

không cao ở nhóm tuổi sơ sinh, tiền sử mắc bệnh lý tim mạch, tình trạng nặng trước khi ngừng tim như thở máy, rối loạn nhịp tim, bất thường trên siêu âm tim, tình trạng toan chuyển hóa rất nặng và giảm oxy máu, rối loạn đông máu, tăng K⁺ máu, thời gian cấp cứu và số lượng vận mạch phải duy trì sau cấp cứu. Những bệnh nhi có các yếu tố này càng nhiều thì tỉ lệ thất bại càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Olotu A, Ndiritu M, Ismael M et al.** Characteristics and outcome of cardiopulmonary resuscitation in hospitalized African children. *Resuscitation*. 2009;80(1):69–72.
2. **Morrison LJ, Neumar RW, Zimmerman JL et al.** Strategies for Improving Survival After In-Hospital Cardiac Arrest in the United States: 2013 Consensus Recommendations: A Consensus Statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;127(14):1538–63.
3. **Lee, J, Yang, Lee, E.-P, et al. (2019).** Clinical survey and predictors of outcomes of pediatric out-of-hospital cardiac arrest admitted to the emergency department. *Scientific reports*. 9(1), 1-9.
4. **Assar, S., Husseinzadeh, M., Nikraves, A.H., et al. (2016).** The success rate of pediatric in-hospital cardiopulmonary resuscitation in Ahvaz training hospitals. *Scientifica*. 2016(1), 1-8.
5. **Jamme, M., Salem, O.B.H., Guillemet, L., et al. (2018).** Severe metabolic acidosis after out-of-hospital cardiac arrest: risk factors and association with outcome. *Annals of intensive care*. 8(1), 1-8.
6. **Adrie, C., Monchi, M., Laurent, I., et al. (2005).** Coagulopathy after successful cardiopulmonary resuscitation following cardiac arrest: implication of the protein C anticoagulant pathway. *Journal of the American College of Cardiology*. 46(1), 21-28.
7. **Del Castillo, J., López-Herce, J., Matamoros, M., et al. (2012).** Hyperoxia, hypocapnia and hypercapnia as outcome factors after cardiac arrest in children. *Resuscitation*. 83(12), 1456-1461.
8. **Yurtseven, A., Turan, C., Akarca, F.K., et al. (2019).** Pediatric cardiac arrest in the emergency department: Outcome is related to the time of admission. *Pakistan journal of medical sciences*. 35(5), 1434.
9. **Jayaram, N., Spertus, J.A., Nadkarni, V., et al. (2014).** Hospital variation in survival after pediatric in-hospital cardiac arrest. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 7(4), 517-523.
10. **Ortmann, L., Prodhon, P., Gossett, J., et al. (2011).** Outcomes after in-hospital cardiac arrest in children with cardiac disease: a report from Get With the Guidelines–Resuscitation. *Circulation*. 124(21), 2329–2337.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HỘI CHỨNG SAU NÚT MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP TACE TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Hà¹, Phạm Thế Anh², Đoàn Minh Thụy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến hội chứng sau nút mạch trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan điều trị bằng phương pháp TACE. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu mô tả cắt ngang các trường hợp ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị bằng phương pháp TACE tại bệnh viện K trong thời gian từ 7/2023 – 10/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ: 7,3/1. Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu: 61,23 ± 9,97 tuổi; tiền sử viêm gan B,C 89%; tỷ lệ AFP trước can thiệp < 20 ng/ml chiếm 52,15%. Sự thay đổi chỉ số AFP, GOT, GPT trước và sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05, kích thước khối u sau điều trị giảm so với trước điều trị, sự thay

đổi về kích thước khối u có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tần suất gặp HCSNM là 69,9% trong các lần TACE, triệu chứng hay gặp nhất là đau vùng gan (58,9%). Các yếu tố giới tính, tiền sử viêm gan B,C, không làm thay đổi tần suất xuất hiện HCSNM. **Kết luận:** TACE tương đối an toàn ít tai biến, biến chứng và có hiệu quả trong việc điều trị UTBMTBG.

Từ khóa: hội chứng sau nút mạch, ung thư biểu mô tế bào gan.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND RELATIVE RISK FACTORS OF POSTEMBOLIZATION SYNDROME AFTER TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT K HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical, paraclinical characteristics and relative risk factors of postembolization syndrome (PES) after transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma (HCC). **Subject and method:** This was a retrospective descriptive study of the HCC cases who underwent transarterial chemoembolization at K Hospital from July 2023 to November 2023. **Results:**

¹Học viện Y – Dược học Cổ truyền Việt Nam

²Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

Sex ratio: 7,3 male per 1 female. The average age was 61,23 ± 9,97 years. Hepatitis B and hepatitis C related: 89.0%. The AFP < 20 ng/ml group accounted for 52,15%. The change in AFP, GOT, and GPT levels was not statistically significant after embolization, with p > 0.05. The postembolization tumor size decreased, being statistically significant with p < 0.05. The PES rate was 69,9%, and the most frequent symptom was right upper abdominal quadrant pain (58,9%). Gender, history of hepatitis B and C, and history of embolization were not related to the frequency of postembolization syndrome.

Conclusions: Transarterial chemoembolism is safe, has few complications, and is highly effective in treating hepatocellular carcinoma.

Keywords: Postembolization syndrome (PES), Hepatocellular carcinoma (HCC).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC: Hepatocellular Carcinoma) là một trong năm loại ung thư thường gặp nhất trên thế giới với hơn 500.000 ca mắc mới mỗi năm. Tại Việt Nam do nằm trong vùng dịch tễ viêm gan virus nên tỷ lệ ung thư tế bào gan cao hơn so với các nước phương Tây. Theo tổ chức nghiên cứu ung thư toàn cầu (GLOBOCAN) năm 2020, ở Việt Nam, UTBMTBG là loại ung thư phổ biến hàng đầu, có liên quan mật thiết đến tình trạng nhiễm virus viêm gan B,C với số ca mắc mới năm 2020 là 26418 ca, chiếm 14.5% trong tổng số các loại ung thư [1].

Hiện nay điều trị HCC thường được áp dụng điều trị đa mô thức với sự kết hợp của nhiều phương pháp điều trị khác nhau, trong đó phương pháp điều trị triệt căn bằng phẫu thuật vẫn được lựa chọn hàng đầu. Tuy nhiên, có rất nhiều trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán HCC khi đã ở giai đoạn muộn và có các khối u lớn do không có triệu chứng cũng như không được sàng lọc nên không có chỉ định phẫu thuật hoặc bệnh nhân từ chối phẫu thuật. Do đó nút mạch hóa chất (TACE: Transcatheter Arterial Chemo Embolization) là một trong những phương pháp phổ biến được áp dụng hiện nay trên thế giới đặc biệt là Châu Á như Nhật Bản, Hàn Quốc,... [2].

Đã có nhiều báo cáo nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh học, đánh giá đáp ứng điều trị cũng như thời gian sống thêm của bệnh nhân. Hội chứng sau nút mạch (HCSNM) là một trong những vấn đề gây khó chịu cho bệnh nhân cũng như là một trong số các lý do khiến bệnh nhân không muốn tiếp tục thực hiện thủ thuật trong những lần sau. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: "Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến hội

chứng sau nút mạch trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan điều trị bằng phương pháp TACE tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều trong thời gian từ tháng 7/2023 - 10/2023".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTBMTBG đã được điều trị bằng phương pháp nút mạch hóa chất tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 7/2023 - 10/2023.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTBMTBG theo hướng dẫn của Bộ Y tế 2020 khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau: (1) Có bằng chứng về giải phẫu bệnh là UTBMTBG; (2) Hình ảnh điển hình trên CT scan ổ bụng có cản quang hoặc cộng hưởng từ (MRI) ổ bụng có cản từ + AFP > 400 ng/ml; (3) Hình ảnh điển hình trên CT scan ổ bụng có cản quang hoặc cộng hưởng từ (MRI) ổ bụng có cản từ và AFP tăng cao hơn bình thường (nhưng chưa đến 400ng/ml) và có nhiễm virus viêm gan B hoặc C.

- Không có huyết khối tĩnh mạch cửa hoặc đảo chiều dòng chảy tĩnh mạch cửa, xơ gan giai đoạn Child-Pugh A hoặc B.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân được điều trị bằng các phương pháp khác như: phẫu thuật, tiêm cồn, đốt sóng cao tần.

- Bệnh nhân có các bệnh lý nặng phối hợp khác như suy tim, nhồi máu cơ tim, suy thận

- Xơ gan giai đoạn Child-Pugh C, bệnh nhân UTBMTBG thể đa ổ lan tỏa khắp gan.

2.4. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp mô tả hồi cứu.

2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới, tiền sử có nút mạch, tiền sử viêm gan B,C, độ xơ gan theo thang điểm Child-Pugh.

- Các triệu chứng và thời gian tồn tại các triệu chứng trong hội chứng sau nút mạch.

- Chỉ số AFP trước và sau khi TACE 4-8 tuần

2.6. Xử lý số liệu. Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các test thống kê (t-test, chi-square, pearson) để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

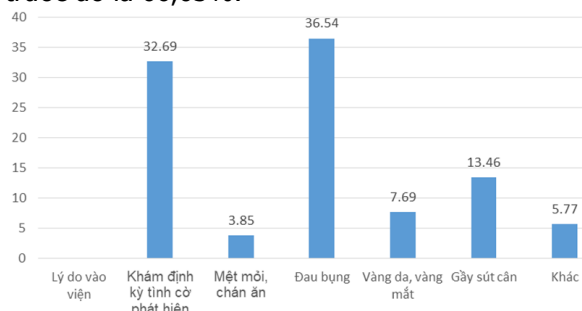
3.1. Đặc điểm chung và đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới, tiền sử viêm gan, tiền sử nút mạch

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
----------	--------------	-------

		(n=209)	(%)
Tuổi	X ± SD	61,23 ± 9,97	
Nhóm tuổi	<40	5	2,4
	40-60	83	39,7
	>60	121	57,9
Giới tính	Nam	184	88,04
	Nữ	25	11,96
Tiền sử viêm gan	HBV và hoặc HCV (+)	186	89 %
	HBV và HCV (-)	23	11%
Tiền sử nút mạch	Có	138	66,03
	Không	71	33,97

Trong thời gian nghiên cứu có 209 bệnh nhân được điều trị bằng TACE có độ tuổi trung bình là: 61,23 ± 9,97 tuổi, lớn nhất 84 tuổi, nhỏ nhất 32 tuổi, nhóm tuổi > 40 tuổi chiếm phần lớn với tỷ lệ 97,6%. Tỷ lệ nam:nữ là 7,3:1. Nhóm đối tượng có tiền sử viêm gan B,C chiếm tỷ lệ rất cao là 89%. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử nút mạch trước đó là 66,03%.



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo lý do vào viện

Triệu chứng cơ năng thường gặp khiến bệnh

Bảng 3.4. Đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố và HCSNM

Yếu tố nguy cơ	Số ca gặp HCSNM trong nhóm có yếu tố	p	OR (khoảng CI 95%)
Giới tính			
Nam	126/184 (68,47%)	0,239	1,841 (0,659 - 5,148)
Nữ	20/25 (80%)		
Tiền sử viêm gan B,C			
HBV/HCV (+)	131/186 (70,4%)	0,607	1,270 (0,509 - 3,169)
HBV và HCV (-)	15/23 (65,22%)		
Tiền sử nút mạch			
Có	95/138 (68,84%)	0,655	0,866(0,461 - 1,627)
Không	51/71 (71,83%)		

Nhận xét: sự khác biệt về tỷ lệ xuất hiện HCSNM giữa các nhóm trong các yếu tố nguy cơ trên không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.3. Biên đổi AFP, GOT, GPT

Bảng 3.5. Sự thay AFP, Bilirubin, GOT, GPT sau can thiệp

	Trước can thiệp	Sau can thiệp 4-8 tuần	p
AFP (ng/ml) Trung vị	16,47 (5,46 ÷ 185,87)	10,73 (5,48 ÷ 67,2)	0,133
GOT (U/L) Trung vị	41,4 (31,0 ÷ 64,15)	43,25 (32,5 ÷ 62,34)	0,136
GPT (U/L) Trung vị	36,6 (27,8 ÷ 57,55)	38,4 (28,1 ÷ 53,48)	0,663

Nhận xét: Sau can thiệp 4-8 tuần AFP có xu hướng giảm và GOT, GPT có xu hướng tăng nhưng

nhân phải đến viện khám chiếm tỷ lệ nhiều nhất là đau bụng với 36,54%. Nhóm đối tượng đi khám định kỳ tình cờ phát hiện bệnh chiếm tỷ lệ khá cao là 32,69%. Triệu chứng ít gặp nhất là mệt mỏi ăn kém chiếm 3,85%.

Bảng 3.2. Đặc điểm nồng độ AFP trước can thiệp

AFP (ng/ml)	Tần số	Tỷ lệ
<20	109	52.15
20 - 400	56	26.8
> 400	44	21.05
Tổng	209	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 48,3 % bệnh nhân có tăng AFP, trong số đó chỉ có 21,05% bệnh nhân tăng AFP ≥ 400 ng/ml. Bệnh nhân có chỉ số nồng độ AFP ở mức bình thường lên tới 52,15%.

3.2. Đặc điểm về hội chứng sau nút mạch và một số yếu tố liên quan

Bảng 3.3. Các triệu chứng gặp trong HCSNM

	Tần số	Tỷ lệ (%)	Thời gian trung bình (ngày)
HCSNM	146	69,9	
Đau vùng gan	123	58,9	2,05 ± 0,848
Sốt	64	30,6	1,36 ± 0,515
Mệt mỏi	47	22,5	1,51 ± 0,585
Nôn, buồn nôn	11	5,3	1,18 ± 0,405

Trong nghiên cứu chỉ có 37 bệnh nhân (17,7%) không gặp HCSNM. Đau vùng gan là triệu chứng hay gặp nhất với 129 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 61,67%, triệu chứng ít gặp nhất là nôn và buồn nôn (5,3%).

sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

Bảng 3.6. Sự thay đổi kích thước khối u sau TACE

Kích thước khối u(mm)	Trước can thiệp		Sau can thiệp 4-8 tuần	
≤ 30	106	50,8	128	61,1
31 - 50	63	30,1	55	26,3
> 50	40	19,1	26	12,6
Trung vị (25% - 75%)	30 (20 ÷ 42)		25 (18 ÷ 38) p < 0,001	
Trung bình (min - max)	34,39 ± 18,44 (10 - 103)		30,37 ± 18,17 (7-110)	

Nhận xét: Kích thước trung bình khối u có xu hướng giảm sau can thiệp 4-8 tuần, $p < 0,05$ cho thấy sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là lứa tuổi trung niên và người già với độ tuổi trung bình là $61,23 \pm 9,97$ tuổi (lớn nhất 84 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 32). Kết quả này tương tự như các nghiên cứu về UTBMTBG ở Việt Nam nhưng có sự khác biệt so với các nghiên cứu trên thế giới, đặc biệt là các nước phương Tây. Điều này có thể giải thích được do Việt Nam nằm trong khu vực dịch tễ của viêm gan B nên tỷ lệ tiến triển viêm gan đến xơ gan và ung thư gan là không nhỏ. Tỷ lệ nam:nữ là 7,3:1. Sự chiếm ưu thế của nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đó trong và ngoài nước [3]. Nguyên nhân được cho là nam giới tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ như rượu, bia, thuốc lá hơn nữ giới. Số lượng bệnh nhân nhiễm virus viêm gan B chiếm tỷ lệ cao với 85,65%.

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu là cơ gan Child-Pugh A (97,1%). Điều này có thể được giải thích trong tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu có chắc năng gan tốt, điểm Child-Pugh không quá 7 điểm. Tỷ lệ bệnh nhân đã điều trị bằng phương pháp TACE là 66% phần nào giải thích được lý do tỷ lệ bệnh nhân vào viện vì tái khám định kỳ đứng thứ 2 trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng cơ năng khiến bệnh nhân phải vào viện chiếm tỷ lệ lớn nhất là đau bụng chiếm 36,54%. Một số nghiên cứu của các tác giả trong nước cũng cho kết quả tương tự. Do ung thư gan ở giai đoạn sớm biểu hiện thường nghèo nàn, ở giai đoạn muộn không có triệu chứng đặc hiệu, triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng, gây sút cân như kết quả phía trên [4], [5].

TACE là một phương pháp điều trị UTBMTBG được áp dụng rộng rãi hiện nay với độ an toàn cao, tỷ lệ biến chứng nặng rất thấp (dưới 2%). Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất của TACE là HCSNM với tỷ lệ từ 40-60%, hầu hết các triệu chứng của HCSNM thường ở mức độ

nhẹ và có thể tự khỏi. Điều này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của tác giả Ngô Quốc bộ và cộng sự [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các yếu tố về giới tính, tiền sử viêm gan B,C và tiền sử đã từng can thiệp nút mạch trước đó không có mối liên quan đối với tần suất xuất hiện của HCSNM [7].

Nồng độ AFP huyết thanh trong giới hạn bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,15%. Chỉ số nồng độ AFP bình thường chủ yếu ở các trường hợp UTBMTBG biệt hóa cao và ở giai đoạn sớm, do vậy trong chẩn đoán HCC, AFP huyết thanh không phải là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán nhưng vẫn được ghi nhận là một marker có giá trị trong chẩn đoán và theo dõi tiến triển của UTBMTBG. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ số AFP sau can thiệp 4-8 tuần có xu hướng giảm nhưng sự khác biệt lại không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự với tác giả Nguyễn Đình Toàn và nhóm nghiên cứu cho thấy chỉ số AFP giảm trong 6 tháng đầu sau can thiệp nút mạch và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê [8]. Sau can thiệp trung vị các chỉ số GOT và GPT của bệnh nhân có xu hướng tăng nhưng sự thay đổi các chỉ số này đều không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi sau TACE 4-8 tuần trung vị đường kính khối u (đường kính khối u lớn nhất đo được) sau can thiệp có xu hướng giảm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trước và sau điều trị với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu trong nước thời gian gần đây [7].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có hạn chế như: chưa theo dõi được mức độ chọn lọc khi nút mạch, hóa chất sử dụng trong quá trình nút mạch nên chưa thể đánh giá được mối liên quan của mức độ chọn lọc, hóa chất nút mạch với HCSNM; đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu có tình trạng chức năng gan còn tốt (Child-Pugh A, B ≤ 7 điểm) nên không đánh giá được mối liên quan chức năng gan với HCSNM.

V. KẾT LUẬN

Đối tượng mắc UTBMTBG đa số ở nhóm tuổi

trung niên và già, tỷ lệ nam giới chiếm đa số; tiền sử viêm gan B,C chiếm 89%, tỷ lệ tiền sử có nút mạch là 66%. Đau bụng là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất; tỷ lệ AFP bình thường (<20 ng/ml) trước can thiệp là 52,15%. Triệu chứng thường gặp nhất trong HCSNM là đau vùng gan, các yếu tố về giới, tiền sử viêm gan B,C, tiền sử nút mạch không có mối quan hệ với tần suất xuất hiện HCSNM; sau can thiệp 4-8 tuần kích thước khối u có xu hướng giảm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ferlay Jacques Sung Hyuna, Siegel Rebecca L** (2021), "Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", ACS Journals. 71(3), tr. 209-249.
2. **Shiro Miyayama, Masashi Yamashiro và et al Ikeda** (2021), "Efficacy of superselective conventional transarterial chemoembolization using guidance software for hepatocellular carcinoma within three lesions smaller than 3 cm", Cancers (Basel). 13(24), tr. 6370.
3. **Dongyun Yang, Diana L Hanna và Josh et al Usher** (2014), "Impact of sex on the survival of patients with hepatocellular carcinoma: a surveillance, epidemiology, and end results analysis", ACS Journals. 120(23), tr. 3707-3716.
4. **Lưu Minh Diệp** (2022), "Đánh giá giai đoạn ung thư biểu mô tế bào gan theo phân loại Barcelona và một số yếu tố liên quan đến nguyên nhân ung thư gan tại bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y học Việt Nam. 514(2), tr. tr 174-177.
5. **Ngô Quốc Bộ và Ngô Tuấn Minh Đặng Đình Phúc** (2022), "Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được can thiệp nút mạch hóa chất siêu chọn lọc tại bệnh viện K", Tạp chí Y học Việt Nam 519(1), tr. tr 354-358.
6. **Ngô Quốc Bộ, Đặng Đình Phúc và Ngô Tuấn Minh và cộng sự** (2022), "Đánh giá kết quả bước đầu phương pháp nút mạch hóa chất siêu chọn lọc trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện K", Tạp chí Y học Việt Nam. 518(2), tr. tr 213-218.
7. **Nguyễn Quốc Hùng, Bùi Hoàng Tú và Phạm Quốc Thành** (2013), "Ứng dụng phương pháp nút mạch can thiệp trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát", Tạp chí Điện quang Y học hạt nhân Việt Nam(12), tr. 553-559.
8. **Phạm Minh Thông Nguyễn Đình Toàn và Trịnh Hà Châu** (2021), "Đặc điểm hình ảnh và kết quả điều trị nút mạch hóa chất ung thư biểu mô tế bào gan ở bệnh nhân dưới 40 tuổi", Tạp chí Điện quang Y học hạt nhân Việt Nam(43), tr. 63-70.

GIÁ TRỊ CỦA BẢNG PHÂN LOẠI AI TIRADS 2019 TRONG ĐÁNH GIÁ NHÂN TUYẾN GIÁP

Trình Văn Kỳ¹, Nguyễn Thị Minh Huệ¹
Đinh Nhân Dương¹, Lê Thị Hồng Phúc²

TÓM TẮT

Mục đích: Giá trị của bảng phân loại AI TIRADS 2019 trong đánh giá nhân tuyến giáp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 200 bệnh nhân có nhân tuyến giáp được chẩn đoán siêu âm và làm FNA tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 3/2023 đến hết tháng 11/2023. **Kết quả:** trên 200 bệnh nhân với 200 nhân tuyến giáp có 40 nhân có tế bào ác tính (chiếm 20%), 160 nhân không có tế bào ác tính (chiếm 80%). Các nhân ác tính có thành phần chủ yếu là nhân đặc 36/40 (90%), các nhân có thành phần dạng nang và dạng bọt biển 100% không có tế bào ác tính. Các đặc điểm nhân giảm âm và bờ viền không đều có độ nhạy và độ đặc hiệu cao (88%; 62,5% và 74,4 %; 81,9%) trong chẩn đoán nhân ác tính. Đặc điểm rất giảm âm và vi

vôi hóa có độ nhạy và độ đặc hiệu chẩn đoán nhân ác tính lần lượt là 15%; 100% và 45%; 98,6%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tính chất ác tính giữa nhóm nhân tuyến giáp có chiều cao>= chiều rộng và chiều cao<chiều rộng. Trong chẩn đoán nhân giáp ác tính, hiệu suất chẩn đoán của phân loại AI-TIRADS có diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,882, độ nhạy 87,5%, độ đặc hiệu 76,3%, giá trị dự báo dương tính 47,9%, giá trị dự báo âm tính 96%, độ chính xác 78,5%. **Kết luận:** Phân loại AI-TIRADS là phân loại đơn giản, dễ áp dụng và có giá trị tốt để chẩn đoán nhân ác tính và lành tính tuyến giáp.

Từ khóa: siêu âm tuyến giáp, phân loại AI-TIRADS 2019

SUMMARY

THE VALUE OF THE AI TIRADS 2019 CLASSIFICATION TABLE IN EVALUATING THYROID NODULES

Purpose: The value of the AI TIRADS 2019 classification table in evaluating thyroid nodules. **Objects and methods of the research:** The descriptive cross-sectional observational study was conducted on 200 patients who had thyroid nodules diagnosed by ultrasound and FNA method at Nghe An

¹Trường Đại học Y Khoa Vinh

²Bệnh Viện Ung bướu Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Trình Văn Kỳ

Email: trinkyyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023