

ĐẶC ĐIỂM PHẪU THUẬT BỆNH BASEDOW Ở NAM GIỚI

KIỀU TRUNG THÀNH
Khoa PTLN - Viện 103

TÓM TẮT:

Nghiên cứu hồi cứu trên 395 bệnh nhân Basedow được phẫu thuật cắt gân hoàn toàn tuyến giáp tại viện 103 từ 5-2007 đến tháng 11-2009. Các bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: nhóm nam giới gồm 85 bệnh nhân, nhóm nữ giới có 310 bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, phẫu thuật bệnh Basedow ở nam giới khó khăn hơn ở nữ giới: lượng máu mất nhiều hơn ($p < 0,01$), thời gian mổ kéo dài hơn ($p < 0,001$); Tỷ lệ các biến chứng chảy máu sau mổ, suy hô hấp sau mổ, ứ đọng dịch vết mổ đều cao hơn so với nhóm bệnh nhân nữ giới (với $p < 0,05$; $p < 0,01$ và $p < 0,05$ tương ứng).

SUMMARY:

Features of surgical management of basedow's disease in male

The retrospective study were carried out on 395 patients of Basedow's disease who were undergoing subtotal thyroidectomy in 103 hospital from 5-2007 to 11-2009. All patients were divided into two groups: 85 patients were male and 310 patients were female. The result showed that: the operation of Basedow's diseases in male was more difficult than female: increased intraoperative blood loss ($p < 0,01$), longer operating time ($p < 0,001$); the percentage of postoperative heamorrhage, respiratory failure, wound seroma is higher than in women (with $p < 0,05$; $p < 0,01$ and $p < 0,05$ respectively).

Đặt vấn đề:

Bệnh Basedow thuộc bệnh lý nội tiết nặng, gặp khá phổ biến. Bệnh gặp chủ yếu ở nữ và ở lứa tuổi trẻ. Tuy nhiên, bệnh Basedow ở nam giới cũng không hiếm gặp, tỉ lệ nam/nữ khoảng 1/7 - 1/4 (theo nhiều nghiên cứu khác nhau). Phẫu thuật cắt gân hoàn toàn tuyến giáp điều trị bệnh Basedow hiện nay là phẫu thuật phổ biến và đạt được những kết quả hết sức to lớn. Dẫu vậy, vấn đề phẫu thuật, kết quả phẫu thuật bệnh Basedow ở nam giới có những đặc điểm khác và phức tạp hơn so với phẫu thuật bệnh Basedow ở nữ giới. Để có những chứng cứ xác thực, chúng tôi nghiên cứu đặc điểm phẫu thuật bệnh Basedow ở nam giới nhằm mục đích:

- Xác định những đặc điểm khác nhau trong mổ cắt gân hoàn toàn tuyến giáp điều trị bệnh Basedow giữa hai nhóm bệnh ở nam và nữ.
- Đánh giá kết quả sớm sau mổ bệnh Basedow ở nam giới.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng:

Gồm 395 bệnh nhân Basedow không phân biệt tuổi, giới đã được mổ cắt gân hoàn toàn tuyến giáp tại khoa phẫu thuật Lồng ngực viện 103 từ tháng 5/2007

- 11/2009. Các bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: Nhóm Nam có 85 bệnh nhân (nhóm nghiên cứu), nhóm nữ có 310 bệnh nhân (nhóm đối chứng). Các bệnh nhân đều được chẩn đoán xác định bằng kết quả mô bệnh học sau mổ

2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Hồi cứu bệnh án về các đặc điểm lâm sàng, trong mổ và kết quả sớm sau mổ. Sau đó lập bảng so sánh giữa 2 nhóm bệnh nhân nam và nữ, rút ra các kết quả khách quan.

3. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh Basedow bằng tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả mô bệnh học sau mổ.

4. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân sau mổ không có kết quả mô bệnh học hoặc kết quả mô bệnh học trả lời là bệnh khác.

5. Xử lý số liệu: trên phần mềm Epi info 2002

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tỷ lệ bệnh nhân theo giới tính

Giới	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nam	85	21,52
Nữ	310	78,48
Cộng	395	100

Tỷ lệ số bệnh nhân nam giới trong nhóm nghiên cứu chiếm 21,52% và số bệnh nhân nữ chiếm 78,48%.

Bảng 2: Tuổi đời trung bình của các nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm BN	Số BN	Trung bình	Thấp nhất	Cao nhất	Phương sai	Lệch chuẩn	p
Nam	85	33,0434	14	58	94,3652	9,6723	0,8963
Nữ	310	33,1768	13	65	106,825	10,6236	
Cộng	395	33,1596	13	65	103,793	10,2278	

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nam là $33,0434 \pm 9,6723$ tuổi (thấp nhất: 14 tuổi; cao nhất: 58 tuổi). Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nữ là $33,1768 \pm 10,6236$ tuổi (thấp nhất: 13 tuổi; cao nhất: 65 tuổi). Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa 2 nhóm bệnh không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$)

Bảng 3: Độ lớn bướu giáp

Nhóm BN	Độ lớn bướu giáp qua khám lâm sàng			Cộng	p
	Độ 2	Độ 3	Độ 4		
Nam	1 (1,2%)	83 (97,6%)	1 (1,2%)	85 (100%)	0,0408
Nữ	7 (2,3%)	302 (97,4%)	1 (0,3%)	310 (100%)	
Cộng	10 (2,5%)	380 (96,2%)	5 (1,3%)	395 (100%)	

Độ lớn bướu giáp khám trên lâm sàng chủ yếu ở độ III, chiếm tỉ lệ cao nhất trong cả 2 nhóm: nhóm nam (97,6%), nhóm nữ (96,2%). Tổng hợp chung độ lớn bướu giáp ở nhóm bệnh nhân nam và nữ có sự khác nhau rõ rệt (với $p < 0,05$).

Bảng 4: Nồng độ hóc môn tuyến giáp và hóc môn TSH trung bình trước mổ

Hóc môn	Nhóm BN	Số BN	Trung bình	Thấp nhất	Cao nhất	Phương sai	Lệch chuẩn	p
FT4	Nam	56	18,2428	0,100	153,21	1181,46	34,372	0,248
	Nữ	135	13,2526	0,04	99,57	303,079	17,409	
T3	Nam	59	7,87	0,01	97,00	433,769	20,827	0,79
	Nữ	148	7,113	0,01	86,520	262,286	16,195	
TSH	Nam	53	2,503	0,01	57,80	75,697	8,700	0,68
	Nữ	151	3,413	0,00	150,00	231,451	15,213	

Nồng độ các hóc môn tuyến giáp (FT4, T3) trung bình giữa 2 nhóm bệnh nhân khác nhau không có ý nghĩa thống kê và đều nằm trong giới hạn bình thường (với $p > 0,05$). Nồng độ TSH trung bình giữa 2 nhóm cũng không có sự khác biệt và nằm trong giới hạn bình thường (với $p > 0,05$).

Bảng 5: Lượng máu mất trung bình trong mổ (ml)

Nhóm BN	Số BN	Trung bình	Thấp nhất	Cao nhất	Phương sai	Lệch chuẩn	p
Nam	85	54,346	20,000	200,000	620,781	24,915	0,0024
Nữ	310	47,130	5,000	404,000	758,133	27,534	
Cộng	395	48,678	5,000	404,000	736,706	27,142	

Lượng máu mất trung bình trong mổ ở nhóm bệnh nhân nam là $54,346 \pm 24,915$ ml, và nhóm bệnh nhân nữ là $47,130 \pm 27,534$ ml. Lượng máu mất ở nhóm bệnh nhân nam nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân nữ rõ rệt (với $p < 0,01$).

Bảng 6: Thời gian trung bình cuộc mổ (phút)

Nhóm BN	Số BN	Trung bình	Thấp nhất	Cao nhất	Phương sai	Lệch chuẩn	p
Nam	85	56,000	30,000	120,000	127,5000	11,291	0,0003
Nữ	310	51,965	30,000	125,000	89,141	9,735	
Cộng	395	52,892	30,000	125,000	99,365	9,879	

Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm bệnh nhân nam là $56 \pm 11,291$ phút, và ở nhóm bệnh nhân nữ là $51,965 \pm 9,735$ phút. Thời gian mổ ở nhóm bệnh nhân nam kéo dài hơn nhóm bệnh nhân nữ rõ rệt (với $p < 0,001$).

Bảng 7: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Nhóm BN	Có	Không	Cộng	P
Chảy máu	Nam	3 (3,5%)	82 (96,5%)	85 (100%)	0,0254
	Nữ	3 (0,9%)	307 (99,1%)	310 (100%)	
	Cộng	6 (1,5%)	389 (98,5%)	395 (100%)	

Suy HH	Nam	4 (4,7%)	81 (95,3%)	85 (100%)	0,0027
	Nữ	3 (0,9%)	307 (99,1%)	310 (100%)	
	Cộng	7 (1,8%)	388 (98,2%)	395 (100%)	
Tổn thương TKQN	Nam	1 (1,2%)	84 (98,8%)	85 (100%)	0,2213
	Nữ	0 (0%)	310 (100%)	310 (100%)	
	Cộng	1 (0,3%)	394 (99,7%)	395 (100%)	
Tetani	Nam	1 (1,2%)	84 (98,8%)	85 (100%)	0,4614
	Nữ	3 (0,9%)	307 (99,1%)	310 (100%)	
	Cộng	4 (1,0%)	391 (99,0%)	395 (100%)	
ứ dịch vết mổ	Nam	3 (3,5%)	82 (96,7%)	85 (100%)	0,0254
	Nữ	3 (0,9%)	307 (99,1%)	310 (100%)	
	Cộng	6 (1,5%)	389 (98,5%)	395 (100%)	

Biến chứng chảy máu ở nhóm bệnh nhân nam (3,5%) cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân nữ (0,9%) (với $p < 0,05$).

Biến chứng suy hô hấp cấp gặp ở nhóm bệnh nhân nam (4,7%) cao hơn rõ rệt so với gặp ở nhóm bệnh nhân nữ (0,9%) (với $p < 0,01$).

Biến chứng do tổn thương thần kinh quặt ngược, tetani ở 2 nhóm không có sự khác nhau với $p > 0,05$.

Động dịch tại vùng cổ sau mổ ở nhóm bệnh nhân nam (3,5%) gặp nhiều hơn so với nhóm bệnh nhân nữ (0,9%) (với $p < 0,05$).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu:

Trong số 395 bệnh nhân nghiên cứu bao gồm 85 bệnh nhân là nam giới (chiếm tỉ lệ 21,52%) và 310 bệnh nhân nữ (97,48%), tỉ lệ nam/nữ là 1/3,64. Tỉ lệ phân bố giới tính trong nghiên cứu cũng phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả khác. Theo Trần Đình Ngạn (1987) tỉ lệ này là 1/5; Trần Đình Bé (1999): 1/4; Sugino K (1995): 1/3,95. Tuổi trung bình của cả 2 nhóm bệnh nhân là $33,1768 \pm 10,6236$ tuổi (thấp nhất: 13 tuổi; cao nhất: 65 tuổi). Tuổi trung bình giữa 2 nhóm bệnh nhân nam và nữ không có sự khác biệt rõ rệt về mặt thống kê (với $p > 0,05$). Số liệu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của một số tác giả khác như của Nguyễn Hữu Bình (2001): tuổi trung bình đối với nam là $39,65 \pm 7,2$ tuổi; Sugrue D.D (1983): $37,15 \pm 10,32$ tuổi; Nguyễn Hoài Nam (2002) là $35,2 \pm 0,7$ tuổi. Nhìn chung, theo các nghiên cứu đều cho thấy hầu hết bệnh nhân Basedow đều gặp ở lứa tuổi lao động và có hoạt động mạnh về nội tiết.

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có bướu giáp to độ III (96,2%), về độ lớn bướu giáp có sự khác nhau giữa 2 nhóm và ở nhóm bệnh nhân

nam bướu giáp thường gặp to hơn nhóm bệnh nhân nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đây cũng là một trong những đặc điểm của bệnh Basedow ở nam giới tuy ít mắc bệnh hơn nhưng bướu lại thường to hơn, mổ khó khăn hơn và dễ xảy ra tai biến và biến chứng khi phẫu thuật.

Kết quả xét nghiệm hóc môn tuyến giáp và TSH trước mổ cho thấy nồng độ trung bình của các hóc môn tuyến giáp và TSH đều nằm trong giới hạn bình thường. Điều này nói lên các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đã được chuẩn bị tốt trước mổ, bệnh nhân đều đạt giai đoạn bình giáp, yếu tố quyết định có ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả phẫu thuật. Kết quả xét nghiệm nồng độ hóc môn tuyến giáp không có sự khác biệt rõ rệt giữa 2 nhóm bệnh nhân.

2. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả sớm sau mổ:

Chúng tôi áp dụng phương pháp mổ cắt gân hoàn toàn tuyến giáp theo quy trình thống nhất cho mọi bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu. Các bệnh nhân đều được vô cảm dưới gây tê đám rối cổ nông. Không có trường hợp nào có tai biến trong mổ. Kết quả cho thấy, lượng máu mất trung bình trong mổ ở cả 2 nhóm đều rất ít (trung bình: $48,678 \pm 27,142$ ml), không có trường hợp nào phải truyền máu trong mổ. So sánh lượng máu mất trong mổ giữa 2 nhóm thấy ở nhóm bệnh nhân nam mất máu nhiều hơn so với nhóm bệnh nhân nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Qua thực tế chúng tôi nhận thấy, mổ ở các bệnh nhân nam giới thường khó khăn hơn phần vì bướu giáp to nhưng lại nằm sâu trong ngăn cổ, đặc biệt là khối cân cơ vùng cổ ở nam giới rất chắc gây khó khăn cho việc phẫu tích bóc lộ bướu, cắt bướu. Để hạn chế những khó khăn đó, đôi khi phải cắt cơ, hoặc vết mổ phải dài hơn. Chính vì vậy thời gian mổ cũng kéo dài hơn. Kết quả ở bảng 6 cho thấy rõ thời gian mổ ở nhóm bệnh nhân nam giới dài hơn rõ rệt so với ở nhóm bệnh nhân nữ ($56,000 \pm 11,291$ phút so với $51,965 \pm 9,735$ phút), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$).

Các biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi nói chung là thấp. Kết quả ở bảng 7 cho thấy: biến chứng chảy máu sau mổ chiếm (1,5%), suy hô hấp (1,8%), tổn thương thần kinh quặt ngược (0,3%), tetani (1,0%) và ứ dịch vết mổ (1,5%). Các tỉ lệ biến chứng của chúng tôi cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác như Đặng Ngọc Hùng [1], Nguyễn Hoài Nam [4], Ngô Văn Hoàng Linh [3], Tô Vũ Khương [2], Dzhaubaev M.O [5]. Song tỉ lệ các biến chứng giữa 2 nhóm bệnh ở nam và nữ giới lại có những khác biệt rõ rệt. Tỉ lệ biến chứng chảy máu sau mổ gặp ở nam giới cao hơn hẳn so với nữ giới (3,5% và 0,9% tương ứng), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sở dĩ có sự khác biệt đó một phần do trong mổ ở bệnh nhân nam thì mức độ can thiệp thường lớn hơn, bướu to hơn và có phần dính hơn, bóc lộ rộng rãi hơn và tất yếu dẫn tới sự ảnh hưởng đến các tổ chức xung quanh nhiều hơn. Mặt

khác, việc bất động ở bệnh nhân sau mổ rất quan trọng, có liên quan đáng kể đến kết quả thành công của cuộc mổ, trong khi đó, các bệnh nhân nam giới thường kém chịu đựng hơn các bệnh nhân nữ, ít chịu bất động vùng cổ hơn và do đó đôi khi là nguyên nhân của chảy máu thứ phát sau mổ.

Suy hô hấp sau mổ cũng là biến chứng đáng sợ đối với phẫu thuật bệnh tuyến giáp. Hậu quả của biến chứng này khá nặng nề và có thể là nguyên nhân tử vong nếu không được phát hiện và xử lý sớm. Những nguyên nhân thường dẫn đến biến chứng này phần nhiều do chảy máu thứ phát sau mổ. Một số nguyên nhân khác như phù nề lớn sau mổ, tổn thương khí quản, tổn thương thần kinh quặt ngược, tetani, và tình trạng chưa bình giáp trước mổ... cũng có thể dẫn đến biến chứng này tuy là ít xảy ra. Chính vì vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy rõ, tỉ lệ biến chứng suy hô hấp gặp ở nam giới cao hơn gặp ở nữ giới, phù hợp với biến chứng chảy máu sau mổ ở nam giới cao hơn. Sự khác biệt rõ rệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Liên quan đến các biến chứng này là tình trạng ứ đọng dịch sau mổ ở nam giới cũng gặp với tỉ lệ cao hơn so với ở nữ giới ($p < 0,05$). Tuy biến chứng này không nguy hiểm đến người bệnh nhưng lại có ảnh hưởng lâu dài đến tâm lý về mặt thẩm mỹ và sinh hoạt hàng ngày. Do đọng dịch, nếu được xử lý tốt và ổn định ngay sau 1, 2 lần thay băng nạn dịch thì sẽ không để lại hậu quả gì. Nhưng nếu không được điều trị tốt sẽ dẫn đến sẹo vết mổ liền xấu, dính, co kéo khi nuốt, và về lâu dài sẽ ảnh hưởng nhiều đến tâm lý người bệnh. Đây cũng là điều các phẫu thuật viên không hề mong muốn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng mà các phẫu thuật viên tuyến giáp ở trong nước cũng như trên thế giới đều đáng ngại và rất quan tâm đó là tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược và tổn thương tuyến cận giáp. Vì cho đến nay, việc điều trị và phục hồi các tổn thương này còn khá khó khăn, hậu quả để lại của biến chứng khá nặng nề đến tình trạng sức khỏe và tâm lý, thậm chí là nguyên nhân dẫn tới tử vong về lâu dài. Kết quả của chúng tôi là thấp, biến chứng tổn thương thần kinh quặt ngược chỉ chiếm 0,3%, tetani chiếm 1,0%. Các biến chứng này chỉ là tạm thời và được điều trị hoặc tự khỏi trong thời gian nằm viện sau mổ. Đây cũng là ưu điểm của việc vô cảm bằng tê đám rối cổ nông và kinh nghiệm phẫu thuật mổ bệnh tuyến giáp của các phẫu thuật viên.

KẾT LUẬN

1. Phẫu thuật bệnh Basedow ở nam giới có những đặc điểm khác với nữ giới đó là bướu giáp thường to hơn, bóc lộ và cắt bướu giáp khó khăn hơn. Kết quả là lượng máu mất trong mổ nhiều hơn và thời gian mổ kéo dài hơn.

2. Tỉ lệ các biến chứng sau mổ bệnh Basedow ở nam giới thường gặp cao hơn so với ở nữ giới, đặc biệt là biến chứng suy hô hấp sau mổ và chảy máu sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Ngọc Hùng, Ngô Văn Hoàng Linh,

Nguyễn Mỹ (2000): Kết quả điều trị ngoại khoa bệnh Basedow tại viện Quân y 103 trong 10 năm (1989 - 1999), Số chuyên đề công trình nghiên cứu khoa học - bệnh viện 103, Tạp chí y học quân sự Cục Quân y xuất bản, tr 59-62.

2. Tô Vũ Khương (2000): Nghiên cứu biến chứng suy hô hấp cấp và cơn nhiễm độc hóc môn kích phát sau mổ cắt gân hoàn toàn tuyến giáp dưới châm tê điều trị bệnh Basedow, Luận án tiến sĩ y học, Hà Nội.

3. Ngô Văn Hoàng Linh (1992): Góp phần nghiên cứu nâng cao chất lượng điều trị ngoại khoa bệnh bướu giáp lan toả nhiễm độc, Luận án phó tiến sĩ khoa học y dược, Hà Nội.

4. 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, số 3, tập 1

5. Dzhaubaev M.O (1989): Operation in postoperative relapses of goiters, Khirurgia, (6), P. 123-124.

6. Sugino K, Mimura T et all (1995): Early recurrence of hyperthyroidism in patients with Graves disease treated by subtotal thyroidectomy, World J. Surg, 19, P.648-652.

7. Sugrue D.D et all (1983): Long-Term follow up of hyperthyroid patients by sub total thyroidectomy, Br.J. Surg, Vol 70, N°7, P. 408-411.