

cũng không phải là phương pháp điều trị hoàn hảo do có thể dẫn đến sự mất cân bằng và biến dạng mới của mũi. Trong quá trình loại bỏ vật liệu nhân tạo, kỹ thuật phẫu thuật chính xác và chi tiết là rất quan trọng. Phẫu thuật viên cần phải thực hiện một loạt các bước bóc tách tỉ mỉ để đảm bảo rằng vật liệu được loại bỏ hoàn toàn, an toàn và hạn chế gây tổn thương cấu trúc mũi. Trên bệnh nhân này, sau khi lấy bỏ vật liệu nhân tạo, bệnh nhân mong muốn chỉnh hình mũi sau khi tình trạng bệnh nhân ổn định. Kết quả cấy mỡ ở bệnh nhân ghi nhận vi khuẩn không mọc, điều này có thể do bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh dài ngày trước đó. Kết quả giải phẫu bệnh mô xơ viêm kinh niên, phù hợp với chẩn đoán biến chứng nhiễm trùng xảy ra trong thời gian kéo dài sau phẫu thuật nâng mũi. Sau phẫu thuật 1 tháng, mũi hết sưng đau, vết thương lành tốt. Nội soi tiền đình mũi không sưng nề, không đọng mủ. Kết quả này cho thấy việc lấy bỏ vật liệu nhân tạo và sử dụng kháng sinh hợp lý đã giúp xử lý triệt để biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật nâng mũi ở bệnh nhân.

#### IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nâng mũi là phương pháp phẫu thuật thẩm mỹ phổ biến, tuy nhiên có thể xảy ra các biến chứng sau phẫu thuật. Việc phòng ngừa, phát hiện sớm và xử lý kịp thời biến chứng

nếu có là điều cần thiết để đảm bảo kết quả phẫu thuật tốt về cả mặt thẩm mỹ và chức năng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ho, O.Y.M., P.K.M. Ku, and M.C.F. Tong,** Rhinoplasty outcomes and trends. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 2019. 27(4): p. 280-286.
2. **Taha, M., et al.,** Adult Knowledge About Postoperative Complications of Rhinoplasty in the Western Region of Saudi Arabia. *Cureus*, 2023. 15(4): p. e37183.
3. **Moon, K.-C., et al.,** Late-onset inflammation in Asian rhinoplasty using alloplastic implants. *Aesthetic Plastic Surgery*, 2021. 45: p. 670-678.
4. **Surowitz, J.B. and S.P.** Most Complications of rhinoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am*, 2013. 21(4): p. 639-51.
5. **Choi, J.Y.,** Complications of Alloplast Rhinoplasty and Their Management: A Comprehensive Review. *Facial Plast Surg*, 2020. 36(5): p. 517-527.
6. **Kim, Y.K., K. Kania, and A.H. Nguyen,** Rhinoplasty with Cartilage and Alloplastic Materials, Nasal SMAS Management in Asian Rhinoplasty, Contracture Classification, and Secondary Rhinoplasty with Contracture. *Semin Plast Surg*, 2015. 29(4): p. 255-61.
7. **Ferril, G.R., J.M. Wudel, and A.A. Winkler,** Management of complications from alloplastic implants in rhinoplasty. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 2013. 21(4): p. 372-8.
8. **Seo, M.G., E.K. Choi, and K.J. Chung,** Delayed inflammatory response evoked in nasal alloplastic implants after COVID-19 vaccination: A case report. *World J Clin Cases*, 2022. 10(23): p. 8298-8303.

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH NHÂN ĐẶC ĐƠN ĐỘC TUYẾN GIÁP TỪ 10 ĐẾN 25MM TRÊN SIÊU ÂM 2D TẠI BỆNH VIỆN K TÂN TRIỀU

Nguyễn Văn Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Trung<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Hương<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh nhân đặc đơn độc tuyến giáp từ 10 đến 25 mm trên siêu âm 2D. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh K Tân Triều từ 08/2018 đến 06/2019 với 158 bệnh nhân. **Kết quả:** Nhân giáp có chiều cao > chiều rộng 63 chiếm 39,9%, chiều cao, chiều rộng là 95 chiếm 60,1%; nhân giáp có bờ nhẵn 52 chiếm 32,9%, bờ đa cung 69 chiếm 43,7%, bờ xâm lấn 23 chiếm 14,6%, không rõ bờ 14 chiếm 8,9%; nhân giáp giảm âm 50 chiếm 31,7%, rất giảm âm 102

chiếm 64,6%, đồng âm/tăng âm 6 chiếm 3,7%; nhân giáp không có vôi hóa 58 chiếm 36,7%, vôi hóa thô 15 chiếm 9,5%, vôi hóa viên 2 chiếm 1,3%, vi vôi hóa 83 chiếm 52,5%. **Kết luận:** Các đặc điểm về chiều cao lớn hơn chiều rộng, vi vôi hóa, rất giảm âm, bờ đa cung/xâm lấn trên siêu âm 2D có giá trị trong gợi ý và chẩn đoán nhân giáp ác tính. **Từ khóa:** Nhân giáp đơn độc, siêu âm 2D, TIRADS

#### SUMMARY

#### IMAGING CHARACTERISTICS OF THYROID SOLITARY NUCLEI FROM 10 TO 25 MM ON 2D ULTRASOUND AT K TAN TRIEU HOSPITAL

**Objectives:** Characterize the imaging characteristics of thyroid solitary nuclei from 10 to 25 mm on ultrasound 2D. **Subjects and methods:** The study was conducted on patients visiting and treated at K Tan Trieu Hospital from 08/2018 to 06/2019 with 158 patients. **Result:** Armor kernel has height > width 63 accounts for 39.9%, height and width is 95 accounting for 60.1%; The core has a smooth bank 52

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hưng

Email: drhungytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.4.2024

accounting for 32.9%, a multi-arc bank 69 accounting for 43.7%, an invasive bank 23 accounting for 14.6%, an unknown shore 14 accounting for 8.9%; Hypotonic thyroid nucleus 50 accounts for 31.7%, very hypotonic 102 accounts for 64.6%, homophony/hypertonic 6 accounts for 3.7%; The thyroid nucleus without calcification 58 accounts for 36.7%, coarse calcification 15 accounts for 9.5%, marginal calcification 2 accounts for 1.3%, microcalcification 83 accounts for 52.5%. **Conclusion:** Features of height greater than width, microcalcification, very hypoplasia, multiarc/invasive margin on ultrasound 2 D are valuable in suggestive and diagnostic of malignant thyroid nuclei. **Keywords:** Solitary thyroid nucleus, 2D ultrasound, TIRADS

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư tuyến giáp là loại ung thư phổ biến. Theo GLOBOCAN 2018 [1], ung thư tuyến giáp đứng hàng thứ 9 trong tổng số các ca ung thư ở cả hai giới với khoảng 567.000 ca mới mắc hàng năm, đứng thứ 5 trong số các loại ung thư ở nữ giới. Tỷ lệ mắc khoảng 3,1/100.000 dân ở cả hai giới và tỷ lệ nam/nữ là 1/3.

Có nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh được ứng dụng trong chẩn đoán nhân tuyến giáp. Siêu âm là phương pháp đơn giản, chi phí thấp, không gây hại nên có thể lặp lại nhiều lần. Vì vậy, siêu âm là phương pháp chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn đầu tiên trong việc khảo sát các bệnh lý tuyến giáp nói chung và nhân tuyến giáp nói riêng [2].

Hệ thống dữ liệu và báo cáo hình ảnh tuyến giáp TIRADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System) đã được một số tác giả trên thế giới phát triển dựa trên phân loại BIRADS của tuyến vú. Nghiên cứu của chúng tôi dựa trên bảng phân loại ACR TIRADS 2017 vì được đánh giá là đơn giản, hiệu quả, dễ áp dụng trong thực hành lâm sàng [3].

Về khuyến cáo chọc hút kim nhỏ nhân giáp.

Khuyến cáo của hiệp hội tuyến giáp hoa kỳ [4]

Nguy cơ	Cao, trung bình	Thấp	Rất thấp
FNA	≥ 1 cm	≥ 1.5 cm	≥ 2 cm

Khuyến cáo của ủy ban ACR TIRADS [3]

Nguy cơ	Cao	Trung bình	Thấp
FNA	≥ 1 cm	≥ 1.5 cm	≥ 2.5 cm

Chúng ta thấy chọc hút kim nhỏ nhân giáp các khuyến cáo còn nhiều mâu thuẫn ở kích thước từ 10 đến 25 mm, các đặc điểm về hình ảnh siêu âm sẽ giúp chúng ta xếp loại TIRADS để đánh giá nguy cơ và hướng dẫn chọc hút. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Mô tả đặc điểm hình ảnh nhân đặc đơn độc tuyến giáp từ 10 đến 25 mm trên siêu âm 2D. "

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh K Tân Triều từ tháng 08/2018 đến 06/2019 có nhân giáp đơn độc kích thước từ 10 - 25mm, xếp loại TIRADS 4,5 theo ACR TIRADS 2017.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, cỡ mẫu thuận tiện với 158 bệnh nhân bệnh nhân được thực hiện siêu âm xếp loại TIRADS theo ACR TIRADS 2017 và chọc hút kim nhỏ trên máy Logiq S 10, hình ảnh được lưu trên PACS.

**Kỹ thuật siêu âm:**

Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, gối kê dưới vai, ngửa cổ tối đa.

Dùng đầu dò linear tần số cao 12 MHz độ phân giải cao, đầu dò luôn vuông góc với mặt da, số vùng Focus phù hợp và không để quá sâu.

Kỹ thuật khám: Di chuyển đầu dò từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài.

Đảm bảo không bỏ sót vùng nào của tuyến giáp.

Đo kích thước các tổn thương (đường kính lớn nhất): chiều rộng, dày, chiều cao.

Chiều cao và rộng đo trên mặt cắt ngang, chiều dài đo trên mặt cắt dọc

Lưu hình ảnh và ghi nhận kết quả vào phiếu điều tra, sơ bộ đánh giá tổn thương lành tính, nghi ngờ ác tính hay ác tính.

Phân loại tổn nhân giáp đặc theo ACR TIRADS 2017 theo các tiêu chí hình dạng, đường bờ, cấu trúc âm và vi vôi hóa (chấm tăng âm).

**Xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS 20.0, tính tỉ lệ %, sử dụng bảng chéo 2x2 tính Se, Sp, PPV, NPV, Acc

Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả các thông tin khai thác từ bệnh nhân và hồ sơ bệnh án đều được giữ bí mật. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị, đánh giá tiên lượng bệnh, phục vụ công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.** Phân bố theo giới của bệnh nhân nghiên cứu (n=158): Trong số 158 bệnh nhân có nhân tuyến giáp TIRADS 4 - 5 được nghiên cứu có 134 bệnh nhân nữ chiếm 84,8%; 24 bệnh nhân nam chiếm 15,3%. Nhân tuyến giáp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp chủ yếu ở nữ, tỷ lệ: nữ/nam = 5,6.

**Bảng 1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu theo giới (n=158)**

Nhóm tuổi	Giới		Nữ	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 40	14	28,6	35	71,4

41 – 60	9	10,1	80	89,9
>60	1	5,0	19	95,0
<b>Tổng</b>	<b>24</b>	<b>15,2</b>	<b>134</b>	<b>84,8</b>

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của nghiên cứu là  $46,61 \pm 11,79$ , tuổi cao nhất là 72, tuổi thấp nhất là 18. Nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là 41- 60 tuổi là 56,3%.

Tỷ lệ nam giới giảm dần theo nhóm tuổi, nhóm dưới 40 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 28,6%; nhóm 41-60 tuổi chiếm 10,1%, thấp nhất nhóm trên 60 tuổi 5,0%. Tỷ lệ nữ giới tăng dần theo nhóm tuổi, nhóm trên 60 tuổi 95,0%; nhóm 41-60 tuổi 89,9%, nhóm dưới 40 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 71,4%.

#### Đặc điểm hình dạng

**Bảng 2. Phân bố nhân giáp theo hình dạng (n=158)**

Hình dạng	Số lượng	Tỷ lệ %
Chiều rộng lớn hơn chiều cao	95	60,1
Chiều cao lớn hơn chiều rộng	63	39,9
<b>Tổng</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đặc điểm chiều cao lớn hơn chiều rộng chiếm tỷ lệ thấp 39,9% so với đặc điểm chiều rộng lớn hơn chiều cao (60,1%).

#### Đặc điểm đường bờ - ranh giới

**Bảng 3. Phân bố nhân giáp theo đặc điểm đường bờ - ranh giới (n=158)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Bờ nhẵn	52	32,9
Không rõ bờ	14	8,9
Bờ đa cung	69	43,7
Bờ xâm lấn	23	14,6
<b>Tổng</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đường bờ ranh giới đa cung 43,9% và nhẵn 32,9% là phổ biến, trong khi đó không rõ bờ chiếm tỉ lệ ít nhất với 8.9 %.

#### Đặc điểm cấu trúc âm

**Bảng 4. Phân bố nhân giáp theo cấu trúc âm (n=158)**

Cấu trúc âm	Số lượng	Tỷ lệ %
Đồng âm/tăng âm	6	3,8
Giảm âm	50	31,7
Rất giảm âm	102	64,6
<b>Tổng</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đặc điểm rất giảm âm chiếm tỷ lệ cao nhất với 64,6%; sau đó đến giảm âm với 31,7%, tỷ lệ đồng âm/tăng âm thấp nhất với 3,8%.

#### Đặc điểm vôi hóa

**Bảng 5. Phân bố nhân giáp theo đặc điểm vôi hóa (n=158)**

Đặc điểm vôi hóa	Số lượng	Tỷ lệ %
Không vôi hóa	58	36,7
Vôi hóa thô, to	15	9,5
Vôi hóa chu vi	2	1,3

Vi vôi hóa	83	52,5
<b>Tổng</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đặc điểm vi vôi hóa cao nhất chiếm 52,5%; thấp hơn không vôi hoá 36,7%, thấp nhất là vôi hoá chu vi 1,3%.

## IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm về tuổi.** Tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là  $46,61 \pm 11,79$  tuổi cao nhất là 72 và thấp nhất là 18 tuổi.

Bệnh hay gặp ở lứa tuổi từ 41 - 60, chiếm 56,3% đối với cả hai giới thấp hơn là nhóm tuổi 21-40 (30,4%), thấp nhất nhóm dưới 20 tuổi chỉ có 0,6% (1 bệnh nhân). Kết quả này cùng xu hướng với kết quả nghiên cứu trước: Trần Thúy Hồng (2013) tuổi hay gặp nhất là 41-60 tuổi (42%) [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Kim Sơn (2017) cho thấy tuổi trung bình là  $56,8 \pm 15,6$ , tuổi nhỏ nhất là 10, cao nhất là 86. Nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 48,1% sau đó đến nhóm 40 - ≤ 60 tuổi 36,1%, nhóm có tỷ lệ thấp nhất là nhóm ≤ 20 tuổi 1,9% [6]. Jin Young Kwak (2011) tuổi hay gặp từ 20 - 60, trung bình 50,3 với nữ và 52,2 với nam [7]. Các nghiên cứu về độ tuổi thường gặp của nhân giáp khác nhau tùy từng nghiên cứu nhưng nhìn chung bước giáp nhân thường gặp ở lứa tuổi nhất từ 20 - 60 tuổi.

**Đặc điểm về giới.** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong số 158 bệnh nhân có nhân tuyến giáp TIRADS 4 - 5 được nghiên cứu có 134 bệnh nhân nữ chiếm 84,8%; 24 bệnh nhân nam chiếm 15,3%. Nhân tuyến giáp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp chủ yếu ở nữ, tỷ lệ: nữ/nam = 5,6.

Tỷ lệ nam giới giảm dần theo nhóm tuổi, nhóm dưới 40 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 28,5%; nhóm 41-60 tuổi chiếm 10,1%, thấp nhất nhóm trên 60 tuổi 5,0%. Tỷ lệ nữ giới tăng dần theo nhóm tuổi, nhóm trên 60 tuổi 95,0%; nhóm 41-60 tuổi 89,9%, nhóm dưới 40 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 71,4%.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Kim Sơn (2017) cho thấy với 63 nốt trên 57 bệnh nhân tỷ lệ nữ chiếm đa số, tỷ lệ nữ/Nam =  $50/7 = 7/1$  [6]; tỷ lệ này trong nghiên cứu của Jin Yong Kwak (2011) 5,1 [7]. Như vậy hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ mắc nhân giáp ở nữ luôn có tỷ lệ mắc nhiều hơn nam.

**Đặc điểm về hình dạng.** So sánh về hình dạng nghiên cứu chúng tôi so sánh chiều cao và chiều rộng nhân giáp thành đặc điểm chiều cao lớn hơn chiều rộng, chiều rộng lớn hơn chiều cao.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đặc điểm chiều cao lớn hơn chiều rộng chiếm tỷ thấp

39,9% so với đặc điểm chiều rộng lớn hơn chiều cao (60,1%).

Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Kim Sơn (2017) [6] đặc điểm chiều cao lớn hơn chiều rộng chiếm tỷ thấp 22,2% so với đặc điểm chiều rộng lớn hơn chiều cao 77,8%.

Kết quả này phù hợp với kết quả một số nghiên cứu cho thấy đặc điểm chiều cao lớn hơn chiều rộng rất đặc hiệu (độ đặc hiệu 93%) để phân biệt nhân lành tính và ác tính. Sự phát triển của ung thư giáp các nhân ác tính thường phát triển xuyên qua mặt phẳng của mô bình thường, trong khi các nhân lành tính thường phát triển song song với mặt phẳng của mô bình thường. Do vậy các nhân ác tính thường có hình dạng chiều cao lớn hơn chiều rộng còn các nhân lành tính thường có hình ovan (có chiều rộng lớn hơn chiều cao). Nghiên cứu của Jin Young Kwak (2011) [7] cho thấy đặc điểm chiều cao lớn hơn chiều rộng gặp với tần suất khá cao ở nhóm ác tính với 51% trong khi ở nhóm nhân lành tính chỉ chiếm 4%. Nhân lành tính có hình dạng chiều rộng lớn hơn chiều cao với 96%.

Nghiên cứu của Trần Thúy Hồng (2017) [5] cho thấy phần lớn nhân lành tính có hình dạng chiều rộng lớn hơn chiều cao chiếm 99,14%, đặc điểm chiều cao lớn hơn chiều rộng gặp ở nhóm ác tính là 21,4%, nhóm lành tính chỉ có 0,86%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,001$ .

Tổng hợp các nghiên cứu trên có thể thấy đặc điểm hình dạng chiều cao lớn hơn chiều rộng rất có giá trị trong chẩn đoán ung thư giáp

**Đặc điểm về đường bờ, ranh giới.** Trong nghiên cứu của chúng tôi ranh giới, đường bờ được phân thành hai nhóm: bờ nhẵn, không rõ bờ, bờ đa cung, bờ xâm lấn. Kết quả của chúng tôi cho thấy đường bờ ranh giới đa cung 43,9% và nhẵn 32,9% là phổ biến.

Nghiên cứu của Nguyễn Kim Sơn (2017) [6] cho thấy trong tổng số 63 nốt có 16 nốt có bờ không đều chiếm 25,4%. Dấu hiệu bờ không đều (bờ tua gai hoặc đa cung nhỏ) tuy là dấu hiệu gợi ý có liên quan nhiều đến tổn thương ác tính song không được coi là dấu hiệu chắc chắn trong chẩn đoán trừ trường hợp u có bờ thùy múi, ranh giới không rõ do xâm lấn và có phá vỡ vỏ bao tuyến giáp.

Nghiên cứu của Trần Thúy Hồng (2017) [5] ở nhóm lành tính 98,3% nhân có bờ đều ranh giới rõ, chỉ có 1,7% nhân có bờ không đều, không gặp nhân có ranh giới không rõ. Nhóm ác tính bờ không đều gặp với tần suất cao nhất 46,4%; bờ đều, ranh giới rõ 35,7%; ranh giới không rõ 17,9%.

Hiện nay các nhân tuyến giáp được xếp thành 3 nhóm: đường bờ đều, ranh giới rõ thường gặp trong tổn thương lành tính; đường bờ không đều, tua gai hoặc thùy múi thường gặp trong tổn thương ác tính; ranh giới không rõ gặp ở cả nhân lành tính và nhân ác tính vì các nhân tuyến giáp lành tính thường không có vỏ xơ hoàn toàn đôi khi không có ranh giới với mô lành nhất là khi tổn thương nhỏ. Dấu hiệu bờ đều ranh giới rõ gợi ý nhiều đến tổn thương lành tính hơn là ác tính còn dấu hiệu bờ không đều hoặc có các múi nhỏ tuy được gợi ý có liên quan nhiều đến tổn thương ác tính song không được coi là dấu hiệu chắc chắn trong chẩn đoán ác tính trừ trường hợp nhân có bờ thùy múi, ranh giới không rõ do xâm lấn và có phá vỡ vỏ bao tuyến giáp.

**Đặc điểm cấu trúc âm.** Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đặc điểm rất giảm âm chiếm tỷ lệ cao nhất 64,6%; giảm âm 31,7%, tỷ lệ đồng âm/tăng âm thấp nhất 3,8%. Đặc điểm rất giảm âm chiếm tỷ lệ cao nhất 64,6%, gợi ý một tổn thương ác tính.

Trong nghiên cứu của Trần Thúy Hồng (2017) [6] ở nhóm ác tính chỉ gặp ba dạng hồi âm trong đó đặc điểm giảm âm gặp với tần suất lớn nhất 78,6%; 7,1% tăng âm; 14,3% âm hỗn hợp; không gặp trường hợp nào trống âm hoặc đồng âm. Ở nhóm nhân lành tính gặp cả 5 dạng hồi âm, trong đó âm hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 54,3%; giảm âm chỉ chiếm 8,6%. Nhiều nghiên cứu cho thấy đặc điểm rất giảm âm liên quan chặt chẽ với nhân ác tính.

Theo các nghiên cứu trước đây, các nhân lành tính thường biểu hiện dưới dạng trống âm, hỗn hợp âm, tăng âm, đồng âm hoặc có cũng có thể là giảm âm còn các nhân ác tính chủ yếu biểu hiện dưới dạng giảm âm nhưng cũng có tỷ lệ nhỏ nhân ác tính biểu hiện dưới dạng tăng âm, hỗn hợp âm nhất là ung thư biểu mô dạng nang đôi khi khó phân biệt với u nang tuyến.

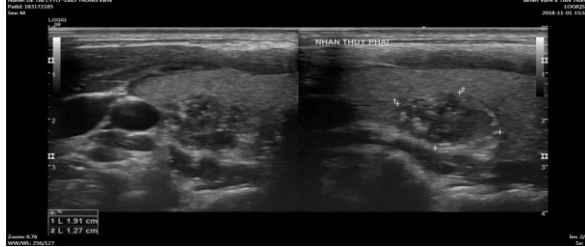
**Đặc điểm vi vôi hóa.** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ vi vôi hóa (chấm tăng âm) cao nhất chiếm 52,5%; thấp hơn không vôi hoá chiếm 36,7%, thấp nhất là vôi hoá chu vi hay vôi hoá viền chiếm 1,3%.

Kết quả của chúng tôi cao hơn Nguyễn Kim Sơn (2017) [6] tỷ lệ vi vôi hóa là 49,2%.

Nghiên cứu của Trần Thúy Hồng (2017) [5] cho thấy đặc điểm vôi hóa gặp chủ yếu ở nhóm nhân ác tính 67,8%, trong đó vi vôi hóa (chấm tăng âm) chiếm tỷ lệ cao nhất 57,1%, còn lại là vôi hóa lớn (vôi hóa thô) và không vôi hóa, không gặp trường hợp nào có vôi hóa viền trong nhóm ác tính. Các nhân lành tính không có vôi

hóa 87,9%, chỉ có 12,1% nhân có vôi hóa, trong đó vi vôi hóa (chấm tăng âm) chỉ chiếm 3,4%; vôi hóa lớn hay vôi hóa thô là 4,3% và vôi hóa viền là 3,4%.

Như vậy đặc điểm vi vôi hóa (chấm tăng âm) rất có giá trị gợi ý một tổn thương ác tính.

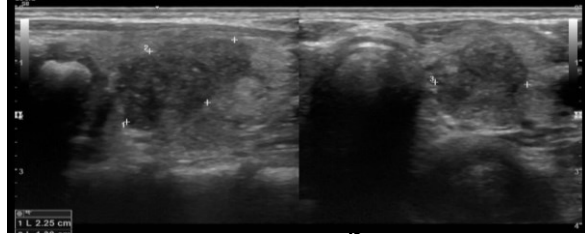


**Hình 1. Bệnh nhân Đào Trung K 18T nhân thùy phải rất giảm âm, vi vôi hóa, vôi hóa viền, TIRADS 5 (ACR TIRADS 2017)**

Mã bệnh án: 183172185

FNA: Carcinoma thể nhú.

GPB: Carcinoma thể nhú.



**Hình 2. Bệnh nhân Nguyễn Thị H 49T nhân thùy trái rất giảm âm, bờ đa cung, chiều cao lớn hơn chiều rộng TIRADS 5 (ACR TIRADS 2017)**

Mã bệnh án: 183176078

FNA: Carcinoma thể tủy.

GPB: Carcinoma thể tủy.

## V. KẾT LUẬN

Khi nghiên cứu 158 bướu giáp nhân trên 158 bệnh nhân trong đó có 134 nhân giáp ác tính và 24 nhân giáp lành tính chúng tôi thấy: Các đặc điểm siêu âm 2 D có giá trị khi chẩn đoán ung thư giáp là rất giảm âm, vi vôi hóa, hình dạng chiều cao lớn hơn chiều rộng, bờ đa cung/xâm lấn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Ferlay J, Soerjomataram I, et al. (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. Moon H.-G, Jung E.-J, Park S.-T, et al. (2007). Role Of Ultrasonography in Predicting Malignancy in Patients with Thyroid Nodules. World J Surg, 31(7), 1410–1416.
3. Tessler F.N., Middleton W.D., Grant E.G., et al. (2017). ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. J Am Coll Radiol, 14(5), 587–595.
4. Haugen B.R., Alexander E.K., Bible K.C., et al. (2016). 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, 26(1), 1–133.
5. Trần Thúy Hồng, Bùi Văn Lệnh, Lê Tuấn Linh (2013), Đặc điểm hình ảnh và giá trị của siêu âm trong chẩn đoán các tổn thương khu trú tuyến giáp, Bệnh viện đại học y Hà Nội, Hà Nội
6. Nguyễn Kim Sơn (2017), Giá trị của chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm ở nhóm bệnh nhân có nhân giáp TIRADS 3 – 4, Đại học Y Hà Nội.
7. Kwak J.Y., Han K.H., Yoon J.H., et al. (2011). Thyroid imaging reporting and data system for US features of nodules: a step in establishing better stratification of cancer risk. Radiology, 260(3), 892–899.

## TỶ LỆ THÀNH CÔNG CỦA PHÁC ĐỒ CLOTRIMAZOLE LIỀU DUY NHẤT TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM TRONG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN MÊKÔNG

Phạm Hùng Cường<sup>1</sup>, Nguyễn Thạc Văn<sup>1</sup>, Bùi Chí Thương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm âm đạo do nấm là một bệnh lý thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Khi mang thai, những thay đổi về tình trạng nội tiết làm cho các

thai phụ dễ mắc viêm âm đạo do nấm hơn so với phụ nữ không mang thai, đặc biệt là trong 3 tháng cuối thai kỳ. Điều trị viêm âm đạo do nấm thường hiệu quả khi dùng các thuốc nhóm Imidazoles, trong đó Clotrimazole 500 mg liều duy nhất được đánh giá là an toàn đồng thời mang lại hiệu quả cao trong điều trị viêm âm đạo do nấm ở đối tượng phụ nữ có thai. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ thành công phác đồ Clotrimazole 500 mg liều duy nhất trong điều trị viêm âm đạo do nấm trong thai kì ở tuổi thai > 12 tuần tại bệnh viện Phụ sản MêKông từ tháng 10/2022 đến tháng 04/2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả dọc tiến cứu, tiến hành trên 139 thai phụ có tuổi thai > 12

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hùng Cường

Email: bspbcuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024