

điều dưỡng/bác sỹ càng ngày càng mất cân đối.

2. Hiệu suất sử dụng lao động giảm xét về mức phục vụ người bệnh nhưng tăng mức thu bằng tiền. Bình quân số người bệnh nội trú /bác sỹ /năm giảm dần từ xuống (từ 270 xuống 162 BN/1 BS) nhưng bình quân trên điều dưỡng lại có xu hướng tăng. Về khu vực phòng khám, hiệu suất lao động của bác sỹ giảm rõ rệt từ 5464 lượt (khoảng 22 BN/BS/ngày) xuống 2730 (11BN/BS/ngày).

Nguồn thu bình quân trên một lao động tăng qua các năm từ 113,7 triệu đ/ NVYT\năm (2013) lên 206 triệu đ (2019). Hiệu suất sử dụng lao động theo doanh thu (tính ra tiền) tăng từ 18,48% (năm 2013) lên 24,76% (năm 2019).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Mai Anh, Trương Việt Dũng (2028).

Nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh của Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa các năm 2007 – 2012 – 2017 .Tạp chí Y học cộng đồng, Số 6(47), 11/2018, Tr 73 - 80

2. Bộ Y Tế (1993), Nhân lực y tế chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam.

3. Bộ Y tế (2015), Thống kê y tế năm 2015.

4. Bộ y Tế (2017), thông tư số 2/2017/TT-BYT ngày 15 tháng 3 năm 2017, quy định mức nhân lực.

5. Trương Việt Dũng, Nguyễn Duy Ninh (2017). Nguồn lực và hoạt động của 3 bệnh viện Huyện tỉnh Vinh Phúc năm 2004 .Tạp chí y học Việt Nam, tập 452, 03/2017, tr 178-185

6. Trương Việt Dũng. Quản trị bệnh viện .NXB Y học, 2015

7. Đỗ thị Lương; Nguyễn Thị Thanh; Lê Thị Hương ; Trương Việt Dũng (2020) .Nguồn nhân lực và hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Đông Sơn tỉnh Thanh Hóa giai đoạn 2015-2019

8. WHO (1997), "Improving the performance of health centers in districthealth system."

TỔNG QUAN VỀ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT CẮT THỤY TUYẾN GIÁP TRONG VI UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ

Trần Xuân Sơn¹, Nguyễn Quang Trung¹, Hồ Mạnh Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng quan về chỉ định cắt thùy giáp và các yếu tố liên quan đến chỉ định cắt thùy giáp trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú. **Phương pháp:** Tổng quan hệ thống. Chúng tôi tìm kiếm 1 cách hệ thống trên sở dữ liệu PubMed, Medline, thư viện điện tử đại học Y Hà Nội để xác định các bài báo gốc liên quan đến cắt thùy giáp trong ung thư tuyến giáp thể nhú. **Kết quả:** Có 11 nghiên cứu được lựa chọn vào tổng quan này. Để chỉ định cắt thùy tuyến giáp đối với bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú cần có lựa chọn bệnh nhân có các yếu tố phù hợp. **Kết luận:** chỉ định cắt thùy giáp cho vi UTTG với các điều kiện thỏa mãn sau: (1) ung thư tuyến giáp thể nhú và đường kính lớn nhất của nhân ung thư \leq 1cm và (2) đơn nhân, (3) tổn thương nằm hoàn toàn trong tuyến giáp, không phá vỡ vỏ trên đại thể, không xâm lấn các cấu trúc xung quanh; (4) không có di căn hạch cổ xác định trên siêu âm trước phẫu thuật và phát hiện được trong phẫu thuật; (5) không có di căn xa; (6) không có tiền sử chiếu xạ vùng cổ; (7) không có tiền sử ung thư tuyến giáp có tính chất gia đình.

Từ khóa: Vi ung thư tuyến giáp thể nhú, phẫu thuật cắt thùy giáp.

SUMMARY

OVERVIEW OF INDICATION FOR THYROID LOBECTOMY IN PAPILLARY THYROID MICROCARCINOMA

Objectives: Overview of indications for lobectomy and factors related to indications for lobectomy in papillary thyroid microcarcinoma. **Methods:** Systematic review. We searched the database on PubMed, Medline, the electronic library of Hanoi Medical University to identify original articles related to thyroidectomy in papillary thyroid microcarcinoma. **Results:** 11 studies were included in this review. In order to indicate thyroid lobectomy for patients with papillary thyroid microcarcinoma, it is necessary to select patients with appropriate factors. **Conclusion:** Indications for lobectomy for papillary thyroid microcarcinoma with the following satisfying conditions: (1) papillary thyroid cancer and the largest diameter of the nodule \leq 1cm and (2) monofocal, (3) No extrathyroid extension; (4) no cervical lymph node metastasis confirmed on preoperative ultrasound and detected intraoperatively; (5) no distant metastases; (6) no history of neck irradiation; (7) no family history of thyroid cancer.

Keywords: Papillary thyroid microcarcinoma, thyroidectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi UTTG thể nhú theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), là các ung thư tuyến giáp thể nhú có đường kính tối đa 1 cm. Tỷ lệ mắc vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú ngày càng tăng lên, năm 2014 hơn 50% các trường hợp

¹Trường Đại học Y Hà Nội.

²Đại học Y dược Cần Thơ.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Sơn

Email: transontmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.7.2022

Ngày phản biên khoa học: 20.9.2022

Ngày duyệt bài: 26.9.2022

UTTG mắc mới là vi UTTG thể nhú¹⁻³. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong liên quan đến vi UTTG thể nhú không tăng lên đáng kể.

Hiện nay phẫu thuật là phương pháp chính để điều trị vi UTTG thể nhú. Tuy nhiên vẫn có những tranh cãi về mức độ phẫu thuật vi UTTG thể nhú. Một số tác giả cho rằng dù tiên lượng tốt, nhưng vi UTTG thể nhú có khả năng tái phát và di căn⁴⁻⁷, nên cắt toàn bộ tuyến giáp được xem là tiêu chuẩn điều trị. Ngược lại, một số khác thấy rằng bệnh nhân vi UTTG thể nhú phải phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là quá mức và chưa đủ bằng chứng đầy đủ chứng minh phương pháp này làm giảm nguy cơ tái phát và tử vong⁸. Các hướng dẫn gần đây của Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ cho rằng chỉ cắt thùy giáp có thể đủ để điều trị vi UTTG thể nhú⁹.

Ở Việt Nam và trên thế giới chưa có nhiều nghiên cứu tổng quan về chỉ định phẫu thuật cắt thùy giáp và các yếu tố liên quan tới chỉ định ở bệnh nhân vi UTTG thể nhú. Chúng tôi thực hiện tổng quan này, nhằm nhận xét về chỉ định và tìm hiểu các điều kiện chỉ định cắt thùy giáp đối với vi UTTG thể nhú của các tác giả trên thế giới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ nghiên cứu. Tiêu chí lựa chọn là các nghiên cứu gốc về cắt thùy giáp trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú, đưa ra yếu tố để chỉ định cắt thùy giáp. Tiêu chí loại trừ là những nghiên cứu không cắt thùy giáp ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú, những nghiên cứu không đưa ra yếu tố chỉ định cắt thùy giáp.

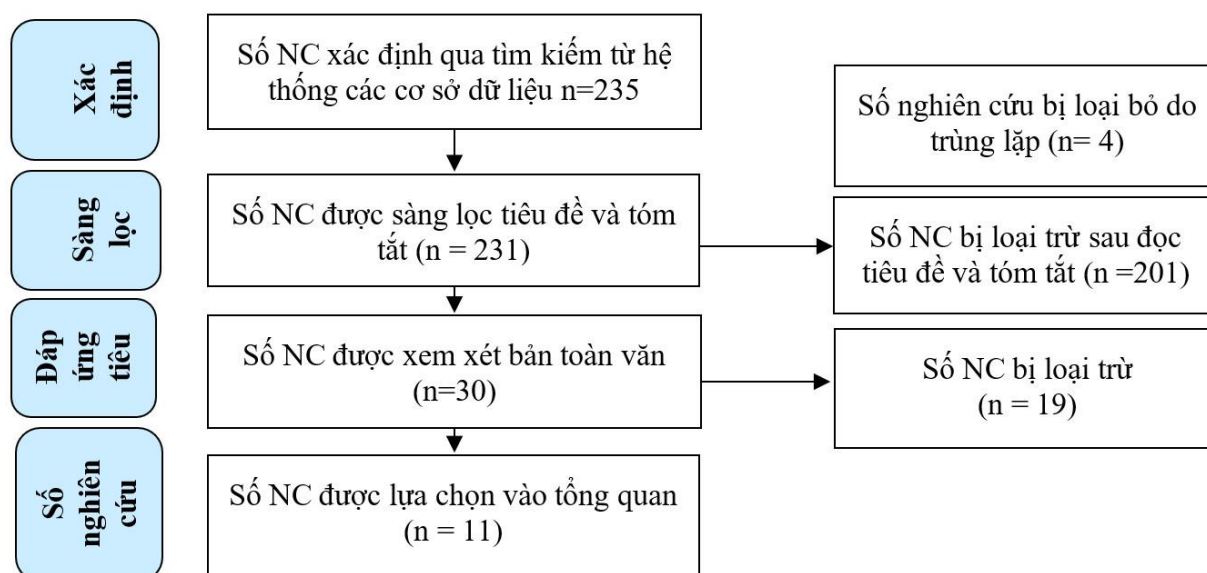
2. Nguồn cơ sở dữ liệu và chiến lược tìm kiếm tài liệu. Chúng tôi thực hiện tìm kiếm một cách hệ thống trong năm 2022 trên hệ thống dữ liệu PubMed, EmBase, thư viện Đại học Y Hà Nội để xác định tất cả các bài báo gốc liên quan đến cắt thùy giáp ở bệnh nhân vi UTTG thể nhú. Các thuật ngữ được sử dụng để tìm kiếm trên Pubmed, Embase là: "Thyroidectomy" AND "Papillary Thyroid microcarcinoma"; thư viện trường đại học Y Hà Nội là: "Vi ung thư tuyến giáp thể nhú".

3. Quá trình lựa chọn và công cụ nghiên cứu. Các bài báo gốc (bằng tiếng Anh và tiếng Việt) về phẫu thuật cắt thùy giáp trong vi UTTG thể nhú. Tên và tóm tắt nghiên cứu, toàn văn của tất cả các bài báo đã xác định được đánh giá để lựa chọn dựa trên protocols PRISMA-P 2009.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm các bài báo được lựa chọn. Có tất cả 11 bài báo được chọn vào trong nghiên cứu tổng quan này (đều bằng tiếng Anh), được công bố từ năm 2013 đến năm 2019, với tổng số bệnh nhân vi UTTG thể nhú được phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp là 6692.

7 nghiên cứu so sánh kết quả giữa cắt TBTG và cắt thùy giáp, 4 nghiên cứu theo dõi kết quả lâu dài sau cắt thùy giáp ở những bệnh nhân vi UTTG thể nhú. Với thời gian nghiên cứu từ 1-24 năm, hầu hết các . Bảng 1 trình bày cụ thể các nghiên cứu được lựa chọn và đặc điểm chung các nghiên cứu đó. Hình 1 cho thấy quá trình lựa chọn các bài báo vào nghiên cứu tổng quan luận điểm này.



Hình 1. Sơ đồ chi tiết quá trình lựa chọn và loại trừ các bài báo vào nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm các nghiên cứu được lựa chọn vào tổng quan

STT	Tác giả	Năm xuất bản	Quốc gia	Thiết kế nghiên cứu	Thời gian nghiên cứu	Số bệnh nhân
1	Donatini et al	2015	Pháp	HC	24 năm	69
2	Dobrinja et al	2017	Italia	HC	15 năm	19
3	Kim et al	2016	Hàn Quốc	HC	18 năm	3289
4	Jeon et al	2019	Hàn Quốc	HC	13 năm	127
5	Kwon et al	2017	Hàn Quốc	HC	9 năm	668
6	Xue et al	2017	Trung Quốc	HC	1 năm	57
7	Choi et al	2019	Hàn Quốc	HC	1 năm	179
8	Baek et al	2017	Hàn Quốc	HC	1 năm	800
9	Kim et al	2016	Hàn Quốc	HC	1 năm	137
10	Ahn et al	2013	Hàn Quốc	HC	7 năm	348
11	Lee et al	2013	Hàn Quốc	HC	20 năm	999

2. Các yếu tố lựa chọn trong chỉ định phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp trong vi UTTG thể nhú.

Bảng 2. Các yếu tố lựa chọn trong chỉ định phẫu thuật cắt thùy giáp ở bệnh nhân vi UTTG thể nhú

Tác giả	N	≤ 1 cm	Không xâm lấn vỏ bao TG	Đơn nhân	Không di căn hạch	Không có TS chiều xạ vùng cổ	Không có TS UTTG có tính chất gia đình	Tuổi	Không có đột biến gen (BRAF, nRAS)	Không di căn xa
Donatini et al	69	+	+	+	+	+	+	NA	NA	+
Dobrinja et al	19	+	+	+	+	+	+	<45	+	+
Kim et al	3289	+	+	NA	+	NA	NA	NA	NA	+
Jeon et al	127	+	+	-	+	NA	NA	NA	NA	+
Kwon et al	668	+	-	-	-	NA	NA	NA	NA	+
Xue et al	57	+	+	+	+	+	NA	NA	NA	+
Choi et al	179	+	+	NA	+	NA	NA	NA	NA	NA
Baek et al	800	+	+	NA	+	NA	NA	NA	NA	NA
Kim et al	137	+	+	NA	+	NA	NA	NA	NA	NA
Ahn et al	348	+	+	NA	+	NA	NA	NA	NA	+
Lee et al	999	+	+	+	+	+	NA	NA	NA	NA

Chú thích: "+" : có, "-": không, "NA": không có thông tin. Để chỉ định cắt thùy tuyến giáp đối với bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú cần có lựa chọn bệnh nhân có các yếu tố phù hợp trình bày chi tiết trong bảng 2.

Tất cả các tác giả đều đồng thuận điều kiện cần thiết để phẫu thuật cắt thùy là ung thư tuyến giáp thể nhú với đường kính lớn nhất của nhân ung thư ≤ 1cm : 11/11 nghiên cứu.

Ngoài ra chúng tôi thấy rằng các tác giả đưa ra những yếu tố khác để chỉ định phẫu thuật cắt thùy giáp cho vi UTTG thể nhú là:

- Đơn nhân: 4/11 nghiên cứu.
- Khối u nằm hoàn toàn trong tuyến giáp, không phá vỡ vỏ, không xâm lấn dính vào các tổ chức xung quanh: 10/11 nghiên cứu.
- Không có di căn hạch vùng cổ cả hạch nhóm VI

và hạch nhóm cổ bên (II,III,IV): 10/11 nghiên cứu.

- Không có di căn xa: 7/11 nghiên cứu.
- Không có tiền sử chiếu xạ vùng cổ trước đây: 4/11 nghiên cứu.
- Không có tiền sử ung thư tuyến giáp mang tính chất gia đình : 2/11 nghiên cứu.
- Không có đột biến gen BRAF và/ hoặc gen nRAS : 1/11 nghiên cứu.

Yếu tố tuổi được đề cập ở 4 nghiên cứu, nhưng chỉ có nghiên cứu của Dobrinja et al năm 2017 đưa ra mốc tuổi <45², tuy nhiên những cập nhật gần đây của AJCC 8th năm 2018 lại đưa mức cut off độ tuổi là <55 tuổi, do đó trong cần thêm những nghiên cứu về vấn đề này.

3. Liên quan chỉ định cắt thùy giáp với kết quả của bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan trong các nghiên cứu lựa chọn vào tổng quan.

Nghiên cứu	N	Tuổi	Giới		KT U (cm)	U phá vỡ vỏ	Đa nhân	Di căn hạch
			Nam	Nữ				
Donatini et al	69	NA	NA	NA	0,71	NA	7,3%	0
Dobrinja et al	19	56	21%	79%	0,53	10,5%	5,3%	0

Kim et al	3289	45,5± 10,5	21,6%	78,4%	0,5 ±0,2	31,4%	11,7%	13,8%
Jeon et al	127	47,65 ± 10,39	12,6%	87,4%	0,634±0,22	12,6 %	100%	NA
Kwon et al	668	47	9%	91%	0,6	38%	10%	26%
Xue et al	57	49±10	21%	79%	NA	10,53%	NA	59,65%
Choi et al	179	45,3±9,5	11,7%	88,3%	0,66±0,19	0	34%	NA
Baek et al	800	43,9±10,1	26,75%	73,25%	0,52±0,19	NA	NA	13%
Kim et al	137	NA	NA	NA	0,64 ± 0,19	NA	NA	14,6%
Ahn et al	348	NA	11,5%	88,5%	NA	0	8,3%	0
Lee et al	999	43,9	8,5%	91,5%	NA	22,4%	9,8%	15,8%

Chú thích: "NA": không có thông tin

Trong các nghiên cứu các yếu tố mà các tác giả lựa chọn để lựa chọn mức độ phẫu thuật cắt thùy giáp hay cắt toàn bộ tuyến giáp hầu hết đều dựa vào kết quả theo dõi lâu dài sau phẫu thuật.

3.1. Tỷ lệ sống toàn bộ, tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp.

Chúng tôi thấy rằng không có sự khác biệt ở nhóm cắt thùy giáp và cắt toàn bộ tuyến giáp cho vi UTTG thể nhú trong bảy nghiên cứu kiểm tra tỷ lệ sống toàn bộ, tỷ lệ tử vong. Nghiên cứu của Donatini không quan sát thấy bệnh nhân tử

vong trong thời gian theo dõi trung bình 11,2 năm ở nhóm cắt thùy giáp¹.

Với các nghiên cứu của Dobrinja et al, Kim et al, Jeon et al, Ahn et al, Lee et al có quan sát thấy bệnh nhân tử vong nhưng đều xác định là tử vong không liên quan đến UTTG thể nhú^{2-4,10,11}. Nghiên cứu của Xue và cộng sự mô tả đường cong tỷ lệ sống toàn bộ của bệnh nhân vi UTTG sau phẫu thuật thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm phẫu thuật cắt thùy giáp so với nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp⁶. Số liệu về tỷ lệ tử vong được trình bày chi tiết trong bảng 4.

Bảng 4. Kết quả theo dõi sau phẫu thuật cắt thùy giáp ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú.

STT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Nghiên cứu	Donatini et al	Dobrinja et al	Kim et al	Jeon et al	Kwon et al	Xue et al	Choi et al	Baek et al	Kim et al	Ahn et al	Lee et al
Tỷ lệ tái phát	17,4%	5,3%	1,6%	3,15 %	3,8 %	26%	2,8%	2%	1,5 %	4,9 %	NA
Tỷ lệ tử vong	0	0*	0*	0*	NA	3,5%	NA	NA	NA	0*	0*
Thời gian theo dõi	134,8 tháng	58,5 tháng	64,6 tháng	94,8 tháng	100 tháng	NA	80.7 ± 44.8 tháng	77,3±18,6 tháng	61.3 ± 29.9 tháng	55,8 tháng	141,6 tháng

Chú thích: "NA": không có thông tin

3.2. Tình trạng tái phát và tỷ lệ sống không bệnh sau phẫu thuật cắt thùy giáp.

Tỷ lệ tái phát (gồm tái phát tại chỗ; tái phát ở thùy giáp còn lại hoặc tại vị trí giường tuyến giáp; di căn hạch; di căn xa) của các nghiên cứu được trình bày chi tiết trong bảng 4.

Tỷ lệ sống không bệnh sau phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp. Chúng tôi thấy có 6 nghiên cứu so sánh sự khác biệt tỷ lệ sống không bệnh đều được phân tích theo phương pháp Kaplan-Meier. Có 2 nghiên cứu của Jeon et al và Lee et al cho thấy tỷ lệ sống không bệnh giữa 2 nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê^{3,4}. Còn 4 nghiên cứu còn lại cho kết quả có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ sống không bệnh giữa 2 nhóm, nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp có tỷ lệ cao hơn nhóm cắt thùy giáp (các giá trị P<0,05). Tuy nhiên nghiên cứu của Kwon và cộng sự (2017), là 1 nghiên cứu có

chất lượng cao chia 2 nhóm phẫu thuật cắt thùy giáp và cắt toàn bộ tuyến giáp (mỗi nhóm có 688 bệnh nhân). Các tác giả thấy rằng tỷ lệ sống không bệnh ở nhóm cắt thùy giáp sau khi được cắt thùy giáp tái phát so với nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp là như nhau với P=0,08 (>0,05)⁵.

IV. BÀN LUẬN

Điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nhú dưới 1 cm còn là một chủ đề gây tranh cãi và cách tiếp cận tối ưu vẫn chưa được đồng thuận. Nhiều tác giả cho rằng phương pháp cắt thùy tuyến giáp là một phẫu thuật vừa đủ, trong đó có khuyến cáo ATA 2015 (hội tuyến giáp Hoa Kỳ).

1. Các điều kiện lựa chọn phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp trong vi UTTG thể nhú.

Có nhiều điều kiện để các tác giả chỉ định phương pháp phẫu thuật cho các bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp. Tuy nhiên qua quá trình phân tích chúng tôi thấy có 2 nhóm điều kiện chính mà hầu

hết tác giả dựa vào lựa chọn phẫu thuật cắt thùy cho bệnh nhân vi UTTG thể nhú đó là:

- Nhóm điều kiện cần: (1) ung thư tuyến giáp thể nhú và đường kính lớn nhất của nhân ung thư ≤ 1 cm.

- Nhóm điều kiện đủ: (2) Đơn nhân; (3) tổn thương nằm hoàn toàn trong tuyến giáp, không phá vỡ vỏ trên đại thể, không xâm lấn các cấu trúc xung quanh; (4) không có di căn hạch cổ xác định trên siêu âm trước phẫu thuật và phát hiện được trong phẫu thuật; (5) không có di căn xa; (6) không có tiền sử chiếu xạ vùng cổ; (7) không có tiền sử ung thư tuyến giáp có tính chất gia đình.

Đột biến gen cũng là 1 yếu tố mới gần đây được 1 số tác giả chú ý nghiên cứu, tuy nhiên trong tổng quan chỉ mới có nghiên cứu Dobrinja et al đề cập với số lượng bệnh nhân còn hạn chế (N=19), do đó chúng tôi chưa đưa vào nhóm điều kiện chỉ định cắt thùy trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú.

2. Liên quan chỉ định cắt thùy giáp với kết quả của bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú.

Nghiên cứu của Dobrinja et al, Kim et al, Jeon et al, Ahn et al, Lee et al không tìm thấy tỷ lệ tử vong liên quan đến ung thư tuyến giáp thể nhú. Nghiên cứu của Xue và cộng sự đã mô tả đường cong thời gian sống toàn bộ sau phẫu thuật thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm phẫu thuật cắt thùy giáp so với nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp. Các nghiên cứu khác cũng không đề cập tới tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật liên quan. Điều này đã xác nhận yếu tố tiên lượng tử vong tổng thể và thời gian sống toàn bộ của vi UTTG thể nhú không khác nhau giữa nhóm phẫu thuật cắt thùy giáp so với nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp.

Tỷ lệ tái phát giữa các nghiên cứu có sự chênh lệch, tuy nhiên chỉ có 2 nghiên cứu của Donati (17,4%) và Xue (26%) nhưng 2 nghiên cứu này có số lượng bệnh nhân ít nên chưa đánh giá đủ tỷ lệ tái phát. Những nghiên cứu còn lại có tỷ lệ từ 1,5%-5,3%. Vị trí tái phát thường gặp nhất sau phẫu thuật cắt thùy giáp ở những bệnh nhân vi UTTG thể nhú là thùy giáp còn lại. Điều này liên quan nhiều tới tình trạng thùy giáp còn lại tại thời điểm trước phẫu thuật, khi có 20 – 40% trường hợp vi UTTG là đa nhân. Nghiên cứu của Kim và cộng sự là 1 nghiên cứu lớn với 8676 bệnh nhân vi UTTG thể nhú cho kết quả trường hợp đa nhân thì phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp có nguy cơ tái phát cao hơn so với phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp có ý nghĩa thống kê.

Nguyên nhân tái phát tại vị trí giường tuyến giáp thường do sót nhu mô tuyến giáp sau phẫu thuật vì u phá vỡ vỏ xâm lấn ra các mô ở giường tuyến giáp quan trọng (như dây thần kinh thanh quản quặt ngược) mà không thể bóc tách được, hoặc phẫu thuật viên bỏ sót trong quá trình phẫu thuật. Ngoài ra di căn hạch và di căn xa liên quan tới tăng sự tái phát sau phẫu thuật của bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú.

Do đó những yếu tố: đa nhân, u phá vỡ vỏ, di căn hạch, di căn xa đều có sự liên quan tới chỉ định phẫu thuật cắt thùy giáp ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú.

Trong tổng quan này, chúng tôi thấy giá trị liên quan mật thiết đến tình trạng tái phát là tỷ lệ sống không bệnh sau phẫu thuật ban đầu của bệnh nhân sau 5 năm, 10 năm, 15 năm. Hầu hết các nghiên cứu đều cho kết quả tỷ lệ sống không bệnh ở nhóm sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp cao hơn ở nhóm cắt thùy giáp với $P < 0,05$, có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên nghiên cứu của Kwon và cộng sự đề cập tới khái niệm tỷ lệ sống không bệnh ở những bệnh nhân tái phát thùy còn lại sau phẫu thuật cắt thùy giáp được phẫu thuật cắt thùy giáp còn lại thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi rút ra kết luận phương pháp cắt thùy giáp có kết quả tương tự như cắt toàn bộ tuyến giáp trong vi UTTG thể nhú (tỷ lệ tử vong, thời gian sống toàn bộ, tỷ lệ tái phát). Do vậy có thể chỉ định cắt thùy giáp cho vi UTTG với các điều kiện thỏa mãn sau: (1) ung thư tuyến giáp thể nhú và đường kính lớn nhất của nhân ung thư ≤ 1 cm (điều kiện cần) và (2) đơn nhân, (3) tổn thương nằm hoàn toàn trong tuyến giáp, không phá vỡ vỏ trên đại thể, không xâm lấn các cấu trúc xung quanh; (4) không có di căn hạch cổ xác định trên siêu âm trước phẫu thuật và phát hiện được trong phẫu thuật; (5) không có di căn xa; (6) không có tiền sử chiếu xạ vùng cổ; (7) không có tiền sử ung thư tuyến giáp có tính chất gia đình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Donatini G, Castagnet M, Desurmont T, Rudolph N, Othman D, Kraimps JL. Partial Thyroidectomy for Papillary Thyroid Microcarcinoma: Is Completion Total Thyroidectomy Indicated? World J Surg. 2016;40(3):510-515. doi:10.1007/s00268-015-3327-7
2. Dobrinja C, Pastoricchio M, Troian M, et al. Partial thyroidectomy for papillary thyroid microcarcinoma: Is completion total thyroidectomy

- indicated? *Int J Surg Lond Engl.* 2017;41 Suppl 1:S34-S39. doi:10.1016/j.ijso.2017.02.012
3. **Kim SK, Park I, Woo JW, et al.** Total thyroidectomy versus lobectomy in conventional papillary thyroid microcarcinoma: Analysis of 8,676 patients at a single institution. *Surgery.* 2017;161(2):485-492. doi:10.1016/j.surg.2016.07.037
 4. **Jeon YW, Gwak HG, Lim ST, Schneider J, Suh YJ.** Long-Term Prognosis of Unilateral and Multifocal Papillary Thyroid Microcarcinoma After Unilateral Lobectomy Versus Total Thyroidectomy. *Ann Surg Oncol.* 2019;26(9):2952-2958. doi:10.1245/s10434-019-07482-w
 5. **Kwon H, Jeon MJ, Kim WG, et al.** A comparison of lobectomy and total thyroidectomy in patients with papillary thyroid microcarcinoma: a retrospective individual risk factor-matched cohort study. *Eur J Endocrinol.* 2017;176(4):371-378. doi:10.1530/EJE-16-0845
 6. **Xue S, Wang P, Liu J, Chen G.** Total thyroidectomy may be more reasonable as initial surgery in unilateral multifocal papillary thyroid microcarcinoma: a single-center experience. *World J Surg Oncol.* 2017;15(1):62. doi:10.1186/s12957-017-1130-7
 7. **Choi YS, Kim DW, Lee YJ, Ha TK, Jung SJ, Baek HJ.** Appropriate Neck Ultrasonography Surveillance During the First 10 Years After Hemithyroidectomy in Papillary Thyroid Microcarcinoma Patients: A Single-Center Study. *Ultrasound Q.* 2019;35(3):275-280. doi:10.1097/RUQ.0000000000000429
 8. **Baek HJ, Kim DW, Lee CY, Huh JY, Sung JY, Choi YJ.** Analysis of postoperative ultrasonography surveillance after hemithyroidectomy in patients with papillary thyroid microcarcinoma: a multicenter study. *Endocr Pract Off J Am Coll Endocrinol Am Assoc Clin Endocrinol.* 2017;23(7):794-802. doi:10.4158/EP161723.OR
 9. **Kim DW.** Long-term follow-up ultrasonography after lobectomy in papillary thyroid microcarcinoma patients: A single-center study. *Endocr Res.* 2016;41(3):213-217. doi:10.3109/07435800.2015.1137583
 10. **Ahn D, Sohn JH, Jeon JH, Jeong JY.** Clinical impact of microscopic extrathyroidal extension in patients with papillary thyroid microcarcinoma treated with hemithyroidectomy. *J Endocrinol Invest.* 2014;37(2):167-173. doi:10.1007/s40618-013-0025-x.

MỘT SỐ YẾU TỐ KINH TẾ - XÃ HỘI ẢNH HƯỞNG ĐẾN THÓI QUEN CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG CHO CON CỦA BỐ MẸ HỌC SINH TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH VINH PHÚC

Nguyễn Thị Oanh¹, Võ Trương Như Ngọc¹, Lê Hưng², Trần Tuấn Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1) Mô tả một số yếu tố kinh tế - xã hội của bố mẹ nhóm học sinh Tiểu học tại tỉnh Vinh Phúc; 2) Phân tích ảnh hưởng của các yếu tố kinh tế - xã hội của bố mẹ nhóm học sinh Tiểu học trên đến thói quen chăm sóc răng miệng của nhóm học sinh Tiểu học tỉnh Vinh Phúc. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Đối tượng nghiên cứu:** 313 học sinh lớp 3 và 313 phụ huynh học sinh tại huyện Sông Lô, tỉnh Vinh Phúc. **Kết quả:** Các yếu tố kinh tế - xã hội - hành vi của bố mẹ ảnh hưởng đến thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của học sinh bao gồm: Học vấn của bố mẹ, tổng thu nhập gia đình, số lần đánh răng của bố mẹ. **Kết luận:** Qua kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố kinh tế - xã hội - hành vi của bố mẹ có ảnh hưởng đến chăm sóc sức khỏe răng miệng của con. Đồng thời nghiên cứu này là cơ sở để triển khai các biện pháp can thiệp nhằm tăng kiến thức,

thực hành chăm sóc răng miệng của trẻ.

Từ khóa: Học sinh, phụ huynh, kinh tế - xã hội, yếu tố liên quan.

SUMMARY

NUMBER OF SOCIO-ECONOMIC FACTORS INFLUENCE TO THE HABIT OF TAKING CARE OF YOUR CHILD'S TEETH STUDENTS IN VINH PHUC PROVINCE

Research objectives: 1) Describe some socio-economic factors of parents of primary school students in Vinh Phuc province; 2) Analysis of the influence of socio-economic factors of the parents of the above primary students on the oral care habits of the primary students of Vinh Phuc province. **Method:** This cross-sectional study was conducted on the 3rd grade student in Song Lo district, Vinh Phuc province. **Study subjects:** 313 grade 3 students and 313 parents in Song Lo district, Vinh Phuc province. **Results:** Socio-economic factors - parental behavior affects the oral health care practices of students are the education of the parents, the total family income, the number of brushing of the parents' teeth. **Conclusion:** Through the results of the study, it is shown that socio-economic factors - behavior of parents affect the care of children's oral health, and this study is the basis for implementing interventions to increase children's dental care knowledge and practice.

¹Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện Becamex Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Oanh

Email: oanhhyhn88@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2022

Ngày duyệt bài: 26.9.2022