

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BƯỚU GIÁP NHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

*Lê Huy Cường, Nguyễn Thành Phúc, Hồ Nguyễn Hoàng, Trần Nguyễn Quang Trung
Khoa Ngoại Tổng Quát, BV An Giang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bướu giáp nhân tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Phương pháp: Đây là nghiên cứu tiền cứu, mô tả trên các trường hợp phẫu thuật điều trị bướu giáp đơn thuần được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Kết quả: Đánh giá 62 bệnh nhân: Tỷ lệ nam/nữ là 5/57, tuổi trung bình $43,6 \pm 12,6$, thời gian mổ trung bình $83,8 \pm 36,2$ phút. Trong mổ bộc lộ thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp là 100%, kết quả khàn giọng tạm thời 1 trường hợp (1,6%), hạ canxi tạm thời 10 trường hợp (16%). Giải phẫu bệnh lý ác tính 3,2%. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ $3,39 \pm 1$ ngày, chi phí điều trị trung bình là 5 triệu đồng.

Kết luận: Điều trị bướu giáp đơn thuần bằng phẫu thuật là phương pháp tốt, triệt để cho bệnh nhân, cho tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp, dễ thực hiện, chi phí thấp.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the results of goiter treatment by surgery at An Giang General Central Hospital.

Methods: prospectively descriptive study.

Results: Sex ratio male/female was 5/57. Mean age and standard deviation (SD) were $43,6 \pm 12$. The mean operative time and SD were $83,8 \pm 36,2$ minutes. During surgery, the recurrent laryngeal nerve and parathyroid were exposed in 100% patients. Thyroid carcinoma was notified in 3,2%. The mean hospital stay and SD were $3,39 \pm 1$ days. Hospital costs was 5 millions VND.

Conclusion: Goiter treatment by surgery was the successfully preferred method for goiter patients with low complication rate, easy to perform and low hospital cost.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp là một bệnh lý phổ biến trên thế giới. Tỷ lệ người dân trong cộng đồng có một nhân giáp từ 4% - 7% [3] và bệnh thường gặp ở nữ giới nhiều hơn nam.

Tỷ lệ này có thể tăng hơn 10 lần nếu khảo sát bằng siêu âm (dao động từ 19% - 67% tùy nhóm nghiên cứu và tăng cao ở nhóm người có tuổi) [3,4].

Tại Việt Nam, theo thống kê của Bộ Y tế có khoảng 3 triệu người mắc bệnh bướu giáp đơn thuần. Tỷ lệ bệnh thay đổi theo từng địa phương, theo tác giả Đặng Trần Duệ [2], tỷ lệ bệnh nhân có nhân giáp ở Hà Nội là 3% - 7%, còn tại Thái Bình là 7,51% [3]. Đa số bệnh nhân đến khám bệnh tuyến giáp có biểu hiện lâm sàng là bướu giáp đơn nhân hoặc đa nhân và một phần trong số này được chỉ định điều trị ngoại khoa. Mục đích của điều trị ngoại khoa là cắt bỏ tất cả những tổ chức nhân tuyến giáp không bình thường bởi vì tất cả các nhân có chứa các tế bào tăng trưởng tự quản, có tiềm năng gây tái phát bướu. Riêng với bướu giáp hỗn hợp đa nhân chỉ định ngoại khoa là tuyệt đối và đặc biệt cấp thiết khi bắt đầu xuất hiện các triệu chứng chèn ép, nếu không phẫu thuật thì có thể dẫn đến cường năng hoặc ác tính. Tuy nhiên, vấn đề làm cho phẫu thuật viên lo ngại khi tiến hành điều trị là tỷ lệ tai biến, biến chứng khá cao (dao động từ 3,4% đến 10,2% tùy theo từng tác giả [1,5,6]. Đây cũng là một vấn đề được nhiều nhà ngoại khoa trong nước cũng như thế giới quan tâm.

Tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, mỗi năm có khoảng 100 trường hợp phẫu thuật tuyến giáp, nhưng hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá về kết quả điều trị của phương pháp này. Xuất phát từ những yêu cầu thực tiễn nói trên, chúng tôi quyết định thực hiện đề tài này nhằm tổng kết, đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa của bướu giáp nhân tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- 1. Mục tiêu chung:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bướu giáp nhân tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.
- 2. Mục tiêu chuyên biệt:** Đánh giá các yếu tố:
 - Chiều dài vết mổ.
 - Thời gian mổ.
 - Tai biến trong mổ.
 - Mức độ đau hậu phẫu.
 - Biến chứng hậu phẫu.
 - Thời gian nằm viện sau mổ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- 1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân trên 16 tuổi, có chỉ định phẫu thuật cắt tuyến giáp một hoặc hai thùy, nhập viện từ 01/04/2016 đến 10/09/2016.
- 2. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả loạt ca.
- 3 Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả các bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt tuyến giáp một hoặc hai thùy, lần đầu hoặc tái phát. Chỉ định phẫu thuật bao gồm:
 - Bướu giáp nhân.
 - Basedow đã ổn định kèm theo bướu giáp to > độ 2 hoặc tái phát nhiều lần với kháng giáp tổng hợp.
 - K tuyến giáp được chẩn đoán bằng FNA và chưa di căn.
- 4. Tiêu chuẩn loại trừ**
 - Bệnh Basedow chưa ổn định hoặc đáp ứng tốt với điều trị nội khoa.
 - Bướu giáp lan tỏa có đáp ứng điều trị nội.
 - Ung thư tuyến giáp giai đoạn cuối.
 - Viêm tuyến giáp.
- 5. Đo lường các biến**
 - a. Đánh giá các biến số về:
 - ✓ Chiều dài vết mổ.
 - ✓ Thời gian mổ.
 - ✓ Tai biến trong mổ: Chảy máu, tổn thương thần kinh quặt ngược và nhánh ngoài của thần kinh thanh quản trên, thủng khí quản-thực quản, tổn thương mạch máu cảnh.
 - ✓ Mức độ đau hậu phẫu ngày 1 và ngày 3 đánh giá bằng thang điểm VAS.
 - ✓ Biến chứng hậu phẫu: tụ máu, mềm khí quản, khàn tiếng, suy tuyến cận giáp, nhiễm trùng vết mổ.
 - ✓ Thời gian nằm viện sau khi mổ.
 - b. Các biến số được điền vào bộ câu hỏi lập sẵn và được phân tích thống kê mô tả bằng phần mềm SPSS 20.0.
- 6. Định nghĩa các biến**
 - Bướu giáp nhân bao gồm đơn nhân (đặc, nang) hay đa nhân hỗn hợp.

- Basedow ổn định: Bệnh nhân có đáp ứng với thuốc kháng giáp (mạch < 90 lần/phút, ăn ngủ tốt, tăng cân, tinh thần ổn định) và T3,T4,TSH trong giới hạn bình thường ít nhất 3 tháng.
- Basedow tái phát: Điều trị nội khoa 3-6 tháng nhưng nếu ngưng thuốc kháng giáp thì bệnh tái phát
- Phân độ bướu giáp: Phân thành 3 độ theo Tổ chức y tế thế giới (WHO)
 - ✓ Độ 0: không có bướu giáp.
 - ✓ Độ IA: Mỗi thùy tuyến giáp to hơn đốt 1 ngón tay 1 của bệnh nhân, sờ nắn được.
 - ✓ Độ IB: Khi ngửa đầu ra tối đa, nhìn thấy tuyến giáp to, sờ nắn được.
 - ✓ Độ II: Tuyến giáp to, nhìn thấy khi đầu ở tư thế bình thường và ở gần, bướu nhìn thấy được.
 - ✓ Độ III: Bướu giáp rất to, nhìn thấy được ở xa, bướu làm biến dạng cổ.
- Tổn thương thần kinh quặt ngược: khàn tiếng, giọng đôi, dễ mệt mỗi khi nói.
- Tổn thương nhánh ngoài thần kinh thanh quản trên: giảm cao độ giọng nói, nói thều thào, nuốt sặc.
- Mềm khí quản: khó thở sau khi rút nội khí quản, cần sờ khí quản khi phẫu thuật để phân biệt với liệt thần kinh quặt ngược 2 bên.
- Hội chứng suy tuyến cận giáp: Con tetanie, cảm giác kiến bò, chuột rút do hạ calci huyết.
- Kết quả điều trị:
 - ✓ Kết quả điều trị tốt: Cuộc mổ thuận lợi, không có biến chứng sớm sau mổ, sẹo mềm, sau mổ bệnh nhân trở lại công việc sớm, bệnh nhân hài lòng về cuộc mổ.
 - ✓ Kết quả điều trị khá: Cuộc mổ có xảy ra một tai biến hoặc biến chứng sớm sau mổ, tuy nhiên được xử lý ổn định ngay không ảnh hưởng gì lớn đến tiến triển chung sau mổ: vùng mổ hơi nề, không khàn tiếng, tê tay chân thoáng qua và hết trước khi xuất viện... bệnh nhân ra viện liền sẹo kỳ đầu và toàn trạng ổn định.

- ✓ Kết quả điều trị trung bình: Cuộc mổ xảy ra hai hoặc nhiều hơn các tai biến, biến chứng sớm sau mổ. Các tai biến, biến chứng này ảnh hưởng đến thời gian điều trị sau mổ: phù nề, bầm vùng mổ, khàn tiếng thoáng qua, nằm viện > 7 ngày... Bệnh nhân ra viện toàn trạng ổn định.
- ✓ Kết quả xấu: Tai biến hoặc biến chứng sớm sau mổ nặng nề, để lại hậu quả lâu dài bệnh nhân phải mang theo khi ra viện như: hẹp khí quản, tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản kéo dài, cơn Tetani kéo dài... hoặc tử vong.

KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 01/04/2016 đến 10/09/2016, chúng tôi thực hiện phẫu thuật 62 trường hợp bứu giáp nhân, kết quả được mô tả qua bảng sau:

<i>Biến số</i>	<i>Giá trị</i>
N = 62	
Tuổi	43,6 ± 12,6
Giới: Nam/Nữ	5/57: 91,9% / 8,1%
Nghề nghiệp	
+ Làm ruộng	10 TH: 16,1%
+ Buôn bán	05 TH: 8,1%
+ Công nhân viên	05 TH: 8,1%
+ Già	07 TH: 11,3%
+ Làm Thuê	01 TH: 1,6%
+ Học sinh	02 TH: 3,2%
+ Nội Trợ	32 TH: 51,6%
Tiền căn phẫu thuật tuyến giáp	
+ Một thùy	01 TH: 4,8%
+ Hai thùy	03 TH: 1,6%
Triệu chứng	
+ Nuốt vướng	48 TH: 77,4%
+ Cảm giác khó thở	21 TH: 33,8%
+ Khàn giọng	0 TH: 0%

Tính chất bứu	
+ Độ 2	49 TH: 79%
+ Độ 3	13 TH: 20,9%
+ Thùy (P)	16 TH: 25,8%
+ Thùy (T)	15 TH: 24,2%
+ Hai thùy	31 TH: 50%
ASA	
+ 1 điểm	30 TH: 48,4%
+ 2 điểm	32 TH: 51,6%
Phẫu thuật	
+ Thời gian mổ	83,87 ± 36,2 (40-240 phút)
+ Chiều dài vết mổ	6,26 ± 0,97 (6-12 cm)
+ Bộc lộ thần kinh quặt ngược	62 TH: 100%
+ Bộc lộ tuyến cận giáp	62 TH: 100%
Đau hậu phẫu	
+ Ngày 1	3,74 ± 0,62
+ Ngày 3	1,06 ± 0,8
Biến chứng sớm	
+ Không biến chứng	51 TH: 82,3%
+ Hạ canxi tạm thời	10 TH: 16,1%
+ Khàn giọng tạm thời	1 TH: 1,6%
Tử vong	
	0%
Ngày nằm viện sau mổ	
	3,39 ± 1
Kết quả điều trị	
+ Khá	11 TH: 17,7%
+ Tốt	51 TH: 82,3%
Giải phẫu bệnh lý	
+ Lành tính	60 TH: 96,8%
+ Ác tính	2 TH: 3,2%
Chi phí điều trị	
	5,05 ± 0,9 triệu VNĐ

BÀN LUẬN

Tuyến giáp là một tuyến nội tiết lớn, có nhiều chức năng quan trọng trong cơ thể. Tuy nhiên khi có sự tăng sinh bất thường của các tế bào tuyến giáp gây nên bướu giáp, trong đó bướu giáp nhân chiếm một tỷ lệ lớn. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị bướu giáp nhân gồm có điều trị nội khoa và ngoại khoa, trong đó điều trị ngoại khoa cho kết quả tốt hơn và triệt để hơn [1,3,5,7,9,10,11,12]. Bướu giáp cũng có một số đặc điểm riêng mà trong lô nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận được đó là giới tính nữ chiếm tỷ lệ nhiều hơn, tỷ lệ nam/nữ 5/57 (1/11 và nữ chiếm 91,9%), tuổi trung bình là $43,6 \pm 12,6$ và các tỷ lệ này cũng tương đồng với một số tác giả khác [4,5,9,10,11,12]. Phẫu thuật cắt tuyến giáp bán phần hiện nay rất ít được thực hiện do tỷ lệ tái phát bướu sau mổ rất cao (30-50% các trường hợp) [9] [10] và phẫu thuật các trường hợp bướu tái phát làm tăng tỷ lệ tai biến, biến chứng lên 20 lần [9], trong lô nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp phẫu thuật lại do bướu tuyến giáp tái phát (chiếm 6,4%), trong đó bướu tái phát 2 thùy tuyến giáp là 3 trường hợp và 1 thùy tuyến giáp là 1 trường hợp, trong 4 trường hợp này thì có 2 trường hợp phẫu thuật lại bướu tái phát 2 thùy tuyến giáp có biến chứng hậu phẫu, đó là 1 trường hợp có hạ calci máu tạm thời và 1 trường hợp khàn giọng tạm thời. Trong 62 bệnh nhân được phẫu thuật có 49 trường hợp (chiếm 79%) bướu to độ II, 13 trường hợp (chiếm 21%) bướu to độ III và bướu 2 thùy tuyến giáp chiếm 50% (31 trường hợp), điều này cho thấy tất cả bướu đều to và 50% là 2 thùy tuyến giáp nên làm tăng chiều dài vết mổ và thời gian mổ. Bảng điểm ASA đánh giá trước phẫu thuật có liên quan đến tai biến, biến chứng phẫu thuật, trong 62 trường hợp có 32 trường hợp (51,6%) ASA là 2 điểm, 30 trường hợp (48,4%) ASA là 1 điểm, đây là khoảng điểm an toàn cho phẫu thuật và thực tế trong lô nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào bị tai biến, biến chứng phẫu thuật liên quan đến bệnh lý nội khoa.

Chúng tôi chọn phương pháp cắt trọn 2 thùy nếu là bướu đa nhân 2 thùy và cắt trọn 1 thùy nếu là bướu đa nhân 1 thùy, tất cả các trường hợp đều có bóc lột thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp, chiều dài vết mổ của chúng tôi trung bình là 6,26 cm dài nhất là 12 cm có 2 trường hợp là các bướu to 2 thùy cần phẫu trường rộng rãi để hạn chế những tai biến trong mổ, ngắn nhất là 6 cm là đa số vừa đủ để phẫu thuật cắt bướu dễ dàng, điều này cũng phù hợp y văn là chiều dài vết mổ phẫu

thuật bấu giáp thường trong giới hạn 6-8 cm [7]. Thời gian mổ trung bình là 83,87 phút, dài nhất là 240 phút có 1 trường hợp đây là trường hợp bấu tái phát to 2 thùy dính nhiều, khó tìm bộc lộ thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp và kết quả giải phẫu bệnh là ung thư tuyến giáp, ngắn nhất là 40 phút đây là các trường hợp bấu 1 thùy dễ cắt, đây là thời gian chấp nhận được tương đồng với tác giả khác [5,11]. Do trong khi mổ chúng tôi không chế các mạch máu nuôi tuyến giáp trước khi cắt thùy giáp nên lượng máu mất trong mổ là không đáng kể và không có trường hợp nào cần phải phẫu thuật lại chảy máu. Trong thời gian hậu phẫu chúng tôi dùng thang điểm VAS để đánh giá đau vào ngày hậu phẫu thứ 1 và thứ 3, qua kết quả cho thấy điểm đau trung bình hậu phẫu ngày thứ 1 là 4 điểm và ngày thứ 3 là 1 điểm, đau hậu phẫu trong phẫu thuật bấu giáp chỉ ở mức độ trung bình. Khàn giọng và hạ canxi máu là 2 biến chứng đáng lo ngại nhất, có rất nhiều nghiên cứu về biến chứng này trong phẫu thuật bấu giáp, theo Eleni I. Efremidou và cộng sự [9], trong 932 trường hợp, tổn thương tạm thời thần kinh quặt ngược 1 bên là 1,3%, tổn thương vĩnh viễn 1 bên là 0,2%, hạ canxi tạm thời là 7,3%, còn theo Antonio Ríos Zambudio và cộng sự [10] nghiên cứu trên 301 bệnh nhân thì tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 21%, trong đó có 29 trường hợp suy tuyến cận giáp (9,6%), 26 trường hợp tổn thương thần kinh quặt ngược (8,6%), 3 trường hợp máu tụ vùng cổ (1%) và 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khàn giọng tạm thời 1 trường hợp (chiếm 1,6%), đây là trường hợp bấu tuyến giáp 2 thùy tái phát rất to và dính làm cho cuộc mổ khó khăn, kéo dài, có lẽ trong quá trình bóc tách có gây chấn thương nhưng sau đó bệnh nhân hồi phục giọng nói lại từ từ trong quá trình theo dõi sau mổ, kết quả giải phẫu bệnh của trường hợp này là ung thư tuyến giáp, hạ canxi tạm thời có 10 trường hợp (chiếm 16,1%) trong đó có 8 trường hợp xảy ra ở cắt toàn bộ tuyến giáp, tuy nhiên, điều trị bù canxi trong những ngày đầu sau mổ cho kết quả tốt, sau đó nồng độ canxi trở về bình thường dù không bù canxi đường uống, đây là do thiếu máu tạm thời các tuyến cận giáp khi đã cắt trọn thùy giáp, các kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác [1,5,7,8,9,10,11,12]. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 3 ngày, thời gian này cũng phù hợp với các tác giả khác [1,9,10,11,12]. Qua đó cho thấy kết quả điều trị sớm đạt tốt 51 trường hợp (82,3%), kết quả khá 11 trường hợp (17,7%) và không có trường hợp nào cho kết quả điều trị trung bình hoặc xấu. Về kết quả giải phẫu bệnh lý lành

tính 60 trường hợp (96,8%), ác tính 2 trường hợp (3,2%), bướu giáp phần lớn là lành tính tuy nhiên cũng có 1 tỷ lệ nhỏ ác tính mà FNA không phát hiện, tỷ lệ này tương đương với các ghi nhận của các tác giả khác [1,10,11]. Do thời gian nghiên cứu ngắn nên các biến chứng muộn sau mổ chúng tôi chưa ghi nhận đầy đủ, đa số người bệnh không chịu quay lại tái khám do điện thoại người bệnh trả lời thấy khỏe, một số trường hợp người bệnh quay lại tái khám theo hẹn của chúng tôi hiện chưa ghi nhận trường hợp nào suy giáp trên lâm sàng và cận lâm sàng, các trường hợp bướu 2 thùy chúng tôi cắt trọn 2 thùy sau mổ chỉ định sử dụng thuốc hormon tuyến giáp phù hợp. Chi phí điều trị trung bình 5,05 triệu đồng \pm 900 ngàn đồng tương đối dễ chi trả đối với người dân nghèo.

KẾT LUẬN

Điều trị bướu giáp nhân bằng phẫu thuật là phương pháp tốt, triệt để cho bệnh nhân, phẫu thuật không chẻ mạch máu trước, bộc lộ rõ thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp rõ ràng cho tỷ lệ tai biến-biến chứng thấp, chi phí nằm viện thấp phù hợp với điều kiện của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Bình, Văn Tân. Kết quả điều trị phẫu thuật Bướu giáp không có cường giáp tại Bệnh viện Bình Dân TP.HCM 2000: 1-6.
2. Đặng Trần Duệ. Bệnh bướu cổ tản mát, Bệnh tuyến giáp và các rối loạn do thiếu Iod. NXB Y học 1996: 421-427.
3. Trần Minh Hậu và cs. Tình hình bướu cổ tuổi học đường tại Thái Bình. Y học thực hành số 7, 1997:15-17.
4. Trịnh Minh Tranh. Nghiên cứu chỉ định điều trị Bướu giáp đơn nhân bằng phẫu thuật nội soi. Luận án Tiến sĩ Y học 2013:1-36.
5. Nguyễn Đức Trường, Lô Quang Nhật. Đánh giá kết quả phẫu thuật Bướu giáp đơn nhân tại Bệnh viện A Thái Nguyên theo đường mở dọc cơ ức giáp. Tạp chí Nghiên cứu Y học số 96 (4)-2015: 76-81.
6. Mai Văn Viện. Đánh giá kết quả điều trị Ngoại khoa Bướu giáp không nhiễm độc ở người cao tuổi. Tạp chí Y học TP.HCM 14-2010: 136-141.
7. L.Brunaud, A. Ayav, L. Bresler, P. Boissel. Mini-incisions pour thyroïdectomies et parathyroïdectomies. Annales de chirurgie 131-2006: 62-67.
8. C. Trésallet, J-P Chigot, F. Ménégaux. Comment prévenir la morbidité récurrentielle en chirurgie thyroïdienne? Annales de chirurgie 131-2006: 149-153.
9. Efremidou EI, Papageorgiou MS, Liratzopoulos N, Manolas KJ. The efficacy and safety of total thyroidectomy in the management of benign thyroid disease: a review of 932 cases. Can J Surg, Vol. 52, No. 1, February 2009: 39-44.
10. Antonio Ríos Zambudio, José Rodríguez, Juan Riquelme, Teresa Soria, Manuel Canteras and Pascual Parrilla. Prospective Study of Postoperative Complications After Total Thyroidectomy for Multinodular Goiters by Surgeons With Experience in Endocrine Surgery. Ann Surg. 2004 Jul; 240(1): 18–25.
11. Alhan E, Usta A, Türkyılmaz S. Total Thyroidectomy for Management of Benign Multinodular Goitre in an Endemic Region: Review of 620 Case. Acta Chir Belg. 2015 May-Jun;115(3):198-201.
12. Philip S. Bauer, Sara Murray, Nicholas Clark, David S. Pontes, Rebecca S. Sippel and Herbert Chen. Unilateral thyroidectomy for the treatment of benign multinodular goiter. J Surg Res. 2013 Sep; 184(1): 514–518.