



Hình 5. Tương quan giữa CSNTIII với tuổi

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy, nhìn chung thông số GP NT III ở người trưởng thành nam giới đều lớn hơn nữ giới, ngoại trừ CC NT III. Có sự tương quan thuận có ý nghĩa thống kê của CR NT III và CSNTIII với tuổi. Nghiên cứu hiện tại của chúng tôi cung cấp các giá trị cơ bản của thông số GP NT III và mối liên quan của chúng với một số chỉ số nhân trắc học của người VN trưởng thành. Chúng tôi mong muốn kết quả nghiên cứu sẽ có ứng dụng khoa học và có thể làm nền tảng cho một số nghiên cứu lâm sàng liên quan đến NT III về sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zhuravlova I, Kornieieva M.** Anatomic Variability of the Morphometric Parameters of the Third Ventricle of the Brain and Its Relations to

- the Shape of the Skull. *J Neurol Surg B Skull Base.* Jul 2021;82(Suppl 3):e315-e320.
2. **Prabahita Baruah, Purujit Choudhury, Choudhury PR.** Morphometric Analysis of Ventricular System of Human Brain - A Study by Dissection Method *J Evolution Med Dent Sci* 2020 9(8):539-543. Original Research Article
3. **Singh; B, Gajbe; U, Agrawal A.** Ventricles of brain: A morphometric study by computerized tomography. *International Journal of Medical Research & Health Sciences.* 2014;3(2):381-387.
4. **Duffner F, Schiffbauer H, Glemser D, Skalej M, Freudenstein D.** Anatomy of the cerebral ventricular system for endoscopic neurosurgery: a magnetic resonance study. *Acta Neurochirurgica.* 2003/06/01 2003;145(5):359-368.
5. **Turner B, Ramli N, Blumhardt LD, Jaspan T.** Ventricular enlargement in multiple sclerosis: a comparison of three-dimensional and linear MRI estimates. *Neuroradiology.* Aug 2001;43(8):608-14.
6. **Nguyễn Cảnh Hưng.** Khảo sát đặc điểm hình thái thể chai và hệ thống não thất ở người trưởng thành trên cộng hưởng từ Chuyền khoa II Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh 2023.
7. **Singh; S, Sharma; BR, Prajapati; U, Sharrma; P, Bhatta; M, Poudel N.** Estimation of ventricles size of human brain by Magnetic Resonance Imaging in Nepalese Population: A retrospective study. *Journal of Gandaki Medical College Nepal.* 2020;13(1):45-50.
8. **Singh V, Singh S, Singh D, Patnaik PJJotASoI.** Morphometric analysis of lateral and third ventricles by computerized tomography for early diagnosis of hydrocephalus. 2018;67(2): 139-147.

ĐẶC ĐIỂM ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA DI CĂN PHỔI VÀ DI CĂN XƯƠNG BẰNG I-131

Nguyễn Thành Công¹, Trần Đặng Ngọc Linh², Trần Quyết Tiến³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm và kết quả điều trị bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa di căn phổi và di căn xương bằng phương pháp I-131. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca tiền cứu khảo sát 41 trường hợp người bệnh chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa bằng mô bệnh học sau phẫu thuật có di căn xương hoặc di căn phổi tại Khoa Y học hạt nhân, Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1/2013 tới tháng 12/2022. **Kết quả:** Độ tuổi tuổi trung bình 52,29 ± 14,55. Di căn phổi chiếm 53,7%

và di căn xương là 46,3%. Phân nhóm kháng trị I-131 theo ETA chủ yếu là nhóm 4 chiếm 73,2%. Liều I-131 tại thời điểm kháng trị trung vị ở mức 650 (600 - 750). Liều I-131 cuối cùng trung vị ở mức 1050 (800 - 1350). Giá trị xét nghiệm Tg và Anti Tg huyết thanh trước điều trị sau điều trị có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên không có sự khác biệt về thay đổi tế bào máu. Hầu hết bệnh nhân ở mức đáp ứng không hoàn toàn về cấu trúc chiếm 95,1%. Tồn thương chủ yếu là hủy xương 17,1% ở bệnh nhân di căn xương. **Kết luận:** Hầu hết bệnh nhân ở mức đáp ứng không hoàn toàn về cấu trúc chiếm 95,1%. Ghi nhận tình trạng ung thư có hồi phục (7,3%) và tử vong (12,2%).

Từ khóa: ung thư tuyến giáp, di căn phổi, di căn xương, I-131

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFERENTIATED THYROID CANCER WITH LUNG METASTASIS AND BONE METASTASIS WITH I-131

Objective: To survey the characteristics and

¹Bệnh viện Quân Y 175

²Bệnh viện Ung Bướu Tp. Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Quốc gia Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Công

Email: congthanhnguyenk21ypb@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

treatment results of patients with differentiated thyroid cancer with lung and bone metastases using the I-131 method. **methods:** The study describes a series of prospective cases examining 41 cases of patients with confirmed diagnosis of differentiated thyroid carcinoma by histopathology after surgery with bone metastases or metastases. Lungs at the Department of Nuclear Medicine, Ho Chi Minh City Oncology Hospital from January 2013 to December 2022. **Results:** Average age 52.29 ± 14.55 years. Lung metastasis accounts for 53.7% and bone metastasis accounts for 46.3%. The treatment-resistant subgroup I-131 according to ETA is mainly group 4, accounting for 73.2%. The median dose of I-131 at the time of treatment resistance was 650 (600 - 750). Median final I-131 dose was 1050 (800 - 1350). Serum Tg and Anti Tg test values before treatment and after treatment were statistically significant. However, there was no difference in blood cell changes. Most patients had structural incomplete response, accounting for 95.1%. The main lesion is bone destruction in 17.1% of patients with bone metastases. **Conclusion:** Most patients had structural incomplete response, accounting for 95.1%. Reversible bone marrow suppression (7.3%) and death (12.2%) were recorded. **Keywords:** thyroid cancer, lung metastasis, bone metastasis, I-131

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là bệnh ung thư phổ biến nhất trong các khối u của hệ thống nội tiết. Thống kê cho thấy tỷ lệ ung thư tuyến giáp ngày càng gia tăng và nhận được sự quan tâm của cộng đồng trên bất kỳ quốc gia nào đặc biệt là các đối tượng trẻ tuổi [1].

Liều pháp i-ốt phóng xạ đã được sử dụng để điều trị bệnh nhân ung thư tuyến giáp biệt hóa rõ (nhú hoặc nang) từ những năm 1940. Mô tuyến giáp có khả năng độc đáo để hấp thụ iốt từ máu. Giống như iốt, iốt phóng xạ được hấp thụ và tập trung ở các tế bào nang tuyến giáp vì chúng có chất vận chuyển natri-iodua qua màng. So với các tế bào nang tuyến giáp bình thường, tế bào ung thư tuyến giáp có biểu hiện giảm chất vận chuyển, điều này có thể giải thích cho sự hấp thụ iốt-131 (^{131}I) thấp trong mô ung thư tuyến giáp [2].

Với ung thư tuyến giáp thể biệt hóa phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp với nạo vét hạch cổ là phương pháp điều trị tối ưu nhất được chỉ định cho phần lớn các trường hợp giai đoạn có di căn hạch vùng và di căn xa. Di căn xương (BM) không thường xuyên xảy ra trong ung thư biểu mô tuyến giáp biệt hóa (DTC), xảy ra ở 2–13% trường hợp. Người ta ước tính rằng BM xảy ra ở 7–28% ung thư biểu mô nang và 1,4–7% ung thư biểu mô nhú, mặc dù dữ liệu khác nhau đáng kể trong các nghiên cứu được công bố [3]. Xương là vị trí di căn DTC thường xuyên thứ

hai sau di căn phổi [3]. Điều trị I-131 là phương pháp điều trị hỗ trợ giúp hủy mô giáp còn lại sau phẫu thuật và tiêu diệt những tế bào ung thư còn sót lại hoặc những tổn thương di căn. Điều trị hormon thay thế giúp duy trì bệnh ổn định, ức chế sự phát triển của tế bào ung thư, kéo dài thời gian xuất hiện tái phát. Bệnh viên Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh đã ứng dụng điều trị UTTG thể biệt hóa bằng I-131 đến nay. Tuy nhiên, hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu nào đủ tin cậy tại Việt Nam về đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa di căn phổi và di căn xương bằng I-131. Câu hỏi nghiên cứu đặt ra: "Đặc điểm điều trị bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa di căn phổi và di căn xương bằng I-131 như thế nào? **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Khảo sát đặc điểm điều trị bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa di căn phổi và di căn xương bằng phương pháp I-131

2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa di căn phổi và di căn xương bằng phương pháp I-131

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt ca tiền cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: - Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa bằng mô bệnh học sau phẫu thuật.

- Được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ.

- Có kết quả di căn hạch vùng hoặc di căn phổi và di căn xương

- Không có các bệnh ung thư khác kèm theo.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân ung thư tuyến giáp các thể khác (thể tủy, thể không biệt hóa).

- Bệnh nhân ung thư tuyến giáp đã phẫu thuật không di căn.

Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân được phẫu thuật hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn tuyến giáp và nạo hạch cổ hệ thống (nếu ghi nhận hạch cổ dương tính). Sau 4-6 tuần thực hiện chế độ ăn kiêng Iod, đánh giá tình trạng lâm sàng: Tình trạng toàn thân, tim mạch, hô hấp... Xét nghiệm TSH, FT3, FT4 đánh giá chức năng tuyến giáp sau phẫu thuật và dấu ấn sinh học Thyroglobulin (Tg) và Anti-Thyroglobulin (TgAb).

Siêu âm vùng cổ, xạ hình với Tc99m để đánh giá mô giáp và tình trạng hạch cổ và các xét nghiệm khác: Xquang phổi, xạ hình xương và CT scan (nếu cần).

Phẫu thuật nạo vét hạch bổ sung, cắt rộng mô xâm lấn nếu có chỉ định. Uống I-131 và chụp xạ hình toàn thân sau 7 - 10 ngày điều trị. Sau

khi ra viện, BN uống L-thyroxin liều trung bình 100-200µg/ngày. Sau 6 tháng, bệnh nhân được điều trị đợt tiếp theo nếu có chỉ định.

Tiêu chuẩn đánh giá: Tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng điều trị (theo ETA 2019):

- Đáp ứng hoàn toàn: Xạ hình toàn thân âm tính với I-131 (không phát hiện nhu mô giáp và tổn thương di căn) và Tg < 1ng/ml (ở trạng thái kích thích) hoặc Tg < 0,2ng/ml (ở trạng thái đè nén).

- Đáp ứng không hoàn toàn về sinh hóa: Xạ hình toàn thân âm tính với I-131 và Tg ≥ 10ng/ml (ở trạng thái kích thích) hoặc Tg ≥ 1ng/ml (ở trạng thái đè nén) hoặc tăng mức TgAb huyết thanh.

- Đáp ứng không hoàn toàn về cấu trúc: Có bằng chứng tổn thương trên hình ảnh xạ hình toàn thân với I-131 và/hoặc CT, MRI, siêu âm... (với bất kỳ mức Tg huyết thanh).

- Đáp ứng trung gian: Không tìm thấy tổn thương trên hình ảnh, hình ảnh xạ hình toàn thân còn ổ tập trung yếu tại giường tuyến giáp, Tg < 10ng/ml (ở trạng thái kích thích) hoặc Tg < 1ng/ml (ở trạng thái đè nén) [4].

Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định tính được đánh giá dưới dạng tần số và tỷ lệ. Trong đó các biến số định lượng được đánh giá dựa trên giá trị trung bình và độ lệch chuẩn khi giá trị có phân bố chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu khảo sát 41 trường hợp người bệnh chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa bằng mô bệnh học sau phẫu thuật có di căn xương hoặc di căn phổi tại Khoa Y học hạt nhân, Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1/2013 tới tháng 12/2022.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ	
Nhóm tuổi	< 18 tuổi	2	4,9
	18 - < 45	6	14,6
	45 - 59	17	41,5
	≥ 60 tuổi	16	39,0
	Trung bình: 52,29 ± 14,55; (13 - 74)		
Giới tính	Nam	26	63,4
	Nữ	15	36,6

Độ tuổi tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 52,29 ± 14,55 trong đó lớn nhất là 74 tuổi và nhỏ nhất là 13 tuổi. Trong đó người bệnh nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ	
Giải phẫu bệnh	Dạng nhú	20	48,8
	Dạng nang	17	41,4
	Dạng nhú biến thể nang	4	9,7
	Khác	1	2,4
Kích thước bướu	< 4 cm	24	58,5
	≥ 4 cm	17	41,5
Loại di căn xa	Di căn phổi	22	53,7
	Di căn xương	19	46,3
Phẫu thuật	Cắt giáp toàn phần	36	87,8
	Gần toàn phần	4	9,8
	Không	1	2,4
Nạo hạch	Không	23	56,1
	Có	18	43,9
Loại xâm lấn	Không	15	36,6
	Có		
	Xâm lấn vỏ bao	9	22,0
Phân nhóm kháng trị I-131 theo ETA	Xâm lấn ngoại tuyến	17	41,5
	Nhóm 1	4	9,8
	Nhóm 2	3	7,3
Liều I-131 tại thời điểm kháng trị	Nhóm 3	4	9,8
	Nhóm 4	30	73,2
Liều I-131 cuối cùng	< 1000 mCi	41	100
	≥ 1000 mCi	0	0
	Trung vị: 650 (600 - 750)		
Liều I-131 cuối cùng	< 1000 mCi	17	41,5
	≥ 1000 mCi	24	58,5
	Trung vị: 1050 (800 - 1350)		

Đặc điểm giải phẫu bệnh chủ yếu là ung thư dạng nhú 48,8% và dạng nang 41,4%. Kích thước khối u chủ yếu <4cm chiếm 58,5%. Di căn phổi chiếm 53,7% và di căn xương là 46,3%. Hầu hết người bệnh đã phẫu thuật cắt giáp toàn phần 87,8%. Trong đó 43,9% có nạo hạch. Loại xâm lấn chính là ngoại tuyến chiếm 41,5%.

Phân nhóm kháng trị I-131 theo ETA chủ yếu là nhóm 4 chiếm 73,2%. Liều I-131 tại thời điểm kháng trị trung vị ở mức 650 (600 - 750). Liều I-131 cuối cùng trung vị ở mức 1050 (800 - 1350).

Bảng 4: Đặc điểm biến đổi của kết quả xét nghiệm máu

Xét nghiệm	T1	T2	T3	p
Tg huyết thanh	482,8 ± 295,6	233,8 ± 226,2	188,25 ± 211,3	<0,001
Anti Tg	28,3 ± 56,9	101,8 ± 181,2	17,9 ± 30,1	<0,001
RBC	4,7±0,5	4,6±0,5	4,6±0,5	0,076
Hb	12,9±1,6	12,9±1,7	12,8±1,7	0,649

Phép kiểm One-Sample T-Test. Đặc điểm biến đổi giá trị xét nghiệm Tg huyết thanh trước điều trị 482,8 ± 295,6 giảm thời điểm cuối cùng sau điều trị 188,25 ± 211,3 (p<0,001). Giá trị xét nghiệm Anti tg thay đổi từ 28,3± 56,9 tăng

101,8 ± 181,2 và giảm còn 17,9 ± 30,1 thời điểm cuối cùng sau điều trị ($p < 0,001$). Tuy nhiên không có sự khác biệt về thay đổi tế bào máu

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 5: Kết quả điều trị

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
Đáp ứng	Hoàn toàn	0	0
	Không hoàn toàn về sinh hóa	2	4,9
	Không hoàn toàn về cấu trúc	39	95,1
	Đáp ứng trung gian	0	0
Biến chứng	Không biến chứng	30	73,2
	Hủy xương	7	17,1
	Hủy xương và gãy xương	4	9,7
Ưc chế tủy xương	Không	38	92,7
	Có	3	7,3
Tử vong	Không	36	87,8
	Có	5	12,2

Qua điều trị hầu hết bệnh nhân ở mức đáp ứng không hoàn toàn về cấu trúc chiếm 95,1%. Biến chứng chủ yếu là hủy xương 17,1%. Tình trạng ứ đọng chế tủy xương có 7,3%. Trong nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp tử vong 12,2%.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, chúng tôi khảo sát 41 trường hợp người bệnh chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa bằng mô bệnh học sau phẫu thuật có di căn xương hoặc di căn phổi tại Khoa Y học hạt nhân, Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1/2013 tới tháng 12/2022. Trong độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 52,29 ± 14,55 đa số người bệnh trên 45 tuổi. Trong đó tỷ lệ người bệnh nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới.

Đặc điểm giải phẫu bệnh chủ yếu là ung thư dạng nhú 48,8% và dạng nang 41,1%. Kích thước khối u chủ yếu <4cm chiếm 58,5%. Di căn phổi chiếm 53,7% và di căn xương là 46,3%. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính cho bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Hầu hết người bệnh đã phẫu thuật cắt giáp toàn phần 87,8%. Trong đó 43,9% có nạo hạch. Loại xâm lấn chính là ngoại tuyến chiếm 41,5%.

Về đặc điểm của bệnh nhân, đặc điểm về tuổi và mô học đều tương tự như các biến thể được Ana Piñar-Gutiérrez [5], một nghiên cứu về bệnh nhân di căn xương và phổi từ ung thư tuyến giáp thể biệt hóa có thể so sánh với nghiên cứu của chúng tôi vì nó là đa trung tâm và được thực hiện ở một quốc gia Địa Trung Hải khác. Mức độ bệnh theo phân loại TNM tương tự

nhau về kích thước khối u, nhưng họ nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân được phân loại là di căn phổi hơn (53,7% so với 69,8%). Mặt khác, tỷ lệ bệnh nhân có nhiều di căn xương cao hơn của chúng tôi (46,3% so với 50,8%) nhưng số lượng BM trung bình là 2, như trong nghiên cứu của chúng tôi. Vị trí thường gặp nhất là cột sống, như được mô tả trong loạt bài khác [6].

Quyết định sử dụng iod phóng xạ sau phẫu thuật cắt tuyến giáp ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp biệt hóa dựa trên đặc điểm bệnh lý lâm sàng của từng trường hợp. Hiệu quả của I-131 phụ thuộc vào đặc điểm cụ thể của khối u, vị trí bệnh, sự chuẩn bị của bệnh nhân và liều lượng. Do sự phân tầng nguy cơ căn thân được sử dụng trong một số nghiên cứu, nên có thể xác định các đặc điểm cụ thể của bệnh nhân và khối u để gợi ý rằng iốt phóng xạ có thể có lợi. Cách tiếp cận của chúng tôi được nêu dưới đây phù hợp với hướng dẫn của Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA) về vai trò của việc cắt bỏ iốt phóng xạ sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi phân nhóm kháng trị I-131 theo ETA chủ yếu là nhóm 4 chiếm 73,2%.

Liều I-131 tại thời điểm kháng trị trung vị ở mức 650 (600 - 750) mCi. Liều I-131 cuối cùng trung vị ở mức 1050 (800 - 1350) mCi. Phác đồ sử dụng I-131 theo kinh nghiệm thể vượt quá liều tối đa có thể dung nạp được như dự đoán bằng phép đo liều, đặc biệt ở người lớn tuổi. Đối với những bệnh nhân di căn phổi lan tỏa mà xơ phổi có thể là biến chứng của liệu pháp iốt phóng xạ, có thể sử dụng phép đo liều để hạn chế lưu giữ iốt phóng xạ toàn cơ thể ở mức 80 mCi sau 48 giờ, điều này sẽ giảm thiểu tổn thương phổi [7].

Xét nghiệm định lượng Thyroglobulin trong huyết tương dùng để theo dõi hiệu quả điều trị và khả năng tái phát của ung thư tuyến giáp thể nhú, thể nang. Hàm lượng Thyroglobulin tăng rõ rệt trước điều trị và giảm khi điều trị hiệu quả. Các biến đổi giá trị xét nghiệm Tg huyết thanh trước điều trị 482,8 ± 295,6 giảm thời điểm cuối cùng sau điều trị 188,25 ± 211,3 ($p < 0,001$). Giá trị xét nghiệm Anti tg thay đổi từ 28,3 ± 56,9 tăng 101,8 ± 181,2 và giảm còn 17,9 ± 30,1 thời điểm cuối cùng sau điều trị ($p < 0,001$). Tuy nhiên không có sự khác biệt về thay đổi tế bào máu

Qua điều trị hầu hết bệnh nhân ở mức đáp ứng không hoàn toàn về cấu trúc chiếm 95,1% là tình trạng di căn tại chỗ hoặc di căn xa dai dẳng hoặc mới được xác định, ngoài ra có 4,9% trường hợp không hoàn toàn về sinh hóa là giá trị kháng thể Tg bất thường hoặc tăng trong trường hợp không có bệnh cục bộ. Theo Hiệp hội

Tuyển giáp Châu Âu (ETA 2019) năm 2019, trường hợp này có tiên lượng rất tốt với chỉ dưới 1% tử vong do bệnh lý tiến triển và dưới 4% tái phát [4]. Ngoài ra chúng tôi có ghi nhận các biến chứng thường gặp là tình trạng hủy xương (17,1%) và Hủy xương có gãy xương (9,4%). Tình trạng ung chế tủy xương có 7,3%. Trong nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp tử vong 12,2%. Về độc tính của I-131 phụ thuộc vào nhiều yếu tố như mô giáp còn sót lại nhiều hay ít, tình trạng di căn, tổng liều điều trị, thời gian bán hủy sinh học... Tuy nhiên, theo khuyến cáo tổng liều điều trị tích lũy I-131 không nên vượt quá 1000mCi vì có thể gây ức chế tủy xương điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [4], [8]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chưa phân tích các yếu tố liên quan đến các biến chứng cũng như nguyên nhân tử vong thực tế của các bệnh nhân, một số nghiên cứu cho thấy các yếu tố nguy cơ gây tử vong trong là sự hiện diện của tổn thương bạch huyết và sự hiện diện của các di căn khác [5].

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm giải phẫu bệnh chủ yếu là ung thư dạng nhú 48,8% và dạng nang 39%, kích thước khối u <4cm chiếm 58,5%. Di căn phổi chiếm 53,7% và di căn xương là 46,3%. Loại xâm lấn chính là ngoại tuyến chiếm 41,5%. Phân nhóm kháng trị I-131 theo ETA chủ yếu là nhóm 4 chiếm 73,2%. Liều I-131 tại thời điểm kháng trị trung vị ở mức 650 (600 - 750). Liều I-131 cuối cùng trung vị ở mức 1050 (800 - 1350). Giá trị xét nghiệm Tg và Anti Tg huyết thanh trước điều trị sau điều trị có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên không có sự khác biệt về thay đổi tế bào

máu. Qua điều trị hầu hết bệnh nhân ở mức đáp ứng không hoàn toàn về cấu trúc chiếm 95,1%. Biến chứng chủ yếu là hủy xương 17,1%. Tình trạng ung chế tủy xương có hồi phục 7,3%. Trong nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp tử vong 12,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. W. Chen (2023), "Thyroid cancer", Lancet. 401(10387), 1531-1544.**
2. **P. Koumarianou (2022), "Basolateral Sorting of the Sodium/Iodide Symporter Is Mediated by Adaptor Protein 1 Clathrin Adaptor Complexes", Thyroid. 32(10), 1259-1270.**
3. **N. M. Iñiguez-Ariza, K. C. Bible B. L. Clarke (2020), "Bone metastases in thyroid cancer", J Bone Oncol. 21, 100282.**
4. **L. Fugazzola (2019), "2019 European Thyroid Association Guidelines for the Treatment and Follow-Up of Advanced Radioiodine-Refractory Thyroid Cancer", Eur Thyroid J. 8(5), 227-245.**
5. **A. Piñar-Gutiérrez (2023), "Bone metastases from differentiated thyroid cancer: characteristics and prognostic factors in a multicenter series", Eur Thyroid J. 12(5).**
6. **M. Osorio (2017), "Systematic review of site distribution of bone metastases in differentiated thyroid cancer", Head Neck. 39(4), 812-818.**
7. **C. M. Hong (2022), "Incidence rate and factors associated with the development of secondary cancers after radioiodine therapy in differentiated thyroid cancer: a multicenter retrospective study", Eur J Nucl Med Mol Imaging. 49(5), 1661-1670.**
8. **S. A. Gulec (2021), "A Joint Statement from the American Thyroid Association, the European Association of Nuclear Medicine, the European Thyroid Association, the Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging on Current Diagnostic and Therapeutic Approaches in the Management of Thyroid Cancer", Thyroid. 31(7), 1009-1019.**

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÒ MÁ CUNG TIẾP BẰNG ĐƯỜNG MỖ TRONG MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN 19-8

Phạm Hùng Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị kết hợp xương gò má cung tiếp bằng đường mổ trong miệng trên bệnh nhân gãy xương gò má cung tiếp do chấn thương. Nhận xét tai biến khi thực hiện phẫu thuật kết hợp xương gò má cung tiếp bằng đường mổ trong miệng

¹Bệnh viện 19-8, Bộ Công An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hùng Cường

Email: ddscuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024

tại Bệnh viện 19-8. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân có gãy xương gò má cung tiếp mới tại Bệnh viện 19-8 trong thời gian từ tháng 04/ 2023 đến tháng 10/2023. Nghiên cứu mô tả cắt ngang can thiệp và theo dõi sau can thiệp lâm sàng. **Kết quả:** Kết quả gần: Kết quả chung đạt tốt: 86,7% và khá: 13,3%. Kết quả xa: Kết quả chung đạt tốt: 93,3% và khá: 6,7%. Không có tai biến và biến chứng sau mổ. **Từ khóa:** Gò má cung tiếp, đường mổ trong miệng.

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL TREATMENT