

## 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 điều trị Basedow bằng 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 điều trị nội khoa > 2 năm tới 55,5%. Chỉ định phẫu thuật gồm bướu nhân kèm theo 40%, điều trị nội khoa thất bại 14,5%, bướu giáp quá to 12,7%, lồi mắt 20%, biến chứng do điều trị 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 hồi qui, chảy máu, tụ máu, nhiễm trùng. Kết quả phẫu thuật loại tốt 94,5%, không có trường hợp kết quả xấu. Phẫu thuật là một trong những biện pháp đem lại kết quả tốt, lâu dài và ít biến chứng để điều trị 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 chiếm tỉ lệ cao trong các bệnh nội tiết. Graves. R (1835) lần đầu tiên mô tả bệnh biểu hiện có bướu cổ và lồi mắt. Năm 1840, K. Basedow mô tả bệnh bướu cổ, nhịp tim nhanh và lồi mắt. Ngày nay bệnh mang tên cả hai tác giả này [1],[2].

Điều trị Basedow bằng phẫu thuật đã có lịch sử khá lâu, bắt đầu từ năm 1869 với kỹ thuật cắt bỏ một phần tuyến giáp bởi Valdenver. Sau đó các tác giả như Lister (1877), Tillaux (1880) thực hiện nhưng tỷ lệ tử vong và biến chứng cao. Với sự cải tiến về kỹ thuật cắt tuyến giáp của Kocher (1920), phẫu thuật đã mang lại kết quả đáng khích lệ. Đặc biệt việc sử dụng lugol 1% trước mổ đã làm giảm đáng kể biến chứng. Năm 1950, với sự ra đời của thuốc kháng giáp tổng hợp và Iốt đồng vị phóng xạ, việc điều trị Basedow đã có nhiều thay đổi quan trọng. Phẫu thuật không còn là biện pháp điều trị 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  
 Phân Biệt Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng  
 GS.TS. Lê Ngọc Thành

những ưu điểm như tỷ lệ khỏi bệnh cao, kết quả bền vững, thời gian điều trị được rút ngắn, và có thể áp dụng cho những trường hợp điều trị nội khoa thất bại hay không thể áp dụng các biện pháp điều trị khác [3],[4],[5].

Khi nào thì phẫu thuật, và nếu phẫu thuật thì cắt toàn bộ hay cắt gần toàn bộ tuyến giáp để điều trị Basedow? Đây là vấn đề vẫn đang còn tranh luận. Xu hướng hiện nay trên thế giới là thực hiện cắt toàn bộ tuyến giáp [6],[7]. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho rằng biến chứng của phẫu thuật cắt toàn bộ và gần toàn bộ tuyến giáp là tương đương nhau, tuy nhiên tỷ lệ Basedow tái phát của nhóm cắt gần toàn bộ tuyến giáp là cao hơn so với nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp [8].

Tại Việt Nam Bệnh viện 103, Bệnh viện Việt Đức là những đơn vị đi đầu trong lĩnh vực này. Bệnh viện Nội tiết TW mới triển khai phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp điều trị Basedow

trong 10 năm trở lại đây. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu nhận xét chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp cho bệnh Basedow tại Bệnh viện Nội tiết TW.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

**2.1. Đối tượng:** Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định Basedow tại bệnh viện Nội tiết TW có chỉ định can thiệp ngoại khoa, được phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật tuyến giáp từ 5/2017 đến 12/2017. Bệnh nhân được theo dõi liên tục sau mổ 3 tháng.

### 2.2 Phương pháp

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.
- Cỡ mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện
- Thống kê và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 5/2017 đến 12/2017 có 55 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu với các đặc điểm như sau:

### 3.1 Đặc điểm chung

- Tuổi : Tuổi thấp nhất 15 tuổi, cao nhất 70 tuổi, trung bình 41,27 tuổi, nhóm 41 – 60 tuổi có 26/55 BN (47,3%),nhóm 20 – 40 tuổi có 20/55 BN (36,4%).
- Giới : BN gồm 49 nữ, 6 nam. Tỷ lệ nữ/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 năm	1 - 2 năm	2 - 4 năm	> 4 năm	Tổng số
n	13	6	21	15	55
Tỷ lệ %	23,6	10,9	38,2	27,3	100

Thời gian điều trị > 2 năm chiếm tỷ lệ 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	Tỷ lệ %
Điều trị nội khoa thất bại	8	14,5
Bướu to	7	12,7
Bướu nhân	22	40,0
Biến chứng mắt	11	20,0
Biến chứng điều trị nội	7	12,7
Tổng	55	100

### 3.4 Đặc điểm nhóm bệnh nhân theo thời gian cuộc mổ

**Bảng 3.3. Thời gian cuộc mổ (n = 55)**

	Ngắn nhất	Trung bình	Dài nhất
<b>Thời gian cuộc mổ (phút)</b>	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)**

		Giải phẫu bệnh		Tổng
		Lành tính	Ác tính	
Basedow có nhân tuyến giáp	n	31	12	43
	Tỷ lệ %	72,1%	27,9%	100,0%
Basedow không có nhân tuyến giáp	n	12	0	12
	Tỷ lệ %	100,0%	0,0%	100,0%
Tổng	n	43	12	55
	Tỷ lệ %	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	Tỷ lệ %
Chảy máu	0	0
Cơn tetani	3	5,5
Hạ Canxi không triệu chứng	9	16,4
Khàn tiếng	1	1,8
Uống sặc	0	0
Cơn cường giáp cấp	0	0
Tử vong	0	0
Tổng	14	23,7

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

**Bảng 3.6. Ngày nằm viện sau mổ**

	Ngắn nhất	Trung bình	Dài nhất
<b>Ngày nằm viện (ngày)</b>	4	5 ± 0,7	10

### 3.8 Đặc điểm nhóm bệnh nhân sau phẫu thuật 3 tháng

Các bệnh nhân sau mổ được theo dõi liên tục 3 tháng, bệnh nhân có tổn thương thần kinh và cận giáp tạm thời đều bình phục hoàn toàn, không có trường hợp nào bị chảy máu, tụ máu, tái phát, nhiễm trùng sau mổ, sẹo mổ mềm liền tốt.

### 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	Tỷ lệ %
Tốt	52	94,5
Bình thường	3	5,5
Xấu	0	0
Tổng	55	100

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1 Đặc điểm chung

Tuổi và giới: Lứa tuổi hay gặp nhất là 41 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ 47,3%. Sau đó là nhóm 20 - 40 tuổi chiếm tỷ lệ 36,4%, bệnh nhân trẻ tuổi nhất 15 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất 70 tuổi (mục 3.1). Bệnh chủ yếu gặp ở nữ giới theo tỷ lệ nữ/nam là 9/1. Theo nghiên cứu của Trần Bá Huy và Miccoli bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam giới, tỷ lệ nữ/nam là 8/1, nhóm tuổi hay gặp nhất từ 20 - 50 tuổi. Kết quả về tuổi và giới của nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới. Giải thích sự khác biệt về giới do liên quan đến hormone, di truyền gene nằm trên nhiễm sắc thể X, tế bào gốc còn sót lại lưu hành trong quá trình mang thai[7],[9].

### 4.2 Chỉ định điều trị bằng phẫu thuật:

4.2.1 Trên nền Basedow có thể có các bướu nhân giáp khác phối hợp có một tỷ lệ đáng kể ác tính. Do vậy phẫu thuật cắt tuyến giáp là một sự lựa chọn tốt nhất nhằm mục đích vừa điều trị cường giáp, vừa điều trị bướu nhân [6],[12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 43 trường hợp (78,2%) được chỉ định bởi lý do này

(bảng 3.4). Trong đó 31 trường hợp có giải phẫu bệnh lành tính (72,1%), 12 trường hợp có giải phẫu bệnh ác tính (27,9%) (bảng 3.2).

4.2.2 Biểu hiện mắt: Đó là sự thay đổi gây viêm, phù quanh mắt, tăng áp lực nhãn cầu, nhìn đôi, rối loạn vận động nhãn cầu, lồi mắt do phù nề sau hốc mắt một bên hoặc cả hai bên mắt. Phân độ tổn thương mắt theo Nospecs (1969) [2],[10]. Theo nghiên cứu của Le Clech, Candela có 30 - 50% Basedow có biểu hiện mắt. Các biểu hiện bao gồm lồi mắt, nhìn đôi, co rút cơ mi trên, đau nhức sau hốc mắt... Nguyên nhân trong hốc mắt hình thành phức hợp kháng nguyên - kháng thể gây kích hoạt phản ứng viêm. Điều trị các triệu chứng mắt chủ yếu bằng corticoid song song với điều trị cường giáp [6],[11]. Theo các tác giả Miccoli, Trần Bá Huynh nếu điều trị bằng Iốt - 131 sẽ làm nguy cơ các bệnh mắt nặng lên. Phẫu thuật có ưu điểm giải quyết nhanh chóng tình trạng cường giáp, giúp giảm kháng thể lưu hành, qua đó cải thiện triệu chứng mắt, đặc biệt lồi mắt mới xuất hiện [7],[9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 11 bệnh nhân chỉ định phẫu thuật bởi lý do này (20%) (bảng 3.2).

4.2.3 Điều trị nội khoa thất bại: Basedow đã được xác định là bệnh tự miễn. Bệnh do kháng thể kháng Receptor TSH (TRAb) lưu hành trong máu. Kháng thể này kích thích thụ cảm TSH trên tuyến giáp gây tăng hoạt động tiết hormone không ngừng. Có 3 phương pháp điều trị Basedow đó là nội khoa, iốt đồng vị phóng xạ và phẫu thuật, trong đó điều trị nội khoa là phương pháp chủ yếu. Mục đích điều trị nội khoa nhằm làm giảm tình trạng cường giáp bằng các thuốc giảm triệu chứng và giảm tổng hợp hormone. Thời gian điều trị thường kéo dài ít nhất 6 tháng, điều trị nội khoa thất bại là khi bệnh nhân dùng thuốc kháng giáp quá 2 năm mà ngừng thuốc thì bệnh tái phát trở lại ngay sau khi ngừng thuốc [2],[10]. Khi đó cần xem xét lựa chọn các biện pháp điều trị khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14,5% số bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật do điều trị nội khoa thất bại (bảng 3.1).

4.2.4 Do kích thước bướu giáp quá to: Khi kích thước bướu to độ III trở lên (theo phân độ WHO 1995) sẽ ảnh hưởng về thẩm mỹ và có nguy cơ chèn ép cơ quan lân cận như thực quản, khí quản gây khó nuốt, khó thở [2],[10]. Điều trị nội khoa đối những trường hợp này thường thất bại, Iod131 cũng rất ít có hiệu quả trong các trường hợp này. Điều trị bằng phẫu thuật được coi là giải pháp tốt nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 bệnh nhân (12,7%) được chỉ định phẫu thuật vì kích thước bướu giáp quá to (bảng 3.2).

4.2.5 Biến chứng trong quá trình điều trị nội khoa: Có 7 trường hợp (12,7%) trong nghiên cứu của chúng tôi được chỉ định phẫu thuật do có biến chứng trong quá trình điều trị nội khoa. Basedow được điều trị chủ yếu bằng các thuốc kháng giáp trạng tổng hợp. Trong quá trình sử dụng thuốc có một số biến chứng xảy ra như giảm bạch cầu hạt, men gan tăng cao, viêm gan, dị ứng da [2],[10]. Khi có biến chứng

buộc phải dừng quá trình điều trị thuốc. Và phẫu thuật cũng được chỉ định trong những trường hợp này (bảng 3.2).

### 4.3 Phương pháp phẫu thuật

Cắt gần toàn bộ tuyến giáp là cắt bỏ hầu hết tuyến giáp nhằm để lại lượng nhu mô vừa đủ để đáp ứng nhu cầu hormon tuyến giáp của cơ thể. Cắt toàn bộ tuyến giáp là cắt bỏ lấy hết toàn bộ tuyến giáp [1],[2].

Cắt toàn bộ hay cắt gần toàn bộ tuyến giáp? Đây là vấn đề đang còn tranh luận. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% các trường hợp được cắt toàn bộ tuyến giáp. Việc cắt toàn bộ tuyến đảm bảo giải quyết triệt để cường giáp, không tái phát, đồng thời làm giảm kháng thể lưu hành qua đó giảm các triệu chứng về mắt. Tuy nhiên sau cắt toàn bộ tuyến giáp thì bệnh nhân bị suy giáp, cần được bù hormon tuyến giáp bằng thuốc uống suốt đời. Phẫu thuật cắt gần toàn bộ tuyến giáp không có xu thế gây suy giáp sau mổ. Tuy nhiên về lâu dài cường giáp có thể xuất hiện trở lại khi đó nếu quyết định phẫu thuật sẽ khó khăn hơn do chảy máu, xơ dính. Hơn nữa, lượng tuyến giáp để lại bao nhiêu là đủ? Theo lý thuyết là 3 - 8g, điều này chỉ dựa vào ước lượng theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên và phần nhu mô để lại sẽ không thể đảm bảo chắc chắn không gây cường giáp sau này. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho rằng biến chứng của phẫu thuật cắt toàn bộ và gần toàn bộ tuyến giáp là tương đương nhau [7],[8],[12]. Vì vậy BV Nội Tiết TW lựa chọn phương pháp cắt toàn bộ tuyến giáp để điều trị cho bệnh nhân Basedow.

### 4.4 Biến chứng

Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi thực hiện thu thập đánh giá biến chứng theo các nhóm: rối loạn canxi máu, thần kinh, mạch máu, nhiễm trùng, cơn cường giáp cấp.

4.4.1 Suy tuyến cận giáp tạm thời thường xảy ra ngay 8-10 giờ sau phẫu thuật. Có thể xuất hiện cơn tetani, nguyên nhân thường do phẫu thuật gây phù nề động mạch nuôi tuyến cận giáp, hoặc do tụ máu xung quanh tuyến cận giáp. Xét nghiệm canxi máu sau 3 tháng trở về bình thường. Suy tuyến cận giáp vĩnh viễn là trường hợp suy tuyến cận giáp sau phẫu thuật mà đó được điều trị sau 3 tháng kết quả không đỡ (dấu hiệu hạ canxi không giảm) [13]. Nghiên cứu của Le Clech [6] qua 378 trường hợp gặp 7,6% hạ canxi máu tạm thời, 2,3% vĩnh viễn. Trong nghiên cứu của chúng tôi hay gặp nhất là hạ canxi máu tạm thời với tỷ lệ 16,4% (bảng 3.5), không có trường hợp nào hạ canxi máu vĩnh viễn. Những trường hợp hạ canxi máu tạm thời được bổ sung canxi đường tiêm hoặc uống sau 5 - 7 ngày thì ổn định. Kết quả này gợi ý việc bổ sung canxi ngay sau mổ cho tất cả bệnh nhân.

4.4.2 Liệt dây thần kinh quặt ngược tạm thời: BN bị khàn tiếng nhẹ, giọng thay đổi nhưng vẫn nói được. Sau 3 tháng bệnh nhân nói lại bình thường, soi dây thanh âm bình thường. Liệt dây thần kinh quặt ngược vĩnh viễn: do cắt đứt dây thần kinh quặt ngược. BN nói khàn nặng hoặc mất tiếng, hoặc có thể khó thở sau rút nội khí quản. Soi dây thanh âm liệt 1 hoặc 2 bên sau 3 tháng [13]. Nghiên cứu của Le Clech [6] gặp 1% liệt thần kinh quặt ngược vĩnh viễn, trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 1 trường hợp (1,8%) tổn thương thần kinh tạm thời, không có trường hợp nào tổn thương thần kinh quặt ngược vĩnh viễn. Kết quả trên có lẽ do trong quá trình phẫu thuật chúng tôi phẫu tích thần kinh hệ thống, kèm sử dụng dao siêu âm trong phẫu thuật nên đã hạn chế được thương tổn thần kinh trong phẫu thuật.

4.4.3 Chảy máu, tụ máu sau mổ: Thường xuất hiện trong vòng 6 giờ sau mổ, vết mổ

căng nề, băng thấm máu hoặc máu đỏ chảy qua dẫn lưu, đau, có hoặc không có triệu chứng tắc nghẽn đường thở (khó thở, thở rít, tím môi) [13]. Nghiên cứu của Le Clech [6] gặp 1,8% tụ máu sau mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào chảy máu và tụ máu sau mổ. Do trong quá trình phẫu thuật chúng tôi phẫu tích cầm máu kỹ càng và sử dụng dao siêu âm trong mổ giúp cho việc cầm máu tốt hơn làm giảm tỷ lệ chảy máu và tụ máu sau mổ.

4.4.4 Nhiễm trùng sau mổ: Có thể biểu hiện các cấp độ khác nhau: viêm tế bào bề mặt hoặc áp xe thực sự. Điển hình viêm tế bào bề mặt là nóng và tăng nhạy cảm da cổ xung quanh vết mổ. Áp xe bề mặt được chẩn đoán dựa vào biến đổi bất thường vết mổ và tăng nhạy cảm. Áp xe vùng cổ sâu có thể khó thấy, BN sốt dao động, đau, cổ nề, tăng bạch cầu và nhịp tim nhanh [13]. Trong nghiên cứu Le Clech [6] và của chúng tôi không gặp bất cứ trường hợp nào nhiễm trùng sau mổ

4.4.5 Cơ cứng giáp cấp: đây là biến chứng nặng xảy ra trước, trong và sau mổ, có thể tử vong nhưng không thường gặp trong phẫu thuật tuyến giáp. Cơ chế bệnh sinh vẫn chưa rõ ràng các dấu hiệu nhiễm độc giáp trạng ở BN bao gồm dấu hiệu kích thích hệ giao cảm như nhịp tim nhanh (có khi tới 140-200 lần/phút), huyết áp tụt và tăng nhiệt độ. Khi BN tỉnh có các biểu hiện nôn, run rẩy và thay đổi trạng thái tâm thần, bồn chồn sợ chói, có thể loạn nhịp tim. Nếu không điều trị BN có thể hôn mê và tử vong [13]. Nghiên cứu của Le Clech [6] gặp 1% cơn bão giáp cấp, trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào có cơn bão giáp cấp. Với việc điều trị nội khoa tốt và chuẩn bị trước mổ bằng lugol 1% đã làm giảm đáng kể tỷ lệ bão giáp do phẫu thuật gây ra.

#### 4.5 Thời gian mổ

Thời gian cuộc mổ được 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 Đặng Ngọc Hùng và Ngô Văn Hoàng Linh [12] thời gian mổ trung bình trong phẫu thuật Basedow là  $62 \pm 15$  phút, ca ngắn nhất 40 phút, ca dài nhất 120 phút. Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào độ lớn của bướu, việc điều trị chuẩn bị trước mổ có tốt hay không, sự thuần thục của ekip mổ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Tại BV Nội Tiết Trung Ương việc sử dụng lugol 1% chuẩn bị trước mổ giúp cho bướu giáp săn chắc, giảm chảy máu và gấn đây là việc sử dụng dao siêu âm trong mổ giúp cho quá trình mổ thuận lợi, giảm thời gian phẫu tích và cầm máu khiến cho giảm thời gian cuộc mổ đáng kể.

#### 4.6 Ngày nằm viện sau mổ

Theo Đặng Ngọc Hùng và Ngô Văn Hoàng Linh [12] thời gian điều trị sau phẫu thuật tuyến giáp bệnh Basedow từ 7 - 8 ngày. Thời gian điều trị 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, điều kiện vô khuẩn tốt, vết mổ nhanh liền làm giảm ngày điều trị và giá thành điều trị cho bệnh nhân.

#### 4.7 Kết quả phẫu thuật sớm và trung hạn

Kết quả tốt: Mổ thuận lợi, không tử vong, không có biến chứng, bệnh nhân ổn định ra viện sau mổ 5-6 ngày, sẹo mềm liền tốt. Trong tổng số 55 bệnh nhân được phẫu thuật, có 52 trường hợp kết quả điều trị tốt (94,5%), bệnh nhân sau mổ ổn định, không có biến chứng, ra viện sau mổ từ 5-6 ngày, không tái phát (bảng 3.7).

Kết quả trung bình: Mổ thuận lợi, không tử vong, có tổn thương dây thần kinh thanh quản hoặc tổn thương cận giáp tạm thời, sau 3 tháng thì hồi phục, không chảy máu tụ máu sau mổ, sẹo cứng xấu. Có 3 trường hợp kết quả điều trị trung bình (5,5%) do bị tổn thương cận giáp tạm thời (xuất hiện cơn tetani), 1 trường hợp tổn thương thần kinh tạm thời sau mổ (bảng 3.7).

Kết quả xấu: Chảy máu phải can thiệp lại, có liệt dây thần kinh quặt ngược và suy tuyến cận giáp vĩnh viễn. Vết mổ nhiễm trùng, sẹo cứng xấu co kéo, bệnh nhân tử vong. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào kết quả xấu, tất cả bệnh nhân đều ổn định, không gặp tổn thương thần kinh và cận giáp vĩnh viễn, không có bệnh nhân tử vong, chảy máu, tụ máu, tái phát sau mổ, tất cả bệnh nhân sẹo đều liền tốt (mục 3.8).

Kết quả trên do: việc sử dụng dao siêu âm trong mổ, phẫu tích dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp có hệ thống, chuẩn bị tốt trước trong và sau mổ, đã giúp cho thời gian mổ ngắn hơn, giảm chảy máu, tránh tử vong, giảm tỉ lệ biến chứng.

### V. KẾT LUẬN

Basedow là bệnh lý tự miễn có liên quan đến nhiều chuyên khoa. Phẫu thuật được chỉ định trong những trường hợp điều trị nội khoa thất bại, bướu to, bướu nhân phổi hợp, các biến chứng mắt, tim mạch và biến chứng do điều trị thuốc. Phẫu thuật là biện pháp mang lại kết quả điều trị tốt, lâu dài và hiệu quả. Việc chuẩn bị bệnh nhân tốt cùng với sự thành thạo trong phẫu thuật vùng đầu cổ thì các biến chứng sau phẫu thuật sẽ giảm đi rất nhiều.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2007). *Bệnh học tuyến giáp, Bệnh Grave-Basedow*, Nhà xuất bản Y học, 111-154
2. Thái Hồng Quang (2001). *Bệnh của tuyến giáp*, Bệnh nội tiết, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 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 Thế Trạch, Nguyễn Thuy Khuê (2003). *Nội Tiết học đại cương*, NXB Y học 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. Đặng Ngọc Hùng, Ngô Văn Hoàng Linh (1987). *Kỹ thuật cắt bỏ gần hoàn toàn tuyến giáp trong bệnh Basedow*, Những công trình nghiên cứu chuyên đề bệnh cường giáp, Học viện Quân y, Hà Nội : Tr69 -74.
13. Đoàn Quốc Hưng (2010). *Tổng quan các biến chứng trong phẫu thuật tuyến giáp*, Tạp chí Ngoại khoa, Tr. 7-12.