cases," Arch. Plast. Surg., vol. 46, no. 1, pp. 23–33, Jan. 2019, doi: 10.5999/aps.2018.00458.
4. **Polites S. F. et al.,** "Single-stage embolization with n-butyl cyanoacrylate and surgical resection of venous malformations," Pediatr. Blood Cancer, vol. 67, no. 3, p. e28029, Mar. 2020, doi: 10.1002/pbc.28029.
5. **Steiner F., FitzJohn T., and Tan S. T.** "Surgical treatment for venous malformation," J. Plast. Reconstr. Aesthetic Surg. JPRAS, vol. 66, no. 12, pp. 1741–1749, Dec. 2013, doi: 10.1016/ j.bjps.2013.07.033.
6. **Bowman J., Johnson J., McKusick M., Gloviczki P., and Driscoll D.** "Outcomes of sclerotherapy and embolization for arteriovenous and venous malformations," Semin. Vasc. Surg., vol. 26, no. 1, pp. 48–54, Mar. 2013, doi: 10.1053/ j.semvascsurg.2013.04.001.
7. **Ryu J. Y. et al,** "Surgical approach for venous malformation in the head and neck," Arch. Craniofacial Surg., vol. 20, no. 5, pp. 304–309, Oct. 2019, doi: 10.7181/acfs.2019.00416.
8. **Nakamura M. et al.** "Percutaneous sclerotherapy for venous malformations in the extremities: clinical outcomes and predictors of patient satisfaction," SpringerPlus, vol. 3, p. 520, 2014, doi: 10.1186/2193-1801-3-520.
9. **Chewning R. H. et al.** "Combined glue embolization and excision for the treatment of venous malformations," CVIR Endovasc., vol. 1, p. 22, Oct. 2018, doi: 10.1186/s42155-018-0028-y.
10. **James C. A. et al.** "Preoperative sclerotherapy of facial venous malformations: impact on surgical parameters and long-term follow-up," J. Vasc. Interv. Radiol. JVIR, vol. 22, no. 7, pp. 953–960, Jul. 2011, doi: 10.1016/j.jvir.2011.03.004.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Ngô Vi Tiến[1], Nguyễn Quang Trung[1], Phạm Hữu Lư[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được điều trị tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 289 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 6/2021 đến 6/2022. **Kết quả**: tuổi trung bình 42,5 ± 11,7 tuổi, lứa tuổi thường gặp là ≤ 55 tuổi (84,78%). Tỷ lệ nữ/nam là 6,5/1, đa số bệnh nhân đi khám vì phát hiện u qua khám sức khỏe (89,3%). Kích thước u trung bình là 1,25 ± 0,86cm. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm 61,2%. Xếp loại giai đoạn bệnh chủ yếu gặp ở giai đoạn I chiếm 67,7%. Biến chứng sớm thường gặp là khàn tiếng 5,2%, tê bì tay chân 5,5%, rò bạch huyết 2,3%. **Kết luận**: Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả đối với ung thư tuyến giáp thể nhú.

Từ khoá: Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, cắt toàn bộ tuyến giáp, cắt thuỳ tuyến giáp

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PAPILLARY THYROID CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Purpose: Evaluation of surgical results of papilary thyroid carcinoma patients treated at the Nghe An Oncology Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study on 289 patients with papilary thyroid cancer were operated at Nghe An Oncology Hospital from 06/2021 to 06/2022. **Results**: mean age: 42,5 ± 11,7. The most common age was ≤ 55 years old (84,78%), female/male ratio is 6,5/1. Common symptoms are detected thyroid tumor through health check (89,3%). The mean of thyroid tumor size is 1,25 ± 0,86cm. Total thyroidectomy accounted for 61,2%. In terms of stage, the disease is mainly seen in stage I, accounting for 67,7%. Common early postoperative complications were hoarseness (5,2%), numbness of hands and feet (5,5%), chyle leak 2,3%. **Conclusion**: Surgery therapy is an effective treatment for papillary thyroid cancer.

Keywords: papillary thyroid cancer, total thyroidectomy, thyroid lobectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTG) chỉ chiếm 3,6% trong tất cả các loại ung thư, nhưng chiếm đến 92 - 95% ung thư của hệ nội tiết, trong đó UTTG thể nhú là thể bệnh thường gặp nhất chiếm 70-90%[1]. Theo GLOBOCAN 2020, UTTG đứng thứ 9 trong tổng số các ca ung thư ở cả hai giới với 586202 ca mới mắc, đứng thứ 5 trong số các loại ung thư ở nữ giới, tỷ lệ mắc ở nữ giới là 10,1/100000 nữ, cao gấp 3 lần so với nam giới. Việt Nam nằm trong nhóm các nước có tỷ lệ mắc UTTG cao, đứng thứ 10 với 5471 ca mắc mới và 642 ca tử vong mỗi năm[1]. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính UTTG thể nhú, đóng vai trò chủ đạo cải thiện thời gian sống còn và ảnh hưởng đến điều trị I^{131} sau phẫu thuật cũng như ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân (BN). Tuy nhiên phẫu thuật vẫn còn có những

[1]*Bệnh viện Ung bướu Nghệ An*
[2]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*
Chịu trách nhiệm nội dung: Phạm Hữu Lư
Email: phamhuulu@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 6.7.2023
Ngày phản biện khoa học: 22.8.2023
Ngày duyệt bài: 13.9.2023

biến chứng, di chứng đặc biệt là về tuyến cận giáp và thần kinh thanh quản quặt ngược (TKTQQN) vẫn còn gặp với tỷ lệ đáng kể: liệt dây TKTQQN vĩnh viễn sau mổ từ 0,5- 1%, suy tuyến cận giáp tạm thời sau mổ dao động từ 8- 13%, suy tuyến cận giáp vĩnh viễn sau mổ dao động từ 1- 6%[2].

Tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An trong vài năm trở lại đây, tỷ lệ BN được chẩn đoán là UTTG được điều trị phẫu thuật ngày càng tăng lên, trong đó thể bệnh chiếm chủ yếu là UTTG thể nhú. Nhằm tổng kết và đánh giá lại kết quả điều trị trong giai đoạn này một cách có hệ thống và chính xác, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này góp phần làm nâng cao chất lượng điều trị tại cơ sở.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân ung thư tuyến giáp được phẫu thuật tại khoa Ngoại Đầu Mặt Cổ - Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, không phân biệt tuổi, giới tính, có đầy đủ trên hồ sơ bệnh án được lưu trữ theo quy định.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tuyến giáp trước đó, có bệnh lý ác tính thứ 2 vùng đầu cổ, BN có tiền sử xạ trị vùng cổ.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

Các biến số nghiên cứu: Kết quả nghiên cứu ghi nhận ở các biến số: Tuổi, giới, lý do vào viện, lâm sàng, cận lâm sàng…, kết quả phẫu thuật: cách thức phẫu thuật, biến chứng phẫu thuật…

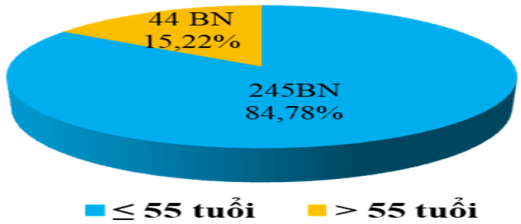
Xử lý số liệu: Số liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu cho từng BN và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 6/2021 đến 6/2022, có 289 bệnh nhân (BN) chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại khoa ngoại Đầu Mặt Cổ bệnh viện Ung bướu Nghệ An, thu được kết quả sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

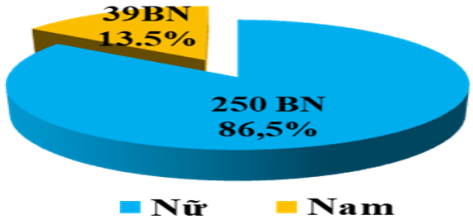
3.1.1. Tuổi



Biểu đồ 1. *Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi*

Nhận xét: Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 17 tuổi, cao tuổi nhất là 81 tuổi. Tuổi trung bình: 42,5 ± 11,7 tuổi

3.1.2. Giới



Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Nữ giới chiếm tỉ lệ 86,5%. Tỷ lệ nữ/nam là 6,5/1.

3.2. Lý do vào viện và kích thước u trên siêu âm

Bảng 1. Lý do vào viện

	Lý do vào viện					Tổng
	Khám sức khỏe	U vùng cổ	Hạch cổ	Nuốt vướng	Khàn tiếng	
Số bệnh nhân	258	15	6	6	4	289
Tỷ lệ %	89,3	5,2	2,1	2,1	1,4	100

Nhận xét: Đa số BN khám sức khỏe phát hiện u giáp, chiếm tỉ lệ trên 89,3%; các nguyên nhân khác: nuốt vướng, khàn tiếng, tự sờ thấy khối u vùng cổ, hạch cổ và nói khàn ít gặp.

Bảng 2. Kích thước u trên siêu âm tuyến giáp (n = 289)

Kích thước u	u ≤ 1cm	1<u≤ 2cm	2 <u ≤4cm	u > 4cm	Trung bình cm
n	161	96	30	2	1,25 ± 0,86
Tỷ lệ %	55,7	33,2	10,4	0,7	

Nhận xét: Kích thước u giáp chủ yếu ≤ 2cm chiếm 88,9%.

3.3. Kết quả phẫu thuật

3.3.1. Các phương pháp phẫu thuật

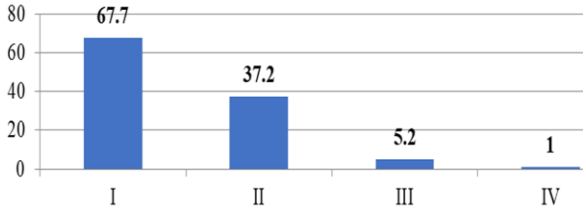
Bảng 3. Các phương pháp phẫu thuật

Các phương pháp phẫu thuật		Số BN	Tổng
Cắt thùy + eo giáp	Không vét hạch	26 (23,2%)	112 (38,7%)
	Có vét hạch	86(76,8%)	

Cắt tuyến giáp toàn bộ	Không vét hạch	29(16,4%)	177 (61,3%)
	Có vét hạch	148 (83,6%)	
Tổng			289 (100%)

Nhận xét: Tỷ lệ BN cắt toàn bộ tuyến giáp là 61,3%, 234 BN được nạo vét hạch cổ chiếm 80,97%.

3.3.2. Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật



Biểu đồ 3: Xếp loại giai đoạn bệnh sau phẫu thuật

Nhận xét: BN phát hiện bệnh ở giai đoạn I chiếm tỷ lệ cao 67,7%. Chỉ có 3 BN phát hiện bệnh ở giai đoạn IV chiếm 1%

3.3.3. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật

Các biến chứng sau phẫu thuật	24 giờ		1 tuần	
	n	%	n	%
Chảy máu	8	2,8	0	0
Khó thở	2	0,7	0	0
Khàn tiếng	15	5,2	8	2,8
Hạ calci	16	5,5	5	1,7
Rò bạch huyết	8	2,8	2	0,07

Nhận xét: Trong 24h đầu biến chứng hay gặp là khàn tiếng là 5,2%, hạ calci 5,5% chảy máu và rò bạch huyết là 2,8%. Tỷ lệ biến chứng sau 1 tuần cải thiện đáng kể: khàn tiếng còn 2,8%, hạ calci 1,7%, có 2 trường hợp rò ống ngực phải phẫu thuật lại.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Tuổi: tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 42,5 ± 11,7 tuổi, trong đó nhóm tuổi ≤ 55 tuổi chiếm đa số với tỷ lệ 84,78%. Chúng tôi phẫu thuật cho BN cao tuổi nhất là 81 tuổi, nhỏ nhất là 17 tuổi. Điều này cho thấy phạm vi phân bố về lứa tuổi rất rộng của UTTG. Theo Lê Ngọc Phúc thì tuổi mắc bệnh trung bình là 45,8 ± 12,2 tuổi, thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 70 tuổi, nhóm BN ≤ 55 tuổi chiếm đa số với tỷ lệ 77,4%[3]. Giới: tương tự như các nghiên cứu UTTG nói chung, nữ giới luôn chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều so với nam giới. Tỷ lệ Nữ /Nam trong nghiên cứu này xấp xỉ là 6,5/1, còn theo Nguyễn Thị Thu Nhung tỷ lệ này là 8,1/1[4] và Lê Ngọc Phúc là 19,7/1[3]. Lý do vào viện: nghiên cứu này cho thấy lý do vào viện chủ yếu là do khám sức khoẻ định kì tình cờ phát hiện khối u chiếm 89,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Trung Dũng (2022) là 88,8%[5]. Theo một số nghiên cứu trước đây thì u vùng cổ là triệu chứng hay gặp nhất khiến BN vào viện, khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi lý do vào viện chủ yếu là khám sức khỏe định kỳ. Sự khác nhau này có thể lý giải vì các nghiên cứu này thực hiện đã lâu, ngày nay chất lượng cuộc sống được nâng cao, thái độ ý thức chăm sóc sức khỏe của nhân dân đã không ngừng tăng cao, tiếp cận thông tin một cách dễ dàng, đồng thời với hiệu quả của chương trình phòng chống ung thư quốc gia đã giúp người dân khám sàng lọc phát hiện bệnh sớm hơn, mặc dù chưa có biểu hiện các triệu chứng lâm sàng, và điều này ảnh hưởng lớn đến tiên lượng bệnh và kết quả điều trị. Về kích thước u trên siêu âm: Kích thước u là một trong những yếu tố tiên lượng của UTTG thể nhú, dựa vào kích thước u cho phép ta đánh giá, phân độ giai đoạn T (tumor). Kích thước u ≤ 2cm thuộc nhóm có nguy cơ thấp và kích thước u > 4cm thuộc nhóm có nguy cơ cao. Nghiên cứu của chúng tôi thấy kích thước u ≤ 1cm chiếm 55,7%, 1cm < u ≤ 2cm là 33,2%, có 10,4% BN có khối u kích thước 2cm < u ≤ 4cm và 2 trường hợp khối u có kích thước lớn hơn 4cm. Đặc điểm kích thước u trên siêu âm của chúng tôi giống với kết quả của tác giả Nguyễn Xuân Hậu tỷ lệ u có kích thước ≤ 1cm chiếm nhiều nhất với 65,7%[6]. Như vậy, có thể thấy siêu âm đóng vài trò rất quan trọng trong việc chẩn đoán sớm UTTG, giúp phát hiện những khối u có kích thước ≤ 1cm rất khó phát hiện trên lâm sàng đều được phát hiện trên siêu âm.

Kết quả điều trị: Phương pháp phẫu thuật: phẫu thuật là phương pháp điều trị nền tảng cho bệnh lý UTTG nói chung và UTTG thể nhú nói riêng. Theo cập nhật các khuyến cáo điều trị hiện nay, xu hướng của chỉ định phẫu thuật là hạn chế mức độ can thiệp với sự ưu tiên cắt thùy eo tuyến giáp hơn là cắt TBTG, đặc biệt cho những trường hợp không có yếu tố nguy cơ cao[7]. Phương pháp cắt thùy eo tuyến giáp là can thiệp ít xâm lấn hơn, ít gây những biến chứng sau phẫu thuật và bảo tồn được chức năng nội tiết của tuyến giáp, đảm bảo chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ BN được cắt thùy + eo giáp là 38,7%. Cắt tuyến giáp toàn bộ đảm bảo có thể lấy toàn bộ hoặc tối đa nhu mô tuyến giáp, đảm bảo phẫu thuật rộng rãi để đạt được lợi ích về

mặt ung thư học, tránh bỏ sót tổn thương tại thùy còn lại, hạn chế tỉ lệ phải phẫu thuật lại do tái phát tại chỗ sau cắt thùy eo tuyến giáp với nguy cơ cao làm tăng tỉ lệ biến chứng. Tỷ lệ BN được cắt toàn bộ tuyến giáp trong nghiên cứu này là 61,3%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Ngọc Phúc (2022) tỷ lệ cắt toàn bộ là 69,4%[3]. Lý giải điều này là vì đa số đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đến viện ở giai đoạn bệnh sớm, ít các yếu tố tiên lượng bệnh xấu. Giai đoạn bệnh: theo số liệu biểu đồ 3 cho thấy đa số BN ở giai đoạn I chiếm tỷ lệ 67,7%, giai đoạn II là 37,2%, giai đoạn III là 5,2%, có 3 BN phát hiện bệnh ở giai đoạn IV, u đã xâm lấn vào khí quản và thần kinh quặt ngược. Kết quả này cũng tương tự với với nghiên cứu của tác giả Trần Văn Thông bệnh chủ yếu ở giai đoạn I chiếm 74,29%[8]. Biến chứng khàn tiếng: nghiên cứu của chúng tôi BN có tỉ lệ khàn tiếng ở thời điểm sau mổ là 5,2%, ở thời điểm trước khi ra viện là 2,8%. Kết quả này tương tự với Andrea Polistena và cộng sự (2015), đã phân tích hồi cứu trên 1765 BN UTTG được phẫu thuật và nạo vét hạch cho thấy tỷ lệ tổn thương TKTQQN tạm thời và vĩnh viễn lần lượt là 3,5% và 1,6%[2], nhưng thấp hơn Lê Ngọc Phúc (2022) tỷ lệ khàn tiếng là 8,1%[3], của Trần Văn Thông là 7,14%[8]. Biến chứng hạ canxi máu: bảng 7 thấy, tỉ lệ BN hạ canxi máu có biểu hiện lâm sàng cơn tê bì co rút đầu ngón chân tay sau 24h là 5,5%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Văn Thông, biến chứng cơn co rút đầu ngón tay với tỉ lệ sau 24 giờ và 72 giờ lần lượt là 5,71% và 2,57%[8]. BN có triệu chứng tê bì chân, tay sẽ được chỉ định dùng thêm canxi đường uống sau phẫu thuật. Liều dùng 400–1200mg canxi nguyên tố mỗi ngày (1–3g của canxi cacbonat) hoặc tương đương canxi citrat (2000–6000 mg mỗi ngày) chia làm 2-3 lần mỗi ngày tùy theo mức độ. Trường hợp BN có biểu hiện hạ canxi nặng, co rút tay, chân thì có thể truyền canxi đường tĩnh mạch, sau đó cho dùng canxi đường uống kết hợp với 400mg Magie oxit 1 hoặc 2 lần mỗi ngày có thể đẩy nhanh quá trình phục hồi canxi máu và cũng có thể làm giảm chứng táo bón thường gặp khi kết hợp với thay thế canxi liều cao. Rò bạch huyết: có 8 BN rò bạch huyết chiếm 2,8%, trong đó 6 BN được điều trị bằng băng ép, kết hợp với nhịn ăn truyền dịch ổn định, rút dẫn lưu và ra viện sau 8 ngày. Có 2 BN sau điều trị nội khoa thấy tình trạng dịch dẫn lưu không cải thiện phải mổ lại ở ngày thứ 6 sau mổ. Cả 2 BN này đều được nạo vét hạch cổ trái. Trong khi mổ lại thì tìm thấy đường rò ở thành bên của ống ngực trái, tiến hành khâu đường rò và cả 2 đều thành công, BN ra viện sau 13 ngày điều trị. Chảy máu: có 8 BN chảy máu trong vòng 24h đầu sau mổ chiếm tỷ lệ 2,8%. Kết quả này tương đương với Lê Ngọc Phúc (2022) tỷ lệ chảy máu là 1,6%[3]. Trong số 8 BN chảy máu thì có 2 BN phát hiện chảy máu ngay khi vừa rút ống. Cả 2 BN này đều được gây mê lại cầm máu tại phòng mổ. Có 6 BN phát hiện chảy máu khi về khoa điều trị chúng tôi cho tiến hành phẫu thuật cầm máu thành công và không để lại biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được chẩn đoán ở giai đoạn sớm với tỷ lệ cao và phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả với tỉ lệ biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209-249.
2. **Polistena A, Monacelli M, Lucchini R.** Surgical morbidity of cervical lymphadenectomy for thyroid cancer: a retrospective cohort study over 25 years. International Journal of Surgery. 2015;21:128-134.
3. **Lê Ngọc Phúc, Nguyễn Xuân Hậu.** Kết quả điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú tại viện Y học phóng xạ và u bướu quân đội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;521:17-22.
4. **Nguyễn Thị Thu Nhung, Lê Văn Quảng, Nguyễn Xuân Hậu.** Đánh giá tình trạng di căn hạch tiềm ẩn trong ung thư biểu mô tuyến giáp. Tạp chí ung thư học Việt Nam. 2019; 5: 80-84. .
5. **Nguyễn Trung Dũng.** Chỉ định và kết quả sớm phẫu thuật mổ mở cắt 1 thùy tuyến giáp điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại bệnh viện Nội tiết Trung ương. Luận văn thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội; 2022.
6. **Nguyễn Xuân Hậu, Lê Thanh Long, Nguyễn Xuân Hiền.** Tình trạng di căn hạch của ung thư tuyến giáp thể biệt hóa ở nam giới. Tạp Chí Nghiên cứu Y học. 2021;138(2):108-115. .
7. **Haugen B. R, Bible K. C.** 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid : official journal of the American Thyroid Association. 2016;26(1):1 - 133.
8. **Trần Văn Thông.** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội,. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Trường Đại Học Y Hà Nội; 2014.