

dị ứng trên thế giới. Trung bình mỗi sản phụ dùng đa dạng loại thuốc (10 loại), hầu hết các sản phụ đều sử dụng ít nhất 1 loại thuốc nhóm thuốc kháng sinh, thuốc co tử cung, nhóm gây tê.

Trong 12 trường hợp thai phụ xuất hiện phản ứng dị ứng, có sự tương tự về chỉ số BMI, tuần tuổi thai và sinh mổ so với các nghiên cứu đã được thực hiện trước đó, tuy nhiên trung bình độ tuổi là trẻ hơn. Các tác nhân nghi ngờ được ghi nhận trong các trường hợp POH hầu hết là ở nhóm co tử cung và kháng sinh. 4 trường hợp POH xảy ra ở những bệnh nhân dùng lại chính các thuốc đã có kết quả test da dương tính. Tổng số lượng thuốc, số lượng thuốc đường tĩnh mạch và sau khi sinh ở nhóm có dị ứng cao hơn nhóm không có dị ứng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Số ngày điều trị trung bình của nhóm có phản ứng dị ứng cao hơn so với nhóm không có phản ứng dị ứng, $p > 0,05$.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế nghiên cứu chặt chẽ hơn, phối hợp giữa bác sĩ gây mê và bác sĩ dị ứng để đánh giá đầy đủ về dị ứng quanh phẫu thuật trên đối tượng đặc biệt là phụ nữ mang thai có tiền sử dị ứng. Nâng cao quy trình lựa chọn và sử dụng thuốc, để phòng ngừa xảy ra phản ứng dị ứng; khai thác tiền sử dị ứng thuốc kỹ lưỡng phải được thực hiện ngay trước khi sử dụng bất kỳ loại thuốc nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Garvey LH, Ebo DG, Mertes PM, et al.** An EAACI position paper on the investigation of perioperative immediate hypersensitivity reactions. *Allergy*. 2019;74(10):1872-1884. doi: 10.1111/all.13820
2. **McCall S, Bunch K, Brocklehurst P, et al.** The incidence, characteristics, management and outcomes of anaphylaxis in pregnancy: a

- population-based descriptive study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2018;125(8):965-971. doi: 10.1111/1471-0528.15041
3. **McCall SJ, Kurinczuk JJ, Knight M.** Anaphylaxis in Pregnancy in the United States: Risk Factors and Temporal Trends Using National Routinely Collected Data. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2019;7(8): 2606-2612.e3. doi: 10.1016/j.jaip.2019.04.047
 4. **McCall SJ, Bonnet MP, Äyräs O, et al.** Anaphylaxis in pregnancy: a population-based multinational European study. *Anaesthesia*. 2020;75(11):1469-1475. doi:10.1111/anae.15069
 5. **Gonzalez-Estrada A, Campbell RL, Carrillo-Martin I, Renew JR, Rank MA, Volcheck GW.** Incidence and risk factors for near-fatal and fatal outcomes after perioperative and periprocedural anaphylaxis in the USA, 2005–2014. *Br J Anaesth*. 2021; 127(6): 890-896. doi: 10.1016/j.bja.2021.06.036
 6. **Desravines N, Waldron J, Venkatesh KK, Kwan M, Boggess KA.** Outpatient Penicillin Allergy Testing in Pregnant Women Who Report an Allergy. *Obstet Gynecol*. 2021;137(1):56-61. doi:10.1097/AOG.0000000000004213
 7. **Odor PM, Bampoe S, Moonesinghe SR, et al.** General anaesthetic and airway management practice for obstetric surgery in England: a prospective, multicentre observational study*. *Anaesthesia*. 2021;76(4): 460-471. doi:10.1111/anae.15250
 8. **Obstetric anaesthetic practice in the UK: a descriptive analysis of the National Obstetric Anaesthetic Database 2009–14 - British Journal of Anaesthesia.** Accessed May 27, 2023. [https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(20\)30539-0/fulltext](https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(20)30539-0/fulltext)
 9. **Thành TN, Lâm HT.** KHẢO SÁT TEST DA TRÊN BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH DÙNG THUỐC GÂY Mê, GÂY Tê. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2023;522(1). doi:10.51298/vmj.v522i1.4281
 10. **Marinho S, Kemp H, Cook TM, et al.** Cross-sectional study of perioperative drug and allergen exposure in UK practice in 2016: the 6th National Audit Project (NAP6) Allergen Survey. *Br J Anaesth*. 2018;121(1):146-158. doi:10.1016/j.bja.2018.04.016.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN U TUYẾN ỨC TẠI BỆNH VIỆN K

Hoàng Ngọc Tùng¹, Nguyễn Khắc Kiểm², Nguyễn Xuân Hậu¹

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Ngọc Tùng

Email: drhoangngoctung@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.3.2024

Ngày duyệt bài: 27.3.2024

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân U tuyến ức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu trên 56 bệnh nhân U tuyến ức được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi, tại bệnh viện K từ 2017 đến 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $57,5 \pm 23,5$ tuổi (34-81), 85,7% bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng, triệu chứng hay gặp nhất là đau tức ngực với 44,6%, sau đó là sụp mí và khó thở với 30,3%. Trên cắt lớp vi tính, 80,4% bệnh nhân có tỉ trọng tổ chức, 19,6% BN

có tỉ trọng hỗn hợp, và có 7 BN (12,5%) có calci trong u, kích thước trung bình là $6,88 \pm 3,67$ cm. Đa số bệnh nhân có típmô bệnh học A và AB chiếm 51,8%
Kết luận: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $57,5 \pm 23,5$, phần lớn bệnh nhân có triệu chứng ở thời điểm chẩn đoán, kích thước trung bình là $6,88 \pm 3,67$ cm. Đa số bệnh nhân có típmô bệnh học A và AB chiếm 51,8%.
Từ khóa: U tuyến ức, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng

SUMMARY

DESCRIPTION OF SOME CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH THYMUS TUMORS AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: Review some clinical and paraclinical characteristics of thymoma patients. **Patients and methods:** Cross-sectional descriptive study on 56 thymoma patients treated by laparoscopic surgery at Vietnam National Cancer Hospital from 2017 to 2022. **Results:** The average age of patients is $57,5 \pm 23,5$ years old (34-81), 85,7% of patients have clinical symptoms, the most common symptom is chest pain with 44,6%, followed by drooping eyelids and difficulty breathing with 30,3%. On computed tomography, 80,4% of patients had organizational density, 19,6% of patients had mixed density, and 7 patients (12,5%) had calcium in the tumor, the average size was $6,88 \pm 3,67$ cm. The majority of patients have histopathological types A and AB, accounting for 51,8%. **Conclusion:** The average age of patients is $57,5 \pm 23,5$, the majority of patients have symptoms at the time of diagnosis, and the size average is $6,88 \pm 3,67$ cm. The majority of patients have histopathological types A and AB, accounting for 51,8%. **Keywords:** Thymoma, clinical features, subclinical features

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến ức là một mô bạch huyết, một phần của hệ thống miễn dịch, tuyến ức hoạt động mạnh trong vòng 15 năm đầu của đời người. Trong thời gian này tuyến ức phát triển cả về kích thước và chức năng miễn dịch, sau thời gian ấy, tuyến kém phát triển và thoái hóa dần¹. U tuyến ức thường nằm ở trung thất trên và trung thất trước, hay gặp ở lứa tuổi 30-50, ít gặp ở lứa tuổi dưới 20 và trên 70, chiếm từ 20%-40% các u trung thất^{2,3}. U tuyến ức có triệu chứng lâm sàng phức tạp, không những giống với các đặc điểm chung của u trung thất là các triệu chứng chèn ép, mà u tuyến ức còn có các triệu chứng giống như bệnh nhược cơ, gặp từ 10-30% các trường hợp và đây là một đặc điểm riêng để nhận biết của loại hình thương tổn này nếu có trên lâm sàng.

Ngày nay, việc ứng dụng chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ đã giúp chẩn đoán được chính xác vị trí, đặc điểm, mức độ chèn ép và xâm lấn vào các thành phần lân cận trong trung thất,

sinh thiết qua hướng dẫn của cắt lớp vi tính trong một số trường hợp. Tại Bệnh viện K, những năm gần đây ghi nhận số bệnh nhân U tuyến ức tăng lên rõ rệt, tại thời điểm chẩn đoán bệnh nhân có nhiều triệu chứng đa dạng dễ nhầm lẫn với các bệnh lí khác. Do vậy, chúng tôi tiến hành nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân U tuyến ức tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán là U tuyến ức, được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại Khoa phẫu thuật lồng ngực Bệnh viện K giai đoạn 2018 – 2023.

- Được chỉ định và thực hiện phẫu thuật lấy u bằng phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực cả trường hợp thành công và thất bại.

- Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u tuyến ức.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án đầy đủ cho nhóm nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: U tuyến ức tái phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu và tiến cứu.
- Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện.
- Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: hồi cứu hồ sơ bệnh án sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu.
- Xử lý và phân tích số liệu: các số liệu thu thập được mã hoá trên máy vi tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân (%) N=56	
Tuổi	57,5 ± 23,5 (34-81)	
Giới	Nam	31 (55,4)
	Nữ	25 (44,6)
Lí do vào viện	Có triệu chứng	48 (85,7)
	Không triệu chứng	8 (14,3)
Triệu chứng lâm sàng	Đau tức ngực	25 (44,6)
	Nhược cơ (sụp mí)	17 (30,3)
	Ho, sốt	2 (3,6)
	Cảm giác khó thở	17 (30,3)
	Nói ngọng, nói khó	2 (3,6)
	Nuốt vướng	6 (10,7)
	Yếu cơ, mệt mỏi	15 (26,7)
	Hội chứng chèn ép TMC trên	2 (3,6)
Phù áo khoác	1 (1,8)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $57,5 \pm 23,5$ tuổi (34-81). Tỷ lệ Nam/Nữ: 1,24. 8

BN (14,3%) không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng, 48 BN (85,7%) có triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng hay gặp nhất là đau tức ngực với 44,6%, sau đó là sụp mi và khó thở với 30,3%.

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm		Số bệnh nhân (%) N=56	
X-Quang	Không phát hiện được tổn thương	8 (14,3)	
	Phát hiện được tổn thương	48 (85,7)	
Cắt lớp vi tính	Tỉ trọng u	Tỉ trọng tổ chức	45 (80,4)
		Tỉ trọng hỗn hợp	11 (19,6)
	Mức độ bắt thuốc	Không bắt	0 (0)
		Bắt thuốc đồng nhất	46 (82,8)
		Bắt thuốc viền	4 (7,1)
		Bắt thuốc không đồng nhất	6 (10,7)
Kích thước u	≤ 5 cm	36 (64,3)	
	> 5 cm	20 (35,7)	
Kích thước trung bình		6,88± 3,67cm	

Nhận xét: 8 BN không phát hiện rõ tổn thương (14,3%) trên X-Quang. Trên CLVT, 80,4% BN có tỉ trọng tổ chức, 19,6% BN có tỉ trọng hỗn hợp, và có 7 BN (12,5%) có calci trong u. Khối u tăng ngấm thuốc đồng nhất chiếm 82,2%, ngấm thuốc không đồng nhất chiếm 10,7% có thể do u đặc kèm theo tổ chức hoại tử hoặc tiết dịch. Có 4 trường hợp bắt thuốc viền khối u do u nang hóa tăng bắt thuốc vùng vỏ. Các khối u kích thước ≤ 5 cm được phát hiện trên CLVT là 36 BN (64,3%), kích thước khối u > 5 cm có 20 BN (35,7%), kích thước trung bình là 6,88 ± 3,67 cm

Bảng 3: Đặc điểm mô bệnh học sau mổ

Mô bệnh học	Số bệnh nhân (%) N=56
Thymoma type A	15 (26,7)
Thymoma type AB	14 (25,1)
Thymoma type B1	12 (21,4)
Thymoma type B2	10 (17,8)
Thymoma type B3	3 (5,4)
Thymoma carcinoma vảy	2 (3,6)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có tít mô bệnh học A và AB chiếm 51,8%

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 56 bệnh nhân chúng tôi thấy UTƯ gặp ở mọi lứa tuổi, trẻ nhất là 34 tuổi và cao tuổi nhất là 81 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp là 40-60 tuổi, chiếm tỷ lệ 57,2%. Tuổi trung bình là 57,5. Tỷ lệ nam/nữ là 31/25, nam trội hơn nữ. Tham khảo tài liệu của một số tác giả thống kê về tuổi và giới thì rất khác nhau

giữa các tác giả như Phạm Hữu Lư (2014) là 18/14; tuổi trung bình gặp là 50,8 ± 9,4 tuổi². Nguyễn Vượng, Lê Trung Thọ và CS (2004) lứa tuổi hay gặp nhất là 20 – 50 tuổi chiếm 70,4%; tỷ lệ nam/nữ 33/38. Lê Nữ Hòa Hiệp (2007) nhóm tuổi hay gặp từ 20 – 50; tỷ lệ nam/nữ là 1,8/2³. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả trong nước đều có nhận xét chung là UTƯ hay gặp ở độ tuổi trung niên 40 – 60 tuổi.

U tuyến ức các triệu chứng thường không đặc hiệu, xuất hiện lúc đầu kín đáo, mơ hồ làm người bệnh ít để ý đến, không có các triệu chứng rầm rộ, rõ ràng, cấp tính, nên người bệnh thường đến khám muộn khi u đã to hoặc phát hiện tình cờ khi chụp phim X – quang ngực. Trên thực tế có rất nhiều BN đi khám được chẩn đoán và điều trị các nguyên nhân khác gây ra triệu chứng trên lâm sàng trước khi phát hiện ra UTƯ do triệu chứng lâm sàng dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác trong lồng ngực. Vì vậy lý do vào viện cũng khác nhau ở các nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì có triệu chứng lâm bệnh nhân đi khám chiếm 89,8% trong đó sụp mi là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 47,2%; thấp hơn là triệu chứng đau tức ngực chiếm 32,1%; ngoài ra các triệu chứng không đặc hiệu như cảm giác khó thở chiếm 26,4%; không có triệu chứng phát hiện tình cờ do khám sức khỏe chiếm 10,2%.

Các triệu chứng lâm sàng khi bệnh nhân vào viện thường có sự thay đổi sau điều trị, thay đổi này gặp trên các bệnh nhân có triệu chứng của nhược cơ như sụp mi, khó thở, yếu chân tay, mệt mỏi, khó nói... những bệnh nhân này được làm test nhược cơ khẳng định và điều trị ổn định nhược cơ, thường sau điều trị nội khoa vài tuần, các triệu chứng nhược cơ giảm, đưa độ nhược cơ về độ thấp hơn thường cố gắng về độ I rồi mới phẫu thuật. Các triệu chứng tại chỗ thì ít thay đổi.

Đau ngực gặp nhiều thứ hai chiếm 32,1%; đa số người bệnh chỉ đau tức ngực nhẹ, mơ hồ, và không thường xuyên, không có trường hợp nào đau ngực dữ dội. Cao nhất là dấu hiệu sụp mi chiếm tỷ lệ lớn nhất 47,2%; ngoài triệu chứng sụp mi ra người bệnh còn kèm thêm một số triệu chứng không đặc hiệu khác như cảm giác khó thở, yếu cơ, mệt mỏi các triệu chứng này thường mơ hồ không rõ ràng; nuốt vướng chiếm 11,3%; nói ngọng, khó nói chiếm 3,8%; đặc biệt những bệnh nhân giai đoạn muộn, u đã xâm lấn rộng còn có triệu chứng phù ảo khoác chiếm 5,7%, hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên chiếm 7,5%; trong các trường hợp này nhiều triệu chứng có thể hiện trên cùng một bệnh nhân. Tỷ

lệ có biểu hiện triệu chứng nhược cơ của nhóm u tuyến ức trong nghiên cứu của chúng tôi là 47,2% (25/53), tỷ lệ này theo Cameron và cộng sự sẽ dao động trên dưới 15%. Hầu hết các tác giả đều công nhận rằng phẫu thuật lấy u tuyến ức có giá trị hỗ trợ điều trị triệu chứng nhược cơ và phòng chống sự phát triển, xâm lấn của u tuyến ức. Tỷ lệ khỏi triệu chứng nhược cơ sau mổ lấy u tuyến ức dao động từ 3 – 62% và đáp ứng điều trị ngoại khoa của triệu chứng nhược cơ của bệnh nhân có u tuyến ức kém hơn so với lấy tuyến ức không có u (phì đại tuyến ức).

Trong nghiên cứu chúng tôi phát hiện UTU trên X quang lồng ngực là 86,4%; không thấy tổn thương do khối u nằm sau xương ức chiếm 13,6% nhưng có dấu hiệu lâm sàng và kiểm tra bằng chụp CLVT lồng ngực phát hiện tổn thương. Khối u chủ yếu có hình bán nguyệt bờ ranh giới rõ chiếm 92,2%; có 4 trường hợp hình đa cung và ranh giới không rõ. Có 5 trường hợp thấy hình ảnh có canxi trong u chiếm 9,8%. Khối u có hình ảnh bán nguyệt bờ ranh giới rõ ràng thường là những khối u ở giai đoạn sớm, chưa xâm lấn nhiều vào các tổ chức xung quanh, tiên lượng lấy u tốt trong phẫu thuật, ngược lại những trường hợp khối u hình đa cung, ranh giới không rõ thì tiên lượng khối u lớn, xâm lấn xung quanh và khó khăn trong phẫu thuật lấy u; hình ảnh này giúp cho phẫu thuật viên tiên lượng và lựa chọn cách thức mổ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với Phạm Hữu Lư (2015), tỷ lệ phát hiện UTU trên X quang lồng ngực chiếm 88,31% với một số đặc điểm hình ảnh như bờ sắc nét - không chia thùy, có chia thùy, vôi hóa, bên cạnh đó cũng có 11,69% U không phát hiện được bằng phim X quang lồng ngực mà dựa vào chụp CLVT lồng ngực⁴. Nguyễn Khắc Kiểm (2008), quan sát thấy u bên phải 56,3% hơn bên trái 32,4%, U sau xương ức chiếm 11,3%⁵.

Chụp CLVT lồng ngực được chỉ định trong các trường hợp có tổn thương trên phim X quang lồng ngực hoặc không có tổn thương trên phim X quang nhưng có triệu chứng lâm sàng, trên phim CLVT cho thấy rõ các khối mô mềm có hình dạng khác nhau, từ một khối thương tổn không đồng nhất có chứa xuất huyết, hoại tử, thoái hóa nang, canxi hóa, và các vùng mỡ dính; những khối tổn thương đồng nhất có chứa dịch hoặc tổ chức. Hình ảnh canxi hóa trong u gợi ý cho ta về bệnh u ác tính. Sau tiêm thuốc cản quang, thấy sự ngấm thuốc không đồng đều trong u, u tăng trưởng nhanh, hoại tử và xuất huyết là những dấu hiệu CLVT gợi ý bệnh u ác tính. Cuối cùng, CLVT là phương thức hình ảnh dùng để đánh giá các di căn xa đến xương, phổi, và gan.... Do vậy

là các thầy thuốc thường cho BN chụp CLVT ngực có dùng thuốc cản quang để chẩn đoán.

Theo Rashid và cộng sự: Chụp CLVT chẩn đoán UTU có độ nhạy và độ đặc hiệu là 60% và 86%, phim CLVT có khả năng đánh giá tốt những cấu trúc có trục thẳng đứng như khí quản, thực quản... nhưng kỹ thuật lại có hạn chế trong việc đánh giá những cấu trúc nằm ngang chẳng hạn những thương tổn ở cửa sổ chủ - phổi và những tổn thương dưới ngã ba KPQ. Chụp CLVT cũng khó khăn trong việc đánh giá bờ của khối u để phân biệt xem đã có xâm lấn mạch máu hay không mà ngay cả khi chụp có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch cũng khó xác định hoặc phân biệt ung thư biểu mô tuyến ức với các loại u tuyến ức tụy khác. Hiện nay, với chụp CLVT đa dãy các nhược điểm trên được khắc phục và thể hiện rõ hơn các đặc điểm, tính chất của khối u thông qua phân tích tỷ trọng cũng như mối liên quan của u. Mặt khác, biện pháp này có thể xác định được UTU còn nằm cạnh hay đã xâm lấn vào các cấu trúc trung thất, giữa khối UTU xâm lấn vào nhu mô phổi hay chỉ là xẹp phổi do khối UTU chèn ép khí-phế quản.

Với u tuyến ức, chụp CLVT ngực có thuốc cản quang cho thấy hình ảnh u, ngấm thuốc, ranh giới với các tổ chức lân cận, xâm lấn của tổ chức u với các bộ phận kế cận như tổ chức mỡ, cấu trúc mạch máu, phổi... hoặc hình ảnh di căn vào màng phổi làm dày màng phổi thành, tràn dịch màng phổi khi u đã ở giai đoạn muộn. Điều này rất có giá trị góp phần giúp chỉ định mổ, cùng với đánh giá trong mổ kết hợp với kết quả GPB sau mổ để phân loại giai đoạn u theo Masaoka từ đó tiên lượng và đề ra các biện pháp điều trị thích hợp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chụp CLVT áp dụng với tất cả các trường hợp bệnh nhân với 100% UTU nằm ở trung thất trước, trong đó nằm ở trung thất trước trên chiếm 71,2% chiếm đa số, còn nằm ở trung thất trước dưới chiếm 28,8%. Không có trường hợp nào u nằm ở trung thất giữa và trung thất sau. Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Khắc Kiểm (2008)⁵, U tuyến ức gặp chủ yếu ở trung thất trước trên chiếm 62%; tầng dưới có tỷ lệ thấp hơn chiếm 11,3%.

Kích thước u trên phim CLVT trung bình là $4,88 \pm 3,67$ cm, trong đó u có kích thước lớn nhất là 11 cm và nhỏ nhất là 3cm. Kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Hữu Lư (2014) (mổ nội soi), nhỏ nhất là 3,3 x 2,7 cm, lớn nhất là 10 x 7cm². Nguyễn Khắc Kiểm (2008) (mổ mở), kích thước khối u trung bình 6,1 x 8,7 cm, nhỏ nhất 2,6 x 3 cm, lớn nhất 16,5 x 19 cm⁵. Các tác giả nước ngoài không thấy đề cập đến vấn đề này,

nhưng đều cho rằng kích thước khối u sẽ ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh, lựa chọn phương pháp phẫu thuật, khả năng triệt để của phẫu thuật và chỉ định điều trị tiếp theo.

Trong các bệnh nhân u tuyến ức được chụp phim CLVT thì đa phần u có tỷ trọng tổ chức chiếm tỷ lệ 81,4%; tỷ trọng hỗn hợp chiếm 18,6%, còn lại 5 trường hợp là có canxi trong u. Tính chất bắt thuốc của u sau khi tiêm thuốc cản quang cũng khác nhau, trong đó tăng bắt thuốc đồng nhất chiếm 83,1%; bắt thuốc không đồng nhất chiếm tỷ lệ 10,1%; và chỉ bắt thuốc ở viền chiếm 6,8%. Điều này giải thích rằng: tỷ trọng sau tiêm thuốc cản quang liên quan mật thiết đến tình trạng cấp máu nuôi u. Với việc tình trạng tăng tỷ trọng mạnh hay ít là do hệ thống cung cấp máu nuôi u, do đó chúng liên quan đến vấn đề chảy máu trong phẫu thuật; điều này giúp phẫu thuật viên tiên lượng được khả năng chảy máu trong và sau mổ. Phạm Hữu Lữ (2015)⁶, nghiên cứu tỷ trọng u trung thất cũng cho kết quả tương tự như vậy.

Bảng kết quả phân loại mô bệnh học của u tuyến ức sau mổ (bảng 3), trong nghiên cứu gặp tất cả các các tuýp phân loại u, nhưng tập trung chủ yếu vẫn là tuýp A và AB chiếm tỷ lệ 49,1%; thấp nhất là thymoma carcinoma vảy có 05 trường hợp. Hầu hết các tác giả trên thế giới hiện nay sử dụng bảng phân loại của tổ chức y tế thế giới và phân chia giai đoạn u của Masaoka⁷, thì u tuyến ức tít A hoặc AB được coi

là u tuyến ức lành tính, u tuyến ức tít B1– B3 là thể ác tính mức độ I, u tuyến ức tít C là thể ác tính mức độ II.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 57,5 ± 23,5, phần lớn bệnh nhân có triệu chứng ở thời điểm chẩn đoán, kích thước trung bình là 4,88 ± 3,67 cm. Đa số bệnh nhân có tít mô bệnh học A và AB chiếm 51,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Takahashi K.** "Thymus and Thymic Tumors – Mediastinal disease". MRI of the Lung, 2009, 12:224-234
2. **Phạm Hữu Lữ.** Nghiên cứu điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại bệnh viện Việt Đức, Luận văn Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2015
3. **Đặng Ngọc Hùng, Mai Văn Viên và CS.** "Một số đặc điểm lâm sàng, Xquang và kết quả phẫu thuật cắt bỏ u tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ", Y học Việt Nam, 2006, 328, tr. 363-372.
4. **Nguyễn Khắc Kiểm.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u tuyến ức tại Bệnh viện K. Luận văn thạc sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội. Hà Nội. 2008.
5. **Phạm Hữu Lữ, Ngô Gia Khánh, Nguyễn Hữu Ước và cộng sự.** Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị bệnh lý u tuyến ức tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam, 2014, 9(3), 28 - 33.
6. **Duwe B.V, Stermann D.H, Musani A.I.** Tumors of the mediastinum, 2005, Chest 128, 4, 2893-2909.

ĐỐI CHIẾU CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HỌC VỚI PHÂN ĐỘ TIRADS TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Đỗ Tiến Dũng¹, Đỗ Thị Yến¹, Nguyễn Thị Quỳnh Giang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư biểu mô tuyến giáp là bệnh ác tính phổ biến nhất trong ung thư các tuyến nội tiết. Chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm là kỹ thuật đơn giản, chi phí thấp, có hiệu quả cao trong chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và nguy cơ ác tính của các nhóm trong phân loại tế bào học Bethesda và so sánh với phân loại siêu âm TIRADS trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp. **Đôi**

tượng và phương pháp: 1832 nhân tuyến giáp của 1761 bệnh nhân có tổn thương nhân giáp đến khám tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ 28/2/2023 đến 16/8/2023, trong đó có 424 nhân giáp đã phẫu thuật. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình 44,9 ± 12,3 tuổi, phần lớn là nữ giới (87,9%), nhân giáp có kích thước nhỏ hơn hoặc bằng 10 mm chiếm chủ yếu với tỷ lệ 61,6%. Kết quả tỷ lệ các nhóm siêu âm theo hệ thống ACR_TIRADS 2017 lần lượt: 0,2% (TR1), 3,6% (TR2), 11,7% (TR3), 21,1% (TR4), 63,4% (TR5). Trong đó, nguy cơ ác tính TR3 là 60%, TR4 là 86,9%, TR5 là 96,8%. Kết quả tỷ lệ các nhóm tế bào học theo phân loại Bethesda 2017: 6,4% (nhóm I), 32,4% (nhóm II), 9% (nhóm III), 1,1% (nhóm IV), 13,6% (nhóm V), 37,5% (nhóm VI) với nguy cơ ác tính 57,1% (nhóm I), 69,2% (nhóm II), 87,5% (nhóm III), 16,7% (nhóm

¹Bệnh viện Nội tiết Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Giang

Email: quynhgiang298@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2024

Ngày duyệt bài: 27.3.2024