

- Thorac Dis. 2020; 12(9):4991-5019.
3. **Duarte J.C., Cordeiro C.R., Ferreira A.J.** Role of flexible bronchoscopy in non-resolving community-acquired pneumonia - A retrospective analysis. Rev Port Pneumol (2006). 2017; 23(3):168-169.
  4. **El-Shabrawy M., El-Sokkary R.H.** Role of fiberoptic bronchoscopy and BAL in assessment of the patients with non-responding pneumonia. Egypt J Chest Dis Tuberc. 2016; 65(3):613-620.
  5. **Feinsilver S.H., Fein A.M., Niederman M.S., Schultz D.E., Faegenburg D.H.** Utility of Fiberoptic Bronchoscopy in Nonresolving Pneumonia. Chest. 1990; 98(6):1322-1326.
  6. **Jayaprakash B., Varkey V., Anithakumari K.** Etiology and clinical outcome of non-resolving pneumonia in a tertiary care centre. J Assoc Physicians India, 2012; 60:98-101.
  7. **Kim E.S., Kim E.C., Lee S.M., et al.** Bacterial yield from quantitative cultures of bronchoalveolar lavage fluid in patients with pneumonia on antimicrobial therapy. Korean J Intern Med. 2012; 27(2):156-162.
  8. **Panse J., von Schwanewede K., Jost E., Dreher M., Müller T.** Pulmonary infections in patients with and without hematological malignancies: diagnostic yield and safety of flexible bronchoscopy-a retrospective analysis. J Thorac Dis. 2020; 12(9):4860-4867.

## KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT THANH HÓA

Nguyễn Hải Hà<sup>1</sup>, Vũ Ngọc Tú<sup>2</sup>, Bùi Huy Mạnh<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của và kết quả sớm phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hóa và phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa từ tháng 2/2022 đến tháng 6/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 150 bệnh nhân với tuổi trung bình là 50,9 ± 13,2, nữ giới chiếm 94,7%. Có 40,0% người bệnh đi khám vì tự thấy khối u vùng cổ. 80,0% có bướu to độ 2 theo phân độ bướu cổ của WHO. Khi khám lâm sàng, 86,7% bướu có mật độ cứng, chắc; 81,3% hạn chế di động và 9,3% có hạch cổ. Siêu âm vùng cổ cho kết quả: 75,3% u có kích thước 1- 4cm; 68,0% TIRADS 4; 66,0% có u ở cả hai thùy và 12,0% có hạch. Chọc tế bào trước mổ cho thấy 77,4% có kết quả ung thư giáp và nghi ngờ ác tính. Trong số được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, 73,3% được nạo vét hạch cổ nhóm VI. Kết quả mô bệnh học sau mổ cho thấy ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú chiếm 88,7%. Các biến chứng sau mổ gồm: khàn tiếng (6,0) %, tê tay chân (4,0%). Kết quả sớm sau mổ có 87,3% tốt (sau 1 tháng), 94,7% tốt (3 tháng) và 99,3% tốt (6 tháng). **Kết luận:** Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa phát hay mắc ở nữ với khối u cứng chắc, hạn chế di động và ở giai đoạn TIRADS 4. Điều trị phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch tại Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa an toàn, đem

lại kết quả tích cực. Một số biến chứng có thể gặp là khàn tiếng, tê tay chân.

### SUMMARY

#### EARLY RESULTS OF TOTAL THYROIDECTOMY SURGERY TREATMENT OF DIFFERENTIALIZED THYROID CANCER AT THANH HOA ENDOCRINE HOSPITAL

**Objective:** Evaluate the clinical and paraclinical characteristics of and early results of total thyroidectomy to treat differentiated thyroid cancer at Thanh Hoa Endocrine Hospital. **Research subjects and methods:** Descriptive study on patients diagnosed with differentiated thyroid cancer, undergoing total thyroidectomy at the Department of General Surgery, Thanh Hoa Provincial Endocrinology Hospital since February 2022 to June 2023. **Results:** 150 patients have involved this study with mean age is 50,9 ± 13.2; 94.7% of female. 40% of patients go to the hospital because they see a neck tumor, goiter grading according to WHO 2014 grade II 80%. On clinical examination, 86.7% density was hard and firm; limited mobility 81.3%, clinical cervical lymphadenopathy 9.3%. Ultrasound tumor size 1 - 4cm 75.3%, TIRADS 4 68%, 2 lobes 66%; lymph nodes on ultrasound 12%. Preoperative cytology for malignant thyroid cancer and suspected malignancy in 77.4%. Total thyroidectomy and prophylactic cervical lymphadenectomy group VI 73.3%. Histopathology after surgery for papillary thyroid carcinoma 88.7%. Complications of hoarseness after surgery are 6%, numbness in the hands and feet is 4%. Evaluating early results, 1 month: 87.3% good, 3 months: 94.7% good, 6 months: 99.3% good. **Conclusion:** Differentiated thyroid cancer is more common in women, the tumor is often firm, has limited mobility, and is often TIRADS 4. Treatment is mostly total thyroidectomy and prophylactic lymph node dissection in group VI, hoarseness is common after surgery, and the early results after surgery are mostly good.

<sup>1</sup>Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư tuyến giáp (UTTG) là khối u ác tính xuất phát từ tế bào biểu mô tuyến giáp hoặc tổ chức liên kết tuyến giáp. Đây là khối u ác tính thường gặp nhất của tuyến nội tiết và khoảng 3,6% trong tổng số các loại ung thư.<sup>1</sup> Tại Việt Nam hàng năm có 5.471 ca mắc mới và 642 trường hợp tử vong, trong đó tỉ lệ mắc ở nam/nữ là 1/41,2.<sup>2</sup> Trong điều trị UTTG phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất và có tính quyết định đến kết quả điều trị. Hiện nay tại Thanh Hóa nói riêng và Việt Nam nói chung, sự gia tăng của các bệnh lý ung thư trong đó ung thư tuyến giáp nói chung và ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nói riêng cũng ngày càng tăng.<sup>3</sup> Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đi sâu vào nghiên cứu phương pháp phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp để điều trị bệnh lý này với mục đích cải thiện kết quả sớm cũng như lâu dài cho người bệnh.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện với những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hoá và phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết tỉnh Thanh Hóa từ tháng 2/2022 đến tháng 6/2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

- + Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hoá dựa trên kết quả xét nghiệm mô bệnh học.
- + Đã được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp.
- + Hồ sơ lưu trữ đầy đủ thông tin, đáp ứng được các chỉ tiêu của nghiên cứu.
- + Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân có ung thư tuyến giáp tái phát và đã được phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp do ung thư trước đây.
- Kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh là ung thư nhưng không phải thể biệt hoá.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

Phương pháp cắt ngang mô tả.

**2.3. Các chỉ số nghiên cứu**

**Lâm sàng**

- Tuổi trung bình; Giới: tỉ lệ nam/ nữ
- Xác định thời gian phát hiện bệnh đến khi vào viện (năm)
- Lý do vào viện và triệu chứng cơ năng (tự sờ thấy u, nuốt vướng, khàn tiếng, khó thở ...)
- Triệu chứng thực thể: Khối u tuyến giáp (mật độ, di động); Hạch cổ (vị trí, mật độ, di động).

**Cận lâm sàng**

- Siêu âm u/ tuyến giáp: Vị trí (thùy phải, thùy trái, eo hay cả hai thùy); kích thước (< 1 cm; 1- 4 cm; >4 cm); thành phần; độ đàn hồi; phân độ TIRADS (1, 2, 3, 4, 5)
- Siêu âm hạch: Vị trí (nhóm I, II, III, IV, VI, VII; kết hợp ≥ 2 nhóm); Ranh giới
- Xét nghiệm sinh hóa và miễn dịch: TSH, T3, FT4, TG, Anti TG
- + Chọc hút tế bào kim nhỏ (FNA)
- + Xét nghiệm mô bệnh học sau mổ: Mô bệnh học của u giáp (Thể nhú hay thể nang); Mô bệnh học của hạch (số lượng hạch; di căn - không di căn)

**Phẫu thuật**

- Phương pháp phẫu thuật:
- + Cắt toàn bộ tuyến giáp
- + Cắt toàn bộ tuyến giáp + nạo vét hạch (khoảng trung tâm, khoảng bên)
- Biến chứng: Chảy máu, nói khàn, tê tay chân...

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1 Đặc điểm lâm sàng trước mổ**

- **Tuổi và giới:** Tuổi trung bình là 50,9 tuổi, nữ chiếm 94,7%.
- **Lý do vào viện:** Đa số bệnh nhân tự thấy khối u vùng cổ, tỉ lệ chiếm 40,0%.

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng**

Phân độ bướu cổ theo WHO 2014			
Phân độ		Số BN (n)	Tỷ lệ %
I		30	20
II		120	80
<b>Mật độ u</b>	Cứng chắc	130	86,7
	Mềm	20	13,3
<b>Mức độ di động</b>	Còn di động	15	10
	Hạn chế di động	122	81,3
	Cố định	13	8,7
<b>Hạch cổ</b>	Có	14	9,3
	Không	136	90,7

**Nhận xét:** Phần lớn là bướu cổ độ II theo WHO 2014, mật độ khối u thường cứng, chắc chiếm 86,7%, hạn chế di động 81,3%, tỉ lệ hạch cổ thấy trên lâm sàng chiếm 9,3%. Hầu hết không phát hiện được hạch di căn trên lâm sàng, tỉ lệ này chiếm 90,7%.

**3.2. Đặc điểm cận lâm sàng trước mổ**

**Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật (N=150)**

Đặc điểm u tuyến giáp trên siêu âm	Số BN (n)	Tỉ lệ %
<b>Số lượng u</b>		
Có 1 u	47	31,3
≥ 2	103	68,7

Vị trí u			
Thùy phải	21	14,0	
Thùy trái	25	16,7	
Éo	5	3,3	
Cả 2 thùy	99	66	
Kích thước u(cm)			
< 1	30	20,0	
1 – 4	113	75,3	
> 4	7	4,7	
TIRADS			
2	2	1,3	
3	34	22,7	
4	102	68,0	
5	12	8,0	
Hạch cổ trên siêu âm			
	18	12,0	
Chọc hút tế bào kim nhỏ	Lành tính	7	4,6
	Không điển hình	15	10
	U thể nang	12	8
	Nghi ngờ ác tính	85	56,7
	Ac tính	31	20,7

**Nhận xét:** Đa số gặp  $\geq 2$  khối u trên siêu âm, phần lớn u nằm 2 thùy tuyến giáp, kích thước thường gặp 1- 4cm, phần lớn được đánh giá TIRADS 4. Tỷ lệ phát hiện hạch cổ trên siêu âm là 12,0%, đa số là hạch cổ 1 bên. 77,4% có tế bào ung thư tuyến giáp và nghi ngờ ung thư tuyến giáp khi chọc hút tế bào kim nhỏ.

**3.3. Đặc điểm phẫu thuật và sau mổ:**

**Bảng 3. Các phương pháp phẫu thuật (N=150)**

Các phương pháp phẫu thuật	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Cắt toàn bộ tuyến giáp	22	14,7
Cắt toàn bộ tuyến giáp + Nạo vét hạch cổ dự phòng khoang trung tâm (nhóm VI)	110	73,3
Cắt toàn bộ tuyến giáp + Nạo vét hạch cổ khoang trung tâm (nhóm VI)	4	2,7
Cắt toàn bộ tuyến giáp+ Nạo vét hạch cổ khoang trung tâm và khoang bên	14	9,3
<b>Tổng</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu số bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp kèm theo nạo vét hạch dự phòng khoang trung tâm (hạch nhóm VI).

**Bảng 4: Chẩn đoán mô bệnh học và giai đoạn theo TNM (N=150)**

Giai đoạn	Số BN (n)	Tỷ lệ %	
I	116	77,4	
II	26	17,3	
III	3	2	
IVa	5	3,3	
Giải phẫu	Ung thư biểu mô thể nhú	133	88,7

bệnh	Ung thư biểu mô thể nang	17	11,3
------	--------------------------	----	------

**Nhận xét:** Phần lớn là ung thư ở giai đoạn sớm (I) và là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, chiếm 88,7%.

**Bảng 5: Biến chứng sau mổ trong thời gian nằm viện**

Biến chứng	Thời gian 24 giờ		72 giờ		1 tuần	
	Số BN	Tỷ lệ	Số BN	Tỷ lệ	Số BN	Tỷ lệ
Chảy máu	2	1,3	(-)	(-)	(-)	(-)
Tê tay chân	6	4	10	6,7	2	1,3
Khàn tiếng	9	6	9	6	9	6
Nuốt sặc	3	2	3	3	3	2
Tê tay chân, khàn tiếng, nuốt sặc	5	3,3	5	3,3	5	3,3
Rò dưỡng chấp	2	1,3	2	2	(-)	(-)

**Nhận xét:** 27/150 bệnh nhân gặp biến chứng chiếm 18,0%, thường gặp nhất trong tuần đầu sau phẫu thuật là khàn tiếng do tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược 9/150 bệnh nhân chiếm 6,0%.

**Bảng 6: Di chứng và thời gian phục hồi**

Biến chứng	1 tháng		3 tháng		6 tháng	
	Số BN (n)	Tỷ lệ%	Số BN (n)	Tỷ lệ%	Số BN (n)	Tỷ lệ%
Tê tay chân	2	1,3	1	0,7	1	0,7
Khàn tiếng	9	6	2	1,3	(-)	(-)
Tê tay chân, khàn tiếng, nuốt sặc	5	3,3	3	2	(-)	(-)

**Nhận xét:** Hầu hết các biến chứng phục hồi hoàn toàn sau mổ 6 tháng, chỉ còn 1 bệnh nhân còn tê tay chân (0,7%).

**IV. BÀN LUẬN**

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tự thấy khối u vùng cổ chiếm tỷ lệ cao nhất (40,0%). Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của Phạm Xuân Lượng (2016) 85,7%<sup>3</sup>. Bệnh thường gặp ở nữ giới với tỷ lệ nữ/nam là 17,7/1, tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với của một số nghiên cứu khác như Trương Quang Xuân (2004) là 3,05/1<sup>4</sup>, của Nguyễn Tiến Lăng (2008) 3,1/1<sup>5</sup>. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân của chúng tôi là 50,9 ± 13,2 tương tự như nghiên cứu Phạm Xuân Cường (2024) 54,55 ± 14,27<sup>6</sup>.

Qua khám lâm sàng phần lớn khối u cứng chắc chiếm 86,7%, còn lại 13,3% khối u mềm, mức độ di động hạn chế chiếm 81,3%, cố định khối u 8,7%, còn lại 10% di động kết quả này phù hợp với các tác giả Trần Xuân Thông (2014)<sup>7</sup>. Trên lâm sàng tỷ lệ khám phát hiện thấy

hạch cổ là 9,3%, mật độ chủ yếu là rắn, chắc kết quả này thấp hơn Phạm Xuân Cường (2024) với tỉ lệ 21,57%<sup>6</sup>. Trên siêu âm phần lớn khối u tuyến giáp có kích thước 1- 4cm chiếm 75,3%, đa phần có từ 2 khối u trở lên chiếm 68,7%, khối u nằm cả 2 thùy chiếm 66%, phân loại TIRADS 4 tỉ lệ 68%, phát hiện hạch cổ với các yếu tố bất thường như mất cấu trúc xoang, vi vôi hoá, thâm nhiễm xung quanh...

Chọc hút tế bào kim nhỏ: tất cả bệnh nhân đều được chọc tế bào. 116 bệnh nhân cho kết quả ác tính hoặc nghi ngờ ác tính chiếm tỉ lệ 77,4% kết quả trên tương đương với tác giả Trần Văn Thông<sup>7</sup>. Có 15 bệnh nhân có tế bào không điển hình hoặc thương nang ý nghĩa không xác định chiếm 10%; 12 bệnh nhân u thể nang hoặc nghi ngờ u thể nang chiếm 8%; còn lại 7 bệnh nhân lành tính chiếm 4,6%. Chọc hút tế bào kim nhỏ chỉ lấy được rất nhỏ tổ chức so với toàn bộ u. Do vậy, khi chọc hút tế bào kim nhỏ cho kết quả lành tính không tương xứng với khám lâm sàng, xét nghiệm và siêu âm vùng cổ, chúng tôi vẫn chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp cùng với chẩn đoán xác định ung thư dựa trên kết quả sinh thiết và xét nghiệm tế bào học bệnh phẩm u tuyến giáp lấy được trong mổ.

Phẫu thuật là phương pháp chính điều trị UTTG, có vai trò quyết định. Mục đích của phẫu thuật là để lấy bỏ khối u nguyên phát và hạch vùng cổ nếu có, đánh giá được giai đoạn của bệnh một cách chính xác, giảm thiểu tối đa nguy cơ tái phát bệnh tại chỗ và di căn xa, giảm tỉ lệ tử vong do ung thư, tạo điều kiện thuận lợi cho việc điều trị Iod phóng xạ sau phẫu thuật. Tuy nhiên với khối u có kích thước  $\leq 4$ cm và bệnh nhân không có một trong các yếu tố nguy cơ tiên lượng xấu. Qua nghiên cứu 150 bệnh nhân chúng tôi thấy phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp+ nạo vét hạch cổ dự phòng nhóm VI chiếm đa số với 110 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 73,3%. Tỷ lệ này gần tương đương kết quả trong nghiên cứu của Lê Văn Long<sup>8</sup> là 80,91%, Trần Văn Thông là 81,43%<sup>7</sup>.

Ung thư biểu mô tuyến giáp biệt hóa đặc biệt với thể nhú có tỷ lệ di căn hạch tại thời điểm chẩn đoán bệnh là 20 đến 90%, siêu âm đôi khi khó phát hiện hạch cổ vùng trung tâm và có tới 50% trường hợp di căn hạch vùng trung tâm được xác định sau phẫu thuật nhưng không được chẩn đoán trước phẫu thuật bằng chọc hút tế bào kim nhỏ. Tuy nhiên việc vét hạch cổ trung tâm cũng có thể làm tăng tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật<sup>2</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi nạo vét hạch được thực hiện trên 128/150 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 85,3% trong đó có 31/128 bệnh nhân

có di căn hạch chiếm tỉ lệ 24,2%. Vị trí hạch di căn hạch nhóm VI đơn thuần 17/31 bệnh nhân chiếm 54,8%. Vết hạch nhóm VI và cổ bên có 14/31 bệnh nhân chiếm 45,2% và khi thực hiện vét hạch cổ bên chúng tôi đều có vét hạch nhóm VI kèm theo với lý do UTTG thường di căn hạch nhóm VI sớm hơn. Tỉ lệ vét hạch dự phòng nhóm VI trong nghiên cứu là 110/150 bệnh nhân chiếm 73,3% trong đó có 13/110 bệnh nhân vét hạch dự phòng cổ di căn chiếm 11,8% còn lại 97/110 bệnh nhân vét hạch dự phòng nhóm VI không di căn chiếm tỉ lệ 79,1%. So sánh với nghiên cứu của Lê Văn Long thì tỉ lệ vét hạch được thực hiện là 72,7% và vét hạch nhóm VI cũng được thực hiện trên tất cả số bệnh nhân có vết hạch, tuy nhiên tỉ lệ vét hạch cổ bên trong nghiên cứu này cao hơn rất nhiều so với chúng tôi với con số 76,25%, tỉ lệ vét hạch cổ dự phòng nhóm VI của nghiên cứu là 47,27%<sup>8</sup>. Giải thích cho tỉ lệ vét hạch cổ bên của Lê Văn Long cao hơn rất nhiều so với chúng tôi là tỉ lệ khám thấy hạch trên lâm sàng và siêu âm trong nghiên cứu là 87,27% và 100% cũng cao hơn rất nhiều trong nghiên cứu của chúng tôi là 14/150 BN với tỉ lệ 9,3% và 18/150 BN với tỉ lệ 12%<sup>8</sup>.

Trong nghiên cứu có 2 bệnh nhân chiếm 1,3% bệnh nhân biến chứng chảy máu. Tỉ lệ này tương đương nghiên cứu của Lê Văn Long 1,36%<sup>8</sup>, trong khi các nghiên cứu khác có tỉ lệ chảy máu dao động từ 0,4 – 4%<sup>2</sup>. Chảy máu sau phẫu thuật tuyến giáp thường được phát hiện qua dẫn lưu vết mổ, dấu hiệu vết mổ căng phồng, tụ máu, nặng hơn sẽ xuất hiện khó thở do có sự chèn ép vào khí quản. Những bệnh nhân bị chảy máu sau mổ làm tăng nguy cơ tổn thương thần kinh thanh quản và suy cận giáp do phù nề, tụ máu, do kẹp đốt trong quá trình cầm máu. Ngày nay, với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, việc ứng dụng dao siêu âm, dao ligasure vào phẫu thuật làm tăng khả năng cầm máu trong mổ, giảm tối đa biến chứng chảy máu sau mổ. Điều này có thể lý giải phần nào cho tỉ lệ chảy máu sau mổ thấp của chúng tôi.

Biến chứng tổn thương thần kinh thanh quản với biểu hiện lâm sàng là khàn tiếng, nuốt sặc hoặc thậm chí là khó thở với tỉ lệ khoảng 2%<sup>1</sup>. Nghiên cứu này tỉ lệ khàn tiếng sau mổ là 6%, đều được ghi nhận xuất hiện trong 24 giờ đầu sau mổ và không thay đổi trong vòng 1 tuần. Ngoài ra, sau mổ BN có thể có biến chứng suy cận giáp sau mổ, với tỉ lệ hạ canxi tạm thời dao động từ vài phần trăm đến 20%, 40%, thậm chí có tài liệu ghi nhận là xấp xỉ 60%. Tuy nhiên hầu hết các tài liệu đều ghi nhận tỉ lệ hạ canxi vĩnh viễn là xấp xỉ 1%<sup>3</sup>. Biểu hiện lâm sàng của hạ

canxi là tê bì tay chân, mặt và thân mình, nặng hơn bệnh nhân có thể có quắp tay chân (dấu hiệu Trosseau hay bàn tay đỡ đờ), cứng khớp hàm hay thậm chí là khó thở. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ hạ canxi với tỉ lệ gặp tại 3 thời điểm 24 giờ, 72 giờ và 1 tuần sau phẫu thuật lần lượt là 4%; 6,7% và 1,3%. Kết quả này thấp hơn với Lê Văn Long với các tỉ lệ cũng ở 3 thời điểm như trên là 9,54%, 22,72% và 7,27%<sup>8</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư tuyến giáp thể biệt hoá phát hay mắc ở nữ với khối u cứng chắc, hạn chế di động và ở giai đoạn TIRADS 4. Điều trị phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch tại Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa an toàn, đem lại kết quả tích cực. Một số biến chứng có thể gặp là khàn tiếng, tê tay chân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Quảng** (2000). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng ung thư giáp trạng, Luận văn tốt nghiệp BSNT, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Freddie B, Jacques F, Isabelle S** (2018).

Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: Cancer J Clin, 68, 394-424.

3. **Phạm Xuân Lượng** (2016), Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại trung tâm Ung Bướu bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương, Luận văn tốt nghiệp BSCK II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Trương Quang Xuân** (2002), Điều trị ung thư giáp trạng bằng đồng vị phóng xạ I131 tại bệnh viện Chợ Rẫy, Tạp chí y học thực hành, Hội thảo quốc gia chống ung thư, trang 330-334.
5. **Nguyễn Tiên Lăng** (2008), Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp phối hợp với I131 điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hoá, Luận văn tốt nghiệp BSCK II, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Phạm Xuân Cường** (2024), Kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại trung tâm ung bướu bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương, Y học Việt Nam tập 536, trang 70- 73.
7. **Trần Văn Thông** (2014), Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Lê Văn Long** (2018). Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K năm 2017, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

## HỆP ĐỘNG MẠCH CHỦ NẶNG – TAVI HAY PHẪU THUẬT

Nguyễn Hoàng Tài My<sup>1</sup>, Lý Ích Trung<sup>1</sup>, Nguyễn Thượng Nghĩa<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Hẹp van động mạch chủ có tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng cùng với sự lão hóa của dân số. Với chỉ định ngày càng mở rộng từ nhóm bệnh nhân hẹp van động mạch chủ nặng có nguy cơ phẫu thuật cao đến những nhóm bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật trung bình và thấp, thay van động mạch chủ qua ống thông (TAVI) ngày nay đã thay thế phẫu thuật về số lượng ở nhiều nước phát triển. Bài viết này sẽ đề cập về ưu điểm, các vấn đề cần cân nhắc thêm ở hiện tại và tương lai của TAVI. **Từ khóa:** cấy van động mạch chủ qua ống thông (transcatheter aortic valve implantation - TAVI) phẫu thuật thay van động mạch chủ (surgical aortic valve replacement- SAVR), hẹp van động mạch chủ, bệnh van tim

### SUMMARY

#### SEVERE AORTIC STENOSIS – TAVI OR SURGERY

Aortic valve stenosis demonstrates a rising prevalence in tandem with the aging demographic. Across numerous studies and progressively

broadening indications from the high-risk patients to the patients with lower risk, transcatheter aortic valve replacement (TAVI) has supplanted surgery in terms of quantity. What are its merits, extant dilemmas, and forthcoming obstacles? **Keywords:** transcatheter aortic valve replacement (TAVI), aortic valve stenosis

### I. DỊCH TỄ

Hẹp động mạch chủ là bệnh van tim phổ biến nhất ở các nước phát triển. Do mối liên hệ chặt chẽ với tuổi tác, sự gia tăng tuổi thọ và sự già đi của dân số dẫn đến sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh và do đó, sự gia tăng số lượng bệnh nhân cần được điều trị. Người ta ước tính có 12,4% số người từ 75 tuổi trở lên bị hẹp van động mạch chủ, trong đó có 3,4% được đánh giá là "nặng", tỷ lệ này liên quan theo cấp số nhân với tuổi tác, với 0,2% ở nhóm 50–59 tuổi, 1,3% ở nhóm 60–69 tuổi, 3,9% ở nhóm 70–79 tuổi, và 9,8% ở nhóm 80–89 tuổi. Tần suất mắc mới hẹp van động mạch chủ là 5 trên 1,000 người mỗi năm (1).

### II. NGUYÊN NHÂN

Thoái hóa van là nguyên nhân chính ở các nước thu nhập cao trái ngược với các nước thu nhập thấp nơi bệnh van tim hậu thấp chiếm ưu thế. Bệnh lý này tiến triển thành 2 giai đoạn rất

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Tài My

Email: marknguyen.dr@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024