KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÙNG VƯƠNG

Hoàng Trung Đức[1], Lê Minh Kỳ[2], Nguyễn Thị Ngọc Anh[3]

TÓM TẮT

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca gồm 38 bệnh nhân được phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa từ tháng 8/2025 đến tháng 6/2026 tại Bệnh viện Đa Khoa Hùng Vương

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh học và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương.

Kết quả: Tuổi trung bình 44,05 ± 11,85; nữ chiếm 84,2%. Ung thư thể nhú chiếm 97,4%; di căn hạch trên mô bệnh học chiếm 31,6%. Tất cả bệnh nhân được mổ mở; cắt thùy và eo giáp chiếm 55,3%, cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm 44,7%. Trong 24 giờ đầu, khàn tiếng gặp ở 50,0% và biểu hiện tetany/tê bì tay chân ở 60,5%. Thời gian hậu phẫu trung bình 6,34 ± 1,02 ngày. Khi xuất viện, 26,3% không có biến chứng và 73,7% được xếp nhóm biến chứng nhẹ. Sau 3 tháng, 89,5% có giọng nói bình thường, 100% có vận động dây thanh bình thường; còn 2,6% biểu hiện lâm sàng gợi ý suy cận giáp. Kết quả chung tốt đạt 84,2%.

Kết luận: Phần lớn bệnh nhân hồi phục thuận lợi trong 3 tháng đầu. Biểu hiện gợi ý hạ canxi máu và rối loạn giọng nói thường gặp sớm

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa; phẫu thuật tuyến giáp; kết quả sớm; hạ canxi máu; giọng nói.

SUMMARY

EARLY SURGICAL OUTCOMES OF DIFFERENTIATED THYROID CANCER AT HUNG VUONG GENERAL HOSPITAL

Study population: This descriptive case series included 38 patients who underwent surgery for differentiated thyroid cancer at Hung Vuong General Hospital between August 2025 and June 2026.

Objective: To describe clinicopathological characteristics and evaluate early surgical outcomes of differentiated thyroid cancer at Hung Vuong General Hospital.

Results: The mean age was 44.05 ± 11.85 years, and 84.2% of patients were women. Papillary thyroid carcinoma accounted for 97.4%, and histopathologically confirmed lymph node metastasis was found in 31.6%. All patients underwent open surgery; 55.3% underwent lobectomy with isthmusectomy, and 44.7% underwent total thyroidectomy. Within the first 24 hours after surgery, hoarseness occurred in 50.0% and tetany/limb paresthesia in 60.5%. The mean postoperative hospital stay was 6.34 ± 1.02 days. At discharge, 26.3% of patients had no complications, while 73.7% were classified as having minor complications. At 3 months, 89.5% had a normal voice, and all patients had normal vocal fold mobility; clinical features suggestive of hypoparathyroidism persisted in 2.6%. Overall, 84.2% achieved good outcomes.

Conclusions: Most patients recovered favorably within the first 3 months after surgery. Symptoms suggestive of hypocalcemia and voice disturbances were common in the early postoperative period.

Keywords: Differentiated thyroid cancer; thyroid surgery; early outcomes; hypocalcemia; voice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa chủ yếu bao gồm ung thư biểu mô thể nhú và thể nang. Điều trị được cá thể hóa theo đặc điểm khối u, hạch vùng và nguy cơ tái phát; phẫu thuật giữ vai trò trung tâm ở người bệnh có chỉ định can thiệp. Hướng dẫn của Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ nhấn mạnh cân bằng giữa kiểm soát bệnh và bảo tồn chức năng, đồng thời coi trọng kết quả do người bệnh báo cáo [7].

Bên cạnh tổn thương thần kinh thanh quản, hạ canxi máu và suy cận giáp là những vấn đề cần theo dõi sau phẫu thuật. Các nghiên cứu trong nước tại Hải Dương và Thái Nguyên đã ghi nhận những biến chứng này với tần suất khác nhau [1,2]. Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm quần thể, phạm vi can thiệp và cách xác định kết cục. Vì vậy, số liệu tại từng cơ sở có giá trị trong tư vấn trước mổ và tổ chức theo dõi hậu phẫu.

Tại Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương, việc tổng hợp diễn biến trong viện và phục hồi chức năng sau

[1]Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương
[2]Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội
[3]Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trung Đức
Email: hoangtrungduc08051991@gmail.com
Mã bài: N977
Ngày nhận bài: 9/7/2026
Ngày phản biện khoa học: 7/7/2026
Ngày duyệt bài: 10/8/2026

xuất viện giúp nhận diện các vấn đề cần ưu tiên trong chăm sóc. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại bệnh viện đa khoa hùng vương" nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh học và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại bệnh viện đa khoa Hùng Vương

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 38 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, được phẫu thuật lần đầu tại Khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương từ ngày 01/8/2025 đến 31/6/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: tuổi từ 18; nội soi trước mổ ghi nhận vận động dây thanh bình thường, mô bệnh học sau mổ xác định thể biệt hóa; có hồ sơ và thông tin theo dõi; bệnh nhân đồng ý tham gia.

Loại trừ phụ nữ có thai; ung thư thể tủy, thể không biệt hóa hoặc tổn thương không thuộc ung thư tuyến giáp thể biệt hóa; khối u không thể cắt bỏ; tiền sử phẫu thuật tuyến giáp, phẫu thuật hoặc xạ trị vùng cổ; cường giáp chưa ổn định, bệnh nội khoa nặng hoặc hồ sơ không đủ thông tin.

2.2. Thiết kế và chọn mẫu. Nghiên cứu mô tả loạt ca, theo dõi sau phẫu thuật. Chọn mẫu thuận tiện, thu nhận tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Quy trình và chỉ tiêu. Trước mổ, ghi nhận tuổi, giới, lý do phát hiện bệnh, siêu âm theo ACR TI-RADS, tế bào học theo Bethesda và tình trạng dây thanh. Phạm vi cắt tuyến giáp, vét hạch được quyết định theo đặc điểm bệnh và đánh giá trong mổ; nguyên tắc lựa chọn can thiệp của đề cương dựa trên hướng dẫn ATA 2015 [4]. Tất cả bệnh nhân trong mẫu được mổ mở, có nhận diện thần kinh thanh quản quặt ngược, đánh giá bảo tồn tuyến cận giáp và đặt dẫn lưu.

Các chỉ tiêu phẫu thuật gồm phạm vi cắt tuyến, vét hạch, thời gian mổ, bảo tồn cấu trúc lân cận và truyền máu. Kết quả mô bệnh học ghi nhận thể ung thư, số ổ u và di căn hạch. Trong viện, đánh giá đau, giọng nói, biểu hiện gợi ý hạ canxi, vết mổ, thời gian rút dẫn lưu và thời gian hậu phẫu. Sau 1 và 3 tháng, đánh giá giọng nói, vận động dây thanh, biểu hiện chức năng cận giáp và sẹo.

Chức năng cận giáp được mô tả thông qua tê bì tay chân, tetany, các dấu hiệu lâm sàng gợi ý hạ canxi và nhu cầu bổ sung canxi/vitamin D. Giảm vận động dây thanh được phân biệt với triệu chứng khàn tiếng. Phân loại kết quả chung áp dụng trong nghiên cứu: lúc xuất viện gồm tốt, khá, trung bình, kém. Nhóm tốt khi khám lại được mô tả là không còn biến chứng hoặc đã hồi phục; nhóm trung bình còn biến chứng nhẹ hoặc sẹo lồi. Được đánh giá tốt khi đạt tất cả các tiêu chuẩn sau: hố amiđan mau lên giả mạc, không mất trụ hoặc mất trụ ít, không tổn thương hoặc tổn thương tổ chức xung quanh ít, đau sau mổ ít, không chảy máu hoặc chảy máu ở mức độ nhẹ, không nhập viện trở lại vì biến chứng.

2.4. Xử lý số liệu. Dữ liệu được nhập bằng Epidata 3.1 và phân tích bằng SPSS 22.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên phê duyệt và Hội đồng Khoa học Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương chấp thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Có 38 bệnh nhân được phân tích; tuổi trung bình 44,05 ± 11,85(18-69 tuổi) Nhóm dưới 55 tuổi chiếm 78,9% và nữ chiếm 84,2%. Tăng huyết áp được ghi nhận ở 8 bệnh nhân (21,1%).

Bảng 1. Đặc điểm phát hiện bệnh và bệnh học (n = 38)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phát hiện qua khám sức khỏe	29	76,3
Tự sờ thấy u cổ	5	13,2
Nuốt vướng, khó thở hoặc nghẹn	4	10,5
Siêu âm: TR3	2	5,3
Siêu âm: TR4	33	86,8
Siêu âm: TR5	3	7,9
Tế bào học Bethesda V–VI	29	76,3
Mô bệnh học: thể nhú	37	97,4
Mô bệnh học: thể nang	1	2,6
Đa ổ trên mô bệnh học	19	50,0
Di căn hạch trên mô bệnh học	12	31,6

Khám sức khỏe là hoàn cảnh phát hiện bệnh thường gặp nhất. Trước mổ, tất cả bệnh nhân có giọng nói bình thường; siêu âm nghi ngờ hạch cổ ở 6 trường hợp (15,8%). Sau mổ, mô bệnh học chủ yếu là thể nhú, một nửa số bệnh nhân có tổn thương đa ổ và gần một phần ba có di căn hạch.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Tất cả bệnh nhân được mổ mở. Dao điện được sử dụng ở 31 trường hợp (81,6%); 7 trường hợp (18,4%) sử dụng dao siêu âm/LigaSure theo phân nhóm thiết bị. Thần kinh thanh quản quặt ngược được ghi nhận bảo tồn về mặt giải phẫu ở toàn bộ bệnh nhân.

Bảng 2. Phạm vi phẫu thuật và bảo tồn cấu trúc (n = 38)

Chỉ tiêu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cắt thùy và eo giáp	21	55,3
Cắt toàn bộ tuyến giáp	17	44,7
Vét hạch nhóm VI cùng bên	21	55,3
Vét hạch nhóm VI hai bên	17	44,7
Vét hạch cổ bên	4	10,5
Truyền máu trong mổ	1	2,6
Cận giáp: bảo tồn nguyên vẹn	20	52,6
Cận giáp: bảo tồn một phần	14	36,8
Cận giáp: vô tình cắt bỏ	4	10,5

Phẫu thuật cắt thùy và eo giáp kết hợp vét hạch trung tâm cùng bên được thực hiện ở 21 bệnh nhân; 17 bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch trung tâm hai bên. Thời gian phẫu thuật trung bình là 85,1 ± 24,5 phút. Truyền máu trong mổ được thực hiện ở một bệnh nhân (2,6%).

3.3. Diễn biến trong viện

Trong 24 giờ đầu, 35 bệnh nhân (92,1%) đau mức độ vừa và 3 bệnh nhân (7,9%) đau nhẹ. Từ 48 giờ đến trước xuất viện, đau nhẹ chiếm 78,9%. Có 3 trường hợp tụ dịch dưới da (7,9%); khi xuất viện toàn bộ vết mổ khô, liền tốt.

Bảng 3. Biểu hiện chức năng và tình trạng xuất viện (n = 38)

Thời điểm và chỉ tiêu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
24 giờ: khàn tiếng	19	50,0
24 giờ: tetany/tê bì tay chân	23	60,5
48 giờ–trước xuất viện: khàn/mất tiếng	5	13,2
48 giờ–trước xuất viện: giọng yếu/chóng mệt	11	28,9
48 giờ–trước xuất viện: dấu hạ canxi lâm sàng	25	65,8
Xuất viện: giọng yếu/hụt hơi	14	36,8
Xuất viện: khàn rõ/mất tiếng	3	7,9
Xuất viện: dấu hạ canxi lâm sàng	23	60,5
Xuất viện: kê canxi/vitamin D	23	60,5

Thời gian rút dẫn lưu trung bình 3,08 ± 0,54 ngày, dao động 2–5 ngày; thời gian hậu phẫu 6,34 ± 1,02 ngày, dao động 4–8 ngày. Tất cả bệnh nhân xuất viện trong tình trạng ổn định. Theo phân loại kết quả lúc xuất viện, 10 bệnh nhân (26,3%) thuộc nhóm tốt, không có biến chứng; 28 bệnh nhân (73,7%) thuộc nhóm khá, biến chứng nhẹ. Không ghi nhận nhóm trung bình hoặc kém.

3.4. Theo dõi sau xuất viện

Có 38 bệnh nhân được đánh giá ở thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật.

Bảng 4. Phục hồi chức năng và sẹo sau phẫu thuật

Chỉ tiêu	1 tháng, n (%)	3 tháng, n (%)
Giọng nói bình thường	24 (63,2)	34 (89,5)
Rối loạn giọng mức nhẹ	11 (28,9)	4 (10,5)
Rối loạn giọng mức trung bình	3 (7,9)	0 (0,0)
Giảm vận động một bên dây thanh	2 (5,3)	0 (0,0)
Biểu hiện gợi ý suy cận giáp	8 (21,1)	1 (2,6)
Tê bì cổ nhẹ	1 (2,6)	1 (2,6)
Sẹo phẳng, mềm, di động tốt	37 (97,4)	37 (97,4)
Sẹo lồi/phì đại	1 (2,6)	1 (2,6)

Sau 3 tháng, giọng nói bình thường được ghi nhận ở 34 bệnh nhân; còn 4 trường hợp rối loạn nhẹ. Hai trường hợp giảm vận động dây thanh ở tháng thứ nhất đều hồi phục vận động. Một trường hợp còn biểu hiện lâm sàng gợi ý suy cận giáp; sẹo lồi/phì đại gặp ở một bệnh nhân.

Bảng 5. Kết quả chung tại các lần khám lại

Kết quả	1 tháng, n (%)	3 tháng, n (%)
Tốt	19 (50,0)	32 (84,2)
Trung bình	19 (50,0)	6 (15,8)
Xấu	0 (0,0)	0 (0,0)
Tổng	38 (100,0)	38 (100,0)

Tỷ lệ kết quả tốt tăng từ 50,0% tại tháng thứ nhất lên 84,2% tại tháng thứ ba. Nhóm kết quả trung bình giảm từ 19 xuống 6 bệnh nhân; không ghi nhận trường hợp xếp loại xấu ở hai thời điểm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh học và phạm vi can thiệp

Nữ giới và nhóm tuổi dưới 55 chiếm đa số; thể nhú chiếm 97,4%. Đặc điểm này gần với nghiên cứu tại Hải Dương, trong đó nữ chiếm 80,4% và thể nhú chiếm 94,12% [1]. Tuy nhiên, mẫu của chúng tôi chủ yếu phát hiện bệnh qua khám sức khỏe, nên kết quả phản ánh nhóm bệnh nhân được lựa chọn phẫu thuật tại một cơ sở, không đại diện cho toàn bộ người mắc ung thư tuyến giáp.

Có 55,3% bệnh nhân cắt thùy và eo giáp, trong khi cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm 44,7%. Tại Thái Nguyên, Nguyễn Công Hoàng và cộng sự báo cáo cắt toàn bộ tuyến giáp ở 92,5% trong 80 bệnh nhân sử dụng LigaSure [2]. Khác biệt về phạm vi cắt tuyến cần được xem xét khi đối chiếu biến chứng.

Tất cả bệnh nhân được vét hạch trung tâm, nhưng di căn hạch mô bệnh học chỉ được ghi nhận ở 12 trường hợp. Số liệu này cho thấy vai trò của đánh giá bệnh phẩm, song không chứng minh lợi ích của vét hạch dự phòng cho mọi bệnh nhân. Hướng dẫn ATA lựa chọn phạm vi phẫu thuật dựa trên nguy cơ và tình trạng hạch [4,7].

4.2. Biểu hiện hạ canxi và chức năng cận giáp

Đây là kết quả nổi bật nhất: tetany/tê bì tay chân gặp ở 60,5% trong 24 giờ đầu; dấu hạ canxi lâm sàng được ghi ở 65,8% từ 48 giờ đến trước xuất viện. Tỷ lệ biểu hiện sớm cao cần được xem xét thận trọng vì hơn một nửa bệnh nhân chỉ cắt thùy và eo giáp.

Nghiên cứu tại Hải Dương ghi nhận tetany sau mổ 21,57% [1], trong khi nghiên cứu sử dụng LigaSure tại Thái Nguyên báo cáo suy cận giáp 12,5% [2]. Có sự khác nhau là do thời điểm làm xét nghiệm và thời điểm đánh giá có sự khác nhau giữa các nghiên cứu.

Về mặt phẫu thuật, 4 bệnh nhân được ghi nhận cắt bỏ tuyến cận giáp và 14 trường hợp bảo tồn một phần. Phân tích tổng hợp của Ning và cộng sự xác định phạm vi cắt tuyến, vét hạch và cắt nhầm cận giáp có liên quan đến suy cận giáp sau mổ [6].

Tại tháng thứ ba, chỉ một trường hợp còn biểu hiện lâm sàng gợi ý suy cận giáp. Diễn biến này gợi ý sự hồi phục của phần lớn triệu chứng. Hướng dẫn của Khan và cộng sự sử dụng thời gian kéo dài trên 12 tháng để xem xét suy cận giáp sau phẫu thuật là vĩnh viễn [5]. Cần kết hợp canxi, PTH và nhu cầu bổ sung thuốc khi đánh giá lâu dài.

4.3. Phục hồi giọng nói và vận động dây thanh

Khàn tiếng trong 24 giờ đầu chiếm 50,0%, nhưng chỉ 2 bệnh nhân giảm vận động một bên dây thanh tại tháng thứ nhất. Sau 3 tháng, vận động dây thanh bình thường ở toàn bộ bệnh nhân, trong khi 4 trường hợp vẫn có rối loạn giọng nhẹ. Như vậy, triệu chứng giọng nói và vận động dây thanh cần được theo dõi song song.

Nghiên cứu của Emre và cộng sự trên 739 trường hợp phẫu thuật tuyến giáp ghi nhận liệt thần kinh quặt ngược thoáng qua 8,3% và vĩnh viễn 0,7% [3]. Có sự khác nhau là do đối tượng nghiên cứu khác nhau, đối với tác giả Emre gồm cả phẫu thuật lần đầu và phẫu thuật lại. Việc bảo tồn giải phẫu thần kinh trong mổ cũng không đồng nghĩa chắc chắn chức năng giọng nói sẽ bình thường ngay sau can thiệp

4.4. Kết quả chung

Thời gian hậu phẫu trung bình 6,34 ngày; toàn bộ bệnh nhân xuất viện ổn định, nhưng 73,7% còn thuộc nhóm có biến chứng nhẹ. Vì vậy, tình trạng ổn định khi xuất viện cần được phân biệt với hồi phục chức năng hoàn toàn. Tỷ lệ tốt tại tháng thứ ba đạt 84,2% cho thấy diễn biến thuận lợi của đa số bệnh nhân; những trường hợp còn triệu chứng vẫn cần tiếp tục đánh giá.

Thời gian 3 tháng phù hợp mô tả hồi phục sớm, chưa đủ đánh giá biến chứng kéo dài, tái phát hay sống thêm. Theo dõi ung thư sau điều trị cần kết hợp nguy cơ bệnh học, hình ảnh và dấu ấn sinh học phù hợp phạm vi phẫu thuật [7].

V. KẾT LUẬN

Trong 38 bệnh nhân phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương, thể nhú chiếm 97,4%; cắt thùy và eo giáp chiếm 55,3%, cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm 44,7%. Khàn tiếng và biểu hiện gợi ý hạ canxi thường gặp ở giai đoạn sớm. Thời gian hậu phẫu trung bình 6,34 ± 1,02 ngày. Sau 3 tháng, 84,2% đạt kết quả chung tốt; vận động dây thanh bình thường ở toàn bộ bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Xuân Cường, Nguyễn Xuân Hậu.** Kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;536(1). https://doi.org/10.51298/vmj.v536i1.8650.
2. **Nguyễn Công Hoàng, Nguyễn Thị Ngọc Anh, Lê Thị Hương Lan, Hoàng Thanh Quang.** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp sử dụng dao LigaSure tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;530(2):41–45. https://doi.org/10.51298/vmj.v530i2.6793.
3. **Emre FY, Doğan E, Keskinoğlu P, et al.** Evaluation of thyroidectomy results performed at a tertiary academic center. Turk Arch Otorhinolaryngol. 2023;61(3):118–123. https://doi.org/10.4274/tao.2023.2023-5-19.
4. **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. https://doi.org/10.1089/thy.2015.0020.
5. **Khan AA, Bilezikian JP, Brandi ML, et al.** Evaluation and management of hypoparathyroidism summary statement and guidelines from the Second International Workshop. J Bone Miner Res. 2022;37(12):2568–2585. https://doi.org/10.1002/jbmr.4691.
6. **Ning K, Yu Y, Zheng X, et al.** Risk factors of transient and permanent hypoparathyroidism after thyroidectomy: a systematic review and meta-analysis. Int J Surg. 2024;110(8):5047–5062. https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000001475.
7. **Ringel MD, Sosa JA, Baloch Z, et al.** 2025 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with differentiated thyroid cancer. Thyroid. 2025;35(8):841–985. https://doi.org/10.1177/10507256251363120.