

- with sepsis shock]. Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue, 27(1), 43–47.
8. **Lu X., Zhai H., Dong Y. và cộng sự.** (2022). Therapeutic Effect and Prognosis of PiCCO in the Treatment of Myocardial Injury Complicated with Septic Shock. *Comput Math Methods Med*, 2022, 2910849.
9. **Tagami T. và Ong M.E.H.** (2018). Extravascular lung water measurements in acute respiratory distress syndrome: why, how, and when?. *Curr Opin Crit Care*, 24(3), 209–215.
10. **Jozwiak M., Teboul J.-L., và Monnet X.** (2015). Extravascular lung water in critical care: recent advances and clinical applications. *Ann Intensive Care*, 5, 38.

ĐẶC ĐIỂM NHÂN TUYẾN GIÁP VÀ TẾ BÀO HỌC Ở NGƯỜI THỪA CÂN, BÉO PHÌ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Thị Thanh Thảo¹, Phạm Thị Mỹ Thuận²,
Nguyễn Việt Hùng^{2,3}, Nguyễn Quang Bảy^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Béo phì làm tăng nguy cơ hình thành nhân giáp và liên quan đến các đặc điểm sinh học ác tính, thông qua các cơ chế như đề kháng insulin, tăng leptin máu và rối loạn nội tiết. **Mục tiêu:** (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tế bào học của BNTG ở người thừa cân, béo phì; (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến nguy cơ ác tính tuyến giáp ở nhóm đối tượng này. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu 191 bệnh nhân thừa cân, béo phì với 193 nhân giáp: Tuổi trung bình 50,45±12,09. Nữ 74.9%. Bệnh kèm theo, 22,5% tăng huyết áp, 10,5% đái tháo đường, 31,9% rối loạn lipid máu. 5,2% có tiền sử gia đình mắc ung thư tuyến giáp. Vòng eo và tỷ lệ eo/hông (WHR) ở nữ có nguy cơ rối loạn chuyển hóa lần lượt 76,2% và 73,4%. Trên siêu âm kích thước trung vị nhân 9,3±6,7 mm, số lượng bướu đa nhân 67%. Tính chất nhân giáp trên siêu âm: nhiều vị trí chiếm tỷ lệ cao 3,4%, nhân đặc 80,8%, nhân giảm âm 74,1%, nhân đẩy lùi bao giáp 4,1%, nhân vi vôi hóa, 13,5%, hình dáng cao > rộng 18,7%. Kết quả FNA theo Bethesda 2018, nhóm II chiếm (65,3%), nhóm V và nhóm VI lần lượt (16,1%) và (9,8%). Các yếu tố liên quan có ý nghĩa đến ung thư: Nhóm tuổi, gia đình có ung thư tuyến giáp, Kích thước nhân < 10 mm, nhân đặc, giảm âm, đẩy lùi bao giáp, nhân vi vôi hóa, nhân cao > rộng (P<0,05). **Kết luận:** BNTG ở người thừa cân, béo phì có kết quả FNA thuộc nhóm V, VI chiếm tỷ lệ đáng kể. Ung thư tuyến giáp có liên quan đến một số yếu tố như tuổi, tiền sử gia đình ung thư tuyến giáp, nhân nhỏ < 10 mm và các đặc điểm siêu âm nghi ngờ (TIRADS 4–5).

Từ khóa: bướu nhân tuyến giáp, béo phì, tế bào học, TIRADS, Bethesda, ung thư tuyến giáp

¹Bệnh viện A Thái Nguyên

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bảy

Email: quangbay70@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF THYROID NODULES AND CYTOLOGY IN OVERWEIGHT AND OBESE PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

Introduction: Obesity increases the risk of thyroid nodule formation and is associated with malignant biological features through mechanisms such as insulin resistance, hyperleptinemia, and hormonal dysregulation. **Objectives:** (1) To describe the clinical, paraclinical, and cytological characteristics of thyroid nodules (TNs) in overweight and obese individuals; (2) To investigate factors associated with thyroid malignancy in this population. **Methods:** A prospective cross-sectional descriptive study. **Results:** The study included 191 overweight and obese patients with 193 thyroid nodules. The mean age was 50.45±12.09 years, and 74.9% were female. Common comorbidities included hypertension (22.5%), diabetes mellitus (10.5%), and dyslipidemia (31.9%). A family history of thyroid cancer was reported in 5.2%. Among females, increased waist circumference and waist-to-hip ratio (WHR) indicating metabolic risk were found in 76.2% and 73.4%, respectively. Clinically, all patients were euthyroid. On ultrasound, the median nodule size was 9.3±6.7 mm, with multinodular goiter present in 67%. Sonographic features included multiple locations (3.4%), solid composition (80.8%), hypoechogenicity (74.1%), extrathyroidal extension (4.1%), microcalcifications (13.5%), and taller-than-wide shape (18.7%). Fine-needle aspiration (FNA) based on the 2018 Bethesda system revealed category II in 65.3%, category V in 16.1%, and category VI in 9.8%. Factors significantly associated with thyroid cancer included age group, family history of thyroid cancer, nodule size <10 mm, solid composition, hypoechogenicity, extrathyroidal extension, microcalcifications, and taller-than-wide shape (P<0.05). **Conclusion:** In overweight and obese patients, a notable proportion of thyroid nodules were classified as Bethesda category V and VI. Thyroid cancer was significantly associated with age, family history of thyroid cancer, smaller nodule size (<10 mm), and suspicious ultrasound features (TIRADS 4–

5). **Keywords:** thyroid nodules, obesity, cytology, TIRADS, Bethesda, thyroid cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu nhân tuyến giáp (BNTG) là một tổn thương khu trú trong nhu mô tuyến giáp, phần lớn là lành tính, nhưng khoảng 7–15% là ác tính[1]. Tỷ lệ BNTG và ung thư tuyến giáp tăng lên nhanh chóng cùng với sự gia tăng song song về béo phì trên toàn cầu[2], [3]. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy béo phì không chỉ làm tăng nguy cơ hình thành nhân tuyến giáp mà còn liên quan đến các đặc điểm sinh học ác tính thông qua các cơ chế như kháng insulin, viêm mạn tính mức độ thấp, tăng leptin máu và rối loạn nội tiết[3], [4], [5]

Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu chuyên sâu về bệnh lý bướu nhân tuyến giáp ở người thừa cân, béo phì. Nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tế bào học của BNTG ở người thừa cân, béo phì.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến nguy cơ ung thư tuyến giáp ở nhóm đối tượng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp tại khoa Nội tiết bệnh viện Bạch Mai, có chọc tế bào tuyến giáp.

*** Tiêu chuẩn chọn**

- Người bệnh ≥18 tuổi có BMI ≥ 23 kg/m².
- Có kết quả xét nghiệm FT4, TSH và siêu âm tuyến giáp.
- Có kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA).
- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân đang mang thai.
- Đã từng phẫu thuật tuyến giáp, có tuyến giáp lạc chỗ, từng điều trị bằng RF, I-131, tiêm cồn...
- Có bệnh lý ung thư tuyến giáp thứ phát, hoặc di căn từ nơi khác đến, đang mắc bệnh nội khoa mạn tính nặng, suy gan, suy thận.
- Không có đầy đủ dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng cần thiết cho nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025.
- Tại Khoa Nội tiết bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.

2.4. Cỡ mẫu. Chọn mẫu thuận tiện. Gồm 191 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng: các triệu chứng cơ năng (nuốt vướng, tức cổ, khàn

tiếng...), đo BMI, vòng eo, tỷ lệ eo/hông (WHR).

Xét nghiệm: Kết quả nồng độ FT4 và TSH thực hiện tại khoa Hóa Sinh Bệnh Viện Bạch Mai.

Siêu âm tuyến giáp: đánh giá phân độ TIRADS theo ACR 2017. Máy siêu âm dùng để thăm khám bệnh nhân là máy Logiq S7 hãng GE, đầu dò 7,5 MHz

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA): dưới hướng dẫn siêu âm, sử dụng kim nhỏ kích thước G25. Phân loại kết quả FNA theo hệ thống Bethesda 2018.

Mô bệnh học (nếu có): thu thập kết quả sau phẫu thuật.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

- Phân tích bằng SPSS 25.0.
- Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± SD hoặc trung vị ± IQR
- Biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất, tỷ lệ phần trăm.
- So sánh bằng kiểm định Chi-square, Fisher's exact (nếu cần).

2.7. Đạo đức nghiên cứu.

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Bạch Mai và Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt.

Người bệnh tham gia hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8/ 2024 – 6/ 2025 chúng tôi lấy được 191 bệnh nhân với 193 nhân tuyến giáp được mô tả.

3.1. Đặc điểm lâm sàng nhóm BN nghiên cứu

Bảng 1. Đặc lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (năm)	20-39	36	18,8
	40-49	52	27,2
	50-59	57	29,8
	≥60	46	24,2
	Mean±SD (tối đa-tối thiểu)	50,45±12,09 (79-21)	
Giới	Nam	48	25,1
	Nữ	143	74,9
Tiền sử bản thân	Tăng huyết áp	43	22,5
	Đái tháo đường	20	10,5
	Rối loạn lipid máu	61	31,9
Tiền sử gia đình	Bệnh tuyến giáp lành tính	28	14,7
	Ung thư tuyến giáp	10	5,2
Nhóm BMI (kg/m²)	Tiền béo phì (23-24,9)	120	62,8
	Béo phì độ I (25-29,9)	66	34,6
	Béo phì độ II (≥30)	5	2,6
	Median±IQR	24,5±2,46	

	(tối đa-tối thiểu)	(31,3-23)	
Vòng eo (cm)	Nam >90	26	54,2
	Nữ >80	109	76,2
	Median±IQR	87±10	
WHR	Nam >0,9	34	70,8
	Nữ >0,85	105	73,4
	Mean±SD	0,73±0,45	

Tuổi trung bình 50,45±12,09. Giới tính nữ chiếm (74,9%). Tiền sử bản thân: tăng huyết áp 22,5%; đái tháo đường 10,5%; rối loạn lipid máu 31,9%; tiền sử gia đình ung thư tuyến giáp 5,2%. BMI trung vị 24,5 ± 2,46; phần lớn thuộc nhóm tiền béo phì (62,8%). vòng eo nữ >80 cm chiếm 76,2%; WHR >0,85 ở nữ chiếm 73,4%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm nhân giáp, hạch cổ trên siêu âm vùng cổ, chức năng tuyến giáp

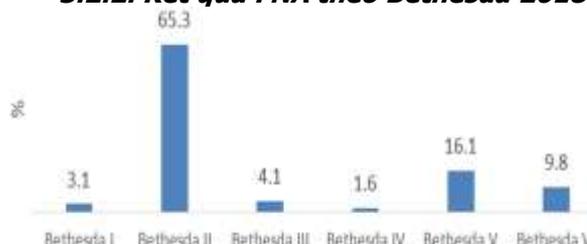
Bảng 2. Đặc điểm nhân giáp, hạch cổ trên siêu âm, chức năng tuyến giáp

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng nhân giáp	1 nhân	63	33
	2 nhân	64	33,5
	≥ 3 nhân	64	33,5
Vị trí nhân giáp	Thùy Phải	66	34,6
	Thùy trái	33	17,3
	Eo	8	4,2
	Nhiều vị trí	84	44,0
Kích thước nhân giáp (mm)	<10	105	54,4
	10-15	54	28
	>15	34	17,6
	Median±IQR (tối đa-tối thiểu)	9,3±6,7 (49,3-2,5)	
Độ hồi âm	Hỗn hợp âm	37	19,2
	Đồng âm	13	6,7
	Giảm âm	143	74,1
Ranh giới	Rõ	146	75,6
	Không rõ	39	20,2
	Đầy lùi bao giáp	8	4,1
Tính chất vôi hóa	Không vôi hóa	149	77,2
	Vôi hóa lớn	13	6,7
	Vôi hóa viền	5	2,6
	Vi vôi hóa	26	13,5
Hình dáng	Cao > rộng	36	18,7
Phân loại ACR Tirads 2017	Tirads 3	79	40,9
	Tirads 4	92	47,7
	Tirads 5	22	11,4
Hạch cổ	Có	15	7,9
	Không	176	92,1
Chức năng tuyến giáp	Suy giáp	0	0
	Suy giáp dưới lâm sàng	3	1,6
	Bình giáp	187	97,9
	Cường giáp dưới	1	0,5

	lâm sàng		
	Cường giáp	0	0

Tỷ lệ số nhân tương đương nhau. Nhân ở nhiều vị trí khác nhau 44%. Kích thước nhân trung vị 9,3 ± 6,7 mm. Tỷ lệ nhân TIRADS 4 và 5 chiếm 59,1%. 7,9% có hạch cổ. TSH trung bình 1,37 ± 1,32 µU/ml. 97,9% bình giáp.

3.2.2. Kết quả FNA theo Bethesda 2018



Biểu đồ 1. Kết quả FNA theo Phân loại Bethesda 2018

Kết quả FNA thuộc nhóm II chiếm tỷ lệ cao nhất 126 BN (65,3%). 25,9% BN có kết quả FNA thuộc nhóm V, VI. Trong đó nhóm V 31 BN (16,1%), Nhóm VI BN 19(9,8%).

3.3. Xử trí nhân giáp, mô bệnh học sau phẫu thuật

Bảng 3. Xử trí nhân giáp, Mô bệnh học sau phẫu thuật

Biến số		Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
Xử trí nhân giáp	Theo dõi N(%)	Phẫu thuật N(%)	RFA N(%)
Nhóm I	6(100)	0	0
Nhóm III	8(100)	0	0
Nhóm IV	3(100)	0	0
Nhóm V	12(38,7)	18(58,1)	1(3,2)
Nhóm VI	3(15,8)	16(84,2)	0
Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật		Ac tính N(%)	Lành tính N(%)
Nhóm V		17(94,4)	1
Nhóm VI		16(100)	0
Tổng		33(97,1)	1(2,9)

Nhóm bệnh nhân với Bethesda V, VI đa số phẫu thuật (58,1% và 84,2%). Tỷ lệ ung thư sau mổ: nhóm V là 94,4%, nhóm VI là 100%. Chỉ 1 ca lành tính sau mổ (2,9%).

3.4. Một số yếu tố liên quan đến ung thư tuyến giáp ở ĐTNC

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến ung thư tuyến giáp

Biến số		Ac tính N(%)	Giá trị P
Nhóm tuổi	20-39	6(20,7)	0,03
	40-49	15(34,1)	
	50-59	4(8,5)	
	≥60	7(18,4)	
Giới tính	Nam	10(27,0)	0,24

	Nữ	22(18,2)		
Tiền sử bản thân	Tăng huyết áp	Có	7(19,4)	0,89
		Không	25(20,5)	
	Đái tháo đường	Có	2(13,3)	0,74
		Không	30(21,0)	
Rối loạn lipid máu	Có	12(24,5)	0,37	
	Không	20(18,3)		
Tiền sử gia đình	Ung thư tuyến giáp	5(55,6)	0,02	
	Bệnh tuyến giáp Lành tính	6(27,3)		
	Không	21(16,5)		
Kích thước nhân (mm)	<10	25(30,5)	<0,01	
	10- 15	7(15,9)		
	>15	1(3,0)		
Nhóm BMI	Tiền béo phì	19(18,8)	0,68	
	Béo phì độ I	12(22,6)		
	Béo phì độ II	1(25,0)		
Vị trí nhân trên siêu âm	Thùy phải	10(18,2)	0,32	
	Thùy trái	6(21,4)		
	eo	3(50,0)		
	Nhiều vị trí	13(18,8)		
Độ hồi âm	Hôn hợp âm	1(2,7)	<0,01	
	Đồng âm	0(0,0)		
	Giảm âm	32(28,8)		
Ranh giới	Rõ	18(14,6)	<0,01	
	Không rõ	13(43,3)		
	Đầy lồi bao giáp	2(33,3)		
Tính chất vôi hóa	Không vôi hóa	18(14,3)	<0,01	
	Vôi hóa lớn	3(30,0)		
	Vôi hóa viền	2(40,0)		
	Vì vôi hóa	10(55,6)		
Hình dạng	Cao > rộng	14(50)	<0,01	
Phân loại Tirads	Tirads 3	1(1,3)	<0,01	
	Tirads 4	23(32,9)		
	Tirads 5	9(69,2)		

Có 32 bệnh nhân ung thư tuyến giáp với 33 nhân ác tính. 126 bệnh nhân với các nhân tuyến giáp lành tính. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhóm tuổi ($P=0,03$), tiền sử gia đình ($P=0,02$), kích thước nhân, hình thái nhân, độ hồi âm, ranh giới, tính chất vôi hóa, hình dạng nhân với giá trị ($P<0,01$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

4.1.1. Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình $50,45 \pm 12,09$, nữ giới chiếm (74,9%). Tương đương với nghiên cứu của Trần Thị Như Quỳnh (51,5 + 13,1)[6] nghiên cứu của Trần Thị Hậu ($47,22 \pm 12,02$) [7] Nữ giới tuổi trung niên có nguy cơ mắc BNTG cao hơn, do estrogen hoạt hóa các thụ thể tăng trưởng tuyến giáp, góp phần vào cả tăng sinh lành tính và chuyển dạng ác tính[4].

Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử rối loạn lipid máu 31,9% gợi ý mối liên hệ giữa rối loạn chuyển hóa và tỷ lệ hình thành nhân tuyến giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 5,2% bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc ung thư tuyến giáp, phù hợp với Kamani (2022) nhấn mạnh vai trò của di truyền[8]. Đây cũng là một yếu tố nguy cơ được công nhận theo khuyến cáo của ATA 2015 [1].

Các chỉ số như BMI ($24,5 \pm 2,46 \text{ kg/m}^2$), vòng eo và tỷ lệ eo/hông vượt ngưỡng ở phần lớn bệnh nhân đặc biệt ở nữ giới (vòng eo $>80 \text{ cm}$ ở 76,2% và WHR $>0,85$ ở 73,4%). Đây là những chỉ số phản ánh kiểu hình có tình trạng đề kháng insulin và viêm mạn tính mức độ thấp, từ đó thúc đẩy tăng sinh tế bào tuyến giáp. [9], [10]

4.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân có chức năng tuyến giáp bình thường 187(97,9%), tương đồng nghiên cứu của Trần Thị Hậu (96,2%) và hầu hết các nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Do đó, xét nghiệm hormon tuyến giáp không có giá trị cao trong sàng lọc ác tính và không nên là tiêu chí loại trừ nhân nghi ngờ.

Về hình ảnh siêu âm, nhân đặc (80,8%) và giảm âm (74,1%) là hai đặc điểm liên quan chặt chẽ với ung thư tuyến giáp. Tỷ lệ này cao hơn so với Trần Thị Như Quỳnh (66,5% và 46,1%)[6]. Có sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là BN Bướu nhân tuyến giáp có thừa cân, béo phì, còn đối tượng nguyên cứu của Trần Thị Như Quỳnh và cộng sự là BMI bất kỳ. Đáng chú ý, nhân $<10 \text{ mm}$ chiếm 54,4% nhưng lại có tỷ lệ ác tính cao nhất (30,5%). Phù hợp khuyến cáo của Haugen et al. (2016), khẳng định nhân nhỏ vẫn có thể là ác tính nếu có đặc điểm nghi ngờ trên siêu âm....[1].

Một số đặc điểm nghi ngờ như vi vôi hóa (13,5%), nhân cao > rộng (18,7%), ranh giới không rõ (20,2%) xuất hiện với tần suất cao hơn nghiên cứu trước[6]. Các yếu tố này có ý nghĩa thống kê với ung thư tuyến giáp ($p<0,01$), phản ánh mối liên hệ tiềm tàng giữa tình trạng rối loạn chuyển hóa trong béo phì với sự biến đổi hình thái học ác tính của nhân tuyến giáp.

Phân loại TIRADS 4–5 chiếm 59,1%, cao hơn rõ so với Quỳnh (13,1%) và Hậu (31,1%)[6], [7]. TIRADS 5 có tỷ lệ xác định ác tính lên đến 69,2% cho thấy hệ thống phân loại ACR TIRADS 2017 có giá trị chẩn đoán ung thư tuyến giáp cao trong nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ chuyển hóa như thừa cân – béo phì.

Về kết quả FNA, nhóm V–VI chiếm tổng cộng 25,9%, cao hơn rõ rệt so với tỷ lệ ghi nhận ở nghiên cứu của Trần Thị Như Quỳnh và cộng sự (3,4% và 5,5%) và Trần Thị Hậu (4% và

13,2%)[6][7]. Tỷ lệ mô bệnh học xác định ác tính sau phẫu thuật đạt 94,4% ở nhóm V và 100% ở nhóm VI, khẳng định độ chính xác cao của FNA khi chỉ định phù hợp theo đặc điểm siêu âm nghi ngờ.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến ung thư tuyến giáp ở đối tượng nghiên cứu

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng và tiền sử.

Ung thư gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 40–49 (34,1%, $p=0,03$), phù hợp với nghiên cứu của Jang et al. (2022) trên phụ nữ Hàn Quốc, cho thấy nguy cơ ung thư tăng cao ở nhóm tuổi trung niên, có thể liên quan đến sự tích lũy dài hạn của các yếu tố nguy cơ ác tính[10].

Về giới tính, mặc dù nữ mắc BNTG nhiều hơn, tỉ lệ ung thư ở nam lại cao hơn (27% so với 18,2%). Điều này phù hợp với nhận định từ Franchini (2022)[4] nam giới có nguy cơ phát hiện ung thư thể biệt hóa ở giai đoạn muộn hơn, với tỷ lệ xâm lấn và di căn cao hơn. Nghiên cứu của Yildirim Simsir (2020) [5] cũng cho thấy giới nam là một yếu tố tiên đoán độc lập làm tăng nguy cơ ác tính và tiến triển nhanh của bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 55,6% bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc ung thư tuyến giáp có kết quả FNA ác tính ($p = 0,02$). phù hợp với tài liệu của Kamani và cộng sự (2022)[8] và với các khuyến cáo quốc tế như ATA 2015 [1] củng cố vai trò của yếu tố di truyền trong cơ chế bệnh sinh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố như BMI, vòng eo, tỷ lệ eo/hông, cùng với tiền sử bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu đều không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên tỉ lệ ác tính có xu hướng tăng theo mức độ béo phì, đặc biệt nhóm độ II (25%). Điều này phù hợp cơ chế béo phì → tăng IGF-1, leptin, kháng insulin... làm tăng nguy cơ ác tính[2], [3].

Vì vậy, mặc dù trong nghiên cứu này chưa xác lập được mối liên hệ có ý nghĩa thống kê, vai trò của béo phì và hội chứng chuyển hóa trong ung thư tuyến giáp là rất đáng chú ý. Nghiên cứu quy mô lớn hơn kết hợp chỉ dấu sinh học có thể làm rõ thêm mối liên hệ này.

4.2.2. Đặc điểm siêu âm của các nhân tuyến giáp. Các đặc điểm nghi ngờ trên siêu âm như: nhân đặc (26,2%), giảm âm (28,8%), vi vôi hóa (55,6%), hình dạng cao hơn rộng (50%), ranh giới không rõ (43,3%), và phân loại TIRADS 5 (69,2%) có liên quan chặt chẽ với ác tính ($p < 0,01$). Đây đều là những dấu hiệu có giá trị chẩn đoán cao trong nhiều nghiên cứu. [6] [7] [1].

Kích thước nhân có tỷ lệ ung thư cao nhất ghi nhận ở nhóm nhân <10mm (30,5%) ($p < 0,01$). Điều này phù hợp với quan sát của Haugen et al. (2016)[1] nhấn mạnh rằng những nhân nhỏ nhưng mang đặc điểm nghi ngờ vẫn có thể là ác tính, và không nên bỏ qua chỉ vì kích thước. Điều này cũng được công nhận trong nghiên cứu của Trần Thị Hậu, tỷ lệ nhân ác tính có 21,4% nhân < 0,5cm, 52,4% nhân kích thước từ 0,5 đến 1 cm[7].

V. KẾT LUẬN

Ở người thừa cân, béo phì có nhân tuyến giáp, tỉ lệ FNA nhóm V–VI chiếm tỷ lệ đáng kể. Các yếu tố liên quan ác tính gồm: tuổi 40–49, tiền sử gia đình ung thư tuyến giáp, nhân <10 mm, đặc điểm siêu âm nghi ngờ (nhân đặc, giảm âm, vi vôi hóa, TIRADS 4–5). Tỉ lệ ác tính tăng theo mức độ béo phì, đặc biệt ở nhóm béo phì độ II.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al.** 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):1-133. doi:10.1089/thy.2015.0020
2. **Schmid D, Ricci C, Behrens G, Leitzmann MF.** Adiposity and risk of thyroid cancer: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2015;16(12):1042-1054. doi:10.1111/obr.12321
3. **Avgerinos KI, Spyrou N, Mantzoros CS, Dalamaga M.** Obesity and cancer risk: Emerging biological mechanisms and perspectives. *Metabolism*. 2019;92: 121-135. doi:10.1016/j.metabol.2018.11.001
4. **Franchini F, Palatucci G, Colao A, et al.** Obesity and thyroid cancer risk: An update. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1116. doi:10.3390/ijerph19031116
5. **Yildirim Simsir I, Cetinkalp S, Kabalak T.** Review of factors contributing to nodular goiter and thyroid carcinoma. *Med Princ Pract*. 2020;29(1):1-5. doi:10.1159/000503575
6. **Trần Thị Như Quỳnh, Chu Thị Giang, Nguyễn Ngọc Trung, et al.** Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm và kết quả chọc hút tế bào bướu nhân tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm. *Y Học Công Đồng*. 2019;4(51).
7. **Trần Thị Hậu.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp được phát hiện tình cờ [Master's thesis]. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
8. **Kamani T, Charkhchi P, Zahedi A, Akbari MR.** Genetic susceptibility to hereditary non-medullary thyroid cancer. *Hered Cancer Clin Pract*. 2022;20(1):9. doi:10.1186/s13053-022-00215-3
9. **Song B, Zhang Y, Liu D, et al.** Association of thyroid nodules with adiposity: A community-based cross-sectional study in China. *BMC Endocr Disord*. 2018;18:3. doi:10.1186/s12902-018-0232-8
10. **Jang Y, Kim T, Kim BHS, Park B.** Association between obesity indexes and thyroid cancer risk

in Korean women: Nested case-control study. Cancers (Basel). 2022;14(19):4712. doi:10.3390/

cancers14194712

CHẤT LƯỢNG VẬN ĐỘNG SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG: HÀNH TRÌNH PHỤC HỒI NHÌN TỪ THỰC HÀNH LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG NĂM 2025

Đinh Thị Ngọc Anh¹, Nguyễn Trọng Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc phục hồi chức năng (PHCN) vận động của người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu cắt ngang trên 113 bệnh nhân sau phẫu thuật thay khớp háng (nhân tạo bán phần hoặc toàn phần) tại khoa ngoại chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ tháng 01/2025 đến 12/2025. **Kết quả:** Bệnh nhân có tuổi trung bình 72,4 ± 8,5, phần lớn trên 60 tuổi (84,9%) và nữ chiếm 62,8%. Hầu hết phẫu thuật do gãy cổ hoặc liên mẫu chuyển xương đùi (90,3%), với 75,2% thay khớp bán phần. Thời gian mổ trung bình 46,6 phút. Điều dưỡng thực hiện tư vấn và chăm sóc xuất sắc, trên 93% bệnh nhân nhận hỗ trợ tinh thần và hướng dẫn tập luyện. Các bài tập phục hồi đạt mức "tốt" trên 85%, đặc biệt gấp duỗi gối (97,3%). Vết mổ khô ở 96,4% khi ra viện, tỷ lệ nhiễm khuẩn thấp (2,7%). Kiểm soát đau hiệu quả, không có đau nặng, 67,2% còn đau nhẹ. Sau 1 tháng, 46% bệnh nhân phục hồi chức năng tốt/rất tốt theo Harris, trong khi 54% trung bình/kém. Tuổi > 60, bệnh mạn tính và thay toàn phần làm tăng nguy cơ phục hồi kém, còn giới tính và thời gian mổ không ảnh hưởng đáng kể. **Kết luận:** Chăm sóc PHCN vận động sau thay khớp háng tại bệnh viện đã giúp phần lớn người bệnh phục hồi chức năng cơ bản sau 1 tháng. Cần chú trọng hơn đến nhóm bệnh nhân cao tuổi, có bệnh lý kèm theo và phẫu thuật thay khớp toàn phần do quá trình phục hồi và liên xương của nhóm này tiến triển chậm hơn.

Từ khóa: Phẫu thuật thay khớp háng, kiểm soát đau hậu phẫu, phục hồi chức năng

SUMMARY

POSTOPERATIVE MOBILITY QUALITY AFTER HIP REPLACEMENT SURGERY: A RECOVERY JOURNEY FROM CLINICAL PRACTICE AT HA DONG GENERAL HOSPITAL IN 2025

Objective: To assess outcomes of nursing-led motor function rehabilitation following hip replacement and identify related factors. **Methods:** A prospective

descriptive study was conducted on 113 patients undergoing partial or total hip arthroplasty at Ha Dong General Hospital (2025). Patient characteristics, surgical details, nursing rehabilitation care, and functional recovery (measured by Harris Hip Score at 1 month) were analyzed. **Results:** Patients had a mean age of 72.4 years; 84.9% were over 60, and 62.8% were female. Most surgeries (90.3%) were for proximal femoral fractures, with partial arthroplasty in 75.2% of cases. Nursing care was well delivered—over 93% received psychological support and exercise guidance; 85% rated rehab exercises as "good." At discharge, 96.4% had dry incisions, and pain was well controlled. After one month, 46% achieved good/excellent outcomes; 54% remained fair/poor. Poorer outcomes were significantly associated with age > 60 (OR = 3.4), chronic comorbidity (OR = 2.6), and total hip replacement (OR = 2.7). **Conclusion:** Standardized nursing rehabilitation was effective in supporting early functional recovery. However, older age, comorbidities, and total hip arthroplasty were predictors of slower progress and require targeted attention. **Keywords:** Hip replacement surgery, postoperative pain management, functional rehabilitation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, thay khớp háng là phương pháp điều trị phổ biến trong chấn thương chỉnh hình, đặc biệt ở người cao tuổi bị gãy cổ xương đùi. Mặc dù kỹ thuật phẫu thuật ngày càng tiến bộ, kết quả phục hồi chức năng vẫn phụ thuộc lớn vào chăm sóc điều dưỡng và phục hồi sau mổ. Vai trò của điều dưỡng phục hồi chức năng – bao gồm hỗ trợ tâm lý, kiểm soát đau, và hướng dẫn bài tập vận động – là yếu tố then chốt giúp bệnh nhân sớm lấy lại chức năng vận động, giảm biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện. Tuy nhiên, các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả phục hồi sau thay khớp háng, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi hoặc có bệnh lý mạn tính, vẫn chưa được đánh giá đầy đủ trong bối cảnh thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 113 người bệnh được phẫu thuật thay khớp háng tại khoa ngoại chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) Hà Đông từ tháng 01/2025 đến tháng 12/2025.

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông - Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Nghĩa

Email: nghia.dr@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025