

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ TUYẾN GIÁP SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Dương Thị Phương^{1,✉}, Nguyễn Xuân Hậu², Vũ Ngọc Hà¹
Lê Mai Trà Mi¹, Lê Thị Hương^{1,3}

¹Khoa Dinh dưỡng & tiết chế, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Khoa Ung bướu & Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Viện Đào tạo Y học dự phòng & Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 91 người bệnh ung thư tuyến giáp. Kết quả cho thấy, ung thư tuyến giáp gặp ở mọi lứa tuổi với độ tuổi trung bình là $43,65 \pm 13,3$ tuổi; phần lớn người bệnh là nữ giới (83,5%). Triệu chứng cơ năng của ung thư tuyến giáp là nghèo nàn và có tới 65,9% là phát hiện tình cờ qua khám định kỳ. 90,1% ung thư tuyến giáp ở giai đoạn I và ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm phần lớn với 91,2%. 36,3% có triệu chứng hạ canxi trên lâm sàng. Khàn giọng và nuốt đau là hai triệu chứng khá thường gặp trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp. Có tới 83,5% người bệnh ung thư tuyến giáp có tình trạng hạ 25(OH)D3. Tỷ lệ hạ canxi huyết thanh sau phẫu thuật tuyến giáp là 27,5%; trong đó có 16,5% được chẩn đoán suy tuyến cận giáp. Như vậy, 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, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là loại ung thư phổ biến và đang ngày càng gia tăng. Theo GLOBOCAN năm 2020, ung thư tuyến giáp đứng hàng thứ 9 trong các bệnh ung thư phổ biến, 586.202 ca mới mắc hàng năm với 48.143 ca tử vong.¹

Triệu chứng của ung thư tuyến giáp thường nghèo nàn, người bệnh thường đến viện với triệu chứng đầu tiên là nhìn thấy hoặc sờ thấy khối u vùng cổ hoặc phát hiện tình cờ qua siêu âm tuyến giáp. Cũng có khi người bệnh đến viện vì sờ thấy hạch cổ hoặc di căn xa trước khi sờ thấy u tuyến giáp.² 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. Một số người bệnh đến viện vì triệu chứng của di căn xa, qua thăm khám mới phát hiện được u tuyến giáp.

Phẫu thuật có vai trò chủ đạo trong điều trị ung thư tuyến giáp. Trong đó, suy tuyến cận giáp tạm thời hay vĩnh viễn là một trong các biến chứng hay gặp ở người bệnh sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp. Tỷ lệ suy tuyến cận giáp vĩnh viễn sau khi cắt tuyến giáp toàn bộ từ 0,7 - 2% nhưng một số tác giả gợi ý rằng hạ canxi máu thoáng qua, không có triệu chứng xảy ra ở hầu hết các người bệnh phẫu thuật tuyến giáp. Các triệu chứng của hạ canxi máu cấp tính sau phẫu thuật thường phát triển trong 24 giờ đầu tiên. Kể cả khi không bị tổn thương tuyến cận giáp thì vẫn có 5% có triệu chứng hạ canxi máu và có thể kéo dài đến 6 tháng. Hạ canxi máu sau phẫu thuật thường 60 - 70%

Tác giả liên hệ: Dương Thị Phương

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: duongphuong.hmu@gmail.com

Ngày nhận: 22/09/2022

Ngày được chấp nhận: 04/11/2022

là thoáng qua và bổ sung canxi có thể phòng ngừa trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật.⁴

Tuy nhiên, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sau phẫu thuật cắt tuyến giáp có khác nhau giữa các phương pháp cắt toàn bộ và cắt một thùy tuyến giáp hay không? Ngoài tình trạng hạ canxi máu thì đâu là các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cần quan tâm sau phẫu thuật? Để có cơ sở dữ liệu cho các câu hỏi nghiên cứu trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu: “Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Là người bệnh từ 18 tuổi trở lên (do nghiên cứu tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - nơi có các bệnh nhân là người trưởng thành và để đồng nhất các ngưỡng phân loại các chỉ số cận lâm sàng), được chẩn đoán xác định là ung thư tuyến giáp bằng mô bệnh học và có chỉ định phẫu thuật cắt tuyến giáp. Ngoài ra, người bệnh không bị rối loạn nhận thức, ý thức và không mắc kèm bệnh ung thư khác, đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Nghiên cứu loại trừ nhóm ung thư tuyến giáp thể tủy do bản thân tế bào ung thư gây tăng tiết canxi.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại Khoa Ung bướu & Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7/2021 đến tháng 3/2022.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

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

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

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 38,6%.⁵

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 được tính theo công thức cho kết quả là 91 người bệnh.

Chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên các bệnh nhân ung thư tuyến giáp điều trị tại Khoa Ung bướu & Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

Chỉ số, biến số nghiên cứu

Nhóm biến số về 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 theo phân loại TNM của AJCC năm 2017; phương pháp phẫu thuật.

Nhóm biến số về đặc điểm cận lâm sàng: canxi huyết thanh, canxi ion, 25(OH)D3, 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. Nồng độ 25(OH)D3 giảm khi ≤ 30 ng/mL.⁶ 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 ($< 2,1$ mmol/l).⁷

3. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Các phân tích sẽ được thực hiện bằng phần mềm STATA 15.0. 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

dưới 5. Đối với biến định lượng: so sánh trung bình của 2 nhóm độc lập: kiểm định ttest không ghép cặp. So sánh trung vị bằng kiểm định Mann - Whitney test khi số liệu phân bố không chuẩn.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu viên trình bày và giải thích nội dung, mục đích nghiên cứu với người bệnh.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện. Các thông tin về đối tượng được giữ bí mật và chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu, đem lại lợi ích cho người bệnh. Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý của người bệnh, bác sĩ điều trị và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 91)

	Đặc điểm chung	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Tuổi	18 - 39 tuổi	41	45,0
	40 - 59 tuổi	35	38,5
	≥ 60 tuổi	15	16,5
Giới	Nam	15	16,5
	Nữ	76	83,5
Lý do khám bệnh phát hiện ung thư tuyến giáp	Khám định kỳ phát hiện ung thư tuyến giáp	60	65,9
	Nổi hạch cổ/thấy khối vùng cổ	21	23,1
	Nuốt đau, nuốt vướng	17	18,7
	Khó thở	7	7,7
	Khàn tiếng	7	7,7
	Ho mạn tính	2	2,2
Giai đoạn	Giai đoạn I	82	90,1
	Giai đoạn II	9	9,9
Phân loại UT	Ung thư tuyến giáp biệt hóa thể nhú	83	91,2
	Ung thư tuyến giáp biệt hóa thể nang	7	7,7
	Ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa	1	1,1
Phương pháp PT	PT toàn bộ tuyến giáp	42	46,2
	PT thùy trái tuyến giáp	28	30,8
	PT thùy phải tuyến giáp	21	23,0

Nghiên cứu tiến hành trên 91 người bệnh ung thư tuyến giáp. Độ tuổi trung bình của người bệnh là $43,65 \pm 13,3$ tuổi; có 45% trong độ tuổi dưới 40; tỷ lệ trên 60 tuổi chỉ là 16,5%. Về giới tính, phần lớn đối tượng mắc ung thư tuyến giáp là nữ giới với tỷ lệ 83,5%. Phần lớn người bệnh

là do khám định kỳ phát hiện ra bệnh ung thư tuyến giáp mà chưa có triệu chứng trên lâm sàng (65,9%). Các triệu chứng lâm sàng khác gặp phải bao gồm: 23,1% có phát hiện nổi hạch cổ/thấy khối vùng cổ; 18,7% có triệu chứng nuốt vướng, nuốt đau; 7,7% khó thở; 7,7% có khàn

tiếng và 2,2% có triệu chứng ho mạn tính.

Phần lớn đối tượng nghiên cứu ở giai đoạn I với tỷ lệ chung là 90,1% và phần lớn là ung thư

thể nhú với 91,2%; chỉ có 7,7% là ung thư thể nang. Có 46,2% phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, 53,8% là phẫu thuật 1 thùy.

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

Đặc điểm	Tần số (Tỷ lệ %)			p-value
	Cắt tuyến giáp toàn bộ (n = 42)	Phẫu thuật cắt thùy trái (n = 28)	Phẫu thuật cắt thùy phải (n = 21)	
Tụ máu vết mổ	10 (23,8)	1 (3,6)	1 (4,8)	0,03**
Khó thở	0 (0,0)	2 (7,1)	0 (0,0)	0,14**
Khàn giọng	27 (64,3)	20 (71,4)	11 (52,4)	0,4*
Nuốt đau	34 (80,95)	25 (89,3)	15 (71,4)	0,3*
Có triệu chứng hạ canxi trên lâm sàng sau phẫu thuật (%)	21 (50,0)	7 (25,0)	5 (23,8)	0,04*

*chi - squared test, **Fisher' exact test.

Phần lớn đối tượng nghiên cứu có biến chứng nuốt đau sau phẫu thuật với tỷ lệ đối với nhóm cắt tuyến giáp toàn bộ là 80,95%, với nhóm cắt thùy trái là 89,3% và 71,4% ở nhóm cắt thùy phải. Tiếp đến là vấn đề khàn giọng với tỉ lệ lần lượt tại 3 nhóm là 64,3%; 71,4% và 52,4%. Ngoài ra, tụ máu gặp ở 23,8% đối với nhóm phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ, kết

quả này cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm cắt 1 thùy tuyến giáp với tỷ lệ lần lượt tại nhóm phẫu thuật thùy trái và thùy phải là 3,6% và 4,8%; với $p < 0,05$. Về triệu chứng hạ canxi trên lâm sàng, có 50,0% gặp ở nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp; 25% ở nhóm cắt thùy trái và 23,8% ở nhóm cắt thùy phải, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng sau phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật cắt tuyến giáp của đối tượng nghiên cứu

Các xét nghiệm hóa sinh	PT một thùy tuyến giáp (TB ± SD)	PT toàn bộ tuyến giáp (TB ± SD)	p
TSH (μIU/ml)	1,6 ± 0,8	1,6 ± 0,9	0,7 ^b
PTH (pmol/l)	2,97 ± 0,89	1,59 ± 0,86	0,000 ^a
25(OH)D3 (ng/mL)	24,8 ± 13,8	21,1 ± 5,95	0,34 ^b
Phospho máu (mmol/l)	1,11 ± 0,266	1,15 ± 0,3	0,46 ^a
Canxi huyết thanh (mmol/l)	2,2 ± 0,09	2,08 ± 0,12	0,000 ^b
Canxi ion (mmol/l)	1,16 ± 0,05	1,09 ± 0,07	0,000 ^a

^aT-test, ^bMann-Whitney test.

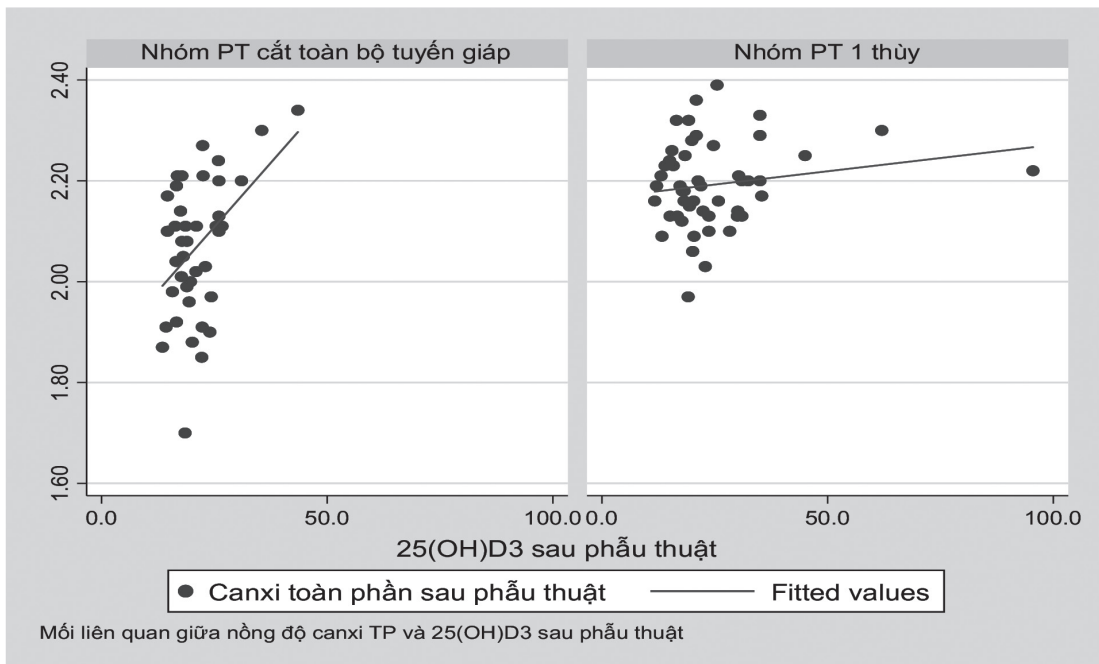
Nồng độ PTH, canxi huyết thanh và canxi ion hóa ở nhóm phẫu thuật toàn bộ tuyến giáp thấp hơn so với nhóm phẫu thuật 1 thùy có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Các chỉ số khác

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. Mối liên quan giữa phương pháp phẫu thuật tuyến giáp và một số đặc điểm về cận lâm sàng của người bệnh

Các đặc điểm	PT tuyến giáp toàn bộ (n = 42)	PT 1 thùy tuyến giáp (n = 49)	Chung (n = 91)	p
Hạ canxi huyết thanh (%)	20 (47,6)	5 (10,2)	25 (27,5)	0,000*
Hạ 25(OH)D3 (%)	39 (92,9)	37 (75,5)	76 (83,5)	0,045**
Suy tuyến cận giáp (%)	13 (31,0)	1 (2,0)	14 (15,4)	0,000**

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 ($p < 0,05$).



Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa nồng độ 25(OH)D3 và canxi huyết thanh sau phẫu thuật theo phương pháp phẫu thuật

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 $r = 0,46$, $p < 0,05$. Ngược lại,

nhóm phẫu thuật cắt 1 thùy tuyến giáp không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa hai chỉ số này với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của người bệnh ung thư tuyến giáp

Triệu chứng cơ năng khi phát hiện ung thư tuyến giáp thường rất nghèo nàn. Trong nghiên cứu này, có tới 65,9% người bệnh ung thư tuyến giáp tình cờ phát hiện ra bệnh khi đi khám sức khỏe định kỳ và chỉ có 23,1% là có nổi hạch cổ hoặc sờ thấy khối u vùng cổ; tỷ lệ người bệnh có nuốt đau hoặc nuốt vướng là 18,7%; khó thở và khàn tiếng gặp ở 7,7%. Kết quả này là phù hợp với các báo cáo trong các y văn: trong giai đoạn đầu của ung thư tuyến giáp, triệu chứng cơ năng thường nghèo nàn, ít có giá trị. Tình huống lâm sàng thường gặp nhất là người bệnh tự phát hiện hoặc đi khám sức khỏe định kỳ thấy u. Do đó, trong thực hành cần khuyến cáo người bệnh khám định kỳ để phát hiện ung thư tuyến giáp và xem xét việc đưa thêm chỉ định siêu âm tuyến giáp trong gói khám sức khỏe định kỳ cơ bản cho các cơ quan, xí nghiệp cũng như người dân nói chung.

Phần lớn đối tượng nghiên cứu ở giai đoạn I với tỷ lệ chung là 90,1% và 91,2% là ung thư thể nhú. Kết quả này là phù hợp với các báo cáo dịch tễ học ung thư tuyến giáp: khoảng 90% là ung thư tuyến giáp thể nhú và thể nang; ung thư tuyến giáp thể tủy chiếm khoảng 1 - 5% và ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa chiếm khoảng 5%.² Nghiên cứu khác của Nguyễn Xuân Hậu trên 48 người bệnh ung thư tuyến giáp thể nang cho kết quả có 75% người bệnh ở giai đoạn I; 8,3% ở giai đoạn II; 4,2% ở giai đoạn III và 12,5% ở giai đoạn IV.⁹ Tuy nhiên, đối tượng nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu là người bệnh ung thư tuyến giáp thể nang, trong khi đó đối tượng của chúng tôi chủ yếu là thể nhú và nhìn chung cả hai nghiên cứu đều cho thấy phần lớn người bệnh ung thư tuyến giáp phát hiện ở giai đoạn sớm.

Về đặc điểm lâm sàng sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp

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 tới 50% người bệnh 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 24,5%, $p < 0,05$. Một nghiên cứu khác tiến hành trên nhóm ung thư tuyến giáp thể nang (2021) cho tỷ lệ người bệnh có biểu hiện tê bì cơ rút đầu ngón tay ngón chân trong vòng 72 giờ là 18,8%.⁹ Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi có thể do nghiên cứu này đánh giá tại thời điểm trong vòng 72 giờ đầu sau phẫu thuật và khi đó người bệnh đã có thể được bổ sung canxi và vitamin D giúp giảm các triệu chứng hạ canxi trên lâm sàng; đồng thời các nghiên cứu khác cũng cho thấy tình trạng này thường xảy ra trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật.

Ngoài triệu chứng hạ canxi máu trên lâm sàng, phần lớn đối tượng nghiên cứu có biến chứng nuốt đau sau phẫu thuật với tỷ lệ đối với nhóm PT cắt tuyến giáp toàn bộ là 80,95%, với nhóm cắt thùy trái là 89,3% và 71,4% ở nhóm cắt thùy phải. Tiếp đến là vấn đề khàn giọng với tỉ lệ lần lượt tại 3 nhóm là 64,3%; 71,4% và 52,4%. Ngoài ra, tụ máu gặp ở 23,8% đối với nhóm phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ. Kết quả này cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm cắt 1 thùy tuyến giáp với tỷ lệ lần lượt tại nhóm phẫu thuật thùy trái và thùy phải là 3,6% và 4,8%; với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu trên người bệnh ung thư tuyến giáp thể nang cho kết quả có 14,6% người bệnh có

biến chứng khàn tiếng sau phẫu thuật và 18,8% tê bì cơ rút tay chân.⁹ Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu tiến cứu, đánh giá ngay sau phẫu thuật trong vòng 24 giờ đầu, còn nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu là nghiên cứu hồi cứu sau 1 tháng, 6 tháng trên nhóm ung thư tuyến giáp thể nang. Ngoài ra, nghiên cứu 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.¹⁰ Như vậy, so với các báo cáo trước đây, nghiên cứu của chúng tôi đã đưa ra các vấn đề gặp phải phổ biến sau phẫu thuật cắt tuyến giáp một cách đầy đủ hơn.

Về đặc điểm cận lâm sàng sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỷ lệ hạ canxi huyết thanh ở cả nhóm phẫu thuật toàn bộ và 1 thùy tuyến giáp là 27,5%; tỷ lệ này ở nhóm phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ cao hơn so với nhóm cắt 1 thùy với tỷ lệ lần lượt là 47,6% và 10,2%. Kết quả này khá tương tự với nghiên cứu của Rio và cộng sự năm 2019 cũng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê 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, $p < 0,001$).¹¹ Một nghiên cứu khác của Samuel J Rubin và cộng sự (2020) trên 517 người bệnh ung thư tuyến giáp cho kết quả tỷ lệ hạ canxi huyết thanh sau phẫu thuật là 15,7% với nồng độ canxi huyết thanh trung bình sau phẫu thuật ở nhóm có giảm là $7,66 \pm 0,5$ mg/dL so với $8,96 \pm 0,5$ mg/dL ở nhóm bình thường.¹² Như vậy, tỷ lệ hạ canxi sau phẫu thuật là khác nhau giữa các nghiên cứu bởi cơ chế hạ canxi huyết thanh sau phẫu thuật cắt tuyến giáp là đa nhân tố;

các yếu tố như kỹ thuật, trình độ của phẫu thuật viên, tổn thương tuyến cận giáp (chấn thương, phù nề, nhồi máu, thiếu máu cục bộ), mức độ cắt bỏ tuyến giáp, cường giáp, bệnh ác tính, giới tính, sự hiện diện của viêm tuyến giáp, sự giảm canxi huyết thanh sau phẫu thuật... có thể được coi là yếu tố căn nguyên.

Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ hạ 25(OH)D3 của đối tượng nghiên cứu là 92,9% ở nhóm phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ và 75,5% ở nhóm phẫu thuật cắt 1 thùy tuyến giáp. 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 bị ung thư tuyến giáp 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 này cũng tương tự như nghiên cứu của Sammel J. Rubin và cộng sự (2020), 25(OH)D3 là một yếu tố dự báo có ý nghĩa về hạ calci huyết sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp.¹²

Suy tuyến cận giáp là biến chứng phổ biến nhất sau phẫu thuật tuyến giáp. Theo một phân tích tổng hợp gần đây, 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%.¹⁴ Suy tuyến cận giáp biểu hiện qua tình trạng hạ canxi máu, là một trong những biến chứng cần quan tâm trong suốt thời gian hậu phẫu cũng như suốt quá trình tái khám sau đó của người bệnh phẫu thuật cắt giáp. 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 đưa đến 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.¹⁵ 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 cận lâm sàng cần được quan tâm ở người bệnh phẫu thuật ung thư tuyến giáp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 91 người bệnh ung thư tuyến giáp cho thấy, triệu chứng cơ năng của ung thư tuyến giáp là nghèo nàn và có tới 65,9% là phát hiện tình cờ qua khám định kỳ. 90,1% ung thư tuyến giáp ở giai đoạn I và thể nhú chiếm phần lớn với 91,2%. Có 36,3% người bệnh có triệu chứng hạ canxi trên lâm sàng. Khàn giọng và nuốt đau là hai triệu chứng khác thường gặp phải trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Feerlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A Cancer Journal for*

Clinicians. 2021.

2. 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).

3. Nguyễn Bá Đức. *Ung thư tuyến giáp. Dịch tễ học bệnh ung thư*. Nhà xuất bản y học; 2009:15-19.

4. Lorente-Poch L, Sancho J.J, Munoz-Nova JL, et al. Defining the syndromes of parathyroid failure after total thyroidectomy. *Gland Surg* 2015; 4(1): 82-90.

5. 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.

6. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011; 96(7): 1911-1930.

7. 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.

8. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa. (Ban hành kèm theo Quyết định số 3879/QĐ-BYT ngày 30 tháng 09 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế) (Nhà xuất bản Y học) (2015).

9. Nguyễn Xuân Hậu. Kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nang. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2021; 143(7): 53-59.

10. 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.

11. Rio P.D, Rossini M, Montana C.M, et al. Postoperative hypocalcemia: analysis of factors influencing early hypocalcemia development following thyroid surgery. *BMC Surgery*. 2019; 18(25).

12. Rubin SJ, Park JH, Pearce EN, et al. Vitamin D Status as a Predictor of Postoperative Hypocalcemia after Thyroidectomy. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2020: 1-7.

13. Zhao J, Wang H, Zhang Z, et al. Vitamin

D deficiency as a risk factor for thyroid cancer: A meta-analysis of case-control studies. *Nutrition*. 2019; 57: 5-11.

14. Edafe O, Antakia R, Laskar N, Uttley L, Balasubramanian SP. Systematic review and meta-analysis of predictors of post-thyroidectomy hypocalcaemia. *British Journal of Surgery* 2014; 101(4): 307-320.

15. Orloff L.A, Wiseman S.M, Bernet V.J, et al. American Thyroid Association Statement on Postoperative Hypoparathyroidism: Diagnosis, Prevention, and Management in Adults. *Thyroid*. 2018; 28(7): 830-841.

Summary

CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS AFTER THYROIDECTOMY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

This cross-sectional study describes the clinical and subclinical characteristics of 91 thyroid cancer patients after thyroidectomy at Hanoi Medical University Hospital. The average age of the patients was 43.65 ± 13.3 years old and the majority of patients were female (83.5%). Functional symptoms of thyroid cancer are poorly exhibited and 65.9% of the cases were discovered by chance through routine examination. Most (90.1%) of thyroid cancers were in stage I and papillary thyroid carcinoma were accounted for the majority with 91.2%. About 36.3% had clinical symptoms of hypocalcemia; hoarseness and painful swallowing were common complications in patients undergoing thyroidectomy; and 83.5% of patients with thyroid cancer have a lower 25(OH)D3. The proportion of patients with hypocalcemia after surgery was 27.5%; while 16.5% were diagnosed with hypoparathyroidism. Thus, serum calcium levels, 25(OH)D3 and PTH should be carefully monitored in patients with thyroid cancer after surgery; especially in those undergoing total thyroidectomy.

Keywords: Thyroid cancer, clinical and subclinical characteristics.