

quyết vấn đề và tìm kiếm sự hỗ trợ xã hội trong các tình huống khó khăn (5). Chương trình Happy House sử dụng liệu pháp CBT và IPT trong can thiệp với VTN Việt Nam đã cung cấp thêm bằng chứng khẳng định hiệu quả của các liệu pháp này đối với việc cải thiện tất cả các khía cạnh Suy nghĩ và cảm xúc, Giải quyết vấn đề và Hỗ trợ xã hội.

Hạn chế của can thiệp Happy House đó là chỉ triển khai trên học sinh lớp 10 (15-16 tuổi), chưa đủ tính đại diện cho toàn bộ lứa tuổi VTN. Đồng thời can thiệp mặc dù tiến hành ở qui mô tương đối lớn (gồm cả các trường nội và ngoại thành Hà Nội) được lựa chọn ngẫu nhiên nhưng cũng không thể đại diện cho tất cả các trường THPT của Việt Nam. Vì vậy nên tiếp tục triển khai can thiệp này ở các khu vực khác để có bức tranh toàn diện hơn về hiệu quả can thiệp với VTN Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Nhìn chung, kết quả can thiệp cho thấy can thiệp SKTT Happy House triển khai trên học sinh lớp 10 ở các trường THPT tại Hà Nội có hiệu quả tăng sự tự chủ ở cả hai thời điểm sau can thiệp 2 tuần và sau can thiệp 6 tháng. Chính vì vậy, cần có các nghiên cứu tiếp theo để đánh giá khả năng nhân rộng của mô hình tại Việt Nam trong tương lai.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được hỗ trợ bởi Quỹ Phát triển khoa học và công nghệ Quốc gia (NAFOSTED) trong đề tài mã số NHMRC.108.01

– 2018.02. Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn đến Ban quản lý dự án, Sở Giáo dục và Đào tạo Thành phố Hà Nội và 8 trường THPT ở Hà Nội, cũng như các em học sinh lớp 10 đã giúp đỡ tạo điều kiện và tham gia vào quá trình nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Silva S, Simoni U, Ronca D, Gonçalves V, Dutra E, Carvalho K.** Common mental disorders prevalence in adolescents: A systematic review and meta-analyses. *PLoS One*. 2020;15:e0232007.
2. **UNICEF.** Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên tại một số tỉnh và thành phố ở Việt Nam. 2018.
3. **Trần Văn Công, Nguyễn Thị Hoài Phương, Trần Thành Nam.** Thực trạng khó khăn tâm lý của học sinh và nhu cầu sử dụng ứng dụng tư vấn tâm lý trong trường học. *Tạp chí khoa học và công nghệ Việt Nam*. 2019.
4. **Cicognani E.** Coping Strategies With Minor Stressors in Adolescence: Relationships With Social Support, Self-Efficacy, and Psychological Well-Being. *Journal of Applied Social Psychology*. 2011;41:559-78.
5. **Ian Shochet Astrid Wurl.** Chương trình Happy House, Sách dành cho người hướng dẫn. 2020.
6. **Tran, T., La, N., Nguyen, H. et al.** Validation of the coping self-efficacy scale: Vietnamese version for adolescents. *BMC Psychol* 10, 59 (2022).
7. **Rivet-Duval E, Heriot S, Hunt C.** Preventing adolescent depression in Mauritius: A universal school-based program. *Child and Adolescent Mental Health*. 2011;16(2):86-91.
8. **de Lijster GP, Felten H, Kok G, Kocken PL.** Effects of an Interactive School-Based Program for Preventing Adolescent Sexual Harassment: A Cluster-Randomized Controlled Evaluation Study. *J Youth Adolesc*. 2016 May;45(5):874-86.

KHẢO SÁT CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP SAU PHẪU THUẬT CẮT BÁN PHẦN TUYẾN GIÁP

Nguyễn Quang Huy*, Vũ Bích Nga*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Khảo sát chức năng tuyến giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp. 2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến suy giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân đã phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp và khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ

tháng 2/2022 đến tháng 9/2022. Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật, được làm xét nghiệm đánh giá chức năng tuyến giáp và Anti TPO. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang, tiền cứu. **Kết quả:** 199 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu trong đó 87% là nữ giới, tuổi trung bình: $44,1 \pm 12,53$ (17-91). Tất cả bệnh nhân có chức năng tuyến giáp bình thường trước phẫu thuật. Sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp ít nhất 8 tuần tỉ lệ cường giáp, bình giáp, suy giáp lần lượt là 1,5%, 69,35%, 29,15% (20,1% suy giáp rõ và suy giáp có triệu chứng; 9,04% suy giáp cận lâm sàng) với thời gian theo dõi trung bình $16,59 \pm 14,77$ (2-86) tháng. Liều levothyroxine bổ sung trung bình là $0,91 \pm 0,4$ microg/kg. TSH trước phẫu thuật ($1,55 \pm 0,81$ vs $2,87 \pm 0,85$; $P <$

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Bích Nga

Email: vubichnga116@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.12.2022

Ngày duyệt bài: 13.12.2022

0,05); Anti TPO sau phẫu thuật ($20,11 \pm 33,44$ vs $46,65 \pm 95,82$; $P < 0,05$); thể tích tuyến giáp bảo tồn ($10,02 \pm 4,41$ vs $7,31 \pm 4,19$; $p < 0,05$) là những yếu tố liên quan đến suy giáp sau phẫu thuật. Tuổi, giới, thời gian theo dõi sau phẫu thuật, FT4 trước phẫu thuật, chẩn đoán trước phẫu thuật, biến chứng phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh và phương pháp phẫu thuật không liên quan đến suy giáp sau phẫu thuật. **Kết luận:** Tỷ lệ cường giáp, bình giáp, suy giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp lần lượt là 1,5%, 69,35%, 29,15%. Nồng độ TSH trước phẫu thuật; nồng độ Anti TPO sau phẫu thuật; thể tích tuyến giáp bảo tồn là những yếu tố liên quan đến suy giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp.

Từ khóa: chức năng tuyến giáp, phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp, suy giáp, thyroid-stimulating hormone, thyroperoxidase antibody.

SUMMARY

SURVEY THYROID FUNCTION AFTER HEMITHYROIDECTOMY

Research objectives: 1. To survey thyroid function after hemithyroidectomy. 2. To determine the some factors that involved in development of hypothyroidism after hemithyroidectomy. **Research subjects:** Patients who received hemithyroidectomy follow-up examination between February 2022 and September 2022 in Hanoi Medical University Hospital was conducted. Thyroid specimens were examined for pathological diagnosis and thyroid function and thyroperoxidase antibody serum was evaluated. **Method:** Cross-sectional description. **Results:** 199 patients included in the study, 87% were women, mean age: $44,1 \pm 12,53$ (17-91). All had normal preoperative thyroid function. 1,5% patients presented subclinical hypothyroidism; 69,35% patients remained euthyroid; 29,15% patients developed hypothyroidism (20,1% overt or symptomatic hypothyroidism and 9,04% subclinical hypothyroidism) with an average follow-up time of $16,59 \pm 14,77$ (2-86) months. The mean levothyroxine supplement dose was $0,91 \pm 0,4$ microg/kg per day. Preoperative high thyroid-stimulating hormone (TSH) level ($1,55 \pm 0,81$ vs $2,87 \pm 0,85$; $P: 0,05$); thyroperoxidase antibody serum levels ($25,58 \pm 44,42$ vs $73,82 \pm 124,97$; $P < 0,05$); and thyroid remnant volume ($10,02 \pm 4,41$ vs $7,31 \pm 4,19$; $p < 0,05$) were significantly associated with postoperative hypothyroidism. Age, gender, follow-up time, preoperative free thyroxine, preoperative diagnosis, surgical methods, surgical complications and pathological diagnosis were not significant risk factors for hypothyroidism. **Conclusion:** After hemithyroidectomy, the prevalence of hyperthyroidism, euthyroidism and hypothyroidism were 1,5%, 69,35% and 29,15%, respectively. Preoperative high thyroid-stimulating hormone (TSH) level; thyroperoxidase antibody (Anti TPO) serum levels; and thyroid remnant volume were significantly associated with postoperative hypothyroidism.

Keywords: thyroid function, hemithyroidectomy, hypothyroidism, thyroid-stimulating hormone, thyroperoxidase antibody.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt một thùy tuyến giáp hay cắt bán phần tuyến giáp được định nghĩa là cắt một thùy giáp kèm theo có hoặc không cắt eo tuyến giáp và thùy thấp. Phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp là phẫu thuật được khuyến cáo cho bướu giáp một bên có triệu chứng, bướu nhân một bên độc, nhân giáp mà có tế bào học nghi ngờ ác tính, và ung thư tuyến giáp biệt hóa. Sau hướng dẫn của ATA 2015 về quản lý ung thư tuyến giáp, tỷ lệ phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp tăng từ 34,5% (2010–2014) lên 51,3% (2015 - 2018).¹ So với phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, cắt bán phần tuyến giáp giảm biến chứng, giảm chi phí hiệu quả, kỳ vọng phần tuyến giáp bảo tồn có thể đảm bảo chức năng tuyến giáp bình thường, trong khi không có sự khác biệt về tỷ lệ sống sót trên 10 năm giữa 2 phương pháp phẫu thuật. Suy giáp là một bệnh cảnh lâm sàng thường gặp, đứng hàng thứ 3 trong các bệnh lý tuyến giáp, chiếm 5,4%.² Thiếu hụt hormon tuyến giáp gây rối loạn chuyển hóa ở hàng loạt các cơ quan trong cơ thể. Phẫu thuật là một trong những nguyên nhân gây suy giáp tại tuyến (chiếm 48,7%).³ Suy giáp thường gặp sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp nhưng cũng có thể gặp ở các bệnh nhân cắt bán phần tuyến giáp. Tỷ lệ suy giáp sau phẫu thuật dao động 11-45%.⁴ Điều trị suy giáp sau phẫu thuật cần bổ sung hormon và kiểm tra chức năng tuyến giáp định kỳ, trong khi thừa hormon do chỉ định bổ sung hormon tuyến giáp thường quy có những tác động bất lợi đến hệ thống tim mạch cũng như cơ xương khớp như nhịp nhanh, rung nhĩ, loãng xương. Việc có những thông tin về tỷ lệ suy giáp, mức độ cũng như các yếu tố liên quan đến suy giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp giúp chúng ta có kế hoạch theo dõi phù hợp và những điều trị kịp thời tránh để suy giáp nặng, trong khi đó bệnh nhân có thể tránh được các tác dụng không mong muốn của liệu pháp thay thế hormon. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu sau:

1. Khảo sát chức năng tuyến giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp.

2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến suy giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 199 bệnh nhân tái khám sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 2/2022 đến tháng 9/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đã phẫu

thuật cắt bán phần tuyến giáp tái khám sau ít nhất 8 tuần.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã được chẩn đoán hoặc điều các rối loạn chức năng tuyến yên, tuyến giáp trước phẫu thuật, đang mắc các bệnh, tình trạng hoặc dùng thuốc ảnh hưởng đến chức năng tuyến giáp hoặc không đồng ý tham gia và nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang tiến cứu.

Các bước tiến hành: Bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sẽ được đưa vào nghiên cứu. Hỏi bệnh thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm cận lâm sàng và điền đầy đủ thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Các biến số, chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới, nồng độ FT4, TSH, Anti TPO, kích thước tuyến giáp bảo tồn, kết quả giải phẫu bệnh, phương thức phẫu thuật.

Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

Phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp: cắt một thùy giáp kèm theo có hoặc không cắt eo tuyến giáp và thùy thấp.

Cường giáp được chẩn đoán theo ATA 2016⁵

Cường giáp cận lâm sàng được chẩn đoán theo ATA 2021⁶

Suy giáp được chẩn đoán theo ATA 2012⁷

Giá trị bình thường của các hormon tuyến giáp và TSH theo phòng xét nghiệm bệnh viện Đại học Y Hà Nội: FT3: 3,5 -6,5 pmol/l, FT4: 12-22 pmol/l, TSH: 0,27-4,2 mU/ml.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê trên máy tính sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đối tượng được giải thích rõ về nghiên cứu, tham gia trên tinh thần tự nguyện, có quyền dừng nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào. Các số liệu được mã hoá và bảo mật. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng vô danh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

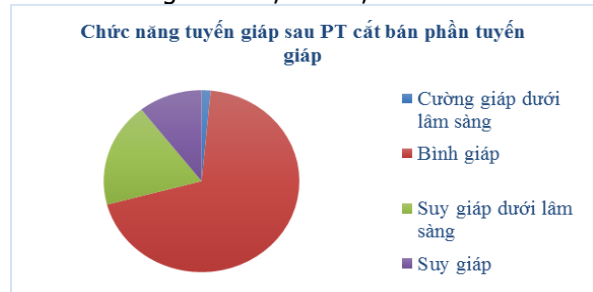
3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành trên 199 bệnh nhân tái khám sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp

Bảng 3. 14 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=199)

Đặc điểm	Giá trị thấp nhất	Giá trị lớn nhất	Giá trị trung bình
Tuổi	18	70	38,5 ± 12,8
Giới (nam/nữ)	13,07%/86,93%		
Nồng độ TSH trước	0,23	4,26	1,93 ±

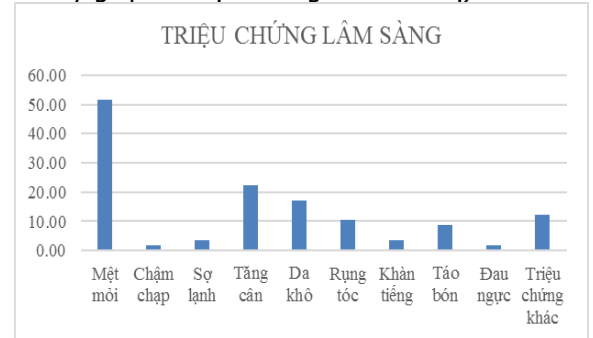
PT (mUI/L)			1,02
Nồng độ TSH sau PT (mUI/L)	0,49	22,7	4,01 ± 3,44
Anti TPO (UI/mL)	3,0	600,0	28,07 ± 60,4
Thể tích tuyến giáp bảo tồn (mL)	1,6	24,46	9,22 ± 4,52
Thời gian theo dõi (tháng)	2	86	16,7 ± 14,8

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 38,5 ± 12,8 tuổi, phần lớn bệnh nhân là nữ giới (chiếm 86,93%). Nồng độ TSH trước phẫu thuật, nồng độ TSH sau phẫu thuật trung bình lần lượt là: 1,93 ± 1,02, 4,01 ± 3,44 (mUI/L). Nồng độ Anti TPO trung bình là 28,07 ± 60,4 (UI/mL). Thể tích tuyến giáp bảo tồn trung bình là: 9,22 ± 4,52 mL. Thời gian theo dõi trung bình 16,7 ± 14,8.



Biểu đồ 3.5: Chức năng tuyến giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp

Nhận xét: Sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp ít nhất 8 tuần tỉ lệ cường giáp, bình giáp, suy giáp lần lượt là 1,5% (cường giáp cận lâm sàng), 69,35% , 29,15% (67,4% suy giáp rõ và suy giáp có triệu chứng cần điều trị)



Biểu đồ 3.6: Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân suy giáp

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp của suy giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp là: mệt mỏi (51,2%), tăng cân (22,4%), da khô (17,24%), rụng tóc (10,34%).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến suy giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp

Bảng 3. 15 Một số yếu tố liên quan đến suy giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp

Chỉ số	Bình giáp	Suy giáp	P
Tuổi	45,12 ± 12,3	42,22 ± 12,95	0,15
TSH trước PT	1,55 ± 0,81	2,87 ± 0,85	0,000
FT4 trước PT	16,26 ± 2,67	15,53 ± 2,41	0,064
Anti PTO	20,11 ± 33,44	46,65 ± 95,82	0,007
Thể tích tuyến giáp bảo tồn	10,02 ± 4,41	7,31 ± 4,19	0,000
Giới	Nam	21 15,2%	0,213946
	Nữ	5 84,8%	
Phương pháp phẫu thuật	Nội soi	65 47,1%	0,554460
	Mổ mở	30 52,9%	
Kết quả giải phẫu bệnh trước phẫu thuật	Lành tính	28 20,3%	0,728042
	Nghi ngờ	9 18,8%	
	Ác tính	11 60,9%	
		38 84	
Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật	Lành tính	60,9% 54	0,283191
	Ác tính	69,0% 84	
		40	
Tai biến phẫu thuật	Không có tai biến	39,1% 127	0,762
	Có tai biến	31,0% 55	
		92,0% 11	
Thời gian theo dõi sau phẫu thuật	= < 6 tháng	94,8% 3	0,093
	6-24 tháng	3 37,7%	
	>= 24 tháng	20 41,4%	
		54 32	

Nhận xét: Tuổi, nồng độ FT4 trước phẫu thuật của nhóm bệnh nhân suy giáp thấp hơn tuổi nhóm bệnh nhân bình giáp (42,22 ± 12,95 vs 45,12 ± 12,3 và 15,53 ± 2,41 vs 16,26 ± 2,67), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05 (0,15 và 0,064)

Nồng độ TSH trước phẫu thuật, nồng độ Anti

TPO của nhóm bệnh nhân suy giáp cao hơn tuổi nhóm bệnh nhân bình giáp (2,87 ± 0,85 vs 1,55 ± 0,81 và 20,11 ± 33,44 vs 46,65 ± 95,82), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 (0,000 và 0,007)

Thể tích tuyến giáp bảo tồn của nhóm bệnh nhân suy giáp thấp hơn tuổi nhóm bệnh nhân bình giáp (7,31 ± 4,19 vs 10,02 ± 4,41), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,00

Không có sự khác biệt về tỷ lệ suy giáp giữa 2 giới, phương pháp phẫu thuật, kết quả chọc giải phẫu bệnh trước phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật, tai biến phẫu thuật và thời gian theo dõi sau phẫu thuật với p lần lượt là 0,21; 0,55; 0,72; 0,28, 0,76, 0,09 (p>0,05)

Bảng 3. 16: Suy giáp đang điều trị và suy giáp chưa điều trị

	Đang điều trị		Chưa điều trị	P
	Suy giáp rõ	Suy giáp có triệu chứng		
Số bệnh nhân	21 36,2%	18 31,04%	19 32,76%	
Thời gian theo dõi	27,0 ± 15,12		8,05 ± 6,36	0,00

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân suy giáp cần điều trị là 67,24%, thời gian theo dõi trung bình nhóm đang điều trị lớn hơn nhóm chưa điều trị, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê p=0,00 (<0,05)

IV. BÀN LUẬN

Chỉ định cắt bán phần tuyến giáp điều trị các bệnh lý tuyến giáp ngày một mở rộng để điều trị các bệnh lý tuyến giáp đặc biệt là ung thư. Suy giáp là một trong những di chứng sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp. Suy giáp mà không được điều trị ảnh hưởng đến chức năng của nhiều cơ quan tuy nhiên việc thừa hormon do liệu pháp thay thế hormon cũng gây tác động bất lợi lên hệ thống tim mạch và cơ xương khớp ví dụ như nhịp tim nhanh, rung nhĩ, loãng xương. Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ cho rằng điều trị suy giáp cận lâm sàng (TSH <10 mIU/L) không mang lại nhiều lợi ích, vì bổ sung hormon ở nhóm này có thể không làm giảm các triệu chứng nặng.⁸

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ suy giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp là 29,15%, trong đó 67,24% suy giáp rõ và suy giáp có triệu chứng cần bổ sung hormon. Tỷ lệ suy giáp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ suy giáp trong một phân tích gộp năm 2012

(khoảng 22%),⁹ tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Charles Meyer và cộng sự (30%) hay Frank R. Miller và cộng sự (27%),¹⁰ nhưng thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Song Jae Lee (54,7%, với 43.1% cần bổ sung hormon). Đặc biệt nghiên cứu của chúng tôi còn phát 3/199 bệnh nhân cường giáp dưới lâm sàng, tất cả đều sau phẫu thuật 2 tháng. Trên thế giới cũng đã báo cáo một số trường hợp xuất hiện cường giáp tự miễn sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp do các nguyên nhân lành tính ác tính.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa nồng độ TSH trước phẫu thuật, nồng độ Anti TPO sau phẫu thuật, thể tích tuyến giáp bảo tồn với suy giáp phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp. Hầu hết các nghiên cứu chỉ rằng nồng độ TSH trước phẫu thuật có liên quan đến suy giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp, nghiên cứu của tác giả Shirley Y Su và Dorival De Carlucci Jr cho thấy mối liên quan giữa nồng độ Anti TPO và suy giáp sau phẫu thuật trong khi đó tác giả Brian Hung-Hin Lang chỉ ra mối liên quan giữa thể tích tuyến giáp bảo tồn với suy giáp sau phẫu thuật¹⁶, đây cũng là kết quả của một nghiên cứu trên 132 bệnh nhân người châu Á của tác giả Hyeong-Gon Moon. Ngoài các yếu tố liên quan kể trên Charles Meyer và cộng sự còn thấy mối liên quan với tuổi, thời gian theo dõi sau phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh,

Mặc dù tỷ lệ suy giáp rõ ở nghiên cứu của chúng tôi tương tự của tác giả Charles Meyer và cộng sự nhưng tỷ lệ suy giáp cần điều trị cao hơn tỷ lệ cần bổ sung hormon tuyến giáp (67,24% vs 30%). Điều này có thể giải thích do chỉ định bổ sung hormon trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu rộng hơn suy giáp rõ, suy giáp cận lâm sàng có triệu chứng với thời gian theo dõi trên 6 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân cần bổ sung hormon tuyến giáp cũng cao hơn một nghiên cứu khác năm 2022 của tác giả Zen Cao và cộng sự (50,9%).⁴ Tuy không có sự khác biệt về thời gian theo dõi giữa nhóm bệnh nhân bình giáp và nhóm bệnh nhân suy giáp nhưng thời gian theo dõi trung bình của nhóm đang điều trị dài hơn nhóm chưa điều trị, điều này tương tự nghiên cứu của Zen Cao và cộng sự.⁴ Điều này gợi ý rằng những bệnh nhân suy giáp cận lâm sàng cần được theo dõi các triệu chứng lâm sàng cũng như xét nghiệm dài hơn trước khi chỉ định bổ sung hormon tuyến giáp.

V. KẾT LUẬN

- Sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp tỷ

lệ cường giáp, bình giáp, suy giáp lần lượt là 1,5%; 69,35%; 29,15%. Trong số bệnh nhân suy giáp, tỷ lệ bệnh nhân cần điều trị là 67,24%.

- Nồng độ TSH trước phẫu thuật; nồng độ Anti TPO; thể tích tuyến giáp bảo tồn là các yếu tố liên quan đến suy giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp. Vì thế chức năng tuyến giáp và triệu chứng suy giáp cần được theo dõi chặt chẽ hơn ở nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Cozzani F, Bettini D, Rossini M, et al.** Thyroid nodules with indeterminate cytology: association between nodule size, histopathological characteristics and clinical outcome in differentiated thyroid carcinomas - a multicenter retrospective cohort study on 761 patients. *Updates Surg.* Oct 2021;73(5):1923-1930. doi:10.1007/s13304-021-01096-2
- Nga VB.** Bệnh lý tuyến giáp trong thực hành lâm sàng. Nhà xuất bản y học; 2022.
- Nga VB, Quỳnh ĐN.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân suy giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận văn thạc sỹ y học. 2020;
- Cao Z, Liu R, Wu M, Xu X, Liu Z.** Risk factors for thyroid hormone replacement therapy after hemithyroidectomy and development of a predictive nomogram. *Endocrine.* Apr 2022;76(1):85-94. doi:10.1007/s12020-021-02971-z
- Ross DS, Burch HB, Cooper DS, et al.** 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid.* Oct 2016;26(10):1343-1421. doi:10.1089/thy.2016.0229
- Azizi F, Abdi H, Cheraghi L, Amouzegar A.** Treatment of Subclinical Hyperthyroidism in the Elderly: Comparison of Radioiodine and Long-Term Methimazole Treatment. *Thyroid.* Apr 2021;31(4):545-551. doi:10.1089/thy.2020.0433
- Garber JR, Cobin RH, Gharib H, et al.** Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Endocr Pract.* Nov-Dec 2012;18(6):988-1028. doi:10.4158/EP12280.GL
- Garber JR, Cobin RH, Gharib H, et al.** Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Thyroid.* Dec 2012;22(12):1200-35. doi:10.1089/thy.2012.0205
- Verloop H, Louwerens M, Schoones JW, Kievit J, Smit JW.** Risk of hypothyroidism following hemithyroidectomy: systematic review and meta-analysis of prognostic studies. *J Clin Endocrinol Metab.* Jul 2012;97(7):2243-55. doi:10.1210/jc.2012-1063
- Miller FR, Paulson D, Prihoda TJ, Otto RA.** Risk Factors for the Development of Hypothyroidism After Hemithyroidectomy. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery.* 2006;132(1):36-38. doi:10.1001/archotol.132.1.36