

V. KẾT LUẬN

Để vận hành một đơn vị thính học thì yếu tố con người là quan trọng nhất, kể đến là công nghệ và qui trình chặt chẽ sẽ cho hiệu quả cao nhất. Qui trình chặt chẽ giúp cho đơn vị phát triển và đào tạo đội ngũ kế thừa nhằm mang lại hiệu quả cao nhất trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

"Nghiên cứu được tài trợ bởi Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh (ĐHQG-HCM) trong khuôn khổ Đề tài mã số C2019-44-03".

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hoàng Sơn, Nguyễn Tuấn Như (2013)**. "Chẩn đoán nghe kém và cấy ốc tai", Phác đồ điều trị nhi khoa 2013, Xuất bản lần 8, Nhà xuất bản y

học, TP.HCM, tr.1457 – 1459.

2. **Đặng Xuân Hùng (2010)**, Thính học lâm sàng – Chẩn đoán, Nhà xuất bản y học, tr.218 – 227.
3. **Quỹ dân số liên hiệp quốc - UNFPA (2009)**, Người khuyết tật Việt Nam, Một số kết quả chủ yếu từ tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009, tr. 16-17.
4. **Usami S-I et al. (2012)** "Simultaneous Screening of Multiple Mutations by Invader Assay Improves Molecular Diagnosis of Hereditary Hearing Loss: A Multicenter Study". PLoS ONE 7 (2):e31276.doi:10.1371/journal.pone.0031276.
5. **WHO (2013)**, Deafness and hearing loss, WHO Media centre, Geneva, truy cập tại trang web <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>
6. **Theo tiêu chuẩn ANSI của Mỹ** (American National Standard Institute) tiêu chuẩn độ ồn tại website <http://34.73.93.140/wp-content/uploads/2019/05/ANSI-ASA-S3.1-1999-R2008.pdf>

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ ĐƯỢC PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP VÀ NẠO VẾT HẠCH CỔ

Nguyễn Quốc An*, Nguyễn Quang Bày*, Ngô Đức Kỷ**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú (UTBMTGTN) được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch cổ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 200 bệnh nhân được chẩn đoán, phẫu thuật UTBMTGTN và nạo vét hạch cổ tại khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2021 đến tháng 7/2022. Đối tượng nghiên cứu được khai thác tiền sử, khám lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau phẫu thuật để ghi nhận các chỉ số nghiên cứu. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình $43,6 \pm 11,7$ tuổi; tỷ lệ nam/ nữ = 4,6. Trên siêu âm, tỉ lệ bệnh nhân có 1 u giáp chiếm 69%, u giáp nằm ở thùy phải chiếm 50%, u giáp dưới 1cm chiếm 62%, khối u giảm âm chiếm 91%, có vôi hóa chiếm 73%, khối u phá vỡ vỏ chiếm 19%, TIRADS 4 chiếm 74,5%. Đa số bệnh nhân chức năng tuyến giáp bình thường trước phẫu thuật (86,5%). **Kết luận:** UTBMTGTN đang gia tăng trong những năm gần đây. Bệnh thường gặp ở nữ giới, tỉ lệ di căn hạch thường gặp ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi (< 45 tuổi). Hình ảnh trên siêu âm thường gặp: khối u giáp giảm âm, kích thước < 1cm, nằm ở thùy phải, có vôi hóa, đơn ổ và khu trú trong tuyến giáp. Nam giới, tuổi (< 45), kích

thước u (≥ 1 cm), số lượng khối u, xâm lấn ngoài tuyến giáp là các nguy cơ độc lập của di căn hạch cổ.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, nạo vét hạch cổ

SUMMARY

THE FEATURES OF CLINICAL AND PARA CLINICAL OF PATIENTS WITH PAPILLARY THYROID CARCINOMA WHO HAD COMPLETE THYROID SURGERY AND CERVICAL LYMPH NODE DISSECTION

Objectives: The features of clinical and paraclinical of patients with papillary thyroid carcinoma who had complete thyroid surgery and cervical lymph node dissection. **Subjects and methods:** 200 patients with papillary thyroid carcinoma and cervical lymph node dissection were the subjects of a cross-sectional descriptive research from August 2021 to July 2022 at the Department of Otolaryngology at Bach Mai Hospital. Research subjects were taken history, clinical examination, and paraclinical before and after surgery to record research indicators. **Results:** The study subjects have an average age of $43,6 \pm 11,7$; with a male/female ratio 4,6. On ultrasound, the rate of patients with 1 thyroid tumor accounted for 69%, thyroid nodules in the right lobe account for 50%, thyroid tumors less than 1cm accounted for 62%, hypoechoic tumor accounts for 91%, calcification accounts for 73%, extrathyroidal extension accounts for 19%, TIRADS 4 accounts for 74,5%. Most patients with normal thyroid function before surgery. **Conclusion:** Papillary thyroid cancer is on the rise in recent years. The disease is common in women, the rate of lymph node metastasis is

*Bệnh viện Bạch Mai

**Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bày

Email: quangbay70@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2022

Ngày duyệt bài: 22.8.2022

common in young patients (< 45 years old), Common ultrasound images: hypoechoic thyroid tumor, size < 1cm, located in the right lobe, with calcification, single-focal and localized in the thyroid gland. Male, age (< 45), tumor size (≥ 1 cm), number of tumors (>1 u), extrathyroidal invasion are independent risk factors for cervical lymph node metastasis.

Key words: papillary thyroid cancer, cervical lymph node dissection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là bệnh lý ác tính của hệ nội tiết thường gặp nhất, chứng kiến sự gia tăng ổn định về tỉ lệ mắc bệnh trong những thập kỉ gần đây, theo thống kê của GLOBOCAN năm 2018, ung thư tuyến giáp chiếm 3,1% và xếp ở vị trí thứ 11 trong tất cả các loại ung thư nói chung.[1] Theo phân loại mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến giáp gồm 4 nhóm chủ yếu là thể nhú, thể nang, thể tủy và thể không biệt hóa trong đó ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú hay gặp nhất, chiếm khoảng 80%. Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú có tiên lượng tốt, tuy nhiên nó thường hay di căn đến các hạch bạch huyết ở cổ, xảy ra ở 37,3% theo một nghiên cứu trước đây.[2] Đây là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất liên quan đến sự tái phát, di căn xa, và khả năng sống sót của bệnh nhân.[3]

Tuy vậy, rất khó xác định ung thư biểu mô tuyến giáp đã di căn hạch cổ hay chưa bằng siêu âm hoặc khám lâm sàng. Hiện nay, việc phẫu thuật viên chỉ nên loại bỏ các hạch bạch huyết cổ trung tâm trong bất thường tại thời điểm phẫu thuật hay liệu họ có nên loại bỏ tất cả các hạch bạch huyết cổ thể còn đang tranh cãi, bởi vì các rủi ro của phẫu thuật tăng khi loại bỏ các hạch bạch huyết vì chúng nằm gần dây thần kinh thanh quản và các tuyến cận giáp. Do đó, rất cần các dữ liệu cảnh báo bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú đã có di căn hạch cổ hay chưa để các phẫu thuật viên định hướng khi phẫu thuật.

Vì vậy chúng tôi chọn đề tài này nhằm đạt mục tiêu sau: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch cổ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán, phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú vào bóc tách hạch cổ tại khoa Tai Mũi Họng - bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian: từ tháng 08/2021 đến tháng 07/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn

đoán xác định ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú dựa vào kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật, phân loại theo tiêu chuẩn của WHO năm 2017, được nạo vét hạch cổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã phẫu thuật tuyến giáp từ trước.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tổng số đối tượng nghiên cứu thu nhận được là 200 bệnh nhân.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được hỏi tiền sử, khám lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau phẫu thuật và ghi nhận các thông tin, chỉ số phục vụ nghiên cứu vào mẫu bệnh án nghiên cứu

2.2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập bằng phần mềm Excel. Phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Số liệu phân tích thống kê mô tả biểu thị bằng bảng tần số, phần trăm, tính trị số trung bình, so sánh sự khác biệt giữa 2 tỉ lệ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Trong tổng số 200 đối tượng nghiên cứu: Nam chiếm 18%, nữ chiếm 82%, tỷ lệ nữ/nam là 4,6; tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $43,6 \pm 11,7$ tuổi, nhóm tuổi < 45 chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,5%, tuổi thấp nhất là 16 tuổi, tuổi cao nhất là 76 tuổi; các bệnh nhân vào viện vì khám sức khỏe tình cờ phát hiện u giáp chiếm tỉ lệ cao nhất (82%). Có 11 bệnh nhân (5,5%) sờ thấy hạch trên lâm sàng.

3.2 Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân

Bảng 3.1. Đặc điểm u giáp trên siêu âm

Đặc điểm u giáp trên siêu âm	Số BN	Tỉ lệ (%)	
Vị trí u	Thùy phải	100	50,0
	Thùy trái	83	41,5
	Hai thùy	11	5,5
	Eo giáp	6	3,0
Số lượng u	1	136	69,0
	≥ 2	62	31,0
Kích thước u	< 1 cm	124	62,0
	≥ 1 cm	76	38,0
Âm vang u	Giảm âm	182	91,0
	Đồng âm	4	2,0
	Hỗn hợp âm	14	7,0
Vi vôi hóa	Có	146	73,0
	Không	54	27,0
Phá vỡ vỏ	Có	38	19,0
	Không	162	81,0

TIRADS	3	11	5,5
	4	149	74,5
	5	40	20,0

Nhận xét: U giáp nằm ở một thùy hay gặp nhất chiếm 91,5%, bệnh nhân có 1 khối u chiếm 69%, kích thước < 1cm chiếm 62%, khối u giáp giảm âm chiếm 91%, có vôi hoá chiếm 73%, phá vỡ vỏ chiếm 19%, khối u TIRADS 4 chiếm 74,5%.

Bảng 3.2. Xét nghiệm hormone tuyến giáp trước phẫu thuật

Hormon tuyến giáp	FT4	TSH
Thấp	27 (13,5%)	4 (2%)
Bình thường	173 (86,5%)	190 (95%)
Tăng	0 (%)	6 (3%)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có xét nghiệm hormone tuyến giáp bình thường (86,5%), có 5% bệnh nhân có nồng độ TSH không bình thường, tuy nhiên đều không ảnh hưởng đến phẫu thuật.

Bảng 3.3. Phân tích đơn biến mối liên quan giữa các yếu tố với di căn hạch

Yếu tố	Di căn hạch		OR	95% CI	P	
	Có	Không				
Tuổi	< 45	64	53	2,372	1,324-4,248	0,004
	≥ 45	28	55			
Giới	Nam	26	10	3,861	1,746-8,534	0,001
	Nữ	66	98			
Số lượng u	> 1	41	21	3,331	1,775-6,249	< 0,001
	1	51	87			
U giáp ở 2 thùy	Có	8	3	3,333	0,858-12,956	0,082
	Không	84	105			
Kích thước u	≥ 1 cm	50	26	3,755	2,056-6,858	< 0,001
	< 1 cm	42	82			
Vi vôi hóa	Có	76	70	2,579	1,322-5,031	0,005
	Không	16	38			
Bờ	Không đều	76	80	1,662	0,834-3,314	0,149
	Đều	16	28			
Ranh giới	Không rõ	52	84	2,692	1,459-4,970	0,02
	Rõ	40	24			
Phá vỡ vỏ	Có	35	3	21,419	6,330-72,969	< 0,001
	Không	57	105			

Nhận xét: Khi nghiên cứu mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cổ với các yếu tố: tuổi, giới, số lượng u, kích thước u, vị trí khối u, vôi hóa, bờ, ranh giới, tình trạng phá vỡ vỏ ta thấy: có mối liên quan mật thiết giữa tình trạng di căn hạch cổ với các yếu tố: tuổi, giới, số lượng u, kích thước u, vi vôi hóa, ranh giới và tình trạng phá vỡ vỏ với $p < 0,05$. Các yếu tố khác: vị trí khối u, bờ không liên quan đến tình trạng di căn hạch cổ với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Phân tích đa biến mối liên quan giữa di căn hạch và các yếu tố

Yếu tố	OR	95% CI	P
Tuổi	< 45	2,289	1,076-4,869
	≥ 45		
Giới	Nam	4,278	1,640-11,158
	Nữ		
Số lượng u	> 1	5,210	2,371-11,451
	1		
Kích thước u	≥ 1 cm	2,376	1,108-5,093
	< 1 cm		
Vôi hóa	Có	1,172	0,509-2,801
	Không		
Ranh giới	Không rõ	1,334	0,579-3,073
	Rõ		
Phá vỡ vỏ	Có	25,986	6,892-97,980
	Không		

Nhận xét: Khi phân tích đa biến mối liên quan đồng thời giữa các yếu tố: tuổi, giới, số lượng u, kích thước u, vi vôi hóa, ranh giới, tình trạng phá

vỡ vỏ với tình trạng di căn hạch cổ: yếu tố tuổi, giới, số lượng u, kích thước u, tình trạng phá vỡ vỏ là những yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến tình

trạng di căn hạch cổ với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng của đôi tượng nghiên cứu

- **Về giới tính:** Nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nữ/nam là 4,6/1, bệnh nhân nữ chiếm 82%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác khi tỉ lệ bệnh nhân nữ chiếm đa số. Nghiên cứu của Lie Hao Jiang, tỉ lệ nữ chiếm 77,9%, nữ/nam là 3,5/1.[4] Nghiên cứu của Zipeng Wang, tỉ lệ bệnh nhân nữ chiếm 78,3%, tỉ lệ nữ/nam là 3,6/1.[5]

- **Về tuổi:** tuổi trung bình là $43,4 \pm 11,6$ tuổi, nhóm tuổi từ < 45 chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,5%. Kết quả nghiên cứu của Lie Hao Jiang, độ tuổi trung bình là 45,21 tuổi.[4]

- Lý do vào viện: 82% bệnh nhân nhập viện vì khám sức khỏe tình cờ phát hiện ra u giáp. Tỉ lệ này theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tâm (2015) là 42%.[6] Với sự phổ biến của siêu âm vùng cổ, chọc hút kim nhỏ tuyến giáp nên tỉ lệ phát hiện u giáp ngày càng tăng ngay cả khi u giáp rất nhỏ chưa có triệu chứng.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, hạch cổ di căn phát hiện trên lâm sàng chỉ chiếm 5,5%. Như vậy, phát hiện hạch cổ di căn trên lâm sàng cho tỉ lệ thấp có thể do hạch nằm sâu, bị che bởi cơ khó khăn khi thăm khám, kết hợp tỉ lệ bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm tăng nên xác suất sờ thấy hạch cổ thấp.

4.2 Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.1, vị trí khối u nằm ở một trong hai thùy tuyến giáp gần tương đương nhau, có 5,5% nằm ở cả 2 thùy, 3% nằm ở eo giáp. Khối u có âm vang giảm âm hay gặp nhất chiếm 91%, có vôi hóa chiếm 73%, u giáp phá vỡ vỏ chiếm 19%, bệnh nhân có 1 u giáp chiếm 69%, khối u < 1 cm chiếm tỉ lệ 62%.

Kích thước u là một trong những yếu tố tiên lượng của UTBMTG thể nhú, dựa vào kích thước u cho phép chúng ta đánh giá, phân độ giai đoạn T (tumor). Hơn nữa, một số nghiên cứu báo cáo rằng di căn hạch cổ có liên quan chặt chẽ đến kích thước khối u, khi kích thước khối u tăng lên, tỉ lệ di căn hạch cổ tăng lên. Các nghiên cứu chỉ ra rằng, nguy cơ di căn hạch cổ trung tâm tăng lên theo số lượng khối u. Theo HJ Kim và cộng sự, số lượng khối u tăng có liên quan đến di căn hạch cổ và giai đoạn TNM cao và số lượng khối u dự báo độc lập về di căn hạch bên.[7]

U giáp chủ yếu biểu hiện giảm âm, có thể liên quan đến độ biệt hóa thấp của tế bào ung thư, khoảng mô kẽ ít và truyền âm tốt hơn qua khối u.

Vi vôi hóa là tình trạng lắng đọng muối canxi do tăng sản mạch máu và xơ hóa, phản ánh sự phát triển nhanh chóng của tế bào ung thư. Do đó, nếu phát hiện thấy vi vôi hóa ở các nốt thì cần đánh giá kỹ hơn tình trạng hạch ở vùng cổ. Khối u giáp phá vỡ vỏ được định nghĩa là sự mở rộng trực tiếp của ung thư tuyến giáp nguyên phát vào các cấu trúc lân cận, gặp ở 11,5%-30% ung thư biểu mô tuyến giáp biệt hóa. Nó làm tăng nguy cơ tái phát sau điều trị và tỉ lệ tử vong.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh TIRADS 4 trên siêu âm hay gặp nhất chiếm 74,5%, tiếp đến là TIRADS 5 chiếm 20% và có 5,5% bệnh nhân UTBMTG thể nhú dù trên siêu âm chỉ là TIRADS 3. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Trần Văn Thông (2014) là 71,1% u với TIRADS 4, có 21,1% u TIRADS 5 và 7,8% u TIRADS 3.[8]

4.3. Môi liên quan giữa di căn hạch cổ và các yếu tố. Theo kết quả bảng 3.4, khi phân tích đa biến mối liên quan đồng thời giữa các yếu tố: tuổi, giới, số lượng khối u, kích thước khối u, vôi hóa, ranh giới và tình trạng phá vỡ vỏ chúng tôi thấy: nam giới (OR: 4,276, $p = 0,003$), tuổi (OR: 2,289, $p = 0,031$), số lượng khối u (OR: 5,210, $p < 0,001$), kích thước khối u (OR: 2,376, $p = 0,026$), phá vỡ vỏ (OR: 25,986, $p < 0,001$) là các yếu tố nguy cơ độc lập cho tình trạng di căn hạch cổ. Các yếu tố khác như vi vôi hóa và ranh giới khối u không có liên quan đến di căn hạch cổ khi phân tích đa biến.

Nghiên cứu của Lie Hao Jiang (2020) trên 4107 bệnh nhân, trên phân tích đa biến: nam giới, tuổi ≤ 35 , kích thước u $> 0,5$ cm, đa ổ, khối u phá vỡ vỏ là những yếu tố dự báo nguy cơ độc lập của di căn hạch cổ trung tâm.[4]

Nghiên cứu của Zipeng Wang (2022) trên 2554 bệnh nhân, tỉ lệ di căn hạch cổ trung tâm là 38,4%. Trong phân tích đơn biến, các yếu tố: tuổi, giới (nam so với nữ), gen BRAF (+), kích thước khối u (≥ 1 cm so với < 1 cm), số lượng khối u (đa ổ so với đơn ổ) có liên quan với tình trạng di căn hạch cổ với $p < 0,001$. Các yếu tố khác như nồng độ TSH, Tg, AntiTPO (+) không liên quan đến tình trạng di căn hạch cổ với $p > 0,05$.[5]

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 200 bệnh nhân được phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú và nạo vét hạch cổ, chúng tôi rút ra một số kết luận sau.

- UTBMTGTN thường gặp ở nữ giới, tỉ lệ nữ/nam trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,6/1.

- UTBMTGTN gặp ở mọi lứa tuổi, độ tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi là 43,6, tỉ lệ

di căn hạch cổ thường gặp ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi.

- Tỷ lệ sờ thấy hạch cổ di căn trong UTBMTGTN trên lâm sàng không cao, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ 5,5%.

- Trên siêu âm, bệnh nhân có 1 khối u giáp chiếm phần lớn (69%), đa số khối u có kích thước < 1cm (62%), 91% khối u giảm âm, 73% khối u có vôi hóa, 19% khối u phá vỡ vỏ bao giáp. Đa số khối u giáp siêu âm là TIRADS 4 (74,5%). Đa số các bệnh nhân có nồng độ hormone tuyến giáp bình thường trước phẫu thuật.

- Nam giới, tuổi < 45, kích thước khối u \geq 1cm, số lượng khối u > 1, xâm lấn ra ngoài tuyến giáp là các yếu tố nguy cơ độc lập của di căn hạch cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rahib, L., et al.**, Projecting cancer incidence and deaths to 2030: the unexpected burden of thyroid, liver, and pancreas cancers in the United States. *Cancer Res*, 2014. **74**(11): p. 2913-21.
2. **Zhao, Q., et al.**, Multifocality and total tumor

diameter predict central neck lymph node metastases in papillary thyroid microcarcinoma. *Ann Surg Oncol*, 2013. **20**(3): p. 746-52.

3. **Liu, Z., et al.**, Diagnostic accuracy of ultrasonographic features for lymph node metastasis in papillary thyroid microcarcinoma: a single-center retrospective study. *World J Surg Oncol*, 2017. **15**(1): p. 32.
4. **Jiang, L.H., et al.**, Predictive Risk-scoring Model For Central Lymph Node Metastasis and Predictors of Recurrence in Papillary Thyroid Carcinoma. *Sci Rep*, 2020. **10**(1): p. 710.
5. **Wang, Z., et al.**, A Clinical Predictive Model of Central Lymph Node Metastases in Papillary Thyroid Carcinoma. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 2022. **13**: p. 856278.
6. **Nguyễn Văn Tâm**, Nghiên cứu đặc điểm di căn và kết quả nạo vét hạch cổ vùng trung tâm điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhũ. 2015, Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
7. **Kim, H.J., et al.**, Number of tumor foci as predictor of lateral lymph node metastasis in papillary thyroid carcinoma. 2015. **37**(5): p. 650-654.
8. **Trần Văn Thông**, Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. 2014, Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG SUY DINH DƯỠNG CỦA TRẺ MẮC BỆNH TIM BẨM SINH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI NĂM 2021

Nguyễn Minh An¹, Nguyễn Thị Lệ Thủy²

phân loại bệnh tim bẩm sinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh điều trị tại bệnh viện tim Hà Nội năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 105 bệnh nhi mắc bệnh tim bẩm sinh. **Kết quả nghiên cứu:** Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi: Bình thường 45,7%, suy dinh dưỡng 54,3%; Phân loại tình trạng suy dinh dưỡng: Suy dinh dưỡng cấp chiếm 15,2%, suy dinh dưỡng mạn 22,9% và suy dinh dưỡng mạn tiến triển chiếm 16,2%; Liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng với giới tính bệnh nhi: $p = 0,067$; Liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng với nhóm tuổi: $p = 0,084$; Liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng với cân nặng khi sinh: $p = 0,021$; Liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng với phân loại bệnh tim bẩm sinh: $p = 0,047$. **Kết luận:** kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ có liên quan đến cân nặng khi sinh và

SUMMARY

RESEARCH ON SOME FACTORS RELATED TO THE MALNUTRITION OF CONGENITAL HEART DISEASE CHILDREN AT HANOI HEART HOSPITAL IN 2021

Objective: To study some factors related to malnutrition of children with congenital heart disease treated at Hanoi Heart hospital in 2021. **Methods:** A cross-sectional descriptive study of 105 children with congenital heart disease. **Results:** Nutritional status of pediatric patients: Normal 45.7%, malnourished 54.3%; Classification of malnutrition: acute malnutrition was 15.2%, chronic malnutrition was 22.9% and progressive chronic malnutrition 16.2%; Relationship between malnutrition and sex of children: $p = 0.067$; Relationship between malnutrition and age group: $p = 0.084$; Relationship between malnutrition and birth weight: $p = 0.021$; Relationship between malnutrition and congenital heart disease classification: $p = 0.047$. **Conclusion:** The results of the study showed that child's malnutrition was related to birth weight and congenital heart disease classification, the difference was statistically significant with $p < 0.05$.

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Trường Cao đẳng Y Tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: Dr_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2022

Ngày duyệt bài: 22.8.2022