BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ QUỐC PHÒNG

**HỌC VIỆN QUÂN Y**

**TRẦN ĐOÀN KẾT**

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GẦN HOÀN TOÀN TUYẾN GIÁP**

**ĐIỀU TRỊ BỆNH BASEDOW**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**Hà Nội - 2019**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ QUỐC PHÒNG**

**HỌC VIỆN QUÂN Y**

**TRẦN ĐOÀN KẾT**

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI**

**CẮT GẦN HOÀN TOÀN TUYẾN GIÁP**

**ĐIỀU TRỊ BỆNH BASEDOW**

**Chuyên ngành :** Ngoại khoa

**Mã số :** 9720104

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**Hướng dẫn khoa học:**

***PGS.TS. Trần Ngọc Lương***

***PGS.TS. Kiều Trung Thành***

**Hà Nội - 2019**

**LỜI CAM ĐOAN**

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của tôi với sự hướng dẫn khoa học của các thầy hướng dẫn.

Các kết quả nêu trong luận án là trung thực và được công bố một phần trong các bài báo khoa học. Luận án chưa từng được công bố. Nếu có gì sai tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

Người viết cam đoan

Trần Đoàn Kết

**MỤC LỤC**

Trang phụ bìa

Lời cam đoan

Mục lục

Danh mục chữ viết tắt trong luận án

Danh mục các bảng

Danh mục các biểu đồ

Danh mục các hình

[ĐẶT VẤN ĐỀ 1](#_Toc25999946)

[CHƯƠNG 1:](#_Toc25999947) [TỔNG QUAN TÀI LIỆU 3](#_Toc25999948)

[1.1. Giải phẫu vùng cổ trước bên và tuyến giáp ứng dụng trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp 3](#_Toc25999949)

[1.1.1. Giải phẫu vùng cổ trước bên 3](#_Toc25999950)

[1.1.2. Giải phẫu vùng thành ngực trước bên 9](#_Toc25999956)

[1.1.3. Giải phẫu tuyến giáp 10](#_Toc25999957)

[1.2. SƠ LƯỢC BỆNH SINH, TRIỆU CHỨNG, CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ Bệnh Basedow 17](#_Toc25999964)

[1.2.1. Định nghĩa 17](#_Toc25999965)

[1.2.2. Bệnh sinh 17](#_Toc25999966)

[1.2.3. Giải phẫu bệnh 18](#_Toc25999967)

[1.2.4. Lâm sàng 18](#_Toc25999968)

[1.2.5. Cận lâm sàng 21](#_Toc25999969)

[1.2.6. Chẩn đoán xác định 23](#_Toc25999970)

[1.2.7. Chẩn đoán phân biệt 23](#_Toc25999971)

[1.2.8. Biến chứng bệnh Basedow 24](#_Toc25999972)

[1.2.9. Điều trị nội khoa và xạ trị 24](#_Toc25999973)

[1.3. CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT KINH ĐIỂN ĐIỀU TRỊ BỆNH BASEDOW 25](#_Toc25999974)

[1.3.1. Chỉ định phẫu thuật 25](#_Toc25999975)

[1.3.2. Nguyên tắc phẫu thuật 28](#_Toc25999976)

[1.4. CÁC PHƯƠNG PHÁP CẮT GẦN HOÀN TOÀN TUYẾN GIÁP BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BỆNH BASEDOW 34](#_Toc25999982)

[1.4.1. Lịch sử 34](#_Toc25999983)

[1.4.2. Chỉ định chung 35](#_Toc25999984)

[1.4.3. Kết quả phẫu thuật nội soi 36](#_Toc25999985)

[1.4.4. Kỹ thuật mổ nội soi trong Basedow tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương 38](#_Toc25999986)

[CHƯƠNG 2:](#_Toc25999987) [ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 40](#_Toc25999988)

[2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU 40](#_Toc25999989)

[2.1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu 40](#_Toc25999990)

[2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân 40](#_Toc25999991)

[2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ 40](#_Toc25999993)

[2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 41](#_Toc25999994)

[2.2.1. Thiết kế nghiên cứu 41](#_Toc25999995)

[2.2.2. Cỡ mẫu 41](#_Toc25999997)

[2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu 41](#_Toc25999998)

[2.2.4. Chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị bệnh nhân Basedow tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương 42](#_Toc26000008)

[2.2.5. Tiêu chuẩn đánh giá cường giáp, bình giáp, suy giáp 42](#_Toc26000009)

[2.2.6. Các phương tiện nghiên cứu 43](#_Toc26000010)

[2.2.7. Các chỉ tiêu nghiên cứu 45](#_Toc26000011)

[2.2.8. Quy trình phẫu thuật 47](#_Toc26000012)

[2.2.9. Các chỉ tiêu đánh giá quá trình phẫu thuật và kết quả sau mổ 51](#_Toc26000019)

[2.3. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ THỐNG KÊ 55](#_Toc26000021)

[2.4. KHÍA CẠNH ĐẠO ĐỨC CỦA ĐỀ TÀI 56](#_Toc26000022)

[CHƯƠNG 3:](#_Toc26000023) [KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 58](#_Toc26000024)

[3.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH BASEDOW CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI 58](#_Toc26000026)

[3.1.1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân Basedow 58](#_Toc26000027)

[3.1.2. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng 62](#_Toc26000033)

[3.2. Chỉ định phẫu thuật 67](#_Toc26000046)

[3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bệnh Basedow 68](#_Toc26000047)

[3.3.1. Kết quả trong mổ 68](#_Toc26000048)

[3.3.2. Kết quả và biến chứng sau mổ 70](#_Toc26000050)

[CHƯƠNG 4:](#_Toc26000086) [BÀN LUẬN 87](#_Toc26000087)

[4.1. VỀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH BASEDOW CỦA BỆNH NHÂN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI 87](#_Toc26000088)

[4.1.1. Độ lớn của bướu 87](#_Toc26000089)

[4.1.2. Mật độ bướu 87](#_Toc26000090)

[4.1.3. Thời gian điều trị nội khoa 88](#_Toc26000091)

[4.1.4. Độ lồi mắt trên lâm sàng 88](#_Toc26000092)

[4.1.5. Thể tích bướu đo trên siêu âm 89](#_Toc26000093)

[4.1.6. Số đốm mạch 90](#_Toc26000094)

[4.1.7. Kết quả định lượng hocmon tuyến giáp và TSH huyết thanh 90](#_Toc26000095)

[4.1.8. Xét nghiệm kháng thể kháng giáp TRAb 91](#_Toc26000096)

[4.1.9. Tần số tim 92](#_Toc26000097)

[4.2. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH BASEDOW BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI 93](#_Toc26000098)

[4.2.1. Chỉ định phẫu thuật nội soi cho bệnh nhân Basedow 93](#_Toc26000099)

[4.2.2. Kỹ thuật mổ 98](#_Toc26000103)

[4.2.3. Kết quả phẫu thuật 112](#_Toc26000104)

[4.2.4. Đánh giá sau mổ 120](#_Toc26000105)

[KẾT LUẬN 126](#_Toc26000106)

[TÀI LIỆU THAM KHẢO](#_Toc26000109)

**PHỤ LỤC**

**CÁC CHỮ VIẾT TẮT**

BN : Bệnh nhân

ĐM : Động mạch

FT4 : Free Tetraiodo Thyronin

HLA : Human Leucocyte Antigen

HM : Hormon

IgG : Imuglobulin G

INF γ :Interferon γ

KGTH : Kháng giáp tổng hợp

LNHT : Loạn nhịp hoàn toàn

PTH : Parathyroid hormon

PT : Phẫu thuật

PX : Phóng xạ

SA : Siêu âm

T3 : Triiodothyronin

T4 : Thyroxine

TG : Tuyến giáp

Tg Ab : Thyroglobulin antibody

TM : Tĩnh mạch

TK : Thần kinh

TB : Tế bào

TPO Ab : Thyroperoxidase antibody

TSH : Thyroid Stimulating Hormon

TRAb : TSH Receptor Antibody

**DANH MỤC BẢNG**

| **Bảng** | **Tên bảng** | **Trang** |
| --- | --- | --- |

[1.1. Phân độ mắt theo NOSPECS 20](#_Toc26000426)

[3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới 58](#_Toc26000427)

[3.2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi 59](#_Toc26000428)

[3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh 61](#_Toc26000429)

[3.4. Thời gian điều trị nội khoa 62](#_Toc26000430)

[3.5. Phân loại mật độ bướu của bệnh nhân 63](#_Toc26000431)

[3.6. Tần số tim của bệnh nhân 63](#_Toc26000432)

[3.7. Tổn thương mắt của bệnh nhân 64](#_Toc26000433)

[3.8. Thể tích tuyến giáp của bệnh nhân 64](#_Toc26000434)

[3.9. Đốm mạch của bệnh nhân 65](#_Toc26000435)

[3.10. Đốm mạch sau khi điều trị lugol 65](#_Toc26000436)

[3.11. Hocmon T3 và FT4 huyết thanh trước mổ 65](#_Toc26000437)

[3.12. Hocmon TSH huyết thanh trước mổ 66](#_Toc26000438)

[3.13. Nồng độ TRAb trước mổ 66](#_Toc26000439)

[3.14. Lý do chỉ định phẫu thuật 67](#_Toc26000440)

[3.15. Thời gian mổ 68](#_Toc26000441)

[3.16. Lượng máu mất 68](#_Toc26000442)

[3.17. Lượng nhu mô tuyến giáp để lại 69](#_Toc26000443)

[3.18 Biến chứng ngay sau mổ 70](#_Toc26000444)

[3.19. Số ngày nằm viện sau mổ 71](#_Toc26000445)

[3.20. Tỷ lệ biến chứng theo thời gian 71](#_Toc26000446)

[3.21. Các biến chứng sau mổ 72](#_Toc26000447)

[3.22. Nồng độ T3 huyết thanh sau mổ 73](#_Toc26000450)

[3.23. Nồng độ FT4 huyết thanh sau mổ 75](#_Toc26000451)

[3.24. Nồng độ TSH huyết thanh sau mổ 76](#_Toc26000452)

[3.25. Liên quan giữa nồng độ trung bình T3, FT4 và TSH](#_Toc26000453) [huyết thanh trước và sau mổ 78](#_Toc26000454)

[3.26. Nồng độ canxi huyết thanh sau mổ 79](#_Toc26000455)

[3.27. Nồng độ PTH huyết thanh sau mổ 80](#_Toc26000456)

[3.28. Kết quả khám dây thanh sau mổ 80](#_Toc26000457)

[3.29. Chức năng tuyến giáp sau mổ 81](#_Toc26000458)

[3.30. Thể tích nhu mô giáp để lại trên siêu âm 82](#_Toc26000459)

[3.31. Liên quan giữa nồng độ trung bình T3, FT4, TSH](#_Toc26000460) [huyết thanh và nhu mô tuyến giáp để lại 83](#_Toc26000461)

[3.32. Tiến triển tổn thương mắt sau mổ 84](#_Toc26000462)

[3.33. Đánh giá kết quả điều trị sau mổ 36 tháng 85](#_Toc26000463)

[3.34. Sự hài lòng của bệnh nhân sau mổ 36 tháng 86](#_Toc26000464)

[4.1. Tỷ lệ chuyển mổ mở trong phẫu thuật bướu giáp nhân 115](#_Toc26000465)

**DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Biểu đồ** | **Tên biểu đồ** | **Trang** |

[3.1. Phân bố bệnh nhân Basedow theo nghề nghiệp 59](#_Toc26000727)

[3.2. Tỷ lệ bệnh nhân basedow mổ nội soi theo năm 60](#_Toc26000728)

[3.3. Phân loại độ bướu của bệnh nhân 62](#_Toc26000729)

[3.4. Biến đổi nồng độ T3 huyết thanh trước và sau mổ 74](#_Toc26000730)

[3.5. Biến đổi nồng độ FT4 huyết thanh trước và sau mổ 76](#_Toc26000731)

[3.6. Biến đổi nồng độ TSH huyết thanh trước và sau mổ 77](#_Toc26000732)

**DANH MỤC HÌNH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hình** | **Tên hình** | **Trang** |

[1.1. Sơ đồ cắt ngang qua đốt sống cổ 5 3](#_Toc21178508)

[1.2. Các cơ vùng cổ 5](#_Toc21178509)

[1.3. Mạch máu vùng cổ và tuyến giáp 8](#_Toc21178510)

[1.4. Vị trí của các tuyến cận giáp và dây thanh quản 14](#_Toc21178511)

[1.5. Rạch da theo đường Koche và bộc lộ tuyến giáp 31](#_Toc21178512)

[1.6. Vị trí đặt trocar 38](#_Toc21178513)

[2.1. Thân dao siêu âm 43](#_Toc21178514)

[2.2. Dao điện thông thường 44](#_Toc21178515)

[2.3. Bộ dụng cụ nội soi 45](#_Toc21178516)

[2.4. Tư thế bệnh nhân 48](#_Toc21178517)

[2.5. Tạo khoang làm việc 49](#_Toc21178518)

[2.6. Bộc lộ tuyến giáp 50](#_Toc21178519)

**3,5,8,14,31,38,43-45,48-50,57,59,60,62,74,76,77**

**1-2,4,6,7,9-13,15-30,32-37,39-42,46,47,51-56,58,61,63-73,75,78-140,142-**

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Basedow (Grave’s disease) là bệnh cường chức năng tuyến giáp kết hợp với bướu phì đại lan tỏa do kháng thể kích thích trực tiếp thụ cảm thể tiếp nhận TSH gây tăng nồng độ hocmon tuyến giáp trong máu. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào bướu giáp lan tỏa, mắt lồi, nhịp tim nhanh và tăng nồng độ hocmon tuyến giáp.

Bệnh còn được gọi theo nhiều cách khác nhau: Cường giáp (Hyperthyroidism) Bệnh Grave­­s, bệnh Parry, bệnh bướu giáp lồi mắt, bệnh cường chức năng giáp tự miễn, bệnh cường giáp miễn dịch.

Bệnh Basedow là bệnh hay gặp trong số các trường hợp nhiễm độc giáp, bệnh có thể gặp ở cả 2 giới đặc biệt ở tuổi thanh thiếu niên và người trẻ tuổi. Đây là bệnh tự miễn có khuynh hướng mạn tính và tái phát.

Tại châu Âu tỷ lệ mắc bệnh hàng năm là 20/100.000 dân, tại Mỹ tỷ lệ khoảng 40/100.000 dân. Bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới, gặp nhiều hơn nam giới từ 4 - 10 lần và hầu hết ở lứa tuổi từ 20 - 50 [1],[2]. Tại Anh ở vùng Whickham người ta phát hiện có 2,7% dân số mắc bệnh Basedow, tỷ lệ nữ cao hơn nam giới 10 lần [3].

Tại Việt Nam chưa có thống kê toàn quốc về bệnh Basedow. Theo Lê Huy Liệu bệnh Basedow chiếm 45,8% số bệnh nhân nội tiết và 2,6% các bệnh nội khoa tại bệnh viện Bạch Mai [4]. Theo Tạ Văn Bình [3] tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương số người đến khám bệnh cường giáp chiếm 40% trong số bệnh nhân khám về nội tiết và nữ giới chiếm 95%.

Hiện nay có 3 phương pháp điều trị bệnh Basedow là điều trị nội khoa, điều trị xạ I131 và điều trị ngoại khoa. Mỗi phương pháp có những ưu nhược điểm riêng và chỉ định phù hợp.

Phẫu thuật bệnh Basedow bằng phương pháp mổ mở đã phát triển mạnh mẽ từ những thập niên 90 của thế kỷ trước và đã đạt kết quả rất cao: tỷ lệ khỏi bệnh từ 95-97%, tỷ lệ các tai biến và biến chứng thấp [3]. Tuy nhiên còn để lại sẹo vùng trước cổ, các bệnh nhân giảm tự tin khi giao tiếp. Ngày nay bên cạnh việc chữa bệnh, nhu cầu thẩm mỹ luôn được thầy thuốc và bệnh nhân quan tâm. Phẫu thuật nội soi tuyến giáp ra đời đã đáp ứng đòi hỏi chính đáng đó.

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp và tuyến cận giáp ra đời từ năm 1997 do Gagnet khởi xướng [5],[6] và ngày nay từ nền tảng cơ bản của phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi tuyến giáp ngày càng phát triển và ứng dụng rộng rãi.

Tại Việt nam, phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý tuyến giáp nói chung và bệnh Basedow nói riêng được ứng dụng lần đầu tiên tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương vào năm 2003 sau đó phát triển ở nhiều bệnh viện lớn trong cả nước như Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện Bình Dân, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện 175… và phẫu thuật nội soi đã khẳng định được những ưu điểm là sẹo nhỏ được che khuất trong áo, tránh được nguy cơ sẹo xấu và dị cảm sau mổ, cải thiện đáng kể về mặt thẩm mỹ.

Song phẫu thuật nội soi tuyến giáp điều trị bệnh Basedow phức tạp hơn mà cho đến nay chưa có nghiên cứu nào trong nước đánh giá một cách đầy đủ và hệ thống. Một số điểm còn chưa thống nhất.

Xuất phát từ thực tế trên. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “**Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt gần hoàn toàn tuyến giáp điều trị** **bệnh Basedow**”

Với hai mục tiêu sau:

*1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ định phẫu thuật nội soi cắt gần hoàn toàn tuyến giáp điều trị bệnh Basedow.*

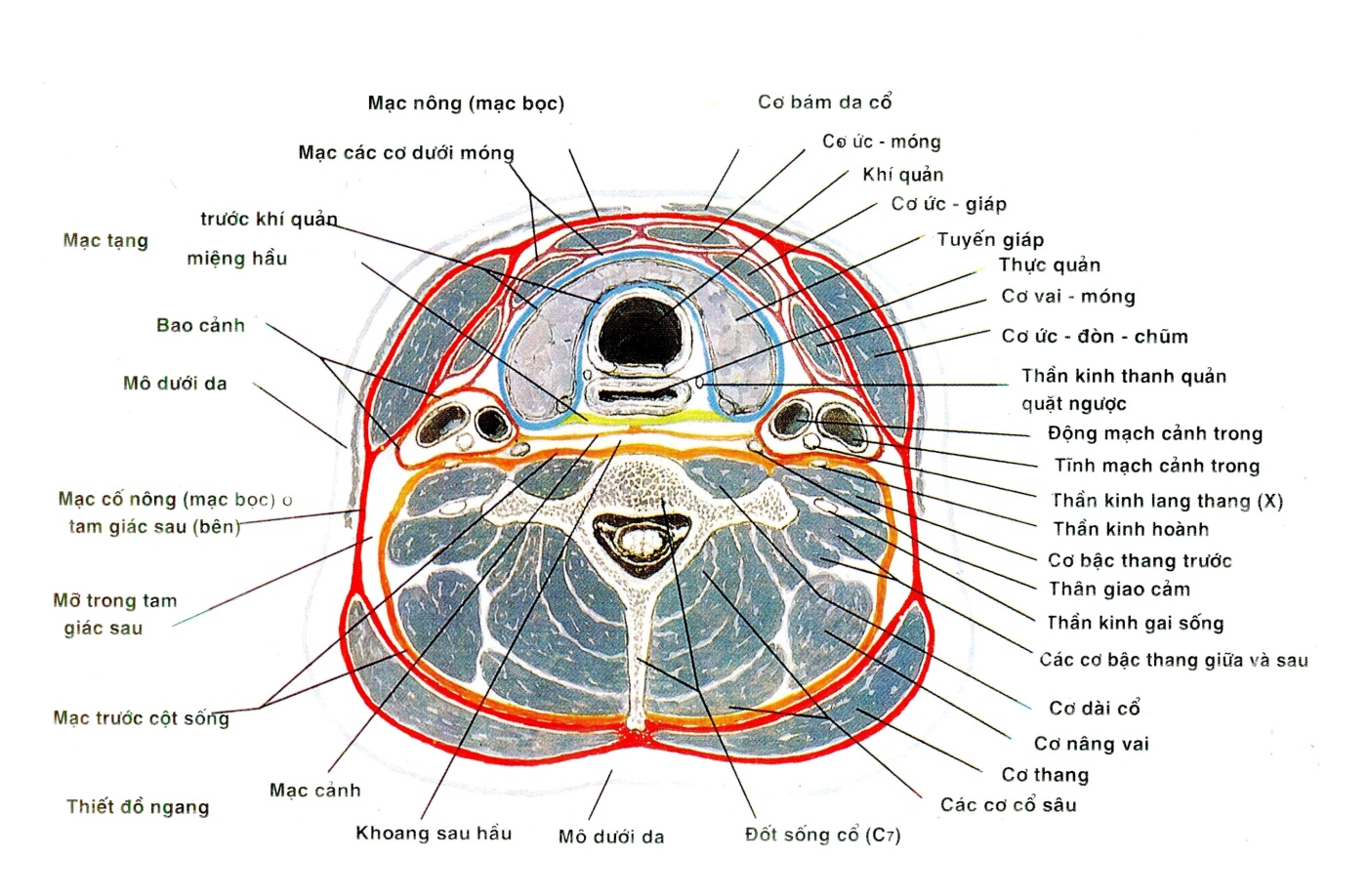
*2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh Basedow bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương giai đoạn 2005-2017.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu vùng cổ trước bên và tuyến giáp ứng dụng trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp

1.1.1. Giải phẫu vùng cổ trước bên



Hình 1.1. Sơ đồ cắt ngang qua đốt sống cổ 5

*\* Nguồn: Theo Frank. H. N.( 2001)* [7]

***Vùng cổ trước bên***: là phần ở phía trước cột sống cổ, giới hạn bên ngoài là phần ở bờ trước cơ thang, có chứa tất cả các thành phần quan trọng đi qua cổ: các tạng thuộc hệ hô hấp (thanh quản, khí quản), hệ tiêu hoá (thực quản), các tuyến giáp và cận giáp, và các bó mạch, thần kinh lớn (bó mạch cảnh, các thần kinh X, XI, XII, đám rối thần kinh cổ, đám rối thần kinh cánh tay, chuỗi hạch giao cảm cổ).

Tuyến giáp nằm ở vùng cổ trước, vì vậy việc bóc tách qua các lớp để đi vào tuyến giáp cũng nằm hoàn toàn ở vùng cổ trước bên.

*1.1.1.1. Da, tổ chức tế bào dưới da*: mô dưới da cổ (hay mạc nông) chứa các tĩnh mạch nông, các nhánh bì của đám rối cổ và cơ bám da cổ.

Da vùng cổ mỏng nên chú ý khi tạo khoang phẫu thuật trong nội soi tuyến giáp dễ bị bỏng da.

*1.1.1.2. Cân của cổ trước:* được tạo nên bởi các mô liên kết bao quanh các cơ, các tạng cổ, các mạch máu và thần kinh, tạo nên các ngăn và khe, chứa đựng các cấu trúc khác nhau. Bao gồm lá nông, lá trước khí quản, và lá trước sống [8],[9].

Khoang trên ức có thể là điểm đầu tiên cần phải xác định trong quá trình mổ nội soi; từ điểm này để đi tiếp lên trên và sang phải, sang trái nhiều hay ít tuỳ từng trường hợp bướu tuyến giáp ở bên phải hay bên trái. Dựa vào khoảng lá nông vô mạch để tách lên trên tới tận sụn giáp, sang hai bên cơ ức – đòn - chũm. Cùng với việc bơm CO2 tạo ra một khoảng phẫu trường (working space) để thực hiện các thao tác trong quá trình mổ nội soi. Đây là khoảng rất quan trọng; nó quyết định tới việc mổ được bướu to hay bé mà phụ thuộc vào việc tách lên trên, sang hai bên được nhiều hay ít.

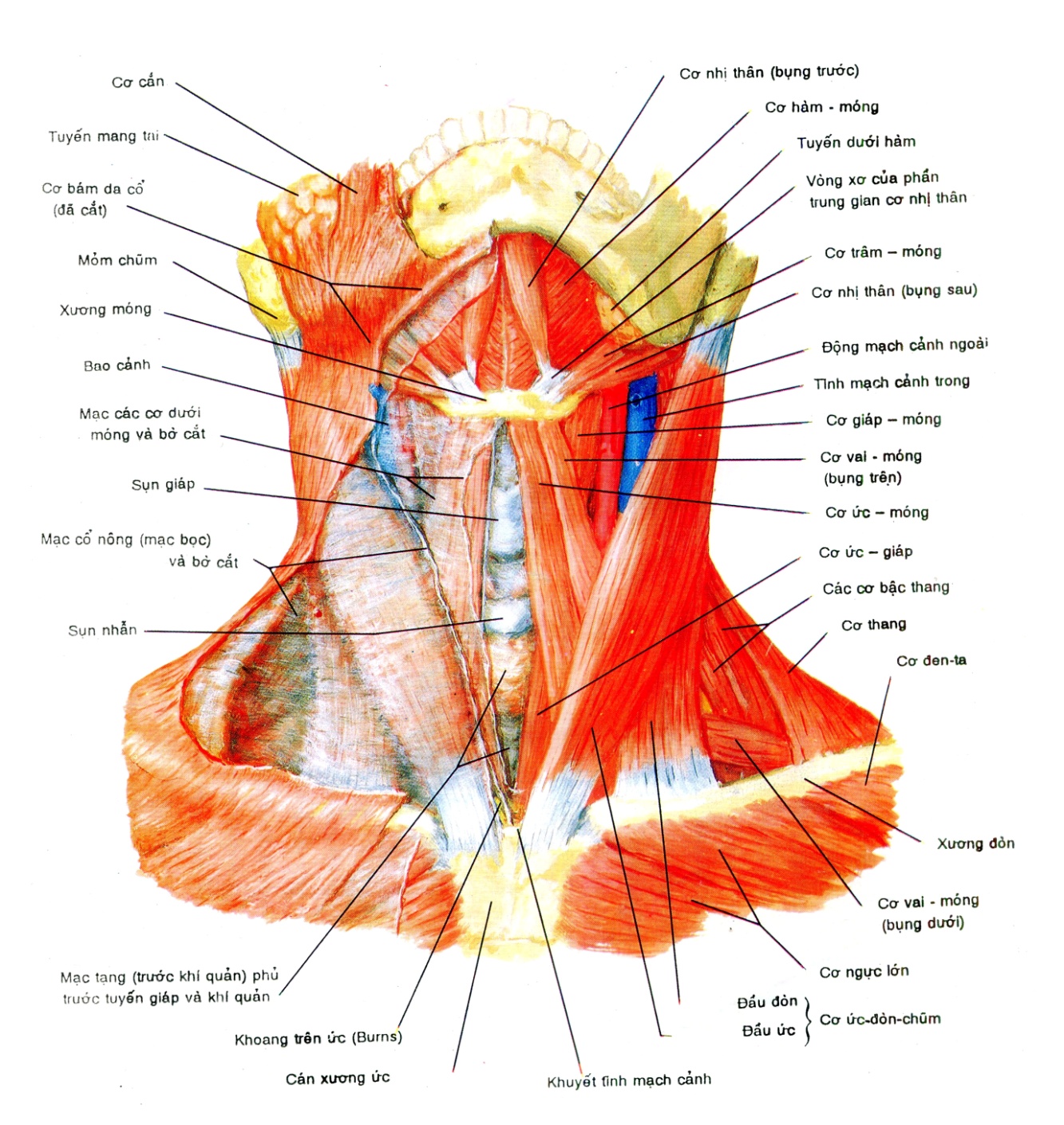
Mạc bọc các cơ là những khoảng vô mạch có thể được tận dụng để bóc tách các lớp cơ để đi vào tuyến giáp, đặc biệt các cơ ức đòn chũm, cơ vai móng, và cơ ức giáp; các cơ này che trực tiếp lên mặt trước tuyến giáp. Tách các cơ vào đúng lớp mạc bọc thì không chảy máu theo từng lớp rất dễ dàng.

Lá trước khí quản là một lá mạc mỏng nằm dưới các cơ dưới móng, che phủ ở trước thanh quản, khí quản và tách ra bọc lấy tuyến giáp, tạo thành bao tuyến giáp.

Như vậy lá trước khí quản cùng mạc miệng hầu tạo thành 1 ống hình trụ bao quanh các tạng (hầu - thực quản, thanh - khí quản, tuyến giáp, cận giáp).

Mạc bọc các tạng tạo hình thành nên bao riêng của mỗi cơ quan, làm cho việc bóc tách dễ dàng tuyến giáp ra khỏi khí quản, tuyến cận giáp ra khỏi tuyến giáp mặc dù tuyến này nằm áp sát vào ngay trên tuyến giáp.

*1.1.1.3. Các cơ của vùng cổ trước bên* (liên quan chủ yếu tới các cơ lớp nông và các cơ lớp giữa dưới móng).



Hình 1.2. Các cơ vùng cổ

*\* Nguồn: Theo Frank. H. N. ( 2001)* [7]

*\* Cơ ức đòn chũm*: là một cơ chạy chếch lên trên và ra sau ở mặt bên của cổ. Cơ dày và hẹp ở phần trung tâm, rộng và mỏng ở hai đầu.

+ Nguyên uỷ: có hai đầu:

- Đầu ức (hay đầu trong): bám vào phần trên mặt trước cán ức.

- Đầu đòn (hay ngoài): bám vào mặt trên 1/3 trong xương đòn.

+ Bám tận: vào mặt ngoài mỏm chũm bởi một gân khoẻ và vào ở ngoài đường gáy trên xương chẩm bởi một dải cân nông.

Đây là cơ đầu tiên (đầu nguyên uỷ bám vào xương ức và xương đòn) cần phải xác định trong quá trình bóc tách khi tới vùng cổ. Nó là cơ tuỳ hành của động mạch cảnh và là cơ dài nhất vùng cổ. Trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp cơ ức đòn chũm bắt buộc phải xác định được vừa là mốc giải phẫu để bộc lộ tuyến giáp. Tách bờ trước trong của cơ ức đòn chũm bên có bướu theo hết chiều dài đã tách của mạc nông để khoảng trước bướu được rộng nhất.

*\* Các cơ dưới móng*: gồm 4 cơ, xếp thành 2 lớp. Lớp nông có 2 cơ: cơ ức móng và cơ vai móng. Lớp sâu gồm 2 cơ: cơ ức giáp và cơ giáp móng. Các cơ của 2 lớp giới hạn một khe hình trám ngay trước khí quản gọi là trám mở khí quản [9].

+ Cơ ức móng:

Nguyên uỷ: bám vào mặt sau cán ức, mặt sau đầu trong xương đòn và dây chằng ức đòn sau.

Bám tận: phần trong bờ dưới thân xương móng.

+ Cơ vai móng: có hai bụng.

Bụng dưới bám vào bờ trên xương bả vai, gần khuyết vai và dây chằng ngang vai trên. Các thớ cơ chụm lại đi lên trên, ra trước tận hết bởi một gân trung gian ở sau cơ ức đòn chũm.

Bụng trên: từ gân trung gian đi lên, bám tận vào thân xương móng.

Cơ vai móng chạy theo hướng lên trên vào trong; có thể tách cơ gạt lên trên ra ngoài để bộc lộ cơ ức giáp được thuận lợi.

+ Cơ ức giáp

Nguyên uỷ: bám vào mặt sau cán ức và sụn sườn I.

Bám tận: đường chéo ở mặt ngoài mảnh sụn giáp.

+ Cơ giáp móng:

Nguyên uỷ: bám vào đường chéo ở mặt ngoài mảnh sụn giáp

Bám tận: bờ dưới thân và sừng lớn xương móng

Cơ ức giáp tiếp giáp ngay mặt trước của thuỳ tuyến giáp, với các thớ cơ chạy gần như dọc trực tiếp ở mặt trước của tuyến. Có thể vào tuyến nhờ vào việc tách dọc các thớ cơ này*.*

*1.1.1.4. Mạch máu vùng cổ trước*

Các động mạch chính của đầu - mặt- cổ là hệ thống động mạch cảnh, bao gồm hai động mạch cảnh chung phải và trái, khi tới bờ trên sụn giáp chia thành 2 nhánh tận: động mạch cảnh trong cấp huyết cho não và mắt, động mạch cảnh ngoài cấp huyết cho các phần còn lại của đầu, mặt và một phần cổ. Phần còn lại của cổ do các nhánh của động mạch dưới đòn nuôi dưỡng [10].

Phần trình bày này chỉ nêu những điểm của các mạch máu có liên quan đến trong quá trình phẫu thuật tuyến giáp.

\* Động mạch cảnh chung:

Động mạch cảch chung trái tách trực tiếp từ cung động mạch chủ còn bên phải là một trong hai nhánh tận của thân cánh tay đầu.

Từ nền cổ trở lên đường đi của hai động mạch cảnh chung giống nhau: chạy thẳng lên trên, dọc theo hai bên khí quản và thực quản, khi tới bờ trên sụn giáp, ngang đốt sống cổ 4 thì động mạch cảnh chung phình ra tạo thành xoang cảnh, rồi chia đôi thành 2 động mạch tận: động mạch cảnh trong và động mạch cảnh ngoài [11].

Đi cùng động mạch có tĩnh mạch cảnh trong nằm ở ngoài, và dây thần kinh lang thang ở góc nhị diện sau động mạch và tĩnh mạch. Tất cả được bọc trong bao cảnh. Động mạch cảnh chung thường chỉ đi qua cổ và không cho nhánh bên nào.

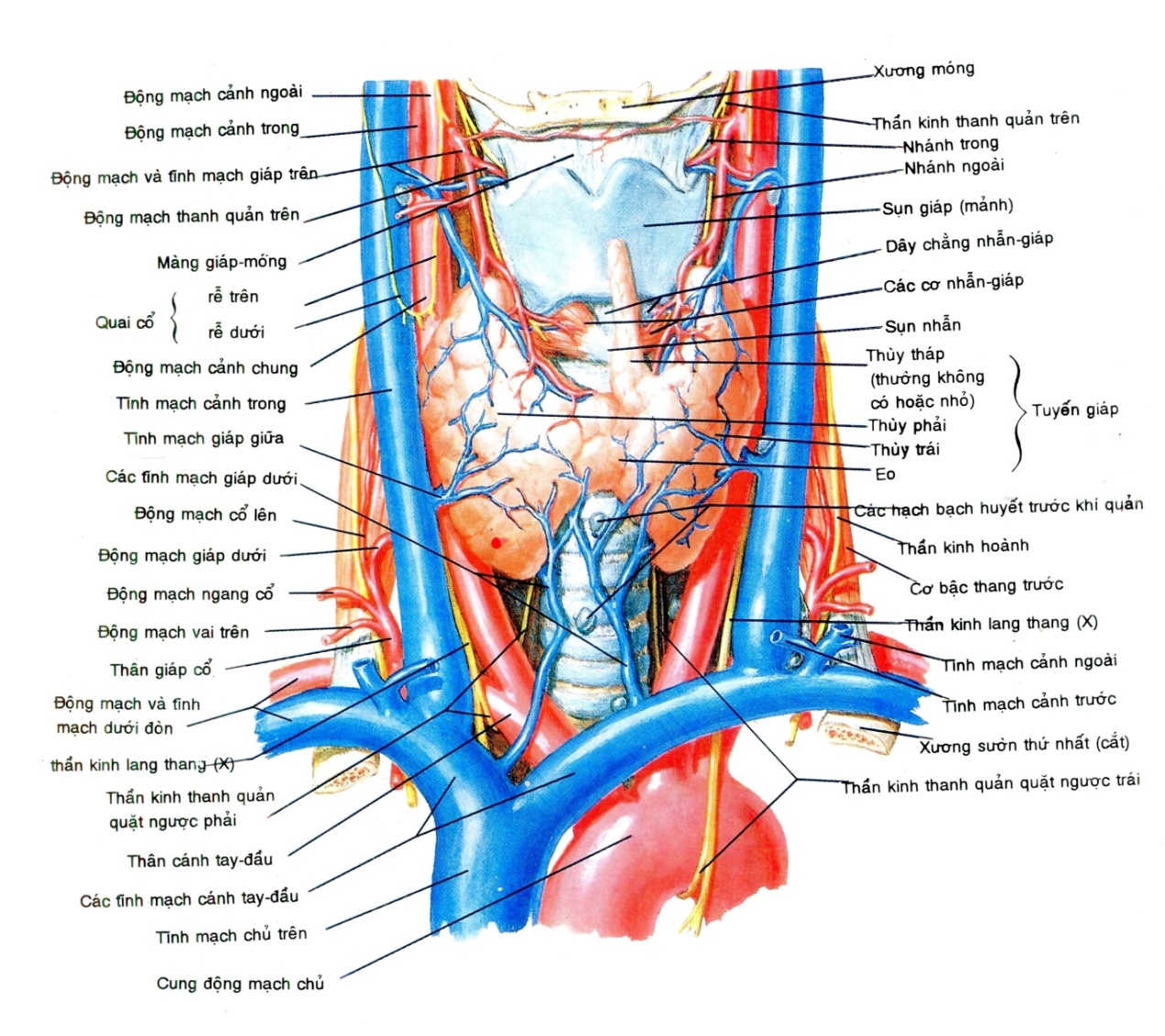
Muốn bộc lộ mặt sau ngoài tuyến giáp phải xác định được rõ bó cảnh gạt ra ngoài và ra sau.

\* Tĩnh mạch cảnh ngoài:

Tĩnh mạch cảnh ngoài nằm trên lá nông của bao cơ ức đòn chũm (lá nông mạc cổ).

\* Tĩnh mạch cảnh trong.

Tĩnh mạch cảnh trong, ngay khi tạo thành, tĩnh mạch cảnh phình ra tạo nên hành trên tĩnh mạch cảnh, rồi đi xuống dưới cổ trong bao cảnh.



Hình 1.3. Mạch máu vùng cổ và tuyến giáp (nhìn thẳng)

*\* Nguồn: Theo Frank. H. N. (2001)* [7]

Động mạch và tĩnh mạch cảnh trong nằm trong bao cảnh đóng khung hai bên cổ dọc theo chiều dài của thuỳ tuyến giáp. Đây là những thành phần rất nguy hiểm nếu bị tổn thương nhưng lại nằm hoàn toàn ở phía ngoài của tuyến giáp.

\* Tĩnh mạch giáp dưới.

Bắt đầu từ đám rối giáp đơn ở cực dưới tuyến giáp. Tĩnh mạch giáp dưới phải chạy xuống đổ vào tĩnh mạch tay đầu phải ngay trên tĩnh mạch chủ trên, tĩnh mạch giáp dưới trái đi chếch xuống dưới trước khí quản, qua cơ ức giáp, rồi đổ vào tĩnh mạch tay đầu trái.

*1.1.1.5. Thần kinh*

Liên quan nhiều nhất đến phẫu thuật tuyến giáp là dây thần kinh X thuộc các dây sọ não.

Dây thần kinh X: Ở vùng cổ trước, dây X đi sau các mạch lớn của cổ, trong góc được tạo bởi chỗ dính của tĩnh mạch cảnh trong với các động mạch cảnh chung và trong.

Dây thanh quản trên: sinh ra từ đám rối hạch, chạy vòng quanh bên trong động mạch cảnh trong, sau đó bắt chéo mặt trong của động mạch cảnh trong ở dưới động mạch lưỡi và chia làm 2 nhánh ở trên xương móng một ít: nhánh trong và nhánh ngoài.

Nhánh trong chạy ngang vào màng giáp móng và tận hết ở thanh quản.

Nhánh ngoài đi xuống trên mặt ngoài của thanh quản, phân bố cho cơ nhẫn giáp, rồi chạy ngang vào màng nhẫn giáp để cảm giác cho niêm mạc thanh quản [12].

Dây thanh quản quặt ngược.

Dây mặt: nhánh cổ mặt của dây thần kinh này cho một vài nhánh cho cơ bám da cổ và nối với nhánh ngang cổ của đám rối cổ nông.

1.1.2. Giải phẫu vùng thành ngực trước bên

Thành ngực trước bên từ nông vào sâu có: [8].

+ Da, tổ chức tế bào dưới da:

Da dày và rất di động , trừ vùng trước xương ức

+ Mô tế bào dưới da. Trong lớp mô dưới da có các nhánh nông của động mạch vú trong, của động mạch nách và các nhánh của động mạch gian sườn, có các tĩnh mạch nông đi kèm động mạch. Ngoài ra có nhiều nhánh bì của thần kinh gian sườn, đặc biệt nữ giới vùng này phía trước có hai tuyến vú phát triển.

+ Tuyến vú: Nằm dưới lớp da và tổ chức mô tế bào dưới da. Được bao bọc bởi bao mỡ. Ở nữ giới tuyến vú phát triển to, vì vậy ứng dụng lâm sàng khi đặt trocar ở thành ngực ngay sát quầng vú để bóc tách từ vị trí này vào đúng lớp mô lỏng lẻo, chúng ta phải xuyên qua tổ chức tuyến vú.

+ Cân nông: Dưới các cuốn mỡ là một màng liên kết được gọi là lớp cân nông, nó có mối liên quan đặc biệt với tuyến vú. Phía trên cân dính vào bờ trước xương đòn, chỗ thấp hơn, xung quanh tuyến vú, nó chia thành 2 lá: một lá trộn lẫn với bao xơ của tuyến, lá khác đi sau tấm mô mỡ ở mặt sau của tuyến vú. Ngang mức chỗ vú, cân nông này tách ra khỏi cân cơ ngực lớn, cơ răng cưa lớn, cơ chéo lớn bằng một lớp tế bào lỏng lẻo được gọi là túi thanh cơ của ngực. Vì có được lớp tế bào lỏng lẻo này mà ứng dụng làm lớp bóc tách để tạo khoang phẫu thuật mà đường vào từ nách - ngực. Lớp này mô liên kết lỏng lẻo, ít mạch máu và thần kinh do đó dễ dàng bóc tách dưới áp lực bơm khí CO­2 nên ít gây chảy máu, tạo điều kiện thuận lợi cho việc tạo khoang dưới giám sát của camera được an toàn và hiệu quả.

+ Các cơ ở ngực trước bên

Các cơ ở thành ngực trước bên được sắp xếp thành 3 nhóm:

- Nhóm nông: nằm ở phía ngoài xương sườn.

Nhóm nông gồm: cơ ngực to, cơ ngực bé, cơ dưới đòn ở phía trước và cơ răng to, cơ trên gai, cơ dưới gai.

- Nhóm giữa:nằm ở các khoang gian sườn, cùng một bình diện với xương. Nhóm này gồm có 3 cơ: cơ gian sườn ngoài, cơ gian sườn giữa và cơ gian sườn trong. Nằm ở các khoang gian sườn, bám từ bờ dưới xương sườn trên đến bờ trên xương sườn dưới.

- Nhóm sâu: nằm ở phía trong các xương sườn. Lớp này có cơ ngang ngực. Cơ ngang ngực là một cơ độc nhất nằm ở mặt sau tấm ức- sụn- sườn.Đây là một cơ mỏng, dẹt, có các thớ cơ nối xương ức với các sụn sườn ở xung quanh. Cơ bám ở phía trong bởi một bản gân vào phần dưới mặt sau của xương ức và mũi ức. Các thớ cơ đi ra ngoài và hơi chếch lên trên để toả ra thành 4 bó cơ, bám vào mặt sau sụn sườn thứ 3, 4, 5, và 6. Cơ này có tác dụng kéo sụn sườn xuống dưới [8].

1.1.3. Giải phẫu tuyến giáp

*1.1.3.1. Đại cương*

Tuyến giáp là một tuyến nội tiết, nằm ở phần trước của cổ, phía trước các vòng sụn khí quản đầu tiên và hai bên thanh quản, ngang mức các đốt sống cổ 5,6,7 và ngực 1. Tuyến mang nhiều mạch máu, có màu nâu đỏ, nặng khoảng 25 gam. Tuyến có hình dạng thay đổi từ hình chữ H đến hình chữ U.

*1.1.3.2. Giải phẫu đại thể*

\* Thuỳ tuyến

Mỗi thuỳ bên tuyến giáp có hình nón, đỉnh hướng lên trên và ra ngoài tới ngang mức đường chếch của sụn giáp. Đáy của thuỳ xuống tới ngang mức vòng sụn khí quản 4 hoặc 5. Thuỳ tuyến cao 5 cm, chỗ rộng nhất đo được khoảng 3cm và dầy 2cm. Thuỳ tuyến giáp có 3 mặt, 2 bờ và 2 cực.

+ Các mặt:

- Mặt ngoài hay mặt nông: lồi được phủ bởi cơ ức giáp, và nông hơn là cơ ức móng và bụng trên của cơ vai móng.

- Mặt trong liên quan tới thanh quản, khí quản, thực quản, cơ khít hầu dưới. Mặt trong của tuyến còn liên quan tới nhánh ngoài của thần kinh thanh quản trên và với thần kinh thanh quản quặt ngược.

- Mặt sau ngoài liên quan với bao mạch cảnh.

+ Các bờ:

- Bờ trước liên quan mật thiết với nhánh trước của động mạch giáp trên.

- Bờ sau tròn, ở dưới liên quan với động mạch giáp dưới và ngành nối giữa động mạch này với nhánh sau của động mạch giáp trên. Ở bờ sau còn có các tuyến cận giáp.

+ Các cực:

- Cực trên hay đỉnh của thuỳ tuyến liên quan với động mạch giáp trên.

- Cực dưới hay đáy của thuỳ tuyến nằm trên bờ trên cán ức độ 1-2 cm, liên quan với bó mạch giáp dưới. Cực dưới của thuỳ trái còn liên quan tới ống ngực.

\* Eo tuyến giáp

Eo tuyến giáp nằm vắt ngang, nối hai phần dưới của hai thuỳ tuyến, chiều ngang cũng như chiều thẳng đứng đo được khoảng 1,25cm. Từ bờ trên eo thường tách ra một mẩu tuyến chạy lên trên tới xương móng, gọi là thuỳ tháp. Eo nằm trước vòng sụn khí quản 2 và 3, liên quan ở phía trước, từ sâu ra nông với mạc trước khí quản, cơ ức giáp, cơ giáp móng, mạc các cơ dưới móng, lá nông của mạc cổ, tĩnh mạch cảnh trước và da.

*1.1.3.3. Cấu tạo*

Tuyến giáp được bọc trong một bao mô liên kết mỏng, gọi là bao sợi. Nhu mô tuyến gồm các nang kín có kích thước khác nhau, chứa chất keo quánh màu vàng, ngăn cách nhau bởi mô liên kết. Mỗi nang có một hàng tế bào biểu mô trụ, hình dạng phụ thuộc vào tình trạng hoạt động của tuyến. Mỗi nang tuyến là một tiểu thuỳ tuyến. Như vậy tuyến giáp có rất nhiều tiểu thuỳ. Mô liên kết nằm giữa các nang tuyến gọi là chất đệm [13],[14],[15].

*1.1.3.4. Các phương tiện cố định (Cân và dây chằng)*

Tuyến giáp nằm trong bao tạng. Mặt sau giữa của tuyến thì được dính vào cạnh của sụn nhẫn, vào vòng khí quản thứ nhất và thứ hai bởi dây chằng treo sau (dây chằng Berry). Sự gắn chắc này của tuyến tới khung thanh quản làm cho sự di động của tuyến giáp và các cấu trúc liên quan trong khi nuốt. Trên đường tới thanh quản, dây thần kinh quặt ngược thường đi qua chỗ sâu của dây chằng Berry hay nằm giữa dây chằng chính và lá bên của nó. Nằm sâu hơn dây chằng nhưng ở bên dây thần kinh là phần sau giữa của thuỳ giáp, mà có thể bị bỏ qua trong khi cắt tuyến giáp [16],[17],[18],[19].

Các lá mạch của động mạch giáp dưới cũng cố định bờ trong của các thuỳ bên vào khí quản.Thần kinh quặt ngược hay các nhánh phân chia của nó được cột chặt vào mặt sau của tấm lá này và được nó bảo vệ trong khi bóc tách. Các lá mạch, tổ chức liên kết dầy đặc của cân quanh giáp cũng tham gia vào cố định tuyến giáp [11],[19],[20].

*1.1.3.5. Liên quan*

\* Các lớp che phủ

Da vùng trước cổ mỏng được nuôi duỡng rất tốt. Tổ chức tế bào mỡ dầy dễ dàng liền sẹo. Cân cổ nông trải dài giữa các cơ ức-đòn-chũm chứa các tĩnh mạch cổ trước. Cân cổ giữa tách đôi thành 2 lá bao bọc các cơ dưới móng: lá nông bao bọc ở phía trong cơ ức-đòn-móng và ở phía ngoài là cơ vai móng trong khi đó lá sâu tạo ra thành trước của thuỳ tuyến giáp bọc cơ ức-giáp [13].

\* Tuyến cận giáp

Là những tuyến nội tiết nhỏ dẹt, hình bầu dục, màu vàng nâu, nằm ở bờ sau của thuỳ tuyến giáp và trong bao tuyến. Kích thước trung bình: dài 6mm, rộng 3- 4mm và dày khoảng 1-2mm, nặng chừng 50mg. Có từ 2 - 6 tuyến, thường là 4 tuyến, mỗi bên 2, một trên và một dưới. Các tuyến cận giáp thường liên quan với bờ sau các thuỳ bên của tuyến giáp. Sự tiếp nối giữa hai động mạch giáp trên và giáp dưới nằm dọc theo bờ sau thuỳ bên tuyến giáp có liên quan mật thiết với các tuyến cận giáp, và là mốc để tìm tuyến cận giáp [12],[16],[17],[21].

Khi phẫu thuật tuyến giáp cần phải lưu ý nếu không sẽ làm tổn thương tuyến cận giáp hoặc làm tổn thương mạch nuôi tuyến cận giáp vỡ mạch nuôi chúng rất nhỏ và như thế sẽ không bảo tồn được tuyến cận giáp, để nhận biết chúng dựa vào vị trí giải phẫu dưới đây đồng thời dựa vào kích thước, màu sắc thường có màu vàng nâu. Trong phẫu thuật cắt tuyến giáp chúng ta dùng dụng cụ như hook hoặc dao siêu âm gạt tuyến cận giáp xuống để bảo tồn tuyến giáp.

+ Tuyến cận giáp trên: Thường có hơn tuyến cận giáp dưới, nằm ở điểm giữa bờ sau của thuỳ bên tuyến giáp hoặc ở cao hơn một chút hay gắn vào khe ở trong nhu mô.

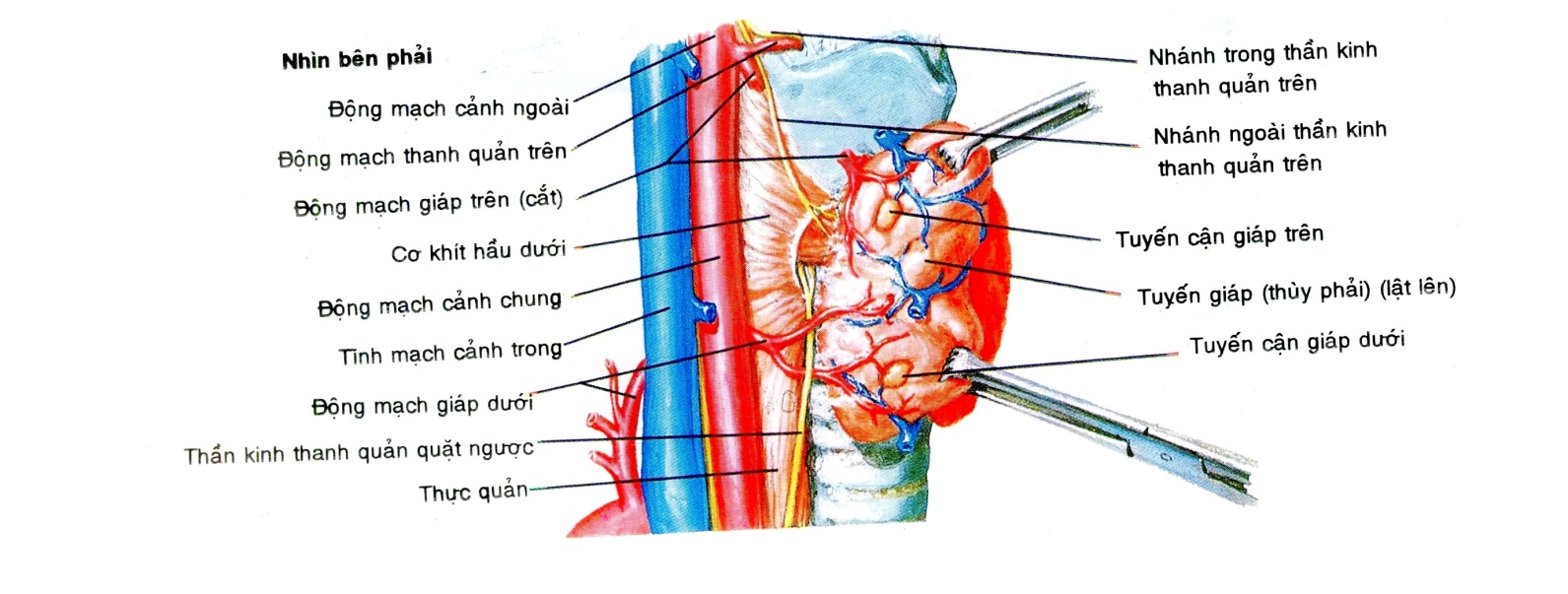
+ Tuyến cận giáp dưới: có vị trí thay đổi.

- Có thể nằm trong bao tuyến giáp, dưới động mạch giáp dưới, trên cực dưới của thuỳ tuyến giáp khoảng 1,5cm.

- Ở sau ngoài bao tuyến giáp, ngay trên động mạch giáp dưới.

- Ở bên trong nhu mô, gần đầu dưới của bờ sau thuỳ tuyến giáp rất hiếm gặp.

Các tuyến cận giáp được cấp huyết bởi các nhánh nhỏ của động mạch giáp dưới hoặc trên, hoặc các nhánh từ vòng nối giữa hai động mạch giáp trên và dưới.

****

Hình 1.4. Vị trí của các tuyến cận giáp và dây thanh quản (nhìn nghiêng)

*\* Nguồn: Theo Frank. H. N. ( 2001)* [7]

\* Các dây thanh quản

Các dây quặt ngược là một liên quan rất quan trọng do nguy cơ thương tổn trong quá trình phẫu thuật [12],[19].Vị trí của nó rất thay đổi.

Thần kinh thanh quản trên (N. laryngeus superior)

Thần kinh thanh quản trên tách ra từ giữa hạch dưới thần kinh lang thang. Nó đi xuống dọc theo hầu, lúc đầu ở sau rồi sau đó ở trong động mạch cảnh trong rồi chia thành nhánh ngoài và trong ở bên dưới hạch khoảng 1,5cm. Trường hợp hiếm gặp, hai nhánh tách ra từ hạch. Trên đường đi xuống, nó nhận được một hoặc nhiều nhánh nối từ hạch giao cảm cổ trên. Nhánh nối thường đi vào nhánh ngoài.

Nhánh trong (R. Internus) thần kinh thanh quản trên chạy ra trước khoảng 7mm thì xuyên qua màng giáp móng

Nhánh ngoài (R. externus) thần kinh thanh quản trên tiếp tục chạy xuống dưới và ra trước trên mặt ngoài cơ khít hầu dưới và tách ra vài nhánh nhỏ vào cơ này.

Thần kinh thanh quản quặt ngược (N. laryngeus recurrens).

Nguyên ủy và đường đi của thần kinh này khác nhau ở hai bên. Ở bên phải, nó tách ra từ thần kinh lang thang ở trước đoạn thứ nhất của động mạch dưới đòn, chạy vòng trở lại ở dưới rồi ở sau động mạch để đi chếch lên trên tới bờ bên khí quản ở sau động mạch cảnh chung. Ở gần cực dưới của thùy bên tuyến giáp, nó tiến sát động mạch giáp dưới, bắt chéo động mạch hoặc ở trước hoặc ở sau, hay đi giữa các nhánh của động mạch. Ở bên trái, thần kinh phát sinh từ thần kinh lang thang trên sườn trái của cung động mạch chủ, uốn cong dưới động mạch ở ngay sau chỗ bám của dây chằng động mạch tới chỗ lõm của cung và chạy lên tới cạnh bên của khí quản.

Khi phẫu thuật thanh quản quặt ngược uốn cong quanh động mạch dưới đòn, hoặc cung động mạch chủ, nó tách ra các nhánh tim tới đám rối tim sâu. Khi đi lên trong rãnh khí quản – thực quản, thần kinh thanh quản quặt ngược tách ra các nhánh khí quản (Rr. tracheales), các nhánh thực quản (oesophagei) và các nhánh hầu (Rr. pharyngei).

Những biến đổi về liên quan của các thần kinh thanh quản quặt ngược ở gần thanh quản có ý nghĩa quan trọng trong phẫu thuật tuyến giáp. Thần kinh không luôn nằm trong rãnh khí quản – thực quản (vị trí được bảo vệ) mà có thể hơi ở trước rãnh (thường thấy hơn ở bên phải) và nó có thể nằm ngoài rõ rệt so với khí quản ở ngang mức phần dưới của tuyến giáp. Ở bên phải, thần kinh thường nằm trước hoặc ở sau, hoặc đan xen với những nhánh tận của động mạch giáp dưới, trong khi đó ở bên trái thần kinh thường nằm sau động mạch, ít khi ở trước. Thần kinh có thể tách ra các nhánh cho thanh quản trước khi nó chạy ở sau sừng dưới sụn giáp.

*1.1.3.6. Mạch máu tuyến giáp*

\* Động mạch

Cấp máu cho tuyến giáp được đảm bảo bằng 2 động mạch giáp trên, 2 động mạch giáp dưới. Các động mạch này có những vòng nối dồi dào với cùng bên và bên đối diện.

Động mạch giáp đơn bắt nguồn hoặc từ cung động mạch chủ hoặc từ động mạch không tên đi vào tuyến giáp ở bờ dưới của thuỳ eo.

+ Động mạch giáp trên:là động mạch lớn nhất, và là nhánh trước đầu tiên của động mạch cảnh ngoài.

Chính động mạch giáp trên xuất phát từ động mạch cảnh ngoài nên khi phẫu tích để tách ra và đốt cần phải thận trọng nếu không sẽ chảy máu nhiều và rất khó để phẫu tích cực trên của tuyến giáp.

+ Động mạch giáp dưới:Động mạch giáp dưới sinh ra và là nhánh trong nhất của thân giáp cổ, một nhánh của động mạch dưới đòn, chạy thẳng lên rồi chạy cong vào giữa vào khe khí- thực quản trong cùng một lớp với bao cảnh. Hầu hết các nhánh của nó xuyên vào mặt sau của thuỳ bên. Động mạch giáp dưới có kiểu phân nhánh thay đổi và được kết hợp chặt chẽ với thần kinh thanh quản quặt ngược.

Sự liên quan giữa thần kinh và động mạch giáp dưới hay thay đổi, dạng hay gặp nhất là thần kinh nằm ở dưới động mạch giáp dưới (40%). Nên khi cắt, đốt động mạch giáp dưới cần chú ý để tránh thần kinh này.

+ Động mạch giáp đơn:gặp ở 8 đến 10% các trường hợp [15]. Động mạch này sinh ra từ quai động mạch chủ hay thân cánh tay đầu và thường đi tới vùng eo tuyến giáp.

Bằng các vòng nối của các động mạch ở trên, dưới eo và ở đằng sau, các động mạch này tạo ra một vòng xoắn động mạch đáng kể quanh tuyến giáp. Các vòng nối này được hoàn chỉnh bằng các vòng nối trong tuyến giáp.

\* Tĩnh mạch

Các tĩnh mạch của tuyến giáp tạo nên các đám rối ở trên mặt tuyến và phía trước khí quản, các đám rối này đổ vào các tĩnh mạch giáp trên, giáp dưới và thường khi cả tĩnh mạch giáp giữa.

Như vậy:

- Các lớp cơ vùng cổ trước rất nhiều nhưng được xếp thành những lớp riêng biệt và được bao bọc trong những lớp cân dễ dàng cho việc bóc tách.

- Bó mạch thần kinh lớn nhất vùng cổ là bó động tĩnh mạch cảnh; bó nằm trong bao riêng hoàn toàn phía ngoài tuyến giáp. Động mạch cảnh chung là đường biên giới để phân biệt khoang bạch huyết trung tâm hay khoang bên và đó là những khoang thường được tiến hành nạo vét hạch trong những trường hợp ung thư tuyến giáp.

- Tuyến giáp nằm sát phía trước khí quản, thần kinh quặt ngược thanh quản nằm sát phía sau, tuyến cận giáp thường nằm ngay trên bao tuyến giáp ở phía bên sau.

1.2. SƠ LƯỢC BỆNH SINH, TRIỆU CHỨNG, CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ Bệnh Basedow

1.2.1. Định nghĩa

Bệnh Basedow là bệnh cường chức năng, phì đại và cường sản tuyến giáp do kháng thể kích thích trực tiếp thụ cảm thể tiếp nhận TSH gây tăng nồng độ hocmon tuyến giáp trong máu.

Bệnh còn được gọi theo cơ chế bệnh sinh:

* Cường giáp: Hyperthyroidism
* Bệnh cường chức năng giáp tự miễn: Autoimmine Hyperthyroidism
* Bệnh cường giáp miễn dịch: Immunogenic Hyperthyroidism
* Hoặc theo biểu hiện lâm sàng: Bệnh bướu giáp lồi mắt (Exophamic goiter) [3]

1.2.2. Bệnh sinh

Bệnh Basedow là bệnh hay gặp nhất trong số các trường hợp nhiễm độc giáp, đặc biệt ở tuổi thanh thiếu niên và người trẻ tuổi. Đây là bệnh tự miễn có khuynh hướng mạn tính và tái phát, có yếu tố thúc đẩy từ môi trường như stress, chấn thương, nhiễm trùng...

Ở người da trắng bệnh Basedow có liên quan đến kháng nguyên HLA-B8 và HLA-DR3, tuy nhiên ở mỗi chủng tộc có liên quan với HLA khác nhau ví dụ DR5 ở người Nhật, DR9 ở người Trung Quốc và DR5/DR8 ở người Triều Tiên. Người da trắng mang HLA-DR3 có nguy cơ bị Basedow cao gấp 7 lần người không mang kháng nguyên này.

Nguyên nhân gây bệnh là do sự xuất hiện tự kháng thể kích thích Receptor của TSH (TRAb), gây hậu quả kích thích liên tục tế bào tuyến giáp làm tăng tổng hợp và bài tiết T4 và T3.

Cấu tạo của TRAb đã được nghiên cứu rõ ràng, đó là một kháng thể đơn giá có độ đặc hiệu cao, bản chất là IgG1 chỉ có ở con người. Có 3 loại cấu trúc TRAb và cũng có 3 cách gắn vào thụ thể khác nhau gây nên biểu hiện lâm sàng khác nhau: kích thích, trung gian và ức chế [3].

1.2.3. Giải phẫu bệnh

Tuyến giáp: giàu mạch máu, to, lan tỏa; nhiều trường hợp tuyến giáp rất to, mềm hoặc hơi chắc. Về vi thể:

+ Chưa điều trị hoặc không đáp ứng điều trị.

- Quá sản lan tỏa các nang giáp, chiếm ưu thế là cấu trúc dạng nhú, toàn bộ thùy của tuyến giáp vẫn duy trì.

- Tế bào biều mô nang có xu hướng tạo hình cột, với nhân lớn, bào tương bắt hai màu, ranh giới tế bào không rõ.

- Cấu trúc nhú thì đơn giản, không có cấu trúc nhú phức tạp như ung thư tuyến giáp thể nhú.

- Chất keo ít hoặc không có, mạch tăng sinh, ít xơ hoặc xơ hóa, xâm nhập lympho bào thành thục, có hoặc không có tâm mầm trong mô đệm.

+ Đã điều trị

- Tế bào nang chuyển sang khối vuông hoặc dẹt.

- Chất keo đã bắt đầu được tích trữ.

- Cấu trúc dạng nhú giảm nhưng vẫn còn nhìn thấy.

- Những thay đổi nhiều dạng khác nhau, chính vì vậy vẫn còn nhìn thấy tuyến quá sản trên nền tuyến đã điều trị [3].

1.2.4. Lâm sàng

Triệu chứng thường gặp nhất là trạng thái hưng phấn thần kinh, hồi hộp, đánh trống ngực, sút cân, mệt mỏi, giảm khả năng lao động, luôn luôn cảm thấy nóng, mắt sáng, đi lỏng, rụng tóc, rối loạn giấc ngủ, giảm trí nhớ hay chảy nước mắt, suy nghĩ không tập trung, rối loạn kinh nguyệt ở phụ nữ. Các triệu chứng trên xuất hiện một cách rầm rộ hoặc từ từ. Khi khám còn thấy bệnh nhân ngồi không yên, có nhiều động tác thừa, hay nói, trạng thái hưng phấn, hay chảy nước mắt, mắt sáng long lanh, lồi mắt [3].

***1.2.4.1******. Các triệu chứng cơ năng.***

Các triệu chứng dễ xúc cảm, sợ nóng, nóng nảy, đổ mồ hôi, ăn kém [3]

**1.2.4.2. Bướu giáp**

Là triệu chứng hầu như bao giờ cũng có và có ở các mức độ khác nhau. Tuy nhiên, độ to của bướu không liên quan đến mức độ nặng của bệnh, có thể nghe thấy tiếng thổi tại bướu. Về độ to của bướu có nhiều cách phân độ khác nhau, nhưng thông dụng hơn là cách phân độ theo tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 1995.

Phân độ bướu của Tổ chức y tế thế giới năm 1995

- Độ 0: không có bướu giáp

- Độ Ia: Mỗi thùy tuyến giáp to hơn đốt 1 ngón cái của người được khám hoặc bệnh nhân, bướu sờ nắn được.

- Độ Ib: Khi ngửa đầu ra sau tối đa, nhận thấy tuyến giáp to, bướu sờ nắn được.

- Độ II: Tuyến giáp to, nhìn thấy khi đầu ở tư thế bình thường và ở gần, bướu nhìn thấy.

- Độ III: Bướu giáp rất lớn, nhìn thấy từ ở xa, bướu lớn làm biến dạng cổ [3].

***1.2.4.3. Tim mạch***

Nhịp tim nhanh xuất hiện tương đối sớm có khi là biểu hiện đầu tiên của bệnh và hầu như bao giờ cũng có hồi hộp, đánh trống ngực …

Nhịp tim nhanh thường xuyên với tần số > 100 chu kỳ/phút, ngay cả khi nghỉ ngơi, lúc gắng sức hoặc xúc cảm tim đập nhanh hơn. Nghe tim có thể thấy tiếng thổi tâm thu cơ năng.

Huyết áp: Huyết áp tâm thu tăng, huyết áp tâm trương không tăng.

Mạch đập mạnh, nhất là các mạch máu lớn có thể sờ thấy rõ, gọi là dấu hiệu mạch kích động [3].

***1.2.4.4. Mắt***

Cũng là dấu hiệu cơ bản của bệnh Basedow. Trong bệnh Basdow biểu hiện bằng mắt long lanh, sụp mi, hay lồi mắt. Mắt lồi trong bệnh Basedow thường gặp trong 20% - 30% các trường hợp, thường lồi cả 2 bên có khi chỉ lồi một bên. Tuy nhiên có nhiều trường hợp Basedow không có biểu hiện lồi mắt.

Phân độ lồi mắt của bệnh Basdow: Dùng phân loại NOSPECS của Hiệp hội Tuyến giáp Mỹ (American thyroid Association 1969) [3].

**Bảng 1.1. Phân độ mắt theo NOSPECS**

|  |  |
| --- | --- |
| Độ | Biểu hiện |
| 0 | Không có tổn thương |
| 1 | Chỉ có rối loạn chức năng - Co kéo cơ mi trên (dấu hiệu Dalrymple, Von Graefe, stare, lidlag) mất đồng vận mi mắt và nhãn cầu, ít nháy mắt |
| 2 | Tổn thương phần mềm- tổn thương kết mạc và phù mi, phù kết mạc, chảy nước mắt, cảm giác có vật lạ ở mắt, sợ ánh sáng. |
| 3 | Lồi mắt quá 3 mm so với giá trị bình thường- đo bằng thước Hertel. |
| 4 | Tổn thương cơ vận nhãn: cơ thẳng dưới (inferior rectus), cơ thẳng giữa (medial rectus): vận nhãn bị hạn chế, thị lực bị rối loạn hoặc song thị. |
| 5 | Tổn thương giác mạc - đục giác mạc, loét giác mạc vì không nhắm kín được mắt |
| 6 | Giảm thị lực đến mất thị lực - Tổn thương dây thần kinh thị giác |

*\* Nguồn: Theo Tạ Văn Bình (2007) [3]*

***1.2.4.5. Phù niêm trước xương chày***

Triệu chứng hiếm gặp, nên thường hay bị bỏ qua [3].

***1.2.4.6. Tiêu hóa***

Bệnh nhân Basedow thường có rối loạn tiêu hóa như: mất cảm giác ngon miệng, buồn nôn, nôn khan, ăn khó tiêu, đi ngoài phân lỏng, phân nát, ngày từ 2-3 lần. Các triệu chứng trên khó phân biệt với hội chứng nghén [3].

***1.2.4.7. Triệu chứng vận mạch***

Biểu hiện như nóng bừng ở mặt, bàn tay nóng ẩm, hấp hấp mồ hôi (bàn tay Basedow) [3].

***1.2.4.8. Thần kinh, cơ, tinh thần***

Là các triệu chứng sớm của bệnh basedow, bệnh nhân thường nổi nóng, giận dữ, tính tình thay đổi.

Run tay biên độ nhỏ, tần số nhanh, có thể run cả đầu lưỡi, môi, chân. Tăng lên khi tập trung.

Đôi khi có thể gặp liệt thần kinh cơ do hạ Kali máu, bệnh lý não do nhiễm độc hocmon giáp, có thể có các triệu chứng đau đầu, chóng mặt, sợ ánh sang, rối loạn giấc ngủ …[3].

***1.2.4.9. Hệ thống nội tiết***

Tuyến sinh dục: ở phụ nữ có thể rối loạn chu kỳ kinh nguyệt giảm hoặc mất kinh, giảm ham muốn tình dục. Ở nam giới bị bệnh nặng sẽ làm giảm đến mất hoàn toàn ham muốn tình dục.

Tuyến thượng thận có thể có các triệu trứng vô lực, sạm da, huyết áp thấp.

Tuyến ức: Cường sản tuyến ức và hệ thống lympho hay gặp ở những bệnh nhân tuổi thiếu niên hoặc tuổi dạy thì bị Basedow nặng [3].

***1.2.4.10. Một số thể bệnh lâm sàng***

- Ở trẻ em và tuổi trưởng thành

- Ở người lớn tuổi

- Ở người có thai

- Cơn nhiễm độc kịch phát

1.2.5. Cận lâm sàng

***1.2.5.1. Định lượng Hocmon tuyến giáp***

Thường định lượng bộ ba TSH, FT4 (T4), T3 (FT3) nhằm đánh giá đầy đủ chức năng tuyến giáp. Trong bộ ba này thì xét nghiệm có giá trị nhất để đánh giá chức năng tuyến giáp lần lượt là:

- TSH giảm

- FT4 (T4) tăng

- FT3 (T3) tăng

***1.2.5.2. Kháng thể kháng receptor TSH (TRAb)***

TRAb là một tự kháng thể, tác động lên receptor tiếp nhận TSH ở bề mặt tế bào tuyến giáp.

Bình thường cơ thể không sinh ra TRAb, trong bệnh Basedow (và một số bệnh lý khác), sự xuất hiện TRAb gây kích thích tuyến giáp làm tăng tổng hợp và giải phóng hormon tuyến giáp gây các dấu hiệu cường giáp và các dấu hiệu đặc trưng của bệnh tự miễn như lồi mắt, phù niêm trước xương chày.

Khác với các kháng thể Tg-Ab, TPO-Ab là đa giá thì TRAb là kháng thể đơn giá. Nên xét nghiệm TRAb đặc hiệu trong bệnh Basedow theo một số nghiên cứu trên thế giới là 98%.

Vì thế định lượng TRAb có giá trị xác định bệnh nhân có bị Basedow hay cường giáp do nguyên nhân khác.

Phương pháp định lượng: Định lượng TRAb bằng điện hóa phát quang labo của Bệnh viện Nội tiết Trung ương. Giá trị bình thường của labo: TRAb < 1,5 U/l. Chỉ số này tăng lên khi cường giáp [3].

***1.2.5.3. Siêu âm tuyến giáp***

Siêu âm tuyến giáp: Sử dụng máy siêu âm đen trắng hai chiều, đầu dò phẳng có tần số từ 5 - 10MHz nhằm để đo thể tích tuyến giáp. Trong bệnh Basedow nhu mô giáp thường giảm âm hơn hoặc tương đương với cơ cổ, nghĩa là nhu mô giáp đó giảm âm hơn bình thường.

- Công thức tính thể tích tuyến giáp [22], [23]:

Theo GuteKunst. R (Đức) V = 0,479  a  b  c (cm3)

a: chiều dài một thuỳ (cm)

b: chiều rộng (cm)

c: chiều dày (cm)

***1.2.5.4. Siêu âm mạch tuyến giáp***

Thường chỉ định trong trường hợp nhiễm độc giáp, đo chỉ số kháng, số đốm mạch ở động mạch tuyến giáp (ĐM giáp trên và/hoặc ĐM giáp dưới), qua đó cho phép đánh giá tình trạng hoạt động chức năng của tuyến giáp. Trong cường chức năng tuyến giáp, siêu âm doppler thường cho kết quả như sau:

- Vs tăng (Vs = Velocity systolic: tốc độ dòng chảy thì tâm thu, bình thường < 9,8 cm/s)

- Số đốm mạch/1cm mặt cắt tăng > 2,5 đốm (Spot flat, bình thường ≤ 2)

- Vd tăng > 5 cm/s (Vd = Velocity diastolic: tốc độ dòng chảy thì tâm trương, bình thường < 5 cm/s)

RI tăng > 0,6 (RI = Resistant index, chỉ số sức cản, bình thường < 0,6), chỉ số sức cản được tính theo công thức RI = (Vs - Vd)/Vs [22].

***1.2.5.5. Điện tâm đồ***

Thường thấy nhịp nhanh xoang, có thể phát hiện được các loạn nhịp như ngoại tâm thu, block nhánh, rung nhĩ [3].

1.2.5.6. Xạ hình tuyến giáp

Ghi xạ hình tuyến giáp bằng Technetium 99 hoặc bằng I 131.

Trong bệnh Basedow thường mức độ bắt xạ của thuỳ tăng [24], [25].

1.2.6. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán bệnh Basedow dựa vào một số triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng chính sau:

* Hội chứng cường giáp: Mệt mỏi, hồi hộp, run tay, nóng bức, rối loạn tiêu hóa: ỉa lỏng, sút cân ….
* Bướu giáp lan tỏa, mật độ mềm, nghe có tiếng thổi tại tuyến, phân độ bướu cổ theo WHO năm 1995.
* Nhịp tim nhanh thường xuyên, thường xuyên > 100 ck/phút kể cả khi nghỉ ngơi, tăng lên khi gắng sức.
* Bệnh lý mắt; Co kéo cơ mi, lồi mắt … theo phân độ NOSPECS của Hiệp hội Tuyến giáp Mỹ (American thyroid Association 1969).
* Run tay biên độ nhỏ tần số nhanh…
* Các xét nghiện cận lâm sàng: Định lượng hocmon tuyến giáp (T3, FT4 tăng), hocmon tuyến yên (TSH giảm), TRAb tăng [26],[27], siêu âm tuyến giáp, siêu âm mạch tuyến giáp, điện tâm đồ.

Theo hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ, Australia và Hiệp hội tuyến giáp Châu Âu thì chẩn đoán Basedow chủ yếu dựa vào nồng độ hocmon trong máu khi TSH dưới hoặc bằng 0,1µUI/l. Nồng độ FT4 và hoặc T3 cao hơn bình thường trên cơ sở gợi ý có một bướu mạch, mạch nhanh, mắt lồi...[28].

1.2.7. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm độc giáp do bệnh nhân uống L-Thyroxin : dựa vào tiền sử, TRAb bình thường, độ tập chung I131 thấp, và BN hết nhiễm độc giáp sau khi ngừng thyroxin vài tuần.

- Viêm tuyến giáp bán cấp hoặc viêm giáp mãn tính giai đoạn đầu, có nhiễm độc giáp: Bệnh nhân có triệu chứng của viêm tuyến giáp, Anti TPO cao trong viêm tuyến giáp mạn tính, độ tập chung I131 thấp, thường tiến triển về bình giáp hoặc suy giáp sau vài tuần đến vài tháng.

- Bướu cổ đơn thuần có cường giao cảm: xét nghiệm thấy FT4, TSH, TRAb bình thường [1].

1.2.8. Biến chứng bệnh Basedow

Nếu không được phát hiện, chẩn đoán sớm, điều trị đúng cách, bệnh tiến triển thành từng đợt, gây nhiều biến chứng, quan trọng nhất là:

\* Cơn nhiễm độc giáp cấp:

Đây là một cấp cứu nội khoa, tỉ lệ tử vong khá cao, nếu không được điều trị kịp thời thì tỉ lệ tử vong có thể trên 50% [29], xảy ra nhiều hơn trên những bệnh nhân Basedow không được chuẩn bị trước về nội khoa khi can thiệp ngoại khoa, điều trị I131 hoặc khi nhiễm khuẩn, chấn thương hoặc dừng thuốc KGTH đột ngột...

Lâm sàng: triệu chứng rầm rộ, có thể có phù phổi cấp, suy gan, suy thận... Các xét nghiệm hormon tăng rất cao...

\* Biến chứng tim mạch:

Xảy ra nhiều hơn ở bệnh nhân có tiền sử tim mạch hoặc cao tuổi.

- Cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất, flutter, LNHT do rung nhĩ.

- Suy tim toàn bộ, trội hơn ở bên phải.

+ Các biến chứng mắt:

- Liệt cơ vận nhãn một hoặc hai bên.

- Lồi mắt ác tính:

Lồi mắt rất nặng, tiến triển nhanh làm bệnh nhân nhức mắt, chảy nước mắt, có thể liệt cơ vận nhãn, thủng nhãn cầu, viêm thần kinh thị giác, teo gai thị. Ngày nay phẫu thuật cắt xương thành trong và xương sàn hốc mắt là phương pháp hiệu quả điều trị bệnh mắt Basedow mức độ nặng [30],[31].

+ Một số biến chứng khác: Suy kiệt, loãng xương...

1.2.9. Điều trị nội khoa và xạ trị

\* Nội khoa: Điều trị bằng các thuốc kháng giáp tổng hợp

Các thuốc kháng giáp tổng hợp ức chế quá trình tổng hợp Hormon giáp, làm giảm nồng độ T3, T4 trong máu. Đây là phương pháp điều trị cơ bản và làm bước điều trị chuẩn bị cho bệnh nhân phẫu thuật. Thuốc kháng giáp được sử dụng từ năm 1940 gồm 2 nhóm: Thiouracin và Imidazol. Một lượng nhỏ thuốc qua nhau thai và sữa mẹ vì vậy khi có thai hoặc cho con bú khi dùng thuốc sẽ có thể gây suy giáp ở thai nhi hoặc ở trẻ bú mẹ. Điều trị nội khoa cho kết quả ổn định bệnh khoảng từ 40 - 50%. Mai Thế Trạch: kết quả điều trị nội khoa khỏi 60-70% [32].

\* Xạ trị:

Cơ chế tác dụng của I131 là dựa trên tính chất hấp thụ chọn lọc của tuyến giáp gây nên phá hoại các nang tuyến, thay thế bằng tổ chức liên kết được chỉ định cho những bệnh nhân: Điều trị nội khoa trong thời gian dài không có kết quả, bệnh nhân trên 40 tuổi, tái phát sau điều trị ngoại khoa, bệnh nhân suy tim nặng không thể điều trị phẫu thuật hoặc có chống chỉ định phẫu thuật. Các nước Âu – Mỹ thường lựa chọn phương pháp này. Bệnh nhân điều trị I131đạt được bình giáp trong 8 tuần khoảng 80 - 90% với một liều Iod phóng xạ, tuy nhiên nó sẽ gây nên suy giáp vĩnh viễn với trên 90% số bệnh nhân về sau, cho nên cần phải đợi đến 6 tháng sau kết quả mới có thể đánh giá hoàn toàn [32].

Chống chỉ định ở bệnh nhân có thai, cho con bú, hạ bạch cầu thường xuyên, tuổi dưới 40.

1.3. CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT KINH ĐIỂN ĐIỀU TRỊ BỆNH BASEDOW

1.3.1. Chỉ định phẫu thuật

Chỉ định mổ là một yếu tố rất quan trọng liên quan trực tiếp đến kết quả phẫu thuật. Ngày nay khoa học phát triển đặc biệt nền y học, các chỉ định mổ cũng luôn luôn thay đổi để phù hợp với trình độ cụ thể của các cơ sở y tế điều trị. Chỉ định mổ trong bệnh Basedow cũng có những thay đổi và ngày càng hoàn thiện hơn.

***1.3.1.1. Các tác giả nước ngoài***

\* Eleri L.C. và Cs [33]

Chỉ định:

- ĐT nội khoa từ 1 - 1,5 năm không ổn định, tái phát nặng sau điều trị

- Bướu to lên hoặc không nhỏ đi sau điều trị, hoặc bướu to gây chèn ép

- Không dung nạp với kháng giáp tổng hợp, hoặc chống chỉ định với I131.

- Đặc biệt: sự lựa chọn của bệnh nhân

\* Okamoto T. và Cs (1992) [34]

* Bướu to
* Đáp ứng thấp hoặc yếu đối với điều trị nội khoa

\* Leigh D. (2006) chỉ định:

* Bệnh tái phát sau đợt điều trị nội khoa lần đầu [35].
* Xuất hiện biến chứng mắt

\* Alsaneo O. và Cs (2000) [36].

* Bệnh nhân bình giáp
* Bướu lớn

\* Kraimps J.L. và Cs [37].

* Tái phát nặng sau điều trị thuốc kháng giáp tổng hợp kéo dài, dị ứng,
* Kích thước bướu tăng chèn ép.
* Phụ nữ có thai, trẻ em.

\* Guideline hiệp hội Phẫu thuật Nội tiết Đức (2011) [38].

**-** Basedow bướu to chèn ép cơ quan lân cận.

**-** Basedow có biến chứng điều trị nội khoa.

**-** Basedow ở trẻ em, vị thành niên.

**-** Basedow điều trị nội khoa thất bại.

**-** Basedow cường giáp khó kiểm soát.

**-** Basedow có biến chứng mắt nặng.

\* Guideline hiệp hội Phẫu thuật Nội tiết Anh (2013) [39].

**-** Basedow ở trẻ em điều trị nội khoa thất bại.

**-** BN Basedow nữ mong muốn có thai.

**-** Basedow bướu giáp to chèn ép.

\* Guideline hiệp hội Tuyến giáp Mỹ - Ross B. và Cs (2016) [40].

- Nguyện vọng của bệnh nhân muốn phẫu thuật để kiểm soát nhanh chóng và dứt khoát cường giáp, không muốn điều trị nội khoa, I131.

**-** Phụ nữ có thai (tháng 3 - 4) và trong thời kỳ cho con bú.

\* Hội Nội tiết – Đái tháo đường Việt Nam (2016) [41].

**-** Điều trị nội khoa kết quả hạn chế, hay tái phát

**-** Bướu giáp quá to.

**-** Basedow ở trẻ em điều trị bằng nội khoa không có kết quả.

**-** Phụ nữ có thai (tháng thứ 3 - 4) và trong thời gian cho con bú

**-** Không có điều kiện điều trị nội khoa.

***1.3.1.2. Các tác giả trong nước chỉ định mổ dựa vào***

\* Nguyễn Khánh Dư (1978) [42].

* Điều trị nội 3-6 tháng không hoặc ít kết quả.
* Tuổi không phải là chống chỉ định.
* Phụ nữ có thai: Những tháng đầu bảo tồn, mổ khi không kết quả. Những tháng cuối mổ khi bệnh có chiều hướng nặng lên.
* Trường hợp đã có biến chứng tim.

\* Đặng Ngọc Hùng, (1997) và một số tác giả khác:

* Điều trị nội 4-6 tháng không ổn định.
* Thể nặng ở trẻ dưới 10 tuổi, thiếu niên, trẻ em điều trị nội khoa không có kết quả.
* Phụ nữ có thai, thời kỳ cho con bú. Không có điều kiện điều trị nội khoa.
* Các thể có biến chứng tim.
* Bướu giáp to gây chèn ép.

\* Kiều Trung Thành: căn cứ vào các điều kiện sau [43]:

* Kinh tế xã hội.
* Khả năng điều trị nội khoa.
* Tùy thuộc từng lứa tuổi.
* Đặc điểm bướu, thể bệnh, mức độ bệnh.
* Kinh nghiệm của phẫu thuật viên và cơ sở điều trị.
* Sự lựa chọn của BN.

\* Nguyễn Ngọc Trung: Các bệnh nhân mổ mở Basedow điều trị nội khoa 3-6 tháng không kết quả hoặc bướu to mất thẩm mỹ hoặc do tác dụng phụ của thuốc kháng giáp trạng [44].

Tóm lại các tác giả trong nước đưa ra chỉ định mổ căn cứ vào các yếu tố sau:

* Điều trị kéo dài ảnh hưởng: công tác, sinh đẻ, thẩm mỹ và tâm lý.
* Các bệnh nhân có hoàn cảnh đặc biệt.
* Dị ứng hoặc không đáp ứng thuốc kháng giáp, hoặc đáp ứng nhưng kết quả không ổn định.
* Trẻ em và tuổi dậy thì, nên điều trị nội khoa. Nhưng điều trị quá dài, người bệnh khó thực hiện, bệnh khó ổn định và hay tái phát.
* Phụ nữ có thai: Thuốc kháng giáp có ảnh hưởng đến sự phát triển của bào thai hoặc sinh bướu.

1.3.2. Nguyên tắc phẫu thuật

*1.3.2.1. Kiểm soát mạch máu*

Vì bệnh Basedow với đặc trưng là "bướu mạch" nên quy trình phẫu thuật đã được nhiều tác giả đề cập với nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau ở Việt Nam cũng như nhiều tác giả trên thế giới.

O.V.Nicolaev đưa ra phương pháp: Rạch da theo đường Kocher, tách đường giữa vào bướu. Cắt gần hoàn toàn 2 thùy tuyến giáp trong bao, không thắt thân động mạch giáp trạng mà chỉ thắt nhánh động mạch đi vào tuyến giáp, cắt tuyến giáp sau khi xẻ eo tuyến, để lại tổ chức ở phía sau mỗi bên từ 1 - 3 gam, tránh tổn thương tuyến cận giáp.

Tại Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y. Từ 1989 Đặng Ngọc Hùng và Ngô Văn Hoàng Linh [45],[46]. Các kỹ thuật được thực hiện:

- Bộc lộ tuyến giáp bằng đường dọc giữa các cơ dưới móng, không cắt ngang cơ.

- Thắt các động mạch giáp trên sát cực trên tuyến. Sau đó thắt các mạch máu nhỏ sát trong bao tuyến ở phần tuyến còn lại. Không thắt động mạch giáp dưới.

- Kẹp panh cầm máu song song dọc theo trục của từng thùy tuyến (một cành xuyên trong nhu mô). Cắt tuyến giáp trên các panh đó rồi khâu mỏm cắt bằng mối chỉ chữ U.

- Khâu vết mổ bằng chỉ vắt luồn dưới da.

Với phương pháp cải tiến này cuộc mổ an toàn, thời gian mổ rút ngắn, giảm được các biến chứng sau mổ, vết mổ đẹp, giữ được thẩm mỹ cho bệnh nhân.

Nguyễn Hoài Nam [47] tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 1992 áp dụng phương pháp cải tiến trong phẫu thuật Basedow của Bệnh viện Quân y 103 thu được kết quả điều trị tốt.

Trần Ngọc Lương [48] đã dùng dao điện, dao siêu âm cắt đốt động mạch giáp trên, giáp dưới để cắt gần hoàn toàn tuyến giáp để lại thành sau cho kết quả tốt.

*1.3.2.2. Lượng nhu mô giáp để lại sau phẫu thuật và vị trí để lại*

Lượng nhu mô tuyến giáp để lại hợp lý là phải đảm bảo giảm đến mức tối thiểu tỉ lệ cường giáp tái phát và tỉ lệ suy giáp sau mổ. Nếu để quá nhiều nhu mô giáp sẽ dẫn đến thừa Hocmon giáp, ngược lại nếu để ít quá sẽ dẫn đến thiếu Hocmon giáp. Việc để lại nhu mô giáp bao nhiêu là đủ cũng có nhiều quan điểm khác nhau giữa các tác giả. Có tác giả để lại lượng nhu mô giáp nhiều hay ít phụ thuộc vào độ lớn bướu giáp, tuổi bệnh nhân, có tác giả dựa vào mức độ nhiễm độc giáp, tuổi bệnh nhân. Có tác giả đưa ra quan điểm là cắt hết tuyến giáp.

Vị trí tuyến giáp để lại thường các tác giả để lại thành sau sát khí quản, vì để lại nhu mô giáp phần này ít làm tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản.

Tổ chức tuyến trong bệnh Basedow thường mủn, nhiều mạch máu cho nên khi cắt hay chảy máu và lại khó cầm.

Lượng nhu mô giáp để lại hợp lý là lượng nhu mô đảm bảo sản xuất vừa đủ Hocmon giáp trạng cho nhu cầu chuyến hóa cơ thể sau mổ, không quá ít (dẫn đến suy giáp sau mổ) và cũng không quá nhiều (gây cường giáp tái phát). Việc xác định lượng nhu mô giáp để lại cho phù hợp với từng bệnh nhân cụ thể là một vấn đề cần tiếp tục được nghiên cứu. Có tác giả để lại lượng nhu mô giáp nhiều hay ít dựa vào độ nhiễm độc giáp, có tác giả dựa vào độ lớn của bướu giáp, cũng có tác giả lại dựa vào mức rối loạn của các chỉ số của tự kháng thể tuyến giáp của từng bệnh nhân. Tuy nhiên các nghiên cứu này còn chưa đưa ra được những kết luận thống nhất.

Tác giả Sugino K. và Cs (2008) tổng kết từ năm 1989 - 1998 trên 1897 bệnh nhân Basedow được phẫu thuật cắt gần hoàn toàn tuyến giáp theo dõi sau 2 - 3 năm thấy: 630 bệnh nhân lượng nhu mô giáp để lại 7gam, tỷ lệ tái phát là 14,1%; 587 bệnh nhân lượng nhu mô để lại 6gam, tỷ lệ tái phát là 12,6%; 620 bệnh nhân để lại 5gam, tỷ lệ tái phát là 10,9%. Theo tác giả chiến thuật lựa chọn là để lại lượng nhu mô từ (3 - 4g) để tránh cường giáp tái phát. Cũng theo tác giả lượng nhu mô giáp để lại ở nữ giới (4,2 ± 1,2g) nhỏ hơn so với nam giới (4,8 ± 1,3g) nhưng tỷ lệ cường giáp tái phát ở nữ nhiều hơn ở nam giới [49].

Tác giả Nguyễn Hoài Nam [47], trong số 245 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gần hoàn toàn tuyến giáp từ năm 1992-1998 với lượng nhu mô để lại từ (3 - 6g) thì tỷ lệ cường giáp tái phát là 4%.

Tác giả Kiều Trung Thành [50] nghiên cứu đánh giá hình thái và chức năng phần còn lại tuyến giáp ở bệnh nhân sau mổ Basedow ở bệnh viện Quân Y 103 từ 1992 - 2003 trên 84 bệnh nhân cắt gần hoàn toàn tuyến giáp cho thấy:

- Thể tích còn lại dưới 5ml: Bình giáp chiếm 66,6%, cường giáp chiếm 13,3%, suy giáp chiếm 17,8%.

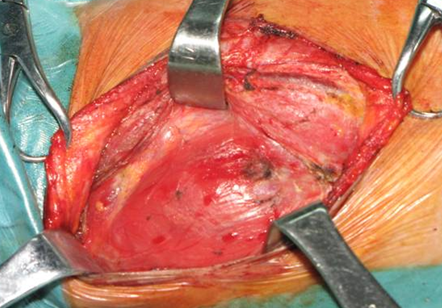
- Thể tích từ 5 - 10ml: Bình giáp chiếm 87,5%, cường giáp chiếm 12,5%, suy giáp chiếm 0%.

- Thể tích trên 10ml: Bình giáp chiếm 72,6%, cường giáp chiếm 22,6%, suy giáp chiếm 4%.

Trong nghiên cứu Trần Ngọc Lương phẫu thuật 40 bệnh nhân: 20 bệnh nhân dùng dao siêu âm và 20 bệnh nhân dùng dao điện thể tích tuyến giáp để lại ước lượng trong khi mổ với nhóm dùng dao siêu âm là 5,6 ± 0,48cm3, nhóm dùng dao điện là 5,75±1,48cm3 đây là thể tích để lại cũng phù hợp với các tác giả khác [51].

Để giải phóng tuyến giáp khỏi động mạch giáp trên và giáp dưới các tác giả như Tzu-Chieh C. và Cs sử dụng kẹp clip titanium [52]; nhưng một số khác (ví dụ Yamamoto Masahide) lại không đồng tình với cách này vì các tác giả cho rằng nếu cặp mạch máu bằng clip thì sau mổ sẽ để lại, sờ thấy trên cổ và gây khó chịu cho bệnh nhân. Vì vậy đa số các tác giả sử dụng loại dao cắt đốt bằng siêu âm để cầm máu và giải phóng tuyến giáp (Ultrasonically Activated Scalpel hay Harmonic Scalpel) kể cả việc cắt eo tuyến [53],[48],[54].

*1.3.2.3. Các đường tiếp cận – phương pháp phẫu thuật*



Hình 1.5. Rạch da theo đường Koche và bộc lộ tuyến giáp

***\* Nguồn: Phẫu thuật các bệnh lý tuyến giáp*** [51]

Có nhiều phương pháp mổ cắt gần toàn bộ tuyến giáp trong bệnh Basedow

+ Phẫu thuật O. V. Nicolaev: Đường rạch da theo đường Kocher. Cắt gần hoàn toàn 2 thuỳ tuyến giáp trong bao.

+ Phẫu thuật Kocher (1902): Sau khi thắt động mạch giáp trạng trên và dưới, cắt tuyến giáp cùng eo tuyến và để lại 1 lớp mỏng tổ chức tuyến phía sau bên mỗi thuỳ tuyến.

+ Phẫu thuật De Quervain: Sau khi thắt động mạch giáp trạng trên và dưới, cắt tuyến giáp theo hình chêm (không xẻ eo tuyến). Phần tuyến giáp để lại nhiều.

+ Phẫu thuật Giabulai: Như phẫu thuật Kocher nhưng lấy bỏ hạch giao cảm cổ, mục đích gây rối loạn dinh dưỡng của phần tuyến giáp còn lại.

+ Phẫu thuật E. X. dratrinxki: Cắt hoàn toàn 2 thuỳ tuyến giáp dưới bao để lại 1 mẫu nhỏ tổ chức tuyến (cực trên thuỳ trái cùng với động mạch giáp trạng thái trên).

+ Phẫu thuật Lahey: Bộ lộ trước dây thần kinh quặt ngược và độngmạch giáp trạng, sau đó cắt bỏ tuyến giáp, phẫu thuật hiện nay ít dùng vì sau mổ gây xơ dính thần kinh quặt ngược.

+ Lê Thế Trung (1960): Là người đầu tiên mổ tuyến giáp điều trị Basedow với kỹ thuật O. V. Nicolaev tại bệnh viện Quân Y 103.

+ Nguyễn Xuân Tỵ, Nguyễn Khánh Dư đã sử dụng phẫu thuật Kocher mổ tuyến giáp điều trị bệnh Basedow tại bệnh viện Việt Đức với những mối chỉ chữ Z cầm máu quanh thuỳ tuyến giáp.

+ Ngô Văn Hoàng Linh [55] đã nghiên cứu cải tiến một số chi tiết kỹ thuật cắt gần hoàn toàn tuyến giáp theo phương pháp O.V Nicolave như sau:

- Bộc lộ tuyến giáp bằng tách đường dọc theo chính giữa cổ qua khe giữ các cơ ức móng và ức giáp, không cắt ngang cơ.

- Thắt các động mạch giáp trên sát cực trên tuyến. Sau đó thắt các mạch máu nhỏ sát trong bao tuyến ở phần tuyến còn lại. Không thắt động mạch giáp dưới.

- Kẹp panh cầm máu đặt song song dọc theo trục của từng thùy tuyến (một cành xuyên trong nhu mô). Cắt tuyến giáp trên các panh đó rồi khâu mỏm cắt bằng mối chỉ chữ U.

- Khâu da vết mổ bằng chỉ vắt luồn dưới da.

Với phương pháp cải tiến này cuộc mổ an toàn, thời gian mổ rút ngắn, giảm được các biến chứng sau mổ, vết mổ đẹp, giữ được thẩm mỹ cho bệnh nhân.

+ Nguyễn Hoài Nam từ năm 1992 - 1998 đã phẫu thuật cho 245 bệnh nhân Basedow theo phương pháp cải tiến của Bệnh viện Quân Y 103 đạt kết quả tốt 85,8% [47].

*1.3.2.4. Kết quả phẫu thuật mổ mở*

Tác giả Sugino K. và Cs (2008) tổng kết từ năm 1989 - 1998 trên 1897 bệnh nhân Basedow được phẫu thuật cắt gần hoàn toàn tuyến giáp theo dõi sau 2 - 3 năm thấy: 630 bệnh nhân lượng nhu mô giáp để lại 7gam, tỷ lệ tái phát là 14,1%; 587 bệnh nhân lượng nhu mô để lại 6 gam, tỷ lệ tái phát là 12,6%; 620 bệnh nhân để lại 5gam, tỷ lệ tái phát là 10,9%. Theo tác giả chiến thuật lựa chọn là để lại lượng nhu mô từ (3 - 4g) để tránh cường giáp tái phát. Cũng theo tác giả lượng nhu mô giáp để lại ở nữ giới (4,3 ± 1,2) nhỏ hơn so với nam giới (4,8 ± 1,3) nhưng tỷ lệ cường giáp tái phát ở nữ nhiều hơn ở nam giới [49].

Tác giả Hermann M. Và Cs (1998) phẫu thuật điều trị trên 215 bệnh nhân BGLTNĐ thì thấy trọng lượng nhu mô tuyến giáp để lại có liên quan rõ rệt đến tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật: Nhóm cắt gần hoàn toàn tuyến giáp (để lại từ 6 - 8gam) tỷ lệ tái phát là 23,8%; nhóm để lại từ 2 - 4g thì tỷ lệ tái phát là 9,4% [56].

Tác giả Nguyễn Hoài Nam trong số 245 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gần hoàn toàn tuyến giáp từ năm 1992 - 1998 với lượng nhu mô để lại từ (3 - 6g) thì tỷ lệ cường giáp tái phát là 4% [47].

Tác giả Agarwal A. và Cs phẫu thuật cho 72 bệnh nhân Basedow với lượng nhu mô để lại 2 bên từ 3 - 5g cho kết quả: Không có ca nào tử vong hoặc cơ bão giáp sau mổ, không có trường hợp nào tổn thương vĩnh viễn dây thanh quản hoặc suy tuyến cận giáp; 8 bệnh nhân (11,1%) khàn tiếng tạm thời, 4 bệnh nhân (5,5%) hạ canxi máu tạm thời [57].

Đặng Ngọc Hùng và cs [45]. Phẫu thuật ở 2916 ca cắt gần hoàn toàn tuyến giáp gặp tỷ lệ các biến chứng giai đoạn sớm như sau: Chảy máu 21 ca, chiếm tỷ lệ 0,71%.Tetani 43 ca, chiếm tỷ lệ 1,45%. Suy hô hấp 3 ca, chiểm tỷ lệ 0,44%. Khàn tiếng tạm thời 26 ca, chiếm tỷ lệ 0,87%. Cơn cường giáp 2 ca, chiếm tỷ lệ 0,87%. Tử vong 1 ca, chiếm tỷ lệ 0,03%.

Nguyễn Hoài Nam và Cs [58] biến chứng trong và sau mổ ở 245 bệnh nhân Basedow như sau: Chảy máu trong mổ 4 ca, chiếm tỷ lệ 1,6%. Chảy máu sau mổ 5 ca, chiếm tỷ lệ 2%. Hạ calci huyết tạm thời : 30 ca, chiếm tỷ lệ 12%. Hạ calci huyết vĩnh viễn: 0 ca, chiếm tỷ lệ 0%. Tụ máu dưới da: 12 ca, chiếm tỷ lệ 5%. Nhiễm trùng vết mổ: 8 ca, chiếm tỷ lệ 3,2%. Khàn tiếng tạm thời: 2 ca, chiếm tỷ lệ 0,8%. Khàn tiếng vĩnh viễn: 1 ca, chiếm tỷ lệ 0,4%. Cơn cường giáp: 0 ca, chiếm tỷ lệ 0%. Tử vong: 1 ca, chiếm tỷ lệ 0,4%.

Lê Công Định phẫu thuật cho 20 ca Basedow trong đó cắt toàn bộ 19 ca, cắt gần hoàn toàn 1 ca. Hạ canxi máu tạm thời vài ngày sau mổ có 11 trường hợp chiếm tỷ lệ 55%, không gặp trường hợp nào hạ canxi máu vĩnh viễn [59].

Trần Ngọc Lương [60] phẫu thuật 200 bệnh nhân Basedow tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ 2002 đến 2004 (với phương pháp chưa cải tiến) cho kết quả như sau: Cắt toàn bộ tuyến giáp cho 14 bệnh nhân (7%), cắt gần toàn bộ để lại cực trên 9 bệnh nhân (4,5%), cắt gần hoàn toàn tuyến giáp để lại thành sau trên 177 bệnh nhân (88,5%). Không có bệnh nhân nào bị cơn bão giáp hay mạch nhanh phải can thiệp sau mổ. Có 3 trường hợp (1,5%) chảy máu sau mổ phải mở cầm máu lại. 3 trường hợp khàn tiếng tạm thời (1,5%), hạ calci máu tạm thời 19 trường hợp (9,5%). Tỷ lệ đạt bình giáp sau mổ 90,7%.

Hà Ngọc Hưng với 30 bệnh nhân Basedow được phẫu thuật có 28 bệnh nhân cắt hoàn toàn tuyến giáp, 2 bệnh nhân cắt gần hoàn toàn. Kết quả phẫu thuật: Hạ canxi máu tạm thời là 40%. Chảy máu sau mổ là 6,67%. Không có trường hợp nào biến chứng muộn sau mổ [61].

1.4. CÁC PHƯƠNG PHÁP CẮT GẦN HOÀN TOÀN TUYẾN GIÁP BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BỆNH BASEDOW

1.4.1. Lịch sử

- Yamamoto M. và Cs (2001) tiến hành cắt tuyến giáp bán phần cho 12 bệnh nhân bị bệnh cường giáp (Graves, disease). Không có biến chứng chảy máu hay phù dưới da sau mổ, chỉ có một bệnh nhân suy giáp và liệt dây thần kinh quặt ngược tạm thời. Với kết quả tuyệt vời về mặt thẩm mỹ tác giả cũng khuyến cáo là kỹ thuật mổ nội soi này có thể áp dụng để điều trị bệnh Graves [62].

- Sasaki A. và Cs (2009) tiến hành cắt gần toàn bộ tuyến giáp nội soi điều trị bệnh Basedow cho 42 bệnh nhân. Tác giả đi theo đường ngực, sử dụng forcep đi vào lớp dưới vùng ngực qua đường mép quầng vú bên phải, tạo không gian bằng cách bơm CO2 và bóc tách lớp dưới da vùng cổ ngực. Đặt trocar 5 mm ở mép quầng vú hai bên. Các thao tác phẫu thuật sử dụng dao Harmonic Scalpel, vùng tổ chức tuyến giáp xung quanh dây chằng Berry được cắt bỏ bằng cách di chuyển dao Harmonic Scalpel từ cực dưới đến cực trên [63].

- Pornpeera J. và Cs (2016) đã so sánh kết quả giữa phẫu thuật nội soi qua đường miệng và phẫu thuật mổ mở điều trị bệnh Basedow. 49 bệnh nhân được mổ mở và 46 bệnh nhân được mổ nội soi qua đường miệng, tác giả sử dụng trocar 10 mm đặt ở chính giữa tiền đình miệng, 2 trocar 5 mm đặt 2 bên dưới môi dưới. Phẫu thuật có ưu điểm là đi theo đường lỗ tự nhiên nên không để lại sẹo, tuy nhiên bệnh nhân bị tê bì vùng miệng sau mổ nhiều và việc chăm sóc vết mổ sau mổ thì khó khăn hơn do vệ sinh vùng miệng kém hơn [64].

- Zhi Y. L. và Cs (2010) thực hiện phẫu thuật cắt gần toàn bộ tuyến giáp nội soi cho 37 bệnh nhân Basedow từ 2006 đến 2009. Tác giả đi theo đường ngực để tạo khoang vào tuyến giáp. Tác giả sử dụng 1 trocar 10 mm tại đường nối giữa 2 núm vú, và 2 trocar 5 mm ở mép 2 quầng vú. Các thao tác cắt tổ chức tuyến giáp sử dụng dao Harmonic Scalpel. Nhu mô tuyến giáp được cắt bỏ từ cực dưới đến cực trên và để lại 2 - 3 gam [53].

- Hyungju K. và Cs đã tiến hành phẫu thuật nội soi robot theo đường nách ngực 2 bên để điều trị bệnh Basedow cho 44 bệnh nhân, các tác giả sử dụng hệ thống robot Da Vinci, sử dụng đường mổ nách ngực hai bên với các dụng cụ nội soi chuyên biệt. Kết quả sau mổ cho thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ (khàn tiếng, tê tay chân…) không có sự khác biệt so với mổ mở và đem lại hiệu quả thẩm mỹ cao [65].

- Trần Ngọc Lương đã dùng 3 trocar để tạo khoang làm việc từng bên sử dụng bơm khí CO2 với lưu lượng 6 lít/phút và áp lực từ 10 - 12mmHg và có xả van khí. Tách lên tới hõm ức và sang 2 bên để đi vào thùy tuyến giáp, sau đó bộc lộ thùy tuyến giáp. Tiến hành cắt cực trên và cực dưới sau đó cắt gần toàn bộ tuyến giáp để lại thành sau. Sử dụng dao cắt siêu âm khoảng cách giữa 2 hàm là 1,5cm. Khi cắt tổ chức tuyến giáp, tác giả để hàm hoạt động chuyển động về phía hàm không hoạt động. Bằng cách này các mạch máu được làm đông vón đồng thời với khi cắt tổ chức tuyến sẽ tránh chảy máu nhiều và để lại tổ chức tuyến mỗi bên khoảng 3gam [48].

1.4.2. Chỉ định chung

Các chỉ định còn chưa được thống nhất giữa các phẫu thuật viên:

- Kitano H. và Cs mổ cho 22 bệnh nhân thì 16 là u tuyến và nang lành tính, 5 trường hợp ung thư, 1 bệnh nhân bị Basedow điều trị nội khoa không kết quả [66].

- Yamamoto M. và Cs tiến hành cắt gần toàn bộ tuyến giáp cho 12 bệnh nhân Basedow điều trị nội khoa không kết quả và cho thấy kỹ thuật nội soi có áp dụng cho bệnh lý này với kết quả tuyệt vời về thẩm mỹ [62].

- Sasaki A. và Cs tiến hành cắt gần toàn bộ tuyến giáp nội soi cho 41 bệnh nhân Basedow với các tiêu chuẩn sau: Dị ứng với thuốc kháng giáp tổng hợp, bệnh nhân không muốn điều trị iod phóng xạ, bướu giáp lớn điều trị dai dẳng bằng thuốc kháng giáp tổn hợp không đáp ứng, thể tích tuyến giáp dưới 100 ml được đo bằng chụp cắt lớp vi tính. Tất cả các bệnh nhân phải đạt trạng thái bình giáp trước mổ và được điều trị bằng dung dịch Lugol 7 - 10 ngày trước mổ [54].

- Pornpeera J. và Cs khi tiến hành phẫu thuật nội soi qua đường miệng điều trị bệnh Basedow trên 97 bệnh nhân từ năm 2014 đến 2016 đã đưa ra chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị bệnh Basedow bao gồm: Bệnh Basedow bướu lan tỏa, bướu giáp đa nhân độc, thất bại hoặc tái phát sau 2 năm điều trị bằng thuốc kháng giáp tổng hợp, các triệu chứng có khuynh hướng khu trú, bệnh nhân dị ứng với thuốc kháng giáp trạng [64].

- Hyungju K. và Cs đưa ra chỉ định phẫu thuật nội soi robotic theo đường nách ngực 2 bên cho bệnh Basedow tái phát sau điều trị thuốc kháng giáp, triệu chứng có khuynh hướng khu trú, bệnh nhân có mong muốn điều trị phẫu thuật như là biện pháp điều trị khởi đầu, dị ứng với thuốc kháng giáp tổng hợp [65].

- Trần Ngọc Lương thông báo kết quả phẫu thuật nội soi của 2194 trường hợp gồm: bướu nhân thùy eo: 49 BN, bướu nhân 1 thùy tuyến giáp: 1755 BN, bướu đa nhân 2 thùy: 275 BN, bệnh Basedow: 89BN, ung thư tuyến giáp: 26 BN. Kích thước của nhân lớn nhất đo được trên siêu âm là 8 cm, thể tích tuyến giáp lớn nhất của bệnh Basedow là 120 ml [48].

- Hồ Nam và Cs đã nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt tuyến giáp qua nội soi qua đường nách - quầng vú bằng dao cắt siêu âm cho 40 trường hợp cắt gần chọn thùy tuyến giáp [67].

1.4.3. Kết quả phẫu thuật nội soi

Theo tác giả Sasaki A. và Cs [63] phẫu thuật 41 bệnh nhân. Thời gian mổ trung bình là 277 phút, lượng máu mất trung bình là 76ml. Thể tích tuyến giáp cắt đi là 49,9 gam. Có 1 trường hợp tổn thương dây thần kinh quặt ngược và hạ canxi máu tạm thời. 1 trường hợp hạ canxi máu vĩnh viễn. Có 5 bệnh nhân cường giáp và 3 bệnh nhân suy giáp. Sau mổ 92 tháng có 2 bệnh nhân cảm thấy nuốt vướng và 1 bệnh nhân thấy dị cảm ở thành ngực trước. Tuy nhiên các triệu chứng này biến mất sau 36 tháng.

Tác giả Li Z.Y. và Cs bệnh nhân hạ canxi máu trong số 37 bệnh nhân chiếm 7,5% [68]. Thời gian mổ ít nhất là 84,7 phút. lượng máu mất trung bình là 138,3ml. Hạ canci tạm thời 13,5%, thời gian nằm viện 3,4 ngày, 1 trường hợp tái phát lại sau 13 tháng.

CHEN K. và Cs phẫu thuật từ năm 2003 - 2007 có 75 bệnh nhân bị cường giáp nguyên phát đã cắt gần TBTG trong đó có 30 bệnh nhân cắt nội soi và 45 bệnh nhân mổ mở. Không có bệnh nhân nào chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình giữa nhóm nội soi và nhóm mổ mở là 110,5±12,3 phút và 98,8±15,5 phút, lượng máu mất trung bình là 45,5±11,5ml và 65,8±12,6ml. Tỷ lệ khàn tiếng tạm thời là 6,6% (2/30) và 8,8% (4/45). Có 1 trường hợp suy giáp và 1 trường hợp cường giáp tái phát ở nhóm mổ nội soi và 1 trường hợp suy giáp và 2 trường hợp cường giáp tái phát ở nhóm mổ mở sau mổ 47,8 tháng [69].

Sasaki A. và Cs với 92 bệnh nhân mổ bướu giáp có 38 bệnh nhân mổ cắt gần TBTG, lượng máu mất trung bình là 34,6ml. Có 1 bệnh nhân chuyển mổ mở, 1 bệnh nhân hạ calci máu, thời gian mổ là 121,1- 231,9 phút [54].

Yamamoto M. và Cs Phẫu thuật 12 bệnh nhân Basedow thời gian mổ trung bình là 259,8 phút, dài nhất là 420 phút và ngắn nhất là 175 phút. Lượng máu mất từ 5 đến 343ml, trung bình là 90,2ml. Trọng lượng tuyến giáp được cắt bỏ từ 18-92gam, trung bình là 41,1gam. Không gặp tai biến tràn khí dưới da và không có biến chứng sau mổ như chảy máu [62].

Theo Trần Ngọc Lương với 40 bệnh nhân. Thời gian mổ trung bình 97 phút, lượng máu mất trung bình 24,1ml. Sau 12 tháng có 2 bệnh nhân suy giáp (5%), 1 bệnh nhân cường giáp (2,5%) [70].

Nguyễn Hoài Nam phẫu thuật 9 trường hợp có cường giáp. thời gian mổ trung bình 108 phút, thời gian hậu phẫu 3,5 ngày (2-7 ngày), 1 bệnh nhân suy giáp tạm thời (11,1%), chưa phát hiện trường hợp nào bị tái phát [47].

Kwon H. và Cs với 30 bệnh nhân basedow mổ bằng Robotic: thời gian mổ 105 - 298 phút, trung bình là 190 phút, lượng máu mất từ 50 - 550ml, trung bình là 229ml. Thể tích tuyến giáp cắt đi là 7,8 - 123 gam, trung bình là 36,6 gam. Có 3,3% là hạ calci máu [71].

Yichao Z. và Cs tiến hành nghiên cứu so sánh kết quả phẫu thuật nội soi và mổ mở điều trị bệnh Basedow từ năm 1996 đến năm 2015, nhận thấy phẫu thuật nội soi mang đến hiệu quả về mặt thẩm mỹ, và lượng máu mất ít hơn. Ngược lại, phẫu thuật mổ mở thì thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện ngắn hơn [72].

1.4.4. Kỹ thuật mổ nội soi trong Basedow tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương

\* Thì 1: Rạch da 10mm ở hõm nách phải nếu làm bên phải trước, vị trí đường nách giữa khoang gian sườn III, đặt 2 trocar 5mm ở bờ vai và núm vú cùng bên hướng trocar lên phía trên hõm ức. Bơm khí CO2 với áp lực 12mmHg, lưu lượng 6 lít/phút. Tách dần về phía hõm ức, đi đúng lớp xốp để tạo khoang làm việc, diện bóc tách tới ngang sụn giáp và bờ ngoài cơ ức đòn chũm cùng bên.



Hình 1.6. Vị trí đặt trocar

*(BN Đoàn Thị Minh N 25 tuổi, số BA 51149 mổ ngày 27/1/2017)*

\* Thì 2: Bộc lộ tuyến

Khi tạo khoang làm việc xong, tách bờ trong cơ ức đòn chũm và cơ vai móng sang bên, sau đó tách dọc cơ ức giáp bằng hook, bộc lộ thùy tuyến giáp.

\* Thì 3: Cắt gần hoàn toàn tuyến giáp

Phẫu tích cực trên tuyến giáp. Dùng panh kẹp nhẹ vào cực trên tuyến giáp sau đó bộc lộ và đốt mạch máu cực trên của tuyến. Chú ý tách tuyến cận giáp trên để không bị tổn thương.

Phẫu tích cực dưới: Dùng panh kẹp cực dưới hoặc dùng ống hút nâng nhẹ cực dưới lên, dùng dao siêu âm hoặc hook tách cực dưới tuyến giáp ra khỏi tổ chức xung quanh và đốt cầm máu mạch giáp dưới, tránh làm tổn thương tuyến cận giáp dưới cùng với mạch nuôi tuyến cận giáp.

Tách phần sau của thuỳ tuyến: Dùng panh hoặc ống hút nâng thuỳ từ tuyến lên trước vào trong, cắt từ ngoài vào trong theo chiều dài của thuỳ tuyến, để lại thành sau bằng cách: Dùng hook đo chiều dài 2 - 3cm, chiều rộng khoảng 1,5 - 2cm, chiều cao khoảng 1cm; Ước lượng thể tích tuyến bằng: chiều dài x chiều rộng x chiều cao x 0,479, như vậy lượng tuyến để lại từ 3 - 6g. Cắt tuyến song song với bề mặt của khí quản, từ ngoài vào trong đến khí quản thì cắt eo tuyến.

Làm tương tự với thùy còn lại có thể sử dụng panh ở trocar thứ ba 5mm vị trí núm vú bên đối diện để nâng tuyến giáp khi cắt.

Lấy bệnh phẩm qua lỗ trocar 10mm. Có thể đặt 1 dẫn lưu tại chỗ.

\* Thì 4: Kiểm tra cầm máu, khâu lại các lỗ trocar: Khâu lại các lỗ trocar bằng chỉ không tiêu mũi rời.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Gồm các bệnh nhân Basedow đã được chẩn đoán xác định bằng các tiêu chuẩn lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học và được điều trị phẫu thuật nội soi cắt gần hoàn toàn tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. Thời gian từ tháng 1 năm 2005 đến tháng 5 năm 2017.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định Basedow

- Được điều trị nội khoa ít nhất từ 3-6 tháng, bình giáp trên lâm sàng và cận lâm sàng

- Bướu giáp to độ Ib, độ II (theo phân độ WHO 1995)

- Tuổi: Từ 14 đến 50

- Giới: Không phân biệt giới

- Có đủ hồ sơ bệnh án theo mẫu nghiên cứu

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh Basedow chưa bình giáp

- Có bệnh mãn tính kèm theo mà không có chỉ định gây mê nội khí quản.

- Có bệnh rối loạn về đông máu, chảy máu

- Có sẹo cũ mổ bướu giáp vùng cổ, hoặc viêm nhiễm tại vùng cổ ngực.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả, hồi cứu (từ 2005 – vào NCS 2011) và tiến cứu (vào NCS 2011 đến 2017) theo một biểu mẫu thống nhất.

2.2.2. Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện từ tháng 01/2005 đến tháng 5/2017.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

*2.2.3.1. Đối với bệnh nhân hồi cứu:*

- Lựa chọn những bệnh nhân được chẩn đoán Basedow về các mặt lâm sàng, cận lâm sàng, đã được phẫu thuật bằng phương pháp nội soi cắt gần hoàn toàn tuyến giáp tại bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 1 năm 2005 đến tháng 12 năm 2011.

- Hẹn bệnh nhân đến kiểm tra và khám lại theo thời điểm nghiên cứu và lập phiếu theo dõi các chỉ tiêu khám lâm sàng, cận lâm sàng theo mẫu nghiên cứu thống nhất.

*2.2.3.1. Đối với bệnh nhân tiến cứu:*

- Lựa chọn những bệnh nhân phù hợp với nghiên cứu. Khám tỷ mỷ và làm hồ sơ bệnh án theo quy định, lập phiếu nghiên cứu theo các chỉ tiêu theo mẫu nghiên cứu thống nhất.

- Tiến hành phẫu thuật nội soi cắt gần hoàn toàn tuyến giáp.

- Theo dõi và điều trị hậu phẫu thống nhất

- Viết phiếu và hẹn bệnh nhân khám lại định kỳ tại các thời điểm nghiên cứu.

- Bệnh nhân đến khám lại được lập phiếu và khám xét đầy đủ về lâm sàng, cận lâm sàng theo mẫu.

2.2.4. Chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị bệnh nhân Basedow tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương

- Bệnh Basedow điều trị nội khoa không kết quả

- Dị ứng thuốc kháng giáp trạng

- Basedow điều trị tái phát nhiều lần

- Bướu độ Ib và độ II

- Người bệnh không có điều kiện điều trị nội khoa.

2.2.5. Tiêu chuẩn đánh giá cường giáp, bình giáp, suy giáp

Bệnh nhân Basedow được làm xét nghiệm hocmon tuyến giáp, thực hiện tại Khoa Sinh hoá, Bệnh viện Nội tiết Trung ương bằng máy Ci 8200 do công ty Abbott cung cấp, theo phương pháp hóa phát quang phổ tự.

+ Bình thường: T3 từ 1 - 3nmol/l

FT4 từ 9 - 25pmol/l

TSH từ 0,3- 5,5µIU/ml

+ Bệnh nhân cường giáp [70]

- Triệu chứng lâm sàng của cường giáp: Bướu giáp to, mềm, có tiếng thổi tại bướu, hồi hộp, sút cân, cảm giác thấy nóng, run tay và mạch nhanh...

- Mạch nhanh thường xuyên trên 90 lần/phút.

- Xét nghiệm T3, FT4 cao hơn mức bình thường, TSH giảm dưới mức bình thường

+ Bệnh nhân bình giáp [70]

- Bướu giáp không to, ổn định về tinh thần: Ăn, ngủ tốt, lên cân.

- Mạch đều, dưới 90 lần/phút.

- Xét nghiệm hocmon tuyến giáp T3, T4 và hocmon tuyến yên TSH ở giới hạn bình thường.

+ Bệnh nhân suy giáp [70]

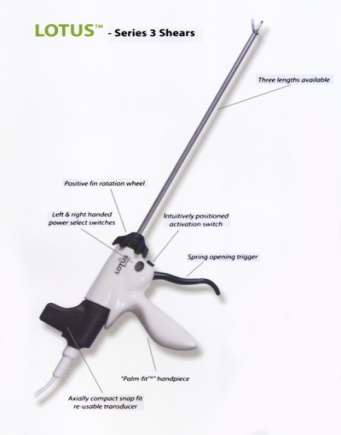
- Bướu giáp to, mềm. Các dấu hiệu lâm sàng của suy giáp: Sợ lạnh, tăng cân, mạch chậm, có thể có phù niêm.

- Xét nghiệm T3, FT4 thấp dưới mức bình thường, TSH tăng trên mức bình thường.

2.2.6. Các phương tiện nghiên cứu

+ Dao cắt đốt siêu âm Harmonic Scalpel:

Dao siêu âm loại Ultracision Hamonic Scalpel Generator 300



Hinh 2.1. Thân dao siêu âm

+ Dao điện:

Máy dao điện loại Elektrotom- 530 của hãng Karl-Storz, sử dụng loại đầu đốt và cắt đơn cực (monopolar electrobistoury)

****

Hình 2.2. Dao điện thông thường

+ Dàn máy nội soi Karl-Storz gồm có:

- Đầu camera, bộ vi xử lý

- Nguồn sáng lạnh Halogen

- Dao mổ điện

- Máy bơm khí CO2

- Máy hút rửa

+ Dụng cụ nội soi ổ bụng gồm có:

- Ống kính soi đường kính 10mm loại 0 độ và 30 độ

- 4 trocar loại 5mm

- 2 kẹp có răng

- 1 cái Hook phẫu tích hình L để đốt, cắt

- 1 kéo (có thể sử dụng hoặc không)

****

Hình 2.3. Bộ dụng cụ nội soi

+ Máy sinh hóa Ci 8200, máy soi họng...

2.2.7. Các chỉ tiêu nghiên cứu

+ Đặc điểm chung

- Tuổi (năm)

- Giới : Nam, nữ

- Nghề nghiệp:

Cán bộ: Là công chức, viên chức

Học sinh: Trong độ tuổi học sinh: Tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông.

Sinh viên: trong độ tuổi đang là sinh viên

Nghề khác: Nghề tự do, nội trợ, làm ruộng…

- Thời gian mắc bệnh: tính từ khi phát hiện bệnh đến khi phẫu thuật (tháng)

+ Đặc điểm lâm sàng

- Khám tuyến giáp: Kích thước, mật độ (khám lâm sàng), phân độ tuyến giáp trên lâm sàng theo phân độ bướu của Tổ chức y tế thế giới (1995).

- Độ lồi mắt: Phân độ lồi mắt của bệnh Basdow: Dùng phân loại NOSPECS (bảng 1.1) của Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ (1969).

+ Cận lâm sàng

- Thể tích tuyến giáp: Dựa vào siêu âm tuyến giáp, sử dụng máy siêu âm đen trắng hai chiều, đầu dò phẳng có tần số từ 5 - 10MHz nhằm để đo thể tích tuyến giáp. Công thức tính thể tích tuyến giáp [22]

Theo GuteKunst. R (Đức) V = 0,479 x a x b x c (cm3)

a: chiều dài một thuỳ (cm)

b: chiều rộng (cm)

c: chiều dày (cm)

- Số đốm mạch: dựa vào siêu âm Doppler tuyến giáp (số đốm mạch/1cm2 mặt cắt) trong bệnh Basedow tăng (TG bình thường ≤ 2 đốm).

- Tần số tim: Đo bằng điện tâm đồ

- Xét nghiệm hocmon tuyến giáp T3, FT4 và hocmon tuyến yên TSH. Được thực hiện theo phương pháp hóa phát quang phổ tự.

- Xét nghiệm TRAb (kháng thể kháng receptor TSH)

Định lượng TRAb bằng phương pháp thụ cảm thể phóng xạ miễn dịch (RRA) labo của Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

Giá trị bình thường của labo: TRAb <1,5 U/l.

- Xét nghiệm nồng độ canxi máu bình thường 2,2 - 2,6mmol/l

- Xét nghiệm nồng độ PTH máu (parathyroid hocmon) bình thường 1,6 – 6,9 pmol/l

2.2.8. Quy trình phẫu thuật

2.2.8.1. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

+ Bệnh nhân phải đạt bình giáp

- Mạch đều, dưới 90 lần/phút.

- Hocmon: T3, FT4, TSH trong giới hạn bình thường

- Siêu âm Doppler tuyến giáp đánh giá đốm mạch.

+ Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận bình thường, công thức máu, điện tim, X quang tim phổi, các xét nghiệm cho gây mê hồi sức bình thường.

+ Bệnh nhân được điều trị trước mổ bằng dung dịch Lugol 1%   
(1- 2 tuần).

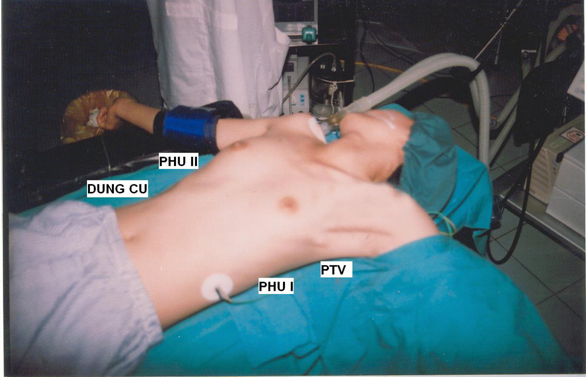
+ Dùng an thần trước mổ.

2.2.8.2. Phương pháp vô cảm

Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản 1 nòng.

2.2.8.3. Tư thế bệnh nhân

Bệnh nhân nằm tư thế ngửa, độn vai dưới, mặt quay về phía đối diện với bên làm trước. Ví dụ nếu làm bên phải trước mặt quay bên trái.



Trocar 5mm

Trocar 10mm

Trocar 5mm

Hình 2.4. Tư thế bệnh nhân

*(BN Đoàn Thị Minh N 25 tuổi, số BA 51149 mổ ngày 27/1/2017)*

2.2.8.4. Vị trí phẫu thuật viên

- Phẫu thuật viên đứng bên phải nếu mổ bên phải trước

- Người phụ 1 đứng cùng bên với phẫu thuật viên và người phụ thứ 2 đứng đối diện với PTV

- Dụng cụ viên đứng bên đối diện với phẫu thuật viên

2.2.8.5. Vị trí đặt trocar

1 trocar 10mm ở hõm nách

1 trocar 5mm ở quầng vú (nếu bên phải vị trí 2h nếu bên tráii vị trí 10h)

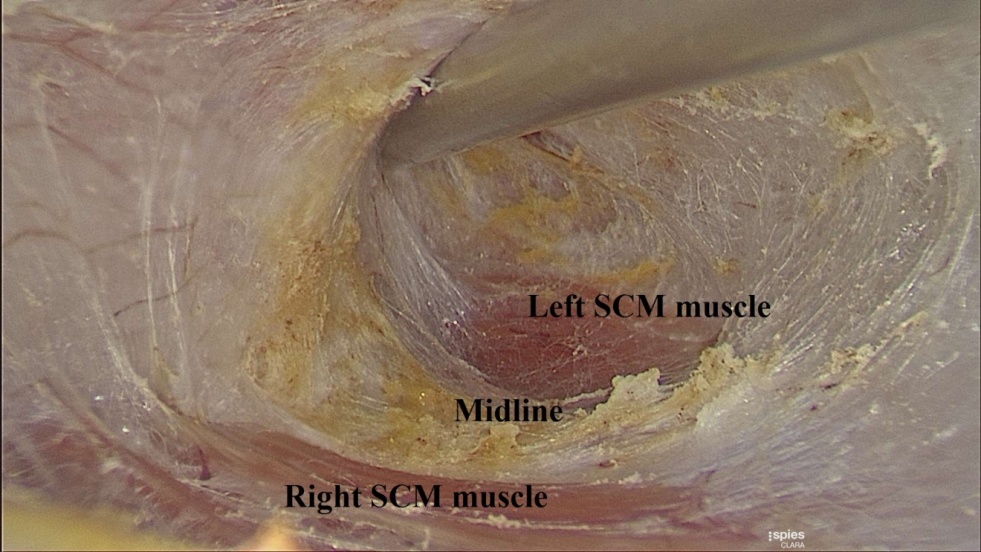
1 trocar 5mm ở bờ vai phải nếu làm bên phải trước

1 trocar 5mm ở bờ vai trái nếu làm bên trái trước

2.2.8.6. Kỹ thuật mổ

\* Thì 1: Rạch da - đặt trocar và tạo khoang làm việc

Rạch da 10mm ở hõm nách phải nếu làm bên phải trước, hướng trocar lên phía trên hõm ức kéo nòng ra và bơm khí CO2 với áp lực 12mmHg, lưu lượng 6 lít/phút. Đặt tiếp 1 trocar 5mm ở bờ vai phải và 1trocar 5mm ở quầng vú vị trí 2h nếu là bên phải, 10h nếu là bên trái, để tạo khoang bằng 2 dụng cụ máy hút và hook. Tách dần về phía hõm ức, đi đúng lớp xốp. Diện bóc tách tới ngang sụn giáp và bờ ngoài cơ ức đòn chũm.

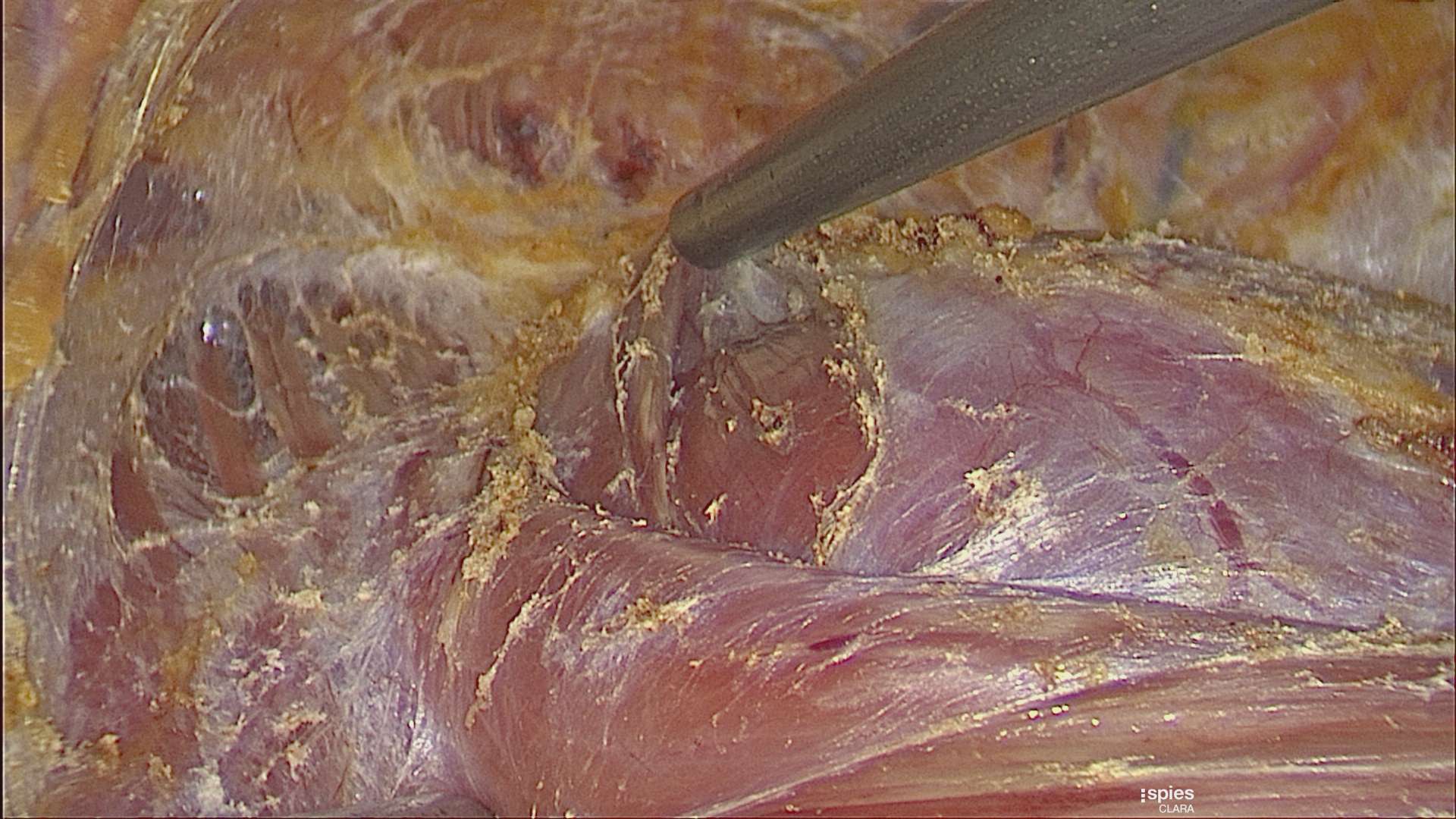


Hình 2.5. Tạo khoang làm việc

*(BN Đoàn Thị Minh N 25 tuổi, số BA 51149 mổ ngày 27/1/2017 )*

\* Thì 2: Phẫu tích bộc lộ tuyến

Tách cơ ức đòn chũm và cơ vai móng, cơ ức giáp: Xác định cơ vai móng, cơ này nằm ở phía trên ngoài hướng từ dưới lên trên từ ngoài vào trong, với gân giữa hai bụng cơ ở ngang mức cơ ức đòn chũm, tách từ bờ dưới cơ này theo lớp cân. Tách dọc cơ ức giáp bằng hook, bộc lộ thùy tuyến giáp.



Hình 2.6. Bộc lộ tuyến giáp

Chú ý trong quá trình bóc tách cần phải xả van khí CO2

\* Thì 3: Cắt gần hoàn toàn tuyến giáp

+ Phẫu tích cực trên:

Cực trên tuyến giáp liên quan mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên và tuyến cận giáp trên nên khi phẫu tích dùng panh kẹp vào cực trên tuyến giáp kéo nhẹ và đi sát tuyến để tránh gây tổn thương các thành phần trên. Đốt và cầm máu động mạch giáp trên.

+ Phẫu tích cực dưới:

Lấy panh kẹp cực dưới hoặc dùng ống hút nâng nhẹ lên, dùng dao siêu âm hoặc hook tách cực dưới tuyến giáp ra khỏi tổ chức xung quanh.

Phẫu tích tỷ mỷ và đi sát với tuyến giáp để tránh làm tổn thương tuyến cận giáp dưới cùng với mạch nuôi tuyến cận giáp.

+ Tách phần sau của thuỳ tuyến:

Thường các mạch máu của phía sau tuyến giáp là những mạch máu nhỏ nhưng thận trọng vì nằm sau thuỳ tuyến, lệch vào trong khí quản là dây thần kinh quặt ngược chạy từ dưới lên trên. Nên khi phẫu tích tránh làm tổn thương dây thần kinh này.

Bướu Basedow thường nhiều mạch máu, tổ chức tuyến mềm vì vậy khi phẫu tích cần nhẹ nhàng tránh gây chảy máu từ tổ chức tuyến.

+ Cắt tuyến giáp bằng dao siêu âm hoặc hook

Nâng thuỳ từ tuyến lên trước vào trong, cắt từ ngoài vào trong theo chiều dài của thuỳ tuyến, để lại thành sau bằng cách: Dùng hook đo chiều dài 2 - 3cm, chiều rộng khoảng 1,5 - 2cm, chiều cao khoảng 1cm; như vậy lượng tuyến để lại từ 3 - 6g. Cắt tuyến song song với bề mặt của khí quản, từ ngoài vào trong đến khí quản thì cắt eo tuyến. Kiểm tra sự cầm máu của diện cắt nhu mô tuyến.

+ Làm tương tự với thùy còn lại có thể sử dụng panh ở trocar thứ 3 sát núm vú bên đối diện để nâng tuyến giáp khi cắt.

+ Cho túi nilon vào qua lỗ trocar 10mm để lấy phần tuyến giáp bỏ đi. Có thể đặt 1 dẫn lưu tại chỗ.

\* Thì 4: Kiểm tra cầm máu, khâu lại các lỗ trocar: Khâu lại các lỗ trocar bằng chỉ không tiêu mũi rời.

2.2.9. Các chỉ tiêu đánh giá quá trình phẫu thuật và kết quả sau mổ

*2.2.9.1. Quá trình phẫu thuật:*

+ Lượng nhu mô tuyến giáp để lại tính theo GuteKunst. R [22]

V = 0,479 x a x b x c (cm3). 1 cm3 ­= 1g

a: chiều dài (cm)

b: chiều rộng (cm)

c: chiều dày (cm)

+ Thời gian mổ: Được tính bằng phút, từ khi rạch da đến khi khâu xong vết mổ.

+ Lượng máu mất trong mổ: Được tính bằng số ml hút qua bình máy hút.

+ Tai biến trong mổ: Tổn thương thần kinh quặt ngược, tuyến cận giáp, co thắt thanh quản, tổn thương khí quản, phù phổi cấp, tổn thương mạch máu lớn vùng cổ, tử vong hoặc chuyển mổ mở do chảy máu nhiều hoặc các nguyên nhân khác.

2.2.9.2. Hậu phẫu:

+ Các biến chứng giai đoạn sớm sau mổ:

- Chảy máu, tụ máu: Xuất hiện sau mổ trong vòng 12 giờ đầu.

- Suy hô hấp cấp: Xuất hiện trong 48 giờ sau mổ.

- Cơn cường giáp kịch phát: Thường xuất hiện sau mổ 6 giờ đến 72 giờ: thân nhiệt tăng, mạch nhanh, huyết áp tụt, trạng thái tâm thần bồn chồn, u ám.

- Tetani: Thường xuất hiện sau mổ 12 đến 24 giờ. Bệnh nhân có cảm giác tê bì, kiến bò ở da mặt và mu tay. Điển hình có thể thấy co quắp các cơ ngón tay và ngón chân, có dấu hiệu “bàn tay nữ hộ sinh”.

- Tổn thương dây thần kinh quặt ngược: Thường xuất hiện sớm ngay sau mổ. Biểu hiện nói khàn hoặc mất tiếng, khó thở thanh quản, nuốt sặc.

+ Ngày nằm viện sau mổ: Được tính bằng số ngày sau mổ cho đến khi ra viện.

+ Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: Sau 3 đến 5 ngày có kết quả.

***2.2.9.3. Khám kiểm tra, đánh giá kết quả sau mổ 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng và 36 tháng***

+ Đánh giá chức năng tuyến giáp: bình giáp, cường giáp, suy giáp dựa vào xét nghiệm hocmon T3, FT4, TSH và các biểu hiện lâm sàng (mục 2.2.7)

+ Siêu âm tuyến giáp sau 3, 6, 12 và 36 tháng, đánh giá thể tích tuyến giáp để lại (mục 2.2.6)

+ Tổn thương dây thần kinh quặt ngược: Biểu hiện lâm sàng: nói khàn, thở rít hoặc suy hô hấp. Có thể xuất hiện ngay sau mổ. Nếu liệt nhẹ tạm thời bệnh nhân khàn tiếng, giọng thay đổi, các triệu chứng giảm dần và hết sau 3 đến 6 tháng. Nếu nặng có thể tổn thương vĩnh viễn do bị cắt: tình trạng liệt dây thanh âm kéo dài suốt đời mặc dù đa số tổn thương một bên, giọng nói có thể trở về gần như bình thường sau 6 -7 tháng do sự bù trừ của hệ thống dây thanh âm [73].

+ Soi họng để xác định liệt thần kinh quặt ngược tại các thời điểm 3, 6, 12 và 36 tháng.

+ Tetani: Do tổn thương tuyến cận giáp:

- Suy tuyến cận giáp tạm thời: Sau phẫu thuật 3 tháng được điều trị bằng nội khoa các triệu chứng giảm dần và hết. Xét nghiệm Hocmon tuyến cận giáp PTH trong giới hạn bình thường (1,6 – 6,9 pml/l), canxi máu bình thường (2,2-2,65mmol/l).

- Suy tuyến cận giáp vĩnh viễn thời gian sau mổ từ 6 tháng trở lên vẫn còn Tetani, Xét nghiệm PTH và canxi máu giảm [73].

+ Cảm giác vùng cổ - ngực: bình thường hay tê bì, tức nghẹn

*- Bình thường*: Không đau khi vận động vùng cổ, không cảm giác tê bì khi sờ vào

*- Tê bì:* sờ vào da vùng cổ, ngực bị tê, không thấy cảm giác như trước mổ

*- Tức nghẹn:* tức nghẹn vùng cổ khi nói, khi nuốt

+ Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 36 tháng dựa vào [70]

*- Loại tốt*:

Mổ bóc tách dễ, lượng máu mất < 30ml

Không có biến chứng: chảy máu phải mổ lại, nói khàn, hạ canxi huyết

Ổn định về chức năng tuyến giáp

Sẹo mổ đẹp

Bệnh nhân rất hài lòng

*- Loại khá*:

Mổ bóc tách khó, máu mất 30-50ml

Các biến chứng: Nói khàn hoặc hạ canxi máu tạm thời

Ổn định về chức năng tuyến giáp

Sẹo mổ đẹp

Bệnh nhân hài lòng

- *Loại trung bình*:

Mổ bóc tách khó, máu mất 50-100ml

Các biến chứng: Chảy máu, nói khàn và hạ canxi máu tạm thời

Bệnh tái phát

Sẹo mổ bình thường

Cảm tưởng của bệnh nhân: hài lòng hoặc cảm thấy bình thường

*- Loại kém*:

Mổ bóc tách rất khó, máu mất > 100ml

Có biến chứng: chuyển mổ mở, nói khàn hoặc hạ canxi huyết vĩnh viễn

Bệnh tái phát

Sẹo mổ bình thường

Bệnh nhân không hài lòng

+ Đánh giá cảm tưởng của bệnh nhân sau mổ 36 tháng: Bằng cách hỏi và khám bệnh nhân: Rất hài lòng, hài lòng, bình thường, không hài lòng

*- Rất hài lòng:* Không đau, không tê bì, không tức nghẹn, sẹo đẹp coi như không có sẹo

*- Hài lòng*: Không đau, tê bì vùng mổ, không tức nghẹn, sẹo đẹp

*- Bình thường*: Không đau, tê bì vùng mổ, không tức nghẹn. Bệnh nhân cảm giác bình thường, không có ý kiến gì

*- Không hài lòng*: Đau, tê bì vùng cổ, ngực, tức nghẹn vùng cổ khi nói nuốt.

2.3. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ THỐNG KÊ

Các số liệu được xử lý theo các thuật toán thống kê trên máy vi tính bằng chương trình phần mềm SPSS 16.0.

Các kết quả được thể hiện dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn và trung vị.

Test “t” student và χ2 để so sánh kết quả đo giữa các nhóm đối tượng. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05. Sử dụng so sánh phương sai ANOVA để so sánh giá trị trung bình của các nhóm.

Dùng χ2 để so sánh tỷ lệ giữa các nhóm.

Dùng test t có ghép cặp (paired- t- test) để so sánh các kết quả thu được trước và sau phẫu thuật.

Sử dụng phép kiểm Mann-Whitney U-test để so sánh giá trị trung bình các biến định lượng của 2 nhóm. Sử dụng phép kiểm Wilcoxon signed rank test để so sánh biến định lượng trước và sau mổ.

Các biểu đồ và đồ thị được vẽ tự động trên máy vi tính.

Kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê ở mức p < 0,05 .

2.4. KHÍA CẠNH ĐẠO ĐỨC CỦA ĐỀ TÀI

- Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh, không phục vụ mục đích nào khác.

- Những bệnh nhân được chọn vào mẫu nghiên cứu phải tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Mọi thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

- Quy trình phẫu thuật đã thông qua hội đồng khoa học Bệnh viện

**S¬ ®å nghiªn cøu**

**PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GẦN HOÀN TOÀN TUYẾN GIÁP**

**Nhóm tiến cứu**

**(n=40)**

**Nhập dữ liệu từ**

**Hồ sơ bệnh án**

**Lựa chọn đối tượng**

**nghiên cứu**

**Nhóm hồi cứu**

**(n=36)**

**Lựa chọn đối tượng**

**phù hợp nghiên cứu**

**Mẫu thu thập số liệu**

**Bệnh án nghiên cứu**

**Phẫu thuật**

**Khám lâm sàng**

**cận lâm sàng**

**Khám sau mổ**

**(3,6,12,36 tháng)**

**Hậu phẫu**

**Phẫu thuật**

**Đặc điểm: LS,CLS**

**Hậu phẫu**

**Khám sau mổ**

**(3,6,12,36 tháng)**

**Kết luận**

**kết quả nghiên cứu**

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2005 đến tháng 5 năm 2017, nghiên cứu ở 76 bệnh nhân Basedow được chẩn đoán và phẫu thuật nội soi cắt gần hoàn toàn tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, chúng tôi thu được các kết quả nghiên cứu như sau:

3.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH BASEDOW CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI

3.1.1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân Basedow

*\* Theo giới và theo tuổi:*

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Giíi | Số bệnh nhân | Tû lÖ (%) |
| Nam | 2 | 2,6 |
| N÷ | 74 | 97,4 |
| Tæng sè | 76 | 100,0 |

Bảng 3.1 cho thấy: BN nữ (97,4%) nhiều hơn nam (2,6%). Tỷ lệ nữ/nam là 3,75/1.

**Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tuổi | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
| ≤ 20 | 12 | 15,8 |
| 21 – 30 | 47 | 61,8 |
| 31 – 40 | 16 | 21,1 |
| 41 – 50 | 1 | 1,3 |
| Cộng | 76 | 100 |
| Tuổi trung bình  ± SD  (26,38 ± 6,02) | Tuổi nhỏ nhất 14 tuổi  Tuổi lớn nhất 46 tuổi | Trung vị: 26 |

Bảng 3.2 cho thấy: Tuổi trung bình của BN là 26,38 ± 6,02. BN ít tuổi nhất 14 tuổi; BN lớn tuổi nhất 46 tuổi.

Bệnh nhân Basedow gặp ở nhiều nhóm tuổi. Tuy nhiên, nhóm tuổi từ   
21 – 30 gặp với tỷ lệ cao nhất (61,8%).

*\* Theo nghề nghiệp:*

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân Basedow theo nghề nghiệp

Biểu đồ 3.1 cho thấy: BN là cán bộ, công chức chiếm tỷ lệ cao nhất (43,4%), học sinh, sinh viên (22,4%), nghề khác (34,2%).

*\* Theo năm nghiên cứu:*

Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân basedow mổ nội soi theo năm (n=76)

Biểu đồ 3.2 cho thấy: Trong 12 năm (từ năm 2005 – 2017), số BN Basedow có chỉ định mổ nội soi tăng, giảm không đều. Tỷ lệ BN cao nhất là các năm (2012 – 2014) chiếm 38,3%; từ 2015 – 2017 tỷ lệ BN mổ thấp (14,4%).

*\* Theo thời gian mắc bệnh:*

**Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thời gian (tháng) | Số BN | Tỉ lệ (%) |
| < 12 | 17 | 22,4 |
| 12 – 24 | 11 | 14,5 |
| 25 – 36 | 8 | 10,5 |
| 37 – 48 | 8 | 10,5 |
| 49 – 60 | 13 | 17,1 |
| > 60 | 19 | 25,0 |
| Tổng cộng | 76 | 100,0 |

Bảng 3.3. cho thấy: Thời gian mắc bệnh > 60 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (25,0%); tiếp đến là <12 tháng (22,4%); 49 – 60 tháng (17,1%); 12 – 24 tháng (14,5%); 25 – 36 tháng và 37 – 48 tháng đều chiểm tỷ lệ 10,5%.

3.1.2. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

*3.1.2.1. Đặc điểm lâm sàng*

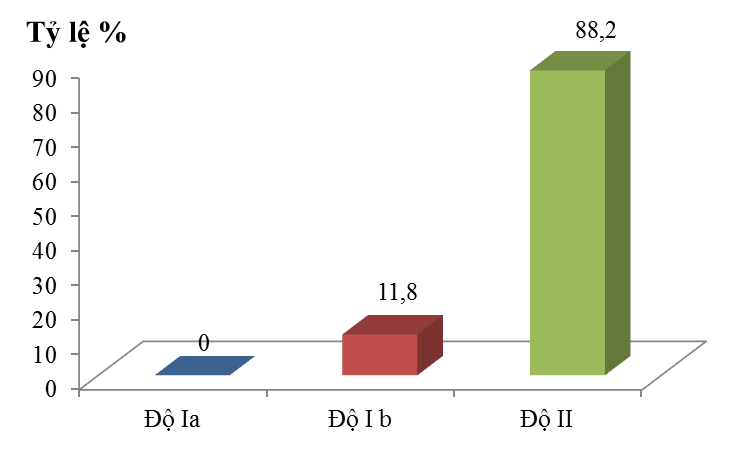
*\* Theo thời gian điều trị nội khoa:*

**Bảng 3.4. Thời gian điều trị nội khoa (n=76)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Thời gian | Ít nhất | Nhiều nhất | ± SD | Trung vị |
| Tháng | 4 | 132 | 50,85 ± 37,06 | 48,00 |

Bảng 3.4 cho thấy: Thời gian điều trị nội khoa ít nhất là 4 tháng, nhiều nhất là 132 tháng (11 năm), trung bình 50,85 ± 37,06 tháng.

*\* Phân loại độ bướu:*



Biểu đồ 3.3. Phân loại độ bướu của bệnh nhân (n=76)

Biểu đồ 3.3 cho thấy: BN bướu độ II chiểm tỷ lệ chủ yếu (88,2%), số còn lại là BN bướu độ Ib (11,8%).

*\* Phân loại theo mật độ bướu:*

**Bảng 3.5. Phân loại mật độ bướu của bệnh nhân**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mật độ | Số BN | Tỉ lệ (%) |
| Mềm | 44 | 57,9 |
| Chắc | 32 | 42,1 |
| Cứng | 0 | 0,0 |
| Tổng cộng | 76 | 100 |

Bảng 3.5 cho thấy: Mật độ bướu mềm chiếm tỷ lệ cao nhất (57,9%), còn lại là mật độ bướu chắc (42,1%).

*\* Theo tần số tim:*

**Bảng 3.6. Tần số tim của bệnh nhân (n=76)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tần số tim | Thấp nhất | Cao nhất | Trung bình | Trung vị |
| Lần/phút | 65 | 90 | 78,37 ± 5,91 | 79 |

Bảng 3.6 cho thấy: Tần số tim trung bình là 78,37 ± 5,91. Người có tần số tim cao nhất là 90 lần/phút; thấp nhất là 65 lần/phút.

*\* Theo tổn thương mắt:*

**Bảng 3.7. Tổn thương mắt của bệnh nhân**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mắt | Số BN (n=76) | Tỷ lệ (%) |
| Mắt bình thường | 67 | 88,2 |
| Mắt có tổn thương | 9 | 11,8 |
| *- Độ 1 (co mi trên)* | *3* | *3,9* |
| *- Độ 2 (phù mi mắt)* | *6* | *7,9* |
| Tổng cộng | 76 | 100 |

Bảng 3.7 cho thấy: Phần lớn (88,2%) BN không có tổn thương mắt. Có 11,8% BN có tổn thương mắt, trong đó, độ 1 – co mi trên (3,9%) và độ 2 – phù mi mắt (7,9%).

*3.1.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng*

*\* Thể tích tuyến giáp trên siêu âm (ml):*

**Bảng 3.8. Thể tích tuyến giáp của bệnh nhân (n=76)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Thể tích | Nhỏ nhất | Lớn nhất | Trung bình | Trung vị |
| ml | 12,5 | 65 | 30,48 ± 1,15 | 28,5 |

Bảng 3.8 cho thấy: Thể tích tuyến giáp trung bình là 30,48 ± 1,15ml. Người có thể tích bướu nhỏ nhất là 12,5ml, lớn nhất là 65ml.

*\* Đốm mạch trước khi điều trị lugol (đốm/cm2)*

**Bảng 3.9. Đốm mạch của bệnh nhân (n=76)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Đốm mạch/cm2 | Ít nhất | Nhiều nhất | Trung bình | Trung vị |
| Số đốm mạch | 1 | 5 | 3,42 ± 0,87 | 2,0 |

Bảng 3.9 cho thấy: Số đốm mạch trung bình của các BN là 3,42 ± 0,87 đốm. Người có ít nhất là 1 đốm, người nhiều nhất là 5 đốm.

*\* Đốm mạch sau khi điều trị lugol (đốm/cm2):*

**Bảng 3.10. Đốm mạch sau khi điều trị lugol (n=76)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Đốm mạch | Ít nhất | Nhiều nhất | Trung bình |
| Số đốm mạch/cm2 | 0,5 | 3,5 | 1,89 ± 0,74 |

Bảng 3.10 cho thấy: Sau khi điều trị lugol, số đốm mạch trung bình của các BN là 1,89 ± 0,74 đốm.

*\* Hocmon tuyến giáp trước mổ:*

**Bảng 3.11. Hocmon T3 và FT4 huyết thanh trước mổ (n=76)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hormon | Thấp nhất | Cao nhất | Trung bình |
| T3 (nmol/l) | 0,86 | 2,9 | 1,55 ± 0,39 |
| FT4 (pmol/l) | 10,22 | 21,72 | 17,25 ± 2,73 |

Bảng 3.11 cho thấy, kết quả xét nghiệm trước mổ:

- Lượng T3 trong huyết thanh trung bình: 1,55 ± 0,39 nmol/l. BN có T3 thấp nhất là 0,86 nmol/l, BN có lượng T3 cao nhất là 2,9 nmol/l.

- Lượng FT4 trong huyết thanh trung bình: 17,25 ± 2,73 pmol/l. BN có FT4 thấp nhất là 10,22 pmol/l, BN có lượng FT4 cao nhất là 21,72 pmol/l.

**Bảng 3.12. Hocmon TSH huyết thanh trước mổ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hocmon | Thấp nhất | Cao nhất | Trung bình |
| TSH (μIU/ml) | 0,03 | 3,5 | 1,13 ± 0,92 |

Bảng 3.12 cho thấy:

Lượng TSH trong huyết thanh trung bình: 1,33 ± 0,92 μIU/ml. BN có TSH thấp nhất là 0,03 μIU/ml), bệnh nhân có lượng TSH cao nhất là 3,5 μIU/ml.

*\* Kháng thể kháng thụ thể TSH trước mổ (TRAb):*

**Bảng 3.13. Nồng độ TRAb trước mổ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Số BN | Thấp nhất | Cao nhất | Trung bình |
| n = 76 | 1,0 | 21,0 | 10,48 ± 3,85 |

Bảng 3.13 cho thấy: Nồng độ TRAb trong huyết thanh trung bình: 10,48 ± 3,85 IU/L. BN có nồng độ TRAb thấp nhất là 1,0 IU/L, BN có nồng độ TRAb cao nhất là 21,0 IU/L.

3.2. Chỉ định phẫu thuật

**Bảng 3.14. Lý do chỉ định phẫu thuật**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lý do chỉ định | Số bệnh nhân | TØ lÖ (%) |
| Điều trị nội khoa thất bại | 4 | 5,3 |
| Bướu gây nuốt vướng | 9 | 11,8 |
| Biến chứng mắt | 9 | 11,8 |
| Tái phát nhiều lần sau điều trị nội khoa | 54 | 71,1 |
| Tổng cộng | 76 | 100 |

Bảng 3.14 cho thấy: Lý do chỉ định phẫu thuật chủ yếu là do bệnh tái phát nhiều lần chiếm tỷ lệ 71,1%. Có 9 bệnh nhân đã điều trị nội khoa thất bại kèm theo biến chứng mắt chiếm tỷ lệ 11,8%.

Nhận xét về chỉ định mổ: Qua bảng 3.14 và biểu đồ 3.3 rút ra được các lý do chỉ định mổ phẫu thuật nội soi Basedow cũng như phẫu thuật mở. Nhưng trong phẫu thuật nội soi mới chỉ định bướu độ I và độ II.

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bệnh Basedow

3.3.1. Kết quả trong mổ

\* Thời gian mổ (phút):

**Bảng 3.15. Thời gian mổ (phút)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Thời gian mổ | Thấp nhất | Cao nhất | Trung bình | Trung vị |
| Tính bằng phút | 40 | 180 | 98,81 ± 30,95 | 97,5 |

Bảng 3.15 cho thấy: Thời gian mổ trung bình cho các BN là 98,81 ± 30,95 phút. Trong đó, ca mổ ngắn nhất 40 phút, ca mổ dài nhất 180 phút.

\* Lượng máu mất (ml):

**Bảng 3.16. Lượng máu mất (ml)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lượng máu mất | Thấp nhất | Cao nhất | Trung bình | Trung vị |
| Tính bằng ml | 15 | 100 | 27,46 ± 12,49 | 25,0 |

Bảng 3.16 cho thấy: Lượng máu mất trung bình của các BN là 27,46 ± 12,49ml. Trong đó, ca mổ có lượng máu mất ít nhất là 15ml, ca mổ có lượng máu mất nhiều nhất là 100ml.

\* Lượng nhu mô tuyến giáp để lại (cm3):

**Bảng 3.17. Lượng nhu mô tuyến giáp để lại (cm3)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lượng nhu mô | Ít nhất | Nhiều nhất | Trung bình | Trung vị |
| Tính bằng ml | 3 | 10 | 6,19 ± 0,97 | 6,0 |

Bảng 3.17 cho thấy: Lượng nhu mô tuyến giáp để lại trung bình là   
6,19 ± 0,97 cm3. Trong đó, trường hợp để lại lượng nhu mô ít nhất là 3,0 cm3, trường hợp để lại lượng nhu mô nhiều nhất là 10,0 cm3.

\* Tai biến trong mổ:

Trong quá trình mổ có 3 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3,9% có tổn thương tuyến cận giáp. Tổn thương thần kinh quặt ngược 0%, tổn thương khí quản 0%, phù phổi cấp, tổn thương mạch máu lớn, co thắt thanh quản và tử vong không có bệnh nhân nào.

3.3.2. Kết quả và biến chứng sau mổ

\* Biến chứng ngay sau mổ:

**Bảng 3.18 Biến chứng ngay sau mổ (n=76)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Các biểu hiện | Số bệnh nhân | Tỉ lệ % |
| Không biến chứng | 68 | 89,6 |
| Có biến chứng | 8 | 10,4 |
| *- Chảy máu, tụ máu* | *3* | *3,9* |
| *- Tê tay chân* | *3* | *3,9* |
| *- Nói khàn* | *2* | *2,6* |
| *- Chuyển mổ mở* | *0* | *0,0* |
| *- Suy hô hấp* | *0* | *0,0* |
| *- Cơn cường giáp cấp* | *0* | *0,0* |
| Cộng | 76 | 100,0 |

Bảng 3.18 cho thấy: Có 8 BN chiếm tỷ lệ 10,4% có biến chứng sau mổ gồm: chảy máu, máu tụ (3,9%); tê tay chân (3,9%) và nói khàn (2,6%).

\* Thời gian nằm viện sau mổ:

**Bảng 3.19. Số ngày nằm viện sau mổ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Thời gian | Ít nhất | Nhiều nhất | Trung bình | Trung vị |
| Số ngày | 4 | 12 | 6,05 ± 1,42 | 6,0 |

Bảng 3.19 cho thấy: Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 6,05 ± 1,42 ngày. Trong đó, ít nhất là 4 ngày, nhiều nhất là 12 ngày.

*\* Kết quả mô bệnh học sau mổ:*

76/76 (100%) BN có kết quả mô bệnh học lành tính, tăng năng giáp.

\* Đánh giá lâm sàng sau mổ:

**Bảng 3.20. Tỷ lệ biến chứng theo thời gian**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Biến chứng | Sau 3 tháng  **(n=74)** | | Sau 6 tháng  **(n=73)** | | Sau 12 tháng  **(n=72)** | | Sau 36 tháng  **(n=55)** | |
| SL | % | SL | % | SL | % | SL | % |
| Không biến chứng | 68 | 91,9 | 69 | 96,4 | 70 | 97,2 | 54 | 98,2 |
| p | p < 0,05 | | | | | | | |
| Có biến chứng | 6 | 8,1 | 4 | 5,6 | 2 | 2,8 | 1 | 1,8 |
| p | p < 0,05 | | | | | | | |

Bảng 3.20 cho thấy:

- Tỷ lệ BN không có biến chứng sau mổ tăng dần theo thời gian sau mổ: sau 3 tháng (91,9%), sau 6 tháng (96,4%), sau 12 tháng (97,2%), sau 36 tháng 98,2%. Sự khác biệt về tỷ lệ không biến chứng ở 2 thời điểm sau mổ 3 tháng và 36 tháng là có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

- Tỷ lệ BN có biến chứng sau mổ giảm dần theo thời gian sau mổ: sau 3 tháng (8,1%), sau 6 tháng (5,6%), sau 12 tháng (2,8%) và sau mổ 36 tháng là 1,8%. Sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng ở 2 thời điểm sau mổ 3 tháng và 36 tháng là có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

**Bảng 3.21. Các biến chứng sau mổ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Biến chứng | Sau 3 tháng  (n=74) | | Sau 6 tháng  (n=73) | | Sau 12 tháng  (n=72) | | Sau 36 tháng  (n=55) | |
| SL | % | SL | % | SL | % | SL | % |
| - Tê vùng mổ | 3 | 4,0 | 2 | 2,73 | 1 | 1,38 | 0 | 0,0 |
| - Tê tay chân | 2 | 2,7 | 2 | 2,73 | 1 | 1,38 | 1 | 1,8 |
| - Nói khàn | 1 | 1,35 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Cộng | 6 | 8,1 | 4 | 5,5 | 2 | 2,8 | 1 | 1,8 |
| p | p < 0,05 | | | | | | | |

Bảng 3.21 cho thấy:

- Nói khàn là biến chứng chỉ xuất hiện ở thời điểm sau mổ 3 tháng (1/74=1,35%).

- Tê vùng mổ và tê tay chân giảm dần theo thời gian chỉ còn 1 BN sau 12 tháng và sau 36 tháng.

\* Đánh giá cận lâm sàng sau mổ:

**Bảng 3.22. Nồng độ T3 huyết thanh sau mổ (nmol/l)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ | Trước mổ  (n=76) | | Sau mổ | | | | |
| 3 tháng  (n=74) | | 6 tháng  (n=73) | 12 tháng  (n=72) | 36 tháng  (n=55) |
| Thấp nhất | 0,86 | | 0,13 | | 0,56 | 1,05 | 1,28 |
| Cao nhất | 2,9 | | 4,2 | | 3,7 | 3,46 | 3,14 |
| Trung bình | 1,55 | | 1,77 | | 1,76 | 2,12 | 2,43 |
| Độ lệch chuẩn | 0,39 | | 0,61 | | 0,60 | 0,59 | 0,65 |
| Trung vị | 1,405 | | 1,6 | | 1,54 | 1,95 | 2,78 |
|  | |  | | p <0,05 | | | |

Bảng 3.22 cho thấy:

- Nồng độ T3 trong huyết thanh trung bình trước và sau mổ 3, 6, 12, 36 tháng đều trong giới hạn bình thường.

- Tuy nhiên, nồng độ T3 sau mổ 12 tháng và 36 tháng tăng lên rõ rệt so với trước mổ, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Biểu đồ 3.4. Biến đổi nồng độ T3 huyết thanh trước và sau mổ (nmol/l)

Biểu đồ 3.4 cho thấy:

Nồng độ T3 trong huyết thanh sau mổ 3, 6, 12, 36 tháng có xu hướng tăng lên nhưng đều trong giới hạn bình thường.

**Bảng 3.23. Nồng độ FT4 huyết thanh sau mổ (pmol/l)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ | Trước mổ  (n=76) | Sau mổ | | | |
| 3 tháng  (n=74) | 6 tháng  (n=73) | 12 tháng  (n=72) | 36 tháng  (n=55) |
| Thấp nhất | 10,22 | 9,2 | 8,15 | 7,34 | 12,25 |
| Cao nhất | 21,72 | 27,4 | 25,4 | 28,2 | 25,20 |
| Trung bình | 17,25 | 18,54 | 16,32 | 15,22 | 16,72 |
| Độ lệch chuẩn | 2,73 | 2,77 | 2,61 | 2,43 | 2,61 |
| Trung vị | 17,55 | 18.7 | 16,34 | 15,15 | 16,67 |
|  |  | p >0,05 | | | |

Bảng 3.23 cho thấy:

Nồng độ FT4 trong huyết thanh trung bình trước và sau mổ 3, 6, 12, 36 tháng đều nằm trong giới hạn bình thường. Nồng độ FT4 sau mổ 12 tháng và 36 tháng (15,22 và 16,72pmol/l thấp hơn so với trước mổ (17,25pmol/l. Tuy nhiên, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Biểu đồ 3.5. Biến đổi nồng độ FT4 huyết thanh trước và sau mổ (pmol/l)

Biểu đồ 3.5 cho thấy:

Nồng độ FT4 trong huyết thanh sau mổ 3 đến 12 tháng giảm, từ 12 tháng đến 36 tháng tăng nhẹ và đều nằm trong giới hạn bình thường.

**Bảng 3.24. Nồng độ TSH huyết thanh sau mổ (μIU/ml)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ | Trước mổ  (n=76) | Sau mổ | | | |
| 3 tháng  (n=74) | 6 tháng  (n=73) | 12 tháng  (n=72) | 36 tháng  (n=55) |
| Thấp nhất | 0,03 | 0,05 | 1,24 | 0,42 | 1,02 |
| Cao nhất | 3,5 | 7,3 | 8,2 | 9,25 | 4,25 |
| Trung bình | 1,13 | 1,55 | 1,94 | 1,89 | 1,96 |
| Độ lệch chuẩn | 0,92 | 1,15 | 1,08 | 1,25 | 0,83 |
| Trung vị | 0,91 | 1,2 | 1,54 | 1,54 | 1,67 |
|  | p <0,05 | | | | |

Bảng 3.24 cho thấy:

Nồng độ TSH trong huyết thanh trung bình trước và sau mổ 3, 6, 12, 36 tháng đều nằm trong giới hạn bình thường. Nồng độ TSH sau mổ 12 tháng và 36 tháng (1,89 và 1,96μIU/ml) cao hơn so với trước mổ (1,13μIU/ml). Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Biểu đồ 3.6. Biến đổi nồng độ TSH huyết thanh trước và sau mổ (µIU/ml)

Biểu đồ 3.6 cho thấy:

Nồng độ TSH trong huyết thanh sau mổ 3 tháng đến 6 tháng tăng nhẹ, sau 6 tháng đến 12 tháng giảm ít và sau 12 tháng đến 36 tháng tăng nhẹ nhưng đều nằm trong giới hạn bình thường.

**Bảng 3.25. Liên quan giữa nồng độ trung bình T3, FT4 và TSH**

**huyết thanh trước và sau mổ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thời gian | T3  (nmol/l) | FT4  (pmol/l) | TSH  (µIU/ml) |
| Trước mổ  (n=76) | 1,55 | 17,25 | 1,13 |
| Sau mổ 3 tháng  (n=74) | 1,77 | 18,54 | 1,55 |
| Sau mổ 6 tháng  (n=73) | 1,76 | 16,32 | 1,94 |
| Sau mổ 12 tháng  (n=72) | 2,12 | 15,22 | 1,89 |
| Sau mổ 36 tháng  (n=55) | 2,43 | 16,72 | 1,96 |

Bảng 3.25 cho thấy:

- Nồng độ T3, FT4 trong huyết thanh trung bình trước và sau mổ 3, 6, 12, 36 tháng đều trong giới hạn bình thường.

- Nồng độ TSH trong huyết thanh trung bình trước và sau mổ 3, 6, 12, 36 tháng đều nằm trong giới hạn bình thường. Như vậy không có sự biến đổi hormon nhiều sau mổ 36 tháng.

**Bảng 3.26. Nồng độ canxi huyết thanh sau mổ (mmol/l)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ | 3 tháng  (n=74) | 6 tháng  (n=73) | 12 tháng  (n=72) | 36 tháng  (n=55) |
| Thấp nhất | 2,05 | 1,95 | 2,1 | 2,05 |
| Cao nhất | 2,6 | 2,62 | 2,62 | 2,43 |
| Trung bình | 2,33 | 2,41 | 2,35 | 2,21 |
| Độ lệch chuẩn | 0,14 | 0,11 | 0,11 | 0,08 |
| Trung vị | 2,32 | 2,41 | 2,35 | 2,2 |
|  | p > 0,05 | | | |

Bảng 3.26 cho thấy: Nồng độ canxi trong huyết thanh trung bình sau mổ 3, 6, 12 và 36 tháng đều trong giới hạn bình thường. Sự khác biệt vệ nồng độ can xin máu ở các thời điểm sau phẫu thuật là không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

**Bảng 3.27. Nồng độ PTH huyết thanh sau mổ (pg/ml)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ | 3 tháng  (n=74) | 6 tháng  (n=73) | 12 tháng  (n=72) | 36 tháng  (n=55) |
| Thấp nhất | 1,42 | 1,48 | 1,51 | 1,72 |
| Cao nhất | 6,2 | 6,6 | 6,15 | 6,77 |
| Trung bình | 4,08 | 4,2 | 4,29 | 3,87 |
| Độ lệch chuẩn | 1,27 | 1,20 | 1,18 | 1,13 |
| Trung vị | 4,165 | 4,24 | 4.275 | 3,965 |

Bảng 3.27 cho thấy: Nồng độ PTH trong huyết thanh trung bình sau mổ 3 tháng (4,08pg/ml), 6 tháng (4,93pg/ml), 12 tháng (4,29pg/ml), 36 tháng (3,88pg/ml) đều trong giới hạn bình thường.

\* Kết quả soi tai mũi họng đánh giá mức độ liệt dây thanh:

**Bảng 3.28. Kết quả khám dây thanh sau mổ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dây thanh | Sau 3 tháng  (n=74) | Sau 6 tháng  (n=73) | Sau 12 tháng  (n=72) | Sau 36 tháng  (n=55) |
| Không liệt (%) | 74 (100%) | 73 (100%) | 72 (100%) | 55 (100%) |
| Có liệt (%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |

Bảng 3.28 cho thấy: 100% BN không có tổn thương liệt dây thanh sau mổ 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng.

\* Đánh giá chức năng tuyến giáp sau mổ:

**Bảng 3.29. Chức năng tuyến giáp sau mổ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Chức năng tuyến giáp | Sau 3 tháng  (n=74) | | Sau 6 tháng  (n=73) | | Sau 12 tháng  (n=72) | | Sau 36 tháng  (n=55) | |
| SL | % | SL | % | SL | % | SL | % |
| - Bình giáp | 70 | 94,6 | 70 | 95,8 | 69 | 96,1 | 53 | 96,4 |
| - Suy giáp | 2 | 2,7 | 2 | 2,8 | 2 | 2,6 | 1 | 1,8 |
| - Cường giáp | 2 | 2,7 | 1 | 1,4 | 1 | 1,3 | 1 | 1,8 |
| Tổng cộng | 74 | 100 | 73 | 100 | 72 | 100 | 55 | 100 |

Bảng 3.29 cho thấy:

- Tỷ lệ bình giáp đạt trên 90% và dao động không đáng kể theo thời gian sau mổ: 3 tháng (94,6%), 6 tháng (95,8%), 12 tháng (96,1%), 36 tháng (96,4%).

- Tại 4 thời điểm sau mổ, 3 thời điểm có 2 BN bị suy giáp.

- Sau mổ 3 tháng có 2 BN cường giáp, tuy nhiên, sau 6 tháng, 12 tháng và 36 tháng chỉ còn 1 BN.

\* Đánh giá thể tích nhu mô giáp để lại sau mổ:

**Bảng 3.30. Thể tích nhu mô giáp để lại trên siêu âm (cm3)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ | 3 tháng  (n=74) | 6 tháng  (n=73) | 12 tháng  (n=72) | 36 tháng  (n=55) |
| Thấp nhất | 2,9 | 2,9 | 2,6 | 2,72 |
| Cao nhất | 8,3 | 8,2 | 7,8 | 9,2 |
| Trung bình | 5,59 | 5,93 | 6,10 | 6,40 |
| Độ lệch chuẩn | 1,43 | 1,26 | 1,10 | 1,17 |
| Trung vị | 5,85 | 6,1 | 6,3 | 6,4 |
|  | *p > 0,05* | | | |

Bảng 3.30 cho thấy:

Thể tích nhu mô sau mổ 3, 6, 12 và 36 tháng được xác định bằng siêu âm khá ổn định. Sự khác biệt về thể tích nhu mô giáp để lại sau mổ ở các thời điểm xác định bằng siêu âm là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

**Bảng 3.31. Liên quan giữa nồng độ trung bình T3, FT4, TSH**

**huyết thanh và nhu mô tuyến giáp để lại**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Thời gian | T3  (nmol/l) | FT4  (pmol/l) | TSH  (µIU/ml) | Thể tích TG (ml) |
| Trước mổ  (n=76) | 1,55 | 17,25 | 1,13 | 30,48 |
| Sau mổ 3 tháng  (n=74) | 1,77 | 18,54 | 1,55 | 5,59 |
| Sau mổ 6 tháng  (n=73) | 1,76 | 16,32 | 1,94 | 5,93 |
| Sau mổ 12 tháng  (n=72) | 2,12 | 15,22 | 1,89 | 6,10 |
| Sau mổ 36 tháng  (n=55) | 2,43 | 16,72 | 1,96 | 6,40 |

Bảng 3.31 cho thấy:

- Nồng độ T3, FT4, TSH trong huyết thanh trung bình trước và sau mổ 3, 6, 12, 36 tháng đều trong giới hạn bình thường.

- Thể tích tuyến giáp sau mổ từ 3 tháng đến 36 tháng có xu hướng tăng lên theo thời gian.

\* Đánh giá tiến triển tổn thương mắt sau mổ

**Bảng 3.32. Tiến triển tổn thương mắt sau mổ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ | Trước mổ | Sau  3 tháng  (n=74) | | Sau  6 tháng  (n=73) | | Sau  12 tháng  (n=72) | | Sau  36 tháng  (n=55) | |
| Khỏi | Giảm | Khỏi | Giảm | Khỏi | Giảm | Khỏi | Giảm |
| Co mi trên | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Phù mi mắt | 6 | 3 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 2 |
| Số BN | 9 | 5 | 4 | 6 | 3 | 6 | 3 | 6 | 3 |
| Tỷ lệ % | 100 | 55,5 | 44,5 | 66,6 | 33,4 | 66,6 | 33,4 | 66,6 | 33,4 |

Bảng 3.32 cho thấy:

Trong 9 bệnh nhân có biến chứng mắt được phẫu thuật cắt gần hoàn toàn tuyến giáp tiến triển ở mắt sau 36 tháng phẫu thuật có 6/9 BN chiếm tỷ lệ 66,6% khỏi co mi trên và phù mi mắt, 3/9 BN chiếm 33,4% giảm co mi trên và phù mi mắt.

*\* Đánh giá kết quả điều trị:*

**Bảng 3.33. Đánh giá kết quả điều trị sau mổ 36 tháng**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kết quả điều trị | n | Tỷ lệ % |
| Tốt | 49 | 89,0 |
| Khá | 3 | 5,5 |
| Trung bình | 3 | 5,5 |
| Kém | 0 | 0 |
| Tổng | 55 | 100 |

Bảng 3.33 cho thấy:

- Đánh giá kết quả điều trị sau mổ 36 tháng tốt đạt 89%, khá đạt 5,5% và trung bình 5,5%.

*\* Sự hài lòng của bệnh nhân sau mổ:*

**Bảng 3.34. Sự hài lòng của bệnh nhân sau mổ 36 tháng (n=55)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mức độ hài lòng | Số bệnh nhân | Tỉ lệ (%) |
| Rất hài lòng | 45 | 81,8 |
| Hài lòng | 6 | 10,9 |
| Bình thường | 4 | 7,3 |
| Không hài lòng | 0 | 0 |
| Tổng cộng | 55 | 100 |

Bảng 3.34 cho thấy: Tỷ lệ BN rất hài lòng và hài lòng với kết quả phẫu thuật nội soi sau mổ 36 tháng đạt rất cao (92,7%). Tỷ lệ BN cho là kết quả đạt ở độ bình thường là 7,3%. Không có BN nào không hài lòng.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. VỀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH BASEDOW CỦA BỆNH NHÂN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI

4.1.1. Độ lớn của bướu

Độ lớn của bướu trên lâm sàng chúng tôi dựa theo phân độ của WHO (năm 1995) trong nghiên cứu chúng tôi: độ Ib có 9 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 11,8%, độ II có 67 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 88,2%.

Okamato.T và Cs (1993) cho thấy bướu giáp có thể tích lớn thì tỷ lệ cường giáp tái phát sau mổ càng cao [34].

Theo Đỗ Trung Quân [74] bướu Basedow là bướu lan tỏa thùy phải lớn hơn thùy trái, bướu thường to độ II chiếm 70,62%, độ III chiếm 13,03%.

Độ lớn của bướu khám trên lâm sàng kết hợp với siêu âm đánh giá thể tích tuyến giáp là 1 trong các yếu tố để quyết định chỉ định phẫu thuật. Các tác giả thường chỉ định điều trị ngoại khoa mổ mở bệnh Basedow với bướu độ II và độ III. Nhưng khi mổ nội soi việc thực hiện ở bệnh nhân bướu quá lớn sẽ thực hiện khó khăn hơn do còn nhiều mặt hạn chế nên chúng tôi lựa chọn độ Ib và độ II.

4.1.2. Mật độ bướu

Bướu giáp trong bệnh Basedow đa số có mật độ mềm và lan tỏa vì bướu Basedow bản chất là bướu mạch. Khi được điều trị thuốc kháng giáp tổng hợp và dung dịch lugol 1% làm giảm sự tưới máu của tuyến giáp giúp mô tuyến chắc lại. Trong 76 bệnh nhân chúng tôi gặp có 32 bệnh nhân mật độ bướu chắc chiếm 42,1%; 44 bệnh nhân có mật độ bướu mềm chiếm 57,9%, không có trường hợp nào mật độ bướu cứng.

4.1.3. Thời gian điều trị nội khoa

Các tác giả trên thế giới cũng nghiên cứu và kết quả điều trị phẫu thuật bệnh Basedow với phương pháp cắt gần hoàn toàn tuyến giáp ở bệnh nhân được điều trị nội khoa trước mổ và không được điều trị nội khoa trước mổ.

Thời gian mắc bệnh qua nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân ngắn nhất là 4 tháng, nhiều nhất 132 tháng. Đây cũng là thời gian bệnh nhân bắt đầu điều trị nội khoa.

Theo Kariakin A.M. và Cs (1992), khi nghiên cứu kết quả sau mổ từ 3 đến 9 năm nhận thấy sự tái phát của bệnh nhân không được điều trị trước mổ cao hơn bệnh nhân được điều trị trước mổ là 5,4% với phương pháp cắt gần toàn bộ tuyến giáp [75].

Theo Lê Huy Liệu [4] để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân không bao giờ được phép mổ một bệnh nhân khi bệnh đang tiến triển mà không điều trị chuẩn bị tốt trước về nội khoa. Mọi bệnh nhân phải được trở về tình trạng chức năng tuyến giáp bình thường bằng các thuốc kháng giáp tổng hợp và các thuốc hỗ trợ khác. Điều trị nội khoa tốt giúp tránh được cơn nhiễm độc giáp xảy ra trong và sau mổ.

Nguyễn Ngọc Trung [44] thời gian điều trị nội khoa trung bình trước khi mổ là 17,0±3,1tháng.

Lê Công Định thời gian điều trị nội khoa lớn hơn 2 năm tỷ lệ là 50%. Trung bình là 17 tháng [59].

4.1.4. Độ lồi mắt trên lâm sàng

Tác giả Eckstein A.K. và Cs (2007) [76] trong một nghiên cứu đánh giá liên quan giữa lồi mắt trong bệnh Basedow và tình trạng tái phát sau mổ, tác giả đã tiến hành nghiên cứu trên 156 bệnh nhân. Tác giả cho rằng các bệnh nhân lồi mắt nặng và TRAb tăng cao rất dễ có nguy cơ tái phát cao sau mổ.

Theo Tạ Văn Bình [3] bệnh mắt tuyến giáp chiểm khoảng 1/3 người mắc Basedow và có khoảng 5% người bệnh có bệnh mắt nặng.

Tác giả Đặng Trần Duệ [77] trong bệnh Basedow thường gặp từ 25 - 30% có biểu hiện lồi mắt, nhưng thường lồi cả 2 bên, một số ít có thể gặp lồi mắt một bên ở giai đoạn đầu của bệnh.

Tác giả Thái Hồng Quang [78] lồi mắt ở bệnh Basedow có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào, nhưng thường gặp nhất ở lứa tuổi trên 40, nam gặp nhiều hơn nữ. Thường lồi mắt cả 2 bên, lồi mắt 1 bên chiếm từ 10 - 21%. Lồi mắt có thể gặp trước, trong và sau điều trị thuốc kháng giáp tổng hợp, Iod phóng xạ, điều trị phẫu thuật. Mức độ nặng của bệnh Basedow và mức độ nặng của lồi mắt không song song với nhau.

Nghiên cứu Trần Ngọc Lương có 40 bệnh nhân chia 2 nhóm. Tổn thương mắt độ 0 chiếm 85% ở nhóm dao siêu âm và 90% ở nhóm dao điện, độ 1 chiếm 15% ở nhóm dao siêu âm và 90% ở nhóm dao điện, không có bệnh nhân nào tổn thương mắt từ độ 2 trở lên [51].

Trong nghiên cứu của chúng tôi. Tổn thương mắt độ 0 chiếm 88,2%, độ 1 chiếm 3,9%, độ 2 chiếm 7,9%.

4.1.5. Thể tích bướu đo trên siêu âm

Thể tích tuyến giáp được xác định bằng siêu âm tuyến giáp thông thường, siêu âm là một xét nghiệm rất cần thiết và ngày càng được áp dụng nhiều trong lâm sàng đặc biệt trong chẩn đoán các bệnh lý tuyến giáp. Đối với bướu Basedow siêu âm đo được thể tích, hình thái tuyến giáp giúp cho phẫu thuật viên quyết định chỉ định mổ nội soi hay mổ mở.

Nghiên cứu của Sasaki A. và Cs với 41 bệnh nhân mổ cắt gần toàn bộ tuyến giáp nội soi thấy thể tích tuyến giáp lớn nhất là 49,9cm3 [79].

Theo Nguyễn Thy Khuê [80] thể tích tuyến giáp bình thường xác định từ 15-20cm3, trên 20cm3 được coi là lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi thể tích được đo qua siêu âm tuyến giáp trước mổ thường là tính chất nhu mô không đều và đa số có tăng sinh mạch. Trong 76 bệnh nhân, bệnh nhân có thể tích nhỏ nhất là 12,5cm3 và lớn nhất là 65cm3, trung bình là 30,48cm3. Nếu thể tích quá lớn thì thời gian mổ sẽ kéo dài hơn.

4.1.6. Số đốm mạch

Số đốm mạch được xác định bằng siêu âm Doppler tuyến giáp. Bản chất bướu trong bệnh Basedow là bướu mạch nên đây là xét nghiệm để thăm dò không thể thiếu được trước khi phẫu thuật. Chúng tôi có tiến hành làm siêu âm Doppler tuyến giáp nhằm đánh giá đốm mạch và sự tưới máu của tuyến giáp. Số đốm mạch trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ nhất là 1,0 đốm và lớn nhất là 5 đốm. Sau khi điều trị lugol trong thời gian 7 ngày siêu âm lại số đốm mạch nhỏ nhất là 0,5 đốm và lớn nhất là 3,5 đốm. Chúng tôi nhận thấy rằng số đốm mạch càng lớn thì sự tưới máu của tuyến giáp càng nhiều và trong quá trình mổ càng khó hơn, lượng máu mất nhiều hơn.

4.1.7. Kết quả định lượng hocmon tuyến giáp và TSH huyết thanh

Tất cả 76 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được xét nghiệm nồng độ T3, FT4 và TSH huyết thanh trước mổ. Các bệnh nhân này đều có nồng độ T3, FT4 ở trong giới hạn bình thường, có 2 trường hợp TSH cao hơn giới hạn bình thường và 3 trường hợp thấp hơn bình thường nhưng lại có nồng độ T3 và FT4 đều trong giới hạn bình thường kèm theo các triệu chứng lâm sàng không có biểu hiện của cường hay nhược giáp. Điều này có thể được giải thích do TSH là hocmon hướng tuyến giáp do vùng thùy trước tuyến yên tiết ra có chức năng điều hòa hoạt động sản xuất T3 và FT4 của tuyến giáp mà không trực tiếp gây ra các biểu hiện lâm sàng phản ánh chức năng của tuyến giáp. Do vậy nồng độ TSH luôn biến động tăng hoặc giảm đi nhanh chóng để có thể điều chỉnh hoạt động sản xuất hocmon của tuyến giáp một cách ổn định.

Như vậy có thể nói tất cả các trường hợp BN nghiên cứu của chúng tôi đều ở tình trạng bình giáp.

4.1.8. Xét nghiệm kháng thể kháng giáp TRAb

Cappelli C. và Cs [81] xác định bệnh Basedow là một bệnh rối loạn tự miễn dịch, đặc trưng là sự có mặt của tự kháng thể TRAb hoạt động kích thích tuyến giáp. TRAb có vai trò trong chẩn đoán và theo dõi điều trị các bệnh Basedow. Từ đó nhận ra các bệnh nhân nào có khả năng khỏi bệnh trong thời gian ngắn điều trị, bệnh nhân nào cần tiếp tục duy trì thuốc kháng giáp lâu hơn và bệnh nhân nào cần các biện pháp can thiệp tối ưu như phẫu thuật hay Iod phóng xạ.

Tác giả Kostka A. (2004) [82] theo dõi các yếu tố có liên quan đến nguy cơ tái phát sau phẫu thuật Basedow cũng chỉ ra rằng TRAb tăng cao có liên quan trực tiếp tới tình trạng cường giáp tái phát sau phẫu thuật.

Quadbeck B. và Cs [83] trong một nghiên cứu của mình đã khẳng định TRAb có giá trị trong chẩn đoán cũng như dự báo tái phát của bệnh Basedow.

Nghiên cứu của Schott M. và Cs [84] nhận thấy vai trò nồng độ TRAb có thể đánh giá tái phát bệnh Basedow, nồng độ TRAb tăng cao cho thấy bệnh nhân sẽ không có hiệu quả điều trị thuốc kháng giáp lâu dài và đối với những bệnh nhân này cần lựa chọn phương pháp điều trị Iod phóng xạ hoặc phẫu thuật.

Tác giả Nguyễn Khoa Diệu Vân [85] nghiên cứu giá trị của TRAb trong chẩn đoán xác định bệnh Basedow dựa vào các tính chất đặc hiệu của bệnh trên lâm sàng, tất cả các bệnh nhân được làm FT4, TSH, TRAb thấy có mối tương quan thuận chặt chẽ giữa nồng độ TRAb và nồng độ FT4, tương quan nghịch với nồng độ TSH. Nồng độ TRAb tăng cao ở 100% bệnh nhân ngay cả khi xét nghiệm FT4 và TSH không rõ ràng. Xét nghiệm TRAb có giá trị trong chẩn đoán xác định bệnh Basedow với độ nhạy và độ đặc hiệu 100% nhất là khi triệu chứng lâm sàng không rõ ràng.

Bệnh nhân bị bệnh mắt Basedow có TRAb dương tính có tỷ lệ rất cao. Do đó xét nghiệm TRAb để xác định bệnh nhân nghi ngờ có bệnh lý mắt Basedow, nhưng trên lâm sàng thì bình giáp, ngoài ra còn giúp phân biệt với các bệnh mắt khác (u ở mắt...) [85], [86].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, xét nghiệm TRAb thực hiện ở 76 bệnh nhân có trị số trung bình là 10,48 ± 3,85 IU/ml. Với trị số trên cho ta thấy 76 bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật Basedow với phương pháp cắt gần hoàn toàn tuyến giáp đều có TRAb tăng cao so với giá trị bình thường của nó. Khi TRAb tăng rất cao thì tỷ lệ tái phát sau điều trị nội khoa cũng như phẫu thuật là cao hơn. Do vậy khi cắt gần hoàn toàn chúng tôi để lại nhu mô giáp ít hơn các bệnh nhân có TRAb không quá cao. Ngoài ra chúng tôi còn dựa vào thời gian điều trị nội khoa, độ tuổi, số đốm mạch… mà tính lượng nhu mô giáp để lại.

4.1.9. Tần số tim

Đo tần số tim trước mổ để đánh giá thêm sự bình giáp trên lâm sàng trước khi mổ. Ngoài ra điện tâm đồ cũng là một xét nghiệm cơ bản cần thiết trước mổ cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy 76 bệnh nhân tần số tim trong giới hạn bình thường, có 1 bệnh nhân tần số tim 90 lần/phút. Bệnh nhân này xét nghiệm về hocmon đều bình thường và được điều trị nội khoa đầy đủ.

4.2. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH BASEDOW BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

4.2.1. Chỉ định phẫu thuật nội soi cho bệnh nhân Basedow

*4.2.1.1. Lựa chọn đối tượng*: Nhu cầu chữa khỏi bệnh và không để lại sẹo đối với những người có quan hệ xã hội rộng ngày càng nhiều. Những bệnh nhân còn trẻ đặc biệt là nữ nhu cầu làm đẹp nhiều hơn. Trước khi đưa bệnh nhân vào danh sách những người mổ nội soi bao giờ chúng tôi cũng giải thích về cách mổ để bệnh nhân hiểu và lựa chọn phương pháp. Chính vì vậy mà đối tượng bệnh nhân của chúng tôi tập trung vào những phụ nữ trẻ tuổi, những bệnh nhân phải giao tiếp nhiều đặc biệt với nghề nghiệp là giáo viên, cán bộ văn phòng. Tỷ lệ bệnh nhân Basedow mổ nội soi theo các năm tăng giảm không đồng đều, từ năm 2015 đến năm 2017, tỷ lệ giảm hơn là do sự lựa chọn bệnh nhân của chúng tôi chặt chẽ hơn ví dụ một số trường hợp Basedow kết hợp với bệnh ung thư tuyến giáp, sau kết quả giải phẫu bệnh lý lại là ung thư tuyến giáp nên chúng tôi không đưa vào nghiên cứu này. Hơn nữa bệnh nhân mổ tại bệnh viện ngày một nhiều nên một phần do lựa chọn của bệnh nhân, một phần do lựa chọn của thầy thuốc để giải quyết nhanh chóng cho người bệnh, nên lựa chọn mổ mở nhiều hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi về giới tính có 74 nữ và 2 nam, tỉ lệ nữ giới chiếm đa số cũng phù hợp với các nghiên cứu khác. Về độ tuổi, chủ yếu ở độ tuổi 21-30 chiếm 61,8%. Đây cũng là độ tuổi trẻ, là viên chức, doanh nghiệp có nhu cầu về thẩm mỹ trước khi bước vào một công việc để có sự tự tin hơn. Trong số nghiên cứu có 1 bệnh nhân ở tuổi 46. Đây là những người có vị trí trong xã hội, phải giao tiếp nhiều vì vậy rất cần và yêu cầu mổ không có sẹo ở cổ. Theo xu hướng phát triển của nền kinh tế xã hội có lẽ việc mở rộng áp dụng kỹ thuật nội soi cho những đối tượng khác cũng hết sức cần thiết.

Trần Ngọc Lương trong 8 năm thực hiện (2003-2011) có 2194 ca bướu giáp mổ nội soi có 101 ca nhiễm độc giáp, trong đó chỉ có 89 ca Basedow cắt gần hoàn toàn tuyến giáp bằng phương pháp nội soi.

Theo tác giả Li Z.Y. và Cs [68] phẫu thuật 37 bệnh nhân Basedow bằng nội soi có 34 nữ và 3 nam.

Theo Lê Quang Toản với 178 bệnh nhân có 22 nam và 156 nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1/7 [87].

Theo Tạ Văn Bình [3], có khoảng 2% phụ nữ mắc bệnh nhưng chỉ có khoảng 0,1% nam giới mắc bệnh Basedow, nữ mắc bệnh nhiều hơn nam từ 5-7 lần. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi từ 20-50 tuổi, nhưng có thể gặp ở lứa tuổi cao hơn.

Đặng Trần Duệ [77] bệnh Basedow gặp ở các lứa tuổi nhưng thường gặp nhất là lứa tuổi từ 25 - 35, hiếm gặp ở trẻ nhỏ và người trên 50 tuổi. Bệnh thường gặp ở nữ hơn nam với tỷ lệ nữ nam là 4/1 - 7/1.

Theo Đặng Ngọc Hùng [45], trong tổng số 2976 ca mổ cắt gần hoàn toàn tuyến giáp điều tri bệnh Basedow tại bệnh viện Quân y 103 từ năm 1989 - 1999, tuổi gặp từ 11 - 72, tuổi trung bình 34,09 ± 8,03; nam chiếm 12,5%; nữ chiếm 87,5%.

Như vậy về độ tuổi và giới các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng độ tuổi thường mắc bệnh Basedow ở lứa tuổi lao động chiếm đa số, tỷ lệ nữ mắc nhiều hơn nam giới từ 5 - 7 lần.

***4.2.1.2. Chỉ định về bệnh lý:***

Các chỉ định mổ nội soi bệnh Basedow còn chưa được thống nhất giữa các phẫu thuật viên:

Tác giả Yamamoto M. và Cs đã mổ thành công cho 12 trường hợp bị bệnh Basedow nhưng số lượng bệnh nhân ở đây còn quá ít để có thể đưa ra được một kết luận có tính chất thuyết phục [62]. Basedow là một bệnh tăng sinh nhiều mạch máu không những ở những mạch máu đến tuyến giáp mà còn ở ngay cả trong tổ chức của tuyến. Chính vì thế mà tổ chức của tuyến khi cắt ra rất mủn và chảy máu rất nhiều. Để dễ dàng và đảm bảo cho quá trình phẫu thuật, từ lâu các nhà nội tiết đã sử dụng dung dịch Lugol 1% uống để làm cho các mạch máu nhỏ đi, thành mạch trở lại dầy hơn, việc cung cấp máu đến cho tuyến giáp ít hơn, tổ chức tuyến giáp trở lên chắc lại; nhưng phẫu thuật nhiều khi còn rất khó ngay cả đối với phẫu thuật mổ mở.

- Sasaki A. và Cs tiến hành cắt gần toàn bộ tuyến giáp nội soi cho 42 bệnh nhân Basedow với các tiêu chuẩn sau: Dị ứng với thuốc kháng giáp tổng hợp, bệnh nhân không muốn điều trị iod phóng xạ, bướu giáp lớn điều trị dai dẳng bằng thuốc kháng giáp tổn hợp không đáp ứng, thể tích tuyến giáp dưới 100 ml được đo bằng chụp cắt lớp vi tính. Tất cả các bệnh nhân phải đạt trạng thái bình giáp trước mổ và được điều trị bằng dung dịch Lugol 7 - 10 ngày trước mổ [63].

- Pornpeera J. và Cs khi tiến hành phẫu thuật nội soi qua đường miệng điều trị bệnh Basedow cho 97 bệnh nhân từ năm 2014 đến 2016 đã đưa ra chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị bệnh Basedow bao gồm: Bệnh Basedow bướu lan tỏa, bướu giáp đa nhân độc, thất bại hoặc tái phát sau 2 năm điều trị bằng thuốc kháng giáp tổng hợp, các triệu chứng có khuynh hướng khu trú, bệnh nhân dị ứng với thuốc kháng giáp trạng [64].

- Hyungju K. và Cs đưa ra chỉ định phẫu thuật nội soi robot theo đường nách ngực 2 bên cho bệnh Basedow tái phát sau điều trị thuốc kháng giáp, triệu chứng có khuynh hướng khu trú, bệnh nhân có mong muốn điều trị phẫu thuật như là biện pháp điều trị khởi đầu, dị ứng với thuốc kháng giáp tổng hợp [65].

- Trần Ngọc Lương và cs thông báo kết quả phẫu thuật nội soi cho 89 bệnh nhân Basedow với thể tích lớn nhất 120ml [48].

- Nguyễn Văn Việt Thành và Cs đã nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi đường nách - quầng vú bằng dao cắt siêu âm cho 76 trường hợp: Bướu giáp đơn nhân: 62(82%), bướu giáp đa nhân 1 thuỳ: 4 (5%), bướu giáp đa nhân 2 thuỳ: 5 (6,5%); Basedow ổn định: 5 (6,5%) [88].

Chỉ định mổ bệnh Basedow còn phụ thuộc vào thời gian mắc bệnh. Nếu bệnh nhân mới được phát hiện thì chúng tôi điều trị nội khoa trước, nếu điều trị nội khoa thất bại hoặc tái đi tái lại nhiều lần, bướu gây chèn ép hoặc mất thẩm mỹ thì chúng tôi cân nhắc chỉ định phẫu thuật.

Theo Lê Huy Liệu [4] để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân, các bệnh nhân Basedow phải được điều trị nội khoa để trở về tình trạng chức năng tuyến giáp bình thường bằng các thuốc kháng giáp tổng hợp và các thuốc hỗ trợ khác. Điều trị nội khoa tốt giúp tránh được cơn nhiễm độc giáp xảy ra trong và sau mổ.

Trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng cho 76 bệnh nhân có chẩn đoán là Basedow. Thời gian mắc bệnh và điều trị nội khoa ngắn nhất là 4 tháng, bệnh nhân dài nhất là 132 tháng. Thời gian điều trị 1-2 năm chiếm tỉ lệ cao nhất (22,4%). Các bệnh nhân trên đều được điều trị bình giáp và chuẩn bị kỹ trước mổ.

*4.2.1.3. Điều trị dung dịch lugol trước mổ*

Dung dịch Lugol 1%, 1ml = 20 giọt tương đương với 25,3mg Iod, với liều dùng từ 4 - 8ml/ngày uống pha loãng với nước cất chia 2 lần (liều tối đa 200mg Iod/24h).

Bệnh nhân được điều trị nội khoa ở tình trạng bình giáp, một đến hai tuần trước mổ điều trị bằng dung dịch Lugol 1% nhằm mục đích làm giảm bớt sự tưới máu của tuyến giáp, đưa nhu mô giáp về trạng thái nghỉ ngơi làm cho nhu mô tuyến giáp chắc lại.

Năm 1923, Plummer lần đầu tiên dùng Iod điều trị bệnh Basedow, mở đầu cho kỷ nguyên điều trị nội khoa và chuẩn bị cho phẫu thuật trên bệnh nhân Basedow, hạ thấp tỷ lệ tử vong trong phẫu thuật từ 20% xuống còn thấp hơn 1%. Theo Nguyễn Hoài Nam, một số tác giả có thể sử dụng iod kết hợp với các thứ thuốc khác để chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật ngắn (7 - 8 ngày trước phẫu thuật) với mục đích giảm thiểu lượng máu mất khi mổ và làm cho cuộc phẫu thuật được dễ dàng nhờ vào sự chắc lại của tuyến giáp dưới tác dụng của iod [89].

Nồng độ Iod tăng trong máu làm tăng dần iod ion hóa trong lòng tuyến giáp. Đến một nồng độ tới hạn, nó sẽ ức chế sự gắn iod với Thyroglobulin, giảm sự kết hợp của DIT và MIT. Kết quả là giảm lượng T3 và T4 lưu hành. Đó là triệu chứng bloc Wolff - Chaikoff hay gọi tắt là hiệu ứng Wolff Chaikoff.

Liều bắt đầu có tác dụng là 5 mg/ngày, tác dụng tối ưu 50 – 100 mg/ngày. Liều 200 mg/ngày và kéo dài có thể nguy hiểm, dẫn tới thể bệnh Iod-Basedow [90].

Liều điều trị thông thường: Dung dịch 1% 20 - 60 giọt (25 - 75,9mg), có thể dùng tới 60 giọt dung dịch 5%.

Chia làm 2 - 3 lần uống pha với sữa, nước, uống vào các bữa ăn chính.

Iod có tác dụng sớm nhưng ngắn hạn, sau vài ngày nó bắt đầu có tác dụng và tác dụng mạnh nhất vào ngày thứ 5 - 15. Sau đó tác dụng giảm nhanh; muốn có tác dụng trở lại cần có thời gian nghỉ 1-2 tuần.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân được dùng dung dịch Lugol 1% với liều 4-8ml/ngày tùy theo độ lớn của bướu cũng như số đốm mạch trên siêu âm. Sau một tuần điều trị số đốm mạch trung bình đã giảm từ 3,42 ± 0,87 đốm/cm2 xuống còn 1,89 ± 0.74 đốm/cm2. Số đốm mạch giảm làm cuộc mổ ít chảy máu, thuận lợi và an toàn hơn.

4.2.2. Kỹ thuật mổ

***4.2.2.1. Phương pháp vô cảm***

Hiện nay phương pháp vô cảm với phẫu thuật tuyến giáp nói chung và Basedow nói riêng trên thế giới và ở Việt Nam rất đa dạng. Các phương pháp như: Gây tê tại chỗ, châm tê, tê đám rối cổ nông, mê tĩnh mạch, gây mê nội khí quản. Việc lựa chọn phương pháp vô cảm tùy thuộc vào từng cơ sở phẫu thuật và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Phương pháp gây tê đám rối cổ nông giúp cho phẫu thuật viên trong mổ có thể kiểm tra giọng nói của bệnh nhân, tránh phẫu tích vào bướu làm tổn thương dây thần kinh quặt ngược. Hậu phẫu nhẹ nhàng, có thể chuyển ngay về phòng theo dõi sau mổ của khoa điều trị mà không phải nằm hồi tỉnh ở hồi sức. Hơn nữa việc không phải đặt ống nội khí quản cũng tránh gây kích thích xuất tiết trong lòng khí phế quản, tránh được nguy cơ gây suy hô hấp sau mổ.

Chúng tôi sử dụng phương pháp vô cảm bằng gây mê nội khí quản. Hầu hết các tác giả trên thế giới hiện nay đều sử dụng phương pháp gây mê này.

Sử dụng phương pháp gây mê nội khí quản vì những lý do sau:

- Kỹ thuật nội soi được áp dụng để mổ bệnh Basedow có thời gian mổ kéo dài hơn mổ mở thông thường vì bướu Basedow có rất nhiều mạch máu, đòi hỏi bệnh nhân phải thật sự yên tĩnh và việc sử dụng các thuốc dãn cơ tạo điều kiện cho phẫu thuật viên thực hiện các thao tác dễ dàng tối đa.

- Những bệnh nhân được lựa chọn để mổ theo kỹ thuật nội soi là những bệnh nhân không có bệnh lý về nội khoa như tim mạch, hô hấp mà có chống chỉ định với gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- Đường rạch da ở hõm nách, sau đó phải bóc tách để đi lên tận vùng cổ, vì thế gây tê tại chỗ, gây tê đám rối cổ nông hay các loại gây tê cục bộ khác không thể đảm bảo được giảm đau hoàn toàn để có thể tiến hành cuộc mổ được trọn vẹn và an toàn.

***4.2.2.2. Tư thế bệnh nhân***

Bệnh nhân nằm ở tư thế ngửa và độn gối dưới vai cũng giống như mổ mở bình thường, đầu quay về phía đối diện với bên mổ, hai tay dạng sang ngang. Với tư thế này hõm nách được mở rộng một cách tối đa vì vậy rạch da cũng dễ hơn và hướng đi từ hõm nách đến hõm ức cũng thẳng và ngắn hơn.

***4.2.2.3. Vị trí đặt trocar***

Vị trí đặt trocar tùy theo từng tác giả:

- Chúng tôi mổ 76 bệnh nhân theo đường nách: rạch da 10mm ở nách để cho ống kính soi. Tạo đường hầm với chiều dài gần bằng chiều dài của trocar để bơm khí vào. Sau đó mới đặt tiếp 2 trocar 5mm với việc kiểm soát đầu trocar chọc tiếp vào bằng ống kính soi ở rìa của quầng vú và đỉnh của hõm nách cùng bên. Từ đó bắt đầu tách khoảng dưới da bằng đốt và cắt. Với cách này chúng tôi thấy rằng việc cầm máu hoàn toàn được chủ động hơn. Đôi khi cũng có những trường hợp máu chảy ra từ những mạch máu ở thành ngực nhưng chúng tôi kiểm soát được hoàn toàn bằng đốt điện chủ động. Trocar cuối cùng đặt thêm sau khi đã tách rộng rãi và cũng được kiểm soát hoàn toàn. Những trocar này được đặt theo 1 nguyên tắc là đủ dụng cụ để làm việc, và những dụng cụ này ở những khoảng cách vừa đủ nhưng không động chạm nhau trong khi thực hiện các thao tác ở bên trong. Với 3 trocar được đặt ở ngực và nách chúng tôi thấy như thế là đủ và hợp lý. Nó vừa tránh được các vết rạch ở cổ, vừa tránh được các thao tác mù một cách tối đa. Chính vì thế về sau này chúng tôi chọn đường nách là đường cơ bản để tách từ hõm nách lên trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp nói chung và bệnh Basedow nói riêng.

- Một số tác giả trong và ngoài nước khi phẫu thuật tuyến giáp bằng phương pháp nội soi sử dụng khung nâng da mới có thể thao tác được hoặc đặt trocar ở các vị trí khác nhau trên cổ và ngực.

**-**  Park Y.L. và Cs [91] mổ bướu giáp nhân rạch da dài 12 mm và 15mm ở ngay trên đầu 2 núm vú, sau đó dùng dụng cụ đầu tù tách mù lên phía hõm ức rồi mới đưa ống kính soi mềm vào. Để tránh chảy nhiều máu tác giả sử dụng tiêm vào dưới da dung dịch epinephrine. Khi tách xong khoảng không (working space) để làm và duy trì khoảng này bằng bơm CO2 áp lực 6mmHg, tác giả mới tiếp tục đặt 1 trocar thứ 3 nằm dưới xương đòn 3 cm ở phía bên có bướu cho dụng cụ mổ và bắt đầu tách cơ để vào tuyến giáp. Chúng tôi không làm theo cách này vì với cách tách mù và phải tách rộng như thế rất dễ làm chảy máu không thể kiểm soát được mặc dù đã tiêm chất làm co mạch.

- Kitano H. và Cs rạch 10mm ở giữa ngực cho ống kính soi, 2 đường rạch 12mm ở 2 bên nách cho dụng cụ, dụng cụ và ống kính soi thay đổi giữa 3 trocar được đặt vào 3 vị trí này. Ngoài ra tác giả còn rạch thêm từ 1 đến 2 đường nữa dài 5mm cho dụng cụ ở bên có bướu. Duy trì khoang làm việc bằng cách nâng từ bên ngoài. Với những vị trí này chúng tôi thấy: đường rạch quá nhiều và dài. Muốn đi tới vị trí ở cổ cũng phải tách mù bằng dụng cụ đầu tù một đoạn xa, vì vậy sẽ làm chảy máu đôi khi nhiều mà khó kiểm soát. Chính vì thế mà chỉ mổ ở 22 bệnh nhân nhưng số lượng máu chảy > 300ml ở tới 4 bệnh nhân trong đó có 1 bệnh nhân chảy tới > 600ml; còn lại là những bệnh nhân < 30ml. Thời gian mổ cũng kéo dài từ 120 - 503 phút với trung bình là 279 phút [66]. Chúng tôi cũng không dùng các vị trí này vì cũng có một đoạn dài tách để đặt trocar và cầm máu không chủ động.

- Miccoli P. và Cs sử dụng đường cổ với đường rạch da dài nhất là 1,5cm nằm ở trên xương ức [92]. Như vậy tuy các đường rạch da ngắn hơn mổ mở bình thường nhưng sau mổ vẫn còn để lại những vết sẹo ở cổ, vì vậy mà chúng tôi không sử dụng đường này

***4.2.2.4. Vị trí phẫu thuật viên***

- Phẫu thuật viên đứng bên phải nếu mổ bên phải trước

- Người phụ 1 đứng cùng bên với phẫu thuật viên và người phụ thứ 2 đứng đối diện với PTV

- Dụng cụ viên đứng bên đối diện với phẫu thuật viên

- Màn hình được đặt phía đầu của bệnh nhân.

***4.2.2.5. Các đường vào***

Hiện nay các đường vào còn chưa thống nhất: Đường cổ, đường ngực - nách và đường miệng, đôi khi các tác giả có thể kết hợp các đường với nhau.

*Đường cổ*: các đường rạch da nằm ở cổ, những vết rạch này gần nơi thương tổn như phẫu thuật mở, có thể sử dụng dụng cụ phẫu thuật thông thường kết hợp với dụng cụ nội soi. Các thao tác trong quá trình mổ nhiều chỗ gần như phẫu thuật mở. Nhưng sau mổ vẫn có những vết sẹo ở cổ, sẹo to và xấu ở những người có cơ địa sẹo lồi.

- Miccoli P. và Cs rạch da dài nhất ở trên hõm ức 1,5cm, các trocar khác cũng được đặt ở vùng cổ, sử dụng nội soi trợ giúp, dụng cụ vừa nội soi vừa là dụng cụ thông thường. Không dùng khí để bơm khi bóc tách tạo khoang [92],[93],[94].

- Inabnet W.B. và Cs cũng sử dụng đặt trocar ở cổ, đường rạch da dài nhất là 15mm. Sau khi tách vào bộc lộ tuyến giáp, xử trí mạch máu ở cực trên xong mới bắt đầu bơm khí. Dùng dụng cụ thường và dụng cụ nội soi [95].

*Đường ngực, nách*: từ nơi rạch da đến thương tổn xa hơn, phải bóc tách nhiều hơn. Dụng cụ sử dụng đòi hỏi phải dùng dụng cụ nội soi, các thao tác trong mổ hoàn toàn là những thao tác của phẫu thuật nội soi vì vậy đòi hỏi các phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi. Nhưng sau mổ các vết sẹo hoàn toàn có thể che đậy được bằng áo kể cả cho những người có cơ địa sẹo lồi.

- Park Y.L. và Cs rạch 1 đường ở ngực, 2 đường ở 2 bên đầu vú, bơm khí áp lực 6mmHg, dùng dụng cụ nội soi thông thường [91].

- Kitano H. và Cs rạch 3 đường 12mm: 1 ở giữa ngực, 2 ở hai bên nách, không dùng khí bóc tách mà, dùng hệ thống nâng, sử dụng cụ nội soi thông thường [66].

- Shimizu K. và Cs rạch da dưới xương đòn có thể dài tới 3cm tuỳ theo thể tích, 2 đường rạch còn lại ở trên cổ, dùng hệ thống nâng da, không dùng khí để bóc tách tạo khoang làm việc, dùng dụng cụ nội soi thông thường [96].

- Yamamoto M. và Cs đặt 3 trocar ở ngực với đường rạch da dài nhất là 15mm, bơm khí với áp lực 5mmHg, dùng toàn bộ dụng cụ nội soi [62].

- Ikeda Y. và Cs đặt 1 trocar ở dưới xương đòn và 2 trocar ở quầng vú [97].

- Trần Ngọc Lương vào tuyến giáp theo đường ngực – nách. Mỗi bên dùng 3 trocar: 1 trocar 10mm tại đường nách giữa cho ống kính soi, 1trocar 5mm tại đỉnh hõm nách, 1 trocar tại quầng vú [60].

*Đường miệng:* phẫu thuật theo các hố tự nhiên không để lại sẹo nhưng sau mổ người bệnh bị tê vùng môi miệng nhiều. Các dụng cụ thường chạm nhau, khó thực hiện thao tác. Các tác giả thường dùng trocar theo 3 cách. Cách 1: Đặt 1 trocar 10 mm và 2 trocar 5 mm ở vị trí sàn miệng. Cách 2: Đặt cả 3 trocar phía trong môi dưới, ngoài cung hàm dưới, bơm khí CO2 để tạo khoang. Cách 3: Đặt 1 trocar 10 tại sàn miệng trong cung hàm, 2 trocar 5 mm ngoài cung hàm dưới [64], [98],[99],[100].

Nghiên cứu chúng tôi đường vào là đường ngực – nách, mỗi bên đặt 3 trocar: 1 trocar 10mm ở hõm nách, 1trocar 5mm ở quầng vú và 1trocar 5mm ở bờ vai. Như thế đường vào cũng ngắn và thuận lợi cho quá trình thao tác với dụng cụ nội soi ổ bụng thông thường.

***4.2.2.6. Tạo khoang làm việc***

Khoang làm việc, khoang này được tạo ra nhờ vào việc bóc tách lớp dưới da, các lớp cơ và bóc tách đúng lớp, không làm thương tổn đến các thành phần liên quan trong quá trình phẫu thuật.

Để duy trì khoang làm việc cho đến nay cũng có 2 cách:

Nâng da lên bằng dụng cụ từ bên ngoài: Phương pháp này được các tác giả Nhật Bản thực hiện nhưng cần phải có bộ dụng cụ, phải chọc các lỗ treo ở da mới bóc tách ở vùng cổ, vùng ngực, mất thời gian để thực hiện và dụng cụ chiếm chỗ trong khoảng không bên ngoài gây khó khăn cho các thao tác.

Bơm khí CO2 để nâng tấm da vừa được bóc tách. Phương pháp này có ưu điểm lớn là không cần phải có dụng cụ chuyên dụng, không phải chọc các lỗ treo, tận dụng được tác dụng lách vào khoảng trống để làm rộng thêm khoảng không của khí, đồng thời việc bóc tách được dễ dàng hơn nhờ tác dụng đẩy của khí được bơm vào. Nhưng các tác giả vẫn còn sợ tác dụng làm tăng thán huyết do khí bơm vào và tràn khí dưới da vùng đầu mặt cổ. Vì vậy chưa thống nhất được áp lực bơm bao nhiêu cho vừa đủ.

Gottlieb A. và Cs đã thông báo 1 trường hợp tăng PaCO2 nặng nề trong khi mổ cường cận giáp bằng kỹ thuật nội soi cho 1 bệnh nhân 37 tuổi với việc bơm CO2. Trong thông báo, các tác giả đã cho rằng việc bơm CO2 với áp lực cao (có lúc đến 20mmHg) rất cần thiết để tạo ra khoang làm việc, và với việc bơm CO2 được duy trì ở áp lực 15mmHg hay cao hơn này trong suốt cuộc mổ đã gây ra sự tăng thán huyết nặng (hypercarbia) thậm chí ngay cả với việc thông khí tăng lên tới mức 20L/phút. Ngoài ra còn xảy ra hiện tượng tràn khí dưới da nặng ở vùng đầu, mặt, ngực, bụng, vùng bẹn bìu. Các tác giả kết luận rằng khí CO2 không thích hợp để sử dụng bơm vào trong vùng cổ cho mổ nội soi [101].

Ngược lại, với 5 bệnh nhân mổ cắt thuỳ tuyến giáp bằng nội soi, Ochiai Ryoichi O. và Cs đã mổ liên tiếp 5 bệnh nhân với bơm CO2 áp lực 6 mmHg, tạo đường hầm từ dưới thành ngực lên. Sử dụng bộ đo calo gián tiếp để đánh giá sự hấp thụ CO2 từ phẫu trường mổ; ngoài ra còn theo dõi các thông số khác như pHa, PaCO2, PaO2, sự loại bỏ CO2 (VeCO2). Trước và sau khi mổ không thấy có sự khác nhau về các thông số này. Phẫu thuật đã tiến hành thuận lợi không có biến chứng. Các tác giả cho rằng nếu sử dụng các khí khác ví dụ như Helium thì khả năng hoà tan trong nước kém hơn CO2 vì thế độ an toàn kém hơn CO2 thậm chí có thể gây ra tắc mạch khí. Do đó CO2 có thể được sử dụng không bị nhiễm độc nếu như áp lực bơm khí ở mức độ an toàn (6mmHg) [102].

Để tránh tràn khí dưới da vùng đầu mặt Ohgami M. và Cs. Part Y.L. và Cs dùng băng dính dán vào vùng dưới cằm trong khi mổ [91],[103].

Tất cả các tác giả trên đều sử dụng dao cắt siêu âm (ultrasound harmonic scalpel) để cầm máu và cắt tổ chức mà ưu điểm của dao là không sinh nhiệt và tạo nhiều khói trong quá trình phẫu thuật, với những mạch máu lớn thì cặp cắt bằng clip titanium.

Chúng tôi thấy rằng: việc nâng da từ bên ngoài có thể thực hiện được nhưng cần phải có dụng cụ, việc lắp ráp dụng cụ trong quá trình mổ đòi hỏi phải mất thời gian, khoảng không bên ngoài chỗ mổ bị cản trở do đặt dụng cụ, tuy sau mổ không để lại sẹo lớn nhưng cũng có nhiều vết như kim châm. Trong khi không có dụng cụ này, chúng tôi vẫn sử dụng tạo khoang làm việc bằng bơm khí CO2. Việc bơm khí được thực hiện ngay từ bước đầu tiên khi đặt trocar 10mm để tạo đường hầm. Chúng tôi đặt áp lực ở chế độ 12mmHg. Nhờ áp lực này, nếu đi đúng đường mà khí CO2 đã len vào các tổ chức lỏng lẻo dưới da và làm bung tổ chức lỏng lẻo này lên làm cho đường hầm rộng ra rất nhiều, khi cho ống kính soi vào để đặt tiếp các trocar tiếp theo cũng rất thuận lợi. Ngay khi bắt đầu tách khoảng dưới da bằng đốt, cắt dao điện, để thoát khói vừa sinh ra chúng tôi mở các van xả của 1 hay 2 trocar. Như vậy khói thoát ra ngoài làm rõ trường mổ đồng thời cũng có tác dụng làm giảm áp lực khí CO2 ở trường mổ xuống. Trong quá trình mổ, chúng tôi còn sử dụng máy hút để hút máu chảy hoặc khói cho nhanh. Qua theo dõi chúng tôi thấy rằng áp lực khí CO2 tại trong trường mổ của chúng tôi cũng luôn dao động từ 4 đến 6 mmHg. Áp lực này cũng tương tự như đa số các tác giả đã sử dụng [52],[97]. Tất cả số bệnh nhân của chúng tôi không thấy có biểu hiện nào của rối loạn huyết động trong quá trình mổ cũng như tràn khí dưới da vùng đầu mặt cổ hoặc tràn khí trung thất.

Như vậy: Để tạo khoảng không làm việc trong mổ nội soi tuyến giáp chúng ta vẫn có thể sử dụng khí CO2 để bơm như khi mổ ổ bụng hay mổ ngực. Áp lực khí CO2 được bơm với mức độ có thể từ 4 đến 6 mmHg. Nếu trong trường hợp dùng đốt cắt bằng dao điện thì có thể đặt ở chế độ 12mmHg, nhưng trong quá trình mổ phải mở van của các trô-ca để khói thoát ra ngoài đồng thời để làm giảm áp lực trong khoang mổ tránh các biến chứng có thể xảy ra của khí CO2.

***4.2.2.7. Các biện pháp cầm máu trong mổ***

Vì bệnh Basedow với đặc trưng là "bướu mạch" nên quy trình phẫu thuật đã được nhiều tác giả ở Việt Nam cũng như trên thế giới đề cập với nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau.

Mikulicz (1884) là người đưa ra phương pháp cắt tuyến giáp sau khi thắt 2 động mạch giáp trên để điều trị Basedow. A.V. Martuinov cải tiến kỹ thuật trên như sau: Sau khi thắt động mạch giáp trạng, xẻ eo tuyến, cắt gần hoàn toàn 2 thùy tuyến giáp, phần tuyến giáp còn lại mỗi bên được khâu ép lại với nhau bằng chỉ catgut. Với phương pháp này các tác giả dùng panh kẹp tổ chức tuyến và khâu cầm máu bằng chỉ sẽ gây chảy máu nhiều khi kẹp cắt và để lại nhiều chỉ ở vùng cổ.

Kocher (1902) đưa ra phương pháp: Sau khi thắt động mạch giáp trên và giáp dưới, cắt tuyến giáp cùng eo tuyến để lại một lớp mỏng ở tổ chức phái sau mỗi bên thùy tuyến. Phương pháp của Kocher sẹo mổ đảm bảo thẩm mỹ nhưng những trường hợp bướu to tác giả phải cắt cơ và cũng phải dùng panh kẹp cắt khâu tổ chức tuyến.

O.V.Nicolaev đưa ra phương pháp: Cắt gần hoàn toàn 2 thùy tuyến giáp trong bao, không thắt thân động mạch giáp trạng mà chỉ thắt nhánh động mạch đi vào tuyến giáp, cắt tuyến giáp sau khi sẻ eo tuyến, để lại tổ chức ở phía sau mỗi bên từ 1 - 3 gam, tránh tổn thương tuyến cận giáp.

Để giải phóng tuyến giáp khỏi động mạch giáp trên và giáp dưới các tác giả như Tzu-Chieh C. Và Cs sử dụng kẹp clip titanium [104]; nhưng một số khác (ví dụ Yamamoto M.) lại không đồng tình với cách này vì các tác giả cho rằng nếu cặp mạch máu bằng clip thì sau mổ sẽ để lại, sờ thấy trên cổ và gây khó chịu cho bệnh nhân [62].

Tại Bệnh viện 103 - Học viện Quân y Ngô Văn Hoàng Linh [55], [46]. Các kỹ thuật được thực hiện:

+ Bộc lộ tuyến giáp bằng tách đường dọc theo chính giữa cổ qua khe giữ các cơ ức móng và ức giáp, không cắt ngang cơ.

+ Thắt các động mạch giáp trên sát cực trên tuyến. Sau đó thắt các mạch máu nhỏ sát trong bao tuyến ở phần tuyến còn lại. Không thắt động mạch giáp dưới.

+ Kẹp panh cầm máu song song dọc theo trục của từng thùy tuyến (một cành xuyên trong nhu mô). Cắt tuyến giáp trên các panh đó rồi khâu mỏm cắt bằng mối chỉ chữ U.

Với phương pháp cải tiến này cuộc mổ an toàn, thời gian mổ rút ngắn, giảm được các biến chứng sau mổ.

Nguyễn Hoài Nam tại bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 1992 áp dụng phương pháp cải tiến trong phẫu thuật Basedow của Bệnh viện Quân y 103: thắt động và tĩnh mạch giáp trạng trên ở sát cực trên của bướu giáp. Không thắt động và tĩnh mạch giáp dưới, thu được kết quả điều trị tốt [47].

Trần Ngọc Lương [48] đã dùng dao điện, dao siêu âm khống chế mạch máu bằng cách cắt đốt động mạch giáp trên, giáp dưới để cắt gần hoàn toàn tuyến giáp để lại thành sau.

Trong số 76 bệnh nhân của chúng tôi, việc đốt và cắt tổ chức tuyến được thực hiện bằng dao siêu âm hoặc dao điện, các thao tác cắt và đốt theo nguyên tắc là luôn luôn sát tuyến giáp, bảo đảm cắt và cầm máu tốt mà không gây tổn thương các tạng xung quanh.

***4.2.2.8. Bơm khí CO2***

Vấn đề đặt ra mà các tác giả dùng khí CO2 để tạo khoang làm việc là: Bơm khí với áp lực, lưu lượng là bao nhiêu. Tràn khí dưới da không, có rối loạn về huyết động không. Các biện pháp hạn chế và khắc phục.

Kỹ thuật tạo khoang của chúng tôi được thực hiện là: sau khi tách da và tổ chức dưới da thì khoang làm việc được tạo ra và được duy trì nhờ vào việc bơm khí CO2. Tuy nhiên, Gottlieb A. và Cs đã thông báo 1 trường hợp tăng PaCO2 nặng nề trong khi mổ cường cận giáp bằng kỹ thuật nội soi cho 1 bệnh nhân 74 tuổi với việc bơm CO2. Trong thông báo, các tác giả đã cho rằng việc bơm CO2 với áp lực cao (có lúc đến 20mmHg) rất cần thiết để tạo ra khoang làm việc, và với việc bơm CO2 được duy trì ở áp lực 15mmHg hay cao hơn này trong suốt cuộc mổ đã gây ra sự tăng thán huyết nặng (hypercarbia) thậm chí ngay cả với việc thông khí tăng lên tới mức 20L/phút. Ngoài ra còn xảy ra hiện tượng tràn khí dưới da nặng ở vùng đầu, mặt, ngực, bụng, vùng bẹn bìu. Các tác giả kết luận rằng khí CO2 không thích hợp để sử dụng bơm vào trong vùng cổ cho mổ nội soi [101].

Với giả thuyết việc bơm CO2 ở vùng cổ có thể gây ra các tác dụng phụ làm thay đổi huyết động học và nồng độ khí máu, và các tác dụng phụ này có thể phản ánh mức độ của áp lực và thời gian của bơm khí; Bellantone R. và Cs đã mổ cắt tuyến giáp nội soi cho 15 con lợn chia làm 3 nhóm với áp lực bơm CO2 ở các mức 10, 15, và 20 mmHg. Các chỉ số như PaCO2, pH, công xuất tim, áp lực tĩnh mạch trung tâm, áp lực động mạch trung bình (MAP) đã được đo ở các thời điểm trước mổ, 1 và 2 giờ sau khi bơm CO2, và 30 phút sau khi tháo hơi kết thúc cuộc mổ. Các tác giả đã kết luận rằng việc bơm khí CO2 an toàn ở mức 10mmHg. Sử dụng bơm khí với áp lực trên 15mmHg nên tránh do nguy cơ biến chứng huyết động học và chuyển hoá [105].

Trong 5 trường hợp mổ cắt thuỳ tuyến giáp bằng nội soi, Ochiai Ryoichi O. và Cs đã bơm CO2 với áp lực 6mmHg trong thời gian mổ từ 160 đến 370 phút. Sự hấp thu CO2 từ trường mổ được đánh giá bằng máy đo calorimetry gián tiếp, máy theo dõi khí máu đo pHa, PaCO2, và PaO2. Các tác giả cho thấy rằng huyết động ổn định và không có biến chứng gì trong suốt quá trình mổ và sau mổ cũng không có vấn đề gì xảy ra. Từ đó cho kết luận rằng CO2 có thể được sử dụng mà không bị tăng thán huyết trong mổ nội soi với áp lực bơm CO2 được duy trì ở mức an toàn 6 mmHg [102]. Để tránh biến chứng tăng thán huyết và tràn khí nặng dưới da vùng đầu mặt cổ một số tác giả đã sử dụng bơm khí ở mức độ từ 4 đến 6 mmHg và dán băng dính ở dưới cằm [91],[103].

Một số tác giả khác như Tzu-Chieh C. và Cs, Kitano H. và Cs sau khi đã dùng dụng cụ đầu tù để tách mù tạo đường hầm từ dưới thành ngực hay từ cổ đến chỗ tổn thương đã dùng một dụng cụ đặc biệt từ bên ngoài để nâng da vùng mới tách tạo khoang mổ. Vì các tác giả sợ rằng tuy không có tăng thán huyết nhưng bệnh nhân lại có thể bị tràn khí trung thất ngay cả khi bơm CO2 với áp lực 9mmHg [52], [66].

***4.2.2.9. Cắt gần hoàn toàn hoặc hoàn toàn tuyến giáp***

Vấn đề cắt gần hoàn toàn hay hoàn toàn tuyến giáp trong bệnh Basedow cũng được các tác giả nêu ra:

Barczyski M. và Cs so sánh giữa hai nhóm cắt toàn bộ và cắt gần toàn bộ ở bệnh nhân Basedow có biến chứng mắt. Nhận thấy nguy cơ tiến triển của biến chứng mắt không giảm ở nhóm cắt toàn bộ so với cắt gần toàn bộ. Nhiều nghiên cứu cho thấy sự suy cận giáp tạm thời và vĩnh viễn xảy ra phổ biến hơn ở nhóm cắt toàn bộ so với nhóm cắt gần toàn bộ. Biến chứng khàn tiếng tạm thời và vĩnh viễn sau mổ không có sự khác biệt giữa hai nhóm [106].

Palit T.K. và Cs tiến hành một phân tích tổng hợp trên 7241 bệnh nhân Basedow được phẫu thuật (538 bệnh nhân cắt toàn bộ và 6703 bệnh nhân cắt gần toàn bộ), không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tỷ lệ biến chứng, tuy nhiên sau 5 - 6 năm không có trường hợp nào trong nhóm cắt toàn bộ tái phát cường giáp, còn ở nhóm cắt gần toàn bộ có 8 % tái phát [107].

Miccoli P. và Cs so sánh kết quả giữa hai nhóm bệnh nhân Basedow được cắt toàn bộ và gần toàn bộ tuyến giáp, không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tỷ lệ biến chứng lâu dài sau mổ, tỷ lệ suy cận giáp và khàn tiếng tạm thời sau mổ ở hai nhóm là tương đương. Tuy nhiên tất cả các bệnh nhân sau mổ cắt toàn bộ đều bị suy giáp, trong khi đó ở nhóm bệnh nhân cắt gần toàn bộ có 6 trong số 80 bệnh nhân bị cường giáp tái phát và 37 bệnh nhân bị suy giáp sau mổ [108].

Nghiên cứu của Katja M. và Cs nhận thấy cắt toàn bộ tuyến giáp có nguy cơ xảy ra suy cận giáp tạm thời cao hơn so với cắt gần toàn bộ trong điều trị bệnh Basedow. Hậu quả của suy cận giáp tạm thời có thể nặng nề và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống cũng như tâm lý của bệnh nhân [109].

Jürgen W. và Cs nhận thấy việc cắt gần toàn bộ và toàn bộ trong điều trị bệnh Basedow có biến chứng mắt làm giảm nồng độ TRAb sau mổ như nhau, sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng của bệnh mắt nội tiết sau mổ cũng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Đặc biệt tác các tác giả cũng nhận xét là tình trạng hạ canxi máu sớm sau mổ tăng cao ở nhóm cắt toàn bộ, lên đến 28%. Do đó tác giả cũng khuyến cáo đối với bệnh Basedow có biến chứng mắt nên cắt gần toàn bộ tuyến giáp (lượng nhu mô để lại nhỏ hơn 4 ml) hơn so với cắt toàn bộ tuyến giáp [110].

Nếu cắt hoàn toàn tuyến giáp sau mổ bệnh nhân cần phải dùng hocmon thay thế liên tục suốt đời ngoài ra các tai biến, biến chứng như nói khàn do tổn thương thần kinh thanh quản, tetani do tổn thương tuyến cận giáp sẽ có nguy cơ cao hơn. Nghiên cứu của chúng tôi dùng kỹ thuật cắt gần hoàn toàn tuyến giáp ước tính lượng nhu mô giáp để lại đủ để bệnh nhân sau này không phải dùng hocmon thay thế. Để cắt được gần hoàn toàn chúng tôi giải phóng 2 cực trên và dưới, để lại thành sau của thùy tuyến. Thường chúng tôi ước lượng chiều dài khoảng 2-3cm, chiều rộng 1,5-2cm và chiều cao khoảng 1cm. Theo công thức tính thể tích tuyến giáp của GuteKunst.R. Như vậy thể tích nhu mô tuyến để lại mỗi bên khoảng 2cm3 đến 3cm3.

4.2.2.10. Lượng nhu mô giáp để lại sau phẫu thuật và vị trí để lại

Lượng nhu mô tuyến giáp để lại hợp lý là lượng nhu mô đảm bảo tiết đủ hocmon của tuyến giáp vào máu đảm bảo nhu cầu chuyển hóa của cơ thể. Nếu để quá nhiều nhu mô giáp sẽ dẫn đến thừa hocmon môn giáp, ngược lại nếu để ít quá sẽ dẫn đến thiếu hocmon giáp. Việc để lại nhu mô giáp bao nhiêu là đủ cũng có nhiều quan điểm khác nhau giữa các tác giả. Có tác giả để lại lượng nhu mô giáp nhiều hay ít phụ thuộc vào độ lớn bướu giáp, tuổi bệnh nhân, có tác giả dựa vào mức độ nhiễm độc giáp và tuổi bệnh nhân, cũng có tác giả lại dựa vào mức rối loạn của các chỉ số của tự kháng thể tuyến giáp của từng bệnh nhân. Tuy nhiên các nghiên cứu này còn chưa đưa ra được những kết luận thống nhất.

Tổ chức tuyến giáp trong bệnh Basedow thường mủn, nhiều mạch máu cho nên khi cắt nhu mô tuyến hay chảy máu và lại khó cầm. Để làm hạn chế chảy máu trong khi cắt tuyến giáp chúng tôi bộc lộ thùy tuyến giáp sau đó phẫu tích cực trên của thùy và cắt động mạch giáp trên trước, tiếp tục phẫu tích cực dưới và cắt động mạch giáp dưới, như thế lượng máu cung cấp cho tuyến sẽ ít đi, nâng thùy tuyến ra trước và vào trong và cắt nhu mô từ ngoài vào trong sẽ hạn chế được chảy máu nhiều giúp cho quá trình mổ thuận lợi hơn.

Tác giả Sugino K. và Cs (2008) tổng kết từ năm 1989 - 1998 trên 1897 bệnh nhân Basedow được phẫu thuật cắt gần hoàn toàn tuyến giáp theo dõi sau 2 - 3 năm thấy: 630 bệnh nhân lượng nhu mô giáp để lại 7 cm3, tỷ lệ tái phát là 14,1%; 587 bệnh nhân lượng nhu mô để lại 6 cm3, tỷ lệ tái phát là 12,6%; 620 bệnh nhân để lại 5cm3, tỷ lệ tái phát là 10,9%. Theo tác giả chiến thuật lựa chọn là để lại lượng nhu mô từ (3 – 4cm3) để tránh cường giáp tái phát. Cũng theo tác giả lượng nhu mô giáp để lại ở nữ giới (4,2 ± 1,2) nhỏ hơn so với nam giới (4,8 ± 1,3) nhưng tỷ lệ cường giáp tái phát ở nữ nhiều hơn ở nam giới [49].

Tác giả Nguyễn Hoài Nam trong số 245 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gần hoàn toàn tuyến giáp từ năm 1992-1998 với lượng nhu mô để lại từ (3 – 6cm3) thì tỷ lệ cường giáp tái phát là 4% [47].

Tác giả Kiều Trung Thành nghiên cứu đánh giá hình thái và chức năng phần còn lại tuyến giáp ở bệnh nhân sau mổ Basedow ở Bệnh viện Quân y 103 từ 1992 - 2003 trên 84 bệnh nhân cắt gần hoàn toàn tuyến giáp cho thấy [50]:

+ Thể tích còn lại dưới 5cm3: Bình giáp chiếm 66,6%, cường giáp chiếm 13,3%, suy giáp chiếm 17,8%.

+ Thể tích từ 5 – 10cm3: Bình giáp chiếm 87,5%, cường giáp chiếm 12,5%, suy giáp chiếm 0%.

+ Thể tích trên 10cm3: Bình giáp chiếm 72,6%, cường giáp chiếm 22,6%, suy giáp chiếm 4%.

Trong nghiên cứu của Trần Ngọc Lương với 40 bệnh nhân thể tích tuyến giáp để lại là 4,72 ± 0,83cm3 [70]

Trong nghiên cứu này thể tích tuyến giáp ước lượng để lại sau mổ là 6,19 ± 0,97cm3, đây là thể tích để lại cũng phù hợp với các tác giả khác.

4.2.3. Kết quả phẫu thuật

***4.2.3.1. Thời gian cuộc mổ***

Theo tác giả Sasaki A. và Cs [63] phẫu thuật 41 bệnh nhân. Thời gian mổ trung bình là 277 phút.

Tác giả Li Z.Y. và Cs trong số 37 bệnh nhân, thời gian mổ ít nhất là 84,7 phút [68].

Chen K. và Cs phẫu thuật từ năm 2003 - 2007 có 75 bệnh nhân bị cường giáp nguyên phát đã cắt gần hoàn toàn tuyến giáp trong đó có 30 bệnh nhân cắt nội soi và 45 bệnh nhân mổ mở. Không có bệnh nhân nào chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình giữa nhóm nội soi và nhóm mổ mở là 110,5 ± 12,3 phút và 98,8 ± 15,5 phút [69].

Yamamoto M. và Cs Phẫu thuật 12 bệnh nhân basedow thời gian mổ trung bình là 259,8 phút, dài nhất là 420 phút và ngắn nhất là 175 phút [62].

Trịnh Minh Tranh phẫu thuật 180 trường hợp có 9 trường hợp cường giáp. thời gian mổ trung bình 195 phút (105-260 phút) [111].

Kwon H. và Cs với 30 bệnh nhân basedow mổ bằng nội soi robot: thời gian mổ 105 - 298 phút, trung bình là 190 phút [71].

Theo nhiều tác giả thời gian mổ nội soi sẽ kéo dài hơn thời gian mổ mở.

Nghiên cứu chúng tôi, thời gian mổ được tính từ lúc bắt đầu rạch da cho đến lúc khâu da. Ca mổ thời gian ngắn nhất là 40 phút và dài nhất là 180 phút. Một ca kéo dài đến 180 phút là 1 bệnh nhân với thể tích tuyến giáp là 35,4 cm3, số đốm mạch là 2,5 đốm, bướu mềm dễ chảy máu. Sau này chúng tôi mổ thời gian đều được rút ngắn lại. Thời gian mổ còn phụ thuộc vào thể tích tuyến giáp, số đốm mạch, điều trị nội khoa trước mổ…, nếu thể tích tuyến giáp hay số đốm mạch lớn thì thời gian mổ càng kéo dài.

***4.2.3.2. Lượng máu mất***

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 76 bệnh nhân, lượng máu mất ít nhất là 15ml và nhiều nhất là 100ml, trung bình là 27,48ml. Không có bệnh nhân nào phải truyền máu trong và sau mổ.

Lượng máu mất có thể trong quá trình tách từ chỗ rạch da đến hõm ức hoặc chảy máu trong quá trình tách bướu cũng như cắt bướu. Vấn đề ở chỗ tách và đi vào đúng lớp tổ chức xốp rất quan trọng. Với việc đi đúng lớp, khí CO2 sẽ làm tổ chức xốp bung ra, ống kính soi có thể giúp phẫu thuật viên nhìn thấy cả những mạch máu nhỏ để đốt được hoàn toàn trước khi cắt. Khi phẫu trường mổ càng sạch thì việc tách tiếp theo càng dễ và lại càng không chảy máu. Với những bướu tròn gọn, ít mạch máu thì sau khi bộc lộ bướu, nâng bướu lên các mạch máu dãn dài ra, nhìn rất rõ dưới ống kính soi, làm cho việc đốt và cắt cũng dễ dàng và không chảy máu hoặc chảy máu với số lượng ít.

Bệnh nhân chảy nhiều nhất (100 ml) là một bệnh nhân trong khi bộc lộ và cắt nhu mô tuyến thấy tổ chức tuyến mủn nát nhiều, mạch máu trên bề mặt tuyến căng to và bệnh nhân này siêu âm doopler mạch tuyến giáp là 4 đốm mạch/cm2.

Tác giả Li Z. Y. và Cs mổ 37 bệnh nhân có lượng máu mất trung bình là 138,3ml chiếm 7,5% [68].

Tác giả Sasaki A. và Cs [63] phẫu thuật 41 bệnh nhân. Lượng máu mất trung bình là 76ml. Cũng theo Chen Kai-yun, Xiang Guo-an có 75 bệnh nhân bị cường giáp nguyên phát đã cắt gần hoàn toàn tuyến giáp trong đó có 30 bệnh nhân cắt nội soi. Lượng máu mất trung bình là 45,5±11,5ml và 65,8±12,6ml [69].

Sasaki A. và Cs với 92 bệnh nhân mổ bướu giáp có 38 bệnh nhân mổ cắt gần hoàn toàn tuyến giáp, lượng máu mất trung bình là 34,6ml [54].

Yamamoto M. và Cs Lượng máu mất từ 5 đến 343ml, trung bình là 90,2ml [62].

Kwon H.và Cs với 30 bệnh nhân basedow mổ bằng nội soi robot lượng máu mất từ 50 - 550ml, trung bình là 229ml [71].

***4.2.3.3. Biến chứng chuyển mổ mở***

Chuyển mổ mở có thể là do một trong những nguyên nhân sau:

- Do chảy máu nhiều hoặc không cầm được máu làm cho quá trình mổ không thể tiếp tục được

- Do tạo khoang làm việc ngay từ đầu không đủ rộng hoặc bướu quá to, phẫu trường hẹp dẫn đến thao tác các dụng cụ khó khăn không thể tiếp tục quá trình mổ được.

76 trường hợp chúng tôi mổ nội soi không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Có 1 bệnh nhân chảy máu nhiều 100ml trong khi mổ nhưng chúng tôi cầm máu được và chúng tôi kiểm tra mỏm cắt của tuyến giáp không chảy máu nữa nên không cần chuyển mổ mở.

Chen K. và Cs có 75 bệnh nhân bị cường giáp nguyên phát đã cắt gần hoàn toàn tuyến giáp trong đó có 30 bệnh nhân cắt nội soi và 45 bệnh nhân mổ mở. Không có bệnh nhân nào chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở [69].

Sasaki A. và Cs với 92 bệnh nhân mổ bướu giáp có 38 bệnh nhân mổ cắt gần hoàn toàn tuyến giáp. Có 1 bệnh nhân chuyển mổ mở [54].

**Bảng 4.1. Tỷ lệ chuyển mổ mở trong phẫu thuật bướu giáp nhân**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tác giả** | **Số bệnh nhân** | **Tỷ lệ %** |
| Miccoli P. và Cs (n=127) [92] | 7 | 5,5 |
| Shimizu K. và Cs (n=1143) [96] | 14 | 1.2 |
| Kitano H. và Cs (n=122) [66] | 11 | 9,0 |
| Park Y.L. và Cs (n=120) [91] | 6 | 5 |
| Trần ngọc Lương (n=40) [51] | 0 | 0 |

Tỷ lệ chuyển mổ mở của 127 bệnh nhân trong nghiên cứu của Miccoli P. và Cs cho biết tỷ lệ này là 5,5% (7 bệnh nhân) [92]. Trong 7 bệnh nhân này thì 4 bệnh nhân là do ung thư lan rộng còn 3 bệnh nhân do chảy máu nhiều. Với 6 bệnh nhân chuyển mổ mở, Park Y.L. và Cs có 4 bệnh nhân do chảy máu nhiều và 2 bệnh nhân ung thư thâm nhiễm cơ. Tác giả chủ trương chuyển mổ mở ngay để cắt toàn bộ tuyến giáp và cắt phần khối cơ đã thâm nhiễm [91].

***4.2.3.4. Lấy bệnh phẩm ra khỏi vùng mổ***

Quá trình lấy bệnh phẩm (nhu mô giáp cắt đi) ra khỏi vùng mổ cũng theo nguyên tắc như đối với mổ nội soi ổ bụng, nghĩa là lấy được bệnh phẩm ra ngoài nhưng vẫn đảm bảo giữ sạch các chân lỗ trocar. Các lỗ trocar trong phẫu thuật tuyến giáp cũng nhỏ: 5mm và 10mm là một đường ống chứ không sát ngay da như trong phẫu thuật ổ bụng. Đồng thời tổ chức tuyến giáp cũng mềm, mủn vì vậy nếu lấy qua các lỗ chọc trocar đơn thuần thì rất dễ làm nát thành các mảnh vụn làm cho việc lấy ra càng khó khăn hơn và vùng mổ sẽ không sạch.

Chúng tôi sử dụng túi nilon có chỉ thắt ở miệng túi. Cuộn túi thành cuộn nhỏ và đưa vào qua lỗ trocar 10mm. Trải túi ra miệng túi hướng ra phía ống kính soi còn đáy túi trải về phía trên cổ. Vì phẫu trường tự tạo chật hẹp cho nên việc trải túi, đưa bệnh phẩm vào túi cũng phải tự lựa sao cho dễ dàng nhất. Sau đó kéo sợi chỉ buộc ở miệng túi để thắt cổ túi lại và đẩy sợi chỉ theo ống kính soi vào lỗ troca 10mm. Mở miệng túi, dùng kẹp phẫu tích lấy từng mảnh tổ chức ra ngoài tuỳ theo kích thước của mô giáp cắt đi. Tác giả Inabnet dùng ngón tay cao su cắt ra từ găng cao su phẫu thuật để lấy bệnh phẩm ra ngoài nhưng chúng tôi thấy ngón tay cao su lại quá nhỏ khó đưa bệnh phẩm vào đồng thời tổ chức găng lại mềm dễ rách và không khâu để thắt miệng túi được.

Khi lấy bướu ra ngoài từ trong túi, vì bướu thường to hơn lỗ trocar cho nên không thể lấy nguyên vẹn bệnh phẩm được mà phải lấy ra từng mảnh một.

***4.2.3.5. Vấn đề đặt dẫn lưu***

Theo nghiên cứu Petri E.V. và Cs [112]: Lượng dịch dẫn lưu sau mổ 24h trung bình là: 67,2 ± 54,0 ml.

Emanuele F. và Cs [113]: Lượng dịch dẫn lưu sau mổ: nhóm dùng dao siêu âm là 37,4 ± 2,4 so với 56,1 ± 4,2 của nhóm dùng dao điện, và nhóm dùng dao siêu âm rút dẫn lưu sau 2 ngày.

Trần Ngọc Lương nghiên cứu 40 bệnh nhân mổ mở chia 2 nhóm. Dịch dẫn lưu thường có màu hơi hồng. Nhóm dùng dùng dao siêu âm lượng dịch tiết qua ống dẫn lưu ít nhất là 5ml, nhiều nhất là 50ml, trung bình là 11,3 ± 12,1ml. Nhóm dùng dao điện ít nhất là 10ml, nhiều nhất là 70ml, trung bình là   
33,0 ±17,09ml [51].

Đặt dẫn lưu tại chỗ sau khi mổ được nhiều tác giả sử dụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% số bệnh nhân được đặt dẫn lưu. Mục đích là để dẫn lưu hết dịch tiết tại trường mổ hoặc máu chảy trong quá trình phẫu thuật thấm vào cơ và các tổ chức mô sẽ tiết ra dần qua dẫn lưu. Dẫn lưu thường được rút vào ngày thứ 2 hoặc thứ 3 sau mổ.

***4.2.3.6. Điều trị sau mổ***

Điều trị sau mổ bao gồm theo dõi xử lý các biến chứng như chảy máu, nhiễm trùng đồng thời để phát hiện, xử lý các biến chứng có liên quan đến dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp trạng.

Mặc dù là một loại mổ sạch nhưng do phải bóc tách lớp mỡ dưới da rộng rãi nên chúng tôi vẫn sử dụng kháng sinh dự phòng trước và sau mổ. Trong số bệnh nhân của chúng tôi không có bệnh nhân nào bị nhiễm trùng vết mổ. Các tác giả khác cũng không thấy thông báo về biến chứng này.

Ngoài ra chúng tôi còn sử dụng thuốc chống viêm, giảm phù nề, giảm đau để bệnh nhân vận động cổ sớm sau khi mổ.

***4.2.3.7. Thời gian nằm viện sau mổ***

Thời gian nằm viện sau mổ được tính từ ngày mổ cho đến khi bệnh nhân ra viện.

Nghiên cứu của chúng tôi thời gian bệnh nhân nằm viện sau mổ ít nhất là 4 ngày, nhiều nhất là 12 ngày, trung bình là 6 ngày. Bệnh nhân nằm viện 4 ngày sau mổ là bệnh nhân còn trẻ tuổi không có biến chứng sau mổ, quá trình mổ diễn ra thuận lợi. Một bệnh nhân nằm viện 12 ngày sau mổ là bệnh nhân có cơn tetani sau mổ, được điều trị bằng canxi đỡ dần.

Tác giả Li Z.Y. và Cs bệnh nhân hạ canci máu trong số 37 bệnh nhân chiếm 7,5% [68]. Thời gian mổ ít nhất là 84,7 phút. lượng máu mất trung bình là 138,3ml. Hạ canci tạm thời 13,5%, thời gian nằm viện 3,4 ngày.

Trịnh Minh Tranh phẫu thuật 9 trường hợp có cường giáp thời gian hậu phẫu từ 2 - 7 ngày [111].

Theo Đặng Ngọc Hùng và Cs [45],[46] thời gian điều trị sau phẫu thuật cắt gần toàn bộ tuyến giáp mổ mở bệnh Basedow từ 7 - 8 ngày.

Nguyễn Hoài Nam [47], phẫu thuật 245 bệnh nhân Basedow có thời gian nằm viện trung bình là 13,7 ± 0,2 ngày.

***4.2.3.8. Biến chứng sau mổ***

Biến chứng sau mổ tuyến giáp là chảy máu sau mổ, hạ canxi huyết, nói khàn và suy hô hấp, tuy nhiên các biến chứng kể trên ít gặp và chiếm tỷ lệ nhỏ. Theo Ashok S. và Cs tỷ lệ nói khàn do tổn thương dây thần kinh quặt ngược thay đổi từ 0,3 đến 3%. Những rối loạn chức năng của dây thanh âm sau mổ tuyến giáp chủ yếu là tạm thời do chấn thương. Tỷ lệ hạ canxi máu do suy giảm chức năng tuyến cận giáp là từ 0,5 đến 5% [16].

Theo tác giả Sasaki A. và Cs phẫu thuật 42 bệnh nhân. Có 1 trường hợp tổn thương dây thần kinh quặt ngược và hạ canxi máu tạm thời. 1 trường hợp hạ canxi máu vĩnh viễn. Có 5 bệnh nhân cường giáp và 3 bệnh nhân suy giáp. Sau mổ 92 ngày có 2 bệnh nhân cảm thấy nuốt vướng và 1 bệnh nhân thấy dị cảm ở thành ngực trước. Tuy nhiên các triệu chứng này biến mất sau 36 tháng [63].

Tác giả Li Z.Y. và Cs có tỉ lệ bệnh nhân hạ canxi máu trong số 37 bệnh nhân chiếm 7,5% [68]. Hạ canxi tạm thời 13,5%, 1 trường hợp tái phát lại sau 13 tháng.

Chen K. và Cs có 75 bệnh nhân trong đó có 30 bệnh nhân cắt nội soi và 45 bệnh nhân mổ mở. Tỷ lệ khàn tiếng tạm thời là 6,6% (2/30) và 8,8% (4/45). Có 1 trường hợp suy giáp và 1 trường hợp cường giáp tái phát ở nhóm mổ nội soi và 1 trường hợp suy giáp và 2 trường hợp cường giáp tái phát ở nhóm mổ mở sau mổ 47,8 tháng [69].

Sasaki A. và Cs với 92 bệnh nhân mổ bướu giáp có 38 bệnh nhân mổ cắt gần hoàn toàn tuyến giáp 1 bệnh nhân hạ canxi máu [54].

Yamamoto M. và Cs phẫu thuật 12 bệnh nhân Basedow. Không gặp tai biến tràn khí dưới da và không có biến chứng sau mổ như chảy máu [62].

Trần Ngọc Lương với 40 bệnh nhân mổ nội soi có tỷ lệ tê tay chân tạm thời 7,5%, sau 3 tháng 0%, nói khàn gặp 2,5% [70].

Trịnh Minh Tranh phẫu thuật 9 trường hợp có cường giáp. 1 bệnh nhân suy giáp nhẹ (11,1%), chưa phát hiện trường hợp nào bị tái phát [111].

Kwon H. và Cs với 30 bệnh nhân basedow mổ bằng robot. Có 3,3% hạ canxi máu sau mổ [71].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi nhìn thấy tuyến cận giáp tách nhẹ nhàng và gạt xuống, cố gắng sao cho không gây tổn thương mạch nuôi tuyến cận giáp. Vấn đề để lại nhu mô tuyến chúng tôi để lại thành sau tuyến, để lại phần có dây chằng Berry nên ít khi nhìn thấy dây thần kinh quặt ngược do vậy tổn thương dây thần kinh quặt ngược trực tiếp là hiếm gặp, nếu có tổn thương thì cũng nhẹ do tổn thương bởi nhiệt của dao siêu âm cắt phần nhu mô sát với dây thần kinh.

Sau mổ chúng tôi theo dõi 76 bệnh nhân trong đó có 3 bệnh nhân chảy máu sau mổ phải cầm máu lại, 3 bệnh nhân bị tê chân tay chiếm 7,5%, không có cơn tetani và được điều trị bằng canxi uống 500mg/ ngày. Sau 1 tuần các bệnh nhân trên ổn định không bị tê tay chân nữa, làm xét nghiệm canxi huyết thấp hơn bình thường ít, dao động 2,0-2,2mmol/l, có lẽ đây là do trong quá trình mổ gây chấn thương nhẹ dẫn đến tuyến cận giáp bị thiểu dưỡng.

Nói khàn sau mổ chúng tôi gặp 2 bệnh nhân chiếm 7,5%. 3 bệnh nhân này chúng tôi cho uống thuốc chống viêm, giảm phù nề và chiếu đèn hồng ngoại vào vùng cổ. Sau 01 tháng theo dõi có 2 bệnh nhân nói bình thường và chỉ còn 1 bệnh nhân nói khàn nhẹ. Như vậy tỷ lệ hạ canxi huyết cũng như tỷ lệ nói khàn ở các bệnh nhân sau mổ của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả khác.

Chúng tôi không gặp trường hợp nào bị biến chứng như suy hô hấp, cơn cường giáp hay tử vong.

4.2.4. Đánh giá sau mổ

***4.2.4.1. Đánh giá sau mổ 3 tháng***

Sau 3 tháng chúng tôi hẹn bệnh nhân đến khám lại. Trong 76 bệnh nhân nghiên cứu có 74 bệnh nhân đến khám lại thấy:

- Tê nhẹ vùng mổ có 3 bệnh nhân chiếm 4,05%. Hạ canxi huyết hay tê tay chân có 2 bệnh nhân (2,7%). 2 bệnh nhân này xét nghiệm nồng độ canxi và PTH giảm ít so với bình thường. Nói khàn tạm thời gặp 1 bệnh nhân (1,35%), kết quả soi họng ở bệnh nhân này không có liệt thần kinh quặt ngược.

- Đánh giá sự bình giáp qua xét nghiệm nồng độ hormon sau mổ 3 tháng

Theo Sasaki A. và Cs tỉ lệ cường giáp sau mổ gặp 7,14%, suy giáp gặp 11,9%. bình giáp đạt 80,96% [79].

Tỷ lệ bình giáp sau mổ của chúng tôi đạt 94,6% (70 bệnh nhân). Suy giáp gặp 2 bệnh nhân chiếm 2,7% và cường giáp gặp 2 bệnh nhân chiếm 2,7%. Những bệnh nhân này chúng tôi còn tiếp tục theo dõi trong thời gian sau mổ 6 tháng đến 36 tháng.

- Thể tích tuyến giáp sau mổ 3 tháng được đánh giá trên siêu âm tuyến giáp.

Theo Nguyễn Hoài Nam trong số 245 bệnh nhân phẫu thuật mở lượng tuyến giáp để lại 3-6g thì tỉ lệ cường giáp 4% [47].

Trần Ngọc Lương với 40 bệnh nhân khám lại sau 3 tháng của 2 nhóm mổ dao điện và dao siêu âm thấy: thể tích tuyến giáp sau mổ với dao siêu âm nhỏ nhất là 3,2ml, lớn nhất là 7,5ml và trung bình là 4,6±0,83ml. Nhóm dùng dao điện có thể tích tuyến giáp đo được nhỏ nhất là 3,4ml, lớn nhất là 7,2 và trung bình là 5,05 ± 1,12ml [51].

74 bệnh nhân khám lại trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả siêu âm tuyến giáp như sau: thể tích tuyến giáp sau mổ nhỏ nhất là 2,9ml, lớn nhất là 8,3ml và trung bình là 5,59±0,27ml. Lượng nhu mô giáp dự kiến để lại trong quá trình mổ của nghiên cứu chúng tôi là 4 - 6 gram (4-6ml). Chúng tôi thấy để lại nhiều hay ít còn phụ thuộc vào từng bệnh nhân cụ thể, độ lớn của bướu, độ tuổi…Tuy nhiên vấn đề này cũng chưa được thống nhất ở các tác giả.

Đánh giá tiến triển tổn thương mắt sau mổ 3 tháng: trong 9 bệnh nhân có biến chứng mắt có 3 bệnh nhân tổn thương độ 1 (co mi trên); 6 bệnh nhân tổn thương độ 2 (phù mi mắt) kết quả là 2 bệnh nhân khỏi co mi trên và 1 bệnh nhân đỡ co mi trên. 3 bệnh nhân khỏi phù mi mắt và 3 bệnh nhân giảm phù mi mắt.

***4.2.4.2. Đánh giá sau mổ 6 tháng***

Thể tích tuyến giáp để lại của tác giảTrần Ngọc Lương [51]. Ở 40 bệnh nhân khám lại sau mổ 6 tháng của 2 nhóm mổ dao điện và dao siêu âm là:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Thấp nhất (cm3) | | Trung bình (cm3) | | Cao nhất (cm3) | |
| Dao SA | Dao điện | Dao SA | Dao điện | Dao SA | Dao điện |
| 3,4 | 3,3 | 4,8±0,11 | 5,15±1,09 | 6,8 | 6,7 |

Tỷ lệ bình giáp ở nhóm dùng dao siêu âm là 100%, ở nhóm dùng dao điện là 95%.

Nghiên cứu của chúng tôi sau 6 tháng có 73 bệnh nhân đến khám lại thấy:

- Tê nhẹ vùng mổ có 2 bệnh nhân chiếm 2,74%. Hạ canxi huyết hay tê tay chân có 2 bệnh nhân (2,74%) 2 bệnh nhân này được uống canxi tiếp tục từ khi khám lại 3 tháng sau mổ với liều 500mg/ngày, 1 tuần uống 2-3 lần. Các xét nghiệm canxi máu cũng như PTH giảm ít so với bình thường. không có bệnh nhân nào nói khàn.

- Đánh giá sự bình giáp qua xét nghiệm nồng độ hocmon sau mổ 6 tháng

Tỷ lệ bình giáp sau mổ của chúng tôi đạt 95,89% (70 bệnh nhân). Suy giáp gặp 2 bệnh nhân chiếm 2,7% và cường giáp gặp 1 bệnh nhân chiếm 1,37%. Những bệnh nhân này chúng tôi còn tiếp tục theo dõi trong thời gian sau mổ 36 tháng.

73 bệnh nhân khám lại có kết quả siêu âm tuyến giáp như sau: thể tích tuyến giáp sau mổ nhỏ nhất là 2,9ml, lớn nhất là 8,2ml và trung bình là 5,93±0,91ml.

Đánh giá tiến triển tổn thương mắt sau mổ 6 tháng: trong 9 bệnh nhân có biến chứng mắt có 3 bệnh nhân tổn thương độ 1 (co mi trên); 6 bệnh nhân tổn thương độ 2 (phù mi mắt) kết quả là 2 bệnh nhân khỏi co mi trên và 1 bệnh nhân đỡ co mi trên. 4 bệnh nhân khỏi phù mi mắt và 2 bệnh nhân giảm phù mi mắt.

***4.2.4.3. Đánh giá sau mổ 12 tháng***

Theo Sasaki A. và Cs phẫu thuật nội soi 42 bệnh nhân. Sau 12 tháng còn 1 trường hợp hạ canxi máu [63].

Sau 12 tháng chúng tôi hẹn bệnh nhân đến khám lại. Trong 76 bệnh nhân nghiên cứu có 72 bệnh nhân đến khám lại thấy:

- Tê nhẹ vùng mổ có 1 bệnh nhân chiếm 1,38%. Hạ canxi huyết hay tê tay chân có 1 bệnh nhân (1,38%) bệnh nhân này vẫn được dùng canxi uống 2-3 ngày/tuần, mỗi lần 500mg, không có bệnh nhân nào nói khàn.

- Đánh giá sự bình giáp qua xét nghiệm nồng độ hocmon sau mổ 12 tháng

Tỷ lệ bình giáp sau mổ của chúng tôi đạt 95,86% (69 bệnh nhân). Suy giáp gặp 2 bệnh nhân chiếm 2,76% và cường giáp gặp 1 bệnh nhân chiếm 1,38%.

72 bệnh nhân khám lại có kết quả siêu âm tuyến giáp như sau: thể tích tuyến giáp sau mổ nhỏ nhất là 2,6ml, lớn nhất là 7,8 và trung bình là 6,1±0,65ml.

Đánh giá tiến triển tổn thương mắt sau mổ 12 tháng: trong 9 bệnh nhân có biến chứng mắt có 3 bệnh nhân tổn thương độ 1 (co mi trên); 6 bệnh nhân tổn thương độ 2 (phù mi mắt) kết quả là 2 bệnh nhân khỏi co mi trên và 1 bệnh nhân đỡ co mi trên, 4 bệnh nhân khỏi phù mi mắt và 2 bệnh nhân giảm phù mi mắt.

***4.2.4.4. Đánh giá sau mổ 36 tháng***

Sau 36 tháng do các điều kiện khác nhau như không liên lạc được với các bệnh nhân đã mổ hoặc do bệnh nhân đã thay đổi nơi ở. Chúng tôi theo dõi được 55 bệnh nhân với kết quả như sau: về lâm sàng không có bệnh nhân nào tê vùng mổ, nói khàn không có bệnh nhân nào, có 1 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 1,8%) tê tay chân nhẹ, không có cơn tetani. Đây cũng là bệnh nhân tê tay sau khám lại 12 tháng. Hiện tại canxi máu trong giới hạn bình thường, hocmon PTH bình thường nhưng bệnh nhân phải dùng canxi dạng viên 500mg 1 ngày, 1 tuần dùng 2-3 lần. Đánh giá tỷ lệ đạt bình giáp có 53 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 96,4%, có một bệnh nhân suy giáp (1,8%) được điều trị với liều thyroxin 50mg/ngày và 1 bệnh nhân cường giáp (1,8%) đang được điều trị kháng giáp với liều thấp. Hiện tại xét nghiệm nồng độ hocmon tuyến giáp ở 2 bệnh nhân này trong giới hạn bình thường. Về đo thể tích tuyến giáp trên siêu âm sau 36 tháng cho kết quả là: Thể tích nhỏ nhất là 2,72ml, lớn nhất là 9,2 và trung bình là 6,4±1,02ml.

Đánh giá tiến triển tổn thương mắt sau mổ 36 tháng: trong 9 bệnh nhân có biến chứng mắt có 3 bệnh nhân tổn thương độ 1 (co mi trên); 6 bệnh nhân tổn thương độ 2 (phù mi mắt) kết quả là 2 bệnh nhân khỏi co mi trên và 1 bệnh nhân đỡ co mi trên. 4 bệnh nhân khỏi phù mi mắt và 2 bệnh nhân giảm phù mi mắt.

Đánh giá sự liên quan giữa nồng độ T3, FT4, TSH huyết thanh và nhu mô tuyến giáp để lại ở các giai đoạn từ 3 đến 36 tháng sau mổ:

Tác giả Đặng Ngọc Hùng và Cs nghiên cứu trên 33 bệnh nhân cắt gần hoàn toàn tuyến giáp thấy các hocmon tuyến giáp T3 và FT4 có những biến đổi rõ rệt: trong 3 tháng đầu sau mổ đều thấp hơn so với trước mổ, đến tháng thứ 6 nồng độ các hocmon giáp tăng lên gần bằng so với trước mổ nhưng sau đó đến tháng 12 sau mổ các hocmon này lại có xu hướng giảm. Tuy nhiên các biến động này của T3 và FT4 vẫn trong giới hạn bình thường. 12 tháng sau mổ nồng độ TSH máu có những biến động mạnh và có xu hướng tăng. Tuy nhiên đó là phản ứng tích cực của cơ thể để duy trì chức năng tuyến giáp ở mức bình thường sau mổ. Sự biến động đó tiếp tục diễn ra sau mổ 12 tháng [114].

Lê Văn Quang với 89 bệnh nhân phẫu thuật cắt gần hoàn toàn ở bệnh nhân Basedow nhận thấy nồng độ FT4 sau mổ dao động khá mạnh giảm nhiều vào 2 thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau mổ và chỉ trở về bình thường sau 12 tháng. Trong tháng đầu sau mổ không giảm mạnh chứng tỏ mô giáp để lại của những trường hợp này có hoạt động mạnh hơn, nói lên nguy cơ tái phát cường giáp cao hơn. Nồng độ TSH thay đổi rất mạnh trong 6 tháng đầu sau mổ nói lên đáp ứng mạnh mẽ của trục hạ đồi – tuyến yên – tuyến giáp để kích thích phần mô giáp còn lại hoạt động bù trừ [115].

Kiều Trung Thành nghiên cứu 101 bệnh nhân cắt gần hoàn toàn tuyến giáp điều trị bệnh Basedow được xét nghiệm T3, T4 và TSH sau mổ 6 tháng. Kết quả nồng độ T3, T4 nằm trong giới hạn bình thường nhưng TSH máu lại cao hơn bình thường và giao động nhiều. Chứng tỏ sau mổ 6 tháng cơ thể bệnh nhân đang hoạt động tích cực thông qua TSH để duy trì tình trạng ổn định của T3 và T4 [116].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ T3 sau mổ 12 tháng và 36 tháng tăng lên so với 3 tháng và 6 tháng. Nồng độ FT4 sau mổ 3 tháng đến 12 tháng giảm, từ 12 tháng đến 36 tháng tăng nhẹ và đều nằm trong giới hạn bình thường. Nồng độ TSH sau mổ 3 tháng và 6 tháng tăng nhẹ. Sau 6 tháng đến 12 tháng giảm ít và sau 12 tháng đến 36 tháng tăng lên nhưng nằm trong giới hạn bình thường. Kết quả này cũng tương đương với các nghiên cứu khác.

***4.2.4.5. Cảm tưởng của bệnh nhân sau mổ***

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt gần hoàn toàn tuyến giáp bằng phương pháp nội soi. Chúng tôi đánh giá cảm tưởng của bệnh nhân thấy có 51/55 bệnh nhân (chiếm 92,7%) thật hài lòng với phương pháp mổ này, đặc biệt là vấn đề thẩm mỹ. Có 4 bệnh nhân cảm thấy bình thường chiếm tỉ lệ 7,3%.

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu 76 bệnh nhân Basedow được phẫu thuật cắt gần hoàn toàn bằng phương pháp nội soi chúng tôi rút ra được các kết luận sau:

1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh Basedow có chỉ định phẫu thuật nội soi.

Thời gian điều trị nội khoa trước mổ trung bình 50,85 ± 37,06 tháng.

Bệnh nhân bướu độ II chiếm tỷ lệ chủ yếu (88,2%).

Mật độ bướu mềm chiếm tỷ lệ cao (57,9%), bướu chắc (42,1%).

Tần số tim trung bình là 78,37 ± 5,91.

Mắt không có tổn thương (88,2%), có tổn thương (11,8%).

Thể tích tuyến giáp trung bình là 30,48 ± 1,15cm3.

Số đốm mạch trung bình 3,42 ± 0,87 đốm/cm2

- T3 trong huyết thanh trung bình: 1,55 ± 0,39nmol/l.

- FT4 trong huyết thanh trung bình: 17,25 ± 2,73pmol/l.

- Nồng độ TRAb trong huyết thanh trung bình: 10,48 ± 3,85IU/L.

Có thể nhận thấy về chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị bệnh Basedow cũng tương đương chỉ định mổ mở nhưng về độ bướu trong phẫu thuật nội soi là độ I và độ II.

**2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh Basedow bằng phẫu thuật nội soi**

- Thời gian mổ trung bình là 98,81 ± 30,95 phút.

- Lượng máu mất trung bình là 27,48 ± 11,07ml

- Tỷ lệ biến chứng trong mổ là 10,4% (chảy máu, máu tụ 3,9%; tê tay chân 3,9% và nói khàn 2,6%).

- Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 6,07 ± 1,49 ngày.

- 100% bệnh nhân có kết quả mô bệnh học lành tính, tăng năng giáp.

- Tỷ lệ biến chứng sau mổ giảm dần theo thời gian: sau 3 tháng (8,1%), sau 6 tháng (5,6%), sau 12 tháng (2,8%), sau 36 tháng (1,8%).

- Nồng độ T3, FT4, TSH, PTH và can xi máu trung bình trước và sau mổ 3, 6, 12, 36 tháng đều trong giới hạn bình thường.

- 100% bệnh nhân sau mổ không có tổn thương dây thanh

- Tỷ lệ bình giáp sau mổ đạt 94,6% - 96,4%.

- Thể tích nhu mô tuyến giáp để lại từ 5,59 – 6,4cm3

- 89,0% bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt (sau 36 tháng)

- Có 6 BN khỏi và 3 BN giảm biến chứng trong số 9 BN biến chứng mắt.

- Có 92,7% bệnh nhân hài lòng kết quả phẫu thuật nội soi.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ KẾT QUẢ   
NGHIÊN CỨU CỦA ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. **Tran Đoan Ket, Tran Ngoc Luong, Kieu Trung Thanh (2018),** "An analysis of clinical, subclinical features of graves' patients before endoscopic thyroid surgery", Iournal of military pharmaco-Medicine 43(8): 199 – 203.
2. **Trần Đoàn Kết, Trần Ngọc Lương, Kiều Trung Thành** (2018). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bệnh Basedow. Tạp chí Y học Việt Nam. 471(2):150 - 154.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Bảy (2018). Bệnh cường giáp. *Bệnh học nội khoa tập 2*. Nhà xuất bản Y học. 310.
2. Sara. S. H., Yaron T. (2015). Epidemiology and Genetic Factors in Graves’ Disease and Graves’ Ophthalmopathy. *Grave' Disease: A Comprehensive Guide for Clinicians, chap 3*, Spinger, 21-38.
3. Tạ Văn Bình(2007). *Bệnh học tuyến giáp*. Bệnh Basedow. Nhà xuất bản Y học. 111-154.
4. Lê Huy Liệu(1994). Bệnh Basedow. *Bách khoa thư bệnh học tập I*. Nhà xuất bản Hà nội. 28-34.
5. Gagner M. (2001). Endoscopic thyroidectomy for solitary thyroid nodules. *Thyroid*, 11(2): 161-3.
6. Gagnet M.(1996). Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism. *British Journal of Surgery,* 83(6): 875.
7. Frank H. N.(2001). *Atlas giải phẫu người.* (Nguyễn Quang Quyềndịch)*.* Nhà xuất bản Y học.
8. Trịnh Văn Minh (2014). Giải phẫu đầu mặt cổ, các cơ quan ở cổ*. Giải phẫu người (tập1).*  Nhà xuất bản Y học. 45-510, 579-595.
9. Nguyễn Quang Quyền (1986). *Bài giảng Giải phẫu học* *- Tập 1*, Nhà xuất bản Y học.
10. Phạm Đăng Diệu (2017). *Giải phẫu đầu mặt cổ*, Nhà xuất bản Y học.
11. Susan S. (2008). Vascular supply and lymphatic drainage. *Grey ‘s anatomy 39th*. Elseviser Churchill Living Stone, section3, chap 31: 543-554.
12. George R. S., John. C. M., Bentley P., et al (1972). Non-recurrent laryngeal nerve. *British Journal Surg*, 59(5): 379-381.
13. Pilar S. (2005). Delopment and anatomy of the Hypothalamic- Pituitary- thyroid axis. *Werfer & Ingbar ‘s the Thyroid: A fundamental & Clinical Text*, 9th Edition, Part I, SectionA. Lippincott Williams & Wilkins: 8-25.
14. William. B. S., Lawrence J. R. (2004). Embryology and Surgical Anatomy of thyroid gland and parathyroid glands. *Surgery of Thyroid gland and Parathyroid gland* , 3th edition. Springer Berlin. 13-20.
15. Reed P.L., Terry F. D., Martin J., et al. (2003). *Thyroid*. William Textbook of Endocrinology,10th ed, section 3: 331-373.
16. Ashock. S., Arthur E. S. (2004). Surgery for differentiated thyroid cancer. *Endocrine Surgery*, Marcel Dekker, Section 3: 59-75.
17. Todd. P. W., McMullen, Leigh. W. D. (2009). Thyroid Embryology, Anatomy and Physiology: a review for a surgeon. *Endocrine Surgery*, Section1: 3-16.
18. John E. S. (1950). Surgical anatomy of the thyroid gland. *American journal of Surg*, 1 (80): 35-43.
19. Brandon M. H. (2017). The non- recurrent Laryngeal Nerve: a meta- analysis and clinical considerations. *Peer Journal.*, 5: e3012.
20. Clive. S. G. (2007). Surgical Anatomy of the thyroid, Parathyroid and adrenal Glands. *Mastery of surgery*, 4(33): 388-398.
21. Greenspan F. S. (2001). The Thyroid Gland. *In Basic & Clinical Endocrinology,* Sixth Edition, Lange Medical Books/McGraw-Hill. 201-272.
22. Phạm Văn Choang (1996). Siêu âm tuyến giáp. *Bệnh tuyến giáp và các rối loạn do thiếu iod,* Nhà xuất bản Y học. 143-161.
23. Phạm Minh Thông, (2017). Siêu âm tuyến giáp. *Siêu âm tổng quát,* Nhà xuất bản Y học. 458.
24. Phạm Thị Minh Đức (2007*). Sinh lý học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 309.
25. Nguyễn Thị Thu Thảo (2015). Cập nhật các phương pháp điều trị bệnh Basedow theo hướng dẫn của ATA/AACE 2011*. Tạp chí Y học thực hành*. ( 929+930 ): 154-158.
26. Học viện Quân y (2008). *Bệnh học nội khoa,* tập II , Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội. 107-130.
27. Nguyễn Huy Cường (2010). *Bệnh bướu cổ*. Nhà xuất bản Y học. 45-60.
28. Franklyn J.A. (1994). The management of hyperthyroidism. *New England Journal of Medicine*, 330 (24): 1731-1738.
29. Bùi Thanh Huyền, Phạm Thu Hà, Trần Văn Đồng và Cs (2007*).* Nhân một số trường hợp bão giáp trạng*. Báo cáo toàn văn các đề tài khoa học, Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành Nội tiết và Chuyển hoá lần thứ ba*, Hội Nội tiết và Đái tháo đường Việt Nam, 145-151.
30. Nguyễn Văn Đàm, Nguyễn Chiến Thắng (2007*).* Kết quả bước đầu phẫu thuật giảm áp hốc mắt điều trị bệnh Basedow*. Báo cáo toàn văn 79 các đề tài khoa học, Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành Nội tiết và Chuyển hoá lần thứ ba*. Nhà xuất bản Y học, 600-604.
31. Nguyễn Chiến Thắng (2014). *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật giảm áp hốc mắt điều trị bệnh mắt Basedow mức độ nặng,* Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
32. Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê (2003*).* Bệnh Basedow*. Nội tiết học đại cương.* Nhà xuất bản Y học TP HCM. 150-153.
33. Eleri L.C., Krukowski Z.H. (1987). Outcome of surgery for Graves’ disease Re- examined*. Br. J. Surg.*, 74 (9): 780-783.
34. Okamoto T., Fujimoto Y., Obara T., et al (1992). Retrospective Analysis of prognostic factors affecting the Thyroid functional status after subtotal Thyroidectomy for Graves’ disease*. World J.Surg.*, 16 (4): 690-695.
35. Leigh D. (2006). Thyroid**.** *Endocrine surgery*, Textbook of Surgery.33: 293-298.
36. Alsaneo O., Clark O. H., (2000). Treatment of Graves’ disease: The advantages of surgery*. Endocrino l - Metab - Clin - North* - *Am, Jun,* 29(2): 321-27.
37. Kraimps J.L., Bouin - Pineau M. H., Mathonnet M., et al (2000). Multicentre study of thyroid nodules in patients with Graves’ disease*. Br - J – Surg.*, 87(8): 1111-1113.
38. Thomas. J. M., Thomas C. (2011). German Association of Endocrine Surgeons practice guidelines for the surgical treatment of bengin thyroid disease. *Langenbecks Arch Surg.*, 396(5):639-649.
39. Guidelines for the surgical management of endocrine disease and training requirements for endocrine surgery. *The British associatio of endocrine surgeons* (2003): 9-10.
40. Ross B., et al ([2016). American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and other causes of Thyrotoxicosis](https://online.liebertpub.com/doi/full/10.1089/thy.2016.0229).*Thyroid*, 26(10): 1343-1421.
41. Hội Nội tiết - Đái tháo đường Việt nam (2016). *Chẩn đoán và điều trị một số bệnh nội tiết- chuyển hóa* (2016). Nhà xuất bản Y học, 83.
42. Nguyễn Khánh Dư (1978). *Bệnh Basedow với phẫu thuật*. Nhà xuất bản Y học.
43. Kiều Trung Thành (2003). *Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật cắt gần hoàn toàn tuyến giáp điều trị bệnh bướu giáp lan tỏa nhiễm độc*, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân y.
44. Nguyễn Ngọc Trung (2009). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ngoại khoa bệnh bướu giáp lan tỏa nhiễm độc tái phát sau phẫu thuật*, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân y.
45. Đặng Ngọc Hùng, Ngô Văn Hoàng Linh, Nguyễn Mỹ(2000). Kết quả điều trị ngoại khoa bệnh Basedow tại Bệnh viện 103 trong thời gian 10 năm (1989-1999). *Công trình nghiên cứu khoa học(1995-2000),* Học viện Quân Y*.* (3):104-108.
46. Đặng Ngọc Hùng, Ngô Văn Hoàng Linh (1993). Kết quả điều trị ngoại khoa bệnh Basedow tại Bệnh viện Quân y 103 từ 1959-1990*.* *Tạp chí Y học.,* (299): 14-16.
47. Nguyễn Hoài Nam, Nguyễn Khánh Dư (1999). Kết quả điều trị Bệnh Basedow bằng phẫu thuật. *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh.*, 1(3): 33-40.
48. Trần Ngọc Lương (2011). Phẫu thuật nội soi qua 8 năm thực hiện. *Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*; 1(2): 189-195.
49. Sugino. K, Nagahama. M, Kitagawa. W. et al. (2008). Surgical management of Graves’ disease-10 year prospective trial at a single institution, *Endocr J*, 55(1): 161-167.
50. Kiều Trung Thành (2005).Đặc điểm hình thái và chức năng phần còn lại tuyến giáp ở bệnh nhân sau mổ Basedow, *Tạp chí y dược học quân sự,* 30 (3)*:* 130-134.
51. Trần Ngọc Lương (2017). *Ứng dụng dao cắt đốt bằng siêu âm (harmonic scalpel) trong phẫu thuật các bệnh lý tuyến giáp*, Đề tài cấp bộ - Bộ Y tế.
52. Tzu-Chieh C., Lin, Jender, Min Fu (2004). Video-assisted open thyroid lobectomy through small incision. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Parcutaneous Techniques*, 14 (1): 15-19.
53. Zhi. Y. L., Ping W., Yong W., et al (2010). Endoscopic thyroidectomy via breast approach patients with Graves’ disease. *World J Surg*, 34: 2228-2232.
54. Sasaki A., Nakajima J., Ikeda K., Otsuka K., et al. (2008). Endoscopic thyroidectomy by the Breast Approach: A single institution’s 9-year experience. *World journal of Surgery*, 32 (3): 381-385.
55. Ngô Văn Hoàng Linh (1992). *Góp phần nghiên cứu nâng cao chất lượng điều trị ngoại khoa bệnh bướu giáp lan tỏa nhiễm độc*. Luận án Phó tiến sỹ khoa học y dược. Học viện Quân y.
56. Hermann M., Roka R., Richter B., et al. (1998). Early relapse after operation Graves’ disease: postoperative hormone kinetics and outcome after subtotal, near-total, and total thyroidectomy. *Surgery.,* 124(5): 894-900.
57. Agarwal A., Mishra K. (2001). Role of surgery in the management of Graves’ disease. *J Indian Med Assoc.*, 99(5): 252- 254.
58. Nguyễn Hoài Nam, Nguyễn Khánh Dư, (1999). Kết quả điều trị bệnh Basedow bằng phẫu thuật*. Tạp chí Y học TPHCM.*, 3 (1): 15-16.
59. Lê Công Định (2013). Chỉ định và kết quả phẫu thuật bệnh Basedow. *Tạp chí nghiên cứu y học.,* 82 (2): 77-82.
60. Trần Ngọc Lương (2011). Nhận xét ban đầu điều trị bệnh Basedow tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, *Tạp chí thông tin y dược.*, 8: 24-28.
61. Hà Ngọc Hưng(2017).Đánh giá kết quả phẫu thuật Basedow tại khoa tai mũi họng Bệnh viện Bạch mai từ 2008-2013. *Tạp chí Y học Việt Nam.,* 451: 175.
62. Yamamoto. M, Sasaki A. Asahi. H., et al. (2001). Endoscopic subtotal thyroidectomy for patients with Graves’ disease. *Surg today*.,31(1):1-4.
63. Sasaki A., Nitta H., Otsuka K. (2009). Endoscopic subtotal thyroidectomy: the procedure of choice for Graves’ disease? *World J Surg* 2009; 33: 67-71.
64. Pornpeera J., Khwannara K., Thanyawat S., et al. (2016). Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) for Graves’ disease: a comparison of surgical results with open thyroidectomy. *Gland Surg* 2016 Dec; 5(6): 546-552.
65. Hyungju K., Jin W. Y., Ra-Yeong S., et al. (2016). Comparison of bilateral Axillo-breast Approach Robotic thyroidectomy with Open thyroidectomy for Graves’ disease. *World J Surg*, 40(3): 498-504.
66. Kitano H., Fujimura M., Kinoshita T., et al. (2002). Endoscopic thyroid resection using cutaneous elevation in lieu of insufflation. *Surg Endosc*, 16: 88-91.
67. Hồ Nam, Hồ Đức Khánh, Nguyễn Văn Việt Thành (2008). Kết quả điều trị bướu giáp đơn nhân bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Bình Dân, *Y học Thành Phố Hồ Chí Minh.,* 12 (4): 31-35.
68. Li Z. Y., Wang P., Wang Y. (2009). Endoscopic thyroidectomy via breast approach for patients with Graves, disease. *Endoscopic thyroidectomy for Graves, disease.,*34 (9):32.
69. Chen K., Xiang G. (2009). Laparoscopic subtotal thyroidectomy for Graves’ disease, *Chinese journal of general surgery.,* 24 (12): 67-69.
70. Trần Ngọc Lương (2015). *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị một số bệnh lý tuyến giáp,* Đề tài cấp nhà nước - Bộ Khoa học công nghệ.
71. Kwon H., Koo Do H., Choi J.Y., et al. (2013). Bilateral axillo breast approach robotic thyroidectomy for Graves’ disease: an initial experience in a single institute. *World J Surg.,* 37(7): 1576-1581.
72. Yichao Z., Zhiyong D., Jinyi L., et al., (2017). Comparison of endoscopic and conventional open thyroidectomy for graves’ disease: A meta-anylysis. *International Journal of Surgery*., 40: 52-59.
73. Đoàn Quốc Hưng (2010). Tổng quan các biến chứng trong phẫu thuật tuyến giáp. *Tạp chí Ngoại khoa*., 2: 7-12.
74. Đỗ Trung Quân (2005). Basedow. *Bệnh nội tiết chuyển hóa thường gặp,* nhà xuất bản Y học. 161-193.
75. Kariakin A.M., Kucher V.V., Kirienko I.V. (1992), The pathogenetic and clinical grounds for the advantages of nondrug procedures in the preoperative preparation of patients with diffuse toxic goiters. *Vestn Khir Im I I Grek.,* 184 (5): 216-220.
76. Eckstein A.K., Lax H. (2007). Patients with severe Graves’ ophthalmopathy have a higher rish of relapsing hyperthyroidism and are unlikely to remain in remission. *Clin Endoccrinol*., 67(4): 607-612.
77. Đặng Trần Duệ (1996*).* Bệnh bướu cổ tản phát. *Bệnh tuyến giáp và các rối loạn do thiếu iod,* Nhà xuất bản Y học. 421- 427.
78. Thái Hồng Quang (2001). Bệnh Basedow. *Bệnh nội tiết.* Nhà xuất bản Y học. 111-158.
79. Sasaki A., Nitta H., Otsuka K. (2009). Endoscopic subtotal thyroidectomy: the procedure of choice for Graves, disease. *World J Surg 2009 Jan,* 33(1): 67-71*.*
80. Nguyễn Thy Khuê (2001). Siêu âm tuyến giáp trong chẩn đoán Bệnh Basedow. *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh.*, 5 (4): 122-124.
81. Cappelli C., Gandossi E., Castellano M., et al. (2007). Prognostic value of thyrotropin receptor antibodies (TRAb) in Graves’ disease: A 120 months prospective study*.* *Endocr Journal.,* 54: 713-720.
82. Kostka A. (2004). Risk factors of early recurrence after surgical treatment in Graves disease. *Folia Med Cracow.*, 45 (1-2): 97-119.
83. Quadbeck B., Hoermann R., Hanhn S., et al. (2005). Blinding, stimulating and blocking TSH receptor antibodies to the thyrotropin receptor as predictors relapse of Graves’ disease after withdrawal of antithyroid treatment*. Horm Metab Res.,* 37(12): 745-750.
84. Schott M., Morgenthaler N.G., Fritzen R., et al. (2004). Levels of autoantibodies against human TSH receptor predict relapse of hyperthyroidism in Graves’ disease. *Horm Metab Res.,* 36(2): 92-96.
85. Nguyễn Khoa Diệu Vân (2010). Đánh giá vai trò nồng độ TRAb huyết thanh trong chẩn đoán xác định bệnh Basedow. *Tạp chí y học lâm sàng,* (52): 59-65.
86. Robert D.U. (2001). The thyroid: Physiology, Thyrotoxicosis, Hypothyrodism and Painful Thyroid. *Endocrinology and Metabolism*, 3 (9): 262-347.
87. Lê Quang Toản (1987). *Kết quả điều trị ngoại khoa 178 trường hợp bệnh cường giáp (Basedow) từ 6-1973 đến 10-1984.* Bệnh cường giáp. (88): 63-68.
88. Nguyễn Văn Việt Thành, Hồ Khánh Đức, Nguyễn Bá Minh Nhật, Hồ Nam (2010). Phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp tại bệnh viện Bình dân. *Y học TPHCM 2010*, (1): 119-123.
89. Nguyễn Hoài Nam (2006). *Những tiến bộ trong sửa soạn phẫu thuật bệnh Basedow.* Cập nhật điều trị ngoại khoa lồng ngực- mạch máu. Nhà xuất bản Y học. 154-164.
90. Yesim E., Yasemin., O., Murat G., et al. (2007). Effect of Lugol solution on Thyroid Gland Blood Flow and Microvessel Density in the Patients with Graves’disease. *The journal of clinical Endocrinology & Metabolism.*, 92(6): 2182- 2189.
91. Park Y. L., Han W. K.(2003). 100 cases of endoscopic thyroidectomy: Breast approach. *Surgical laparoscpy, endoscopy & percutaneous techniques.,*13 (1): 20-25.
92. Miccoli P., Bellatone R., Mourad M., et al. (2002). Minimally invasive video-assited thyroidectomy: multiinstitutional experience. *World J Surg.,* 26: 972-975.
93. Miccoli P., Berti P.(2001). Minimally invasive video-assisted **t**hyroidectomy. *The Americal journal of Surgery.,* 181: 567-570.
94. Miccoli P., Berti P., Raffaelli M., et al(2001). Comparison between minimally invasive video-assisted thyroidectomy and conventional thyroidectomy: A prospective randomized study. *Surgery.,* 130.   
    1039-1043.
95. Inabnet W.B., Jacob B.P., Gagner M.(2003). Minimally invasive endoscopic thyroidectomy by a cervical approach. *Surg Endosc.,* 17: 1808-1811.
96. Shimizu K., Tanaka S. (2003). Asian perspective on endoscopic thyroidectomy: A review 193 cases. *Asian J Surg*., 26: 92-100.
97. Ikeda Y., Takami H., Sasaki A., Takayama J., Niimi M., Kan S. (2003). Clinical benefits in endoscopic thyroidectomy by axillary approach. *J Am Coll Surg*., 196 (2): 189-95.
98. Jun-Ook P., Dong I. S. (2016). Transoral endoscopic thyroidectomy: our initial experience using a new endoscopic technique. *Surg Endosc*., 31(12): 5436-5443.
99. Angkoon A., Hoon Y. K., Gianlorenzo D. (2017). Transoral endoscopic thyroidectomy using vestibular approach: updates and evidences. *Gland Surg*., 6(3): 277-284.
100. Antonina C., Fausto F., Francesca P.P., et al. (2017). Endoscopic thyroidectomy: why we need a transoral approach. *APMB Classe di Scienze Medico Biologiche.,* 105 (2): 8-16.
101. Gottlieb A., Sprung J., Zheng X.M., et al.(1997). Massive subcutaneous emphysema and severe hypercarbia in a patient during endoscopic transcevical parathyroidectomy using carbon dioxide insufflation(case report). *Anesthesia & Analgesia.,* 84 (5). 1154-1156.
102. Ryoichi O., Takeda J., Noguchi J., Ishii S. (2000). Subcutaneous carbon dioxide insufflation does not cause hypercarbia during endoscopic thyroidectomy. *Anesthesia & Analgesia*., 90 (3): 760-762.
103. Ohgami M., Seiichiro I., Yoshito I., etal.(2000). Scarness endoscopic thyroidectomy: Breast approach for better cosmesis. *Surgical laparoscopy endoscopy & percutaneous techniques.,* 10 (1): 1-4.
104. Tzu-Chieh C., Yann-Sheng L., Hsin-Yi Y., et al. (2016). Patient outcomes following surgical management of multinodular goiter. *Medicine* *Baltimore.,* 95 (8).
105. Bellatone R., Lombardi C. P.(2001). Arterial PCO2 and cardiovascular function during endoscopic neck surgery with carbon dioxide insufflation. *Archives Surgery.,* 136 (7): 822-827.
106. Braczýnski M., Konturek A., et al. (2012). Randomized clinical trial of bilateral subtotal thyroidectomy versus total thyroidectomy for Graves’ disease with a 5-year follow-up. *Br J Surg*., 99(4): 515-22.
107. Palit T. K., Miller C.C., Miltenburg D.M. (2000). The Efficacy of thyroidectomy for Graves’ disease: A meta-anylasis. *J Surg Res.,* 90(2): 161-165.
108. Miccoli P., Paolo V., Teresa R., et al. (1996). Surgical treatment of Graves’ disease: subtotal or total thyroidectomy ? *Surgery.,*120(6): 1020-1024.
109. Katja M., Katja S., Dirk L., et al. (2012). Total versus near-total thyroidectomy in Graves’ disease and their outcome on postoperative transient hypoparathyroidism: study protocol for a randomized controlled trial? *Trials*., 13: 234.
110. Jürgen W., Peter E., Goretzki, et al. (2000). Surgery for Graves’ Disease: Total versus Subtotal Thyroidectomy-Results of a Prospective Randomized Trial. *World J Surg*., 24: 1303-1311.
111. Trịnh Minh Tranh (2010). Kết quả điều trị bướu giáp bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định. *Tạp chí Y học TPHCM*., 14 (4): 29-32.
112. Petri E. V., Caj H. (2000). Ultrasonically active shears in thyroidectomy: A randomised trial*. Annals of surgery* ., 231 (3): 322.

1. [Emanuele F.,](http://www.hindawi.com/71305359/) Enrico A. (2011). Focus Harmonic Scalpel Compared to Conventional Haemostasis in Open Total Thyroidectomy: A Prospective Randomized Trial*. International Journal of Otolaryngology.,* 2011 Article ID 357195: 7.
2. Đặng Ngọc Hùng, Ngô Văn Hoàng Linh, Kiều Trung Thành, Phan Văn Dân, (2000). Sơ bộ nhận xét những thay đổi của hormon tuyến giáp sau mổ cắt gần hoàn toàn tuyến giáp điều trị bướu giáp lan tỏa nhiễm độc. *Tạp chí Ngoại khoa*., 13 (4): 27-30.
3. Lê Văn Quang (2009). *Khảo sát sự thay đổi nồng độ TSH, FT4, FT3 trong huyết tương sau phẫu thuật bệnh Basedow*, Luận án tiến sỹ Y học, Đại học Y dược TPHCM.
4. Kiều Trung Thành, Đặng Ngọc Hùng, Ngô Văn Hoàng Linh (2000). Liên quan giữa các kết quả xét nghiệm hormon tuyến giáp và biểu hiện lâm sàng ở bệnh nhân sau mổ Basedow*. Tạp chí Y học Quân sự*., 3: 58-64.

**MỘT SỐ HÌNH ẢNH MINH HỌA**

****

**BN Giang Thị H 23 tuổi, mổ ngày 7-8-2014**

**Sau mổ 3 tháng**

** **

**BN Vũ Thị T 24 tuổi, mổ ngày 21-8-2014**

**Sau mổ 3 tháng**

|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ**  **BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TW** | **BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU**  **BỆNH NHÂN BASEDOW MỔ NỘI SOI** |

**I.Hành chính :**

1. Họ và tên: tuổi

2. Giới:

- Nam □

- Nữ □

3. Nghề nghiệp :

- Học sinh, sinh viên □

- Cán bộ, viên chức □

- Nghề khác □

4. Địa chỉ:

Điện thoại:

5. Ngày vào viện: / /

Ngày mổ / /

Ngày ra viện / /

6. Số bệnh án nghiên cứu :

7. Mã bệnh án nghiên cứu:

**II. Bệnh sử :**

8. Lý do vào viện

- Run tay □

- Bướu cổ □

- Hồi hộp trống ngực □

- Sút cân □

- Khác □

9. Thời gian mắc bệnh: Tháng

10. Bệnh kèm theo :

- Có □…………………………………………

- Không □

11. Thời gian điều trị nội khoa trước mổ: Tháng

12. Phân loại thời gian mắc bệnh

<12 tháng □ 12-24 tháng □

25-36 tháng □ 37-48 tháng □

49-60 tháng □ >60 tháng □

**III. Lâm sàng :**

13. Độ bướu :

Ia □

Ib □

II □

III □

14. Mật độ bướu :

Mềm □

Chắc □

Cứng □

15. Tổn thương mắt Bình thường □ Tổn thương □

Nếu tổn thương :

- Nospecs độ :

- Co mi trên Có □ Không □

- Phù mi mắt Có □ Không □

16. Mạch :

**IV. Cận lâm sàng :**

17.Hocmon :

- Trước mổ : T3  FT4 TSH

TRAb PTH

18. Điện giải đồ: - Ca 2+ - Ca tp

19. Siêu âm thường:

Thể tích tuyến giáp: ml

20. Siêu âm doppler mạch tuyến giáp:

- Trước điều trị Lugol 1%: đốm

- Sau điều trị Lugol 1% : đốm

21. Điện tim:

-Nhịp: Xoang □ Khác □

-Tần số

**V. Chẩn đoán trước mổ:**

**VIII. Lý do chỉ định phẫu thuật:**

*Điều trị*

22. Điều trị nội khoa thất bại □

23. Tái phát nhiều lần sau điều trị nội khoa □

*Biến chứng:*

24. Bướu to gây chèn ép □

25. Biến chứng mắt □

**IX. Theo dõi trong mổ**

26. Thể tích tuyến giáp để lại : ml……………………………….cm

27. Thời gian mổ : phút

28. Lượng máu mất : ml

29. Tai biến trong mổ

Tổn thương dây thần kinh quặt ngược

- Có □

- Không □

Tổn thương cận giáp

- Có □

- Không □

Tổn thương khí quản

- Có □

- Không □

Phù phổi cấp

- Có □

- Không □

Tổn thương mạch máu lớn

- Có □

- Không □

Co thắt thanh quản

- Có □

- Không □

Tử vong

- Có □

- Không □

**X. Diễn biến sau mổ:**

30. Biến chứng sau mổ : Có □ Không □

Nếu có :

*- Chảy máu, tụ máu*

- Có □

- Không □

*- Tetani*

- Có □

- Không □

*- Nói khàn*

- Có □

- Không □

*- Chuyển mổ mở*

- Có □ Lý do: …………………………………………….

- Không □

*- Suy hô hấp*

- Có □

- Không □

*- Cơn cường giáp cấp*

- Có □

- Không □

*- Nhiễm trùng*

- Có □

- Không □

31. Thời gian nằm viện sau mổ: Ngày

32. Giải phẫu bệnh :

XI. Đánh giá kết quả điều trị sau 36 tháng

Tốt □

Khá □

Trung bình □

Kém □

**XI. Khám lại**

33. Sau 3 tháng

*Lâm sàng*

Tetani : Có □ Không □

Khàn tiếng : Có □ Không □

Vận động cổ : Bình thường □ Kém □

Tê bì vùng mổ : Có □ Không □

- Tiến triển mắt: Có □ Không □

(nếu có tổn thương)

Khỏi □

Giảm □

Không thay đổi □

*Cận lâm sàng*

- Hocmon : T3  FT4 TSH

TRAb PTH

- Điện giải đồ - Ca tp

- Siêu âm thường:

Thể tích tuyến giáp: ml

- Soi dây thanh

Bình thường □

Tổn thương □

*Tình trạng*

Bình giáp □ Cường giáp □ Suy giáp □

34. Sau 6 tháng

*Lâm sàng*

Tetani : Có □ Không □

Khàn tiếng : Có □ Không □

Vận động cổ : Bình thường □ Kém □

Tê bì vùng mổ : Có □ Không □

-Tiến triển mắt: Có □ Không □

(nếu có tổn thương)

Khỏi □

Giảm □

Không thay đổi □

*Cận lâm sàng*

- Hocmon : T3  FT4 TSH

TRAb PTH

- Điện giải đồ - Ca tp

- Siêu âm thường:

Thể tích tuyến giáp: ml

- Soi dây thanh

Bình thường □

Tổn thương □

*Tình trạng*

Bình giáp □ Cường giáp □ Suy giáp □

35. Sau 12 tháng

*Lâm sàng*

Tetani : Có □ Không □

Khàn tiếng : Có □ Không □

Vận động cổ : Bình thường □ Kém □

Tê bì vùng mổ : Có □ Không □

-Tiến triển mắt: Có □ Không □

(nếu có tổn thương)

Khỏi □

Giảm □

Không thay đổi □

*Cận lâm sàng*

- Hocmon : T3  FT4 TSH

TRAb PTH

- Điện giải đồ - Ca tp

- Siêu âm thường:

Thể tích tuyến giáp: ml

- Soi dây thanh

Bình thường □

Tổn thương □

*Tình trạng*

Bình giáp □ Cường giáp □ Suy giáp □

36. Sau 36 tháng

*Lâm sàng*

Tetani : Có □ Không □

Khàn tiếng : Có □ Không □

Vận động cổ : Bình thường □ Kém □

Tê bì vùng mổ : Có □ Không □

-Tiến triển mắt: Có □ Không □

(nếu có tổn thương)

Khỏi □

Giảm □

Không thay đổi □

*Cận lâm sàng*

- Hocmon : T3  FT4 TSH

TRAb PTH

- Điện giải đồ - Ca tp

- Siêu âm thường:

Thể tích tuyến giáp: ml

- Soi dây thanh

Bình thường □

Tổn thương □

*Tình trạng*

Bình giáp □ Cường giáp □ Suy giáp □

- Hài lòng bệnh nhân

Rất hài lòng □

Hài lòng □

Bình thường □

Không hài lòng □

**DANH SÁCH BỆNH NHÂN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **HỌ VÀ TÊN** | **TUỔI** | **MÃ BA** | **NGÀY MỔ** | **ĐỊA CHỈ** |
|  | Vũ Thị Hồng G | 20 | 17336 | 28/01/2005 | Hà Nội |
|  | Trần Thu H | 26 | 18266 | 21/04/2005 | Hà Nội |
|  | Trần Thị Hải V | 31 | 38333 | 12/12/2007 | Hà Nội |
|  | Nguyễn Thùy G | 36 | 38460 | 23/11/2007 | Hà Nội |
|  | Đinh Thị Kim P | 25 | 32607 | 23/04/2007 | Hà Nội |
|  | Nguyễn Thị T | 24 | 36585 | 31/08/2007 | Hà Nội |
|  | Phạm Nguyệt H | 32 | 36590 | 02/10/2007 | Thái Bình |
|  | Lê Thị G | 34 | 37948 | 15/11/2007 | Đồng Nai |
|  | Lương Thị M | 24 | 39552 | 06/03/2008 | Thái Nguyên |
|  | Bùi Thị H | 25 | 39543 | 07/03/2008 | Nam Định |
|  | Nguyễn Thị M | 28 | 40097 | 17/03/2008 | Quảng Ninh |
|  | Phan Thị Hoa P | 24 | 40087 | 18/03/2008 | Hà Nội |
|  | Đào Thị Triều D | 23 | 46561 | 03/12/2008 | Hà Nội |
|  | Bùi Thị H | 33 | 46550 | 02/12/2008 | Hải Dương |
|  | Lê Thị Thanh L | 28 | 47785 | 03/03/2009 | Hà Nội |
|  | Đỗ Thu H | 30 | 50278 | 25/06/2009 | Hà Nội |
|  | Trần Minh L | 22 | 50786 | 01/07/2009 | Hà Nội |
|  | Nguyễn Thị H | 19 | 50788 | 21/07/2009 | Phú Thọ |
|  | Phạm Quỳnh L | 29 | 51552 | 13/08/2009 | Hà Nội |
|  | Nguyễn Thị M | 16 | 51739 | 20/08/2009 | Bắc Giang |
|  | Trịnh Lệ T | 31 | 53425 | 28/10/2009 | Hà Giang |
|  | Nguyễn Văn B | 16 | 53623 | 09/11/2009 | Bà Rịa Vũng Tàu |
|  | Nguyễn Thị Thu H | 21 | 55359 | 01/02/2010 | Hà Nội |
|  | Hoàng Thị L | 24 | 55424 | 02/02/2010 | Quảng Ninh |
|  | Lê Huyền M | 24 | 56709 | 15/04/2010 | Hà Nội |
|  | Trương Thị Thu H | 24 | 57062 | 05/05/2010 | Hà Nội |
|  | Lường Thúy L | 20 | 59763 | 09/08/2010 | Sơn La |
|  | Phạm Thị Thu N | 17 | 59401 | 16/08/2010 | Quảng Ngãi |
|  | Đỗ Thị Thu H | 25 | 60127 | 18/08/2010 | Thái Nguyên |
|  | Hà Thị Minh T | 19 | 62533 | 09/11/2010 | Hà Nội |
|  | Nguyễn Thị H | 27 | 64977 | 31/03/2011 | Quảng Ninh |
|  | Triệu Thị N | 31 | 66650 | 24/05/2011 | Bắc Cạn |
|  | Nguyễn Thị Thu T | 37 | 67073 | 14/06/2011 | Thái Nguyên |
|  | Bạch Thị H | 40 | 67300 | 17/06/2011 | Hà Nội |
|  | Đinh Thị N | 24 | 72040 | 15/12/2011 | Thanh Hóa |
|  | Vũ Thị N | 39 | 27486 | 22/12/2011 | Gia Lai |
|  | Đoàn Thị H | 24 | 73984 | 22/03/2012 | Quảng Bình |
|  | Nguyễn Thanh P | 31 | 77119 | 04/07/2012 | Hà Nội |
|  | Vũ Thị T | 20 | 77346 | 10/07/2012 | Bắc Giang |
|  | Trần Thị Thu T | 28 | 77814 | 26/07/2012 | Hà Nội |
|  | Kiều Thị Kim T | 26 | 75477 | 09/05/2012 | Phú Yên |
|  | Phan Lê Đoan T | 29 | 76730 | 20/06/2012 | Khánh Hòa |
|  | Lương Thị X | 30 | 80691 | 08/11/2012 | Nam Định |
|  | Trần Thị Hương L | 28 | 81266 | 03/12/2012 | Hà Nội |
|  | Trần Thị D | 34 | 81672 | 17/12/2012 | Đà Nẵng |
|  | Vũ Thị D | 26 | 4074 | 15/10/2013 | Bắc giang |
|  | Nguyễn Thị T | 37 | 84731 | 22/05/2013 | Hà Nội |
|  | Lại Thị H | 22 | 3994 | 15/10/2013 | Bắc Giang |
|  | Mai Thị H | 31 | 4764 | 19/11/2013 | Ninh Bình |
|  | Hoàng thị H | 23 | 2774 | 08/08/2013 | Nam Định |
|  | Trần Thị Hồng H | 19 | 1886 | 22/07/2013 | Hà Nội |
|  | Nguyễn Thu T | 29 | 2443 | 07/08/2013 | Hà Nội |
|  | Kiều Bích N | 21 | 4833 | 26/11/2013 | Hà Giang |
|  | Nguyễn Thị M | 27 | 5325 | 12/12/2013 | Nam Định |
|  | Vũ Thị N | 23 | 6262 | 20/01/2014 | Bắc Ninh |
|  | Hoàng Thị H | 33 | 11115 | 21/07/2014 | Tuyên Quang |
|  | Giang Thị H | 23 | 11574 | 07/08/2014 | Hải Dương |
|  | Trần Thị H | 24 | 8384 | 29/04/2014 | Thái Bình |
|  | Nguyễn Thị H | 30 | 7647 | 02/04/2014 | Hà Nam |
|  | Đào Như Y | 19 | 10085 | 21/07/2014 | Hưng Yên |
|  | Nguyễn Thị Minh N | 15 | 11770 | 13/08/2014 | Hải Dương |
|  | Vũ Thanh T | 24 | 12002 | 21/08/2014 | Hà Nội |
|  | Mai Thúy P | 15 | 11934 | 18/08/2014 | Lạng Sơn |
|  | Nguyễn Thị M | 29 | 7874 | 13/05/2014 | Bắc Giang |
|  | Đỗ Thị Phương T | 32 | 6740 | 03/03/2014 | Nam Định |
|  | Đồng Thị N | 25 | 18121 | 01/04/2015 | Hải Dương |
|  | Vũ Thị Xuân T | 26 | 18319 | 07/04/2015 | Quảng Ninh |
|  | Tạ Thu H | 27 | 18711 | 16/04/2015 | Hà Nội |
|  | Nguyễn Hà M | 20 | 19588 | 13/05/2015 | Hà Nội |
|  | Nguyễn Thị H | 23 | 11267 | 28/05/2015 | Vĩnh Phúc |
|  | Trần Thị T | 26 | 22377 | 24/07/2015 | Nghệ An |
|  | Đặng Thị Thanh N | 34 | 44635 | 10/10/2016 | Hòa Bình |
|  | Đoàn Thị Minh N | 25 | 51149 | 27/01/2017 | Nam Định |
|  | Tạ Thị T | 27 | 55876 | 15/05/2017 | Hà Nội |
|  | Nguyễn Thị M | 14 | 58728 | 03/07/2017 | Nam Định |
|  | Cao Thị Vân D | 22 | 60287 | 11/07/2017 | Hà Nội |

**XÁC NHẬN CỦA PHÒNG KHTH**

**BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG**