

V. KẾT LUẬN

100,0% NBT đều có hiểu biết về quy định bán thuốc theo đơn, đặc biệt là bán kháng sinh. Nhưng trong thực tế, NBT sẵn sàng bán kháng sinh cho khách hàng mà không cần đơn hay quan tâm khách hàng có đơn thuốc. Việc thực hiện các kỹ năng hỏi, tư vấn, điều trị của NBT đang là chưa tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Department of Health - UK** (2016). Community pharmacy in 2016-17 and beyond - proposals - Stakeholder briefing sessions 2016.
2. **International Pharmaceutical Federation (FIP)** (2017). Pharmacy at a glance 2015-2017.
3. **Trương Thị Lê Huyền, Hoàng Đình Đông, Nguyễn Thị Ngọc Diễm** (2018). Thực trạng tự điều trị thuốc tân dược và các yếu tố liên quan: nghiên cứu cắt ngang dựa vào cộng đồng. Tạp chí Y Học TP. HCM, 1.

4. **Nguyễn Quỳnh Hoa, Nguyễn Thị Kim Chúc** (2017). Phân tích thực trạng sử dụng và chỉ định kháng sinh cho trẻ em dưới 5 tuổi ở huyện Ba Vì, Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu Dược và Thông tin thuốc, 5.
5. **Nguyễn Văn Quân** (2015). Đánh giá kỹ năng thực hành của nhân viên nhà thuốc đạt nguyên tắc, tiêu chuẩn GPP trên địa bàn tỉnh Thanh Hóa giai đoạn 2012 - 2014. Tạp chí Dược học, 2.
6. **Trịnh Hồng Minh, Phạm Đình Luyện, Phan Văn Bình** (2013). Khảo sát thực trạng hoạt động của hệ thống bán lẻ thuốc trên địa bàn tỉnh Đồng Nai. Tạp chí Y - Dược Học Quân Sự, 6.
7. **Trịnh Hồng Minh, Phạm Đình Luyện, Phan Văn Bình** (2015). Khảo sát thực trạng hoạt động nghề nghiệp của người bán lẻ thuốc tại các cơ sở bán lẻ thuốc đạt tiêu chuẩn GPP trên địa bàn tỉnh Đồng Nai. Tạp chí Y - Dược Học Quân Sự, 4.
8. **Bộ Y Tế** (2015). Quyết định số 708/2015/QĐ-BYT về Tài liệu hướng dẫn sử dụng kháng sinh.
9. **The MOST Project** (2005). Diarrhoea Treatment Guidelines Including new recommendations for the use of ORS and zinc supplementation.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SINH HÓA BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP SAU PHẪU THUẬT SỬ DỤNG DAO LIGASURE TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lê Thị Hương Lan¹, Nguyễn Công Hoàng², Nguyễn Thị Ngọc Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, sinh hóa bệnh nhân UTTG sau phẫu thuật sử dụng dao Ligasure. **Đối tượng:** 80 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được điều trị phẫu thuật sử dụng dao Ligasure tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 09 năm 2022 đến tháng 03 năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình 48,33 ± 12,67 tuổi, thấp nhất 17 tuổi, cao nhất 75 tuổi. Tỷ lệ giới: nữ (87,5%), nam (12,5%), tỷ lệ nữ/nam = 7/1. 93,7% ung thư tuyến giáp thể nhú. 32,5% có triệu chứng hạ canxi trên lâm sàng. Khàn giọng và nuốt đau là hai triệu chứng thường gặp trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp. 56,3% bệnh nhân ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật có tình trạng hạ 25(OH)D3. Tỷ lệ hạ canxi huyết thanh sau phẫu thuật tuyến giáp là 32,5%; trong đó có 11,3% được chẩn đoán suy tuyến cận giáp. **Kết luận:** Các chỉ số cận lâm sàng cần quan tâm ở người bệnh ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật là nồng độ canxi huyết thanh, 25(OH)D3 và PTH; đặc biệt ở nhóm phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp. **Từ khóa:** Ung thư tuyến giáp,

phẫu thuật, đặc điểm sinh hóa, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, dao Ligasure.

SUMMARY

CLINICAL AND BIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS AFTER THYROIDECTOMY USING LIGASURE AT THAI NGUYEN GENERAL HOSPITAL

To describe the clinical and biological characteristics of patients after thyroidectomy using Ligasure. **Subjects:** 80 thyroid cancer patients who were treated using Ligasure at Thai Nguyen General Hospital from September 2022 to March 2023. **Methods:** Descriptive study **Results:** The mean age was 48.33 ± 12.67 years old, the lowest was 17 years old, and the highest was 75 years old. Gender ratio: female (87.5%), male (12.5%), female/male ratio = 7/1. 93.7% papillary thyroid cancer 32.5% have clinical symptoms of hypocalcemia. Hoarseness and painful swallowing are two fairly common symptoms in the first 24 hours after thyroid cancer surgery. 56.3% of thyroid cancer patients after surgery had a lower 25(OH)D3. The rate of hypocalcemia after thyroid surgery was 32.5%, of which 11.3% were diagnosed with hypoparathyroidism. **Conclusion:** The paraclinical indicators that need attention in patients with thyroid cancer after surgery are serum calcium, 25(OH)D3, and PTH, especially in the total thyroidectomy group. **Keywords:** Thyroid cancer, thyroidectomy, biological characteristic, Thai Nguyen General Hospital, Ligasure.

¹Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hương Lan

Email: lanhuong.bvtutn@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 13.9.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTG) là ung thư phổ biến nhất vùng đầu cổ và có xu hướng ngày càng gia tăng. Theo GLOBOCAN năm 2020, UTTG xếp thứ 9 trong các bệnh ung thư phổ biến, 586.202 ca mới mắc hàng năm với 48.143 ca tử vong. Triệu chứng của UTTG thường nghèo nàn trong giai đoạn đầu, ở giai đoạn muộn hoặc khối u xâm lấn có thể xuất hiện triệu chứng như: chèn ép, xâm lấn dây thần kinh quặt ngược gây nói khàn. Phẫu thuật là phương pháp điều trị hàng đầu trong UTTG. Sau phẫu thuật suy tuyến cận giáp tạm thời hay vĩnh viễn là một trong các biến chứng hay gặp ở người bệnh sau phẫu thuật UTTG là suy giảm chức năng tuyến giáp, hạ canxi máu. Tỷ lệ suy tuyến cận giáp vĩnh viễn sau khi cắt tuyến giáp toàn bộ từ 0,7 - 2% tùy nhiên theo một số tác giả thì hạ canxi máu thoáng qua là triệu chứng xảy ra ở hầu hết người bệnh phẫu thuật UTTG.

Tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên (BVTƯTN) phẫu thuật UTTG được tiến hành thường quy với sự hỗ trợ của dao Ligasure. Tuy nhiên sau phẫu thuật việc đánh giá tình trạng suy tuyến cận giáp cũng như các đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân phẫu thuật UTTG chưa có nghiên cứu đánh giá cụ thể và chi tiết. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UTTG sau phẫu thuật sử dụng dao Ligasure*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng: 80 bệnh nhân UTTG được phẫu thuật tại BVTƯTN sử dụng dao Ligasure.

* Tiêu chuẩn chọn

+ Các BN được chẩn đoán xác định là UTTG nguyên phát: dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học, vào điều trị tại BVTƯTN.

+ Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ: mô tả rõ triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học, được điều trị phẫu thuật và có biên bản ghi rõ cách thức phẫu thuật.

+ Được phẫu thuật tại BVTƯTN sử dụng dao Ligasure.

+ Được điều trị sau phẫu thuật và tái khám định kỳ tại BVTƯTN.

+ Được tái khám tại thời điểm nghiên cứu và thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng (siêu âm, xét nghiệm máu).

+ Không bị bệnh ung thư ở các cơ quan, bộ phận khác kèm theo.

+ BN và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

+ BN không đáp ứng một trong các tiêu chuẩn trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Tai mũi họng và Trung tâm Ung bướu - BVTƯTN từ tháng 09 năm 2022 đến tháng 03 năm 2023

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu**

Cỡ mẫu: được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu.

p: tỷ lệ người bệnh ung thư tuyến giáp bị hạ canxi máu sau phẫu thuật cắt tuyến giáp lấy từ nghiên cứu trước là 40% [3].

Δ : là độ chính xác tuyệt đối của nghiên cứu, lấy = 0,1.

α : mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$. Khi đó, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức cho kết quả là 61,4.

Chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên các bệnh nhân UTTG điều trị tại khoa Tai mũi họng và Trung tâm Ung bướu - BVTƯTN trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

- **Chi số, biến số nghiên cứu**

Thông tin chung và đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, tiền sử gia đình, tiền sử bản thân. Thời gian phát hiện bệnh đến nay. Lý do vào viện, chẩn đoán giải phẫu bệnh (thể nhú, thể nang, thể không biệt hóa); chẩn đoán giai đoạn ung thư; phương pháp phẫu thuật.

Đặc điểm cận lâm sàng: canxi huyết thanh, canxi ion, PTH, albumin, phospho máu trong vòng 24 giờ đầu sau phẫu thuật. Hạ canxi huyết thanh được chẩn đoán khi dưới 2,1 mmol/L. Chẩn đoán suy tuyến cận giáp khi nồng độ PTH dưới 14 pg/ml (< 1,5 pmol/l) và nồng độ canxi huyết thanh dưới 8,5 mg/dL (< 2,1mmol/l) [1], [3].

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu thu thập phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. So sánh tỷ lệ hai nhóm bằng kiểm định χ^2 khi tần số mong đợi của mỗi ô trên 5 và dùng kiểm định fisher's exact test khi tần số mong đợi.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Các đối tượng tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện. Các thông tin được giữ bí mật và chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu, đem lại lợi ích cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n = 80)

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Tuổi	18 - 39 tuổi	35	43,8
	40 - 59 tuổi	30	37,5
	≥ 60 tuổi	15	18,7
Giới	Nam	10	12,5
	Nữ	70	87,5
Phân loại UT	Ung thư tuyến giáp biệt hóa thể nhú	75	93,7

	Ung thư tuyến giáp biệt hóa thể nang	5	6,3
	Ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa	0	0
Phương pháp PT	PT toàn bộ tuyến giáp	74	92,5
	PT thùy trái tuyến giáp	6	7,5

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 48,33 ± 12,67 tuổi; 43,8% dưới 40; tỷ lệ trên 60 tuổi là 18,7%. Về giới, phần lớn đối tượng mắc ung thư tuyến giáp là nữ giới với tỷ lệ 87,5%. Đa số BN là UTTG thể nhú với 93,7%; chỉ có 6,3% là UTTG thể nang. Có 92,5% phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, 7,5% là phẫu thuật 1 thùy.

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng gặp phải trong 24 giờ sau phẫu thuật cắt tuyến giáp của bệnh nhân UTTG

Đặc điểm	Tần số (Tỷ lệ %)		p-value
	Cắt tuyến giáp toàn bộ (n = 74)	Phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp (n = 6)	
Tụ máu vết mổ	1 (1,3)	0 (0)	0,04**
Khàn giọng	6 (7,5)	2 (2,5)	0,3**
Nuốt đau	16 (20)	5 (6,3)	0,03*
Có triệu chứng hạ canxi trên lâm sàng sau phẫu thuật (%)	21 (26,3)	5 (6,3)	0,03*

Nhận xét: Triệu chứng nuốt đau sau phẫu thuật gặp với tỷ lệ nhiều nhất đối với nhóm cắt tuyến giáp toàn bộ là 20%, với nhóm cắt thùy là 6,3%; Kết quả này cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm cắt 1 thùy tuyến giáp với p < 0,05. Triệu chứng khàn giọng với tỉ lệ lần lượt tại 2 nhóm là 7,5 % và 2,5%. Ngoài ra, tụ máu gặp ở 1 BN trong nhóm phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn

bộ. Về triệu chứng hạ canxi trên lâm sàng, có 26,3% gặp ở nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp; 6,3% ở nhóm cắt thùy, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.2. Đặc điểm một số chỉ số hóa sinh và môi liên quan ở bệnh nhân phẫu thuật cắt tuyến giáp bằng dao Ligasure

Bảng 3. Môi liên quan giữa xét nghiệm hóa sinh sau phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật cắt tuyến giáp

Các xét nghiệm hóa sinh	PT một thùy tuyến giáp (TB ± SD)	PT toàn bộ tuyến giáp (TB ± SD)	p
TSH (μIU/ml)	1,3 ± 0,7	1,5 ± 0,8	0,6 ^b
PTH (pmol/l)	3,01 ± 0,56	1,63 ± 0,56	0,000 ^a
25(OH)D3 (ng/mL)	25,7 ± 10,3	23,5 ± 3,75	0,35 ^b
Phospho máu (mmol/l)	1,13 ± 0,08	1,25 ± 0,2	0,56 ^a
Canxi huyết thanh (mmol/l)	2,1 ± 0,06	2,06 ± 0,17	0,000 ^b
Canxi ion (mmol/l)	1,18 ± 0,04	1,15 ± 0,08	0,000 ^a

Nhận xét: Nồng độ PTH, canxi huyết thanh và canxi ion hóa ở nhóm phẫu thuật toàn bộ tuyến giáp thấp hơn so với nhóm phẫu thuật 1 thùy có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Các chỉ số khác như TSH, Phospho máu không có sự khác biệt và đều ở ngưỡng bình thường. Nồng độ 25(OH)D3 trung bình ở 2 nhóm không khác biệt nhưng đều ở ngưỡng thấp.

Bảng 4. Môi liên quan giữa phương pháp phẫu thuật tuyến giáp và một số đặc điểm sinh hóa máu của người bệnh

Các đặc điểm	PT tuyến giáp toàn bộ (n = 74)	PT 1 thùy tuyến giáp (n = 6)	Chung (n = 80)	p
Hạ canxi huyết thanh (%)	21 (26,3)	5 (6,3)	26 (32,5)	0,000*
Hạ 25(OH)D3 (%)	35 (43,8)	10 (12,5)	45 (56,3)	0,045**
Suy tuyến cận giáp (%)	8 (10)	1 (1,25)	9 (11,3)	0,000**

Nhận xét: Nhóm phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp có tỷ lệ hạ canxi huyết thanh, 25(OH)D3, suy tuyến cận giáp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm phẫu thuật 1 thùy ($p < 0,05$). Nghiên cứu cho thấy chỉ có mối tương quan trung bình có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ 25(OH)D3 và nồng độ canxi huyết thanh sau phẫu thuật với $r = 0,46$, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của UTTG. Kết quả tại bảng 1 cho thấy UTTG gặp phần lớn ở nữ giới với tỷ lệ 87,5% và tỷ lệ nữ/nam = 7/1. Tỷ lệ nữ/nam trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của Trần Minh Khởi là 7/1 và cao hơn tác giả Mai Thế Vương là 5/1 [2], [4].

Tuổi trung bình $48,33 \pm 12,67$ tuổi thấp nhất 17 tuổi, cao nhất 75 tuổi. Không có BN nào dưới 15 tuổi. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của các tác giả Mai Thế Vương [3]. Tuổi là một trong những yếu tố tiên lượng với bệnh, những BN trên 45 tuổi hoặc dưới 15 tuổi có tiên lượng xấu hơn so với nhóm BN còn lại.

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là ung thư thể nhú chiếm 93,7%, thể nang chiếm 6,3% và không có bệnh nhân nào UTTG thể không biệt hóa hoặc thể tủy. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước, cùng đồng ý với kết luận UTTG hay gặp nhất là thể nhú sau đó là thể nang, thể tủy và thể không biệt hóa hiếm gặp [5].

4.2. Đặc điểm lâm sàng sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp. Kết quả qua bảng 2 cho thấy hạ canxi huyết thanh là một biến chứng thường gặp sau phẫu thuật tuyến giáp. Nó thường xảy ra trong những ngày đầu tiên sau phẫu thuật và nó có thể có triệu chứng hoặc không có triệu chứng trên lâm sàng. Nghiên cứu cho thấy có 26,3% bệnh nhân có triệu chứng hạ canxi trên lâm sàng trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật ở nhóm phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và tỷ lệ này thấp hơn ở nhóm cắt một thùy với 6,3% với $p < 0,05$. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu, nguyên nhân có thể do nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân được bổ sung canxi và vitamin D giúp giảm các triệu chứng hạ canxi trên lâm sàng [3].

Ngoài triệu chứng hạ canxi máu trên lâm sàng, triệu chứng nuốt đau sau phẫu thuật gặp với tỷ lệ đối với nhóm PT cắt tuyến giáp toàn bộ chiếm 20%, với nhóm cắt thùy là 6,3%, sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Triệu chứng khàn giọng với tỉ lệ lần lượt ở 2 nhóm là 7,5% và 6,3%. Kết quả trong nghiên

cứ của chúng tôi thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Hậu do trong nghiên cứu 100% BN sử dụng dao Ligasure trong phẫu thuật, Kết quả của chúng tôi tương tự như của Mai Thế Vương (2019) cho thấy các yếu tố như cắt tuyến giáp toàn bộ so với cắt thùy và eo ($p = 0,042$), kèm theo vét hạch cổ ($p = 0,044$) làm gia tăng tỷ lệ khàn tiếng một cách rõ rệt và có ý nghĩa thống kê [4], [6].

4.3. Đặc điểm một số chỉ số sinh hóa sau phẫu thuật UTTG. Khi đánh giá mối liên quan xét nghiệm hóa sinh sau phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật, kết quả tại bảng 3 và bảng 4 cho kết quả tỷ lệ hạ canxi huyết thanh ở cả nhóm phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ cao hơn so với nhóm cắt 1 thùy với tỷ lệ lần lượt là 26,3% và 6,3%. Kết quả này tương tự Gupta và cộng sự năm 2015 cũng cho thấy có sự khác biệt giữa nhóm phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và cắt một thùy tuyến giáp về nồng độ canxi sau phẫu thuật (38,8% ở nhóm cắt toàn bộ so với 13,8% ở nhóm cắt 1 thùy, $p < 0,001$). Theo J.Trahan và cộng sự (2018) tỷ lệ hạ canxi huyết thanh sau phẫu thuật là 15,7% với nồng độ canxi huyết thanh trung bình sau phẫu thuật giảm là $7,66 \pm 0,5$ mg/dL so với $8,96 \pm 0,5$ mg/dL ở nhóm bình thường [6], [7].

Trong nghiên cứu đánh giá tỷ lệ hạ 25(OH)D3 là 43,8% ở nhóm phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ và 12,5% ở nhóm phẫu thuật cắt 1 thùy tuyến giáp thấp hơn tác giả Vũ Ngọc Hà. Như vậy, có thể thấy tỷ lệ hạ vitamin D sau phẫu thuật cắt tuyến giáp là rất phổ biến. Hầu hết các nghiên cứu báo cáo mức vitamin D thấp hơn đáng kể ở người bệnh ung thư tuyến giáp so với đối tượng bị các bệnh tuyến giáp lành tính. Một phân tích tổng hợp gần đây trong số 14 nghiên cứu bệnh chứng đã cho thấy nồng độ 25(OH)D3 trong huyết thanh thấp hơn ở những người bệnh UTTG trước phẫu thuật so với nhóm đối chứng. Thiếu vitamin D tăng nguy cơ ung thư tuyến giáp lên 30% so với những người không thiếu với OR = 1,3 (95%CI: 1,001 - 1,69).13 Ngoài ra, nghiên cứu cũng tìm thấy mối tương quan giữa nồng độ Canxi huyết thanh sau phẫu thuật ở nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp với nồng độ 25(OH)D3. Kết quả tương tự như nghiên cứu của Sammel J. Rubin, 25(OH)D3 là một yếu tố dự báo có ý nghĩa về hạ calci huyết sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp [1], [8].

Trong 80 BN tỷ lệ suy tuyến cận giáp thấp là 11,3% trong đó chủ yếu nhóm cắt tuyến giáp toàn bộ chiếm 10%. Tỷ lệ thấp hơn Nguyễn Xuân Hậu là 15,4%, Trần Hữu Hiệu là 16,7%

[3]. Nguyên nhân có thể do nghiên cứu chúng tôi được phẫu thuật sử dụng dao Ligasure do đó làm giảm đáng kể tác dụng nhiệt đặc biệt trong thì bóc tách bảo tồn tuyến cận giáp, bảo đảm mạch nuôi của tuyến. Suy tuyến cận giáp là biến chứng phổ biến nhất sau phẫu thuật tuyến giáp. Theo các báo cáo tỷ lệ trung bình của suy tuyến cận giáp tạm thời và vĩnh viễn sau phẫu thuật tuyến cận giáp dao động từ 19 - 38% và 0% - 3%. Suy tuyến cận giáp biểu hiện qua tình trạng hạ canxi máu, là một trong những biến chứng cần quan tâm trong hậu phẫu cũng như quá trình tái khám của BN. Sau phẫu thuật cắt giáp, hạ canxi máu thoáng qua có thể giải thích do thao tác phẫu thuật viên trên tuyến giáp và tuyến cận giáp. Tuyến cận giáp bị thương tổn có thể do chấn thương trực tiếp, do tổn thương mạch máu nuôi, hay do bị mất nhiệt trong quá trình phẫu thuật. Kết quả cuối cùng là thiếu máu nuôi tuyến cận giáp, do đó làm giảm tiết PTH. Các thương tổn này có thể phục hồi và tình trạng hạ canxi máu chỉ là thoáng qua. Các báo cáo cũng cho thấy hạ canxi huyết thanh có thể xảy ra độc lập với giảm PTH, nhưng khi giảm PTH thì luôn luôn xảy ra tình trạng hạ canxi máu, mặc dù thời gian có thể trễ từ vài giờ đến vài ngày. Đồng thời, kể cả khi không bị tổn thương tuyến cận giáp thì vẫn có khoảng 5% người bệnh có triệu chứng hạ canxi máu và có thể kéo dài đến 6 tháng. Như vậy, vấn đề suy tuyến cận giáp, hạ canxi huyết thanh và 25(OH)D3 là các vấn đề cần lâm sàng cần được quan tâm ở người bệnh phẫu thuật ung thư tuyến giáp [5].

V. KẾT LUẬN

Đa số là ung thư thể nhú (93,7%). Sau phẫu thuật 24h, triệu chứng thường gặp là khan giọng và nuốt đau. Có 32,6% BN có triệu chứng hạ canxi trên lâm sàng.

Các chỉ số Hóa sinh cần quan tâm chỉ định

theo dõi và bổ sung trong quá trình điều trị ở bệnh nhân UTTG sau phẫu thuật là: Nồng độ PTH và Canxi TP huyết thanh, canci ion hóa giảm rõ rệt sau phẫu thuật UTTG đặc biệt là phẫu thuật tuyến giáp toàn bộ với $p < 0.001$, Nồng độ 25(OH)D3 có giảm tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu.** Ban hành theo Quyết định số 1514/QĐ-BYT ngày 01 tháng 04 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế (Nhà xuất Bản Y học) 217- 224 (2020).
- Trần Minh Khởi, Huỳnh Thảo Luật, Phạm Tuấn Khải.** Nghiên cứu các biến chứng phẫu thuật cắt trọn ung thư tuyến giáp - nạo hạch cổ trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp dạng nhú tại Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ. Tạp chí ung thư học Việt Nam. 2018; 4: 29-33.
- Nguyễn Xuân Hậu.** Kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nang. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2021; 143(7): 53-59.
- Mai Thế Vương, Lê Văn Quảng, Ngô Quốc Duy.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam. 2019; 2(481): 189-194.
- D. Zhang, J. Zhang, G. Dionigi, et al.** (2019). Recurrent Laryngeal Nerve Morbidity: Lessons from Endoscopic via Bilateral Areola and Open Thyroidectomy Technique, World J Surg,(11), 2829-2841.
- Gupta S, Chaudhary P, Durga CK, et al.** Validation of intra-operative parathyroid hormone and its decline as early predictors of hypoparathyroidism after total thyroidectomy: A prospective cohort study. International Journal of Surgery. 2015; 6(18): 1-4.
- J. Trahan, L. Pelaez, M. DiLeo, et al.** (2018). Retro-Auricular Thyroidectomy: An Open Approach, Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, (2), 218-222.
- Maria P.,** (2017), "Population - Based Assessment of Complications following Surgery for Thyroid Cancer", The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 102(7), 2543 – 2551.

ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ CHIỀU DÀI TRỤC NHÃN CẦU/BÁN KÍNH CONG GIÁC MẠC TRÊN MẮT CẬN THỊ Ở TRẺ EM

Bùi Trâm Anh¹, Nguyễn Thị Thu Hiền², Phạm Thị Minh Châu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Đánh giá tỷ lệ chiều dài trục nhãn cầu/bán kính giác mạc (AL/CR), chiều dài trục nhãn cầu, công suất khúc xạ giác mạc. 2. So sánh mối tương quan giữa tỷ lệ AL/CR, chiều dài trục nhãn cầu, công suất khúc xạ giác mạc và mức độ cận thị trên

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Trâm Anh

Email: buitramanh1993309@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 14.9.2023