

ngghiên cứu của Abdelmonem [4] tỉ lệ phục hồi chức năng tốt và rất tốt là 65% tại thời điểm 6 tháng; tuổi trung bình ($52,8 \pm 14,79$ tuổi), tỉ lệ mắc bệnh kèm theo (55%), nhưng kết quả phục hồi chức năng lại thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Có thể do thời gian khám lại trung bình của chúng tôi dài hơn (trung bình 22,6 tháng), hơn gấp 3 lần thời gian của Abdelmonem nên có kết quả hồi phục tốt hơn.

Kết quả phục hồi rất tốt và tốt nhóm bệnh nhân của chúng tôi thấp hơn của Vũ Trường Thịnh [6] tại Bệnh viện Việt Đức (2021) báo cáo 56 bệnh nhân từ 18-69 tuổi, đa số bệnh nhân ở độ tuổi lao động (chỉ 5% là người cao tuổi), là nam giới (88%), tất cả đều là chấn thương nặng lượng cao (TNGT 88%, TNLĐ 12%), 75% bệnh nhân có tổn thương phổi hợp, thời gian khám lại từ 9-24 tháng, điểm phục hồi chức năng tốt chiếm 96%. Chúng tôi nhận thấy sự khác biệt là do đặc điểm bệnh nhân của chúng tôi lớn tuổi hơn, có kèm các bệnh nội khoa, đa số là nữ, còn bệnh nhân của Vũ Trường Thịnh trẻ hơn (tuổi trung bình $32,0 \pm 13,5$ tuổi), nam giới chiếm đa số.

V. KẾT LUẬN

Gãy thân xương đùi ở người cao tuổi hay gặp do tai nạn sinh hoạt; nữ chiếm nhiều hơn nam; đa số có bệnh nền kèm theo. Kết quả trung bình và kém gặp ở bệnh nhân cao tuổi, có nhiều bệnh nền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thắng, Đỗ Thị Khánh Hỷ (2009). Báo cáo tổng quan về chính sách chăm sóc người già

- thích ứng với thay đổi cơ cấu tuổi tại Việt Nam.
2. **Đặng Hồng Hoa** (2008). Nghiên cứu mật độ xương vùng cổ xương đùi của người bình thường bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
3. **Jain D, Arora R, Garg R, et al.** (2020). Functional outcome of open distal femoral fractures managed with lateral locking plates. International orthopaedics, 44(4), 725-33.
4. **Abdelmonem AH, Saber AY, El Sagheir M, et al.** (2022). Evaluation of the Results of Minimally Invasive Plate Osteosynthesis Using a Locking Plate in the Treatment of Distal Femur Fractures. Cureus, 14(3), e23617.
5. **Nguyễn Tiến Linh** (2018). Nghiên cứu quy trình điều trị gãy kín thân xương đùi không vững bằng đinh nội tủy có chốt dưới màn tầng sừng. Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
6. **Vũ Trường Thịnh** (2021). Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy kín thân xương đùi ở người lớn bằng nẹp vít tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Touloupakis G, Ghirardelli S, et al.** (2022). A modified anterolateral swashbuckler approach for distal femoral fractures: description and outcomes. Acta bio-medica: Atenei Parmensis, 93(1), e2022005.
8. **Vu HM, Nguyen LH, et al.** (2020). Individual and Environmental Factors Associated with Recurrent Falls in Elderly Patients Hospitalized after Falls. International journal of environmental research and public health, 17(7).
9. **Sanders R, Swiontkowski M, et al.** (1991). Double-plating of comminuted, unstable fractures of the distal part of the femur. The Journal of bone and joint surgery American volume, 73(3), 341-6.
10. **Hoàng Ngọc Minh** (2020). Nghiên cứu khả năng cố định ổ gãy trên thực nghiệm và kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi người lớn bằng nẹp khóa. Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.

NGHIÊN CỨU CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA NGUY CƠ THẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Minh An¹, Phan Hoài Nam²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ định phẫu thuật cắt một thùy tuyến giáp điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ thấp tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Thái Bình. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên

cứ mô tả cắt ngang 30 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa được điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là $50,7 \pm 8,1$ tuổi; Tỷ lệ nữ/nam là 5/1; Thời gian phát hiện bệnh trước 6 tháng chiếm 63,3%, từ 6 -12 tháng chiếm 30,0% và > 12 chiếm 6,7%; Thời gian trung bình từ khi phát hiện triệu chứng đầu tiên đến khi được phẫu thuật là $5,3 \text{ tháng} \pm 1,2 \text{ tháng}$; Đặc điểm khối u tuyến giáp trên siêu âm: TIRADS 5 chiếm tỷ lệ cao nhất là 66,7%, Kích thước u tuyến giáp trung bình trên siêu âm là $0,67 \pm 0,22 \text{ cm}$, vị trí u thùy phải chiếm 56,7% u thùy trái chiếm 43,3%; 100% số bệnh nhân được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trước phẫu thuật; Kết quả giải phẫu bệnh ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm

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: 9.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 13.3.2024

tỷ lệ 90%, ung thư tuyến giáp thể nang chiếm 10%.
Kết luận: Kết quả nghiên cứu chỉ định phẫu thuật cắt một thùy tuyến giáp điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ thấp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình cho thấy: Kích thước u tuyến giáp trung bình trên siêu âm là $0,67 \pm 0,22$ cm, vị trí u thùy phải chiếm 56,7% u thùy trái chiếm 43,3%; Ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm tỷ lệ 90%, ung thư tuyến giáp thể nang chiếm 10%.
Từ khóa: Ung thư tuyến giáp; phẫu thuật cắt một thùy tuyến giáp

SUMMARY

STUDY THE INDICATION OF THYROID LOBECTOMY SURGERY ON DIFFERENTIATED CARCINOMA THYROID CANCER AT THAI BINH PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Objective: study the indication of thyroid lobectomy resection surgery to treat differentiated carcinoma thyroid cancer (low – risk thyroid cancer) at Thai Binh Provincial General Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study of 40 patients with differentiated carcinoma thyroid cancer treated at Thai Binh general hospital. **Results:** The mean age of patients was 50.7 ± 8.1 years old; The female/male ratio is 5/1; The time to detect the disease under 6 months was 63.3% , from 6 -12 months was 30.0% and >12 months was 6.7%; The average time from the first symptom to surgery was 5.3 ± 1.2 month; Characteristics of thyroid tumors on ultrasound: TIRADS 5 was the highest with 66.7% , The average thyroid tumor size on ultrasound was 0.67 ± 0.22 cm , right lobe tumors was 56.7%, left lobe tumors was 43.3%; 100% patients undergone fine needle aspiration before surgery; Pathological result: papillary carcinoma was 90.0%, follicular carcinoma was 14.1%. **Conclusion:** Research results showed that: The average thyroid tumor size on ultrasound was 0.67 ± 0.22 cm, right lobe tumors was 56.7%, left lobe tumors was 43.3%; papillary thyroid cancer: follicular thyroid cancer ratio was 90.0%.
Keywords: Thyroid cancer; thyroid lobectomy resection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) là ung thư phổ biến nhất trong hệ nội tiết, chiếm tỉ lệ > 90% các trường hợp ung thư của hệ nội tiết. Hiện nay UTTĐ đứng hàng thứ 5 trong số các ung thư phổ biến nhất ở nữ giới [5], [7].

UTTĐ thể biệt hoá bao gồm thể nhú và thể nang chiếm phần lớn (> 90%) các loại UTTĐ [1], [7]. Ngày nay các tác giả trên thế giới đều đồng ý rằng phẫu thuật là phương pháp được lựa chọn đầu tiên cho UTTĐ thể biệt hóa, mặc dù mức độ rộng của phẫu thuật thì có thay đổi và còn tranh cãi, đặc biệt trong nhóm nguy cơ thấp: Cắt thùy tuyến giáp hay cắt toàn bộ tuyến giáp? Khi nào cần nạo vét hạch vùng cổ? Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỉ lệ sống cũng như tỉ lệ tái phát là tương đương ở các bệnh nhân UTTĐ thể biệt hoá nguy cơ thấp được điều trị phẫu thuật

cắt 1 thùy tuyến giáp và cắt toàn bộ tuyến giáp [5], [6], [7].

Phẫu thuật mở kinh điển đòi hỏi phải rạch da ở vùng cổ trước và bóc tách lớp cơ và tổ chức dưới da để đi vào tuyến giáp. Phương pháp phẫu thuật mở kinh điển ngày nay có thể được tiến hành an toàn với rất ít biến chứng và được triển khai tại nhiều bệnh viện trên toàn quốc.

Tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, đã tiến hành phẫu thuật cắt một thùy tuyến giáp điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ thấp, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Nghiên cứu chỉ định phẫu thuật nội soi cắt một thùy tuyến giáp điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ thấp tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Thái Bình*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán UTTĐ thể biệt hóa nguy cơ thấp và được điều trị phẫu thuật cắt 1 thùy tuyến giáp tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp
- Có chỉ định phẫu thuật cắt 1 thùy tuyến giáp
- Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là UTTĐ thể biệt hóa

- Hồ sơ bệnh án và phiếu theo dõi đầy đủ

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có tiền sử mổ cũ vùng cổ.
- Bệnh nhân có tiền sử xạ trị vùng đầu-mặt-cổ
- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.3. Tiêu chí nghiên cứu

*** Đặc điểm chung của người bệnh trong nhóm nghiên cứu**

- Tuổi: (tính bằng năm).
- Giới: Nam, nữ
- Thời gian có triệu chứng đầu tiên đến khi phẫu thuật

* Đặc điểm lâm sàng

- Lý do vào viện: U vùng cổ, nuốt vướng, nói khàn...

- Triệu chứng thực thể: Đặc điểm nhân tuyến giáp, Đánh giá vị trí, kích thước, mật độ, tính chất di động, phân độ tuyến giáp trên lâm sàng theo Phân độ bướu của Tổ chức y tế thế giới (1995)

*** Đặc điểm cận lâm sàng**

- Siêu âm chẩn đoán

+ Đánh giá nhân tuyến giáp: Số lượng nhân, vị trí nhân, kích thước nhân, đặc điểm và các dấu hiệu của nhân ung thư dựa vào bảng phân loại ACR TIRADS 2017 của hiệp hội X-quang Hoa Kỳ.

+ Đánh giá di căn hạch cổ: Số lượng hạch, kích thước hạch, vị trí hạch phân chia dựa theo giải phẫu hạch vùng cổ, từ nhóm I đến nhóm VI. Các dấu hiệu gợi ý hạch ác tính trên siêu âm gồm: có vi vôi hóa hoặc/và có thoái hóa dạng nang, mất hình ảnh tăng âm của rốn hạch, chiều rộng/chiều cao < 2 hoặc đường kính ngang lớn nhất trên 8mm, hình cầu, nhiều hạch nhỏ tập trung thành đám, tăng sinh mạch hỗn loạn trên Doppler.

- Định lượng hormone tuyến giáp: Nồng độ TSH, T₃, FT₄

+ Bình giáp: T₃: 1- 3,1 mmol/l, FT₄: 9 - 25 pmol/l, TSH: 0,35 - 5,5 mU/l.

+ Cường giáp: T₃> 3,1 mmol/l, FT₄> 25 pmol/l, TSH < 0,35 mU/l

+ Suy giáp: T₃ < 1mmol/l, FT₄ < 9 pmol/l, TSH > 5,5 mU/l

- Chẩn đoán tế bào học: Chọc tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm được thực hiện tại khoa huyết học-tế bào. Kết quả tế bào học nhận định theo tiêu chuẩn phân loại Bethesda năm 2017.

2.4. Xử lý số liệu

- Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

- Tính toán giá trị trung bình, độ lệch chuẩn...

2.5. Khía cạnh đạo đức của đề tài

- Các thông tin riêng của bệnh nhân trong hồ sơ hoàn toàn bảo mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu.

- Nghiên cứu nhằm mục đích bảo vệ nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

- Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 50,7 ± 8,1 tuổi, thấp nhất là 21 tuổi và cao nhất là 70 tuổi.

- Tỷ lệ nam/nữ: có 5 bệnh nhân nam (chiếm 16,7%) và 25 bệnh nhân nữ (chiếm 83,3%) tỷ lệ Nam/nữ là 1 / 5

- Lý do khám bệnh: Tỷ lệ phát hiện bệnh qua khám sức khỏe chiếm đa số là 80% (24/30 bệnh nhân), khàn tiếng 2 bệnh nhân và sờ thấy u có 4 bệnh nhân.

- Thời gian phát hiện bệnh trung bình là 5,3 ± 1,2 tháng.

3.2. Chỉ định liên quan đến đặc điểm lâm sàng**Bảng 3.1. Đặc điểm khối u tuyến giáp trên lâm sàng**

Sờ thấy u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sờ thấy	21	70,0
Không sờ thấy	9	30,0
Tổng số	30	100

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 21/30 bệnh nhân khám sờ thấy u trên lâm sàng chiếm 70,0%.

Bảng 3.2. Đặc điểm khối u tuyến giáp trên lâm sàng

Vị trí u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thùy phải	17	56,7
Thùy trái	13	43,3
Tổng số	30	100

Nhận xét: Kết quả khám lâm sàng có 17 bệnh nhân u tuyến giáp thùy phải (chiếm 56,7%) và tỷ lệ u tuyến giáp thùy trái là 43,3%.

3.3. Chỉ định liên quan đến đặc điểm cận lâm sàng

- Kích thước khối u tuyến giáp trên siêu âm: 0,98 ± 0,5 cm.

Bảng 3.3. Đặc điểm khối u tuyến giáp trên siêu âm

TIRADS	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
TIRADS 3	2	6,7
TIRADS 4	8	26,7
TIRADS 5	20	66,7
Tổng số	30	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có TIRADS 5 chiếm đa số là 66,7%

Bảng 3.4. Kết quả chọc hút tế bào

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dương tính	24	80,0
Nghi ngờ	6	20,0
Tổng số	30	100

Nhận xét: Tỷ lệ dương tính khi lần đầu tiên chọc hút tế bào là 80,0%

Bảng 3.5. Kết quả mô học u tuyến giáp

Kết quả mô học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thể nhú	27	90,0
Thể nang	3	10,0
Tổng số	30	100

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có u tuyến giáp thể nhú chiếm đa số là 90%.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

4.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

* *Đặc điểm về nhóm tuổi.* UTTG là bệnh phổ biến nhất trong các loại bệnh lý ác tính tuyến nội tiết, trong đó UTTG thể biệt hóa chiếm đa số, gặp ở mọi lứa tuổi cả nam và nữ. Tuổi và giới tính có liên quan đến tiên lượng của bệnh [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tuổi trung bình trong nghiên cứu là $50,7 \pm 8,1$ tuổi, thấp nhất là 21 tuổi và cao nhất là 70 tuổi.

Theo Đinh Ngọc Triều [5], kết quả nghiên cứu cho thấy, thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 45 tuổi và tuổi trung bình của bệnh nhân là $32,9 \pm 7,1$. Kết quả này của Ahn Jong-hyuk (2019) [6] là $43,6 \pm 10,9$ tuổi và nghiên cứu của tác giả Hong-Kyu Kim (2019) [7], là $40,7 \pm 9,8$ tuổi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với các tác giả về tỷ lệ độ tuổi là do sự khác nhau về đối tượng và phạm vi nghiên cứu. Tuy nhiên, các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ UTTG biệt hóa phân bố khá rộng về độ tuổi, đặc biệt có xu hướng gặp ở người trẻ, bệnh nhân đang ở độ tuổi lao động chiếm tỷ lệ lớn. Vì vậy, khi bệnh nhân có u tuyến giáp, cần phải làm các xét nghiệm để chẩn đoán xác định UTTG, điều trị sớm cho bệnh nhân sẽ mang lại hiệu quả cao hơn.

* *Đặc điểm về giới.* Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 5 bệnh nhân nam chiếm 16,7 % và 25 bệnh nhân nữ chiếm 83,3%, tỷ lệ Nữ/nam là 5/1

Theo Đinh Ngọc Triều [5], bệnh nhân nữ giới gặp nhiều hơn hẳn nam giới, tỷ lệ nữ/nam là 5/1. Theo Trương Xuân Quang [3], nam chiếm 24,7%, nữ chiếm 75,3%, tỷ lệ nữ/nam là 3,1/1. Về phân bố tỷ lệ nữ/nam, kết quả của tác giả Ahn Jong-hyuk [6] là 29,3/1 và tác giả Hong-Kyu Kim là 17/3 [7].

4.1.2. Thời gian phát hiện bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian kể từ khi phát hiện triệu chứng đầu tiên cho đến khi được phẫu thuật là $5,3 \pm 1,2$ tháng, thấp nhất là 1 tháng và cao nhất là 15 tháng.

Theo Đinh Ngọc Triều [5], kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân vào viện trong vòng 12 tháng kể từ khi phát hiện bệnh chiếm 96,4%. Theo Lê Văn Quảng [4], tỷ lệ vào viện trong năm đầu tiên chỉ chiếm 9%, Nguyễn Văn Hùng (2013) tỷ lệ này là 77,4% [1].

Các nghiên cứu này cho thấy bệnh nhân ngày càng có ý thức về sức khỏe và đến khám sớm hơn khi có các triệu chứng đầu tiên. Tuy nhiên vẫn còn một số bệnh nhân đến viện sau một thời gian mắc bệnh dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp (10,0%) đến viện sau 12 tháng. Việc chậm trễ khám và điều trị có

thể do bệnh nhân không quan tâm đến bệnh tật, hoặc vì một số vấn đề khác như điều kiện kinh tế, hoặc do bệnh nhân đi kiểm tra, xét nghiệm ở nhiều cơ sở y tế để so sánh trước khi quyết định phẫu thuật... Qua đây, chúng ta cũng thấy rằng UTTG tiến triển chậm, ít ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh, do đó cần tuyên truyền để mọi người hiểu biết về bệnh và đi khám, phát hiện khi bệnh còn ở giai đoạn sớm.

4.2. Chỉ định liên quan đến đặc điểm lâm sàng

4.2.1. Hoàn cảnh phát hiện bệnh và triệu chứng cơ năng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, triệu chứng chính để bệnh nhân đến viện khám là phát hiện qua khám sức khỏe chiếm 80%. Đến viện vì lý do khàn tiếng chiếm 6,7% và sờ thấy u chiếm 13,3%.

Theo Đinh Ngọc Triều [5], kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân đi kiểm tra sức khỏe định kỳ phát hiện ra bệnh là lý do vào viện hay gặp nhất trong nghiên cứu chiếm 91,7%. Tỷ lệ tự sờ thấy u vùng cổ chỉ chiếm 7,1%, đây là các trường hợp có khối u nằm tại eo hoặc sát eo tuyến giáp. Theo Lê Văn Quảng [4], lý do vào viện chủ yếu do bệnh nhân tự sờ thấy khối u vùng cổ trước.

Các triệu chứng cơ năng khác của UTTG như nuốt nghẹn, nói khàn, khó thở thường xuất hiện muộn khi u giáp có kích thước lớn gây chèn ép hoặc xâm lấn. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tiến Lăng [2], 11,8% bệnh nhân có triệu chứng nuốt vướng, 4,1% bệnh nhân có khàn tiếng và tỷ lệ bệnh nhân khó thở là 4,1%. Theo Nguyễn Văn Hùng [1], nuốt vướng gặp ở 30,4% các trường hợp, khàn tiếng gặp ở 12,7%.

Qua các báo cáo và nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy UTTG thể biệt hóa tiến triển chậm, âm thầm, kéo dài. Các triệu chứng ban đầu thường nghèo nàn, khó phát hiện bệnh. Triệu chứng cơ năng như nuốt vướng, nói khàn không phải là triệu chứng chính để bệnh nhân đến khám và điều trị. Ở giai đoạn đầu của bệnh ít gặp các triệu chứng đặc trưng có giá trị giúp chẩn đoán sớm, bệnh nhân nên được đi khám sức khỏe định kỳ để sàng lọc.

4.2.2. Triệu chứng thực thể. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 21 bệnh nhân khám phát hiện thấy u tuyến giáp trên lâm sàng chiếm 70%.

Theo Đinh Ngọc Triều [5], khám lâm sàng phát hiện thấy u tuyến giáp là 28,4%. Kết quả này của Lê Văn Quảng [4] là 96,6%.

Về vị trí u tuyến giáp, kết quả nghiên cứu cho thấy có 13/30 thùý trái (chiếm 43,3%) và

17/30 thủy phải (chiếm 56,7%) Theo Đinh Ngọc Triều [5], vị trí u ở thủy phải và thủy trái là như nhau chiếm (44,4% và 37,1%), u nằm ở eo tuyến giáp chiếm 18,5%. Nghiên cứu của Lê Văn Quảng [4], u ở thủy phải là 48,5%, thủy trái là 32%. Như vậy hầu hết các tác giả đều thấy rằng khối u ở thủy phải và thủy trái là tương đương nhau, ít gặp u ở eo tuyến giáp. Việc thăm khám lâm sàng giúp chẩn đoán và tiên lượng bệnh, đồng thời giúp cho việc định hướng các phương pháp thăm khám cận lâm sàng khác như siêu âm và chọc tế bào bằng kim nhỏ.

4.3. Chỉ định liên quan đến đặc điểm cận lâm sàng

4.3.1. Siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp. Tuyến giáp là tạng nằm nông, đồng thời đầu dò nông của siêu âm có độ phân giải cao nên các u tuyến giáp có kích thước 3mm đã có thể quan sát thấy trên siêu âm. Phân tích các đặc điểm hình ảnh u tuyến giáp trên siêu âm giúp định hướng chẩn đoán phân biệt u giáp lành tính và ác tính. Đồng thời có vai trò định hướng cho chọc tế bào bằng kim nhỏ đặc biệt đối với những trường hợp u kích thước nhỏ, không thể thăm khám trên lâm sàng [3], [5].

Siêu âm tuyến giáp và hạch vùng cổ là thăm dò khá đơn giản, giả thành rẻ, an toàn nên hiện nay được áp dụng rộng rãi ở các cơ sở y tế. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 30 bệnh nhân đều có u tuyến giáp trên siêu âm. Vị trí u nằm ở thủy trái và thủy phải tuyến giáp gần tương đương nhau 57,6% và 43,3%, Trong khi đó khám lâm sàng chỉ phát hiện được 21 bệnh nhân có u giáp. Do vậy, trong khám chẩn đoán cần thận trọng, phối hợp nhiều phương pháp cận lâm sàng để tránh bỏ sót những nhân nhỏ nằm sâu trong nhu mô tuyến giáp mà lâm sàng không phát hiện được.

Theo Đinh Ngọc Triều [5], đánh giá tuyến giáp trên siêu âm cho thấy vị trí u nằm ở thủy trái và thủy phải tuyến giáp gần tương đương nhau 50,6% và 40,3% và u nằm ở eo tuyến giáp là 7,1%. Khối u có âm vang giảm âm hay gặp nhất chiếm 87,1%, hình dáng cao hơn rộng chiếm 72,9%, vi vôi hóa chiếm 55,3%, ranh giới u so với nhu mô và tổ chức xung quanh không rõ 62,4%.

Kích thước u là một trong những yếu tố tiên lượng của UTTG, dựa vào kích thước u cho phép ta đánh giá, phân độ giai đoạn T (tumor). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kích thước u trung bình trong nghiên cứu là $0,67 \pm 0,22$ cm.

Hiện nay, sử dụng phân loại TIRADS, tổng hợp các đặc tính ác tính của u giáp trên siêu âm để có thể nhận định mức độ ác tính của u giáp.

TIRADS phân loại từ 1 đến 5, TIRADS càng cao thì u giáp càng thể hiện mức độ ác tính càng cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy TIRADS 3 chiếm 66,7%, TIRADS 2 chiếm 26,7% và TIRADS 1 chiếm 6,7%. Theo Đinh Ngọc Triều [5], phân độ TIRADS 5 chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 71,7%; TIRADS 4 là 25,9%; TIRADS 3 chỉ là 2,4%.

4.3.2. Kết quả mô bệnh học. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, UTTG thể nhú chiếm tỷ lệ 90% và thể nang chiếm 10%. Kết quả mô bệnh học của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước như Nguyễn Văn Hùng [1], thể nhú là 95,1%, thể nang là 3,9%, thể không biệt hóa là 1%. Theo Noone AM [8] báo cáo trong số 63.324 bệnh nhân được chẩn đoán là UTTG từ 2011 đến 2015 tại Mỹ kết quả cho thấy UTTG thể nhú chiếm 89,8% và UTTG thể nang chiếm 6,3%.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu chỉ định phẫu thuật cắt một thủy tuyến giáp điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ thấp tại bệnh viện đa khoa tỉnh thái bình cho thấy: Kích thước u tuyến giáp trung bình trên siêu âm là $0,67 \pm 0,22$ cm, vị trí u thủy phải chiếm 56,7% u thủy trái chiếm 43,3%; Ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm tỷ lệ 90%, ung thư tuyến giáp thể nang chiếm 10%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hùng (2013) "Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại BV Tai Mũi Họng TW và BV Bạch Mai giai đoạn 2007 – 2013". Luận văn Bác sĩ nội trú bệnh viện. Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Tiến Lãng (2008), "Đánh giá phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp phổi hợp 131I điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa". Luận văn tốt nghiệp BSCK II. Trường đại học Y Hà Nội.
3. Trương Xuân Quang, Trần Thị Minh Châu (2002), "Điều trị ung thư giáp trạng bằng đồng vị phóng xạ I131 tại bệnh viện Chợ Rẫy". Tạp chí Y học thực hành, 10(787):330-334.
4. Lê Văn Quảng, Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Quốc Bảo (2002), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992 – 2000", Tạp chí Y học, (431):323 - 326.
5. Đinh Ngọc Triều (2020), "Kết quả phẫu thuật nội soi cắt một thủy tuyến giáp điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ thấp tại bệnh viện nội tiết trung ương", Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội
6. Ahn J-h, Yi JW (2019), "Transoral endoscopic thyroidectomy for thyroid carcinoma: outcomes and surgical completeness in 150 single-surgeon cases", Surgical Endoscopy, 34(2):861-867.
7. Kim HK, Chai YJ, Dionigi G, Berber E, Tufano RP, Kim HY (2019), "Transoral Robotic Thyroidectomy for Papillary Thyroid Carcinoma:

Perioperative Outcomes of 100 Consecutive Patients". World journal of surgery. 43(4):1038-1046.

8. Noone AM HN, Krapcho M. SEER, Cancer

Statistics Review, 1975- 2015, National Cancer Institute. Bethesda, MD, based on November 2017 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2018. 2018;

PHÂN TÍCH ĐẶC ĐIỂM VI SINH VÀ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN DO K.PNEUMONIAE TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Tô Hoàng Dương¹, Nguyễn Thế Anh¹, Nguyễn Lê Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm vi sinh và phác đồ điều trị nhiễm khuẩn do K.pneumoniae tại khoa Hồi sức tích cực. **Đối tượng:** Các bệnh nhân mắc K.pneumoniae điều trị tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Hữu Nghị trong thời gian từ 01/06/2021 đến 30/06/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Tiễn cứu, mô tả. **Kết quả:** Bệnh phẩm hô hấp chiếm phổ biến nhất 54.4%, tỷ lệ sinh ESBL của K.pneumoniae là 55.8%, và kháng Carbapenem là 19.1%, giá trị MIC với Carbapenem ở mức thấp. Phác đồ kháng sinh kinh nghiệm phổ biến là: Cephalosporin thế hệ 3,4 hoặc Piperacilline/Tazobactam phối hợp Quinolone hoặc Amiglycosid. Sau khi có kết quả vi sinh, tỷ lệ sử dụng phác đồ dựa trên Carbapenem và Colistin khoảng gần 50%. Chế độ liều kháng sinh cơ bản ở mức thấp đến trung bình do phải điều chỉnh theo mức lọc cầu thận thấp. Tỷ lệ đáp ứng điều trị là 70%, tỷ lệ sống là 55%. **Kết luận:** K.pneumoniae chủ yếu gặp trong bệnh phẩm hô hấp, tỷ lệ sinh ESBL và kháng Carbapenem có xu hướng tăng; phác đồ kháng sinh cơ bản hợp lý, tỷ lệ đáp ứng ở mức tốt. **Keywords:** K.pneumoniae, ESBL, phác đồ điều trị

SUMMARY

ANALYSIS OF BACTERIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT FOR K.PNEUMONIAE INFECTIONS AT CRITICAL CARE DEPARTMENT OF HUU NGHIE HOSPITAL

Objectives: Analyze microbiological characteristics and treatment regimens for infections caused by K.pneumoniae in the Critical care department. **Subjects:** patients with K.pneumoniae treated at the Critical care department of Huu Nghi Hospital from June 1, 2021 to June 30, 2022. **Method:** prospective, descriptive. **Result:** respiratory specimens accounted for the most common 54.4%, ESBL positive rate of K.pneumoniae was 55.8%, and Carbapenem resistance was 19.1%, MIC value for Carbapenem was at the low level. Common empiric

antibiotic regimens are: 3rd and 4th generation Cephalosporins or Piperacilline/Tazobactam in combination with Quinolones or Amiglycosides. After microbiological results are available, the rate of using Carbapenem and Colistin based regimens is about 50%. The baseline antibiotic dosing regimen is low to moderate as it must be adjusted for low glomerular filtration rate. The rate of treatment response is 70%, the survival rate is 55%. **Conclusion:** K.pneumoniae is mainly seen in respiratory specimens, the rate of ESBL birth and Carbapenem resistance tend to increase; reasonable basic antibiotic regimen, good response rate. **Keywords:** K.pneumoniae, ESBL, treatment protocol

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Klebsiella Pneumonia (K.pneumonia) là một trong những vi khuẩn Gram âm gây nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp trên thế giới và tại Việt Nam, chiếm khoảng 10% nhiễm khuẩn bệnh viện [1]. Với khả năng gây bệnh đa dạng: nhiễm khuẩn hô hấp, tiết niệu, ổ bụng, nhiễm khuẩn huyết, viêm màng não, da mô mềm. Tại bệnh viện Hữu Nghị, nhiễm khuẩn do K.pneumonia đứng thứ 2 trong toàn bệnh viện sau nhiễm khuẩn do E.coli với tỷ lệ 24.7 – 27.2%; nhưng lại là căn nguyên gây bệnh hàng đầu tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, với tỷ lệ trong năm 2021 và 06 tháng đầu năm 2022 lần lượt là 34.1 và 27.9% [2]

Mặt khác, thực trạng đề kháng kháng sinh của K.pneumonia ngày càng gia tăng trong thời gian qua. Một nghiên cứu trên 28 quốc gia thuộc 6 khu vực khác nhau đã chỉ ra rằng: tỷ lệ vi khuẩn này đa kháng thuốc được ước tính là 32.8% [1]. Tại bệnh viện Hữu Nghị, tỉ lệ vi khuẩn K.pneumoniae sinh ESBL qua các năm khoảng 40 – 46.7%, trong đó đáng chú ý là, tỷ lệ kháng kháng sinh Carbapenem là 24.4% [2]

Về mặt phác đồ điều trị K.pneumonia, hiện nay, chúng ta có một số phác đồ đề xuất của Morrill (năm 2015), Rodriguez-Bano (năm 2018) và hướng dẫn cập nhật của IDSA năm

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Tô Hoàng Dương

Email: dr.hoangduong@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 14.3.2024