

vùng cơ tim nhiều hơn và biểu hiện thành các vùng ngấm thuốc muộn. Sau khi quá trình viêm kết thúc các tế bào sợi sẽ tới thay thế các tế bào cơ tim đã chết bằng các tổ chức xơ sợi, tạo ra các khoảng kẽ lớn và các phân tử gadolinium sẽ phân bố vào nhiều hơn. Một số nghiên cứu đã chứng minh tính đặc hiệu cao của LGE trong chẩn đoán viêm cơ tim⁹. Tuy nhiên, LGE có thể không nhạy trong việc phát hiện viêm cơ tim có triệu chứng với tổn thương hạn chế hoặc có các tổn thương không hồi phục không khu trú cục bộ.

IV. KẾT LUẬN

CHT tim thường được chỉ định ở bệnh nhân có triệu chứng, có bằng chứng về tổn thương cơ tim không do nhồi máu và nghi ngờ các nguyên nhân do virus. Theo đó, CHT tim thường được chỉ định ở các bệnh nhân đau ngực, có Troponin tăng cao và có kết quả chụp mạch vành bình thường. Ngoài ra, CHT tim còn có thể được chỉ định ở những trường hợp viêm cơ tim do tập luyện thể chất quá mức ví dụ ở các vận động viên chuyên nghiệp xuất hiện các sóng điện tâm đồ bất thường phù hợp với viêm cơ tim sẽ được chỉ định chụp CHT kể cả khi không có triệu chứng lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fabre A, Sheppard MN.** Sudden adult death syndrome and other non-ischaemic causes of

- sudden cardiac death. *Heart Br Card Soc.* 2006; 92(3): 316-320. doi: 10.1136/hrt.2004. 045518
2. **Cundari G, Galea N, De Rubeis G, et al.** Use of the new Lake Louise Criteria improves CMR detection of atypical forms of acute myocarditis. *Int J Cardiovasc Imaging.* 2021;37(4):1395-1404. doi:10.1007/s10554-020-02097-9
3. **PGS.TS. TA MẠNH CƯỜNG.** Viêm Cơ Tim Cấp: Cập nhật Chẩn đoán và Điều trị 2017. *Tạp Chí Sức Khỏe.* Published online 2017:58+855.
4. **Kawai C.** From myocarditis to cardiomyopathy: mechanisms of inflammation and cell death: learning from the past for the future. *Circulation.* 1999;99(8):1091-1100. doi:10.1161/01.cir.99.8.1091
5. **Kindermann I, Barth C, Mahfoud F, et al.** Update on myocarditis. *J Am Coll Cardiol.* 2012; 59(9): 779-792. doi:10.1016/j.jacc.2011. 09.074
6. **De Cobelli F, Pieroni M, Esposito A, et al.** Delayed gadolinium-enhanced cardiac magnetic resonance in patients with chronic myocarditis presenting with heart failure or recurrent arrhythmias. *J Am Coll Cardiol.* 2006;47(8):1649-1654. doi:10.1016/j.jacc.2005.11.067
7. **Friedrich MG, Marcotte F.** Cardiac Magnetic Resonance Assessment of Myocarditis. *Circ Cardiovasc Imaging.* 2013;6(5):833-839. doi: 10.1161/CIRCIMAGING.113.000416
8. **Friedrich MG, Strohm O, Schulz-Menger J, Marciniak H, Luft FC, Dietz R.** Contrast media-enhanced magnetic resonance imaging visualizes myocardial changes in the course of viral myocarditis. *Circulation.* 1998;97(18):1802-1809. doi:10.1161/01.cir.97.18.1802
9. **Liu PP, Mason JW.** Advances in the understanding of myocarditis. *Circulation.* 2001; 104(9): 1076-1082. doi:10.1161/hc3401. 095198

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SIÊU ÂM, TÌNH TRẠNG DI CĂN HẠCH TIỀM ẨN CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ GIAI ĐOẠN CT1-2N0M0

Nguyễn Quốc Dũng¹, Lê Văn Quảng¹,
Đàm Bảo Trung¹, Ma chính Lâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xác định tình trạng di căn hạch tiềm ẩn của ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn cT1-2N0M0 được điều trị tại khoa Phẫu thuật Đầu-Mặt-Cổ, Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 192 BN UTTG giai đoạn cT1-2N0M0 được phẫu thuật tại Bệnh viện K. Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp mô tả tiến cứu cắt ngang. **Kết quả:** 100% BN ung thư biểu mô tuyến

giáp thể nhú; tỷ lệ di căn hạch cổ tiềm ẩn 45,8%; tỷ lệ di căn hạch nhóm VI, hạch cảnh cùng bên lần lượt là 41,7%, 13,4%. Các yếu tố nguy cơ độc lập của di căn hạch nhóm VI: tuổi <55 (p=0,001), kích thước u > 10mm (p=0,024), vị trí u ở eo giáp (p=0,046, OR=2,522, 95% CI 0,993-6,41). **Kết luận:** UTTG thể nhú có tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn cao, đặc biệt là nhóm VI. Các yếu tố: tuổi <55, kích thước u > 10mm, vị trí u ở eo tuyến giáp có liên quan tới tình trạng di căn hạch nhóm VI tiềm ẩn. **Từ khóa:** Ung thư tuyến giáp, di căn hạch cổ tiềm ẩn, vét hạch dự phòng.

SUMMARY

TO STUDYING CLINICAL CHARACTERS, UNTRASOUND, THE SITUATION OF OCCULT LYMPH NODE METASTASIS OF THYROID CANCER IN STAGE cT1-2N0M0

¹Bệnh Viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Dũng

Email: drdungda71@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 11.4.2024

Objectives: Studying for clinical characters, ultrasound, evaluation of the occult cervical lymph node metastases status of thyroid cancer in stage cT1-2N0M0 at Head and Neck surgery Department, Viet Nam National Cancer hospital. **Subjects and Method:** Descriptive study on 192 patients of thyroid cancer in stage cT1-2N0M0, were treated by surgery at Head and Neck surgery Department, Viet Nam National Cancer hospital. **Results:** All patients had postoperative histopathology as papillary thyroid carcinoma. The rate of occult cervical lymph node metastasis was 45,8%. In particular, the rate of group VI metastasis and lateral lymph nodes in same side was 41.7%, 13,4%, respectively. Probably independent risk factor of cervical lymph node metastasis include: age <55, tumor size > 10mm, tumor located in thyroid isthmus. **Conclusions:** Papillary thyroid cancer has a high incidence of lymph node metastasis, especially group VI. Age <55(p=0,001, OR=0,266, 95%CI 0,115-0,614), tumor size > 10 mm(p=0,024, OR=3,118, 95% CI 1,117-8,7), tumor located in thyroid isthmus(p=0,046, OR=2,522, 95% CI 0,993-6,41).

Keywords: thyroid cancer, occult lymph node metastasis, prophylactic neck lymph node dissection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là ung thư phổ biến nhất trong ung thư các hệ nội tiết [1]. Tình trạng di căn hạch cổ của UTTG được quan tâm, là một yếu tố tiên lượng xấu, đặc biệt ở BN lớn tuổi [2]. Vết hạch cổ dự phòng giúp giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, giảm tỷ lệ và biến chứng khi phẫu thuật, đặc biệt khi bệnh tái phát, tăng thời gian sống thêm không bệnh. Đồng thời vết hạch cổ dự phòng còn giúp đánh giá chính xác giai đoạn bệnh. Tuy nhiên, cũng có các ý kiến không ủng hộ việc vết hạch cổ dự phòng, do việc cải thiện thời gian sống thêm là không rõ ràng, đồng thời làm tăng biến chứng sau mổ đặc biệt là tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược, tuyến cận giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nhú, điều trị tại khoa Phẫu thuật Đầu-Mặt-Cổ, Bệnh viện K từ tháng 1/2018 đến tháng 8/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- BN được chẩn đoán UTTG thể nhú dựa vào kết quả giải phẫu bệnh thường quy trên mẫu bệnh phẩm nhuộm Hemaxotylin- Eosin thông thường của tuyến giáp và/ hoặc hạch cổ là ung thư biểu mô tuyến giáp.

- BN được chọn ở giai đoạn cT1-2N0M0.

- Phẫu thuật cắt tuyến giáp theo phác đồ, vết hạch cổ nhóm VI có hoặc không vết hạch cổ cùng bên.

Tiêu chuẩn loại trừ: không đáp ứng tiêu chuẩn trên

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp mô tả tiến cứu cắt ngang.

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Tuổi, giới
- Lý do vào viện
- Vị trí và tính chất u tuyến giáp:
- Siêu âm tuyến giáp: Số lượng u, vị trí, kích thước, Phân loại theo TIRADS.
- Xét nghiệm tế bào học u: lành tính, ác tính, nghi ngờ.
- Thể mô bệnh học.

Phân loại giai đoạn

- Phân loại giai đoạn TNM theo AJCC 2017.

Mô bệnh học sau phẫu thuật

Đánh giá đặc điểm di căn hạch tiềm ẩn của ung thư tuyến giáp

2.4. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, siêu âm

3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới

Đặc điểm	Giới tính		Tổng	
	Nam	Nữ		
Độ tuổi	≤ 55	18(11,9%)	133(88,1%)	151(100%)
	>55	3(7,3%)	38(92,7%)	41(100%)
Tổng		21(10,9%)	171(89,1%)	192(100%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của BN là 45,2 ± 10,6 tuổi, BN lớn tuổi nhất là 75 tuổi, BN nhỏ tuổi nhất là 21 tuổi. Tỷ lệ nữ / nam= 8,1/1.

3.1.2. Lý do vào viện

Bảng 2. Lý do vào viện

Triệu chứng	Số bệnh nhân N=192	Tỷ lệ (%)
U vùng cổ	28	14,6
Khám kiểm tra sức khỏe định kỳ	164	85,4
Tổng	192	100

Nhận xét: Đa số BN vào viện vì phát hiện bệnh qua kiểm tra sức khỏe định kì chiếm hơn 85%.

3.1.3. Đặc điểm u qua khám lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm u

Đặc điểm u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Sờ thấy u (n=192)		
Có thấy	106	55,2
Không thấy	86	44,8
Số lượng u (n=106)		
Thùy phải	50	47,4
Thùy trái	44	41,5
Eo giáp	12	11,1

Nhận xét: Ở giai đoạn cT1-2, tỷ lệ sờ thấy u trên lâm sàng trên 55%. Phần lớn BN có khối u ở một thùy tuyến giáp, chiếm tỷ lệ gần 89 %, u ở eo giáp ít gặp, chỉ chiếm khoảng 11%.

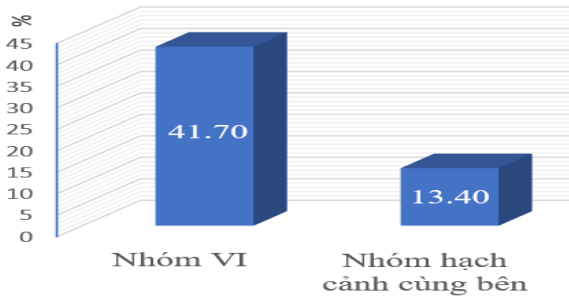
3.1.4. Đặc điểm siêu âm

Bảng 3. Siêu âm tuyến giáp

Đặc điểm u (n=192)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Vị trí u		
Thùy phải	88	45,8
Thùy trái	83	43,3
eo	21	10,9
Kích thước		
U < 2cm	185	96,3
2 cm < u < 4cm	7	3,7
EU – TIRADS 2017		
2	23	11,9
3	46	23,9
4	115	59,8
5	8	4,4

Nhận xét: Siêu âm phát hiện được tất cả các trường hợp có u tuyến giáp. Vị trí u hay gặp ở một thùy tuyến giáp, u ở eo giáp chỉ chiếm tỷ lệ gần 11%. Nhóm kích thước u hay gặp nhất là ≤ 2 cm, chiếm tỷ lệ trên 96%. Số u xếp loại TIRADS 4 (EU-TIRADS 2017) chiếm tỷ lệ cao nhất gần 60%; tiếp đến là TIRADS 3 chiếm gần 24%.

3.2. Tình trạng di căn hạch và các yếu tố liên quan



Biểu đồ 1. Tỷ lệ di căn các nhóm hạch

Nhận xét: Tỷ lệ di căn hạch nhóm VI là cao nhất chiếm 41.7%. Tỷ lệ di căn nhóm hạch cảnh cùng bên là 13,4%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cổ nhóm VI và hạch cổ bên

Nhóm 6 \ Cổ bên	Không di căn	Có di căn	Tổng
Không di căn	104(92,9%)	8(7,1%)	112(100%)
Có di căn	75(93,8%)	5(6,2%)	5(6,2%)
Tổng	179(93,2%)	13(6,8%)	192(100%)

Nhận xét: - Tỷ lệ di căn hạch cảnh ở nhóm BN không di căn hạch nhóm VI cao hơn nhóm BN có di căn hạch nhóm VI (7,1% so với 6,2%); tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống

kê với p = 0,808.

- Có 8 trường hợp không di căn hạch nhóm VI mà xuất hiện di căn hạch cảnh cùng bên trong tổng số 13 trường hợp có di căn hạch cảnh cùng bên.

Bảng 6. Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch

Chỉ số	Odds Ratio	95% CI	P
Tuổi (<55)	0,266	0,115-0,614	0,001
Giới (nam)	0,615	0,248-1,527	0,291
Kích thước u (>10mm)	3,118	1,117-8,7	0,024
Vị trí u (eotuyến giáp)	2,522	0,993-6,41	0,046

Nhận xét: Các yếu tố nguy cơ đến tình trạng di căn hạch cổ: tuổi <55 (p=0,001, OR=0,266, 95% CI 0,115-0,614), kích thước u > 10mm (p=0,024, OR=3,118, 95% CI 1,117-8,7), vị trí u ở eo tuyến giáp (p=0,046, OR=2,522, 95% CI 0,993-6,41). Tỷ lệ di căn hạch ở bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ (52,4% so với 40,4%), tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p = 0,291, OR=0,615.

IV. BÀN LUẬN

Di căn hạch cổ xảy ra sớm và thường gặp ở BN UTTG, đặc biệt là UTTG thể biệt hóa. Tỷ lệ di căn hạch cổ thay đổi từ 20% đến 90%, trung bình là 60%, tùy thuộc vào phương pháp phát hiện hạch [3]. Di căn hạch là một yếu tố tiên lượng độc lập với tái phát tại vùng. Hiện tại hầu hết các tác giả thống nhất di căn hạch cổ không ảnh hưởng đến thời gian sống thêm OS, mục tiêu hàng đầu đánh giá hiệu quả điều trị UTTG hiện tại là tỷ lệ tái phát tại chỗ, tại vùng.

Về tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi, lứa tuổi hay gặp là < 55 tuổi, chiếm 78%. Theo Hoàng Huy Hùng (2016), lứa tuổi hay gặp là 15-45 tuổi, chiếm tỷ lệ 54.1% [4]. UTTG có thể gặp ở mọi lứa tuổi khác nhau, tuổi mắc bệnh là một trong các yếu tố tiên lượng bệnh, người trẻ tuổi <15 tuổi và cao tuổi > 55 tuổi tiên lượng kém hơn. Việc chẩn đoán BN chủ yếu ở độ tuổi 15-55 như trong nghiên cứu của chúng tôi là dấu hiệu tốt về tỷ lệ đáp ứng điều trị và OS cho BN.

Về giới, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ là khoảng 8.1/1, cao hơn so với các kết quả nghiên cứu khác, tuy nhiên vẫn thể hiện UTTG hay gặp ở nữ hơn nam.

Về lý do người bệnh đến khám: BN đến khám vì sờ thấy u tuyến giáp thấp, khoảng 14%, đa số BN phát hiện ra bệnh qua khám sức khỏe định kì (86%).

Về đặc điểm của u trên lâm sàng. Qua

thăm khám lâm sàng, chúng tôi sờ thấy u giáp ở 55,2% trường hợp, tỉ lệ không sờ thấy u khá cao, chiếm 44,8%. Kết quả của chúng tôi có tỉ lệ sờ thấy u giáp thấp hơn một số nghiên cứu khác, nguyên nhân có lẽ là do phát hiện u ở giai đoạn sớm, kích thước bé.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong số các u giáp được phát hiện qua thăm khám lâm sàng, u tuyến giáp ở thùy phải chiếm tỷ lệ 47,4%, u tuyến giáp ở thùy trái chiếm 41,5%, u ở eo chiếm tỷ lệ thấp, 11%. Tỷ lệ này gần giống so với các nghiên cứu khác của tác giả Đinh Xuân Cường (2010) trong số u phát hiện qua thăm khám thì u thùy phải chiếm 49,8%, thùy trái chiếm 31,1% [6]. Theo Lê Văn Quảng (2002), u ở thùy phải là 48,5%, thùy trái là 32% [6]. Có thể thấy hầu hết các tác giả đều chỉ ra rằng khối u chủ yếu được phát hiện ở một thùy, ít gặp u ở eo tuyến giáp. U ở eo giáp gặp với tỉ lệ thấp nhưng thường biểu hiện những tính chất ác tính cao, có thể do eo giáp mỏng và kích thước nhỏ hơn so với thùy tuyến giáp nên khả năng xâm lấn và phát triển ra xung quanh dễ dàng hơn, vì vậy với những BN có khối u tại eo giáp cần được đánh giá cẩn trọng.

Đặc điểm siêu âm tuyến giáp. Siêu âm là công cụ chẩn đoán hình ảnh có vai trò rất quan trọng trong quá trình sàng lọc và chẩn đoán UTTG. Nhờ có sự phổ biến và tiến bộ về kĩ thuật của siêu âm, tỉ lệ phát hiện nhóm bệnh lý vi UTTG ngày càng tăng, từ thời điểm u có kích thước rất nhỏ. Các đặc điểm nghi ngờ ác tính của khối u tuyến giáp bao gồm: vi vôi hóa, bờ không đều, tỉ lệ đường kính dài/ rộng ≥ 1 , u đặc, giảm âm, tăng sinh mạch [9]. Từ phân tích tổng hợp các đặc điểm trên hình ảnh siêu âm, u giáp được phân loại theo hệ thống TIRADS với ý nghĩa tiên lượng độ ác tính của khối u.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, siêu âm giúp chẩn đoán 100% u giáp. Tỷ lệ gặp u giáp thùy phải, trái, eo giáp lần lượt là 49,5%, 42% và 8,5%.

- Kích thước u trên siêu âm: Kích thước u là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tiên lượng của UTTG, là một yếu tố giúp xác định T (Tumor) trong phân loại TNM. Theo Hoàng Huy Hùng, kích thước khối u thường gặp là 1 – 2 cm, chiếm 80,6%, khối u từ 2 – 4 cm chiếm 16,3%, chỉ có 4,3% BN có u > 4 cm. Theo Nguyễn Xuân Hậu (2017), tỷ lệ u giáp < 2cm là 78,3% [10].

Theo nghiên cứu của chúng tôi có 96% BN có u kích thước ≤ 2 cm, u từ 2-4cm chỉ chiếm tỷ lệ khoảng 4%. Một vài nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa kích thước u giáp và độ ác tính, kích

thước và tỉ lệ tái phát, tử vong: kích thước u lớn hơn 2cm có tỷ lệ di căn hạch cao hơn, tăng tỷ lệ tái phát tại hạch, phổi [9]. Tuy nhiên, cũng có quan điểm cho rằng khả năng ác tính của một khối u tuyến giáp là độc lập và không phụ thuộc vào kích thước [10].

- Đặc điểm ác tính trên siêu âm: Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phân loại EU TIRADS 2017, phân độ từ 1 đến 5 với mức độ tăng dần nguy cơ ác tính, hiện nay tùy theo cơ sở y tế mà sử dụng phân loại TIRADS khác nhau. Tuy nhiên các đặc điểm ác tính của u giáp trên siêu âm đều tương tự nhau, bao gồm: nhân đặc, giảm âm, vi vôi hóa trong nhân, bờ không rõ, tăng sinh mạch, chiều cao > chiều rộng.

Theo Hoàng Huy Hùng, TIRADS 3,4,5 chiếm tỉ lệ lần lượt là 3,1%, 76,5%, 20,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 60% BN được đánh giá TIRADS 4, TIRADS 3 là 24% và TIRADS 5 là 4,4%, tương đương so với các nghiên cứu khác khi tỷ lệ TIRADS 4 luôn chiếm đa số.

Về đặc điểm di căn hạch tiềm ẩn

Tỉ lệ di căn hạch: theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 45,8%, tỷ lệ này theo Lê Văn Quảng (2019) là 10,4% [6], Hoàng Huy Hùng (2016) là 53% [4], Yan DG là 77,4% [7].

Theo Yan D.G và cộng sự, với BN UTTG thể nhú, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn theo các nhóm lần lượt là VI 62.3%, II 18.9%, III 52.8%, IV 30.2% [7]. Theo chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch nhóm VI, cổ bên (nhóm II, III, IV) cùng bên, đối bên lần lượt là 45.9%, 23.3%, 4.1%.

Di căn hạch trong UTTG thường theo tuần tự, bắt đầu từ nhóm VI, đến nhóm hạch cùng bên với u, sau đó mới đến hạch đối bên với u, tỷ lệ di căn hạch nhảy cóc ít.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 46%. Phân tích dưới nhóm cho thấy tỷ lệ di căn hạch nhóm VI là 41,7% và nhóm cảnh cùng bên là 13,4%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đó, tỷ lệ di căn di căn hạch nhóm VI là cao nhất (46%), tỷ lệ di căn hạch cảnh thấp hơn (13,4%). Điều này ủng hộ phẫu thuật vét hạch cổ dự phòng trong UTTG, đặc biệt là vét hạch cổ nhóm VI dự phòng. Chúng tôi không đánh giá được tỷ lệ di căn hạch đối bên do nhóm bệnh nhân nghiên cứu ở giai đoạn cT1-2N0M0, chỉ định vét hạch cổ dự phòng 2 bên còn hạn chế. Đây cũng nên là một cân nhắc về việc liệu có nên thực hiện thường quy vét hạch cổ bên chọn lọc khi có ≥ 3 hạch nhóm trung tâm di căn, tuy nhiên, các nghiên cứu còn chưa đủ lớn, ATA 2009, ETA 2006, LATS 2009 không khuyến cáo

vết hạch cổ nhóm cổ bên dự phòng, nhưng BTA 2014 và JSTS/JAES có cân nhắc vết hạch cổ bên dự phòng trong một số trường hợp.

Chúng tôi cũng nghiên cứu tìm ra các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch cổ. Theo Sun W (2015) dựa trên dữ liệu của PUBMED và SCIE, các yếu tố ảnh hưởng làm tăng nguy cơ di căn hạch ở BN UTTG thể nhú cN0 là: tuổi <55, giới nam, kích thước u >10mm, u ở vị trí eo tuyến giáp[8]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, yếu tố tuổi <55 (p=0,001), kích thước u > 10mm (p=0,024), vị trí u ở eo tuyến giáp (p=0,046) là có ảnh hưởng rõ ràng đến tình trạng di căn hạch tiềm ẩn, đặc biệt là nhóm VI, các yếu tố như giới nam ảnh hưởng đến di căn hạch nhưng số liệu chưa có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Ung thư tuyến giáp thể nhú nữ gặp nhiều hơn nam. Hầu hết bệnh nhân vào viện là qua khám sức khỏe định kỳ. Hầu hết bệnh nhân có sờ thấy u trên lâm sàng. 100% qua siêu âm phát hiện được u và TIRADS 4 chiếm tỷ lệ cao.

Tỉ lệ di căn hạch tiềm ẩn ở các BN UTTG giai đoạn sớm là cao, chiếm 45,8%, trong đó, tỷ lệ di căn hạch nhóm VI là 41,7%. Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch là tuổi <55, kích thước u > 10mm, vị trí u ở eo tuyến giáp. Khuyến cáo vết hạch cổ nhóm VI dự phòng ở các BN UTTG cN0, đặc biệt là các BN có đặc điểm trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. và cộng sự.** (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality

- worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 68(6), 394–424.
2. **Nixon I.J., Wang L.Y., Palmer F.L. và cộng sự.** (2014). The impact of nodal status on outcome in older patients with papillary thyroid cancer. Surgery, 156(1), 137–146. .
3. **Rotstein L.** (2009). The role of lymphadenectomy in the management of papillary carcinoma of the thyroid. J Surg Oncol, 99(4), 186–188.
4. **Hoàng Huy Hùng** (2016), “Đánh giá di căn hạch của ung thư biểu mô tuyến giáp”, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Hà Nội.
5. **Braga M., Cavalcanti T.C., Collaço L.M. và cộng sự.** (2001). Efficacy of ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy in the diagnosis of complex thyroid nodules. J Clin Endocrinol Metab, 86(9), 4089–4091.
6. **Lê Văn Quảng và Ngô Quốc Duy** (2019). Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng di căn hạch nhóm 6 ở bệnh nhân vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú giai đoạn cN0. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 92–97.
7. **Yan D., Zhang B., An C. và cộng sự.** (2011). [Cervical lymph node metastasis in clinical N0 papillary thyroid carcinoma]. Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi, 46(11), 887–891.
8. **Sun W., Lan X., Zhang H. và cộng sự.** (2015). Risk Factors for Central Lymph Node Metastasis in CNO Papillary Thyroid Carcinoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. PloS One, 10(10), e0139021.
9. **Gu Wei-jun, Yan Hui-xian, Luo Yu-kun, et al.** (2015). Characterization of papillary thyroid microcarcinomas using sonographic features in malignant papillary thyroid cancer: a retrospective analysis. Medicine, 94(21).
10. **Nguyễn Xuân Hậu** (2017). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng di căn hạch của ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội. Tạp Chí Học, 451(2), 138–142.

KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CỔ ĐỊNH CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG, GIẢI ÉP GHEP XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2023

Nguyễn Thị Thìn¹, Nguyễn Lê Bảo Tiến¹, Đào Thị Ngân¹,
Nguyễn Văn Đại², Đào Thị Phương³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Thu Cúc

³Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thìn

Email: thincsvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm chung của người bệnh và kết quả chăm sóc sau phẫu thuật cổ định cột sống thắt lưng cùng, giải ép ghép xương liên thân đốt tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2023. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 220 bệnh nhân sau phẫu thuật TLIF. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 1/2,6. Tuổi trung bình là 57,82 ± 11,37. Số ngày nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 3,75 ± 1,12. Việc phục hồi chức năng gồm ngồi, đứng, tập đi cho người bệnh ngày thứ 3 sau phẫu thuật cho thấy những người bệnh mổ TLIF 1 tầng và 2 tầng ngồi, đứng, đi lại nhiều và tốt hơn so với người bệnh mổ 3