

CHỈ ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP ĐIỀU TRỊ BỆNH BASEDOW TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Lê Tân Phát*, Trương Quang Huy*, Đoàn Quốc Hưng**

TÓM TẮT: Nghiên cứu phân tích các chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp trên 55 bệnh nhân tại bệnh viện nội tiết trung ương từ 5/2017 đến 12/2017. Tuổi trung bình 41, nữ chiếm 90%, thời gian phẫu thuật nội khoa > 2 năm chiếm 55,5%. Chỉ định phẫu thuật gồm bướu nhân kèm theo 40%, phẫu thuật nội khoa thất bại 14,5%, bướu giáp quá to 12,7%, limen 20%, biến chứng do phẫu thuật nội khoa 12,7%. Biến chứng sau mổ chủ yếu hạ canxi máu tạm thời 16,4%, không gặp trường hợp nào biến chứng liệt thị giác, chèn ép máu, tim mạch, nhiêm trùng. Kết quả phẫu thuật loại bỏ 94,5%, không có trường hợp phẫu thuật thất bại. Phẫu thuật là một trong những biện pháp điều trị lâu dài và ít biến chứng phẫu thuật bệnh Basedow.

***Từ khóa:** bệnh Basedow, cắt toàn bộ tuyến giáp.

INDICATIONS AND RESULTS OF TOTAL THYROIDECTOMY FOR TREATMENT BASEDOW'S DISEASE AT NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

ABSTRACT: The objective of this study is to analyze the indications and result of total thyroidectomy for Basedow's disease in 55 patients from 5/2017 to 12/2017. The mean age of the patients was 41 years old. 90% patients were women, and 55,5% patients had medical treatment for Basedow's disease for more than 2 years. Results: Indications for corrective surgery included nodular goiter (40%), failure of medical treatment (14,5%), big goiter (12,7%), exophthalmos (20%), complications

concerned with medical treatment (12,7%). Postoperatively, temporary hypocalcemia was seen in 16,4% of the patients. No complication involved recurrence, bleeding, hematoma was seen. The surgical result was good in 94,5%, overage in 5,5%. Corrective surgical therapy is one of the options that provided good long-term results with few complications.

***Keyword:** Basedow's disease, total thyroidectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Basedow là bệnh hiếm gặp trong các bệnh nội tiết. Graves. R (1835) là người tiên mô tả bệnh biểu hiện có bướu cổ và limen. Năm 1840, K. Basedow mô tả bệnh bướu cổ, nhập tim nhanh và limen. Ngày nay bệnh mang tên các tác giả này [1],[2].

Phẫu thuật Basedow bằng phẫu thuật cổ là chỉ định khá lâu, bắt đầu năm 1869 với kỹ thuật cắt bướu cổ bằng phẫu thuật tuyến giáp của Valdenver. Sau đó các tác giả như Lister (1877), Tillaux (1880) thực hiện những cải tiến về dụng cụ và biến chứng cao. Visconti và Kocher thực hiện phẫu thuật tuyến giáp của Kocher (1920), phẫu thuật đã mang lại kết quả đáng khích lệ. Các biến chứng của phẫu thuật Lugol 1% trước mổ đã làm giảm đáng kể biến chứng. Năm 1950, Visser và các đồng nghiệp đã thực hiện phẫu thuật kháng giáp tổng hợp và phẫu thuật phóng xạ, vì vậy phẫu thuật Basedow đã có những thay đổi quan trọng. Phẫu thuật không còn là biện pháp phẫu thuật duy nhất, tuy nhiên nó vẫn đóng vai trò quan trọng do có

*Bệnh viện Nội tiết Trung ương

**Trường ĐHY Hà Nội, Khoa PT Tim mạch- Lồng ngực, BV Việt Đức

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS. Đoàn Quốc Hưng

Ngày nhận bài: 01/04/2018 - Ngày Cho Phép Đăng: 10/04/2018

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

GS.TS. Lê Ngọc Thành

nh ng u i m nh t l kh i b nh cao, k t qu b n v ng, th i gian i u tr c rút ng n, và có th áp d ng cho nh ng tr ng h p i u tr n i khoa th t b i hay không th áp d ng các bi n pháp i u tr khác [3],[4],[5].

Khi nào thì ph u thu t, và n u ph u thu t thì c t toàn b hay c t g n toàn b tuyen giáp i u tr Basedow? ây là v n v n ang còn tranh lu n. Xu h ng hi n nay trên th gi i là th c hi n c t toàn b tuyen giáp [6],[7]. Các nghiên c u trên th gi i c ng cho r ng bi n ch ng c a ph u thu t c t toàn b và g n toàn b tuyen giáp là t ng ng nhau, tuy nhiên t l Basedow tái phát c a nhóm c t g n toàn b tuyen giáp là cao h n so v i nhóm c t toàn b tuyen giáp [8].

T i Vi t Nam B nh vi n 103, B nh vi n Vi t c là nh ng n v i u trong l nh v c này. B nh vi n N i ti t TW m i tri n khai ph u thu t c t toàn b tuyen giáp i u tr Basedow

trong 10 n m tr l i ây. Do ó chúng tôi ti n hành nghiên c u tài này v i m c tiêu nh n xét ch nh và ánh giá k t qu ph u thu t c t toàn b tuyen giáp cho b nh Basedow t i B nh vi n N i ti t TW.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng: G m các b nh nhân c ch n oán xác nh Basedow t i b nh vi n N i ti t TW có ch nh can thi p ngo i khoa, c ph u thu t t i khoa Ph u thu t tuyen giáp t 5/2017 n 12/2017. B nh nhân c theo dõi liên t c sau m 3 tháng.

2.2 Phương pháp

- Thi t k nghiên c u: Nghiên c u mô t c t ngang t i n c u.
- C m u: S d ng ph ng pháp ch n m u thu n t i n
- Th ng kê và x lý s li u b ng ph n m m SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong th i gian t 5/2017 n 12/2017 có 55 b nh nhân tiêu chu n nghiên c u v i các c i m nh sau:

3.1 Đặc điểm chung

- Tu i : Tu i th p nh t 15 tu i, cao nh t 70 tu i, trung bình 41,27 tu i, nhóm 41 – 60 tu i có 26/55 BN (47,3%),nhóm 20 – 40 tu i có 20/55 BN (36,4%).
- Gi i : BN g m 49 n , 6 nam. T l n /nam : 9/1.

3.2 Đặc điểm nhóm bệnh nhân theo thời gian điều trị nội khoa

Bảng 3.1: Thời gian điều trị nội khoa (n = 55)

Thời gian	< 1 n m	1 - 2 n m	2 - 4 n m	> 4 n m	T ng s
n	13	6	21	15	55
T l %	23,6	10,9	38,2	27,3	100

Th i gian i u tr > 2 n m chi m t l 65,5%; trung bình 39,7 tháng.

3.3 Đặc điểm nhóm bệnh nhân theo lý do chỉ định phẫu thuật

Bảng 3.2. Lý do chỉ định phẫu thuật (n = 55)

Chỉ định	N	T l %
i u tr n i khoa th t b i	8	14,5
B u to	7	12,7
B u nhân	22	40,0
B i n ch ng m t	11	20,0
B i n ch ng i u tr n i	7	12,7
T ng	55	100

3.4 Đặc điểm nhóm bệnh nhân theo thời gian cuộc mổ

Bảng 3.3. Thời gian cuộc mổ (n = 55)

	Ng n nh t	Trung bình	Dài nh t
Thời gian cuộc mổ (phút)	40	56,8 ± 15,3	90

3.5 Đặc điểm nhóm bệnh nhân theo kết quả mô bệnh học

Bảng 3.4. Kết quả mô bệnh học (n = 55)

		Gi i ph u b nh		T ng
		Lành tính	Ác tính	
Basedow có nhân tuy n giáp	n	31	12	43
	T l %	72,1%	27,9%	100,0%
Basedow không có nhân tuy n giáp	n	12	0	12
	T l %	100,0%	0,0%	100,0%
T ng	n	43	12	55
	T l %	78,2%	21,8%	100,0%

3.6 Đặc điểm nhóm bệnh nhân theo biến chứng sớm sau mổ

Bảng 3.5. Các biến chứng sớm sau mổ (n = 55)

Biến chứng sau mổ	n	T l %
Ch y máu	0	0
C n tetani	3	5,5
H Canxi không tri u ch ng	9	16,4
Khàn ti ng	1	1,8
U ng s c	0	0
C n c ng giáp c p	0	0
T vong	0	0
T ng	14	23,7

3.7 Đặc điểm nhóm bệnh nhân theo ngày nằm viện sau mổ

Bảng 3.6. Ngày nằm viện sau mổ

	Ng n nh t	Trung bình	Dài nh t
Ngày nằm viện (ngày)	4	5 ± 0,7	10

3.8 Đặc điểm nhóm bệnh nhân sau phẫu thuật 3 tháng

Các b nh nhân sau m c theo dõi liên t c 3 tháng, b nh nhân có t n th ng th n kinh và c n giáp t m th i u bình ph c hoàn toàn, không có tr ng h p nào b ch y máu, t máu,tái phát, nhi m trùng sau m , s o m m m li n t t.

3.9 Đặc điểm nhóm bệnh nhân theo đánh giá kết quả điều trị

Bảng 3.7. Đánh giá kết quả điều trị (n = 55)

Kết quả điều trị	n	T l %
T t	52	94,5
Bình th ng	3	5,5
X u	0	0
T ng	55	100

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung

Tu i và gi i: L a tu i hay g p nh t là 41 - 60 tu i chi m t l 47,3%. Sau ó là nhóm 20 - 40 tu i chi m t l 36,4%, b nh nhân tr tu i nh t 15 tu i, b nh nhân cao tu i nh t 70 tu i (m c 3.1). B nh ch y u g p n gi i theo t l n /nam là 9/1. Theo nghiên c u c a Tr n Bá Huy và Miccoli b nh g p n nhi u h n nam gi i, t l n /nam là 8/1, nhóm tu i hay g p nh t t 20 - 50 tu i. K t qu v tu i và gi i c a nghiên c u c a chúng tôi c ng phù h p v i các nghiên c u trên th gi i. Gi i thích s khác bi t v gi i do liên quan n hormone, di truy n gene n m trên nhi m s c th X, t bào g c còn sót l i l u hành trong quá trình mang thai[7],[9].

4.2 Chỉ định điều trị bằng phẫu thuật:

4.2.1 Trên n n Basedow có th có các b u nhân giáp khác ph i h p có m t t l áng k ác tính. Do v y ph u thu t c t tuy n giáp là m t s l a ch n t t nh t nh m m c ích v a i u tr c ng giáp, v a i u tr b u nhân [6],[12]. Trong nghiên c u c a chúng tôi có 43 tr ng h p (78,2%) c ch nh b i lý do này

(b ng 3.4). Trong ó 31 tr ng h p có gi i ph u b nh lành tính (72,1%), 12 tr ng h p có gi i ph u b nh ác tính (27,9%) (b ng 3.2).

4.2.2 Bi u hi n m t: ó là s thay i gây viêm, phù quanh m t, t ng áp l c nhãn c u, nhìn ôi, r i lo n v n ng nhãn c u, l i m t do phù n sau h c m t m t bên ho c c hai bên m t. Phân t n th ng m t theo Nospecs (1969) [2],[10]. Theo nghiên c u c a Le Clech, Candela có 30 - 50% Basedow có bi u hi n m t. Các bi u hi n bao g m l i m t, nhìn ôi, co rút c mi trên, au nh c sau h c m t... Nguyên nhân trong h c m t hình thành ph c h p kháng nguyên - kháng th gây kích ho t ph n ng viêm. i u tr các tri u ch ng m t ch y u b ng corticoid song song v i i u tr c ng giáp [6],[11]. Theo các tác gi Miccoli, Tr n Bá Huyn u i u tr b ng I t - 131 s làm nguy c các b nh m t n ng lên. Ph u thu t có u i m gi i quy t nhanh chóng tình tr ng c ng giáp, giúp gi m kháng th l u hành, qua ó c i thi n tri u ch ng m t, c bi t l i m t m i xu t hi n [7],[9]. Trong nghiên c u c a chúng tôi có 11 b nh nhân ch nh ph u thu t b i lý do này (20%) (b ng 3.2).

4.2.3 i u tr n i khoa th t b i: Basedow ã c xác nh là b nh t m i n. B nh do kháng th kháng Receptor TSH (TRAb) l u hành trong máu. Kháng th này kích thích th c m TSH trên tuy n giáp gây t ng ho t ng ti t hormone không ng ng. Có 3 ph ng pháp i u tr Basedow ó là n i khoa, i t ngv phóng x và ph u thu t, trong ó i u tr n i khoa là ph ng pháp ch y u. M c ích i u tr n i khoa nh m làm gi m tình tr ng c ng giáp b ng các thu c gi m tri u ch ng và gi m t ng h p hormone. Th i gian i u tr th ng kéo dài ít nh t 6 tháng, i u tr n i khoa th t b i là khi b nh nhân đ ng thu c kháng giáp quá 2 n m mà ng ng thu c thì b nh tái phát tr l i ngay sau khi đ ng thu c [2],[10]. Khi ó c n xem xét l a ch n các bi n pháp i u tr khác. Trong nghiên c u c a chúng tôi có 14,5% s b nh nhân c ch nh ph u thu t do i u tr n i khoa th t b i (b ng 3.1).

4.2.4 Do kích th c b u giáp quá to: Khi kích th c b u to III tr lên (theo phân WHO 1995) s nh h ng v th m m và có nguy c chèn ép c quan lân c n nh th c qu n, khí qu n gây khó nu t, khó th [2],[10]. i u tr n i khoa i nh ng tr ng h p này th ng th t b i, Iod131 c ng r t ít có hi u qu trong các tr ng h p này. i u tr b ng ph u thu t c coi là gi i pháp t t nh t. Trong nghiên c u c a chúng tôi có 7 b nh nhân (12,7%) c ch nh ph u thu t vì kích th c b u giáp quá to (b ng 3.2).

4.2.5 Bi n ch ng trong quá trình i u tr n i khoa: Có 7 tr ng h p (12,7%) trong nghiên c u c a chúng tôi c ch nh ph u thu t do có bi n ch ng trong quá trình i u tr n i khoa. Basedow c i u tr ch y u b ng các thu c kháng giáp tr ng t ng h p. Trong quá trình s đ ng thu c có m t s bi n ch ng x y ra nh gi m b ch c u h t, men gan t ng cao, viêm gan, đ ng da [2],[10]. Khi có bi n ch ng

bu c ph i đ ng quá trình i u tr thu c. Và ph u thu t c ng c ch nh trong nh ng tr ng h p này (b ng 3.2).

4.3 Phương pháp phẫu thuật

C t g n toàn b tuy n giáp là c t b h u h t tuy n giáp nh m l i l ng nhu mô v a áp ng nhu c u hormon tuy n giáp c a c th . C t toàn b tuy n giáp là c t b l y h t toàn b tuy n giáp [1],[2].

C t toàn b hay c t g n toàn b tuy n giáp? ây là v n ang còn tranh lu n. Trong nghiên c u c a chúng tôi 100% các tr ng h p c c t toàn b tuy n giáp. Vì c c t toàn b tuy n m b o gi i quy t tri t c ng giáp, không tái phát, ng th i làm gi m kháng th l u hành qua ó gi m các tri u ch ng v m t. Tuy nhiên sau c t toàn b tuy n giáp thì b nh nhân b suy giáp, c n c bù hormon tuy n giáp b ng thu c u ng su t i. Ph u thu t c t g n toàn b tuy n giáp không có xu th gây suy giáp sau m . Tuy nhiên v lâu dài c ng giáp có th xu t hi n tr l i khi ó n u quy t nh ph u thu t s khó kh n h n do ch y máu, x dính. H n n a, l ng tuy n giáp l i bao nhiêu là ? Theo lý thuy t là 3 - 8g, i u này ch đ a vào c l ng theo kinh nghi m c a ph u thu t viên và ph n nhu mô l i s không th m b o ch c ch n không gây c ng giáp sau này. Các nghiên c u trên th gi i c ng cho r ng bi n ch ng c a ph u thu t c t toàn b và g n toàn b tuy n giáp là t ng ng nhau [7],[8],[12]. Vì v y BV N i Ti t TW l a ch n ph ng pháp c t toàn b tuy n giáp i u tr cho b nh nhân Basedow.

4.4 Biến chứng

Trong quá trình nghiên c u chúng tôi th c hi n thu th p ánh giá bi n ch ng theo các nhóm: r i lo n canxi máu, th n kinh, m ch máu, nhi m trùng, c n c ng giáp c p.

4.4.1 Suy tụy n c n giáp t m th i th ng x y ra ngay 8-10 gi sau ph u thu t. Có th xu t hi n c n tetani, nguyên nhân th ng do ph u thu t gây phù n ng m ch nuôi tụy n c n giáp, ho c do t máu xung quanh tụy n c n giáp. Xét nghi m canxi máu sau 3 tháng tr v bình th ng. Suy tụy n c n giáp v nh vi n là tr ng h p suy tụy n c n giáp sau ph u thu t mà ó c i u tr sau 3 tháng k t qu không (d u hi u h canxi không gi m) [13]. Nghiên c u c a Le Clech [6] qua 378 tr ng h p g p 7,6% h canxi máu t m th i, 2,3% v nh vi n. Trong nghiên c u c a chúng tôi hay g p nh t là h canxi máu t m th i v i t l 16,4% (b ng 3.5), không có tr ng h p nào h canxi máu v nh vi n. Nh ng tr ng h p h canxi máu t m th i c b xung canxi ng tiêm ho c u ng sau 5 - 7 ngày thì n nh. K t qu này g i ý vi c b sung canxi ngay sau m cho t t c b nh nhân.

4.4.2 Li t dây th n kinh qu t ng c t m th i: BN b khàn ti ng nh , gi ng thay i nh ng v n nói c. Sau 3 tháng b nh nhân nói l i bình th ng, soi dây thanh âm bình th ng. Li t dây th n kinh qu t ng c v nh vi n: do c t t dây th n kinh qu t ng c. BN nói khàn n ng ho c m t ti ng, ho c có th khó th sau rút n i khí qu n. Soi dây thanh âm li t l ho c 2 bên sau 3 tháng [13]. Nghiên c u c a Le Clech [6] g p 1% li t th n kinh qu t ng c v nh vi n, trong nghiên c u c a chúng tôi g p 1 tr ng h p (1,8%) t n th ng th n kinh t m th i, không có tr ng h p nào t n th ng th n kinh qu t ng c v nh vi n. K t qu trên có l do trong quá trình ph u thu t chúng tôi ph u tích th n kinh h th ng, kèm s d ng dao siêu âm trong ph u thu t nên ã h n ch c th ng t n th n kinh trong ph u thu t.

4.4.3 Ch y máu, t máu sau m : Th ng xu t hi n trong vòng 6 gi sau m , v t m

c ng n , b ng th m máu ho c máu ch y qua d n l u, au, có ho c không có tri u ch ng t c ngh n ng th (khó th , th rít, tím môi) [13]. Nghiên c u c a Le Clech [6] g p 1,8% t máu sau m , trong nghiên c u c a chúng tôi không g p tr ng h p nào ch y máu và t máu sau m . Do trong quá trình ph u thu t chúng tôi ph u tích c m máu k càng và s d ng dao siêu âm trong m giúp cho vi c c m máu t th n làm gi m t l ch y máu và t máu sau m .

4.4.4 Nhi m trùng sau m : Có th bi u hi n các c p khác nhau: viêm t bào b m t ho c áp xe th c s . i n hình viêm t bào b m t là nóng và t ng nh y c m da c xung quanh v t m . Áp xe b m t c ch n oán d a vào bi n i b t th ng v t m và t ng nh y c m. Áp xe vùng c sâu có th khó th y, BN s t dao ng, au, c n , t ng b ch c u và nh p tim nhanh [13]. Trong nghiên c u Le Clech [6] và c a chúng tôi không g p b t c tr ng h p nào nhi m trùng sau m

4.4.5 C n c ng giáp c p: ây là bi n ch ng n ng x y ra tr c, trong và sau m , có th t vong nh ng không th ng g p trong ph u thu t tụy n giáp. C ch b nh sinh v n ch a rõ ràng các d u hi u nhi m c giáp tr ng BN bao g m d u hi u kích thích h giao c m nh nh p tim nhanh (có khi t i 140-200 l n/phút), huy t áp t t và t ng nhi t . Khi BN t nh có các bi u hi n nôn, run r y và thay i tr ng thái tâm th n, b n ch n s chói, có th lo n nh p tim. N u không i u tr BN có th hôn mê và t vong [13]. Nghiên c u c a Le Clech [6] g p 1% c n bão giáp c p, trong nghiên c u c a chúng tôi không g p tr ng h p nào có c n bão giáp c p. V i vi c i u tr n i khoa t t và chu n b tr c m b ng lugol 1% ã làm gi m áng k t l bão giáp do ph u thu t gây ra.

4.5 Thời gian mổ

Thời gian cuộc mổ tính từ khi bắt đầu rạch da cho đến khi khâu đóng xong vết mổ. Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $56,8 \pm 15,3$ phút, ngắn nhất 40 phút, dài nhất 90 phút (bảng 3.3). Nghiên cứu của ông Nguyễn Hùng và Ngô Văn Hoàng Linh [12] thời gian mổ trung bình trong phẫu thuật Basedow là 62 ± 15 phút, ca ngắn nhất 40 phút, ca dài nhất 120 phút. Thời gian phẫu thuật phẫu thuật vào lồng ngực, vị trí u bướu trước mổ có thể hay không, số thần kinh cấp m và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Tại BV Nguyễn Tất Trung ông vị trí sử dụng lugol 1% chuẩn bị trước mổ giúp cho buổi giải phẫu dễ dàng, giảm chảy máu và giảm đau là vị trí sử dụng dao siêu âm trong mổ giúp cho quá trình mổ thuận lợi, giảm thời gian phẫu thuật và giảm máu khi mổ cho giảm thời gian cuộc mổ đáng kể.

4.6 Ngày nằm viện sau mổ

Theo ông Nguyễn Hùng và Ngô Văn Hoàng Linh [12] thời gian nằm viện sau phẫu thuật tuyến giáp bệnh Basedow từ 7 - 8 ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật của chúng tôi ngắn nhất 4 ngày, dài nhất 10 ngày, thời gian nằm viện trung bình $5 \pm 0,7$ ngày (bảng 3.6). Trong phẫu thuật Basedow chúng tôi sử dụng kháng sinh dự phòng cho bệnh nhân, liều kê đơn vô khuẩn tốt, vết mổ nhanh liền làm giảm ngày nằm viện và giảm chi phí cho bệnh nhân.

4.7 Kết quả phẫu thuật sớm và trung hạn

Kết quả tốt: M thuận lợi, không tái phát, không có biến chứng, bệnh nhân nhanh ra viện sau mổ 5-6 ngày, số mổ mổ liền tốt. Trong tổng số 55 bệnh nhân phẫu thuật, có 52 trường hợp phẫu thuật (94,5%), bệnh nhân sau mổ nhanh, không có biến chứng, ra viện sau mổ từ 5-6 ngày, không tái phát (bảng 3.7).

Kết quả trung bình: M thuận lợi, không tái phát, có thể tái phát dây thần kinh thanh quản hoặc tái phát tuyến giáp tái phát, sau 3 tháng thì hồi phục, không chảy máu tái phát sau mổ, số mổ mổ liền tốt. Có 3 trường hợp phẫu thuật u bướu trung bình (5,5%) do bệnh tái phát tái phát (xuất hiện cơn tetani), 1 trường hợp phẫu thuật dây thần kinh tái phát sau mổ (bảng 3.7).

Kết quả xấu: Chảy máu phẫu thuật nhiều, có liệt dây thần kinh quặt quẹo và suy tuyến cận giáp vĩnh viễn. Vết mổ nhiễm trùng, số mổ mổ liền không, bệnh nhân tái phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào phẫu thuật xấu, tái phát bệnh nhân u bướu, không phẫu thuật dây thần kinh và cận giáp vĩnh viễn, không có bệnh nhân tái phát, chảy máu, tái phát, tái phát số mổ mổ liền tốt (mảng 3.8).

Kết quả trên do: vị trí sử dụng dao siêu âm trong mổ, phẫu thuật dây thần kinh quặt quẹo và tuyến cận giáp có hướng, chuẩn bị tốt trước mổ và sau mổ, đã giúp cho thời gian mổ ngắn hơn, giảm chảy máu, tránh tái phát, giảm tỷ lệ biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Basedow là bệnh lý nội tiết có liên quan đến chuyên khoa. Phẫu thuật cần chú ý trong những trường hợp phẫu thuật nội khoa thất bại, bệnh nhân, bệnh nhân phẫu thuật, các biến chứng mắt, tim mạch và biến chứng do nằm viện lâu. Phẫu thuật là biện pháp mang lại kết quả phẫu thuật tốt, lâu dài và hiệu quả. Vị trí chuẩn bị bệnh nhân tốt cùng với thành thạo trong phẫu thuật vùng cổ thì các biến chứng sau phẫu thuật sẽ giảm thiểu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. T V n Bình (2007). *Bệnh học tuyến giáp, Bệnh Grave-Basedow*, Nhà xu t b n Y h c, 111-154
2. Thái H ng Quang (2001). *Bệnh của tuyến giáp*, B nh n i ti t, Nhà xu t b n y h c, Hà N i, Tr.106-158.
3. Dadan J., Ladny J.R., Puchalski Z. (1997). *Hyperthyroid goitre treated surgically*, Rocz.Akad.Med.Bialymst., 42(1): pp.81-88.
4. Linos D.A., Karakitsos D., Papademetriou J. (1997). *Should the primary treatment of hyperthyroidism be surgical*, EUR.j.Surg., 163(9): pp.651-657.
5. Iagaru A., McDougall I.R. (2007). *Treatment of thyrotoxicosis*, J Nucl Med., Mar, 48(3), pp.379-89.
6. Le Clech. G, Caze. A et all (2005). *Surgery for Graves' disease: A review of 378 cases*, France ORL, 86, 10 - 16.
7. Miccoli P, Vitti P et al. (1996). *Surgical treatment of Graves' disease: subtotal or total thyroidectomy?* Surgery. 120(6), 1020 - 1025.
- 8 Wilhelm SM, McHenry CR. *Total thyroidectomy is superior to subtotal thyroidectomy for management of Graves' disease in the United States*, World J Surg. 2010 Jun.
9. Tran Ba Huy. P, Houlbert. D (1984). *Traitement chirurgical de la maladie de Basedow: Bilan de 36 thyroidectomie subtotaes*, Ann.Oto-Laryngolog, 101, 512 - 522.
10. Mai Th Tr ch, Nguy n Thuy Khuê (2003). *Nội Tiết học đại cương*, NXB Y h c TP HCM 2003
11. Candela G, Varriale S. (2007). *Surgical treatment of Basedow's disease: our experience with 424 operations*, Chir Ital, 59(5), 707 - 711.
12. ng Ng c Hùng, Ngô V n Hoàng Linh (1987). *Kỹ thuật cắt bỏ gần hoàn toàn tuyến giáp trong bệnh Basedow*, Nh ng công trình nghiên c u chuyên b nh c ng giáp, H c vi n Quân y, Hà N i : Tr69 -74.
13. oàn Qu c H ng (2010). *Tổng quan các biến chứng trong phẫu thuật tuyến giáp*, T p chí Ngo i khoa, Tr. 7-12.