

## Kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp ở người cao tuổi từ 01/2015 - 01/2022. Thể nhú có phải là ưu thế?

Nguyễn Đỗ Nhân<sup>1</sup>, Lê Quang Thu<sup>2,3\*</sup>

(1) Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Trung tâm Tim Mạch, Bệnh viện Trung ương Huế

(3) Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Tuổi thọ tăng, ung thư tuyến giáp có thời gian di căn, xâm lấn, gây tàn phế tử vong trước khi mất vì tuổi già, phẫu thuật triệt để trở nên cần thiết cho kéo dài tuổi thọ và chất lượng sống. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô học ung thư tuyến giáp ở người từ 60 tuổi trở lên. (2) Khảo sát kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp ở người từ 60 tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** hồi cứu mô tả loạt ca người từ 60 tuổi mắc ung thư giáp được phẫu thuật từ 01/2015 đến 01/2022 tại bệnh viện Thống Nhất. **Kết quả:** Có 42 trường hợp, Tỷ lệ Nam/Nữ là 1/3,2, độ tuổi đến 87. U vùng cổ có tỷ lệ 92,8%, di căn hạch 16,7%, ung thư dạng nhú 83,3%. TIRADS 4 là 61,9%, TIRADS 5 là 23,8%. Thời gian nằm viện trung bình 06 ngày. Kết quả lúc ra viện tốt có 83,3%, trung bình 14,3%. Kết quả sau 12 tháng tốt có 80,9%, trung bình 14,3%. **Kết luận:** độ tuổi từ 60 vẫn gặp ung thư giáp, thể mô học dạng nhú chiếm ưu thế. U vùng cổ là triệu chứng phổ biến. Kết quả điều trị tương đối tốt.

**Từ khóa:** ung thư tuyến giáp, tuyến giáp, ung thư giáp dạng nhú.

## Thyroid cancer - surgery results of aged from 60 years old cases in Thong Nhat Hospital from January, 2015 until January, 2022. Papillary thyroid cancer is popular?

Nguyen Do Nhan<sup>1</sup>, Le Quang Thu<sup>2,3\*</sup>

(1) PhD student of University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Cardiovascular Center of Hue Central Hospital

(3) University of Medicine and Pharmacy, Hue University

### Abstract

**Background:** Life expectancy increases, thyroid cancer has time to metastasize, invade, cause disability, death before death due to old age. Radical surgery becomes necessary to prolong and quality of life. **Objectives:** (1) To study the clinical, subclinical and pathological characteristics of thyroid cancer in people from 60 years old. (2) To study the results of thyroid cancer surgery in people from 60 years old and up. **Methodology:** Retrospective, descriptive study, people from 60 year - old with thyroid cancer treated by surgery. **Results:** 42 cases in this study, male/female ratio was 1/3.3. Primary symptoms cases were neck tumors - 92.8%, the rate of lymph node metastasis was 15.6%, mainly papillary cancer was 83.3%. The rate of TIRADS 4 was 63.3% and TIRADS 5 was 23.3%. The average length of hospital stay was 06 days. Good postoperative results were achieved for 83.3% (discharge of hospital), 80% (after 12 months). **Conclusion:** the proportion from 60 years old is popular. Neck tumor is a common symptom. The treatment results are relatively good.

**Key words:** thyroid cancer. Thyroid, papillary thyroid cancer.

### 1.ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp chiếm khoảng 1 - 2% trong các loại ung thư trên thế giới, đứng hàng thứ 9 trong ung thư ở nữ giới, tỷ lệ nam/nữ là 1/3 [1]. Việt Nam là một trong những nước có nhóm có tỷ lệ mắc ung thư giáp cao. Tỷ lệ ung thư giáp ở nam khoảng 1,3/10.000 dân, ở nữ khoảng 2,3/100.000 dân. Một

điều đáng lưu ý, tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp tăng nhanh trên toàn thế giới trong những thập kỷ gần đây; tuy nhiên, xu hướng chưa rõ ràng [2]. Điều trị: chủ yếu phẫu thuật hoặc phương thức khác như: xạ trị, hormone thay thế, hóa chất (ít dùng), điều trị đích (mới).

Tiền sử: xạ trị, chế độ ăn thiếu iod làm tăng nguy

Tác giả liên hệ: Lê Quang Thu, email: leqthu@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12/5/2023; Ngày đồng ý đăng: 10/9/2023; Ngày xuất bản: 25/9/2023

DOI: 10.34071/jmp.2023.5.14

cơ mắc ung thư tuyến giáp dạng nang [3], các bệnh tuyến giáp mạn tính hoặc viêm tuyến giáp bán cấp De Quervain có nguy cơ cao. Ung thư tuyến giáp dạng tủy liên quan chặt chẽ với tính gia đình, trong bệnh cảnh đa u nội tiết MEN 2, trong đó có 2 dưới nhóm MEN 2a và MEN 2b. Yếu tố môi trường, lối sống (bức xạ, lượng iốt và nitrat), viêm giáp mạn có thể gây ung thư tuyến giáp [4]. Sự gia tăng tỉ lệ mắc bệnh có thể do việc sử dụng chẩn đoán hình ảnh một cách thường quy hơn và tình cờ phát hiện nhân giáp [5] và có từ 1 - 2% di căn xa ở thời điểm chẩn đoán [6].

Mô học là tiêu chuẩn vàng. Một số nghiên cứu gần đây, như của Zhang C (2020) [7] hay Bui R (2018) [8] cho thấy sự gia tăng ung thư tuyến giáp và chủ yếu là ung thư tuyến giáp dạng nhú, chiếm 88% trong tất cả các khối u ác tính tuyến giáp.

Ở người cao tuổi vẫn có quan điểm điều trị bảo tồn do bệnh diễn tiến chậm, nhiều bệnh đi kèm. Vai trò và kết quả phẫu thuật ở những bệnh nhân này như thế nào trong khi ở bệnh nhân độ tuổi khác đã có nhiều báo cáo về tai biến, biến chứng nguy hiểm như: co thắt thanh quản, ngất, tetany, loạn nhịp tim. Xu hướng trong khoảng 10 năm trên thế giới mô tả nhiều về ung giáp thể nhú và tăng suất ưu thế. Vì vậy, câu hỏi nghiên cứu đặt ra là đặc điểm, mô học và kết quả phẫu thuật ung thư giáp ở người từ 60 tuổi trở lên như thế nào?

#### **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mô học ung thư tuyến giáp ở người từ 60 tuổi trở lên.
2. Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp ở người từ 60 tuổi trở lên.

## **2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

#### **2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa bệnh nhân**

Bệnh nhân từ 60 tuổi, chẩn đoán xác định ung thư tuyến giáp, giai đoạn I-IIIb, chỉ định phẫu thuật tại Khoa Ngoại Tim mạch lồng ngực, Bệnh viện Thống Nhất - Bộ Y tế.

#### **2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

Bệnh có chống chỉ định gây mê, mắc thêm ung thư khác.

#### **2.1.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán**

Chẩn đoán trước mổ bằng kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ cho kết quả ung thư giáp.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

#### **2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp hồi cứu mô tả loạt ca từ tháng 01/2015 đến tháng 01/2022. Tiến hành khảo sát các đặc điểm, mô học

và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp ở người từ 60 tuổi.

#### **2.2.2. Phương pháp chọn cỡ mẫu**

- Cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{P \times (1-P)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu cần có; P: tỉ lệ mẫu ước tính;  $\alpha$ : mức ý nghĩa thống kê thường là 0.05; d: khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể;  $Z_{(1-\alpha/2)}$ : giá trị Z thu được tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn.

Đến nay, y văn ghi nhận ung thư tuyến giáp dạng nhú chiếm ưu thế [7], [8]. Một trong những nghiên cứu có cỡ mẫu lớn, thời gian dài và chi tiết về ung thư giáp dạng này là nghiên cứu của Hay [9] (535 trường hợp trong thời gian trung bình 17,5 năm có tỉ lệ tái phát là 5%). Vì vậy, chúng tôi chọn  $p = 0,05$  cho nghiên cứu của chúng tôi. Với  $p = 0,05$ , giá trị d tương ứng có thể chọn là  $d = 0,05$ . Quy ước  $\alpha = 0,05$ , đối chiếu  $\alpha$  từ bảng Z ta được  $z = 1,96$ . Thay thế các giá trị vào công thức cỡ mẫu và dự trù 10% mất mẫu, cỡ mẫu sẽ là 42 trường hợp.

#### **2.2.3. Cách đánh giá và nhận định kết quả**

Nội dung nghiên cứu gồm: khảo sát, đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật và mô học ưu thế bệnh ung thư tuyến giáp ở người từ 60 tuổi. Các công cụ đo lường gồm:

Xác định ung thư giáp và mô học qua sinh thiết nhân giáp bằng kim nhỏ trước phẫu thuật và giải phẫu bệnh mô học sau phẫu thuật.

Đánh giá trên siêu âm qua TIRADS [10] (Thyroid Imaging Reporting and Data System) được đề xuất bởi Horvath, và sửa đổi từ Jin Kwak (2011), gồm 6 loại: bình thường, tổn thương lành, có thể lành, nghi ngờ, có thể ác tính, ác tính đã sinh thiết. Định lượng Thyroglobulin trong máu thường không phân biệt được u lành hay u ác nhưng có giá trị theo dõi và tiên lượng sau mổ.

Phân loại mô học theo WHO (2022) [11]: dạng nang (xâm nhập tối thiểu, rộng và các biến thể). Dạng nhú và các biến thể. Ung thư kém biệt hóa. Ung thư dạng không biệt hóa Dạng vảy. Ung thư biểu bì nhầy. Biểu bì nhầy xơ hóa với tế bào ưa toan. Dạng tủy. Dạng hỗn hợp. Dạng tế bào hình thoi biệt hóa giống tuyến ức.

Giai đoạn ung thư theo xếp loại TNM (UICC - 2009) [12] T: khối u nguyên phát. Ngoài phân độ T1 đến T4 có thể phân chia nhỏ hơn: u đơn độc, u đa ổ (lấy u có đường kính lớn nhất để đánh giá T). Thể không biệt hóa (giai đoạn IV).

Kết quả phẫu thuật: tốt khi không biến chứng, không sót u, tái phát (siêu âm). Trung bình khi có 01

biến chứng và không sót u, tái phát (siêu âm) và xấu cho các kết quả còn lại.

Theo dõi và tái khám: định kỳ mỗi 3 tháng, gồm: cân nặng, giọng nói, tê tay, siêu âm vùng cổ, phát hiện biến chứng nếu có, tử vong.

#### 2.2.4. Xử lý số liệu

Các biến số thu thập gồm: tuổi, giới, bệnh nền, triệu chứng lâm sàng, phân độ TIRAD, hạch, mô học, giai đoạn ung thư, thời gian phẫu thuật, kết quả phẫu thuật, biến chứng sau mổ. các giai đoạn tái khám sau phẫu thuật.

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, dùng phần mềm SPSS 16.0.

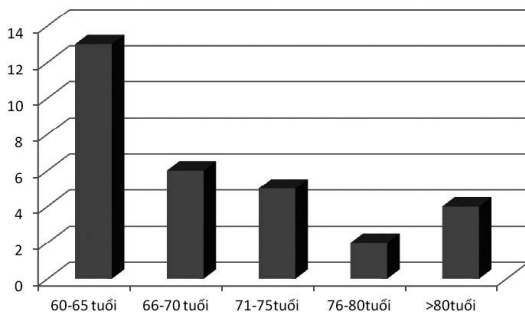
#### 2.2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này là hồi cứu, toàn bộ số liệu được thu thập qua hồ sơ bệnh án lưu, không tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân, các số liệu thô được mã hóa ngẫu nhiên. Nghiên cứu không vi phạm y đức và đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh Bệnh viện Thống Nhất chấp thuận theo quy trình rút gọn.

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU: 42 trường hợp

#### 3.1. Đặc điểm

##### Tuổi, giới



**Biểu đồ 1.** Phân bố độ tuổi

**Nhận xét:** tuổi cao nhất trong nhóm là 87 tuổi. Nam có 10, nữ có 32, tỉ lệ Nữ/ Nam là 3,2/1.

##### Bệnh nền

**Bảng 1.** Bệnh nền

Bệnh	n	Tỉ lệ%
Tăng huyết áp	22	52,4
Đái tháo đường	17	40,1
Rối loạn chuyển hóa lipid	10	23,8
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn	04	09,5

**Nhận xét:** bệnh nền đa số là tăng huyết áp và đái tháo đường type 2.

##### Khối u

**Bảng 2.** Đặc điểm nhân ung thư

Đặc điểm	Số TH	Tỉ lệ
Vị trí	Thùy (P)	19
	Thùy (T)	18
	Hai thùy	03
	Eo giáp	02
Kích thước	< 2 cm	29
	2 - 4 cm	13
Mật độ	Cứng, chắc	38
	Mềm	03
Ranh giới	Rõ	32
	Không rõ	10
Di động	Có	31
	Không	09

**Nhận xét:** nhân ung thư thường nằm về 1 bên thùy, đa số < 2 cm, không có nhân > 4 cm.

##### Hạch cổ

**Bảng 3.** Đặc điểm hạch cổ

Đặc điểm	n	Tỉ lệ%
Hạch	Không	35
	Có	07
Vị trí	Nhóm III	02
	Nhóm IV	04
	Nhiều vị trí	02
Mật độ	Cứng, chắc	03
	Mềm	04
	Không sờ chạm	35

**Nhận xét:** tỉ lệ có hạch cổ 83,3%. Hạch nhóm IV chiếm 9,5%

##### Siêu âm

**Bảng 4.** Siêu âm

Siêu âm	Số TH	Tỉ lệ%
TIRADS	TIRADS 3	04
	TIRADS 4	26
	TIRADS 5	10
Hạch cổ	Một bên	06
	Hai bên	03
	Không có	33

**Nhận xét:** tỉ lệ có hạch trên siêu âm là 21,4% trong đó, hạch cổ một bên là 11,9%.

#### 3.2. Giải phẫu bệnh

**Bảng 5.** Mô học sau phẫu thuật

Mô học	U giáp		Hạch cổ (5)	
	n	%	n	%
Ung thư	39	92,9	07	77,8
Không thấy	03	07,1	02	22,2

*Nhận xét:* có 9 trường hợp có hạch, trong đó hạch di căn 7 trường hợp (16,6%), còn lại hạch viêm

**Mô học u:** ung thư dạng nhú 83,3%, còn lại là các dạng mô học khác.

### 3.3. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật:  $97 \pm 41$  phút.

Thời gian nằm viện:  $06 \pm 2,1$  ngày.

#### 3.3.1. Kết quả ra viện

Kết quả ra viện tốt có 83,3% (35), trung bình 14,3% (6) và kém là 02,4% (1).

#### 3.3.2. Kết quả sau 12 tháng

Kết quả sau 12 tháng tốt có 80,9% (34), trung bình 14,3% (6) và kém là 04,8%.

**Bảng 6.** Giai đoạn theo TNM

TNM	Số TH	Tỉ lệ %
I	32	76,2
II	05	11,9
III	04	09,6
IV	01	02,3

*Nhận xét:* ung thư giai đoạn I theo TNM chiếm 76,2%.

#### 3.3.3. Biến chứng

Tổn thương thần kinh quặt ngược có 04 trường hợp (09,5%). Con Tetany: 05 trường hợp (11,9%). Khàn tiếng thoáng qua: 03 trường hợp (07,1%). Chảy máu sau phẫu thuật: 01 trường hợp. Không có trường hợp tử vong hoặc nhiễm trùng vết mổ.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm

#### Tuổi, giới

Độ tuổi mắc ung thư tuyến giáp có thể gặp ở nhiều lứa tuổi. Mặc dù theo nhiều nghiên cứu [13], [14], [15] độ tuổi mắc ung thư giáp chủ yếu ở lứa tuổi 31 đến 40, độ tuổi trên 60 vẫn có tần suất mắc bệnh này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong 42 trường hợp từ 60 tuổi mắc ung thư giáp, vẫn có độ tuổi trên 80 (05 trường hợp, 11,9%). Ở nhóm cao tuổi, tỉ lệ nữ/nam là 3,2/1, tương tự tỉ lệ này ở độ tuổi dưới 60.

#### Bệnh nền

Bệnh nền đa số là tăng huyết áp, đái tháo đường nhóm 2 và rối loạn chuyển hóa lipid. Tỉ lệ bệnh nền phản ánh tình trạng chung của nhóm tuổi thường kèm bệnh nội khoa. Yếu tố này thường cần thời gian chuẩn bị trước phẫu thuật và ổn định sau phẫu

thuật, kéo dài thời gian nằm viện và thời gian phục hồi sau phẫu thuật [9], [13].

### Lâm sàng

Triệu chứng thường gặp là nhân giáp (92,8%), rồi đến hạch cổ (4,28%), đến viện vì nuốt vướng 85%, có 03 trường hợp khàn tiếng, không có trường hợp khó thở. Tương tự, Đinh Xuân Cường [16], Lê Văn Quảng [14] cũng ghi nhận triệu chứng nhân giáp là thường gặp nhất. Y văn cho thấy, phần lớn ung thư giáp phát hiện ban đầu từ dấu hiệu có nhân giáp. Tình trạng nuốt vướng, khàn tiếng, khó thở hoặc tình cờ phát hiện thì ít gặp hơn. Hershman và Blahd [10] ghi nhận 15,2% tình cờ phát hiện.

Trong nghiên cứu này, nhân có kích thước < 2 cm chiếm 69,1%, trên 2 - 4 cm chiếm 30,1%, không có trường hợp nào có kích thước > 4 cm. Nguyễn Tiến Lãng [17] cũng ghi nhận nhân giáp < 4 cm chiếm đa số (65,1%). Nhưng theo Lê Văn Quảng [14], Trịnh Xuân Dương [13] có gặp nhân > 4 cm (26,4%, 20,4%). Hai nghiên cứu trên thực hiện tại đơn vị ung bướu tiếp nhận bệnh tuyến sau từ nhiều nơi, còn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa số khám định kỳ nên có thể được phát hiện và phẫu thuật sớm hơn. Nhân có mật độ cứng chiếm 90%, là một đặc điểm quan trọng, tuy nhiên, cần bằng chứng mô bệnh học. Chi tiết hơn, có 23,3% trường hợp nhân giáp không rõ ranh giới, nhưng 73,3% trường hợp nhân di động được qua thăm khám. Điều này khác với ung thư nói chung (không hoặc ít di động).

Trịnh Xuân Dương [13] ghi nhận phát hiện hạch cổ khá cao (59,1%). Fraker [18] cũng thấy nhóm hạch cảnh hay gặp nhất. Điều đó cho thấy sự xuất hiện hạch vùng cổ đơn thuần, đặc biệt là hạch nhóm cảnh, ở người trẻ có thể là dấu hiệu di căn của K giáp. Trong nghiên cứu này, hạch cổ trên lâm sàng chỉ có 07 trường hợp (16,6%), (đều là hạch cùng bên với nhân ung thư), ung thư tuyến giáp ở người cao tuổi cho di căn hạch thấp hơn những nghiên cứu khác ở người trẻ. Có thể do diễn tiến chậm, ở người cao tuổi có thể chậm hơn nữa do chuyển hóa giảm. Đa số phát hiện ở giai đoạn sớm trong nghiên cứu này nên tỉ lệ di căn hạch thấp.

### Cận lâm sàng

Tỉ lệ có TIRADS 4 chiếm đa số (61,9%), TIRADS 5 (23,8%). Dựa vào phân loại theo TIRADS, một loại cận lâm sàng cho nhận định về khả năng ung thư, tuy nhiên giá trị gợi ý là chính. Chọc sinh thiết chẩn đoán bằng kim nhỏ có giá trị rất cao, đặc biệt là đối với hạch mà kết quả tế bào ung thư thì chắc chắn 100% là ung thư. Tuy nhiên, một yếu tố có thể tác động đến kết quả đó là cần có siêu âm phối hợp định vị và chuyên môn của bác sĩ giải phẫu bệnh. Thông

thường chỉ áp dụng với những trường hợp khám lâm sàng thấy u hoặc hạch, vấn đề kết hợp với siêu âm đem lại hiệu quả cao hơn rất nhiều, nhất là những trường hợp u có kích thước nhỏ.

#### 4.2. Mô bệnh học

Ung thư giáp dạng nhú chiếm đa số (83,3%), và 03,3% là dạng nang, 03,3% dạng phồng bào và 03,3% dạng không biệt hóa, không có trường hợp nào dạng tủy. Kết quả này có sự khác biệt so với một số nghiên cứu khác. Trần Văn Thiệp [15] ghi nhận dạng nhú chiếm 81,7%, dạng nang là 13%, Lê Văn Quảng [14] ghi nhận dạng nhú chiếm 79,5% và dạng nang 16,5%. Nhưng dù có nhiều dạng nhưng dạng nhú vẫn chiếm ưu thế, như y văn thế giới ghi nhận gần đây trong độ tuổi hay gặp ung thư giáp nhú [7], [8].

Một điều thú vị rằng, tuy có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật ung thư tuyến giáp nhưng ở độ tuổi từ 60 là rất ít, và chúng tôi thu thập số liệu trong nhiều năm, nhưng số liệu về vấn đề sau đây vẫn chưa sáng tỏ về thống kê, đó là di căn hạch. Trong nghiên cứu này, cũng như những ghi nhận từ một số nghiên cứu liên quan, hạch trên siêu âm nghi ngờ di căn có phải hạch di căn thật sự không, khi mà trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2/9 mẫu sau phẫu thuật là hạch viêm dù rằng khoa Giải phẫu bệnh đã rất cân nhắc trong đánh giá và xem xét nhiều lần từ những mẫu hạch viêm này. Có phải đây cũng là một phần trong “diễn tiến chậm của di căn ung thư đã được mô tả từ lâu” và có nạo hạch khi “thấy” hay không? Phẫu thuật triệt để một cách giới hạn cũng được công bố trên một số nghiên cứu liên quan và rất nên cân nhắc cho người cao tuổi vốn không thuận lợi cho một phẫu thuật tàn phá kiểu kinh điển. Tuy nhiên, trong phạm vi nghiên cứu này, vấn đề trên còn bỏ ngỏ. Nhóm nghiên cứu xin được thêm thời gian và nhiều số liệu hơn để đánh giá, phân tích, trình bày trong một nghiên cứu tiếp theo sắp đến.

#### 4.3. Kết quả phẫu thuật

##### **Thời gian phẫu thuật**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật là  $97 \pm 41$  phút. K giáp có nhiều giai đoạn, phương pháp phẫu thuật cũng tùy từng mức độ nên thời gian phẫu thuật dài hay ngắn cũng thay đổi theo. Hiện tại, chúng tôi chưa có nhiều nghiên cứu tương tự nên chưa so sánh chi tiết. Tuy nhiên, ở người cao tuổi, thời gian mê là một trong những yếu tố quyết định kết quả phẫu thuật.

##### **Thời gian nằm viện**

Trung bình là  $6 \pm 2,1$  ngày, có 05 nằm viện trên 10 ngày. Tỷ lệ này có sự khác biệt so với Trịnh Xuân Dương [13] là 6 - 10 ngày (35,6%), 10 - 15 ngày (50,8%) và tương tự so với Lê Văn Thông (2014) [19]

là 6 - 10 ngày (85%). Như vậy, số ngày nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong khoảng trung bình so với các nghiên cứu trên. Số liệu phản ánh quá trình điều trị cần thời gian chuẩn bị trước phẫu thuật và hồi phục sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hơn 50% bệnh nhân có bệnh nền nội khoa cần điều trị ổn định trước phẫu thuật.

##### **Kết quả ra viện**

Với các tiêu chí đánh giá, kết quả phẫu thuật thời điểm ra viện có 83,3% tốt, 14,3% trung bình. Hiệu quả thấp hơn so với nghiên cứu Lê Văn Thông [19], ghi nhận tỷ lệ tốt là 92% và không có kết quả kém. Trong nghiên cứu của tác giả này, có nhiều bệnh nhân dưới 60 tuổi. Ngược lại, toàn bộ đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều từ 60 tuổi, đa số có bệnh nội khoa nền, có thể làm hạ thấp tỷ lệ thành công phẫu thuật, tuy nhiên sự khác biệt cũng không rõ ràng.

Tỷ lệ hạ calci máu sau phẫu thuật là 20%, thấp hơn với kết quả nghiên cứu của Vũ Chi Mai [20] 29,7% và Lê Văn Thông [19] 25,2%. Theo nghiên cứu nước ngoài, Pisanu và cộng sự [21] tỷ lệ hạ calci máu cao nhất sau 24 giờ là 29,5%. Điều này có thể được lý giải là do phần lớn các bệnh nhân của tác giả đều là cắt giáp toàn bộ nên tỷ lệ biến chứng cao hơn. Hơn nữa, tỷ lệ này có thể do phẫu thuật rộng, phẫu tích nhiều cơ quan lân cận gây phù nề tụ máu xung quanh vùng tuyến cận giáp hoặc do hạch di căn xung quanh phải bóc tách để làm tổn thương tuyến cận giáp, động mạch nuôi tuyến cận giáp.

Số lượng dịch ống dẫn lưu từ 60 - 100 ml, trong đó đa số khoảng 80 ml. Lượng dịch vết mổ trong nghiên cứu này là do tỷ lệ vết hạch cổ cao, phẫu tích phẫu trường để thấy rõ tổn thương gây tổn thương mô nên số lượng dịch tiết nhiều. Rút ống dẫn lưu 24 - 48 giờ sau phẫu thuật 80%, có 2 trường hợp rút sau 14 ngày do tổn thương ống ngực. 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% [13].

Trong phẫu thuật chưa ghi nhận tai biến. Hậu phẫu ngày một có 01 trường hợp chảy máu sau phẫu thuật từ mép da vết mổ đã được khâu tăng cường và cầm máu ngay. Khàn tiếng sau phẫu thuật có 07 trường hợp (16,6%), cơn Tetany có 06 trường hợp (14,3%), khó thở do phù nề thanh quản 04 trường hợp (09,5%), rò ống ngực có 03 trường hợp (07,1%), không có trường hợp tử vong.

##### **Kết quả sau 12 tháng**

Kết quả sau phẫu thuật 12 tháng đạt kết quả tốt 80%, trung bình 13,3% và kém 06,6%. Quá trình theo dõi, chúng tôi nhận thấy không có trường hợp nào



tái phát. Hơn nữa, các bệnh nhân đều được thăm khám định kỳ ít nhất 3 tháng/lần. 02 trường hợp kết quả kém là khàn tiếng sau phẫu thuật không hồi phục. Trong đó, 1 trường hợp tổn thương dây thần kinh quặt ngược và còn lại có tổn thương liệt dây thanh qua soi thanh quản chưa xác định được do quá trình phẫu thuật hay sang chấn từ ống nội khí quản trong lúc gây mê.

Sau 12 tháng theo dõi, ghi nhận 1 trường hợp hạ calci có cơn Tetany và 01 trường hợp khàn tiếng không hồi phục. Theo một số nghiên cứu khác [14], [19], [20], biến chứng hay gặp và kéo dài là các biến chứng về tuyến cận giáp và tổn thương dây thần kinh quặt ngược (vì kỹ thuật hoặc ung thư di căn).

#### **Một số biến chứng**

**Tổn thương thần kinh quặt ngược:** sau phẫu thuật đến hậu phẫu ngày một có 04 trường hợp 9,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự Nguyễn Quốc Bảo là 13% [22] và cao hơn Shah và cộng sự [23] tại biến liệt dây thần kinh quặt ngược là (8%). Cỡ mẫu nghiên cứu trong nghiên cứu này đến 30 trường hợp, có thể cần số lượng nhiều hơn để đánh giá có tính thống kê, hơn nữa khi k di căn vào dây thần kinh thì dù biết khàn tiếng vẫn không thể tránh khỏi phải loại bỏ u triệt để nhất có thể.

**Cơn Tetany:** có 04 sau phẫu thuật (9,5%) và 01 sau 12 tháng theo dõi. Kết quả của chúng tôi là ít hơn so với một số nghiên cứu khác [14], [19], [20]. Theo Wong [24], có 40% bệnh nhân bị hạ calci máu và 36,7% bệnh nhân bị suy cận giáp, tác giả này chủ trương cắt rộng toàn bộ tuyến giáp và nạo hạch nên có thể biến chứng này cao hơn chúng tôi. Kết quả này cũng phù hợp với sinh lý bệnh của hạ calci máu

và suy cận giáp sau phẫu thuật vì PTH có nửa đời sống rất ngắn (chỉ 2 - 3 phút) nên ngay những giờ đầu sau phẫu thuật nồng độ PTH máu đã giảm mạnh do tuyến cận giáp bị tổn thương thực thể hoặc cơ năng và giảm sản xuất PTH, gây nên suy cận giáp ở ngày thứ 1 - 2 sau phẫu thuật, hạ calci máu ở ngày thứ 2 - 3 gây nên cơn Tetany. Thời gian hồi phục chức năng có thể từ 1 vài ngày đến vài tháng [24].

#### **Giai đoạn bệnh theo TNM**

Trong nghiên cứu này, chủ yếu gặp ở giai đoạn I với tỉ lệ là 76,6% và các giai đoạn khác ít gặp hơn, giai đoạn IV có 1 trường hợp (k giáp dạng không biệt hóa). Kết quả này có phần tương tự một số nghiên cứu khác nhưng giai đoạn IV thì thấp hơn. Theo [19], giai đoạn 1 chiếm 74%, Đinh Xuân Cường [25] là 64,4%, Lê Văn Quảng [14] là 65,6%. Có thể mẫu nghiên cứu này được khám, phát hiện và phẫu thuật sớm, di căn hạch trong nghiên cứu không cao, tỉ lệ N1 thấp.

#### **5. KẾT LUẬN**

Nghiên cứu được 42 trường hợp ung thư tuyến giáp ở người từ 60 tuổi trở lên:

1. Đặc điểm: Mặc dù bệnh hay gặp ở người trẻ tuổi, nhưng độ tuổi từ 60 vẫn có tỉ lệ, ghi nhận đến 87 tuổi. U vùng cổ là triệu chứng có tỉ lệ cao nhất, tỉ lệ di căn hạch 16,6%. Tỉ lệ TIRADS 4 là 61,9% và TIRADS 5 là 23,8%. Mô học chủ yếu là ung thư dạng nhú 83,3%.

2. Kết quả phẫu thuật: Kết quả ra viện tốt có 83,3% (35), trung bình 14,3% (6) và kém là 02,4%. Từ sau 12 tháng tốt có 80,9% (34), trung bình 14,3% (6) và kém là 04,8%.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Lesliesobin. Thyroid cancer". UICC TNM cancer staging 7<sup>th</sup> edition 2009, p57-62.
2. Mao Y, Xing M. Recent incidences and differential trends of thyroid cancer in the USA. Endocr Relat Cancer. 2016; 23(4): 313-322.
3. Corey J.L Prognosis, Treatment, Kinase Signaling in Thyroid Tumorigenesis. Clinical option Management of Thyroid Cancer 2013. c171(4) p120-161.
4. Liu Y, Su L. Xiao H. Review of Factors Related to the Thyroid Cancer Epidemic. Inter. Int J Endocrinol. 2017; 2017: 5308635.
5. Knox MA. Thyroid nodules. Am Fam Physician 2013; 88: 193- 196.
6. Đoàn Hữu Nghị. Một số nhận xét về tái phát, di căn qua ghi nhận 1992 - 1994 tại Bệnh viện K. Y học thực hành, Chuyên san ung thư học 11/1995,105 - 109.
7. Zhang C, Li Y, Li J, Chen X. Total thyroidectomy versus lobectomy for papillary thyroid cancer: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2020; 99(6): e19073.
8. Buj R, Mallona I, Díez-Villanueva A, et al. Kallikreins Stepwise Scoring Reveals Three Subtypes of Papillary Thyroid Cancer with Prognostic Implications. Thyroid. 2018; 28(5): 601-612.
9. Hay I.D., Grant C.S., Van Heerden J.A., Goellner J.R. Papillary thyroid microcarcinoma: a study of 535 cases

observed in a 50-year period. Surgery 1992, 112 (6), pp.1139-1146; discussion pp.1146-1137.

10. Hearshman J.M. Thyroid gland. Endocrine, neuroendocrine treatment 7<sup>th</sup> edd 2005. EDW.B SaundersCompany.P 458- 759.

11. Baloch ZW, Asa SL, Barletta et all. Overview of the 2022 WHO Classification of Thyroid Neoplasms. Endocrine Pathology 2022, 33:27-63

12. Jin Y.K. Thyroid Imaging Reporting, Data for US Features: Establishing Better Stratification of Cancer Risk. Radiology 2011; 260(3): 892-899.

13. Trịnh Xuân Dương. Đánh giá kết quả ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện K. Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội, 2012

14. Lê Văn Quảng. Điều trị ung thư tuyến giáp bằng xạ trị  $I^{131}$  tại bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh 2002, tập 5, tr 36-45

15. Trần Văn Thiệp. Di căn hạch cổ của carcinôm tuyến giáp dạng nhú. Y học thành phố HCM, Số đặc biệt chuyên đề ung bướu học, Tập 4-2000, số 4, 148 - 154.

16. Trịnh Quang Diệm. Nghiên cứu một số đặc điểm mô bệnh học hay gặp ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam 2006,301, tr51-56.

17. Nguyễn Tiến Lãng. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp phối hợp với  $I^{131}$  điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Luận văn tốt nghiệp BS CK II, Hà

Nội,2008.

18. Fraker DL. Thyroid tumors, cancer of endocrine system. Principles and practice of Oncology. 5<sup>th</sup>. Ed. Edit by Devita V.T.Jr. Hellman S, Rosenber S.A. Lippincott - Raven Publishers 2001, Piladenphia, 1629 - 1652

19. Lê Văn Thông. Kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội, 2014

20. Vũ Chi Mai. Thăm dò chức năng tuyến cận giáp ở bệnh nhân sau phẫu thuật cắt tuyến giáp. Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội, 2013

21. Pisanu A. Early prediction hypo calcemia following thyroidectomy using combined intact parathyroid hormon, serum calcium measurement. Langenbecks Arch Surg 2011– s00268-009-0348-0.

22. Nguyễn Quốc Bảo. Ung thư tuyến giáp. Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học 2010, trang 92-113.

23.Shah D.H. Thyroid Cancer - An India Rerspective. SudarshanArtPrinting.Pr 1999.

24.Wong C. Hypocalcaemia, para thyroid hormon asay following total thyroidectomy: Predicting the future. World J Surg 2006-30 P. 455-462.

25.Đinh Xuân Cường. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K. Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội, 2004.