

EVALUATION OF THE RESULTS OF SURGERY ON DIFFERENTIATED THYROID CANCERS WITH LATERAL NECK DISSECTION AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Luu Thi Thuy Quynh^{1*}, Hoang Minh Cuong¹, Tran Bao Ngoc¹, Hoang Thanh Quang²

¹TNU – University of Medicine and Pharmacy, ²Thai Nguyen National Hospital

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 18/9/2024	This study evaluated the early surgical results in patients diagnosed with differentiated thyroid cancer who underwent lateral neck lymphadenectomy at Thai Nguyen National Hospital. A retrospective study of 65 patients diagnosed with differentiated thyroid cancer with lateral neck dissection was performed at Thai Nguyen National Hospital from February 2022 to May 2024. The results showed that the average age was 48.71 ± 11.26 years old, mainly distributed in the age group of 30-69 years old. The disease is prevalent in women, with a female/male ratio of 12/1. Patients often come to the hospital for health check-ups (58.5%). The average tumor size is 1.48 ± 0.93 (Min-Max: 3 mm - 45mm). The rate of lymph node metastasis is 69.2% (45/65). The most common early complications at 72 hours after surgery are hypocalcemia (52.3%), hoarseness (12.3%), and lymphatic leakage (12.3%). Postoperative results showed that 66.2% of patients achieved average, and 33.8% of patients achieved good results. There were no cases with poor results. Evaluating the results of thyroid cancer surgery with lateral cervical lymph node dissection is very necessary to improve the treatment effectiveness at the research facility.
Revised: 17/11/2024	
Published: 19/11/2024	
KEYWORDS	
Thyroid cancer	
Differentiated	
Lateral cervical lymph node dissection	
Surgery results	
Complication	

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HOÁ CÓ VẾT HẠCH CỔ BÊN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Luu Thị Thúy Quỳnh^{1*}, Hoàng Minh Cường¹, Trần Bảo Ngọc¹, Hoàng Thanh Quang²

¹Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên, ²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 18/9/2024	Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hoá được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ bên tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 02/2022 đến tháng 5/2024. Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân trên. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tuổi trung bình mắc bệnh là $48,71 \pm 11,26$ tuổi, phân bố chủ yếu ở độ tuổi 30-69 tuổi. Bệnh thường gặp ở nữ giới với tỉ lệ nữ/nam là 12/1. Có 58,5% được chẩn đoán khi không có triệu chứng. Kích thước u trung bình là $1,48 \pm 0,93$ (lớn nhất 45 mm và nhỏ nhất là 3 mm). Tỷ lệ di căn hạch là 69,2% (45/65). Biến chứng sớm thường gặp cao nhất ở thời điểm 72 giờ sau mổ là biểu hiện hạ calci máu (52,3%), khàn tiếng (12,3%), rò bạch huyết (12,3%). Kết quả sau phẫu thuật: 66,2% số bệnh nhân đạt kết quả trung bình và 33,8% số bệnh nhân đạt kết quả tốt. Không có trường hợp nào đạt kết quả xấu. Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp có vết hạch cổ bên rất cần thiết nhằm nâng cao hiệu quả điều trị tại cơ sở nghiên cứu.
Ngày hoàn thiện: 17/11/2024	
Ngày đăng: 19/11/2024	
TỪ KHÓA	
Ung thư tuyến giáp	
Thể biệt hoá	
Vết hạch cổ bên	
Kết quả phẫu thuật	
Khàn tiếng	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.11128>

* Corresponding author. Email: hoangminhcuong@tnmc.edu.vn

1. Đặt vấn đề

Ung thư tuyến giáp (UTTG) là bệnh thường gặp nhất của ung thư hệ nội tiết. Theo GLOBOCAN 2022, UTTG đứng thứ 7 trong tổng số ca bệnh ung thư ở cả 2 giới với ước tính 821.214 ca mắc mới hàng năm, đứng thứ 5 trong các loại ung thư ở nữ giới [1]. Tỷ lệ mắc bệnh có sự thay đổi đáng kể theo vị trí địa lý, cao nhất ở các nước có thu nhập cao như Hàn Quốc, Canada, Ý và các nước có thu nhập trung bình đến cao như Thổ Nhĩ Kỳ, Brazil, Costa Rica và Trung Quốc. Trong khi tỷ lệ tử vong có xu hướng thấp hơn nhiều và ít thay đổi về mặt địa lý. Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới cao hơn khoảng 3 lần so với nam giới. Tỷ lệ mắc theo tuổi là 8,3/100.000 dân, tăng dần từ tuổi thiếu niên đến trung niên và đạt đỉnh với độ tuổi 55 tuổi ở phụ nữ và 65 tuổi ở nam giới, giảm dần ở người cao tuổi [1], [2]. Về phân loại mô học, UTTG thể biệt hóa chiếm 70-80% [3]. Với thể này, hầu hết các trường hợp không có triệu chứng và được phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ hoặc tình cờ phát hiện với u giai đoạn sớm. Ở giai đoạn muộn hơn, khối u chèn ép có thể gây khàn tiếng, nuốt vướng hoặc phát hiện hạch vùng cổ [4]. Đối với UTTG, phẫu thuật (PT) là phương pháp điều trị chính. Điều trị I-131, sử dụng hormon thay thế đường uống là những phương pháp hỗ trợ [5]. Bệnh có tiên lượng sống tốt, tại Hoa Kỳ, tỷ lệ sống thêm trên 5 năm là 98,6%, trong đó 99,9% với u tại chỗ, 98,3% với tổn thương tại vùng và 54,9% với bệnh đã di căn xa [2]. Đối với các trường hợp khối u phá vỡ vỏ bao giáp và/ hoặc khi có nghi ngờ di căn hạch cổ, bệnh nhân được chỉ định cắt tuyến giáp toàn bộ kèm theo vét hạch cổ, đây là một phẫu thuật lớn vùng cổ, một số biến chứng như: tổn thương thần kinh quặt ngược, hạ calci máu, rò bạch huyết, chảy máu sau mổ,... liên quan đến mức độ mở rộng của vùng mổ. Biến chứng thường gặp sau mổ cắt tuyến giáp là hạ calci máu dao động từ 15,7-54,4%, khàn tiếng dao động từ 11,77-33,3% [6]-[8]. Hiện nay, PT điều trị UTTG tại Việt Nam cũng như trên thế giới đã được chuẩn hóa về kỹ thuật và áp dụng nhiều phương tiện PT hiện đại như dao hàn mạch, máy dò thần kinh,... giúp mang lại hiệu quả điều trị cao cho bệnh nhân.

Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã tiến hành PT điều trị UTTG hơn 10 năm nay cùng với nhiều tiến bộ, việc nghiên cứu để đánh giá hoàn chỉnh kết quả phẫu thuật trên từng nhóm bệnh nhân là cần thiết giúp nâng cao hiệu quả điều trị. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật sớm bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa được phẫu thuật vét hạch cổ bên tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 65 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hóa và điều trị tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 02/2022 đến tháng 5/2024.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ có vét hạch cổ bên và kết quả mô bệnh học là UTTG thể biệt hóa; Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân ung thư tuyến giáp tái phát; Tiền sử phẫu thuật vùng cổ; Khàn tiếng không hồi phục trước phẫu thuật; Có di căn xa.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên toàn bộ bệnh nhân (BN) UTTG thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện, gồm 65 BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.5. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu

- * Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:
 - Tuổi, giới tính;
 - Lý do vào viện;
 - Kích thước u tuyến giáp: Được xác định là trục dài trên siêu âm tuyến giáp;
 - Đặc điểm u trên siêu âm tuyến giáp (phân loại theo ACR TIRADS 2017) [9];
 - Kết quả FNA của u trước mổ (phân loại theo hệ thống Bethesda 2017) [10];
 - Phân loại mô bệnh học sau mổ để đánh giá di căn hạch cổ hay không di căn.
- * Kết quả phẫu thuật:
 - Các biến chứng sau mổ thời điểm 24 giờ, 72 giờ và ngày ra viện:
 - + Chảy máu: Có thể biểu hiện vùng cổ sưng phồng, có thể gây khó thở, dẫn lưu (chảy máu đỏ tươi và có cục máu đông), có thể kèm theo mạch nhanh, huyết áp hạ. Tính cả trường hợp điều trị nội khoa và trường hợp điều trị ngoại khoa tùy theo mức độ chảy máu, mức độ chèn ép đường thở.
 - + Biến chứng đường thở: Khó thở thanh quản (khó thở chậm, thì hít vào, có tiếng thở rít).
 - + Biến chứng hạ calci máu: Tê bì đầu chi, quanh miệng, lưỡi, tê bì co rút chân tay, hạ canxi máu. Khi có bất kỳ biểu hiện nào trong các triệu chứng nêu trên đều được đánh giá là biểu hiện hạ calci máu.
 - + Khàn tiếng đánh giá bằng nghe bệnh nhân nói và đánh giá lại bằng nội soi tai mũi họng trước khi ra viện để đánh giá khàn tiếng do liệt dây thanh hay do nguyên nhân khác.
 - + Nhiễm trùng vết mổ: Biểu hiện toàn thân sốt, vết mổ nề đỏ, có mủ, công thức máu có bạch cầu tăng trên 10G/l [7].
 - + Rò đường chấp sau mổ: Quan sát dịch dẫn lưu sau mổ có màu trắng như màu sữa hoặc màu trắng nhạt thay đổi theo chế độ ăn có chứa mỡ hay không có mỡ [11].
 - Thời gian hậu phẫu: Thời gian tính từ ngày phẫu thuật tới khi ra viện, phân thành các nhóm < 7 ngày, 7-10 ngày, > 10 ngày.
 - Thời gian rút dẫn lưu: Chỉ định rút dẫn lưu khi đánh giá dịch dẫn lưu màu hồng nhạt, trong, số lượng dưới 10 ml/24 giờ [12]. Thời gian này phân thành các nhóm < 3 ngày, 3-5 ngày, > 5 ngày.
 - Dựa trên cơ sở nghiên cứu về tai biến, biến chứng của phẫu thuật để đưa ra đánh giá kết quả theo 3 mức độ như sau:
 - + Tốt: Không có biến chứng sau PT.
 - + Trung bình: Có xảy ra tai biến, biến chứng nhưng được xử trí tốt, có thể phải PT lại để xử trí hoặc chỉ cần điều trị nội khoa.
 - + Xấu: Thở máy, mở khí quản chủ động hoặc tử vong sau PT do bất kỳ nguyên nhân gì [13].

2.6. Cách thức tiến hành

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ, vét hạch cổ trung tâm, vét hạch cổ bên 1 bên hoặc 2 bên. Tất cả bệnh nhân được mổ mở, không bệnh nhân nào mổ nội soi và được sử dụng dao đơn cực, dao lưỡng cực và dao hàn mạch thường quy trong quá trình phẫu thuật. Kết quả mô bệnh học sau mổ là thể biệt hoá. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật tại thời điểm 24 giờ, 72 giờ và ngày ra viện (đánh giá chảy máu, khàn tiếng, tê bì tay chân, rò bạch huyết, nhiễm trùng, khó thở...). Trước khi ra viện được nội soi tai mũi họng để đánh giá vận động dây thanh.

2.7. Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định tính được đánh giá dưới dạng tần số và tỷ lệ. Trong đó các biến số định

lượng được đánh giá dựa trên giá trị trung bình và độ lệch chuẩn khi giá trị có phân bố chuẩn, giá trị trung vị khi giá trị có phân bố không chuẩn.

2.8. Vấn đề y đức

Đề tài nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y Đức, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên theo quyết định số 1446/QĐ-BV.

3. Kết quả nghiên cứu

Từ tháng 02/2022 đến tháng 5/2024, có 65 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hoá được chỉ định phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ có vết hạch cổ bên tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, thu được kết quả như sau:

* Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu được thể hiện ở bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới

Đặc điểm	Bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Độ tuổi	<45	43,1
	45-55	29,2
	>55	27,7
	Trung bình: 48,7 $\pm$ 11,3 (16 – 71)	
Giới tính	Nữ	92,3
	Nam	7,7

Tuổi trung bình mắc bệnh là 48,7 $\pm$ 11,3 tuổi, nhỏ nhất là 16 tuổi, lớn nhất là 71 tuổi. Phân bố chủ yếu ở nhóm < 45 tuổi, chiếm 43,1%. Tỉ lệ theo giới tính nữ/nam là 12/1.

* Một số đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu được thể hiện ở bảng 2.

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm	Bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Lí do vào viện	Khám sức khoẻ	58,5
	U vùng cổ	21,5
	Nuốt vướng	18,5
	Sờ thấy hạch cổ	1,5
	Trung bình: 1,48 $\pm$ 0,93 (0,3-4,5)	
Kích thước u	≤ 1 cm	49,3
	1 cm < u $\leq$ 2 cm	33,8
	> 2 cm	16,9
	Trung bình: 1,48 $\pm$ 0,93 (0,3-4,5)	
Siêu âm tuyến giáp	TIRADS 4	13,8
	TIRADS 5	86,2
FNA	Bethesda III	9,2
	Bethesda V	35,4
	Bethesda VI	55,4
Hạch cổ	Không di căn	30,8
	Di căn	69,2

Đa số bệnh nhân đến viện vì khám sức khoẻ (58,5%). Đặc điểm u < 1 cm chiếm tỉ lệ cao nhất là 49,3% với kích thước trung bình là 1,48 $\pm$ 0,93 (u lớn nhất 45 mm và nhỏ nhất là 3 mm). Phần lớn u trên siêu âm là TIRADS 5, chiếm 86,2%, còn lại là TIRADS 4 (13,8%). FNA u thường gặp nhất là Bethesda VI với tỉ lệ 55,4%, tiếp theo là Bethesda V chiếm 35,4%. Tỷ lệ di căn hạch cổ trong nghiên cứu là 69,2% (45/65).

* Kết quả phẫu thuật

- Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ, trong đó nhóm vết hạch cổ bên 1 bên chiếm 95,4% (62/65); nhóm vết hạch cổ bên 2 bên là 4,6%. Thời gian hậu phẫu, rút ống dẫn lưu được thể hiện ở bảng 3.

Bảng 3. Thời gian rút dẫn lưu, hậu phẫu

Thời gian	Bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Thời gian rút dẫn lưu	< 3 ngày	1
	3-5 ngày	59
	> 5 ngày	5
	Trung vị: 4 ngày	
Thời gian hậu phẫu	< 7 ngày	39
	7-10 ngày	23
	> 10 ngày	3
	Trung vị: 6 ngày	

Thời gian rút dẫn lưu thường 3-5 ngày sau mổ, chiếm 90,8%. Thời gian hậu phẫu thường không quá 10 ngày, chiếm 95,4%.

Biến chứng sau phẫu thuật được thể hiện ở bảng 4.

Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật

Các biến chứng	24 giờ		72 giờ		Ngày ra viện	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Biểu hiện hạ calci máu	17	26,2	34	52,3	5	7,7
Khàn tiếng	8	12,3	8	12,3	5	7,7
Rò bạch huyết	3	4,6	8	12,3	0	0
Biến chứng khác *	3	4,6	2	3,1	0	0

* Chảy máu sau mổ, khó thở

Tại thời điểm 24 giờ sau mổ, hai biến chứng thường gặp là biểu hiện hạ calci máu (26,2%) và khàn tiếng (12,3%). Biến chứng sớm biểu hiện cao nhất ở 72 giờ sau mổ, trong đó biểu hiện hạ calci máu (52,3%), khàn tiếng (12,3%), rò bạch huyết (12,3%). Các biến chứng khác chiếm tỉ lệ không đáng kể.

Kết quả sau phẫu thuật được thể hiện ở bảng 5:

Bảng 5. Kết quả chung sau phẫu thuật

Kết quả chung	Bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Tốt	22	33,8
Trung bình	43	66,2
Tổng	65	100

Kết quả phẫu thuật trung bình chiếm đa số với tỉ lệ là 66,2%, kết quả tốt chiếm 33,8%.

4. Bàn luận

Ung thư tuyến giáp thể biệt hoá có thể gặp ở mọi lứa tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân trẻ tuổi nhất được ghi nhận là 16 tuổi, tuổi lớn nhất là 71 tuổi, tuổi trung bình mắc bệnh là $48,7 \pm 11,3$. Kết quả này tương đồng với kết quả của Đào Hữu Dũng (2023), tuổi trung bình là $47,4 \pm 13$ tuổi [14]. Bệnh phân bố chủ yếu ở nhóm < 45 tuổi, chiếm 43,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Văn Hoàn (2021) [15].

Bệnh xảy ra dù ở lứa tuổi nào cũng chủ yếu gặp ở nữ giới. Theo nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân nữ chiếm 92,3%, tỷ lệ nữ/nam là 12/1. So với kết quả các nghiên cứu khác, dù tỉ lệ khác nhau nhưng chủ yếu gặp ở nữ giới [13], [14].

Phần lớn bệnh nhân đến viện với lý do khám sức khỏe (58,5%), tiếp theo là sờ thấy u vùng cổ (21,5%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đào Hữu Dũng (2023) [14]. Nguyên nhân khám sức khỏe là lí do thường gặp nhất, do hiện nay người dân quan tâm đến sức khỏe hơn nên tỉ lệ phát hiện tình cờ u tuyến giáp qua khám sức khỏe tăng lên so với các nghiên cứu trước đây.

Kích thước u được đánh giá qua kết quả đại thể trong mổ, kích thước trung bình là $1,48 \pm 0,93$ cm, trong đó u lớn nhất là 4,5 cm, u nhỏ nhất kích thước 0,3 cm. Những u kích thước nhỏ thường không sờ thấy, phát hiện qua siêu âm tuyến giáp. Tuy nhiên khi đánh giá khối u có nguy cơ ác tính thì có chỉ định phẫu thuật tùy theo vị trí của khối u so với các cấu trúc xung quanh, đánh giá

đã phá vỡ vỏ, xâm lấn ra tổ chức xung quanh hoặc có hạch bất thường vùng cổ. Do vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn siêu âm đánh giá u tuyến giáp là TIRADS 5 (86,2%), còn lại đều là TIRADS 4. Kết quả FNA tuyến giáp chủ yếu là Bethesda VI (55,4%) và Bethesda V (35,4%). Kết quả này phù hợp giữa siêu âm tuyến giáp, tế bào học và kết quả mô bệnh học [16]. Tuy nhiên có 9,2% u Bethesda III là UTTG, do vậy chưa thể loại trừ UTTG khi FNA là Bethesda III, trong những trường hợp này cần làm sinh thiết tức thì trong mổ để chẩn đoán và ra quyết định phẫu thuật phù hợp.

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ di căn hạch cổ là 69,2% (45/65), tỉ lệ này cao hơn kết quả ghi nhận được của một số nghiên cứu trong nước [13], [14], [17]. Nguyên nhân có sự khác biệt có thể là do chúng tôi nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân có vết hạch cổ bên, thường khối u đã được đánh giá u T3, T4 hoặc thấy hạch bất thường trên siêu âm, trong mổ nên tỉ lệ di căn hạch cao hơn. Theo y văn, di căn hạch vùng thường gặp đối với UTTG thể biệt hóa ở 20-50% các trường hợp, có thể lên tới 90% các trường hợp nếu tính cả vi di căn đối với UTTG thể nhú [18]. Do vậy có một tỉ lệ bệnh nhân có hạch di căn tiềm ẩn khó phát hiện trên lâm sàng nên có thể không đánh giá được khi không vét hạch.

Về kết quả phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều được cắt tuyến giáp toàn bộ, trong đó nhóm vét hạch cổ bên 1 bên chiếm tỉ lệ 95,4%, vét hạch cổ bên 2 bên chỉ là 4,6%. Có sự chênh lệch đó là do phần lớn UTTG ở 1 thùy tuyến giáp và/hoặc hạch cổ bất thường phát hiện ở 1 bên là chủ yếu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân sau mổ đều được đặt 1 dẫn lưu hút áp lực âm, đánh giá số lượng, màu sắc dịch dẫn lưu sau mổ và thời điểm rút dẫn lưu là khi lượng dịch trong, số lượng dưới 10 ml trong 24 giờ [12]. Kết quả thời gian rút dẫn lưu sau 3-5 ngày chiếm 90,8% (59/65), chỉ có 5/65 trường hợp rút dẫn lưu sau > 5 ngày. Thời gian rút dẫn lưu trung vị là 4 ngày. Thời gian hậu phẫu thường không quá 10 ngày, chiếm 95,4%, trong đó cao nhất ở nhóm < 7 ngày (60,0%), tiếp theo là nhóm 7-10 ngày (35,4%). Thời gian hậu phẫu trung vị là 6 ngày. Kết quả này không có nhiều khác biệt với Nguyễn Xuân Hậu (2021) thời gian nằm viện nhóm 6-10 ngày là 68,8%, thời gian rút dẫn lưu thường 3-5 ngày (83,3%) [19].

Trong nghiên cứu nhóm bệnh nhân phẫu thuật UTTG có vết hạch cổ bên, các biến chứng thường gặp ở 72 giờ sau mổ chiếm tỉ lệ cao nhất, trong đó biểu hiện hạ calci máu thoáng qua là 52,3%, khàn tiếng là 12,3%, rò bạch huyết gặp ở 12,3%. Biến chứng này giảm dần theo thời gian với cường độ nhẹ dần. Theo nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu (2021), tỉ lệ biến chứng cao nhất ở thời điểm 72 giờ sau mổ với tỉ lệ tê tay chân, khàn tiếng, rò bạch huyết lần lượt là 15,7%, 11,8%, 1,0% [7]. Theo Phạm Xuân Cường (2024), hai biến chứng thường gặp nhất trong tuần đầu sau mổ là hạ calci máu (21,57%) và khàn tiếng (11,77%) [6]. Một nghiên cứu khác của Chahardahmasum (2019), tỉ lệ hạ calci máu là 54,4%, khàn tiếng là 33,3% [8]. Như vậy kết quả của chúng tôi thấp hơn của Chahardahmasum nhưng cao hơn của Nguyễn Xuân Hậu, Phạm Xuân Cường, nguyên nhân được lí giải có thể do chúng tôi nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân cắt tuyến giáp toàn bộ, vét hạch cổ bên, còn các nghiên cứu khác nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân cắt tuyến giáp toàn bộ hoặc cắt thùy + eo tuyến giáp, mức độ mở rộng trường mổ ở nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn nên tỉ lệ biến chứng tăng lên. Bên cạnh đó, biến chứng rò bạch huyết tăng cao hơn ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật vét hạch cổ bên, đặc biệt là bên trái do đặc điểm về giải phẫu của ống ngực. Các biến chứng làm tăng thời gian hậu phẫu cho bệnh nhân, bệnh nhân được ra viện khi tình trạng đã ổn định, biểu hiện hạ canxi máu có thể chỉ còn tê bì nhẹ tay chân hoặc không có triệu chứng, không còn rò bạch huyết, không có các biến chứng khác như nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch vết mổ, chảy máu. Thời gian rút dẫn lưu chủ yếu liên quan với tình trạng rò bạch huyết, giúp đánh giá tình trạng rò bạch huyết điều trị nội khoa hay phải can thiệp xử lí lỗ rò.

Về đánh giá sau phẫu thuật, phần lớn các trường hợp được đánh giá là trung bình, chiếm 66,2%. Kết quả nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào phải thở máy, mở khí quản chủ động hoặc tử vong.

Theo Nguyễn Minh An (2022), kết quả tốt chiếm 65,6%, trung bình là 34,4% [13]. Kết quả này chúng tôi đã lí giải ở trên nên ở nghiên cứu của chúng tôi, kết quả trung bình chiếm đa số, tuy nhiên tất cả các bệnh nhân đều được đánh giá kết quả tốt hoặc trung bình.

5. Kết luận

Kết quả phẫu thuật điều trị 65 bệnh nhân ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 02/2022 đến tháng 5/2024 cho thấy 66,2% bệnh nhân đạt kết quả trung bình và 33,8% bệnh nhân đạt kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] F. Bray *et al.*, "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries," *CA Cancer J Clin*, vol. 74, no. 3, pp. 229-263, May-Jun 2024.
- [2] C. M. Kitahara and A. B. Schneider, "Epidemiology of Thyroid Cancer," *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, vol. 31, no. 7, pp. 1284-1297, Jul 01, 2022.
- [3] N. Pstrąg, K. Ziemnicka, H. Bluysen, and J. Wesoły, "Thyroid cancers of follicular origin in a genomic light: in-depth overview of common and unique molecular marker candidates," *Mol Cancer*, vol. 17, no. 1, p. 116, Aug 08, 2018.
- [4] L. Boucai, M. Zafereo, and M. E. Cabanillas, "Thyroid Cancer: A Review," *JAMA*, vol. 331, no. 5, pp. 425-435, Feb 06, 2024.
- [5] B. Schmidbauer, K. Menhart, D. Hellwig, and J. Grosse, "Differentiated Thyroid Cancer-Treatment: State of the Art," *Int J Mol Sci*, vol. 18, no. 6, pp. 110-126, 2017.
- [6] C. X. Pham and H. X. Nguyen, "Early results of surgery for differentialized thyroid cancer at Hai Duong Provincial General Hospital," *VietNam Medical Journal*, vol. 536, no. 1, pp. 70-73, 2024.
- [7] H. X. Nguyen, "Surgical outcome of well-differentiated thyroid cancer in male patients," *Journal of Medical Research*, vol. 138, no. 2, pp. 132-139, 2021.
- [8] E. Chahardahmasumi *et al.*, "Assessment of the Early and Late Complication after Thyroidectomy," *Adv Biomed Res*, vol. 8, p. 14, 2019.
- [9] A. T. Pires, A. M. M. Mustafá, and M. O. G. Magalhães, "The 2017 ACR TI-RADS: pictorial essay," *Radiol Bras*, vol. 55, no. 1, pp. 47-53, Jan-Feb 2022.
- [10] E. S. Cibas and S. Z. Ali, "The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology," *Thyroid*, vol. 27, no. 11, pp. 1341-1346, Nov 2017.
- [11] C. N. Nguyen and L. T. Le, "Results and complication of thoracic duct embolization treatment for chylous leak," *Journal of Medical Research*, vol. 171, no. 10, pp. 1-8, 2023.
- [12] Z. Wang *et al.*, "Is routine drainage necessary after thyroid surgery? A randomized controlled trial study," *Front Endocrinol (Lausanne)*, vol. 14, p. 1148832, 2023.
- [13] A. M. Nguyen and N. H. Phan, "Evaluate results after open surgery for thyroid cancer patients at Thai Binh General Hospital from 2018-2021," *VietNam Medical Journal*, vol. 516, no. 2, pp. 326-330, 2022.
- [14] D. H. Dao, D. C. Le, Q. X. Ngo *et al.*, "Early results of thyroid cancer surgery at Thanh Hoa Oncology Hospital," *VietNam Medical Journal*, vol. 532, no. 1B, pp. 27-30, 2023.
- [15] H. V. Pham, H. V. Nguyen, H. X. Nguyen *et al.*, "Evaluation of thyroid surgery results without drainage at Viet Nam National Cancer Hospital," *VietNam Medical Journal*, vol. 508, no. 1, pp. 186-189, 2021.
- [16] E. Y. F. Huang *et al.*, "Concordance of the ACR TI-RADS Classification With Bethesda Scoring and Histopathology Risk Stratification of Thyroid Nodules," *JAMA Netw Open*, vol. 6, no. 9, p. e2331612, Sep 05, 2023.
- [17] L. V. Nguyen, L. N. Tran, and H. H. Phan, "Clinicopathological characteristics and early results of surgical treatment for pediatric thyroid cancer at National Hospital Endocrinology," *Journal of Pediatrics - Vietnam Pediatrics Association*, vol. 14, no. 4, pp. 23-28, 2021.
- [18] E. T. Pavlidis and T. E. Pavlidis, "Role of prophylactic central neck lymph node dissection for papillary thyroid carcinoma in the era of de-escalation," *World J Clin Oncol*, vol. 14, no. 7, pp. 247-258, Jul 24, 2023.
- [19] H. X. Nguyen, "Surgical outcomes of follicular thyroid cancer," *Journal of Medical Research*, vol. 143, no. 7, pp. 53-59, 2021.