

nhóm có canxi ion giảm (92,6%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0001 < 0,05$).

Tình trạng hoạt động bệnh và mức độ hoạt động bệnh được thể hiện qua thang điểm đánh giá mức độ đau VAS, chỉ số đánh giá viêm (CRP) và chỉ số BASDAI. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thể hiện ở biểu đồ 4, biểu đồ 5 và biểu đồ 6 cho thấy tỉ lệ thiếu vitamin D ở nhóm đối tượng nghiên cứu có mức độ đau vừa hoặc nặng (90,5%) cao hơn so với nhóm đối tượng nghiên cứu có mức độ đau nhẹ (52,2%), ở nhóm có chỉ số CRP tăng tỉ lệ thiếu vitamin D là 71,7% cũng cao hơn nhóm có chỉ số CRP bình thường (47,6%). Tương tự như vậy, tỉ lệ thiếu vitamin D ở nhóm đối tượng nghiên cứu có chỉ số BASDAI thấp (không hoạt động bệnh) là 54,9% thấp hơn so với tỉ lệ thiếu vitamin D ở nhóm có chỉ số BASDAI cao (đang hoạt động bệnh) (93,8%). Có sự liên quan giữa tình trạng thiếu vitamin D với mức độ đau (VAS), chỉ số CRP và chỉ số BASDAI ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu này tương tự với nghiên cứu của ZHAO và cộng sự công bố năm 2017 khi nghiên cứu trên 235 bệnh nhân viêm khớp - cột sống thể trực tại Anh cho thấy sự thiếu hụt vitamin D có liên quan đến mức độ đau (VAS) (OR= 1,21, 95%, CI: 1,07- 1,38), chỉ số CRP (OR= 1,02, CI 95%: 1,01- 1,04,) chỉ số hoạt động bệnh BASDAI (OR= 1,23, 95% CI: 1,06 - 1,41).

V. KẾT LUẬN

Tình trạng thiếu hụt vitamin D gặp khá phổ biến ở bệnh nhân viêm khớp - cột sống. Sự thiếu hụt này càng tăng lên khi người bệnh có thời gian mắc bệnh kéo dài hoặc có các dấu hiệu bệnh đang hoạt động mạnh như mức độ đau vừa hoặc nặng (tăng điểm VAS), các chỉ số CRP và BASDAI tăng cao. Do đó, xét nghiệm định

lượng nồng độ vitamin D là cần thiết, giúp cho các thầy thuốc lâm sàng có thể bổ sung vitamin D sớm cho các đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Durmus B, Altay Z, Baysal O, Ersoy Y. Does vitamin D affect disease severity in patients with ankylosing spondylitis? Chin Med J (Engl). 2012;125(14):2511-2515.
2. Vitamin D treatment for connective tissue diseases: hope beyond the hype? | Rheumatology | Oxford Academic. Accessed May 22, 2020. <https://academic.oup.com/rheumatology/article/56/2/178/2631547>
3. Crotti C, Becciolini A, Biggioggero M, Favalli EG. Vitamin D and Spondyloarthritis: Review of the Literature. Open Rheumatol J. 2018;12(1). doi:10.2174/1874312901812010214
4. Fernandes S, Etcheto A. Vitamin D status in spondyloarthritis: results of the ASAS-COMOSPA international study. Clin Exp Rheumatol. Published online 2018:5.
5. Vitamin-D-deficiency.pdf. Accessed September 4, 2021. <http://www.beauty-review.nl/wp-content/uploads/2015/04/Vitamin-D-deficiency.pdf>
6. Ismail M F, El-Mansoury TM, Abd El-Karim AH, et al. Vitamin D status in ankylosing spondylitis patients: Relation to bone health, disease activity, functional status, spine mobility and enthesitis. Egypt Rheumatol. 2020;42(4):291-295. doi:10.1016/j.ejr.2020.08.005
7. Guła Z, Kopczyńska A, Hańska K, et al. Vitamin D serum concentration is not related to the activity of spondyloarthritis - preliminary study. Reumatologia. 2018;56(6):388-391. doi:10.5114/reum.2018.80717
8. Ho-Pham L, Nguyen N, Lai T, Eisman J, Nguyen T. Vitamin D status and parathyroid hormone in a urban population in Vietnam. Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA. 2010;22:241-248. doi:10.1007/s00198-010-1207-4

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TÌNH TRẠNG DI CẢN HẠCH CỦA VI UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ

Nguyễn Xuân Hậu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá đặc điểm lâm sàng và tình trạng di căn hạch của vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và**

phương pháp: Nghiên cứu mô tả trên 80 bệnh nhân được chẩn đoán vi ung thư tuyến giáp thể nhú, được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 3/2016 đến tháng 1/2020. **Kết quả:** Tỉ lệ sờ thấy u trên lâm sàng là 39,8%, u ở 1 thùy 93,7%. hạch cổ trên lâm sàng 14,9. U trên siêu âm 100%, u TIRADS 4 chiếm 77,6%. Hạch trên siêu âm 25,5%; hạch cổ bên 65,9%, trong đó mất cấu trúc xoang hạch 68,3%, vôi hóa trong hạch 31,7%. FNA khối u 100%, kết quả dương tính 77%, nghi ngờ 18,3%, âm tính 4,7%. **Kết luận:** Vi ung thư tuyến giáp thể nhú chủ yếu phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ, bệnh ít triệu chứng,

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyensexuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 31.8.2021

Ngày duyệt bài: 10.9.2021

ít di căn hạch trên lâm sàng.

Từ khóa: vi ung thư tuyến giáp thể nhú, đặc điểm lâm sàng, di căn hạch

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND CERVICAL LYMPH NODES METASTASIS OF PAPILLARY THYROID MICROCARCINOMA

Objective: To evaluate the clinical features and cervical lymph node metastasis of papillary thyroid carcinoma at Hanoi medical university hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective study on 80 patients were diagnosed with papillary thyroid microcarcinoma, operated at Hanoi medical university hospital from March 2016 to January 2020. **Results:** Clinical palpation of tumors rate were 39.8%, unilateral tumor rate were 93.7%, clinical cervical lymph nodes rate were 14.9%. The tumor detection rate on ultrasound were 100%, of which TIRADS 4 were 77.6%, lymph nodes on ultrasound were 25.5%, of which, the lateral cervical lymph node rate were 65.9%, The rate of loss of hilar lymph node were 68.3%, the rate of calcification in the lymph nodes were 31.7%. All patients have been FNA, positive results accounted for 77%, suspected rate accounted for 18.3%, negative results accounting for 4.7%. **Conclusion:** Almost micropapillary carcinoma are diagnosed by screening, lack of symptom, clinical cervical lymph node metastasis are less.

Keywords: micropapillary carcinoma, clinical feature, cervical lymph node metastasis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi ung thư tuyến giáp thể nhú (PTMC) được định nghĩa là khối u tuyến giáp có kích thước đường kính lớn nhất không quá 1cm, được xác định trên giải phẫu bệnh lý là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú¹. Là thể thường gặp nhất trong các thể ung thư tuyến giáp (85%)². Vi ung thư tuyến giáp thể nhú đa phần tiến triển thầm lặng không có biểu hiện lâm sàng. Chẩn đoán vi ung thư tuyến giáp thể nhú thường dựa vào siêu âm và chọc hút kim nhỏ (FNA) dưới hướng dẫn của siêu âm. Mặc dù tiên lượng của nhóm bệnh nhân PTMC là rất tốt, tuy nhiên những trường hợp di căn hạch, đặc biệt là nhóm hạch cổ trung tâm khá phổ biến và xảy ra với tỉ lệ từ 12% đến 64%³. Di căn hạch cổ được xem như yếu tố tiên lượng xấu cho khả năng tái phát tại chỗ và thời gian sống thêm⁴.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 80 bệnh nhân được chẩn đoán vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú và điều trị tại khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 3/2016 đến tháng 1/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

+ Chẩn đoán trước mổ là vi ung thư tuyến giáp thể nhú, sau phẫu thuật có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh khẳng định là vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú.

+ Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin: trước, trong và sau phẫu thuật.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: không đáp ứng tiêu chuẩn trên

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

2.3. Các chỉ số nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân có vi ung thư tuyến giáp thể nhú (Tuổi, giới, thời gian phát hiện bệnh, lý do vào viện, đặc điểm u và hạch cổ trên lâm sàng và trên siêu âm, kết quả chọc hút tế bào trước mổ).

+ Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ (u và hạch cổ, tỷ lệ phát hiện hạch trên lâm sàng và siêu âm), mối liên quan giữa hạch cổ khoang trung tâm và các yếu tố nguy cơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi và giới: tuổi trung bình là 44,6 tuổi, nữ giới chiếm tỉ lệ 85,1.

Lý do vào viện: Đa số bệnh nhân khám sức khỏe phát hiện u giáp, chiếm tỉ lệ trên 90%.

Đặc điểm u tuyến giáp trên lâm sàng: Tỷ lệ sờ thấy u trên lâm sàng khoảng 40%, mật độ u thường cứng chắc và di động

Đặc điểm u tuyến giáp trên siêu âm

Bảng 1. Đặc điểm u tuyến giáp trên siêu âm

Đặc điểm u tuyến giáp trên siêu âm		SỐ BN	TỈ LỆ %
Số lượng u	Có 1 u	47	58,4
	≥ 2 u	33	41,6
Vị trí u	Thùy phải	34	42,2
	Thùy trái	15	18
	Cả 2 thùy	26	32,3
	Eo giáp	4	5,6
	Thùy và eo giáp	1	1,9
Kích thước u	≤ 0,5 cm	32	40,4
	0,5 – 1 cm	48	59,6
Âm vang u	Giảm âm	63	78,9
	Tăng âm	1	1,2
	Hôn hợp âm	16	19,9
Vi vôi hóa tại u	Có	48	59,6
	Không	32	40,4
TIRADS	3	9	11,2
	4a	28	34,8
	4b	27	33,5
	4c	7	9,3
	5	9	11,2

Đa số gặp 1 khối u trên siêu âm, phần lớn u

nằm ở 1 thùy tuyến giáp, kích thước hay gặp 0,5-1cm, u có tính chất giảm âm chiếm tỉ lệ cao, phần lớn có cấu trúc vi vôi hóa trong u

Đặc điểm hạch cổ trên lâm sàng: Hầu hết các bệnh nhân không phát hiện được hạch cổ qua khám lâm sàng

Đặc điểm hạch cổ trên siêu âm: tỷ lệ phát hiện hạch trên siêu âm là 25.5%, vôi hóa trong hạch chiếm 31,7%, mật cấu trúc xoang chiếm 68.3%.

Kết quả di căn hạch sau phẫu thuật:

Bảng 2. Kết quả di căn hạch sau phẫu thuật

Kết quả di căn hạch sau phẫu thuật	SỐ BN	Tỉ lệ (%)
------------------------------------	-------	-----------

Vị trí hạch di căn hạch (n =28)	Nhóm trung tâm đơn thuần	16	56,1
	Nhóm hạch cổ bên đơn thuần	3	10,5
	Nhóm trung tâm + hạch cổ bên	9	33,3
Không phát hiện hạch trước mổ (n=40)	Không di căn hạch	27	66,2
	Có di căn hạch	13	33,8

Trong số những bệnh nhân có di căn hạch, phần lớn các trường hợp là di căn hạch nhóm trung tâm, đơn thuần hoặc đồng thời với nhóm hạch cổ bên.

Tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn ở những bệnh nhân không phát hiện hạch trước mổ khoảng 33.8%

Bảng 3. Mối liên quan giữa tỉ lệ di căn hạch cổ nhóm trung tâm và các yếu tố

Đặc điểm	Tình trạng di căn hạch		Giá trị p (ttest)
	Có di căn hạch	Không di căn hạch	
Tuổi	≤ 55	22(42,3%)	0,892
	> 55	3(41,2%)	
Giới	Nữ	22(41,5%)	0,783
	Nam	3(46,7%)	
Ung thư hai thùy	Không	17(36,8%)	0,027
	Có	8(66,7%)	
Tình trạng phá vỡ vỏ	Có	9(63,3%)	0,02
	Không	16(35,2%)	
Đa ổ	Có	9(47,5%)	0,438
	Không	16(39,5%)	
Kích thước u	≤0,5 cm	7(26,4%)	0,003
	>0,5-1cm	18(54,4%)	

Tỉ lệ di căn hạch cao hơn ở các trường hợp tuổi ≤55, ung thư hai thùy, u phá vỡ vỏ, tổn thương đa ổ và kích thước u > 0,5 cm. Trong đó kích thước u > 0,5cm, ung thư hai thùy và tình trạng phá vỡ vỏ làm tăng tỉ lệ di căn hạch một cách có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến viện vì tình cờ phát hiện khối u giáp qua khám sàng lọc (92,5%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Huy Hùng (2016) 18,4%⁵. Bệnh chủ yếu gặp ở nữ giới với tỉ lệ nữ/nam là 5,7/1. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác như của SEER trên hơn 14000 bệnh nhân PTMC, tỉ lệ nữ/nam là 4,3/1, của Giordano (2009) tỉ lệ nữ/nam là 2,2/1, nghiên cứu của Zhang-zhi Lu (2015) là 3,85/1⁶. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 44,60 ± 10,53, chủ yếu ở nhóm tuổi <55 với tỉ lệ 86,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Roti Elilio trên 243 bệnh nhân vi ung thư giáp thể nhú, độ tuổi trung bình là 42.5±15.1, nhóm tuổi dưới 45 chiếm 69,13%⁷. Theo nghiên cứu của tác giả Lê Văn Quảng và Ngô Quốc Duy (2019) trên 306 bệnh nhân PTMC, tuổi trung bình của nhóm là 45.3 ± 10.7 năm và 81,05% bệnh nhân

dưới 55 tuổi⁸.

Tỉ lệ sờ thấy u và hạch qua khám lâm sàng là 39,8% và 14,9%. Các khối u được phân loại trên siêu âm chủ yếu là TIRADS 4 (77,6%) với các đặc điểm trên siêu âm hay gặp là giảm âm và có vi vôi hóa (78,9%; 59,6%), ranh giới không đều, mật độ đặc. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 41 bệnh nhân (25,5%) được phát hiện có hạch nghi ngờ trên siêu âm. Tỉ lệ di căn hạch của 41 bệnh nhân này là 70,7%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ chọc hút tế bào bằng kim nhỏ chẩn đoán ác tính đối với u tuyến giáp là 77%, có 18,3% trường hợp nghi ngờ và 5 trường hợp âm tính giả chiếm 4,7%. Tỉ lệ di căn hạch cổ nhóm trung tâm ở những bệnh nhân được chỉ định vét hạch cổ là 42,1%. Di căn hạch nhóm trung tâm thường gặp hơn ở các trường hợp nam giới, tuổi ≤45, ung thư hai thùy, u phá vỡ vỏ xâm lấn ngoài tuyến, tổn thương đa ổ và kích thước u > 0,5 cm đến 1 cm. Bởi vậy, đánh giá kĩ

các yếu tố nguy cơ cao có giá trị tiên lượng về di căn hạch sẽ giúp xác định được chiến lược điều trị phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Vi ung thư tuyến giáp thể nhú thường được tình cờ phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ, chủ yếu gặp ở nữ giới dưới 45 tuổi. Tỷ lệ di căn hạch của nhóm bệnh nhân này là 70,7%. Tỷ lệ chọc hút tế bào bằng kim nhỏ chẩn đoán ác tính với u tuyến giáp chiếm 77%, các trường hợp âm tính giả được làm sinh thiết tức thì trong mổ cho kết quả dương tính.

Di căn hạch cổ khoang trung tâm thường gặp ở nam giới trẻ tuổi (<45), ung thư 2 thùy, u phá vỡ vỏ xâm lấn ngoài tuyến, tổn thương đa ổ và kích thước u trên 0,5cm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. C.W.E Hedinger, L.H Son (1988). WHO histologic typing of thyroid tumors. Springer-Verlag, New York.
2. D Karakoc, A Ozdemir (2010). Lymph Node Surgery in Papillary Thyroid Carcinoma. Int Surg, 95, 142-146.
3. Lee Kwan Ju, Cho Yun Jung, Kim Say Jun, et al. (2011). Analysis of the clinicopathologic features of papillary thyroid microcarcinoma based on 7-mm tumor size. World journal of surgery, 35(2), 318-323.
4. Hwang Harry S, Orloff Lisa A (2011). Efficacy of preoperative neck ultrasound in the detection of cervical lymph node metastasis from thyroid cancer. The Laryngoscope, 121(3), 487-491.
5. Hoàng Huy Hùng (2016). Đánh giá di căn hạch của ung thư biểu mô tuyến giáp, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Lu Zhong-Zhi, Zhang Yan, Wei Song-Feng, et al. (2015). Outcome of papillary thyroid microcarcinoma: Study of 1,990 cases. Molecular and clinical oncology, 3(3), 672-676.
7. Roti Elio, Rossi Roberta, Trasforini Giorgio, et al. (2006). Clinical and histological characteristics of papillary thyroid microcarcinoma: results of a retrospective study in 243 patients. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 91(6), 2171-2178.
8. Lê Văn Quảng, Ngô Quốc Duy, Mai Thế Vương, và cộng sự (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, Số 1 - 2019.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC MỘT LỔ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Hữu Lư^{1,2}, Nguyễn Mạnh Hiệp³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư phổi là một trong những ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Phẫu thuật là phương pháp điều trị được lựa chọn đầu tiên đối với ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm (I, II) trong đó có phẫu thuật nội soi một lỗ. Tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức đã triển khai thường quy phẫu thuật này và có những tổng kết bước đầu nhưng vẫn cần có tổng kết và đánh giá kết quả một cách tổng quan của phương pháp. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 37 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ từ tháng 01/2016 tới 06/2021 về các thông số trước, trong và sau mổ cùng kết quả giải phẫu bệnh.... **Kết quả:** Bao gồm 21 nam và 16 nữ.

Tuổi trung bình 59,62 ± 8,79 (34 - 76). Kích thước khối u trung bình 2,97 cm, trong đó kích thước nhỏ nhất 1 cm; lớn nhất 5cm. Thời gian phẫu thuật 150 ± 22,58 phút (90-195). Thời gian rút dẫn lưu màng phổi trung bình 5,59 ± 1,46 ngày (3- 9). Số ngày nằm viện trung bình 7,54 ± 1,86 ngày (4-12). Không có tử vong, tai biến và biến chứng nặng trong và sau mổ. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: 34 ung thư biểu mô tuyến và 2 ung thư biểu mô vảy, 1 ung thư khác. Giai đoạn ung thư: 18 trường hợp giai đoạn I, 19 trường hợp giai đoạn II. **Kết luận:** Điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ là một phương pháp an toàn, khả thi và có nhiều ưu điểm.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ

SUMMARY

RESULTS OF UNIPORTAL VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY FOR EARLY-STAGE NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Lung cancer is one of the most common cancers and the leading cause of death worldwide. Surgery is the treatment of first choice for early stage (I, II) non-small cell lung cancer including

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2021

Ngày duyệt bài: 13.9.2021