

4. **Clinical and Laboratory Standards Institute** (2008) Assessment of laboratory tests when proficiency testing is not available; Approved Guideline – Second Edition, CLSI document GP29-A2, Vol.28(21), Wayne.
5. **International standard** (1991) Shewhart control charts (ISO8258:1991), Geneva.
6. **International standard** (1997) Cumulative sum charts – Guidance on Quality Control and data Analysis using CUSUM Techniques (ISO7871:1997), Geneva.
7. **World Health Organization** (2011), Laboratory Quality Standards and their Implementation – South-East Asia Region, Annex 5, pp.39-45, Geneva.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM SAU PHẪU THUẬT MỞ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH TỪ 2018 - 2021

Nguyễn Minh An<sup>1</sup>, Phan Hoàng Nam<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật mở điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ năm 2018-2021".  
**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 64 bệnh nhân Ung thư tuyến giáp được điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ 2018 – 2021. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là: 51,05 ± 11.94 tuổi; Tỷ lệ bệnh nhân nam là 6,25%. Nữ là 93,75%; Đặc điểm u: 60,9% có 1 u, 39,1% có từ 2 u trở lên; Đặc điểm di căn hạch: Tỷ lệ di căn hạch hạch gặp là 42,2% trong đó gặp nhiều nhất là nhóm hạch cảnh, hạch cảnh giữa chiếm 51,9%. Siêu âm: Tỷ lệ TIRADS 4 là 45,2%, TIRADS 5 là 32,3%; Phương pháp phẫu thuật: Cắt thùy giáp + Eo chiếm 18,8 %, Cắt tuyến giáp gần toàn bộ chiếm 3,1%, Cắt tuyến giáp toàn bộ 78,1%; Số ca nạo vét hạch chiếm 48,5%; Các biến chứng trong ngày đầu là buồn nôn và nôn 7,8%, khàn tiếng tạm thời 20,3%, cơn Tetany là 1,6%; Các biến chứng gặp trong 72h sau phẫu thuật là khàn tiếng 15,6% và cơn Tetany 17,2%; Kết quả sau phẫu thuật: 65,6% số bệnh nhân đạt kết quả tốt; 34,4% đạt kết quả trung bình; 0% bệnh nhân đạt kết quả xấu.

**Kết luận:** Kết quả phẫu thuật điều trị 64 bệnh nhân ung thư tuyến giáp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ năm 2018 – 2021 cho kết quả 65,6% số bệnh nhân đạt kết quả tốt; 34,4% đạt kết quả trung bình.

### SUMMARY

#### EVALUATE RESULTS AFTER OPEN SURGERY FOR THYROID CANCER PATIENTS AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL FROM 2018 - 2021

**Objective:** To evaluate early results after open surgery for thyroid cancer treatment at Thai Binh

General Hospital from 2018-2021. **Methods:** A cross-sectional descriptive study on 64 thyroid cancer patients undergone open surgery at Thai Binh General Hospital from 2018 to 2021. **Results:** The mean age of the patients was: 51.05 ± 11.94 years old; The proportion of male:female was 6.25%:93.75%; Tumor characteristics: 60.9% patients had 1 tumor, 39.1% had 2 or more tumors; Characteristics of lymph node metastasis: 42.2% patients had lymph node metastasis, in which the most common group was the carotid group, the middle carotid lymph node was 51.9%. Ultrasound: TIRADS 4 was 45.2%, TIRADS 5 was 32.3%; Surgical methods: Thyroid lobectomy + Waist resection was 18.8%, Proximal thyroidectomy accounted was 3.1%, Total thyroidectomy was 78.1%; The number of lymph node dissections was 8.5%; Complications in the first day after surgery were nausea and vomiting were 7.8%, temporary hoarseness was 20.3%, Tetany attack was 1.6%; Complications in 72 hours after surgery were hoarseness was 15.6% and Tetany attacks was 17.2%; Results after surgery: 65.6% patients achieved good results; 34.4% achieved average results; 0% patients achieved bad results. **Conclusion:** The results of open surgery treated for 64 thyroid cancer patients at Thai Binh Provincial General Hospital from 2018 to 2021 showed that 65.6% of patients achieved good results; 34.4% achieved the average result

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp có xu hướng gia tăng trên toàn cầu. Việt Nam nằm trong nhóm các nước có tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp cao, đứng hàng thứ 9 với 5418 ca mới mắc, 528 ca tử vong mỗi năm, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 3,52/100.000 dân [1]

Trong chẩn đoán, ung thư tuyến giáp thường biểu hiện bằng một khối u hoặc hạch vùng cổ kèm theo các triệu chứng như nuốt vướng, nói khàn, khó thở... Về điều trị, phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất có tính chất quyết định đến kết quả điều trị [1], [2]. Ở Việt Nam, đã có nhiều công trình nghiên cứu về ung thư tuyến giáp nói chung, cũng như nghiên cứu đánh giá kết quả các phương pháp phẫu thuật nói riêng. Tuy

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: Dr\_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2022

Ngày duyệt bài: 12.7.2022

nhiên tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình chưa có đề tài nào nghiên cứu về vấn đề này.

Xuất phát từ những thực tiễn kể trên, chúng tôi nghiên cứu đề tài "*Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật mở điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ năm 2018-2021*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 64 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư tuyến giáp nguyên phát và được điều trị mổ mở tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ năm 2018-2021.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp nguyên phát

- Được điều trị bằng phẫu thuật mở và được điều trị hỗ trợ theo phác đồ Bệnh viện.

- Chẩn đoán mô bệnh học sau phẫu thuật: Ung thư biểu mô tuyến giáp.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ.

### 2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ.

- Bệnh nhân đã phẫu thuật ở tuyến trước.  
- Bệnh nhân ung thư tuyến giáp tái phát.  
- Bệnh nhân không có chẩn đoán mô bệnh học.  
- Bệnh nhân ung thư tuyến giáp mắc bệnh nội khoa, nhiễm khuẩn nặng như: COPD, HIV...  
- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu.** Đề tài nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### 2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

**2.3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

- Tuổi bệnh nhân: được tính từ khi vào viện trừ đi năm sinh và được chia ra các khoảng  $\leq 30$  tuổi, từ 31- 50 tuổi, 51- 70 tuổi, 31- 40 tuổi và trên 70 tuổi.

- Giới: Nam và Nữ

- Thời gian phát hiện bệnh: tính từ lúc phát hiện bệnh đến khi vào viện, được chia như sau: < 12 tháng, từ 13- 24 tháng, 25- 36 tháng và > 36 tháng.

- Vị trí u: thùy phải, thùy trái, eo giáp, hai thùy

- Số lượng u: 1u,  $\geq 2$ u

- Kích thước u (cm): chia làm 3 nhóm < 2cm, từ 2- 4 cm, > 4 cm

- Vị trí hạch

- Số lượng hạch: 1 hạch và  $\geq 2$  hạch

- Đặc điểm u tuyến giáp trên siêu âm, được đánh giá theo TIRADS

- Xét nghiệm Hormone tuyến giáp trước phẫu thuật: Xét nghiệm các chỉ số FT3, FT4, TSH và đánh giá ở 3 mức độ bình thường, tăng, giảm.

- Xét nghiệm Tg, AntiTg: đánh giá mức độ bình thường hay tăng

Xét nghiệm tế bào học: + Trước mổ: Chọc tế bào bằng kim nhỏ được thực hiện tại khoa giải phẫu bệnh, bệnh viện Tỉnh Thái Bình: Âm tính, dương tính, nghi ngờ, không xác định

### 2.3.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật

- Phương pháp phẫu thuật ung thư tuyến giáp: Cắt thùy giáp và eo; Cắt tuyến giáp gần toàn bộ; Cắt tuyến giáp toàn bộ

- Tình trạng nạo vét hạch:

- Tai biến trong phẫu thuật

- Biến chứng sau phẫu thuật trong 24h đầu sau phẫu thuật

- Biến chứng sau phẫu thuật trong 72h đầu

- Các biến chứng sau phẫu thuật 1 tháng

- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật = Ngày ra viện – Ngày phẫu thuật (ngày).

- Thời gian nằm viện toàn bộ = Ngày ra viện – Ngày nhập viện (ngày).

- Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật: Dựa trên cơ sở nghiên cứu về tai biến, biến chứng của phẫu thuật chúng tôi đưa ra đánh giá kết quả như sau:

+ Tốt: không xảy ra tai biến trong phẫu thuật và sau phẫu thuật không có biến chứng.

+ Trung bình: có xảy ra tai biến, biến chứng nhưng được xử trí tốt, có thể phải mổ lại để xử trí hoặc chỉ cần điều trị nội khoa theo đơn.

+ Xấu: thở máy, mở khí quản chủ động hoặc tử vong sau phẫu thuật

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là: 51,05  $\pm$  11,94 tuổi

- Tỷ lệ bệnh nhân nam là 6,25%. Nữ là 93,75%

- Lý do vào viện thường gặp là: thấy u vùng cổ chiếm 93,75%

- Đặc điểm u: 60,9% có 1 u. 36% có từ 2 u trở lên

- Đặc điểm di căn hạch: Tỷ lệ di căn hạch gặp là 42,2% trong đó gặp nhiều nhất là nhóm hạch cảnh, hạch cảnh giữa chiếm 51,9%.

- Siêu âm: Tỷ lệ TIRADS 4: 45,2%, TIRADS 5: 32,3%

- FNA: 67,2% bệnh nhân có tế bào ung thư.

**3.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp**

### Bảng 3.1. Các phương pháp phẫu thuật u

Các phương pháp phẫu thuật u giáp	Số lượng	Tỷ lệ %
Cắt thùy giáp + eo	12	18,8

Cắt tuyến giáp gần toàn bộ	2	3,1
Cắt tuyến giáp toàn bộ	50	78,1
<b>Tổng</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

**Bảng 3.2. Các phương pháp phẫu thuật hạch**

Vết hạch	Số lượng	Tỷ lệ %
Không vết hạch	33	51,5
Vết hạch 1 bên	3	4,7
Vết hạch 2 bên	28	43,8
Vết hạch nhóm VI	31	100

**Bảng 3.4. Biến chứng sau phẫu thuật**

Các biến chứng	24h		72h		Một tháng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Nôn, buồn nôn	5	7,8	0	0,0	0	0,0
Khàn tiếng	13	20,3	10	15,6	0	0,0
Tetany	1	1,6	11	17,2	0	0,0
<b>Tổng</b>	<b>19</b>	<b>29,7</b>	<b>22</b>	<b>23,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Bảng 3.5. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật**

Số ngày nằm viện	Số lượng	Tỷ lệ %
< 6 ngày	1	1,6
6 – 10 ngày	56	87,5
11-15 ngày	7	10,9
>15 ngày	0	0

**Bảng 3.6. Kết quả chung sau phẫu thuật**

Kết quả	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Tốt	42	65,6
Trung bình	22	34,4
Xấu	0	0,0
<b>Tổng</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Phương pháp phẫu thuật.** Ung thư tuyến giáp nói chung tiến triển chậm, vì vậy rất khó đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị, cũng như lựa chọn phương pháp điều trị. Điều trị Ung thư tuyến giáp chủ yếu là phẫu thuật, tuy nhiên mức độ rộng của phẫu thuật còn nhiều tranh luận. Về mặt lý thuyết có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới sự lựa chọn phương pháp phẫu thuật [1], [2]. Trên nguyên tắc tất cả các u phải được lấy đi, kế hoạch điều trị như thế nào để tránh mổ lại lần thứ hai, vì điều này sẽ làm tăng lên các biến chứng do phẫu thuật mang lại. Phẫu thuật ít có nguy cơ tái phát nhất và tạo điều kiện thuận lợi cho việc theo dõi bệnh nhân dễ dàng bằng định lượng Thyroglobulin (Tg) và Anti – Thyroglobulin (Anti-Tg), cũng như làm xạ hình toàn thân bằng I<sup>131</sup> hay điều trị bằng I<sup>131</sup>. Phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm về phẫu thuật tuyến giáp, ưu điểm do phẫu thuật rộng mang lại là làm ít tái phát tại chỗ và hy vọng khả năng khỏi cũng như sống thêm dài. Mặt khác phải đề phòng các biến chứng tổn thương dây thần kinh

**Bảng 3.3. Tai biến trong phẫu thuật**

Tai biến	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	0	0,0
Tổn thương dây thanh quản ngược	0	0,0
Tổn thương tuyến cận giáp	0	0,0
<b>Tổng</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

quạt ngược và nhất là suy tuyến cận giáp vĩnh viễn, các biến chứng này được xem như rất trầm trọng và không nên để xảy ra.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 78,1% trường hợp là cắt toàn bộ tuyến giáp, có 18,8% là cắt thùy và eo tuyến giáp, tỷ lệ cắt gần toàn bộ tuyến giáp là 3,1%. Tỷ lệ này có sự khác nhau đôi chút với kết quả của Chử Quốc Hoàn (2013), nghiên cứu trên 152 bệnh nhân gặp tỷ lệ cắt giáp toàn bộ là 85,5% và có 6% là cắt thùy và eo giáp [4]. Theo một số tác giả nước ngoài như Prager và cộng sự ghi nhận trên 429 bệnh nhân có 15,4% bệnh nhân được cắt thùy và eo giáp và 84,6% bệnh nhân được cắt giáp toàn bộ hoặc gần toàn bộ [5].

Vấn đề vết hạch trong ung thư tuyến giáp cũng là vấn đề còn nhiều tranh luận, đặc biệt là vết hạch dự phòng nhóm VI đối với trường hợp N0 trên lâm sàng. Thông thường các tác giả đồng ý tiến hành nạo vét hạch khi có hạch sờ thấy trên lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% số bệnh nhân được chỉ định vét hạch cổ nhóm trung tâm (nhóm VI) dù có hạch bệnh lý hay không cao hơn nghiên cứu của Đinh Xuân Cường tỷ lệ vét hạch cổ trung tâm nhóm VI là 62,7% điều này được giải thích là tất cả bệnh nhân bị UTTG của chúng tôi có cắt giáp toàn bộ đều được kiểm tra hạch nhóm VI và phát hiện được những hạch nhỏ trên lâm sàng cũng như cận lâm sàng khó xác định.

**4.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật.** Nghiên cứu của chúng tôi thu nhận được, 100% số bệnh nhân mổ đều được đặt dẫn lưu hút áp lực âm (Hemovac), số lượng dịch ống dẫn lưu gặp chủ yếu là từ dưới 20ml là 54,7%, từ 20-40ml là 43,7% và từ 40-60ml là 1,6%, không có trường hợp nào trên 60ml. Sở dĩ số lượng dịch trong

ngiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu là dưới 20ml, điều này là do chủ yếu chúng tôi chỉ vét hạch trung tâm nhóm VI mà rất ít vét hạch cổ 2 bên. Ngoài ra trong quá trình phẫu thuật chúng tôi có rửa sạch vùng mổ bằng nước muối sinh lý, dùng thuốc bơm tại chỗ cầm máu cũng như dùng Transamine toàn thân trong 24 – 72 giờ sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 51,6% rút ống dẫn lưu sau phẫu thuật từ 48-72h và có 37,5% rút ống dẫn lưu sau PT từ 24 - 48h (chủ yếu ở bệnh nhân cắt thùy và eo giáp), có 10,9% là sau phẫu thuật 72h gặp ở bệnh nhân cắt giáp toàn bộ kèm theo vét hạch cổ 2 bên, không có trường hợp nào rút trước 24h. Kết quả này cũng gần với nghiên cứu của Trịnh Xuân Dương (2012) là thời gian rút ống dẫn lưu chủ yếu là từ 24-72h là 93,2% [3].

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi có 1,6% nằm viện sau phẫu thuật dưới 6 ngày, có 87,5% là từ 6-10 ngày, có 10,9% bệnh nhân nằm từ 11-15 ngày (Chủ yếu ở bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp, nạo vét hạch và có biến chứng sau mổ đi kèm). Tỷ lệ này gần tương đồng so với nghiên cứu của Trịnh Xuân Dương (2012) là 6-10 ngày là 35,6% [3]. Như vậy số ngày nằm viện của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không quá dài, điều này có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến điều trị ở giai đoạn sớm hơn, hoặc phẫu thuật viên đã có nhiều kinh nghiệm hơn, cũng như việc chăm sóc sau phẫu thuật được chu đáo hơn.

Không có tai biến nào xảy ra trong phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong 24h đầu sau phẫu thuật không có trường hợp chảy máu nào phải mổ lại ngay, tỷ lệ gặp khàn tiếng chiếm 20,3% và có 7,8% có biểu hiện là buồn nôn và nôn, tỷ lệ gặp cơn Tetany là 1,6% và không gặp trường hợp nào khó thở, không có trường hợp nào bị rò bạch huyết hay ống ngực và tử vong sau mổ. Như vậy, trong thời gian 24h đầu chúng ta gặp phần lớn là các biến chứng của mê gây ra như khàn tiếng do phù nề thanh quản sau rút ống nội khí quản, nôn và buồn nôn do tác dụng phụ của thuốc gây mê. Trong 72h đầu sau mổ chúng tôi gặp chủ yếu là các biến chứng về khàn tiếng tạm thời là 15,6% cơn Tetany với tỷ lệ là 17,2%. Như vậy, xuyên suốt quá trình theo dõi sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp các biến chứng hay gặp và kéo dài nhất vẫn là các biến chứng về tuyến cận giáp và tổn thương dây thần kinh quặt ngược. Vì thế, chúng tôi sẽ đi vào phân tích kỹ về vấn đề này, đặc biệt là cơn Tetany sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của tôi điều tra, trong 1 tháng sau mổ chưa ghi nhận trường hợp nào xảy ra biến chứng như khàn tiếng, cơn tetany... Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có phần thấp hơn so với Nguyễn Quốc Bảo (1999) là 13% [1]. Nguyên nhân có thể do phẫu thuật viên đã có thêm nhiều kinh nghiệm, mặt khác số lượng bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn sớm hơn cũng như việc cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ 2 bên ít hơn. Theo tác giả Vũ Trung Chính (2002) nghiên cứu 78 trường hợp có 1 trường hợp bị đứt dây thần kinh quặt ngược trong mổ [2]. Như vậy kết quả của chúng tôi là tốt hơn, phẫu thuật viên đã bảo tồn thần kinh quặt ngược tối đa trong khi phẫu thuật.

Về vấn đề xuất hiện cơn Tetany, chúng tôi thấy rằng tỷ lệ cắt toàn bộ tuyến giáp kèm theo vét hạch cổ gần tương đương với cắt toàn bộ tuyến giáp không vét hạch cổ. Có thể khi bệnh nhân đã có di căn hạch cổ thường là đã ở giai đoạn muộn (giai đoạn III, IV), u phá vỡ vỏ xâm lấn vào bao và các cơ trước giáp, thần kinh..., vì thế trong quá trình phẫu thuật dễ làm tổn thương cơ và mạch máu nhiều hơn dẫn đến tình trạng làm tổn thương tuyến cận giáp tạm thời xảy ra nhiều hơn. Tuy nhiên ở nghiên cứu này, các kết quả chỉ ra không có sự khác biệt rõ ràng giữa hai nhóm đối tượng: có được vét hạch và không được vét hạch cổ.

Tỷ lệ gặp biến chứng về tổn thương tuyến cận giáp tạm thời trong nghiên cứu của chúng tôi gặp cao nhất trong 72h đầu sau phẫu thuật 17,2% và giảm dần sau một tháng 0%. Không có trường hợp nào tổn thương vĩnh viễn. Theo Wong và cộng sự, gặp trong tuần đầu sau mổ có 40% bệnh nhân bị hạ calci máu và 36,7% bệnh nhân bị suy cận giáp [46], điều này có thể được giải thích là do tất cả bệnh nhân của tác giả đều cắt toàn bộ tuyến giáp nên biến chứng cao hơn chúng tôi. Kết quả này cũng phù hợp với sinh lý bệnh của hạ calci máu và suy cận giáp sau mổ vì PTH (Para Thyroide Hormone) có nửa đời sống rất ngắn (chỉ 2-3 phút) nên ngay những giờ đầu sau mổ nồng độ PTH máu đã giảm mạnh do tuyến cận giáp bị tổn thương thực thể hoặc cơ năng và giảm sản xuất PTH, điều này gây nên suy cận giáp xảy ra ở ngày thứ 1-2 sau mổ rồi dẫn đến hạ calci máu xảy ra ở ngày thứ 2-3 gây nên những cơn Tetani và thời gian để tuyến cận giáp hồi phục chức năng sau phẫu thuật có thể từ 1 vài ngày đến vài tháng, có trường hợp đến 6 tháng, thông thường là trong vòng 2 tuần [2]. So với nghiên cứu của Vũ Trung Chính (2002) tỷ lệ này là 15,4%, như vậy trong nghiên cứu của

chúng tôi tỷ lệ này cao hơn, điều này được giải thích là bởi vì tất cả các bệnh nhân phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp trong nghiên cứu của chúng tôi đều được đánh giá lâm sàng rất sớm khi chưa có sự xuất hiện của cơn Tetany đó là dấu hiệu Trousseau, dấu hiệu này được gây ra bằng cách bơm bằng đo huyết áp cao hơn huyết áp tâm thu 20mmHg và giữ mức áp lực này trong 3 phút quan sát thấy dấu hiệu tư thế bàn tay đỡ đờ.

Dựa vào các kết quả thu được, nghiên cứu chỉ ra rằng có 42 bệnh nhân có kết quả tốt sau phẫu thuật (chiếm 65,6%) và 22 bệnh nhân đạt kết quả trung bình (chiếm 34,4%). Không ghi nhận trường hợp nào đạt kết quả xấu. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Hữu Hiệu và cộng sự (2020) nghiên cứu 76 trường hợp, sau mổ có 90,79% số bệnh nhân đạt kết quả tốt và 9,21% đạt kết quả trung bình [6]. Theo nghiên cứu của tác giả Lê Văn Long (2018), có 72,37% đạt kết quả tốt và 27,73% đạt kết quả trung bình [7]. Như vậy kết quả của chúng tôi là thấp hơn so với của các tác giả khác. Điều này có thể giải thích do số lượng bệnh nhân của chúng tôi ít hơn so với các tác giả kể trên.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả phẫu thuật điều trị 64 bệnh nhân ung

thư tuyến giáp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ năm 2018 – 2021 cho kết quả 65,6% số bệnh nhân đạt kết quả tốt; 34,4% đạt kết quả trung bình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Bảo. (2010). Ung thư tuyến giáp. Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư 2010. Nhà xuất bản y học, tr. 92-113.
2. Vũ Trung Chính (2002), "Nghiên cứu áp dụng phương pháp điều trị ung thư giáp trạng thể biệt hóa bằng cắt bỏ tuyến giáp toàn bộ kết hợp I – 131", Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội.
3. Trịnh Xuân Dương (2012), "Đánh giá kết quả ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện K", Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội.
4. Chử Quốc Hoàn (2013) "Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, tỉ lệ các nhóm mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K" Luận văn tốt nghiệp BSNT, Hà Nội.
5. Pasaler, Psheuba, Prager et al. (2005). Prognostic factor in papillary and follicular thyroid carcinom, Endocrine related cancer University of Viena- Viena- Australia 2005 11<sup>th</sup>, pp 111-119.
6. Trần Hữu Hiệu, Trần Bảo Ngọc, Hoàng Thanh Quang (2020), "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Trung tâm Ung Bướu Thái Nguyên", Tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 1 – 2020, tr. 44 – 48.
7. 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, Trường Đại học Y Hà Nội.

## CHI PHÍ PHẪU THUẬT Ổ BỤNG: NGHIÊN CỨU ĐA TRUNG TÂM VIỆT NAM

Đỗ Văn Dũng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Thủy<sup>1</sup>, Công Quyết Thắng<sup>2</sup>,  
Nguyễn Vũ Lan Chi<sup>1</sup>, Nguyễn Mạnh Hồng<sup>3</sup>, Lê Hồng Đức<sup>3</sup>,  
Trịnh Kế Điệp<sup>4</sup>, Lưu Quang Thùy<sup>4</sup>, Ngô Thị Bạch Huệ<sup>5</sup>,  
Bùi Thị Thúy Nga<sup>6</sup>, Trần Minh Dũng<sup>7</sup>

## TÓM TẮT

Mỗi năm, khoảng 3,7 triệu người có nguy cơ phải đối mặt với sự kiệt quệ kinh tế nếu họ phải phẫu thuật và 22% số người được tiếp cận điều trị bệnh tật gặp

khó khăn tài chính trong việc chi trả các chi phí phẫu thuật. Do đó, nghiên cứu phân tích chi phí phẫu thuật tại Việt Nam là cần thiết, tạo cơ sở cho việc đưa ra các giải pháp phù hợp nhằm giảm thiểu gánh nặng kinh tế trong điều trị phẫu thuật cho cả người bệnh và hệ thống y tế. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đa trung tâm khảo sát chi phí trực tiếp và gián tiếp trong điều trị phẫu thuật bụng tại 5 bệnh viện tại Việt Nam trong thời gian từ tháng 3 – tháng 9 năm 2020 dựa trên phiếu khảo sát thông tin ca phẫu thuật và hồ sơ bệnh án. Dữ liệu được thống kê và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với độ tin cậy 95% và các phép kiểm thống kê phù hợp. Mẫu nghiên cứu bao gồm 361 người bệnh với độ tuổi trung bình 53,6 ± 17,7; tỉ lệ nam:nữ là 1,11:1 và thu nhập trung bình hàng tháng là 6.814.792 ± 362.608 VNĐ. Chi phí phẫu thuật toàn bộ có giá trị 13.627.112 ± 11.999.413 VNĐ chiếm 39,6% tổng chi phí điều trị. Trong đó, chi phí thuốc gây mê

<sup>1</sup>Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh,

<sup>2</sup>Hội Gây mê Hồi sức Việt Nam,

<sup>3</sup>Bệnh viện Hữu Nghị,

<sup>4</sup>Bệnh viện Việt Đức,

<sup>5</sup>Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh,

<sup>6</sup>Bệnh viện Đại học Y dược Huế,

<sup>7</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: nguyenthuthuy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2022

Ngày duyệt bài: 12.7.2022