

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BƯỞU NHÂN LÀNH TÍNH MỘT THỤY TUYẾN GIÁP

Nguyễn Đức Toàn<sup>1</sup>, Trịnh Lê Huy<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bướu nhân lành tính một thùy tuyến giáp. **Đối tượng và phương pháp:** 106 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán bướu nhân lành tính một thùy tuyến giáp được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 11/2016 - 6/2019. **Kết quả:** 41 BN (38,68%) lựa chọn phương pháp mổ mở kinh điển, 65 BN (61,32%) mổ nội soi (NS). Tỷ lệ nữ/nam ~ 6/1. Đa số BN (65,79%) được theo dõi bệnh lâu dài và điều trị nội khoa trước mổ. Trong mổ mở, đa số BN được phẫu thuật cắt toàn bộ thùy giáp, trong khi 65,58% BN mổ NS được cắt bán phần thùy giáp. Thời gian phẫu thuật trung bình trong mổ mở 47,67 phút, ngắn hơn so với mổ NS là 90,51 phút. **Kết luận:** Mổ mở và mổ NS tuyến giáp đều an toàn, ít biến chứng. Lượng máu mất trong mổ và thời gian hậu phẫu trung bình ở 2 nhóm tương đương nhau. BN mổ NS tuyến giáp thường ít đau sau mổ, kết quả về thẩm mỹ cũng cao hơn rõ rệt so với mổ mở.

\* Từ khóa: Bướu nhân lành tính một thùy tuyến giáp; Phẫu thuật.

### *Evaluation of Surgical Outcomes in Treatment of a Benign One-Lobe Thyroid Tumor*

#### *Summary*

**Objectives:** To evaluate the surgical outcomes in treatment of a benign one-lobe thyroid tumor. **Subjects and methods:** 106 patients who were diagnosed with a benign one-lobe thyroid tumor were treated with surgical methods at the Oncology Department, Thanh Nhan Hospital from November 2016 to June 2019. **Results:** 41 patients (38.68%) chose the classic open surgery while others (n = 65) had laparoscopic surgery. The disease was seen in most women with the female/male ratio being 6/1. Most patients often had long-term medical management before surgery. In group with open surgery, the entire thyroid lobe was removed in the majority of patients (65.79%), meanwhile partial thyroidectomy was mostly performed in the group with endoscopic surgery (65.58%). The average time in open surgery was 47.67 minutes, which was shorter than in endoscopic surgery (90.51 minutes). **Conclusions:** Open surgery and endoscopic thyroid surgery were both safe with few complications. The amount of blood loss in surgery and the average postoperative time in 2 groups were similar. Patients had less pain after endoscopic surgery and the cosmetic result was significantly higher as compared with open surgery.

\* *Keywords:* Benign one-lobe thyroid tumor; Surgery.

---

<sup>1</sup>Bệnh viện Thanh Nhân

<sup>2</sup>Bộ môn Ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội

Người phản hồi: Trịnh Lê Huy ([trinhlehuy@hmu.edu.vn](mailto:trinhlehuy@hmu.edu.vn))

Ngày nhận bài: 02/11/2020

Ngày bài báo được đăng: 25/01/2021

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu nhân lành tính tuyến giáp là bệnh thường gặp với tỷ lệ mắc trên thế giới khoảng 4 - 7%, tỷ lệ nam/nữ: 1/4 [4]. Các phương pháp điều trị hiện nay gồm điều trị bảo tồn và phẫu thuật với các bướu nhân lớn gây chèn ép hoặc ảnh hưởng đến thẩm mỹ mà các phương pháp điều trị khác không có kết quả. Phẫu thuật tuyến giáp được thực hiện theo 2 phương pháp mổ mở hoặc mổ NS. Phẫu thuật mở với đường rạch da vùng cổ đã được thực hiện từ lâu, đạt hiệu quả cao, tuy nhiên có nhược điểm là sẹo mổ luôn lộ ra bên ngoài gây nhiều ảnh hưởng về thẩm mỹ. Phẫu thuật NS là phương pháp phẫu thuật mới, có đường mổ nhỏ, nếu đường rạch da ở ngực, nách hay quàng vú có áo che sẽ không nhìn thấy, làm tăng sự hài lòng của BN. Bệnh lý tuyến giáp gặp nhiều ở phụ nữ, do đó trên thế giới, phẫu thuật NS tuyến giáp đã trở thành tiêu chuẩn ở một số bệnh viện và yêu cầu về mặt thẩm mỹ được đặt gần ngang tầm với hiệu quả điều trị. Ở Việt Nam, phẫu thuật NS tuyến giáp đã phổ biến rộng rãi tại một số bệnh viện. Tại Bệnh viện Thanh Nhàn đã triển khai phẫu thuật mở tuyến giáp từ lâu và bắt đầu áp dụng phẫu thuật NS tuyến giáp từ năm 2016. Tuy nhiên, hiện chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị bướu nhân lành tính một thùy tuyến giáp giữa 2 phương pháp mổ mở và mổ NS. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm: *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị bướu nhân lành tính một thùy tuyến giáp tại Bệnh viện Thanh Nhàn.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả BN có bướu nhân lành tính một thùy tuyến giáp được phẫu thuật tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 11/2016 - 6/2019.

*\* Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Bệnh nhân được chẩn đoán bướu nhân lành tính một thùy tuyến giáp.
- Kích thước nhân  $\leq 40$  mm (trên siêu âm).
- Chức năng tuyến giáp bình thường.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

*\* Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Bệnh nhân có chẩn đoán trước mổ là ung thư tuyến giáp (kết quả xét nghiệm FNA, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng).
- Bệnh nhân viêm giáp, cường giáp, nhiễm độc giáp, có viêm nhiễm hay áp xe ở vùng cổ, tiền sử xạ trị vùng cổ.

Bệnh nhân có đủ các tiêu chuẩn trên sẽ tiếp tục được làm thêm các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh trước mổ. Khi có chỉ định mổ, BN được giải thích kỹ để lựa chọn mổ NS hay mổ mở.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.
- Phương pháp thu thập số liệu: Lấy mẫu thuận tiện.

*\* Các biến số nghiên cứu:*

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Tuổi, giới, nghề nghiệp, độ bướu, kích thước bướu, tính chất bướu trên siêu âm, kết quả FNA, kết quả giải phẫu bệnh, chẩn đoán trước mổ.

- Thông tin trong mổ: Cách thức phẫu thuật, lượng máu mất, chuyển mổ mở, thời gian mổ.

- Thông tin sau mổ: Dịch dẫn lưu, đau sau mổ, kết quả sớm sau mổ, biến chứng sau mổ, sự thoải mái với sẹo mổ, sự tự tin khi giao tiếp.

\* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 16.0.

\* *Đạo đức nghiên cứu:* Thông tin được thu thập dựa trên sự tự nguyện, việc lựa chọn phương pháp mổ của BN không ảnh hưởng tới việc được chăm sóc trước, trong và sau mổ và đảm bảo tính bảo mật.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

*Bảng 1:* Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Đặc điểm		Phương pháp mổ	Mổ mở (n = 38)	Mổ NS (n = 61)	p
Tuổi (năm)	Nhỏ nhất		25	17	
	Trung bình		45,12 ± 11,06	30,15 ± 10,02	
	Lớn nhất		76	51	
Giới	Nam		8 (21,05)	5 (8,20)	
	Nữ		30 (78,95)	56 (91,80)	
Nghề nghiệp (n, %)	Trí thức, công chức, văn nghệ sĩ		6 (15,79)	38 (62,30)	< 0,001
	Công nhân, nông dân		20 (52,63)	11 (18,03)	
	Nội trợ, buôn bán		5 (13,16)	10 (16,39)	
	Khác: Hưu trí...		7 (18,42)	2 (3,28)	
Vị trí (n, %)	Thùy phải		16 (42,11)	29 (47,54)	0,736
	Thùy trái		20 (52,63)	27 (44,26)	
	Eo giáp		2 (5,26)	5 (8,20)	
Độ bướu (n, %)	IA		2 (5,26)	7 (11,48)	0,502
	IB		10 (26,32)	23 (37,70)	
	II		26 (68,42)	31 (50,82)	
Kích thước nhân	Nhỏ nhất		12	9	< 0,001
	$\bar{X} \pm SD$		27 ± 0,19	22 ± 0,65	
	Lớn nhất		40	40	
Tính chất bướu (n, %)	Dạng đặc		17 (44,74)	26 (42,62)	0,851
	Dạng nang		12 (31,58)	23 (37,71)	
	Hỗn hợp		9 (23,69)	12 (19,67)	
	Bướu tuyến giáp		12 (31,58)	24 (39,34)	

Nhóm BN mổ NS có tuổi trẻ hơn nhóm mổ mở. Đa số BN lựa chọn hình thức mổ NS là trí thức, công chức, văn nghệ sĩ (62,3%), trong khi đa số BN lựa chọn hình thức

mỏ mở là công nhân, nông dân (52,6%). Cả 2 nhóm BN đều gặp chủ yếu là bươu dạng đặc và bươu dạng nang.

## 2. Kết quả sớm phẫu thuật điều trị bươu nhân lành tính một thùy tuyến giáp

Bảng 2: Kết quả sớm phẫu thuật điều trị bươu nhân lành tính một thùy tuyến giáp.

		Mỏ mở	Mỏ NS	p
Cách phẫu thuật (n, %)	Cắt toàn bộ thùy giáp	25 (65,79)	21 (34,42)	< 0,001
	Cắt bán phần thùy giáp	13 (34,21)	40 (65,58)	
Lượng máu mất trong mổ (ml)	Ít nhất	0 (0,0)	0 (0,0)	0,08
	$\bar{X} \pm SD$	5 ± 5,81	7 ± 11,87	
	Nhiều nhất	30	50	
Thời gian mổ (phút)	Ngắn nhất	30	50	< 0,001
	$\bar{X} \pm SD$	47,67 ± 21,15	90,51 ± 26,42	
	Dài nhất	100	150	

Về cách thức phẫu thuật, trong nhóm mỏ NS đa số BN được phẫu thuật cắt bán phần thùy giáp (65,58%), trong khi nhóm mỏ mở đa số BN được cắt toàn bộ thùy giáp (65,79%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Lượng máu mất trung bình trong mổ của mỏ mở và mỏ NS tương đương nhau ( $5 \pm 5,81$  ml và  $7 \pm 11,87$  ml). Không BN nào mỏ NS phải chuyển sang mỏ mở. Tuy nhiên, thời gian mổ trung bình của mỏ mở (47,67 phút) ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với mỏ NS (90,51 phút) ( $p < 0,001$ ).

Bảng 3: Đánh giá sau phẫu thuật.

		Mỏ mở	Mỏ NS	p
Biến chứng sau mổ (n,%)	Chảy máu	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Tụ dịch	2 (5,26)	3 (4,92)	
	Nhiễm trùng	0	0	
	Khàn tiếng	3 (7,89)	1 (1,64)	
	Tê tay chân	1 (2,63)	1 (1,64)	
Lượng dịch dẫn lưu (ml)	Ít nhất	10	15	< 0,001
	$\bar{X} \pm SD$	17,24 + 3,22	28,52 + 2,28	
	Nhiều nhất	30	50	
Thời gian hậu phẫu (ngày)	Ngắn nhất	5	3	0,341
	$\bar{X} \pm SD$	5,67 + 0,72	5,62 + 0,57	
	Dài nhất	9	7	

Sau phẫu thuật, kết quả cho thấy BN mổ mở và mổ NS đa số đau vừa. Mổ NS ít đau hơn, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Lượng dịch dẫn lưu trong mổ NS trung bình 28,52 + 2,28 ml, nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với mổ mở là 17,24 + 3,22 ml. Trong cả mổ mở và mổ NS đều không có BN nào bị chảy máu sau mổ hay nhiễm trùng vết mổ. 5 BN bị tụ dịch ít sau mổ, đã được chọc hút điều trị ổn định trước khi xuất viện, 1 BN mổ NS có tụ dịch dưới da vùng ngực kéo dài phải chọc hút nhiều lần, 1 BN mổ NS bị khàn tiếng do u to, phẫu tích khó khăn gây tổn thương tạm thời thần kinh thanh quản quặt ngược, bình phục sau 1 tháng. 2 BN tê tay chân nhưng mức độ rất nhẹ, điều trị khỏi sau 1 tuần.

Về hiệu quả thẩm mỹ, đa số BN mổ NS (87,69%) hài lòng với sẹo mổ của mình, ngược lại hầu hết BN mổ mở (75,61%) không hài lòng. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Hầu hết BN được mổ NS đều tự tin khi giao tiếp (96,92%), trong khi hơn 2/3 BN mổ mở (75,61%) không tự tin khi giao tiếp sau mổ vì có sẹo vùng cổ.

### **BÀN LUẬN**

Bệnh nhân trong nghiên cứu đa số là nữ (86,87%), tương tự các nghiên cứu khác [1]. Trong nhóm mổ NS, nữ cũng chiếm đa số (91,80%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác: Trần Ngọc Lương có tỷ lệ BN nữ mổ NS là 95,7% [2], Eugene H nghiên cứu 172 ca, có 86,05% BN nữ [5]. Tuổi trung bình của nhóm BN mổ NS trẻ hơn so với mổ mở, đa số ở lứa tuổi từ 20 - 40 (69,64%), tương tự nghiên cứu của Trần Ngọc Lương: tuổi trung

bình của BN mổ NS là 29, lứa tuổi 20 - 29 gặp nhiều nhất (43,57%) [2].

Về nghề nghiệp, ở nhóm mổ NS, tỷ lệ BN là học sinh, sinh viên và công chức chiếm đa số (38/61 BN, chiếm 62,30%), tương đồng với nghiên cứu của Trần Ngọc Lương là 58,57% [2]; ở nhóm mổ mở, tỷ lệ BN là công nhân, nông dân lại chiếm ưu thế.

Kích thước trung bình của bướu được phẫu thuật NS là 2,2 cm, của mổ mở là 2,7 cm, khác biệt không có ý nghĩa. Tương đương nghiên cứu của Trần Ngọc Lương trên 140 BN, kích thước trung bình 2,6 cm [2]. Về bản chất bướu nhân, Yong Lai P mổ 100 BN, 75 BN là lành tính, 21 BN u nang và 4 BN không xác định (có làm FNA trước mổ). Trần Ngọc Lương mổ NS 140 BN đều là lành tính [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng, kết quả giải phẫu bệnh lý cho thấy tỷ lệ bướu giáp đơn thuần chiếm đa số ở cả 2 nhóm đều như nhau: Mổ mở 68,42%, mổ NS 60,66%. Tiếp theo là bướu tuyến giáp. Kết quả này phù hợp với xét nghiệm tế bào học trước mổ.

Hầu hết BN được cắt toàn bộ một thùy giáp (65,79%) và là những BN có nhiều nhân một thùy. Ngược lại, trong mổ NS do hạn chế phẫu trường làm thao tác khó khăn trong việc phẫu tích thần kinh thanh quản quặt ngược nên phần lớn là phẫu thuật cắt bán phần một thùy giáp (65,59%) để đảm bảo an toàn.

Lượng máu mất trung bình chênh lệch không có ý nghĩa thống kê, mổ NS là 7 ml, mổ mở là 5 ml. Các tác giả khác cũng có lượng máu mất ít tương đương: Shimizu K là 8,8 ml [6], Trần Ngọc Lương là 6,1 ml [2].

Nghiên cứu của Miccolli P, thời gian phẫu thuật trung bình là 45 phút đối với nhóm mổ mở và 66 phút đối với nhóm mổ NS ( $p = 0,01$ ) [7]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi: Thời gian phẫu thuật trung bình trong mổ mở là  $47,67 \pm 21,1$  phút, ngắn hơn mổ NS là  $90,51 \pm 26,4$  phút ( $p < 0,001$ ).

Kết quả nghiên cứu cho thấy BN mổ NS thường ít đau hơn (34,42%) so với mổ mở (18,42%), tương đồng với nghiên cứu của Miccolli P [7], Raffaelli M [8], Gagner M và CS [9].

Thời gian hậu phẫu trung bình của nhóm mổ NS và mổ mở không khác biệt ( $5,62 + 0,57$  ngày so với  $5,67 + 0,72$  ngày), tương đương với nghiên cứu của Trần Ngọc Lương [2]: Thời gian nằm viện trung bình  $5,0 \pm 3,1$  ngày (3 - 6 ngày). Sờ dĩ không có sự khác biệt về số ngày hậu phẫu giữa mổ mở và mổ NS trong nghiên cứu của chúng tôi là do yếu tố tâm lý: Ở Việt Nam BN còn chưa quen với việc ra viện sớm trong 1 - 2 ngày, nhất là đối với một phẫu thuật mới, bên cạnh đó chi phí điều trị 1 - 2 ngày ở bệnh viện công không cao.

Về biến chứng hậu phẫu, không có BN nào, kể cả mổ mở bị chảy máu sau mổ. Trần Ngọc Lương [2] cũng không gặp BN nào chảy máu sau mổ. Nghiên cứu của Miccolli P: 3,27% hạ canxi huyết, trong đó 2,6% là tạm thời [7]. Raffaelli M gặp 3,92% hạ canxi huyết đều là tạm thời [8]. Kết quả của chúng tôi tương đồng với một số tác giả: Ở mổ mở là 2,63% và mổ NS là 1,64% đều chỉ là hạ canxi huyết tạm thời.

Ở nhóm mổ NS, 1,64% BN khàn tiếng do liệt tạm thời thần kinh thanh quản quặt ngược so với 7,89% ở nhóm mổ mở. Kết

quả này tương đồng với Miccolli P trong 336 ca, tỷ lệ liệt thần kinh thanh quản quặt ngược 2,38%, trong đó 2,08% là tạm thời [7]; Raffaelli M [8] trong 51 ca, có 1,71% liệt tạm thời; Trần Ngọc Lương trong 140 ca chỉ 0,71% liệt tạm thời [2].

Kết quả 3 tháng đầu sau mổ ở 2 nhóm tương đương nhau ( $p > 0,05$ ). Riêng loại kết quả xấu, mổ NS có tỷ lệ cao hơn là 3,08% so với 2,44% ở mổ mở. Trần Ngọc Lương báo cáo 140 BN được phẫu thuật NS tuyến giáp, chỉ có 1 BN sau mổ bị khàn tiếng, điều trị nội khoa 1 tháng khỏi bệnh; 1 BN xét nghiệm hormon tuyến giáp thấy giảm; không BN nào bị hạ canxi huyết [3], kết quả tốt cao hơn chúng tôi một phần vì chúng tôi chưa có nhiều kinh nghiệm.

Có tới 96,92% BN mổ NS rất hài lòng hoặc hài lòng với sẹo mổ của mình và tự tin khi giao tiếp. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Shimizu K [6]. Tỷ lệ này ở mổ mở chỉ 24,39%.

## KẾT LUẬN

Trong mổ mở, đa số BN (65,79%) được phẫu thuật cắt toàn bộ thùy giáp, ngược với nhóm mổ NS đa số BN (65,58%) được cắt bán phần thùy giáp ( $p < 0,05$ ). Lượng máu mất trung bình trong mổ ở 2 nhóm tương đương nhau. Thời gian phẫu thuật trung bình trong mổ mở 47,67 phút, ngắn hơn so với mổ NS là 90,51 phút ( $p < 0,05$ ). BN mổ NS tuyến giáp thường ít đau sau mổ hơn so với mổ mở. Thời gian hậu phẫu trung bình 5 ngày và có thể sớm trở lại với công việc thường ngày. Mổ mở và mổ NS tuyến giáp đều an toàn, ít biến chứng. Phần lớn BN có kết quả phẫu thuật sớm tốt. Hiệu quả thẩm mỹ của mổ NS cao hơn rõ rệt so với mổ mở ( $p < 0,05$ ).



**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Thy Khuê, Mai Thế Trạch. Nội tiết đại cương. Nhà xuất bản TP. Hồ Chí Minh 1999; 189-291.
2. Trần Ngọc Lương. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp thể nhân lành tính. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội 2006.
3. Trần Ngọc Lương. Kinh nghiệm cá nhân của 750 trường hợp cắt tuyến giáp nội soi. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. Hội nghị Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam 2008; 68-69.
4. American Association of Clinical Endocrin and American Endocrinology Collge of AACE. Clinical Practice guidelines for dianosis and management of thyroid nodules 1996.
5. Eugene H, Chang D, Thom E, Lobe D, Simon K, Wright D. Our initialexperience of the transaxillary totally endoscopic approach for hemithyroidectomy. Otolaryngology Head and Neck Surgery 2009 September; 141(3):335-339.
6. Shimizu K. Minimally invasinevideo-assisted thyroidectomy: A retrospective study over two years of experience. Otolaryngology Head and Neck Surgery 2009 July; 141:29-33.
7. Miccoli P, Pinchera A, Materazzi G. Surgical treatment of low- and intermediate-risk papillary thyroid cancer with minimally invasive video-assisted thyroidectomy. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2009; 94(5):1618-1622.
8. Raffaelli M, Materazzi G, Galleri D. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy. Am J Surg 2001 Jun; 181(6):567-570.
9. Gagner M, Inabnet W. Endoscopic thyroidectomy for solitary thyroidnodules. Thyroid 2001 Feb; 11(2):161-163.