

BIẾN CHỨNG SUY PHÓ GIÁP VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI ĐỘ RỘNG PHẪU THUẬT CẮT GIÁP

Phùng Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ biến chứng suy phó giáp (SPG) sau phẫu thuật cắt tuyến giáp và xác định mối liên quan giữa mức độ phẫu thuật cắt tuyến giáp và biến chứng suy phó giáp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, được thực hiện trên 84 bệnh nhân được phẫu thuật tuyến giáp tại Khoa Ung bướu Bệnh viện Đại học Y Dược Huế từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2016. Tiến hành các xét nghiệm tiền phẫu, mô bệnh học, xét nghiệm Canxi toàn phần (CTP), trước phẫu thuật và sau phẫu thuật. Ghi nhận biến chứng SPG sau phẫu thuật (lâm sàng và cận lâm sàng). Phân tích kết quả và rút ra các kết luận tương ứng với mục tiêu nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ biến chứng SPG tạm thời 27,4% (23/84). Tỷ lệ hạ CTP hậu phẫu 54,7% (46/84). Độ rộng phẫu thuật cắt giáp ảnh hưởng đến tỷ lệ biến chứng SPG hậu phẫu [$p < 0,05$; RR 7,44; 95%CI (1,03-53,92)]. **Kết luận:** Cần phát hiện sớm, biện pháp điều trị dự phòng biến chứng SPG trong trường hợp phẫu thuật cắt rộng tuyến giáp. Nâng cao kỹ năng phẫu thuật, áp dụng phương pháp kỹ thuật mới giảm thiểu tổn thương tuyến phó giáp.

Từ khóa: suy phó giáp, phẫu thuật cắt tuyến giáp.

ABSTRACT

POSTSURGICAL HYPOPARATHYROIDISM AND THE RELATION BETWEEN THE LEVEL OF THYROIDECTOMY AND POSTSURGICAL HYPOPARATHYROIDISM CONDITION

Phung Phuong¹

Objective: Estimating the proportion of postsurgical hypoparathyroidism and determining the relation between the level of thyroidectomy and postsurgical hypoparathyroidism condition. **Subjects and methods:** Prospective, descriptive, cross-sectional study. Eligible patient including 84 patients postsurgical thyroidectomy from 1/2015-12/2016 at Hue Medical University Hospital. The patients have been done the preoperative biochemical tests, classified the pathology results, quantified total Calcium (pre-op and post-op), recorded the conditions of postsurgical hypoparathyroidism. Based on finally results, we have analyzed and concluded according to the objective of study. **Results:** The proportion of temporary postsurgical hypoparathyroidism was 27.4% (23/84), total Calcium decreasing was 54.7% (46/84). The level of thyroidectomy affected the proportion of postsurgical hypoparathyroidism [$p < 0.05$. Risk ratio 7.44; 95% CI (1.03- 53.92)]. **Conclusion:** Determining the hypoparathyroidism condition on the early stage for preventive treatment. Improving surgical skills, applying new methods to minimize the injuries of parathyroid glands throughout operations.

Key words: Hypoparathyroidism, thyroidectomy.

1. Trường ĐH Y Dược Huế

- Ngày nhận bài (Received): 10/7/2017; Ngày phản biện (Revised): 20/7/2017;
- Ngày đăng bài (Accepted): 28/8/2017
- Người phản hồi (Corresponding author): Phùng Phương
- Email: phungphuonghan@gmail.com; ĐT: 0914019803

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp nhân là một bệnh lý khá phổ biến, chiếm khoảng 4-7% dân số, tỷ lệ nam:nữ là 1/5. Phần lớn các trường hợp bướu giáp nhân là lành tính, trong đó khoảng 5% là ác tính¹. Hiện nay, bên cạnh các phương pháp điều trị không can thiệp hoặc can thiệp tối thiểu cho bệnh nhân bướu giáp nhân lành tính (nội khoa, tiêm cồn tuyệt đối,...) thì phẫu thuật cắt tuyến giáp là phương pháp có hiệu quả rõ rệt cho bệnh nhân bướu giáp nhân lành tính và nhất là ung thư tuyến giáp. Tuy nhiên vấn đề biến chứng sau phẫu thuật cắt giáp (tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản, suy tuyến phó giáp...) làm ảnh hưởng lớn đến chất lượng điều trị. Trong đó SPG là biến chứng thường gặp, nguyên nhân do tổn thương tuyến phó giáp sau phẫu thuật, biểu hiện đặc trưng bởi hạ canxi huyết tương và cơn Tetani trên lâm sàng. Theo các nghiên cứu trên thế giới tần suất gặp phải của biến chứng SPG tạm thời sau phẫu thuật trong khoảng 7-34%, SPG vĩnh viễn không hồi phục vào khoảng dưới 1-3%, các tỉ lệ này thay đổi khác nhau tùy theo các mức độ phẫu thuật cắt giáp (Cắt thùy, cắt giáp toàn phần, phẫu thuật kèm theo nạo vét hạch cổ hay không) [2].

Vấn đề đặt ra là độ rộng của phẫu thuật cắt giáp có làm ảnh hưởng đến tỉ lệ biến chứng SPG hậu phẫu hay không? Để giải thích rõ cho câu hỏi nghiên cứu trên chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ biến chứng suy phó giáp (SPG) sau phẫu thuật cắt tuyến giáp và xác định mối liên quan giữa mức độ phẫu thuật cắt tuyến giáp và biến chứng suy phó giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 84 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên là bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp tại Khoa

Ung bướu Bệnh viện Đại học Y Dược Huế từ 01/2015 đến 12/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả, cắt ngang.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: gồm các bệnh nhân được phẫu thuật cắt một thùy tuyến giáp, cắt rộng hơn một thùy tuyến giáp.

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân chỉ phẫu thuật cắt bướu đơn thuần, phẫu thuật lấy nhân tuyến giáp, phẫu thuật cắt giáp hoàn tất, có rối loạn canxi máu trước phẫu thuật đều được loại bỏ ra khỏi nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu được chia làm hai nhóm dựa vào độ rộng của phẫu thuật cắt giáp, nhóm cắt một thùy tuyến giáp và nhóm phẫu thuật rộng hơn một thùy tuyến giáp. Mỗi đối tượng nghiên cứu trong mẫu đều được thử canxi toàn phần huyết tương trước và sau phẫu thuật, theo dõi và đánh giá biến chứng lâm sàng SPG hậu phẫu. Suy tuyến phó giáp trên lâm sàng được xác định khi bệnh nhân có tê quanh môi, tê đầu chi, cơn Tetany, dấu Chvostek, dấu Trousseau. Suy tuyến phó giáp cận lâm sàng được định nghĩa khi Canxi toàn phần huyết tương $\leq 2,2\text{mmol/l}$. Xử dụng phương pháp thống kê mô tả và kiểm định Fisher để phân tích kết quả nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 84 bướu giáp nhân được phẫu thuật có 90,4% nữ giới (76/84), tuổi trung bình là $40,03 \pm 15,17$.

Tỉ lệ bệnh nhân có biến chứng suy phó giáp có triệu chứng lâm sàng: 23,8% (20/84). Tỉ lệ bệnh nhân có giảm canxi máu toàn phần sau phẫu thuật: 51,1% (43/84)

Sự liên quan giữa độ rộng của phẫu thuật cắt tuyến giáp, suy phó giáp trên lâm sàng và tỷ lệ giảm canxi máu toàn phần

Bảng 1. Sự liên quan giữa phương pháp phẫu thuật và tỷ lệ suy phó giáp

Phương pháp phẫu thuật	Số bn (%)	Suy phó giáp có triệu chứng (%)	Giảm canxi máu toàn phần (%)
Cắt thù	41 (48,8%)	3 (3,5%)	14 (16,6%)
Cắt giáp quá bán	3 (3,5%)	1(1,2%)	1(1,2%)
Cắt giáp gần trọn	3 (3,5%)	1(1,2%)	1(1,2%)
Cắt giáp toàn phần	26 (30,9)	10(11,9%)	20 (23,8%)
Cắt giáp toàn phần có vét hạch cổ	11 (13,1)	8 (9,5%)	10 (11,9%)

Bệnh nhân cắt tuyến giáp toàn phần có tỷ lệ suy phó giáp có triệu chứng và giảm canxi máu toàn phần cao nhất lần lượt là 11,9% và 23,8%.

Phân tích bảng (2x2) bằng kiểm định Fisher xác định được mối tương quan giữa độ rộng phẫu thuật và biến chứng suy phó giáp lâm sàng hậu phẫu:

Bảng 2. Phân tích mối liên quan bằng kiểm định Fisher

		Suy phó giáp lâm sàng		n (%)
		Có	Không	
Phẫu thuật	Rộng hơn một thù (%)	20(46,5)	23(53,5)	43(100)
	Cắt một thù (%)	3 (7,3)	38 (92,7)	41 (100)
Tổng		23	61	84 (100)

Mối liên quan giữa độ rộng của phẫu thuật tuyến giáp và tỷ lệ suy phó giáp bằng kiểm định Fisher có ý nghĩa thống kê. $p < 0,05$. $RR=7,44$ [95%CI (1,03-53,92)].

Tỉ lệ bệnh nhân có giải phẫu bệnh lý sau phẫu thuật ác tính 30,9% (26/84)

Bảng 3. Tìm hiểu mối tương quan giữa lành tính, ác tính suy phó giáp.

		Suy phó giáp lâm sàng		n (%)
		Có	Không	
Giải phẫu bệnh lý	Ác tính (%)	13 (50,0)	13 (50,0)	26 (100)
	Lành tính (%)	7 (8,3)	51 (91,7)	58 (100)
Tổng		20	64	84 (100)

Bệnh nhân bướu giáp ác tính có tỷ lệ suy phó giáp tạm thời cao 50%, tuy nhiên không tìm được mối liên quan giữa lành tính và ác tính lên biến chứng suy phó giáp hậu phẫu ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Bướu nhân tuyến giáp với phương pháp điều trị chủ yếu hiện nay là phẫu thuật. Biến chứng sau phẫu thuật làm ảnh hưởng đến chất lượng điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đặc biệt là biến chứng SPG. Kinh nghiệm phẫu thuật viên, kích thước bướu, khả năng xâm nhập tế bào u, độ rộng phẫu thuật, có kèm theo vét hạch cổ hay không

có thể làm tăng tỉ lệ biến chứng SPG hậu phẫu. $^{1-6}n = 2238$ [31,42%] subtotal [ST], and $n = 1051$ [14,75%] hemithyroidectomy [HT]

Thật vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, trong số 84 bệnh nhân được phẫu thuật cắt giáp tại Khoa Ung bướu Bệnh viện Đại học Y Dược Huế từ 01/2015 đến 12/2016 có 27,4% bệnh nhân có biến chứng SPG hậu phẫu, độ rộng của phẫu thuật cắt giáp ảnh hưởng đến

tỉ lệ biến chứng SPG hậu phẫu [$p < 0,05$. $RR = 7,44$; $95\%CI (1,03-53,92)$]. Tỉ lệ bệnh nhân có giảm CTP sau phẫu thuật 54,7%. Tuy nhiên việc phát hiện sớm biến chứng SPG lâm sàng dựa vào chỉ số CTP chưa thực sự nhạy. Chỉ số CTP thường giảm chậm sau phẫu thuật, để tăng độ nhạy nhằm phát hiện sớm và điều trị dự phòng, cần thiết phải có xét nghiệm đánh giá được sự tổn thương liên quan đến tình trạng tưới máu tuyến phó giáp trong hoặc ngay sau phẫu thuật.

Kết quả Bảng 3 cho thấy có 50% các trường hợp giải phẫu bệnh lý ác tính có biến chứng SPG sau phẫu thuật, song chưa thể khẳng định đặc tính sinh học bướu có liên quan đến tình trạng SPG. Cần một thiết kế nghiên cứu với cách chọn mẫu phù hợp hơn để đánh giá bản chất của vấn đề trên.

Kinh nghiệm của phẫu thuật viên không làm ảnh hưởng đến tỉ lệ biến chứng SPG ($p > 0,05$), cho thấy chất lượng đội ngũ đồng đều, phương pháp phẫu thuật có quy trình.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tỉ lệ biến chứng SPG tạm thời tỉ lệ còn cao hơn so với một số công trình khác. Cần nâng cao kĩ thuật, hoàn thiện quy trình phẫu thuật, áp dụng kĩ thuật cao trong phẫu thuật để bộc lộ rõ tuyến phó giáp, giảm thiểu tổn thương mạch máu tuyến phó giáp qua đó giảm tỉ lệ biến chứng SPG hậu phẫu.

Độ rộng phẫu thuật ảnh hưởng đến tỉ lệ biến chứng SPG hậu phẫu nên cần phát hiện sớm, điều trị dự phòng tích cực trong các trường hợp cắt rộng tuyến giáp, có hay không kèm theo vét hạch cổ. Giải thích, tư vấn rõ cho bệnh nhân, gia đình biết trước các nguy cơ, các biến chứng có thể gặp phải sau phẫu thuật.

Cần bổ sung các xét nghiệm với độ nhạy cao có thể phát hiện sớm tình trạng suy phó giáp giúp phát hiện sớm, điều trị dự phòng tăng cường hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shoback, D. Hypoparathyroidism. *N. Engl. J. Med.* 359, 391–403 (2008).
2. Kunz-Zurbuchen, U., Buhr, H. J., Hotz, H. G., Kreis, M. E. & Lehmann, K. S. Influence of change in surgical practice for benign thyroid disease on postsurgical outcome-Single-center experience in 1400 patients. *Asian J. Surg.* (2016), doi:10.1016/j.asjsur.2016.07.015.
3. Vaiman, M., Nagibin, A. & Olevson, J. Complications in primary and completed thyroidectomy. *Surg. Today* 40, 114–8 (2010).
4. Shoback, D. M. *et al.* Presentation of Hypoparathyroidism: Etiologies and Clinical Features. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 101, 2300–2312 (2016).
5. Khan, M., Waguespack, S. & Hu, M. Medical Management of Postsurgical Hypoparathyroidism. *Endocr. Pract.* 17, 18–25 (2011).
6. Burman, K. D. & Wartofsky, L. Thyroid Nodules. *N. Engl. J. Med.* 373, 2347–2356 (2015).