

với tỉ lệ nam giới là chủ yếu; mức lọc cầu thận trung bình thấp; các bệnh nhân đa phần có can thiệp thủ thuật. K.pneumoniae gây bệnh chủ yếu tại phổi, với hơn một phần ba trường hợp có nhiễm khuẩn khác kèm theo. Các yếu tố nguy cơ mắc chủng K.pneumoniae sinh ESBL gồm: khởi phát nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức, thở máy trên 7 ngày, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, nuôi ăn đường tĩnh mạch và lọc máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu P., Li X., et al. (2018), "Risk Factors for Carbapenem-Resistant Klebsiella pneumoniae Infection: A Meta-Analysis", *Microb Drug Resist*, 24(2), pp. 190-198
2. Ruiz J., Gordon M., et al. (2019), "Influence of antibiotic pressure on multi-drug resistant Klebsiella pneumoniae colonisation in critically ill patients", *Antimicrob Resist Infect Control*, 8, pp. 38.
3. Tô Hoàng Dương (2020), Phân tích đặc điểm lâm sàng, vi sinh và hiệu quả sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn do một số chủng Gram âm giảm nhạy cảm với kháng sinh Carbapenem tại bệnh viện Hữu Nghị, đề tài cơ sở
4. Trần Nhật Minh (2019), Phân tích đặc điểm lâm sàng, vi sinh và phác đồ điều trị của nhiễm khuẩn do Klebsiella pneumoniae tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai, Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ, Trường Đại học Dược Hà Nội.
5. Van Loon Karlijn, Voor in 't Holt Anne F., et al. (2018), "A Systematic Review and Meta-analysis of the Clinical Epidemiology of Carbapenem-Resistant *Klebsiella pneumoniae*", *Antimicrob Resist Infect Control*, 62(1), pp. e01730-17.
6. Yuan Y., Wang J., et al. (2020), "Risk Factors for Carbapenem-Resistant Klebsiella pneumoniae Bloodstream Infections and Outcomes", *Infect Drug Resist*, 13, pp. 207-215.
7. Zhu Wei-Min, Yuan Zhe, et al. (2020), "Risk factors for carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae infection relative to two types of control patients: a systematic review and meta-analysis", *Antimicrobial resistance and infection control*, 9(1), pp. 23-23.

NHẬN XÉT CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT BẢO TỒN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Vũ Anh Hải¹, Lê Việt Anh¹, Phạm Anh Hải²

TÓM TẮT

Phẫu thuật cắt một thùy có khối u và eo tuyến giáp là cách tiếp cận mới trong điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, nhằm giảm thiểu những biến chứng của phương pháp cắt toàn bộ tuyến giáp nhưng vẫn đảm bảo hiệu quả điều trị. Nghiên cứu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng liên quan đến chỉ định của phương pháp phẫu thuật này tại Bệnh viện quân Y 103, thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 10/2021. Kết quả có 52 bệnh nhân được phẫu thuật, với tuổi trung bình là 32,9±8,2 tuổi (12-57), nữ giới chiếm đa số (90,4%), tỷ lệ nữ/nam là 9,4/1. Bệnh nhân được phát hiện bệnh bằng khám sức khỏe (khi chưa có triệu chứng) chiếm chủ yếu (tỷ lệ 86,8%). Trên siêu âm, kích thước khối u trung bình là 10,3 ± 6,3mm (4-28mm), phân bố khối u ở thùy phải và trái là tương đương (25/27 trường hợp), đa số có một nhân ở một thùy tuyến giáp (tỷ lệ 90,4%), phân độ tirads IV và V chiếm chủ yếu (86,5%), không có trường hợp có hình ảnh khối u phá vỡ bao tuyến giáp. Có 19 bệnh nhân phát hiện hạch cổ trên siêu âm, tất cả được chọc hút tế bào hạch trước mổ, kết quả

không phát hiện hạch di căn. Mô bệnh học sau mổ, 100% là ung thư biểu mô tuyến thể nhú, trong đó có 7,7% biến thể nang. **Từ khóa:** ung thư tuyến giáp; phẫu thuật bảo tồn; cắt thùy và eo tuyến giáp.

SUMMARY

COMMENTS ON INDICATIONS FOR CONSERVATIVE SURGICAL TREATMENT OF THYROID CANCER AT MILITARY HOSPITAL 103

Lobectomy and isthmusectomy of thyroid is a new approach in the surgical treatment of differentiated thyroid cancer, aiming to minimize the complications of total thyroidectomy while still ensuring effectiveness of treatment. The study describes some clinical and paraclinical characteristics related to the indications of this surgical method at Military Hospital 103, from January 2019 to October 2021. As a result, 52 patients underwent surgery, the average of age was 32.9±8.2 years (12-57), the majority of women (rate of 90.4%), the female/male ratio was 9.4/1. The disease was mainly detected by examination regularly (when there are no symptoms) (rate 86.8%). On ultrasound, the average tumor size was 10.3 ± 6.3mm (4-28mm), tumor distribution in the right and left lobes was equivalent (25/27 cases), most had one tumor in the one lobe (rate of 90.4%), tirads grades IV and V accounted for the majority (86.5%), there was no case of tumor invasive the thyroid capsule. There were 19 patients with cervical lymph nodes detected on ultrasound. All lymph nodes were fine needle aspirated before surgery, but no metastatic lymph nodes were

¹Bệnh viện Quân Y 103

²Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Hải

Email: vuanhai.ncs@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 14.3.2024

detected. Postoperative histopathology, 100% were papillary adenocarcinoma, of which 7.7% were follicular variants. **Keywords:** thyroid cancer; conservative surgery; lobectomy and isthmusectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là phẫu thuật tiêu chuẩn, được chỉ định trong hầu hết trường hợp ung thư tuyến giáp, có kích thước u ác tính lớn, nhiều ổ ung thư trong tuyến giáp, có di căn hạch cổ, tiền sử từng có sự tiếp xúc với chất phóng xạ trước đây, ung thư tuyến giáp tái phát¹... Nhược điểm của phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là tỷ lệ biến chứng khá cao, một số biến chứng ảnh hưởng lâu dài đến chất lượng cuộc sống và hoạt động của người bệnh, như: liệt dây thanh âm, suy tuyến cận giáp, suy tuyến giáp...

Từ thực trạng đó, những năm gần đây đã có những khuyến cáo, hướng dẫn của các tổ chức Quốc tế về ứng dụng phương pháp phẫu thuật bảo tồn tuyến giáp, với những chỉ định khá chặt chẽ, giới hạn cho những trường hợp ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, khối u có kích thước nhỏ, giới hạn trong bao tuyến, chưa có di căn... nhằm giảm thiểu những hạn chế của phương pháp cắt toàn bộ tuyến giáp nhưng vẫn đảm bảo hiệu quả điều trị². Trong nước cũng đã có một vài nghiên cứu về chỉ định của phương pháp điều trị này³. Tuy vậy, đến nay vấn đề chỉ định và kết quả của phương pháp phẫu thuật này vẫn còn tiếp tục được tranh luận, cần tiếp tục được nghiên cứu bổ sung, làm rõ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm "Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư biểu mô tuyến giáp được chỉ định phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp tại Bệnh viện Quân Y 103".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân (BN) Ung thư tuyến giáp (UTTG) được điều trị pháp phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2019 đến tháng 10/2021.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân phải có

đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

- Được phẫu thuật cắt toàn bộ 1 thùy có u và eo tuyến giáp
- Kết quả mô bệnh học sau mổ là UTTG thể biệt hóa
- Không bị ung thư thứ 2 ở cơ quan khác
- Có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ chỉ tiêu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN đã được phẫu thuật cắt 1 thùy tuyến giáp trước đó vì bất kỳ lý do gì.
- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

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

2.3. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng: Tuổi; giới tính; triệu chứng cơ năng (nói khan, nuốt vướng); triệu chứng thực thể: bướu giáp, hạch cổ

- Đặc điểm cận lâm sàng:

Kết quả siêu âm tuyến giáp, hạch cổ; vị trí, kích thước bướu giáp, phân độ Tirads ...

Kết quả xét nghiệm hóc môn tuyến giáp (FT3, FT4), TSH, Thyroglobulin (Tg), anti-Thyroglobulin (anti-Tg).

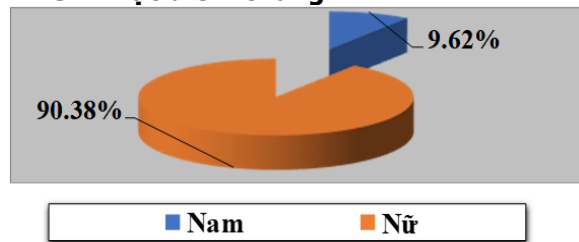
Típ mô bệnh học ung thư tuyến giáp.

2.4. Xử lý số liệu. Phân tích số liệu bằng các thuật toán trên phần mềm SPSS 20.0. Tính các giá trị: tỷ lệ %, giá trị trung bình.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp điều trị ung thư tuyến giáp đã được thực hiện thường quy tại Bệnh viện 103. Nghiên cứu hồi cứu, mô tả không ảnh hưởng đến kết quả điều trị người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính Nữ giới chiếm đa số 47/52 trường hợp (tỷ lệ 90,4%). Tỷ lệ nữ/nam là 9,4/1.

Bảng 6. Tuổi trung bình

Giới tính	Tuổi					p
	n	Trung bình	± SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất	
Nam	5	35,20	5,90	27	42	>0,05
Nữ	47	32,66	8,46	12	57	
Chung	52	32,90	8,23	12	57	

Tuổi trung bình là 32,9±8,2 tuổi. Không có sự khác biệt về tuổi trung bình ở 2 giới, p > 0,05.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

	n	%		
Triệu chứng cơ năng				
Nói khan	2	3,8		
Nuốt vướng	5	9,6		
Không triệu chứng	45	86,6		
Triệu chứng thực thể				
Sờ thấy bướu giáp				
	52	100,0%		
Tính chất	Mật độ	Cứng, chắc	39	75,0
		Mềm	13	25,0

bướu	Ranh giới	Rõ	29	55,8
		Khó xác định	23	44,2
	Bề mặt	Nhẵn	37	71,2
		Gồ ghề	15	28,8
Sờ thấy hạch cổ			0	0

Đa số BN được phát hiện bệnh bằng khám sức khỏe (khi chưa có triệu chứng, tỷ lệ 86,8%).

Bảng 3. Kết quả siêu âm tuyến giáp và hạch cổ

Kết quả siêu âm	Đặc điểm	n	%
U tuyến giáp			
Vị trí	Thùy phải/thùy trái/2 thùy	25/27/0	48,1/51,9/0
Số lượng nhân	1 nhân	47	90,4
	> 1 nhân	5	9,6
Kích thước trung bình khối u (mm)	10,3 ± 6,3 (4-28)		
Phân độ u theo TIRADS	III/IV/V	7/43/2	13,5/82,7/3,8
Hình ảnh u phá vỡ bao tuyến	Không	52	100
Hạch cổ			
Vị trí có hạch	Cổ phải/cổ trái/hai bên	4/8/7	7,7/15,4/13,5
Vị trí hạch theo phân nhóm	I	2	3,8
	II/III/IV	9/10/5	17,3/19,2/9,6
	VI	1	1,9
Số lượng hạch	Có 1 hạch	2	3,8
	Có 2 hạch	7	13,5
	Có ≥ 3 hạch	10	19,2

BN chỉ có 1 khối u tuyến giáp chiếm đa số (tỷ lệ 90,4%), phân độ tirads IV chiếm chủ yếu (82,7%), không có trường hợp có hình ảnh khối u phá vỡ bao tuyến giáp.

Có 19 BN phát hiện hạch cổ trên siêu âm. Tất cả được chọc hút tế bào hạch trước mổ, kết quả không có di căn hạch.

Bảng 4. Kết quả xét nghiệm hóa môn và miễn dịch tuyến giáp

Chỉ số	n	Trung bình	Cao n (%)	Bình thường n (%)	Thấp n (%)
FT3 (pg/dl)	52	3,33±0,78	7 (13,5)	43 (82,7)	2 (3,8)
FT4 (ng/dl)	52	2,04±3,78	2 (3,8)	45 (86,5)	5 (9,6)
TSH (μIU/ml)	52	1,44±0,78	0 (0)	52 (100)	0 (0)
Thyroglobulin (ng/ml)	31	29,86±43,73	7 (22,6)	24 (77,4)	0 (0)
Anti-	30	24,46±	3	27	0 (0)

Thyroglobulin (IU/ml)	87,03	(10,0)	(90,0)
-----------------------	-------	--------	--------

Bảng 5. Mô bệnh học

Mô bệnh học		n	%
Tuyến giáp (n=52)	Ung thư biểu mô thể nhú	48	92,3
	Ung thư biểu mô thể nang biến thể nang	4	7,7
Hạch (n=13)	Không di căn	12	92,3
	Có di căn	1	7,7

13 BN được sinh thiết hạch trong mổ, làm xét nghiệm mô học tức thì, không ghi nhận di căn hạch. Tuy vậy, trong số này có 1 trường hợp được xác định di căn hạch 1 hạch nhóm VI sau nhuộm HE. Tư vấn bệnh nhân không đồng ý mổ lại cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch. Thực hiện theo dõi định kỳ.

IV. BÀN LUẬN

- **Tuổi và giới tính.** Các nghiên cứu cho thấy có sự khác nhau về độ tuổi ở nhóm BN UTTG thể biệt hóa được chỉ định điều trị phẫu thuật bảo tồn: tại Bệnh viện nội tiết trung ương, giai đoạn từ 07/2019 đến 02/2020, phẫu thuật bảo tồn bằng phương pháp nội soi đã được chỉ định cho những BN có tuổi: trung bình là 32,9±7,1 (16 – 45).⁴ Cũng tại đây, báo cáo của tác giả Nguyễn Trung Dũng, thu thập số liệu giai đoạn từ 01/2021 đến 3/2022, cho thấy: tuổi trung bình là 40,29 ± 9,37, độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 31 đến 50 (tỷ lệ 63,8%).³

Nghiên cứu của Nguyễn Trung Dũng và cs (2022) cho biết, ở nhóm BN UTTG thể biệt hóa được phẫu thuật bảo tồn, nữ giới chiếm chủ yếu, tỷ lệ nữ/nam là 9/1.³ Đinh Ngọc Triều và cs (2020), nghiên cứu phẫu thuật bảo tồn ung thư tuyến giáp ở nhóm BN có nguy cơ thấp bằng phương pháp nội soi cũng cho thấy, tỷ lệ nữ cao hơn nam (nam 16,5% và nữ 83,5%). Tuy vậy trong nghiên cứu này số lượng bệnh nhân nam là khá cao, với tỷ lệ nữ/nam là 5/1.⁴ Như vậy, về độ tuổi BN, kết quả nghiên cứu của chúng tôi là 32,9±8,2, tương tự tác giả Đinh Ngọc Triều và cs, trong khi về phân bố giới tính, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của Nguyễn Trung Dũng.

- **Triệu chứng lâm sàng:** Nhìn chung các nghiên cứu đều cho thấy bệnh cảnh lâm sàng "nghèo nàn" ở nhóm BN này, với triệu chứng ít gặp là nói khàn (tỷ lệ 1,2%), sờ thấy khối u vùng cổ là 7,1% - 21,2%. Các triệu chứng nuốt vướng, khó thở đều không ghi nhận được.^{3,4} Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là tương tự về tỷ lệ BN có triệu chứng nói khàn (3,8%), trong khi đó, BN có cảm giác nuốt vướng được ghi nhận

với tỷ lệ 9,6%, sờ thấy u vùng cổ là 78,8%. Điều này có thể lý giải là do chúng tôi đã chỉ định phẫu thuật cho những BN có khối u có kích thước lớn hơn (trường hợp u có đường kính lớn nhất là 24mm), trong khi các tác giả trên chỉ phẫu thuật cho những BN có u đường kính lớn nhất đến 10mm.

- **Kích thước khối u:** kích thước u là một trong những tiêu chí để xác định chỉ định phương pháp điều trị bảo tồn hay cắt toàn bộ tuyến giáp trong điều trị UTTG thể biệt hóa.³⁻⁵ Hướng dẫn của mạng lưới ung thư Hoa kỳ, phiên bản 4/2023 cho thấy, với những BN UTTG thể biệt hóa có nguy cơ thấp - có đủ các tiêu chuẩn: không có di căn hạch cổ, không có di căn xa, khối u không xâm lấn vỏ bao tuyến và kích thước khối u ≤ 4 cm thì có thể chỉ định điều trị bằng phương pháp phẫu thuật bảo tồn. Hướng dẫn này cũng đề cập chi tiết hơn về lựa chọn phương pháp điều trị cho nhóm BN có kích thước khối u đường kính ≤ 10 mm, có thể lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt 1 thùy tuyến giáp hoặc chưa cần phẫu thuật, chỉ cần theo dõi định kỳ.⁵ Xét ở tiêu chuẩn kích thước khối u, nhìn chung hướng dẫn của các hiệp hội là khá nhất quán, lấy mốc kích thước u 4cm làm điểm cắt để chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp hay cắt thùy và eo tuyến.^{5,6} Các nghiên cứu tại Bệnh viện nội tiết trung ương cho thấy, mặc dù có thể được tiến hành bằng phẫu thuật nội soi hay mổ mở, giai đoạn 07/2019 đến 03/2022, phẫu thuật bảo tồn được chỉ định cho nhóm BN có đường kính khối u ≤ 10 m.^{3,4}

Như vậy, về tiêu chí kích thước khối u, so với các tác giả trong nước, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật bảo tồn cho những trường hợp có khối u lớn hơn, kích thước lớn nhất đến 28mm, trung bình $10,3 \pm 6,3$. Tuy vậy, vẫn tuân thủ các hướng dẫn của các hiệp hội trên thế giới.

- Tình trạng di căn hạch cổ

Đa số các nghiên cứu đều nhất quán: chỉ thực hiện phẫu thuật bảo tồn cho những BN có nguy cơ thấp, chưa có di căn hạch cổ.³⁻⁵

Nghiên cứu của Xu S. và cs (2022), cho biết đã chỉ định phẫu thuật bảo tồn ở nhóm BN có nguy cơ trung bình: có di căn hạch cổ cùng bên nhưng số lượng hạch dưới 20 và có kích thước hạch dưới 30mm. Kết quả phân tích cho thấy, tỷ lệ sống không tái phát bệnh sau 5 năm ở nhóm cắt thùy và eo tuyến là 92,3%, nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp và xạ trị I^{131} sau mổ là 93,7%, sự khác biệt giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,77$).⁷ Như vậy, kết quả nghiên cứu này là gợi mở bước đầu về việc mở rộng chỉ

định phẫu thuật bảo tồn cho BN UTTG thể biệt hóa có di căn hạch cổ. Tuy vậy, cũng cần tiếp tục có những nghiên cứu sâu hơn, quy mô lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định kết quả này.

Trong nghiên cứu, chúng tôi cũng đã thực hiện đúng hướng dẫn về chỉ định đối với nhóm BN có di căn hạch cổ, việc tầm soát di căn hạch được thực hiện kỹ lưỡng bằng siêu âm, chọc hút tế bào kim nhỏ (khi BN có hình ảnh siêu âm nghi ngờ) và sinh thiết hạch tức thì trong mổ. Tuy vậy, có 1 BN được xác định có di căn hạch cổ, theo khuyến cáo BN cần được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và xạ trị I^{131} sau phẫu thuật để đảm bảo nguyên tắc triệt căn. Nhưng vì BN có nguyện vọng cá nhân, nên đã được điều trị bảo tồn, không cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp. Trường hợp này chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi để đánh giá thêm.

- Xét nghiệm Tg và anti-Tg: Nghiên cứu của Kim H. và cs (2020) tìm thấy mối liên quan tuyến tính giữa mức tăng nồng độ Tg trước phẫu thuật với kích thước của khối u nguyên phát và số lượng hạch cổ di căn (tương ứng là $r = 0,34$, $p < 0,001$, $r = 0,20$, $p < 0,001$). Mức độ xâm lấn của khối u cũng tăng theo mức tăng Tg trước phẫu thuật ($r = 0,18$, $p < 0,001$). Phân tích cũng cho thấy, giá trị Tg trước phẫu thuật tại các điểm cắt 13.15 ng/ml, 30.05 ng/ml và 62.9 ng/ml có mối liên quan tương ứng với tình trạng di căn hạch cổ cùng bên, đối bên và di căn xa. Từ đó tác giả cho rằng xét nghiệm nồng độ Tg trước phẫu thuật giúp tiên lượng di căn hạch và dự kiến kế hoạch phẫu thuật.⁸ Nồng độ Tg và anti-Tg có mối liên quan, tác động đến nhau. Tuy vậy, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào đề cập đến vai trò của anti-Tg trong chẩn đoán, tiên lượng UTTG thể biệt hóa. Như vậy, xét nghiệm Tg trước mổ là cần thiết giúp tiên lượng nguy cơ di căn hạch cổ, giúp định hướng kế hoạch phẫu thuật, vét hạch cho người bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, số lượng bệnh nhân được xét nghiệm Tg và anti-Tg trước mổ chiếm tỷ lệ không cao (31/52 bệnh nhân, tỷ lệ 61,5%). Trong đó phát hiện có 7 trường hợp có nồng độ Tg vượt ngưỡng bình thường. Chúng tôi cũng không ghi nhận được mối liên quan giữa giá trị Tg với phương thức phẫu thuật (thăm dò, sinh thiết hạch) cũng như tình trạng di căn hạch (do số lượng bệnh nhân nói chung và số lượng di căn hạch nói riêng còn ít). Hạn chế này sẽ được khắc phục trong những nghiên cứu tiếp sau.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bảo tồn được chỉ định cho bệnh nhân UTTG thể nhú (92,3%) và UTTG thể nhú biến thể nang (7,7%), có nhân khu trú ở một thùy tuyến giáp, kích thước khối u trên siêu âm lớn nhất đến 28mm, được xác định không có di căn hạch trước mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ.** Ung thư tuyến giáp. Khê GLN, Hướng dẫn và điều trị một số bệnh ung bướu. Nhà xuất bản Y học; 2020:217-224.
- Haddad RI., Nasr C., Bischoff L., et al.** NCCN Guidelines Insights: Thyroid Carcinoma, Version 2.2018. Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN. Dec 2018;16(12):1429-1440. doi:10.6004/jnccn.2018.0089
- Nguyễn Trung Dũng, Trần Ngọc Lương, Đỗ Thành Công.** Chỉ định phẫu thuật mổ mở cắt một thùy trong ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại Bệnh viện nội tiết trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 09/23 2022; 518(1) doi: 10.51298/vmj.v518i1.3324
- Dinh NT, Tran NL, doan QH.** Kết quả phẫu thuật nội soi cắt một thùy tuyến giáp điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ thấp tại Bệnh

viện Nội tiết trung ương. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực Việt Nam. 01/26 2021;29:51-58. doi:10.47972/vjcts.v29i.463

- Haddad R.I., Bischoff L., Ball D.** NCCN Guidelines for Thyroid Carcinoma Version 4.2023. 2023:12.
- Haugen BR., Alexander EK., Bible KC., et al.** 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid: official journal of the American Thyroid Association. Jan 2016;26(1):1-133. doi: 10.1089/thy.2015.0020
- Xu S, Huang H, Huang Y, Qian J, Wang X, Xu Z, Liu S, Liu J.** Comparison of Lobectomy vs Total Thyroidectomy for Intermediate-Risk Papillary Thyroid Carcinoma With Lymph Node Metastasis. JAMA surgery. Jan 1 2023;158(1):73-79. doi:10.1001/jamasurg.2022.5781
- Kim H, Park SY, Choe JH, Kim JS, Hahn SY, Kim SW, Chung JH, Jung J, Kim TH.** Preoperative Serum Thyroglobulin and Its Correlation with the Burden and Extent of Differentiated Thyroid Cancer. Cancers. Mar 8 2020;12(3)doi:10.3390/cancers12030625

NGHIÊN CỨU CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHỨC MẠC ĐIỀU TRỊ NANG ĐƠN THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Nguyễn Minh An¹, Phan Hoài Nam²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ định phẫu thuật nội soi sau phức mạc điều trị nang đơn thận tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 40 bệnh nhân nang đơn thận được điều trị tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Kết quả nghiên cứu:** tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 60,9 ± 3,9 tuổi; Tỷ lệ nữ/nam là 1/2,66; Triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân nang thận là đau lưng chiếm 84,8%; Kích thước nang thận trung bình trên siêu âm là 8,8 ± 1,6 cm; Tỷ lệ nang thận có kích thước 5 -10 cm chiếm tỷ lệ 81,8%; Vị trí nang thận nằm ở cực trên chiếm 9,1%, cực giữa 85,8% và cực dưới 15,2%; Tỷ lệ dịch trong nang thuần nhất trên siêu âm chiếm 93,9%; Phân loại Bosniak: nhóm I chiếm 87,9%, nhóm II chiếm 12,1%; Phân loại mức độ suy thận: không suy thận chiếm 90,9%, suy thận độ 1 chiếm 6,1%, suy thận độ 2 chiếm 3,0%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu chỉ định

điều trị của 33 bệnh nhân nang đơn thận được điều trị bằng phẫu thuật cắt chỏm nang thận nội soi cho thấy đau lưng là triệu chứng thường gặp nhất (chiếm 84,8%), tỷ lệ nang thận có kích thước 5 -10 cm gặp nhiều nhất (chiếm 81,8%). **Từ khóa:** Nang đơn thận; Phẫu thuật nội soi sau phức mạc

SUMMARY

TO STUDY THE INDICATION OF RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC CYST DECORTICATION FOR SIMPLE RENAL CYST PATIENT AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To study the indication of retroperitoneal laparoscopic cyst decortication for the treatment of simple renal cyst patients at Thai Binh Medical University Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study of 33 patients with simple renal cyst at Thai Binh Medical University Hospital **Results:** The average age of patients was 60.9 ± 3.9 age; The female/male rate was 1:2.66; A common symptom of single renal cyst patient was back pain with 84,8%; The average of renal cyst size on ultrasound was 8.8 ± 1.6 cm; There were 81.8% patients with renal cyst size 5 - 10 cm; The location of renal cyst at the upper pole was 9.1%, at the middle pole was 75.8 % and at the lower pole was 15.2%; Purely fluid on ultrasound was 93,9%; Bosniak classification: group I was

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An
Email: dr_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024