai đoạn 1/4/2023 đến 31/6/2023. Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 1967 trường hợp đến khám cho thấy: 66,3% người bệnh đến khám để kiểm tra sức khỏe, 28 % bệnh nhân đến

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Duyên

Email: doduyen.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

khám khi có các triệu chứng bệnh. Tỷ lệ nữ/nam là 5/1. Siêu âm, xét nghiệm tế bào là hai xét nghiệm thường qui, có giá trị cao trong xác định, phân loại bệnh. Đặc biệt sàng lọc các trường hợp ung thư và nghi ngờ ung thư. Xét nghiệm tế bào phát hiện 121 trường hợp ung thư và nghi ngờ ung thư tuyến giáp, tỉ lệ bệnh 11,9%. Xét nghiệm tế bào phát hiện ung thư tuyến giáp có độ tin cậy cao, có thể coi là một phương pháp sàng lọc tốt. Một số yếu tố liên quan tới ung thư tuyến giáp: bệnh nhân có triệu chứng (tự phát hiện u vùng cổ, nuốt nghẹn, khó thở, khàn tiếng) tỉ lệ ung thư cao, tăng dần từ 6,8% - 12,5% - 25,6%. Về thời gian mắc bệnh, thống kê cho thấy: tỉ lệ ung thư có xu hướng tăng lên theo thời gian mắc bệnh, sau 3 đến 5 năm là 4,7%. Độ tuổi có tỉ lệ ung thư cao thuộc nhóm 31-40 tuổi, tỉ lệ mắc 38/379 (chiếm 10%). Về tiền sử gia đình, 167/1967 bệnh nhân có người nhà mắc bệnh lý về tuyến giáp. Trong đó nhóm nghi ngờ ác tính và ác tính có 30/167 bệnh nhân, tỉ lệ 18%. **Từ khóa:** tuyến giáp, ung thư tuyến giáp

## SUMMARY

### INVESTIGATION OF THYROID DISEASES IN PHAN CHU TRINH CLINIC, K CENTRAL HOSPITAL

Thyroid disorders is the most common endocrine gland disease. Research investigate 1967 patients of thyroid diseases from 1 april to 31 jun 2023 in Phan Chu Trinh clinic, the results as follows: There are 66.3% patients periodic health examination, 28% patients having symptoms. Rate women/man is 5/1. 121 thyroid cancers detected by ultrasound or fine needle biopsy, rate is 11.9%. In the group of patients having symptoms (nodule felt through the skin on the neck, difficulty swallowing or loss voice), thyroid cancer rate is high (range 6.8% - 12.5% - 25.6%). Highest thyroid cancer rate is group of age from 30 to 40 years old, 38/379 patients (10%). In the group having thyroid cancer familial history, cancer rate is 18% (30/167 patients)

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến giáp là một trong những bệnh hay gặp nhất ở hệ nội tiết, bao gồm u tuyến giáp lành tính và ung thư tuyến giáp. Số liệu ước tính cho thấy trên thế giới có khoảng một nửa số người lớn tuổi có khối u tuyến giáp [1,5]. U tuyến giáp lành tính chiếm đại đa số các ca bệnh, hay gặp chủ yếu ở nữ giới, người lớn gặp nhiều hơn trẻ em. Bệnh phát triển âm thầm, diễn biến trong một thời gian dài. Bệnh nhân thường đến khám với những khối u lớn, khi đã ảnh hưởng tới sinh hoạt, thẩm mỹ và đặc biệt gây suy giảm chất lượng cuộc sống [2,6,7]. Ung thư tuyến giáp chỉ chiếm 1-2% trong tất cả các loại ung thư nói chung và là ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết, chiếm 90% và 63% trong tổng số tử vong do ung thư tuyến nội tiết. Theo GLOBOCAN năm 2020, ung thư tuyến giáp đứng thứ 9 ở cả 2 giới, tỷ lệ nam/nữ là 1/3 [1].

Tại Việt nam, ung thư tuyến giáp đứng thứ 10 với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 9,5/100.000 dân, tỷ lệ nam/nữ là ¼. Trong đó năm 2020 ghi nhận có 5471 ca mắc mới và 642 ca tử vong do ung thư tuyến giáp [1]. Chẩn đoán u tuyến giáp chủ yếu là dựa vào lâm sàng, siêu âm, chọc hút tế bào. Với khối u lành tính chỉ định điều trị khi kích thước lớn, chèn ép hoặc gây mất thẩm mỹ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Điều trị ung thư tuyến giáp cơ bản nhất là phẫu thuật. Sau phẫu thuật có thể tiếp tục điều trị bằng I-131 và dùng hormon thay thế, bổ sung hormon và điều hòa nội tiết của trục dưới đồi tuyến yên, duy trì hoạt động bình thường của cơ thể.

Tại cơ sở khám chữa bệnh Phan Chu Trinh thuộc bệnh viện K, hàng ngày tiếp nhận và khám chữa cho hàng chục bệnh nhân có các vấn đề về tuyến giáp. Để phát hiện được bệnh sớm, can thiệp kịp thời và có hiệu quả nhất cho người bệnh, chúng tôi thực hiện đề tài và là mục tiêu của nghiên cứu: *Khảo sát một số bệnh lý tuyến giáp tại phòng khám cơ sở Phan Chu Trinh - Bệnh viện K.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Tất cả những NB trên 18 tuổi, đến khám về tuyến giáp tại phòng khám Phan Chu Trinh thuộc bệnh viện K trung ương, giai đoạn 1/4/2023 đến 31/6/2023

- Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang.

- Nội dung nghiên cứu:

Các dữ liệu về nhân khẩu, địa dư; Dữ liệu lâm sàng, lý do khám bệnh, tiền sử, kết quả cận lâm sàng; Phân tích một số yếu tố liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và bệnh tuyến giáp: tuổi, giới, chế độ ăn uống, bệnh bướu giáp,...

- Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Thu thập dữ liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu

Bước 2: Tổng hợp và phân tích dữ liệu

Bước 3: Viết báo cáo

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Địa dư

**Bảng 1**

Số thứ tự	Tỉnh thành	n	%
1	Các tỉnh đồng bằng bắc bộ	1187	60.3
2	Hà nội	422	21.4
3	Miền núi	200	10.1
4	Miền trung	154	7.8
5	Miền nam	4	0.2
<b>Tổng</b>		<b>1967</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Do phân bố địa lý, thống kê ghi nhận: đa số bệnh nhân đến khám thuộc các tỉnh

đồng bằng Bắc bộ, tỉ lệ 60,3%. Người dân ở Hà nội chiếm tỷ lệ 21,4%.

Người dân ở vùng miền núi chiếm 10,1%. Khu vực miền trung chiếm 7,8%

**3.1.1. Tuổi:** Trong tổng số 1967 người bệnh: bệnh chủ yếu gặp ở lứa tuổi 31 đến 60 tuổi chiếm 75% với đỉnh cao nhất là 41 đến 50 tuổi chiếm 30% (589 BN).

**3.1.2. Giới tính:** 1967 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 361 bệnh nhân nam và 1606 bệnh nhân nữ. Nữ giới chiếm 81,6%, tỷ lệ nữ/nam 5/1

**3.1.3. Nghề nghiệp:**

**Bảng 2:**

Nghề nghiệp	n	%
Công nhân	560	29
Tự do	511	26
Hành chính	214	11
Nông/Lâm/ngư nghiệp	475	24
Hưu trí	140	7
Lượng lương vũ trang	21	1
Học sinh/ sinh viên	46	2
<b>Tổng</b>	<b>1967</b>	<b>100</b>

**3.1.4. Lý do khám bệnh:**

- Khám sức khỏe: 1303/1967, tỉ lệ 66,3%  
- Theo dõi sau điều trị bệnh tuyến giáp: 112/1967, tỉ lệ 5,7%

- Do có triệu chứng (cổ to, u, khó thở, nuốt nghẹn, đau, khan tiếng, ...) tỉ lệ 28%

**3.1.5. Kết quả siêu âm:**

**Bảng 3:**

Kết quả siêu âm	n	%
Nang tuyến giáp	206	10,5
U 2 thùy TG	574	29,1
U thùy phải TG	485	24,6
U thùy trái TG	379	19,2
U eo giáp	64	3,2
Tirads 4a,4b,5	73	3,7
Hạch cổ	20	1,02

**Bảng 5:**

Lý do khám bệnh	Số BN	Tỷ lệ %	Lành tính		Nghĩ ngờ		Ác tính	
			n	%	n	%	n	%
Khám sức khỏe	1303	66,2	1249	95,9	30	1,5	24	1,2
Tự thấy u vùng cổ	148	7,5	128	86,5	10	6,8	10	6,8
Nuốt nghẹn	176	8,9	155	88	10	5,7	11	6,2
Khó thở	8	0,4	6	75	1	12,5	1	12,5
Khan tiếng	39	2	22	56,4	10	25,6	7	17,9
Thấy cổ to ra	126	6,4	125	99,2	1	0,8	0	0
Đau	50	2,5	50	100	0	0	0	0
Theo dõi điều trị	112	5,7	110	98,2	1	0,9	1	0,9
Đang chữa vô sinh	5	0,2	1	20	2	40	2	40
<b>Tổng</b>	<b>1967</b>	<b>100</b>	<b>1846</b>	<b>93,8</b>	<b>65</b>	<b>3,3</b>	<b>56</b>	<b>2,8</b>

Basedow	33	1,7
Viêm tuyến giáp	54	2,7

**Nhận xét:** - 1967 trường hợp, siêu âm 1960 trường hợp, kết quả siêu âm 72/1960 không phát hiện bất thường, tỉ lệ 3,7%.

- 1123 trường hợp phát hiện u ở thùy hoặc eo tuyến giáp, tỉ lệ 57,3%. Basedow chiếm 33/1960 (1.7%), nang TG 206 (10.5%).

- Ở nhóm nghi ngờ ác tính và ác tính thể hiện trên siêu âm chủ yếu là được đánh giá Tirads 4a, 4B, 5: 73 trường hợp, tỉ lệ 3,7%.

**3.1.6. Kết quả tế xét nghiệm tế bào**

**Bảng 4:**

Kết quả tế bào	N	%
Bình thường	690	68
U nang	177	17
Viêm giáp	28	3
Ung thư, nghi ngờ ung thư	121	11,9
<b>Tổng</b>	<b>1016</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 1967 bệnh nhân, có 1016 trường hợp được chọc hút tế bào, chiếm 51.6%. Có 121/1016 bn kết quả tế bào là ung thư hoặc nghi ngờ, tỉ lệ 11,9%.

**3.1.7. Kết quả Giải phẫu bệnh:** 1967 BN, có 56 BN tiến hành phẫu thuật tại cơ sở Phan Chu Trinh và cho kết quả giải phẫu bệnh 56/56 BN là ung thư chiếm 100%.

**3.1.8. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp**

Về xét nghiệm chức năng tuyến giáp :

- Trạng thái bình giáp chiếm 1272/1967 bệnh nhân, tỉ lệ 64,7%.

- 110 bệnh sau phẫu thuật tuyến giáp, kết quả xét nghiệm 14/110 bệnh nhân bị cường giáp, tỉ lệ 12,7%, và 20/110 bệnh nhân bị suy giáp, tỉ lệ 18,2%.

**3.1.9. Về một số yếu tố liên quan với tỉ lệ mắc bệnh ung thư**

**3.2. Lý do người bệnh đến khám và tỉ lệ bệnh**

**Nhận xét:** - Trong số 1967 bệnh nhân đến khám, có 1016 bệnh nhân được chọc hút xét nghiệm tế bào với 121 trường hợp nghi ngờ ung thư (11,9%). Trong số này 56 bệnh nhân được phẫu thuật tại cơ sở Phan Chu Trinh, xét nghiệm giải phẫu bệnh 56/56 (100%) xác định có tế bào ung thư tuyến giáp. 65 bệnh nhân còn lại điều trị tại các tuyến y tế cơ sở, nên không rõ kết quả cuối cùng.

- Thống kê cũng cho thấy: các bệnh nhân có triệu chứng (tự phát hiện u vùng cổ, nuốt nghẹn,

khó thở, khàn tiếng) tỉ lệ xét nghiệm tìm thấy tế bào ung thư rất cao, tăng dần từ 68% - 12,5% - 25,6%.

- Nhóm bệnh nhân theo dõi sau điều trị bệnh tuyến giáp cũng có 1/112 (0,9%) tái phát.

- Có 5 bệnh nhân đang chữa vô sinh, phát hiện 2 trường hợp ung thư tuyến giáp. Tuy nhiên, số lượng bệnh nhân ít không có ý nghĩa thống kê so sánh.

### 3.3. Thời gian phát hiện bệnh

**Bảng 6:**

Thời gian phát hiện bệnh	Số BN	Tỷ lệ %	Lành tính		Nghi ngờ		Ac tính	
			n	%	n	%	n	%
Dưới 6 tháng	931	47,3	885	95	20	2,1	26	0,1
1 đến 3 năm	627	32	584	93,1	21	3,3	22	3,5
3 đến 5 năm	338	17,1	310	91,7	16	4,7	12	3,5
Trên 5 năm	71	3,6	67	94,4	2	2,8	2	2,8
<b>Tổng</b>	<b>1967</b>	<b>100</b>	<b>1846</b>	<b>93,8</b>	<b>65</b>	<b>3,3</b>	<b>56</b>	<b>2,8</b>

**Nhận xét:** Tỉ lệ ung thư có xu hướng tăng lên theo thời gian mắc bệnh, sau 3 đến 5 năm là 4,7%.

### 3.4. Tỷ lệ mắc bệnh theo nhóm tuổi

**Bảng 7:**

Tuổi (n=1967)	Thương tổn lành tính		Nghi ngờ ung thư		Ung thư	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
< 14	24	1,3	0	0	0	0
15-30	117	6,3	7	6	9	7,7
31-40	379	20,5	16	4,2	22	5,8
41-50	556	30	19	3,4	14	2,5
51- 60	454	24,5	11	2,4	5	1,1
>60	316	17	12	3,8	6	1,9
<b>Tổng</b>	<b>1846</b>	<b>93,8</b>	<b>65</b>	<b>3,3</b>	<b>56</b>	<b>2,8</b>

**Nhận xét:** Theo nhóm tuổi, thống kê cho thấy độ tuổi có tỉ lệ ung thư cao thuộc nhóm 31 – 40 tuổi

### 3.5. Một số yếu tố khác liên quan với ung thư tuyến giáp:

- 167/1967 BN có tiền sử gia đình có người bị mắc bệnh lý về tuyến giáp. Trong đó nhóm nghi ngờ ác tính và ác tính có 30/167 BN, tỉ lệ khoảng 18%

- Có 48/1967 BN có thói quen ăn uống thiếu Iod mắc bệnh tuyến giáp chiếm 2,5%. Nhóm nghi ngờ ác tính và ác tính không ghi nhận trường hợp nào.

- Có 40/1967 BN bị béo phì chiếm 2%. Trong đó nhóm nghi ngờ ác tính và ác tính có 2/40 BN, tỉ lệ 5%.

- Có 8/1967 BN sau điều trị xạ trị vùng cổ chiếm 0,4%. Không ghi nhận trường hợp nào trong nhóm nghi ngờ và ác tính.

## IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lứa tuổi hay gặp nhất là từ 31 đến 60 tuổi, chiếm tỷ lệ 75% >

Nhóm tuổi cao nhất từ 40 đến 50 tuổi, chiếm 30% bệnh nhân đến khám. Các nghiên cứu khác cho kết quả này tương tự [3,6,7].

Bệnh tuyến giáp gặp nhiều hơn ở nữ giới. Thống kê tỉ lệ bệnh nhân nữ/nam là 5/1. Các thống kê khác ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân nữ cao hơn [2].

Về địa dư, thống kê ghi nhận: đa số bệnh nhân đến khám thuộc các tỉnh đồng bằng Bắc bộ, tỉ lệ 60,3%. Người dân ở Hà nội chiếm tỷ lệ 21,4%. Người dân ở vùng miền núi chiếm 10,1%. Khu vực miền trung chiếm 7,8%. Hiện nay việc khám và điều trị bệnh lý tuyến giáp đã phổ cập rộng rãi đến các tuyến y tế cơ sở, nên người bệnh thường đến khám và điều trị tại địa phương mình sinh sống.

Lý do khám bệnh, đa số người dân đi khám kiểm tra sức khỏe, tỉ lệ 66,3%. Tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng vùng cổ chiếm 28%. Con số thống kê cũng thể hiện ý thức về bệnh tật của người dân tốt hơn đối với bệnh tuyến giáp.

Bệnh lý tuyến giáp rất đa dạng: từ bệnh lý

chức năng như Basedow, suy giáp hay bệnh lý về hình thái bướu cổ đơn thuần, viêm, nang tuyến giáp và đặc biệt ung thư tuyến giáp.

Về vai trò của các phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng: siêu âm, chọc hút tế bào, giải phẫu bệnh hay xét nghiệm chức năng tuyến giáp, siêu âm là phương tiện thường quy, không xâm lấn có thể đánh giá được vị trí, số lượng hình thái, đặc tính thương tổn tuyến giáp. Đặc biệt, siêu âm có thể phân loại các thương tổn nghi ngờ ung thư. Kết quả nghiên cứu cho thấy hơn 50% phát hiện bướu giáp lành tính. Ở nhóm nghi ngờ thương tổn ác tính Tirads 4a, 4b, 5 có 73 trường hợp, tỉ lệ 3,7%. Đây là các bệnh nhân cần chọc hút xét nghiệm tế bào khẳng định và hướng tới can thiệp phẫu thuật. Hơn nữa, siêu âm còn đánh giá được tình trạng di căn hạch.

Cùng với siêu âm, xét nghiệm tế bào có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán sàng lọc ung thư tuyến giáp. Trong 1016 bệnh nhân được xét nghiệm tế bào, có 121 trường hợp tìm thấy tế bào ung thư hoặc nghi ngờ ung thư, chiếm tỉ lệ 11,9%. Trong số này có 56 bệnh nhân được phẫu thuật tại cơ sở Phan Chu Trinh (65 bệnh nhân khác được phẫu thuật điều trị tại các tuyến y tế cơ sở). Kết quả 56/56 trường hợp chẩn đoán xác định là ung thư tuyến giáp, tỉ lệ đạt 100% so với xét nghiệm tế bào. Do vậy, có thể thấy xét nghiệm tế bào là một phương tiện đáng tin cậy để xem xét phẫu thuật khi có nghi ngờ ung thư. Nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn cũng cho kết quả tương tự [6].

Đánh giá một số yếu tố liên quan với tỉ lệ mắc bệnh ung thư tuyến giáp. Về vị trí giải phẫu, tuyến giáp nằm vùng cổ phía trước, khi tuyến giáp to lên bất thường, phát triển thành u, ung thư, hay viêm nhiễm sẽ tạo ra những triệu chứng bệnh, những thay đổi tại chỗ như những dấu hiệu cảnh báo, đặc biệt phát hiện các khối u sớm, khả năng điều trị khỏi cao trên 90%. Thống kê bảng 5 cho thấy: các bệnh nhân có triệu chứng (tự phát hiện u vùng cổ, nuốt nghẹn, khó thở, khàn tiếng) tỉ lệ xét nghiệm tìm thấy tế bào ung thư rất cao, tăng dần từ 68% - 12,5% - 25,6%. Một số nghiên cứu khác cho kết quả tương đồng [2,3,6,7]. Trong khi đó, nhóm bệnh nhân theo dõi sau điều trị bệnh tuyến giáp cũng có 1/112 (0,9%) tái phát. Có 5 bệnh nhân đang chữa vô sinh, phát hiện 2 trường hợp ung thư tuyến giáp. Tuy nhiên, số lượng bệnh nhân ít không có ý nghĩa thống kê so sánh.

Về thời gian mắc bệnh, thống kê cho thấy: tỉ lệ ung thư có xu hướng tăng lên theo thời gian mắc bệnh, sau 3 đến 5 năm là 4,7%.

Đánh giá theo nhóm tuổi với tỉ lệ mắc bệnh ung thư, theo kết quả bảng 7, độ tuổi có tỉ lệ ung thư cao thuộc nhóm 31-40 tuổi, tỉ lệ mắc 38/379, chiếm 10%.

Một số yếu tố khác liên quan với bệnh tuyến giáp và ung thư tuyến giáp: 167/1967 bệnh nhân có tiền sử gia đình có người bị mắc bệnh lý về tuyến giáp. Trong đó nhóm nghi ngờ ác tính và ác tính có 30/167 bệnh nhân, tỉ lệ khoảng 18%. Về chế độ ăn uống, có 48/1967 bệnh nhân có thói quen ăn uống thiếu Iod mắc bệnh tuyến giáp chiếm 2,5%. Nhóm nghi ngờ ác tính và ác tính không ghi nhận trường hợp nào. Có 40/1967 bệnh nhân bị béo phì chiếm 2%. Trong đó nhóm nghi ngờ ác tính và ác tính có 2/40, tỉ lệ 5%. Liên quan đến điều trị xạ trị vùng cổ, thống kê có 8/1967 bệnh nhân sau điều trị xạ trị vùng cổ chiếm 0,4%. Không ghi nhận trường hợp nào trong nhóm nghi ngờ và ác tính.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 1967 trường hợp đến khám trong giai đoạn từ 1/4/2023 đến hết 31/6/2023 tại phòng khám Phan Chu Trinh Hà nội, thuộc bệnh K trung ương cho thấy: 66,3% người bệnh đến khám để kiểm tra sức khỏe, 28 % bệnh nhân đến khám khi có các triệu chứng bệnh. Tỉ lệ nam/nữ là 5/1.

Siêu âm, xét nghiệm tế bào là hai xét nghiệm thường quy, có giá trị cao trong xác định, phân loại bệnh. Đặc biệt sàng lọc các trường hợp ung thư và nghi ngờ ung thư. Xét nghiệm tế bào phát hiện 121 trường hợp ung thư và nghi ngờ ung thư tuyến giáp, tỉ lệ bệnh 11,9%. Trong đó 56 trường hợp được phẫu thuật tại cơ sở Phan Chu Trinh, xác định ung thư tuyến giáp 100%. Như vậy, xét nghiệm tế bào phát hiện ung thư tuyến giáp có độ tin cậy cao, có thể coi là một phương pháp sàng lọc tốt.

Các bệnh nhân có triệu chứng (tự phát hiện u vùng cổ, nuốt nghẹn, khó thở, khàn tiếng) tỉ lệ xét nghiệm tìm thấy tế bào ung thư rất cao, tăng dần từ 6,8% - 12,5% - 25,6%. Về thời gian mắc bệnh, thống kê cho thấy: tỉ lệ ung thư có xu hướng tăng lên theo thời gian mắc bệnh, sau 3 đến 5 năm là 4,7%. Độ tuổi có tỉ lệ ung thư cao thuộc nhóm 31-40 tuổi, tỉ lệ mắc 38/379 (chiếm 10%). Về tiền sử gia đình, 167/1967 bệnh nhân có người nhà mắc bệnh lý về tuyến giáp. Trong đó nhóm nghi ngờ ác tính và ác tính có 30/167 bệnh nhân, tỉ lệ 18%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J et al (2020). Estimates of worldwide burden of cancer in 2020: GLOBOCAN 2020

- Lê Văn Quảng** (2021). Ung thư tuyến giáp, Nhà xuất bản y học, 19-29.
- Mai Thế Vương** (2019). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện K, Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 8, số 2/2019.
- Mc Henry CR** (2009). Am-J-Surgery the utility of routine frozen section examination for intraoperative diagnosis of thyroid cancer, 6, 658-661.
- American joint committee on cancer** (2018). AJCC cancer staging manual; Springer, eighth edition.
- Nguyễn Anh Tuấn** (2012). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Chữ Quốc Hoàn** (2013). Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, tỷ lệ các nhóm mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K, Luận văn Bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.

## NGHIÊN CỨU ẢNH HƯỞNG CỦA MỨC LIỀU MYCOPHENOLATE ĐẾN TỈ LỆ BIẾN CHỨNG NHIỄM TRÙNG Ở NGƯỜI BỆNH SAU GHÉP THẬN

Nguyễn Thị Kim Dung<sup>1</sup>, Đỗ Gia Tuyền<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Cường<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát liều mycophenolate mofetil (MMF) thường dùng cho bệnh nhân ghép thận trong vòng 3 năm đầu sau ghép và tìm hiểu mối liên quan với biến chứng nhiễm trùng. **Đối tượng và phương pháp:** Phương pháp nghiên cứu mô tả, hồi cứu 200 bệnh nhân sau ghép thận sử dụng phác đồ ức chế miễn dịch duy trì 3 thuốc gồm Prednisolone, Tacrolimus, MMF ở các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng sau ghép thận. **Kết quả:** Liều MMF có xu hướng giảm dần theo thời gian. Liều MMF  $\geq 31.83$  mg/kg/ngày trong 6 tháng đầu có khả năng gây nhiễm trùng với độ nhạy 57.5% và độ đặc hiệu 68.2%. **Kết luận:** Liều MMF trong 6 tháng đầu có mối liên quan với biến chứng nhiễm trùng. **Từ khóa:** Mycophenolate, nhiễm trùng, ghép thận.

### SUMMARY

#### EFFECTS OF MAINTENANCE DOSES OF MYCOPHENOLATE ON INFECTION COMPLICATION RATES IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS

**Objectives:** To examine the usual maintenance dose of mycophenolate mofetil (MMF) in kidney transplant recipients treated in renal clinic of Vietduc University Hospital within the first 3 years after transplantation and to investigate the relationship between the maintenance dose of MMF with infectious complications in kidney transplant recipients. **Methods:** A retrospective, descriptive study included 200 kidney transplant recipients using a triple drug immunosuppressive regimen including Prednisolone, Tacrolimus (Prograf®), and MMF. Data was collected at 6 months, 12 months, 24 months, and 36 months after transplantation including immunosuppressive drugs doses, infection episodes and graft function.

**Results:** After kidney transplantation, the dose of MMF tends to decrease gradually over time. MMF doses  $\geq 31.83$  mg/kg/day in the first 6 months have the potential to cause infection with a sensitivity of 57.5% and a specificity of 68.2%. **Conclusion:** MMF dose in the first 6 months is associated with infectious complications. **Keywords:** Mycophenolate, infection, kidney transplant.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là phương pháp điều trị tối ưu cho những bệnh nhân giai đoạn cuối do đem lại chất lượng cuộc sống tốt hơn, tăng tỉ lệ sống và hiệu quả kinh tế cao hơn. Tuy việc sử dụng thuốc ức chế miễn dịch sau ghép thận đóng vai trò quan trọng trong việc bảo vệ khỏi sự thải ghép thận cấp tính nhưng nó cũng làm giảm phản ứng miễn dịch bình thường đối với các tác nhân lây nhiễm. MMF hiện nay là một thuốc quan trọng của phác đồ ức chế miễn dịch sau phẫu thuật ghép thận nhưng cũng được chứng minh có liên quan đến biến chứng nhiễm trùng sau ghép thận so với Azathioprine<sup>1</sup>. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu ảnh hưởng của mức liều Mycophenolate đến tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng ở người bệnh sau ghép thận" với hai mục tiêu:

1. *Khảo sát liều Mycophenolate trên bệnh nhân trong vòng 3 năm đầu sau ghép thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*
2. *Tìm hiểu mối liên quan giữa liều Mycophenolate với biến chứng nhiễm trùng ở bệnh nhân trong vòng 3 năm đầu sau ghép thận.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân ghép thận và theo dõi định kỳ đủ 36 tháng đầu sau ghép tại khoa Thận – Lọc máu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 12/2022 trở về trước; sử dụng phác đồ thuốc ức chế miễn dịch 3 thuốc

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Cường

Email: cuongicu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2023

Ngày duyệt bài: 8.11.2023