

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ¹³¹I LẦN ĐẦU Ở BỆNH NHÂN VI UNG THƯ TUYẾN GIÁP VÀ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ THÔNG THƯỜNG

Lê Quốc Khánh¹, Lê Duy Hưng¹, Nguyễn Thị Hương²,
Nguyễn Minh Hoàng³, Lê Ngọc Hà¹, Nguyễn Thị An¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: so sánh một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ¹³¹I lần đầu ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp và ung thư tuyến giáp thể nhú thông thường. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu được tiến hành trên 361 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú (trong đó, 232 bệnh nhân thuộc nhóm vi ung thư tuyến giáp) đã được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và điều trị ¹³¹I tại Bệnh viện trung ương quân đội 108. Đánh giá và so sánh đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, nguy cơ tái phát và đáp ứng điều trị ¹³¹I lần đầu ở các nhóm bệnh nhân. Kết quả xử lý theo phương pháp thống kê y học. **Kết quả:** Trong 232/361 bệnh nhân (64,3%) vi ung thư tuyến giáp, 87,1% là nữ, 76,3% < 55 tuổi, tổn thương u nguyên phát chủ yếu là đa ổ ở 2 thùy tuyến giáp, 75,4% tổn thương ung thư nguyên phát xâm lấn vỏ bao giáp, 11,2% phá vỡ vỏ bao giáp và xâm lấn tổ chức lân cận. Tỷ lệ di căn hạch là 22,8% và 1 bệnh nhân di căn xa (0,4%). Tỷ lệ tổn thương xâm lấn, phá vỡ vỏ bao giáp và di căn hạch ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thấp hơn đáng kể so với ung thư tuyến giáp thể nhú thông thường, tuy nhiên, tỷ lệ di căn xa ở 2 nhóm khác biệt không khác biệt đáng kể. 66% bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp điều trị xóa mô giáp sau phẫu thuật đạt đáp ứng hoàn toàn sau một lần điều trị ¹³¹I. Ở nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú thông thường, đáp ứng điều trị liên quan với phân tầng nguy cơ tái phát sau phẫu thuật. **Kết luận:** vi ung thư tuyến giáp chiếm tỷ lệ 64,3% ung thư tuyến giáp thể nhú đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và điều trị ¹³¹I tại Bệnh viện trung ương quân đội 108. Tỷ lệ xâm lấn, phá vỡ vỏ bao giáp và di căn hạch ở bệnh nhân vi ung thư thấp hơn đáng kể so với ung thư tuyến giáp thể nhú thông thường. 66% bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp điều trị xóa mô giáp đạt đáp ứng hoàn toàn sau một lần điều trị. Ở nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú thông thường, đáp ứng điều trị có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với phân tầng nguy cơ tái phát sau phẫu thuật.

Từ khóa: vi ung thư tuyến giáp, nguy cơ tái phát, đáp ứng điều trị, xóa mô giáp thành công

SUMMARY

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện Ung bướu Bắc Giang

³Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hoàng

Email: dr.minhhoang0411@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

ASSESSMENT OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND INITIAL ¹³¹I TREATMENT RESPONSE IN POST TOTAL THYROIDECTOMY PAPILLARY THYROID MICROCARCINOMA AND CONVENTIONAL PAPILLARY THYROID CARCINOMA

Objective: Comparison of clinical characteristics and initial ¹³¹I therapy response in post-total thyroidectomy papillary microcarcinoma and conventional papillary thyroid carcinoma (primary tumor size greater than 10 mm). **Subject and Method:** The retrospective and comparative study was conducted on 361 post-total thyroidectomy and initial ¹³¹I therapy of papillary thyroid carcinoma patients (232 papillary thyroid microcarcinoma) at the 108 Military Central Hospital. Clinical, histopathological characteristics, risk of recurrence, and initial ¹³¹I therapy response were evaluated in these patients.

Results: In 232 out of 361 patients (64.3%) with papillary thyroid carcinoma (PTC), 87.1% were females, and 76.3% were under 55. The primary tumors predominantly exhibited multifocal and bilateral involvement. In 75.4% of papillary thyroid carcinoma with capsule invasion, 11.2% with extrathyroidal extension. 22.8% of PTC were observed with lymph node metastases, and 0.4% with distant metastasis. The rates of extrathyroidal extension and lymph node metastases were significantly lower in papillary thyroid microcarcinoma compared to conventional papillary thyroid carcinoma but rate of distant metastasis. The intermediate to high recurrence risk rates were significantly lower in papillary thyroid microcarcinoma. Initial ¹³¹I therapy response was significantly correlated with postoperative recurrence risk stratification in conventional papillary thyroid carcinoma. **Conclusion:** Papillary thyroid microcarcinoma accounts for 64.3% of PTCs. The capsule invasion and lymph node metastasis rates were significantly lower in papillary thyroid microcarcinoma compared to conventional papillary thyroid carcinoma. 66% of papillary thyroid microcarcinoma achieved complete response with initial ¹³¹I remnant ablation therapy. The initial ¹³¹I therapy response correlated with post-operative recurrence risk stratification in conventional papillary thyroid carcinoma. **Keywords:** papillary thyroid microcarcinoma, recurrence risk stratification, initial ¹³¹I therapy response, thyroid remnant ablation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thống kê của hiệp hội ung thư Hoa Kỳ (American Cancer Society: ACS) năm 2021 cho thấy có khoảng 44280 ca mắc mới ung thư tuyến

giáp (UTTG), với khoảng 2200 người tử vong do UTTG. Trong những năm gần đây, tỷ lệ mắc mới UTTG gia tăng nhanh chóng tại Hoa Kỳ¹. Theo phân loại của tổ chức y tế thế giới 2022, vi ung thư tuyến giáp được định nghĩa là UTTG thể nhú có kích thước u lớn nhất ≤ 10mm. Vi UTTG thường có tiên lượng tốt, tỷ lệ di căn xa và tử vong < 0,5%. Tuy nhiên, giai đoạn bệnh không phải lúc nào cũng tương đồng kích thước u nguyên phát, bệnh thậm chí đã di căn xa dù kích thước u nguyên phát rất nhỏ (vài mm). Do đó, điều quan trọng là đánh giá toàn diện các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học, nguy cơ tái phát và hiệu quả điều trị của vi UTTG để có cái nhìn đầy đủ và tiên lượng phù hợp ở nhóm bệnh nhân này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với những mục tiêu đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, nguy cơ tái phát và hiệu quả điều trị I-131 lần đầu ở bệnh nhân VUTTG đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và so sánh các đặc điểm trên với bệnh nhân UTTG thể nhú thông thường.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trong khoảng thời gian từ 1/2020 đến 7/2020, chúng tôi lựa chọn ngẫu nhiên 361 bệnh nhân UTTG thể nhú (trong đó có 232 bệnh nhân vi UTTG) đã được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và có chỉ định điều trị I-131 Bệnh viện trung ương quân đội 108.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu, mô tả

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		UTTG thể nhú thông thường		Vi UTTG		p
		n	%	n	%	
Giới	Nữ	104	80,6	202	87,1	> 0,05
	Nam	25	19,4	30	12,9	
Tuổi	X ± SD	45,5 ± 12,5		46,9 ± 11,3		> 0,05
	< 55	97	75,2	177	76,3	
	≥ 55	32	24,8	55	23,7	
Vị trí u	Một thùy	52	40,3	104	44,8	> 0,05
	Hai thùy	77	59,7	128	55,2	
Số lượng u	Đơn ổ	47	36,4	92	39,7	> 0,05
	Đa ổ	82	63,6	140	60,3	
Xâm lấn vỏ	Không	17	13,2	57	24,6	< 0,05*
	Có	112	86,8	175	75,4	
Phá vỡ vỏ	Không	97	75,2	206	88,8	< 0,05*
	Có	32	24,8	26	11,2	
Di căn hạch	Không	67	51,9	179	77,2	< 0,05*
	Có	62	48,1	53	22,8	
Di căn xa	Không	123	95,3	231	99,6	> 0,05
	Có	6	4,7	1	1,8	
Nguy cơ tái phát	Thấp	59	45,7	161	69,4	< 0,05*

- Các đặc điểm được sử dụng đánh giá trong nghiên cứu gồm giới, tuổi tại thời điểm phẫu thuật, kích thước, số lượng, vị trí, đặc điểm xâm lấn vỏ bao giáp của u nguyên phát, đặc điểm di căn hạch, đặc điểm di căn xa, nguy cơ tái phát sau phẫu thuật, liều I-131 điều trị lần đầu và đáp ứng điều trị.

- Bệnh nhân nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: nhóm 1 gồm 232 bệnh nhân vi UTTG và nhóm 2 gồm 129 bệnh nhân UTTG thể nhú thông thường (kích thước u nguyên phát > 10 mm). Nhóm vi UTTG được phân tích thành 2 phân nhóm: phân nhóm 1 gồm 56 bệnh nhân có kích thước u nguyên phát ≤ 5 mm và phân nhóm 2 gồm 176 bệnh nhân có kích thước u từ > 5 - 10 mm.

- Điều trị I-131 sử dụng liều cố định theo kinh nghiệm dựa trên phân tầng nguy cơ tái phát, xạ hình chẩn đoán, xạ hình sau điều trị và đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn của hội tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA) 2015. Phân tầng nguy cơ bệnh dai dẳng / tái phát theo tiêu chuẩn của ATA 2015 gồm: thấp, trung bình và cao.

- Mục tiêu điều trị I-131 sau phẫu thuật gồm: xóa mô giáp còn lại, điều trị bổ trợ, điều trị tổn thương ung thư tồn dư/di căn. Đánh giá đáp ứng điều trị theo hướng dẫn của ATA 2015.

2.3. Xử lý số liệu: sử dụng các thuật toán trung bình, so sánh, khi bình phương. p < 0.05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

Trung bình	60	46,5	64	27,6
Cao	10	7,8	7	3,0

Trong số 361 bệnh UTTG thể nhú, 84,8% nữ, tỷ lệ nữ/nam 5,6/1. Tuổi trung bình là 46,4 ± 11,7, tỷ lệ < 55 tuổi chiếm 75,9%. Trong vi UTTG, các thông số này lần lượt là 46,9 ± 11,3 và 76,3%.

Trong nhóm vi UTTG, tổn thương đa ổ là 60,3% và ở 2 thùy tuyến giáp là 55,2%.

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng ở nhóm bệnh nhân vi UTTG

Đặc điểm		Kích thước ≤ 5 mm		Kích thước > 5 – 10 mm		p
		n	%	n	%	
Xâm lấn vỏ	Không	20	35,7	37	21	< 0,05*
	Có	36	64,3	139	79	
Phá vỡ vỏ	Không	51	91,1	155	88,1	> 0,05
	Có	5	8,9	21	11,9	
Di căn hạch	Không	41	73,2	138	78,4	> 0,05
	Có	15	26,8	38	21,6	
Nguy cơ tái phát	Thấp	38	67,9	123	69,9	> 0,05
	Trung bình	17	30,4	47	26,7	
	Cao	1	1,8	6	3,4	

Tổn thương xâm lấn vỏ bao giáp ở nhóm vi UTTG là 75,4%, kích thước u > 10 mm là 86,8% (p < 0,05). Trong nhóm vi UTTG, tỷ lệ xâm lấn vỏ bao giáp ở nhóm kích thước u ≤ 5 mm là 64,3%, > 5 – 10 mm là 79% (p < 0,05). Tổn thương phá vỡ vỏ bao giáp ở nhóm vi UTTG là 11,2%, nhóm có kích thước u > 10 mm là 24,8%. Phân tích nhóm vi UTTG, tỷ lệ ở nhóm có kích thước u ≤ 5 mm là 8,9%, > 5 – 10 mm là 11,9% (p > 0,05).

Tỷ lệ di căn hạch ở nhóm vi UTTG là 22,8%, nhóm có kích thước u > 10 mm là 48,1% (p < 0,01). Phân tích nhóm vi UTTG, tỷ lệ này ở nhóm có kích thước u ≤ 5 mm là 26,8% không khác biệt đáng kể so với nhóm có kích thước u > 5 – 10 mm là 21,6% (p > 0,05).

Có 7 bệnh nhân phát hiện di căn xa (4 di căn phổi, 2 di căn xương và 1 di căn cả phổi và xương). Kích thước u > 10 mm có 6 bệnh nhân di căn xa, < 10 mm có 1 bệnh nhân di căn xa, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ tái phát trung bình, cao ở nhóm vi UTTG thấp hơn so với nhóm UTTG thể nhú có kích thước u nguyên phát > 10 mm (p < 0,05). Không phát hiện sự khác biệt đáng kể giữa 2 dưới nhóm có kích thước u nguyên phát ≤ 5 mm và > 5 – 10 mm (p > 0,05).

Bảng 3. Tỷ lệ xóa mô giáp thành công (đáp ứng hoàn toàn) theo các nhóm liều I-131 ở bệnh nhân vi UTTG

Liều I-131	Đáp ứng điều trị		Cộng
	Hoàn toàn	Không hoàn toàn	
30 mCi	78	36	114
> 30 - ≤ 50 mCi	14	4	18
> 50 - ≤ 75 mCi	15	13	28

> 75 - ≤ 100 mCi	33	18	51
	140	71	211

($\chi^2 = 4,94, p > 0,05$)

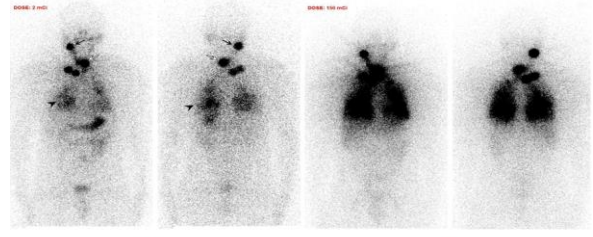
Bảng 4. Phân bố đáp ứng điều trị theo phân tầng nguy cơ bệnh dai dẳng / tái phát ở bệnh nhân UTTG thể nhú thông thường

		Đáp ứng điều trị				Cộng
		Hoàn toàn	Không hoàn toàn sinh hóa	Không hoàn toàn cấu trúc	Không xác định	
Nguy cơ tái phát	Thấp	31	3	4	21	59
	Trung bình	22	6	8	24	60
	Cao	2	1	5	2	10
Cộng		55	10	17	47	129

($\chi^2 = 17,14, p < 0,05$)

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các mức liều điều ($\chi^2 = 4,94, p > 0,05$).

Ở nhóm bệnh nhân UTTG thể nhú thông thường, đáp ứng điều trị liên quan phân tầng nguy cơ tái phát ($\chi^2 = 17,14, p < 0,05$).



Hình 1. Hình ảnh xạ hình toàn thân I-131 ở bệnh nhân sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp

Bệnh nhân nam, 22 tuổi được chẩn đoán VUTTGT pT1aN0M0. Đánh giá trước điều trị I-131 đợt đầu: Tg: 68 ng/mL; không phát hiện mô giáp

tồn dư và hạch cổ nghi ngờ di căn trên siêu âm.

(A) Xạ hình toàn thân chẩn đoán với 2 mCi I-131; (B) Xạ hình toàn thân sau điều trị 150 mCi I-131

IV. BÀN LUẬN

UTTG thể nhú có nguồn gốc từ tế bào nang giáp là tổn thương ác tính tuyến giáp thường gặp nhất. Tỷ lệ vi UTTG khoảng trên 45%, thậm chí một số nghiên cứu báo cáo tỷ lệ vi UTTG có thể lên đến 55 – 60% trong số bệnh nhân UTTG thể nhú mới được phát hiện¹.

- **Tuổi:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về tỷ lệ vi UTTG phân bố theo nhóm tuổi ≥ 55 và < 55 . Tỷ lệ di căn hạch ở bệnh nhân ≥ 55 cao hơn ở bệnh nhân < 55 tuổi ($p < 0,05$). Nghiên cứu Karaszat và cộng sự (2013) trên 539 bệnh nhân UTTG thể nhú (trong đó 311 bệnh nhân vi UTTG) nhận thấy kích thước u nguyên phát và tỷ lệ di căn hạch ở nhóm bệnh nhân < 45 tuổi cao hơn so với nhóm ≥ 45 tuổi ($p < 0,05$)².

- **Vị trí và số lượng u nguyên phát:** Kết quả nhiều nghiên cứu cho thấy tổn thương ung thư đa ổ làm tăng nguy cơ tái phát và là yếu tố dự đoán độc lập di căn trong UTTG thể nhú. Nghiên cứu của Ning Qu và cộng sự (2014) trên 496 bệnh nhân UTTG thể nhú nhận thấy 209 bệnh nhân (42,1%) có tổn thương đa ổ và 298 bệnh nhân (60,1%) có tổn thương ở 2 thùy tuyến giáp³. Nghiên cứu của Yoon Kyoung So và cộng sự trên 277 bệnh nhân vi UTTG, tỷ lệ tổn thương đa ổ là 36,1% và tần suất phát hiện không liên quan đến kích thước u⁴.

- **Đặc điểm xâm lấn, phá vỡ vỏ bao giáp:** Kết quả nghiên cứu của Karaszat và cộng sự cho thấy tỷ lệ xâm lấn, phá vỡ vỏ bao giáp ở nhóm vi UTTG (9,0%) thấp hơn đáng kể so với nhóm UTTG thể nhú thông thường (39,5%); tuy nhiên khác biệt không đáng kể khi phân tích sâu hơn trong nhóm vi UTTG có kích thước u nguyên phát ≤ 5 mm và 5 – 10 mm². Nghiên cứu của Jin Young Kwak trên 221 tổn thương vi UTTG ở 181 bệnh nhân thấy tỷ lệ này trên mô bệnh học là 40,3%⁵. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nhận định của Jin Young Kwak và cs.

- **Di căn hạch:** nghiên cứu của Karaszat và cộng sự (2013) cho thấy tỷ lệ di căn hạch chung của nhóm nghiên cứu, nhóm vi UTTG và nhóm UTTG thể nhú có kích thước u nguyên phát > 10 mm lần lượt là 19,7%, 9,7% và 33%². Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi do khác biệt trong lựa chọn bệnh nhân. Chúng tôi chỉ lựa chọn bệnh nhân đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, điều trị I-131 còn tác giả lựa chọn

toàn bộ bệnh nhân UTTG thể nhú kể cả nhóm bệnh nhân phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp. Nghiên cứu của Yoon Kyoung So và cộng sự trên 551 bệnh nhân vi UTTG không phát hiện hạch di căn trên lâm sàng. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch khoang trung tâm dự phòng thì phát hiện tỷ lệ di căn hạch lên đến 65%⁴. Trong nghiên cứu của Saaduddin Siddiqui và cộng sự trên 273 bệnh nhân vi UTTG với 163 bệnh nhân được phẫu thuật vét hạch cổ thì tỷ lệ di căn hạch ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật là 23%⁶. Theo nghiên cứu của Ning Qu (2014), di căn hạch gặp ở 381 bệnh nhân (76,8%) trong đó 306 bệnh nhân (61,7%) di căn hạch khoang trung tâm³.

- **Di căn xa:** Tỷ lệ UTTG thể nhú di căn xa thường $< 10\%$ bệnh nhân UTTG thể nhú. Đối với vi UTTG, tỷ lệ di căn xa rất thấp theo các nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu hồi cứu của Min Ji Jeon và cộng sự trên 8808 bệnh nhân vi UTTG trong giai đoạn 1999 đến 2012 đã nhận thấy chỉ có 12 (0,1%) bệnh nhân di căn xa (chủ yếu là di căn phổi và di căn xương)⁷. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn xa là 7/361 (1,9%). Nếu tính riêng với nhóm UTTG thể nhú có kích thước u nguyên phát > 10 mm, tỷ lệ di căn xa là 6/129 (4,7%). Chỉ có 1 bệnh nhân trong nhóm vi UTTG di căn phổi (0,4%). Điều đáng lưu ý là hầu hết trường hợp di căn phổi được phát hiện trên xạ hình toàn thân với I-131.

- **Nguy cơ tái phát và đáp ứng điều trị:** kết quả nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy, vi UTTG thường có nguy cơ tái phát và đáp ứng điều trị tương đối tốt^{2,4}. Nghiên cứu của chúng tôi (đánh giá theo tiêu chuẩn ATA 2015) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ tái phát trung bình, cao ở nhóm UTTG thể nhú có kích thước u nguyên phát > 10 mm cao hơn đáng kể so với nhóm vi UTTG ($p < 0,05$) nhưng khi phân tích dưới nhóm vi UTTG, không phát hiện sự khác biệt đáng kể giữa 2 dưới nhóm có kích thước u nguyên phát ≤ 5 mm và $> 5 - 10$ mm ($p > 0,05$). Sau điều trị I-131 lần đầu, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn ở nhóm vi UTTG cao hơn đáng kể so với nhóm UTTG có kích thước u nguyên phát > 10 mm. Tuy nhiên, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn không khác biệt đáng kể giữa 2 nhóm vi UTTG.

- **Tỷ lệ xóa mô giáp thành công:** Nghiên cứu của Bal và cộng sự (1996) trên 149 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú được điều trị xóa mô giáp bằng I-131 ở các mức liều 30 mCi, 50 mCi, 90 mCi và 155 mCi cho thấy tỷ lệ xóa mô giáp thành công ở các mức liều này lần lượt là 63%, 77,8%, 73,7% và 76,7%. Đối với

ngưỡng dưới liều điều trị xóa mô trên 509 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú, tác giả nhận thấy tỷ lệ xóa mô giáp thành công ở bệnh nhân điều trị liều trên 25 mCi cao hơn gấp 3 lần nếu điều trị liều thấp hơn 25 mCi. Từ đó, các tác giả kết luận rằng liều I-131 đủ để xóa mô giáp thành công sau 1 lần điều trị là 25 – 50 mCi⁸.

V. KẾT LUẬN

Vi ung thư tuyến giáp chiếm tỷ lệ 64,3% ung thư tuyến giáp thể nhú. Tỷ lệ xâm lấn, phá vỡ vỏ bao giáp và di căn hạch ở bệnh nhân vi ung thư thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ung thư tuyến giáp thể nhú thông thường. 66% bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp điều trị xóa mô giáp đạt đáp ứng hoàn toàn sau một lần điều trị I-131. Ở nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú thông thường, đáp ứng điều trị có mối liên quan với phân tầng nguy cơ tái phát sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Key Statistics for Thyroid Cancer.** 2021; Available from: [https://www.cancer.org/cancer/](https://www.cancer.org/cancer/thyroid-cancer/about/key-statistics.html)

2. **Karatzas, T., et al.,** Risk factors contributing to the difference in prognosis for papillary versus micropapillary thyroid carcinoma. *The American Journal of Surgery*, 2013. 206(4): p. 586-593.
3. **Qu, N., et al.,** Number of tumor foci predicts prognosis in papillary thyroid cancer. *BMC Cancer*, 2014. 14: p. 914.
4. **So, Y.K., et al.,** Subclinical lymph node metastasis in papillary thyroid microcarcinoma: a study of 551 resections. *Surgery*, 2010. 148 (3): p. 526-531.
5. **Kwak, J.Y., et al.,** Extrathyroid extension of well-differentiated papillary thyroid microcarcinoma on US. *Thyroid*, 2008. 18(6): p. 609-614.
6. **Siddiqui, S., et al.,** Clinical and pathologic predictors of lymph node metastasis and recurrence in papillary thyroid microcarcinoma. *Thyroid*, 2016. 26(6): p. 807-815.
7. **Jeon, M.J., et al.,** Features predictive of distant metastasis in papillary thyroid microcarcinomas. *Thyroid*, 2016. 26(1): p. 161-168.
8. **Bal, C., et al.,** Prospective randomized clinical trial to evaluate the optimal dose of 131 I for remnant ablation in patients with differentiated thyroid carcinoma. *Cancer*, 1996. 77(12): p. 2574-80.

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA ĐIỀU DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Đỗ Thị Thu Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng công tác giáo dục sức khỏe của điều dưỡng cho người bệnh đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 100 người bệnh được chẩn đoán đái tháo đường type 2 đang điều trị nội trú tại Khoa tim mạch - Bệnh viện Nội tiết Trung ương trong thời gian từ tháng 03/2022 đến 6/2022. **Kết quả:** Phần lớn người bệnh được Điều dưỡng tư vấn, hướng dẫn về chế độ sử dụng thuốc và chế độ dinh dưỡng chiếm lần lượt 93% và 91%. Có 82 người bệnh nhận xét Điều dưỡng thực hiện tốt, đầy đủ việc tư vấn, hướng dẫn theo dõi phát hiện biến chứng chiếm 82%. Có 87% người bệnh được hướng dẫn, tư vấn đầy đủ việc tái khám định kỳ. **Kết luận:** Thực trạng công tác giáo dục sức khỏe của điều dưỡng cho người bệnh đái tháo đường type 2 được NB đánh giá khá cao với 83% ở mức đạt. **Từ khóa:** giáo dục sức khỏe, đái tháo đường type 2

SUMMARY

THE SITUATION OF NURSING HEALTH EDUCATION FOR PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES AT THE CENTRAL ENDOCRINOLOGY HOSPITAL

Objective: To describe the current status of health education work of nurses for people with type 2 diabetes at the central endocrinology Hospital. **Method:** A cross-sectional descriptive study on 100 patients diagnosed with type 2 diabetes are receiving inpatient treatment at the Department of Cardiology in the Central Endocrinology Hospital from March 2022 to June 2022. **Results:** The majority of patients received advice and guidance from nurses on medication use and nutrition, accounting for 93% and 91%, respectively. There were 82 patients who commented that nurses performed well and fully in consulting, guiding, monitoring and detecting complications, accounting for 82%. Have 87% of patients received full instructions and advice on regular follow-up examinations. **Conclusion:** The current status of health education work of nurses for people with type 2 diabetes is highly appreciated by patients with 83% being at the satisfactory level.

Keywords: health education, type 2 diabetes.

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị thu Hiền
Email: dothuhien@ndun.edu.vn
Ngày nhận bài: 7.2.2024
Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024
Ngày duyệt bài: 15.4.2024