

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Hà¹, Đỗ Trung Quân²

2. Trường Đại học Y Hà Nội

1. Bệnh viện Nội tiết Trung ương

DOI: 10.47122/VJDE.2023.67.10

ABSTRACT

Objectives: describe clinical and laboratory findings and associated factors in patients with papillary thyroid cancer after thyroidectomy in National Hospital of Endocrinology. **Methods:** a cross-sectional study was conducted between Jan 2020 and June 2023 among 299 patients diagnosed with papillary thyroid cancer after thyroidectomy. Clinical and laboratory findings and complications were collected at 24, 72, 1 week and 3 months after surgery. **Results:** the mean age was 46.8 ± 11.8 , female was 89.0%. majority of patients had a disease duration < 6 months (61.5%) and at stage I of cancer (94.6%). The prevalence of hemorrhage, edema and chylous fistula were 2%, 1% and 1.7%, respectively. 3 months after surgery, 15.1% and 9% of patients had hypoparathyroidism and laryngeal nerve involvement. The concentration of T3 and means of surgery and lymph dissection were associated with the presence of hypocalcemia and laryngeal nerve complications. **Conclusion:** hemorrhage and wound infection were rare in patients with papillary thyroid cancer after thyroidectomy. Hypoparathyroidism and laryngeal nerve involvement were common complications and associated with the means of surgery and lymph dissection.

Keywords: papillary thyroid cancer, surgery, complications, hypoparathyroidism, laryngeal nerve.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan sau phẫu thuật của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện Nội tiết trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trong thời gian từ tháng 1/2020 đến 8/2023 tiến hành trên 299 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư tuyến giáp thể nhú (UTTGTN) trên giải phẫu bệnh đã được phẫu thuật cắt tuyến giáp. Các thông tin cận lâm sàng và các biến chứng được theo dõi tại thời điểm 24 giờ, 72 giờ, 1 tuần và 3 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $46,8 \pm 11,8$, nữ giới chiếm 89%. Thời gian phát hiện bệnh chủ yếu <6 tháng (61,5%), đa số bệnh nhân ở giai đoạn I (94,6%). Tỷ lệ biến chứng chảy máu, vết mổ sưng nề và rò dưỡng chấp gặp lần lượt 2%, 1% và 1,7%. Biến chứng suy cận giáp và tổn thương thần kinh thanh quản gặp ở 15,1% và 9% tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Nồng độ T3 trước phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật và phương pháp nạo vét hạch là các yếu tố liên quan đến biến chứng suy cận giáp và tổn thương thần kinh thanh quản. **Kết luận:** Chảy máu và nhiễm trùng vết mổ ít gặp sau phẫu thuật ở bệnh nhân UTTGTN. Suy cận giáp và tổn thương thần kinh thanh quản là biến chứng thường gặp sau phẫu thuật và có liên quan đến phương pháp phẫu thuật cắt tuyến giáp và phương pháp nạo vét hạch.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp thể nhú, phẫu thuật, biến chứng, suy cận giáp, tổn thương thần kinh

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hà

Email: nguyenthia.chnoi30@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/9/2023

Ngày phản biện khoa học: 25/9/2023

Ngày duyệt bài: 1/10/2023

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp có tỷ lệ mắc xếp thứ 11 trong tất cả các ung thư nói chung và có xu hướng gia tăng nhanh chóng. Bệnh thường gặp ở người trẻ, tỷ lệ mắc ở nữ giới cao hơn nam giới từ 2-3 lần ¹. Ung thư tuyến giáp thể nhú (UTTG TN) xuất phát từ biểu mô tế bào biểu mô nang giáp với cấu trúc nhú thuộc loại carcinome. Đây là tuýp loạn sản tuyến giáp thường gặp, chiếm đến 80-85% các ca ung thư tuyến giáp và có tiên lượng khá tốt so với các ung thư tuyến giáp khác. Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến mắc UTTG TN được báo cáo như tiền sử tiếp xúc với tia xạ, các yếu tố gen, tiền sử bệnh lý tuyến giáp lành tính và chế độ ăn nhiều I ốt².

UTTG TN thường không có biểu hiện triệu chứng và thường được phát hiện trên siêu âm tuyến giáp với khối có kèm/không kèm với sự phì đại hạch cổ vùng. Một số triệu chứng như khô khè, nuốt nghẹn có thể gặp ở 20% bệnh nhân là các dấu hiệu của chèn ép lên vùng khí-thực quản, chèn ép thần kinh thanh quản gây nên các biểu hiện liệt dây thanh ³. Chẩn đoán UTTG TN dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trong đó có vai trò quan trọng của sinh thiết và mô bệnh học. Chẩn đoán xác định sau phẫu thuật dựa vào kết quả mô bệnh học, đánh giá giai đoạn bệnh để đưa ra các phương pháp điều trị bổ sung và theo dõi bệnh hợp lý.

Điều trị phẫu thuật là lựa chọn đầu tiên cho

ung thư tuyến giáp nói chung và UTTG TN nói riêng. Các biện pháp điều trị nội tiết, sử dụng đồng vị phóng xạ hay xạ ngoài là các điều trị bổ sung sau phẫu thuật tùy thuộc vào giai đoạn và tiên lượng của từng bệnh nhân. Các biến chứng sau phẫu thuật tuyến giáp bao gồm nhiễm trùng vết mổ, chảy máu, tắc nghẽn đường thở, hạ can-xi máu, suy giáp, suy cận giáp và tổn thương thần kinh thanh quản. Theo nghiên cứu của tác giả L Rosato và cộng sự (2000) khảo sát tỉ lệ các biến chứng sau phẫu thuật tuyến giáp cho thấy chảy máu sau phẫu thuật gặp ở 1,3%, nhiễm trùng vết mổ gặp khoảng 1,7%, hạ can-xi máu gặp ở 2% và 3,7% bệnh nhân có tổn thương thần kinh thanh quản ⁴. Tại bệnh viện Nội tiết trung ương, còn chưa có nhiều dữ liệu báo cáo tỉ lệ các biến chứng sớm và muộn sau phẫu thuật ở các bệnh nhân UTTG TN. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu *mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện Nội tiết trung ương*.

2. PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Đối tượng

Nghiên cứu cắt ngang trong thời gian từ tháng 1/2020 đến 8/2023 tiến hành trên các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư tuyến giáp thể nhú (UTTG TN) trên giải phẫu bệnh đã được phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật tuyến giáp - Bệnh viện Nội tiết trung ương.

Quy trình nghiên cứu

Các thông tin được thu thập tại thời điểm bệnh nhân được thu tuyến, sau 24 giờ, 72 giờ, 1 tuần và thời điểm 3 tháng sau khi can thiệp phẫu thuật. Tại thời điểm thu tuyến, thu thập các thông tin nhân khẩu học (tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ), các thông tin bệnh trước phẫu thuật như thời gian phát hiện bệnh, giai

đoạn ACR-TIRADS, các thông tin về phẫu thuật bao gồm phương pháp phẫu thuật, đặc điểm nạo vét hạch cổ...Sau phẫu thuật, bệnh nhân được ghi nhận các biến chứng như chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, hạ canxi máu, tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược tại thời điểm 24 giờ, 72 giờ và 1 tuần. Sau phẫu thuật 3 tháng, bệnh nhân được hẹn tái khám để thăm khám lâm sàng đánh giá các biểu hiện của hạ canxi, tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược và suy giáp, các xét nghiệm đánh giá chức năng tuyến giáp, siêu âm hạch vùng cổ, nội soi tai mũi họng (nếu cần).

Các xét nghiệm cận lâm sàng được thực hiện bằng máy cobas 6000 modul e601 và cobas 411 của Roche, các giá trị tham chiếu bình thường theo labo của bệnh viện Nội tiết trung ương. Suy cận giáp được định nghĩa trong nghiên cứu khi có nồng độ $Ca < 2,2 \text{ mmol/l}$. Tổn thương thần kinh thanh quản trong nghiên cứu của chúng tôi được định nghĩa khi có triệu chứng khàn tiếng.

Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.20. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($TB \pm \text{ĐLC}$) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị), các biến định tính được trình bày dưới dạng số đếm (tỉ lệ phần trăm). Sự khác biệt giữa các nhóm phân tích được kiểm định bằng Chi-square (so sánh tỉ lệ), ANOVA test so sánh trung bình giữa các nhóm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

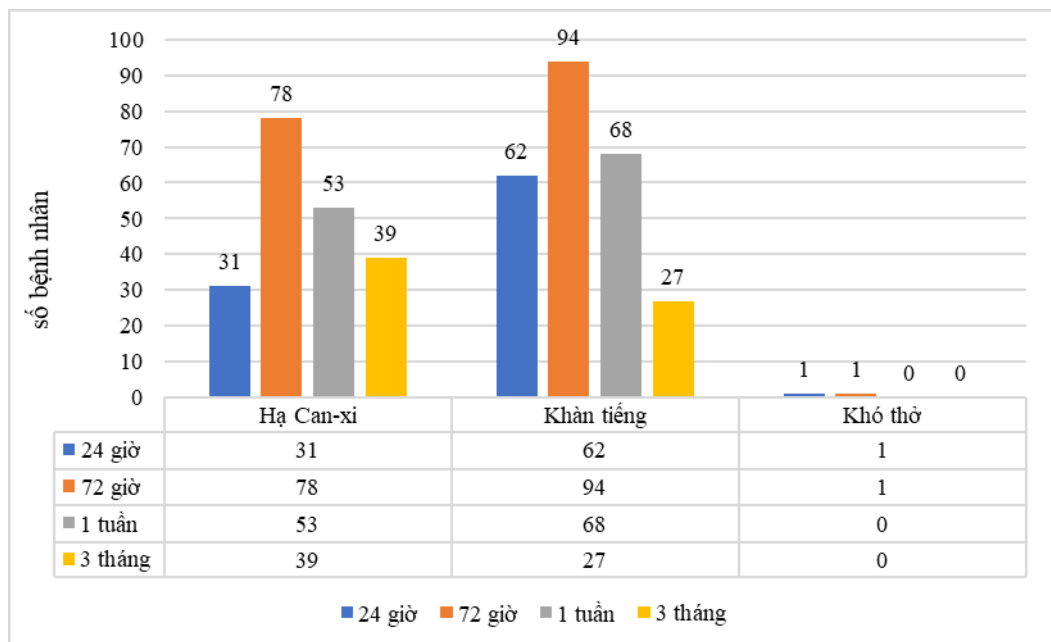
Trong thời gian nghiên cứu, 299 bệnh nhân được thu tuyển, trong đó nữ giới chiếm 89,0% ($n = 266$). Tuổi trung bình của nhóm là $46,8 \pm 11,8$ (tuổi), tuổi nhỏ nhất là 20 và lớn nhất là 83 tuổi. Về thời gian phát hiện bệnh,

61,5% bệnh nhân phát hiện bệnh < 6 tháng ($n = 184$), 15,1% phát hiện từ 6-12 tháng ($n = 45$), 17,1% đã phát hiện trên 24 tháng và chỉ 6,4% phát hiện từ 13-24 tháng.

Về phân độ TIRADS trên siêu âm, chủ yếu tổn thương phát hiện trên siêu âm được phân loại TIRADS 4 (61,2%) và TIRADS 5 (34,1%). TIRADS 2 và 3 chỉ chiếm tỉ lệ nhỏ, lần lượt là 0,3% và 4,3%.

Về phương pháp phẫu thuật, tỉ lệ phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ cao hơn cắt thùy tuyến và eo tuyến (55,2% với 44,8%). Các bệnh nhân chủ yếu không cần nạo vét hạch cổ (69,2%), hoặc chỉ nạo vét hạch nhóm VI (22,1%). Về giai đoạn bệnh sau phẫu thuật, 94,6% bệnh nhân là UTTG giai đoạn I, tỉ lệ giai đoạn II và III lần lượt là 4,7% và 0,7%, không có bệnh nhân nào giai đoạn IV.

Sau phẫu thuật, tỉ lệ vết thương chảy máu 2% ($n = 6$, trong đó 4 trường hợp chảy máu tại thời điểm trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật, 2 trường hợp trong vòng 72 giờ) và nhiễm trùng vết mổ là 1% ($n = 3$, trong đó 2 ca ghi nhận trong vòng 72 giờ sau phẫu thuật và 1 ca trong vòng 1 tuần), tỉ lệ có rò đường cháp là 1,7% ($n = 5$, trong đó 1 ca ghi nhận trong vòng 24 giờ, 3 ca trong vòng 72 giờ và 1 ca trong vòng 1 tuần). Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ngay sau phẫu thuật tại thời điểm 24 giờ, 72 giờ, 1 tuần và 3 tháng tại hình 1. Tỉ lệ có triệu chứng hạ canxi máu (tê bì, co rút tay chân, co cứng cơ, cơn tetani, các dấu hiệu Trousseau và Chvostek) và khàn tiếng cao nhất tại thời điểm 72 giờ sau phẫu thuật với tỉ lệ lần lượt là 26,1% ($n = 78$) và 31,4% ($n = 94$) và có xu hướng giảm ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật với tỉ lệ lần lượt là 13,0% ($n = 39$) và 9% ($n = 27$). Khó thở là biến chứng hiếm gặp, chỉ có 1 bệnh nhân khó thở tại thời điểm 24 và 72 giờ sau phẫu thuật và không gặp sau 1 tuần và 3 tháng.



Nguyễn Thị Hà Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân được chẩn đoán suy cận giáp và tổn thương thần kinh thanh quản lần lượt gặp ở 15,1% (n = 45) và 9% (n = 27). Nồng độ T3 có sự khác biệt giữa nhóm có và không có biến chứng suy cận giáp. Tỉ lệ biến chứng suy cận giáp và tổn thương thần kinh thanh quản cao hơn có ý nghĩa ở nhóm phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và nhóm cắt bán phần. Trong nhóm có các biến chứng suy cận giáp và tổn thương thần kinh thanh quản, tỉ lệ nạo vét hạch nhóm VI kèm hạch cổ cao hơn so với ở nhóm không biến chứng.

Bảng 1: Một số yếu tố liên quan đến biến chứng suy cận giáp và khàn tiếng sau phẫu thuật 3 tháng

Đặc điểm	Suy cận giáp		P	Tổn thương TKTQ		P
	Có (n = 45)	Không (n = 254)		Có (n = 27)	Không (n = 272)	
Tuổi > 50, n(%)	14 (31,1)	100 (39,4)	0,29	10 (37,0)	104 (38,2)	0,90
Giới nữ, n(%)	41 (91,1)	225 (88,6)	0,80	24 (88,9)	242 (89,0)	1,00
Thời gian phát hiện bệnh, n(%)			0,71			0,15
<6 tháng	27 (60,0)	157 (61,8)		14 (51,9)	170 (62,5)	
6-12	5 (11,1)	40 (15,7)		8 (29,6)	37 (13,6)	
13-24	4 (8,9)	15 (5,9)		2 (7,4)	17 (6,2)	
>24	9 (20,0)	42 (16,5)		3 (11,1)	48 (17,6)	
Giai đoạn bệnh, n(%)			0,67			0,71
I	42 (93,3)	241 (94,9)		25 (92,6)	258 (94,9)	
II	3 (6,7)	11 (4,3)		2 (7,4)	12 (4,4)	
III	0	2 (0,8)		0	2 (0,7)	
IV	0	0		0	0	

Phân độ TIRADS, n(%)			0,84			0,99
2	0	1 (100)		0	1 (0,4)	
3	3 (6,7)	10 (3,9)		1 (3,7)	12 (4,4)	
4	27 (60,0)	156 (61,4)		17 (63,0)	166 (61,0)	
5	15 (33,3)	87 (34,3)		9 (33,3)	93 (34,2)	
Cận lâm sàng , TB ± DLC						
Ca	2,33 ± 0,13	2,33 ± 0,16	0,99	2,34 ± 0,22	2,33 ± 0,15	0,69
T3	1,73 ± 0,76	2,21 ± 1,27	0,01	1,87 ± 0,84	2,16 ± 1,24	0,23
FT4	14,84 ± 3,24	14,41 ± 3,21	0,42	15,57 ± 3,95	14,36 ± 3,12	0,14
TSH	1,44 ± 0,97	1,72 ± 1,21	0,10	1,69 ± 0,83	1,67 ± 1,21	0,96
Phương pháp phẫu thuật, n (%)			0,01			0,04
Cắt toàn bộ	33 (73,3)	132 (52,0)		20 (74,1)	145 (53,3)	
Cắt thùy, eo	12 (26,7)	122 (48,0)		7 (25,9)	127 (46,7)	
Nạo vét hạch cổ, n(%)			0,02			<0,001
Không	24 (53,3)	183 (72,0)		9 (33,3)	198 (72,8)	
Nhóm VI	14 (31,1)	52 (20,5)		9 (33,3)	57 (21,0)	
Nhóm VI + cổ 1 bên	6 (13,3)	11 (4,3)		4 (14,8)	13 (4,8)	
Nhóm VI + cổ 2 bên	1 (2,2)	8 (3,1)		5 (18,5)	4 (1,5)	

TKTQ: thần kinh thanh quản, giá trị in đậm tương ứng với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở trên 299 bệnh nhân UTTGTN sau phẫu thuật tại Bệnh viện Nội tiết trung ương. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ chảy máu, nhiễm trùng vết mổ và rò rỉ đường chấp sau phẫu thuật có tỉ lệ lần lượt là 2%, 1% và 1,7%. Sau can thiệp cắt tuyến giáp 3 tháng, tỉ lệ có biến chứng suy cận giáp và tổn thương thần kinh thanh quản lần lượt là 15,1% và 9%. Đối tượng trong nghiên cứu có tuổi trung bình là $46,8 \pm 11,8$ (tuổi), nữ giới chiếm tỉ lệ 89,0%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Yang Y ($47,32 \pm 13,07$ tuổi)⁵, cao hơn nghiên cứu của tác giả Trịnh Xuân

Dương ($41,98 \pm 14,38$ tuổi)⁶. Nữ giới chiếm tỉ lệ cao trong nhóm nghiên cứu phù hợp với phân bố giới tính của ung thư tuyến giáp đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam (Kim HS- 2010⁷, Trịnh Xuân Dương – 2012⁶). Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh < 6 tháng (61,5%) và chủ yếu ở giai đoạn bệnh I (94,6%) và II (4,7%). Trong nghiên cứu của tác giả Trịnh Xuân Dương và Nguyễn Tiến Lãng⁸ cũng cho thấy tỉ lệ cao bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh đến thời điểm tiến hành can thiệp điều trị sớm. Kết quả này cho thấy việc khám và sàng lọc các tổn thương tuyến giáp để phát hiện ung thư tuyến giáp sớm và từ giai đoạn sớm trên thực hành lâm sàng

ngày càng được quan tâm, bệnh nhân có nhận thức và quan tâm đến các vấn đề khám sức khỏe định kì.

Siêu âm là thăm dò hữu ích, dễ tiếp cận trong phát hiện các tổn thương tuyến giáp. Từ các đặc điểm của tổn thương trên siêu âm như tính chất tổn thương, đường bờ, cấu trúc âm, hình dáng và vôi hóa, kích thước khối, tổn thương sẽ có tiên lượng và kế hoạch theo dõi khác nhau.

TIRADS là hệ thống phân loại thường được sử dụng trong thực hành lâm sàng để phân loại nguy cơ ác tính của tổn thương và khuyến cáo chọc tế bào kim nhỏ và thời gian theo dõi.

Phần lớn các tổn thương khối trên tuyến giáp trong nghiên cứu của chúng tôi được phân loại TIRADS 4 và 5 – hai phân loại có mức độ nghi ngờ ác tính trung bình đến cao và có chỉ định theo dõi và chọc tế bào kim nhỏ để chẩn đoán dựa theo kích thước của khối tổn thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ và cắt thùy, eo giáp lần lượt là 55,2% và 44,8%. Biến chứng sau phẫu thuật là một trong những vấn đề quan trọng trong đánh giá hiệu quả điều trị UTTG. Những tai biến thường gặp trong phẫu thuật UTTG nói chung là suy tuyến cận giáp, tổn thương thần kinh thanh quản ngược, tỷ lệ tai biến phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi, kích thước u, sự xâm lấn u và hạch cổ, phương pháp phẫu thuật và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Trong nghiên cứu của tác giả Trịnh Xuân Dương tỉ lệ chảy máu chiếm 1,7%, khàn tiếng 32,2%, hạ can-xi máu 16,9%⁶, trong đó chủ yếu là tình trạng hạ can-xi máu thoáng qua tạm thời.

Nghiên cứu của Bourrel C tỷ lệ suy cận giáp tạm thời sau phẫu thuật từ 7-25% và suy cận giáp mạn tính từ 0,4-13,8%⁹. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ có biểu hiện

triệu chứng hạ can-xi máu sau phẫu thuật 72 giờ là 26,1%, tuy nhiên chỉ còn 13,0% sau phẫu thuật 3 tháng.

Tỉ lệ tổn thương thần kinh thanh quản ngược trong nghiên cứu của chúng tôi là 9%, cao hơn trong các báo cáo trước của tác giả Nguyễn Văn Hùng – 6,9%¹⁰ và thấp hơn so với tác giả Nguyễn Tiến Lăng – 11,8%⁸.

Tổn thương thần kinh thanh quản là một biến chứng thường gặp mà có thể ảnh hưởng đến cuộc sống và công việc của bệnh nhân sau phẫu thuật, do đó việc hạn chế được biến chứng này trong quá trình phẫu thuật là một vấn đề quan trọng với phẫu thuật viên và cũng đã các hướng dẫn thực hành để hạn chế biến chứng này¹¹.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị được ưu tiên lựa chọn ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp. Tùy theo mức độ bệnh mà lựa chọn cắt toàn bộ tuyến giáp hoặc cắt bán phần tuyến giáp và phương pháp nạo vét hạch.

Mặc dù lợi ích của phẫu thuật là tăng tỉ lệ sống sót và giảm tỉ lệ tái phát, tất cả các phương pháp phẫu thuật đều có khả năng gây ra các biến chứng và việc phẫu thuật rộng rãi hơn và nạo vét hạch cổ có thể liên quan đến tăng tỉ lệ biến chứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ suy cận giáp và tổn thương thần kinh thanh quản ở nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp lần lượt là 73,3% và 74,1% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm cắt thùy vào eo tuyến giáp với tỉ lệ lần lượt là 26,7% và 25,9%.

Tương tự, tỉ lệ suy cận giáp và tổn thương thần kinh thanh quản có tỉ lệ nạo vét hạch cổ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có suy cận giáp và không tổn thương thần kinh.

Các nghiên cứu khác nhau trên thế giới cũng chỉ ra rằng nguy cơ suy cận giáp và tổn thương thần kinh thanh quản sau phẫu thuật cao hơn ở nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp so với nhóm chỉ cắt thùy và eo^{12, 13}.

Và phẫu thuật nạo vét hạch cổ cũng là

yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ của hai biến chứng này^{12, 13}.

Vì vậy nhóm bệnh nhân được cắt tuyến giáp toàn bộ và nạo vét hạch cổ cần được theo dõi sát sau phẫu thuật để phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra.

5. KẾT LUẬN

Sau phẫu thuật cắt tuyến giáp trên các bệnh nhân UTGTN, tỉ lệ biến chứng chảy máu, nhiễm trùng sau mổ và rò đường chấp không gặp thường xuyên.

Tỉ lệ suy cận giáp và tổn thương thần kinh thanh quản là một trong các biến chứng liên quan đến phẫu thuật thường gặp và có liên quan đến phương pháp phẫu thuật cắt tuyến giáp và phương pháp nạo vét hạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Du L, Zhao Z, Zheng R, et al. Epidemiology of Thyroid Cancer: Incidence and Mortality in China, 2015. *Frontiers in oncology*. 2020;10:1702.
2. Limaïem F, Rehman A, Anastasopoulou C, Mazzone T. Papillary Thyroid Carcinoma. *StatPearls [Internet]*. 2023.
3. Rahmat F, Kumar Marutha Muthu A, N SRG, Jo Han S, Yahaya AS. Papillary Thyroid Carcinoma as a Lateral Neck Cyst: A Cystic Metastatic Node versus an Ectopic Thyroid Tissue. *Case reports in endocrinology*. 2018;2018:5198297.
4. Rosato L, Mondini G, Ginardi A, Clerico G, Pozzo M, Raviola P. [Incidence of complications of thyroid surgery]. *Minerva chirurgica*. 2000;55(10):693-702.
5. Yang Y, Liu J, Shi X, Wang M. Clinical and Pathological Characteristics of Patients With Papillary Thyroid Carcinoma Coexisting With Hashimoto's Thyroiditis: A Retrospective Cohort Study. *Cancer Control*. 2023;30:10732748231199647.
6. Trịnh Xuân Dương. Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện K. *Luận văn thạc sĩ Y học Trường Đại học Y Hà Nội*. 2012.
7. Kim HS, Choi YJ, Yun JS. Features of papillary thyroid microcarcinoma in the presence and absence of lymphocytic thyroiditis. *Endocrine pathology*. 2010;21(3):149-153.
8. Nguyễn Tiến Lăng. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp phối hợp với I131 điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. *Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II Đại học Y Hà Nội*. 2008.
9. Bourrel C, Uzzan B, Tison P, et al. Transient hypocalcemia after thyroidectomy. *The Annals of otology, rhinology, and laryngology*. 1993;102(7):496-501.
10. Nguyễn Văn Hùng. Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại bệnh viện Tai mũi họng trung ương và bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2007-2013. *Luận văn Bác sĩ nội trú Đại học Y Hà Nội*. 2013.
11. Babu RD, Paul D. Laryngeal Nerves and Voice Change in Thyroid Surgery. *Indian journal of surgical oncology*. 2022;13(1):99-108.
12. Chadwick D R. Hypocalcemia and permanent hypoparathyroidism after total/bilateral thyroidectomy in the BAETS Registry. *Gland Surg*. 2017; 6(1):69-74.
13. Bergenfelz A, Salem A F, Jacobsson H, et al. Risk of recurrent laryngeal nerves palsy in the patients undergoing thyroidectomy with and without intraoperative nerve monitoring. *The British Journal of surgery*. 2016; 103(13):1828-1838.