

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

TIÊU CHÍ ĐỨC

**NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ
BƯỚU TUYẾN GIÁP LÀNH TÍNH GÂY CHÈN ÉP KHÍ QUẢN**

Chuyên ngành: Ngoại lồng ngực

Mã số: 62720124

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

TP. Hồ Chí Minh - Năm 2021

Công trình được hoàn thành tại:

Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS.TS Hoàng Quốc Hòa**
- 2. PGS.TS Phạm Thọ Tuấn Anh**

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Trường họp tại:

Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Vào hồi.....giờ.....ngày.....tháng.....năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP.HCM
- Thư viện Đại học Y Dược TP.HCM

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp tuyến lành tính hay còn gọi là bướu giáp lành tính là thuật ngữ chỉ sự phát triển phình lớn của các nang tuyến giáp, còn gọi là phình giáp lành tính (Goiter) để phân biệt với các dạng bướu lành tuyến giáp thực sự như Adenoma, bướu tế bào Hurthle... Bướu giáp lành tính có thể ở dạng lan tỏa hoặc dạng nốt, tùy thuộc vào nguyên nhân và có thể đi kèm nhược giáp, bình giáp hoặc cường giáp. Biểu hiện lâm sàng thay đổi tùy thuộc vào chức năng tuyến giáp cũng như vị trí và kích thước của bướu giáp.

Bướu giáp lớn gây các triệu chứng chèn ép các cấu trúc xung quanh và đặc biệt là khí quản. Tần suất của bướu giáp lành tính chèn ép khí quản ít được báo cáo và thay đổi tùy theo vùng địa lý. Micheal và cs báo cáo 1738 bệnh nhân bướu giáp trong 6 năm cho thấy tỉ lệ bướu giáp chèn ép khí quản là 8%. Ayandipo và cs báo cáo 507 BN phẫu thuật khí quản trong 15 năm tại Nigeria cho thấy tỉ lệ bướu giáp chèn ép khí quản là 37,5%.

Khí quản bị chèn ép gây hẹp thường không biểu hiện triệu chứng trong giai đoạn sớm, triệu chứng chỉ xuất hiện khi khẩu kính khí quản bị hẹp hơn 75%. Chính vì vậy, hẹp khí quản có thể dẫn đến những biến chứng đôi khi tử vong khi bệnh nhân bị thêm những yếu tố thúc đẩy, chẳng hạn như bị nhiễm khuẩn hô hấp hay sau một phẫu thuật khác mà có đặt nội khí quản. Biểu hiện lâm sàng của bướu giáp lành tính chèn ép khí quản thường là triệu chứng khó thở ở nhiều mức độ: khó thở khi thay đổi tư thế, khô khè, khó thở liên tục, suy hô hấp cần đặt nội khí quản cấp cứu. Ngoài tình trạng khó thở cấp tính, việc phẫu thuật các bướu giáp lớn chèn ép khí quản còn là một vấn đề thách thức trong quá trình gây mê, kỹ thuật mổ và chăm sóc hậu phẫu. Một nghiên cứu khác cũng cho thấy phẫu thuật bướu giáp chèn ép khí quản sẽ làm tăng nguy cơ suy hô hấp sau mổ lên 4,2 lần và tử vong gấp 8,3 lần so với phẫu thuật tuyến giáp không chèn ép khí quản.

Bên cạnh đó, nhuyễn sụn khí quản là một vấn đề cần quan tâm trong phẫu thuật bướu giáp chèn ép khí quản. Tỉ lệ nhuyễn sụn khí quản sau mổ bướu giáp chèn ép khí quản thay đổi tùy theo các nghiên cứu từ 0%-10%. Nhuyễn sụn khí quản cần được phát hiện ngay trong mổ và xử lý trong mổ để tránh tình trạng bệnh nhân suy hô hấp do rút nội khí quản thất bại ở hậu phẫu hoặc phải mở khí quản.

Tại Việt Nam, với sự phát triển của nền y học, việc chẩn đoán và điều trị bướu giáp đã có những tiến bộ vượt bậc và ngang tầm với các nước

trên thế giới. Các kỹ thuật tiên tiến được áp dụng cho việc điều trị bướng giáp đã được báo cáo tại các trung tâm lớn trong cả nước. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy rất ít các nghiên cứu về tình trạng bướng giáp lạnh tính chèn ép khí quản và các yếu tố nguy cơ gây chèn ép khí quản trên các bệnh nhân bị bướng giáp. Chính vì vậy, chúng tôi có câu hỏi nghiên cứu là **“Các vấn đề quan trọng cần làm sáng tỏ trong chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh bướng giáp lạnh tính gây chèn ép khí quản?”**. Từ đó chúng tôi có các mục tiêu nghiên cứu sau:

1. Đánh giá kết quả trung hạn sau phẫu thuật cắt bướng giáp ở bệnh nhân có bướng giáp lạnh tính gây chèn ép khí quản.
2. Xác định tỉ lệ nhuyên sụn khí quản trong nhóm nghiên cứu.
3. Phân tích mối tương quan giữa một số yếu tố nguy cơ với sự chèn ép khí quản trong nhóm nghiên cứu.

TÍNH CẤP THIẾT CỦA LUẬN ÁN

Bướng giáp lớn gây nên các triệu chứng chèn ép các cấu trúc xung quanh và đặc biệt là khí quản. hẹp khí quản có thể dẫn đến những biến chứng đôi khi tử vong khi bệnh nhân bị thêm những yếu tố thúc đẩy. Nghiên cứu cho thấy cho thấy phẫu thuật bướng giáp chèn ép khí quản sẽ làm tăng nguy cơ suy hô hấp sau mổ lên 4,2 lần và tử vong gấp 8,3 lần so với phẫu thuật tuyến giáp không chèn ép khí quản. Bên cạnh đó, nhuyên sụn khí quản là một vấn đề cần quan tâm vì nếu không được quan tâm đúng mức, BN có thể tử vong trong giai đoạn hậu phẫu.

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Công trình nghiên cứu đánh giá được tỉ lệ tử vong, các biến chứng sớm và kết quả trung hạn của phẫu thuật cắt bướng tuyến giáp lạnh tính gây chèn ép khí quản, đây là phẫu thuật có độ khó khăn hơn trong phẫu thuật bướng tuyến giáp với tỉ lệ biến chứng và tử vong đều cao hơn bình thường. Trong nghiên cứu đã đưa ra một số kỹ thuật mổ để đạt độ an toàn và tỉ lệ thành công tốt hơn trong xử trí loại bệnh lý này.

Việc xác định mối tương quan giữa các yếu tố nguy cơ gây chèn ép khí quản và nhuyên khí quản giúp mang tính tiên lượng trước sự khó khăn, nguy hiểm của quá trình điều trị cho bệnh nhân

BỐ CỤC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 120 trang, bao gồm: phần mở đầu 2 trang, tổng quan tài liệu 33 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 24 trang, kết quả nghiên cứu 24 trang, bản luận 34 trang, kết luận và kiến nghị 3 trang. Có 22 bảng, 24 biểu đồ, 22 hình. Luận án có 100 tài liệu tham khảo (13 tiếng Việt, 87 tài liệu tiếng Anh).

Chương 1- TỔNG QUAN

1.1. Giải phẫu tuyến giáp

Tuyến giáp (TG) gồm 2 thùy: phải và trái. Hai thùy nối với nhau bởi eo giáp, bắt ngang từ sụn khí quản thứ 1 đến 4. Đôi khi có một phần TG hình tam giác gọi là thùy thấp.

1.1.1. Hình thể ngoài

TG có hình dạng chữ H, màu nâu đỏ, nặng khoảng 30g, yếu tố địa lý và chủng tộc ảnh hưởng đến trọng lượng TG.

1.1.1.1. Thùy bên

Thùy giáp bên có ba mặt, mặt trước ngoài hay mặt cân cơ, mặt sau, mặt mạch máu thần kinh, và mặt trong hay mặt tạng. Mỗi thùy bên TG dài khoảng 5 cm; rộng 3 cm, dày 2 cm và có 2 cực: cực trên, cực dưới

1.1.1.2. Eo giáp

Cao 1,5 cm và dài ngang 1cm, nằm vắt ngang khí quản, nối giữa hai thùy TG. Cũng có khi không có eo giáp.

1.1.1.3. Vỏ giáp: còn gọi là bao thật, được coi như bao Glisson của gan, là một tấm màn thờ dính vào tuyến.

1.1.1.4. Bao giáp: còn gọi là bao giả, được tạo nên bởi các cân cơ

1.1.2. Mô học

TG phân thành những tiểu thùy, mỗi tiểu thùy gồm 20- 40 nang tuyến. TG có tất cả khoảng 3x10⁶ nang tuyến, nang tuyến, chứa chất dạng keo. TG tiết chủ yếu L.Thyroxine, Triiodothyronine.

1.1.3. Mạch máu và thần kinh

1.1.3.1. Động mạch: Tuyến giáp nhận nhiều mạch máu từ bốn động mạch chính (2 cặp).

- Động mạch giáp trên
- Động mạch giáp dưới
- Có thể có động mạch giáp dưới cùng

1.1.3.2. Tĩnh mạch

- Tĩnh mạch giáp trên
- Tĩnh mạch giáp giữa
- Tĩnh mạch giáp dưới

1.1.4. Phương tiện cố định: TG được cố định vào các sụn kế cận bằng các dây chằng:

- Dây chằng giữa
- Dây chằng bên
- Dây chằng thứ tư
- Dây chằng Berry

1.1.5. Liên quan quan trọng của tuyến giáp

- Thân kinh thanh quản ngoài
- Thân kinh thanh quản trong
- Thân kinh quặt ngược thanh quản:
- Tuyến cận giáp
- Khí quản
- Thực quản

1.2. Lâm sàng và đánh giá bướu giáp lành tính chèn ép khí quản

1.2.1. Định nghĩa bướu giáp lành tính chèn ép khí quản

Định nghĩa bướu giáp lành tính chèn ép khí quản: Bướu giáp chèn ép khí quản khi bướu đè ép làm đường kính của khí quản giảm hơn 50% so với bình thường. Một định nghĩa khác theo Binu Sajid và K.Rekha, bướu giáp chèn ép khí quản khi bướu giáp tăng kích thước gây ảnh hưởng đến đường thở của bệnh nhân, làm đường kính khí quản $\leq 15\text{mm}$.

Theo hội hô hấp Châu Âu (ERS) phân loại mức độ hẹp khí phế quản như sau:

- Độ 0: Không hẹp.
- Độ I: Hẹp từ 1 đến 25% khẩu kính khí phế quản.
- Độ II: Hẹp từ 26 đến 50% khẩu kính khí phế quản.
- Độ III: Hẹp từ 51 đến 75% khẩu kính khí phế quản.
- Độ IV: Hẹp từ 76 đến 90% khẩu kính khí phế quản.
- Độ V: Hẹp từ trên 90% đến toàn bộ khẩu kính khí phế quản.

1.2.2. Biểu hiện lâm sàng

1.2.2.1. Bướu giáp có biểu hiện chèn ép

Triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân bướu giáp có chèn ép ở cổ hoặc ngực là khó thở khi gắng sức. Khi khí quản bị chèn ép nặng (đường kính lòng khí quản nhỏ hơn 5mm), bệnh nhân sẽ có triệu chứng thở rít hoặc khò khè khi nghỉ ngơi. Viêm nhiễm đường hô hấp trên có thể là yếu tố thúc đẩy bệnh nhân vào cơn khó thở.

Nghiệm pháp Pemberton có thể được sử dụng để làm rõ hơn triệu chứng trong các trường hợp bướu giáp chèn ép bằng cách tạo áp lực đẩy tuyến giáp vào trong lồng ngực qua lỗ ngực trên.

1.2.3. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm đánh giá ban đầu của bướu giáp là nồng độ TSH máu, sau đó là các xét nghiệm đánh giá chức năng tuyến giáp (FT4 và FT3) khi có chỉ định tùy thuộc vào nồng độ của TSH. Siêu âm tuyến giáp cũng thường được thực hiện, một số chuyên gia đề nghị đo nồng độ kháng thể kháng thyroïd oxidase (TPO).

*** Các xét nghiệm đối với bướu giáp có chèn ép khí quản:** chủ yếu dựa trên hình ảnh học

1.2.3.1. Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh học

Chụp cắt lớp vi tính có vai trò quan trọng trong chẩn đoán.

Siêu âm tuyến giáp tuy chính xác hơn chụp cắt lớp vi tính trong đánh giá giải phẫu tuyến giáp nhưng lại không đủ tin cậy để đánh giá các cấu trúc vùng cổ sau cũng như vùng sau xương ức.

1.3. Điều trị bướu giáp lành tính có chèn ép khí quản

1.3.1. Mục tiêu điều trị

Đối với những bướu giáp có chèn ép (ở cổ hoặc thông trung thất), mục tiêu điều trị là giải phóng chèn ép bằng cắt bỏ bướu giáp.

1.3.2. Phẫu thuật điều trị bướu giáp chèn ép

1.3.2.1. Đánh giá tiền phẫu

Lưu ý quan trọng về vấn đề gây mê và hồi sức, đối với những bướu giáp to, chèn ép khí quản. Trước khi quyết định phẫu thuật thì phải hội chẩn với bác sĩ gây mê thật cẩn thận nhằm đánh giá tiên lượng đặt nội khí quản. Các trường hợp tiên lượng là sẽ đặt nội khí quản khó thì phải chuẩn bị dụng cụ đầy đủ: ống soi mềm, ống nội khí quản có lòng lò xo, nhiều kích cỡ lớn nhỏ cho phù hợp.

1.3.2.2. Hướng tiếp cận phẫu thuật

Phần lớn bướu giáp chèn ép hoặc bướu giáp thông vào trung thất đều có thể được cắt bỏ triệt để thông qua đường mở cổ kinh điển.

Khi phẫu thuật bướu giáp to, vấn đề quan trọng là chúng ta kiểm soát cắt được cực trên của hai thùy tuyến giáp, các phẫu thuật viên thường chọn giải pháp là cắt 1 phần cơ ức đòn chũm, với kinh nghiệm của một số phẫu thuật viên khác thì sẽ lựa chọn kiểm soát cực trên thùy giáp qua hai đường giữa cổ và đường máng cảnh, nếu so sánh hai cách trên thì xê theo đường máng cảnh ưu thế hơn vì sẽ không làm tổn thương khối cơ ức đòn chũm, làm hậu phẫu bệnh nhân sẽ đau nhiều, ngoài ra khi cắt ngang cơ ức đòn chũm sẽ làm đứt nhánh thần kinh nuôi cơ, về sau một phần cơ sẽ bị teo, gây ảnh hưởng chức năng vận động, với đường xê dọc máng cảnh thì chúng ta sẽ lên cao hơn, qua đó sẽ kiểm soát được cực trên thùy giáp dễ dàng hơn.

Trên bệnh nhân bướu giáp thông trung thất thứ phát, khi phẫu tích áp dụng theo nguyên tắc của kỹ thuật Toboggan.

1.3.2.3. Biến chứng của phẫu thuật cắt bướu giáp có chèn ép khí quản

Các biến chứng chính của phẫu thuật bướu giáp có chèn ép khí quản và bướu giáp thông trung thất bao gồm tổn thương dây thần kinh quặt

ngược thanh quản và các nhánh gây biến đổi giọng nói ở nhiều hình thức, tổn thương tuyến cận giáp gây hạ canxi máu, suy giáp.

1.4. Nhuyễn sụn khí quản

Nhuyễn sụn khí quản lần đầu tiên được mô tả vào năm 1897 bởi tác giả Czyhlarz. Tình trạng này do chèn ép bên ngoài khí quản trong một thời gian dài gây giảm độ cứng của sụn khí quản, làm đường dẫn khí hẹp hơn 50% khẩu kính so với bình thường. Có nhiều mức độ thay đổi cấu trúc tại vị trí khí quản bị chèn ép. Hiện tượng này xảy ra với tỉ lệ thay đổi từ 0-10%.

1.4.1. Chẩn đoán và xử trí nhuyễn sụn khí quản:

Chẩn đoán nhuyễn sụn khí quản là chẩn trong phẫu thuật, có thể dựa vào 1 trong các yếu tố sau:

- Sau khi cắt tuyến giáp, khí quản bị chèn ép nhìn chỉ còn là ống cơ hoặc khi sờ cảm nhận mềm hơn đoạn khí quản trên và dưới. Tuy vậy, do có sự hiện diện của ống nội khí quản nên cũng khó đánh giá chính xác mức độ mềm bất thường của khí quản, có thể nhờ bác sĩ gây mê rút bớt ống nội khí quản để có thể cảm nhận được độ cứng khí quản chính xác hơn.
- Khó hút đàm sau khi đã rút một phần ống nội khí quản ra ngoài.
- Sau khi đóng da, có thể nghi ngờ mềm sụn khí quản khi:
 - Không có dấu hiệu xì khí đường thở khi xả bóng của NKQ
 - Xuất hiện tiếng thở rít kèm theo giảm nồng độ Oxy máu.

Một trong những điểm quan trọng của điều trị nhuyễn sụn khí quản là nhận biết các yếu tố nguy cơ gây mềm sụn trước và ngay trên bàn phẫu thuật để có thể tiên lượng trước quá trình rút nội khí quản khó khăn.

1.4.2. Xử trí nhuyễn sụn khí quản:

Đa số nhuyễn sụn khí quản có thể được điều trị bảo tồn bằng cách lưu ống NKQ kéo dài, có thể sử dụng phẫu thuật treo khí quản trong mô, mở khí quản được nhiều tác giả đề cập và áp dụng.

1.5. Tình hình nghiên cứu trên thế giới và trong nước

Tác giả Binu Sajid nghiên cứu trên 1861 BN bướu giáp có 50 bệnh nhân bướu giáp chèn ép khí quản với đường kính khí quản tối thiểu từ 4-12mm (trung bình 7,84); với đa số (95%) có bệnh lý lành tính.

Sorensen và cs báo cáo 65 BN, Tác giả cho thấy sự liên quan giữa kích thước bướu giáp và chèn ép khí quản.

Findlay và cs báo cáo 62 BN bướu giáp chèn ép khí quản < 15mm được xác định bằng chụp CLĐT cho thấy khối lượng tuyến giáp trung bình là 185,9g.

Chương 2-ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhóm BN BG lành tính có chèn ép khí quản tại Khoa Ngoại lồng Ngực – Mạch máu Bệnh viện Nhân dân Gia Định và Khoa Ngoại 6 Bệnh viện Ung Bướu Tp Hồ Chí Minh

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân có BG và có các dấu hiệu chèn ép KQ.
- Chẩn đoán có chèn ép KQ trên chụp CLĐT theo tiêu chuẩn của tác giả Binu Sajid và hiệp hội Châu Âu
- Chức năng tuyến giáp là bình giáp (TSH,FT3,FT4).
- Kết quả giải phẫu bệnh trước(FNA) và sau mổ (GPB) là lành tính .

2.1.2.Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bướu giáp ác tính
- Bệnh nhân có các loại u khác vùng cổ gây chèn ép khí quản.
- Tiền căn phẫu thuật ung thư vùng đầu mặt cổ.
- Tiền căn xạ trị vùng đầu mặt cổ
- Tiền căn được chẩn đoán hẹp khí quản do các bệnh lý khác
- Cường giáp hoặc suy giáp chưa điều trị nội khoa ổn định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu mô tả loạt ca.

2.2.2. Cỡ mẫu: 102 trường hợp.

2.2.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 11/2014 đến 1/2017.

2.2.4. Xử lý số liệu: Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 dùng cho Mac.

2.3. Tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Quy trình ban đầu tại bệnh viện.

Bệnh nhân được nhập viện khoa ngoại lồng Ngực – Mạch máu Bệnh viện Nhân dân Gia Định và khoa Ngoại 6 Bệnh viện Ung bướu Tp Hồ Chí Minh với chẩn đoán là bướu giáp chèn ép khí quản, được các bác sĩ của khoa thăm khám về lâm sàng, siêu âm tuyến giáp, chọc sinh thiết bằng kim nhỏ (FNA), chụp phim cắt lớp điện toán cổ ngực có tiêm thuốc cản quang và làm thêm các xét nghiệm cận lâm sàng khác trước mổ như: huyết đồ, đông máu toàn bộ, đường huyết, chức năng gan, chức năng thận, điện giải đồ, chức năng tuyến giáp, tổng phân tích nước tiểu, X-Quang ngực thẳng, đo điện tim, đo chức năng hô hấp. Bệnh nhân được chỉ định làm thêm các xét nghiệm cận lâm sàng khác như nội soi khí quản, nội soi thực quản nếu như có các triệu chứng nghi ngờ.

Bước 2: Mời bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Sau khi các bệnh nhân được chẩn đoán bướu giáp chèn ép khí quản đã được hội chẩn khoa quyết định phương pháp điều trị, các bệnh nhân này được mời vào tham gia nghiên cứu. Lúc này bệnh nhân đọc bản đồng thuận tham gia nghiên cứu, hiểu, tự quyết định. Tác giả nghiên cứu giải thích rõ mục đích và phương pháp tiến hành nghiên cứu cũng như giải thích các thắc mắc của bệnh nhân về nghiên cứu (phụ lục: Đồng thuận tham gia nghiên cứu).

Nếu đồng ý tham gia bệnh nhân sẽ ký vào bản đồng thuận, các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được tiếp tục điều trị, theo dõi theo phác đồ của bệnh viện, không có bất kỳ sự phân biệt đối xử nào.

Bước 3: Thu thập số liệu ban đầu

Số liệu được thu thập từ việc hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, cũng như các xét nghiệm từ hồ sơ bệnh án. Đây là lần lấy số liệu đầu tiên lúc bệnh nhân đang nằm viện, các lần lấy số liệu tiếp sau được tiến hành lúc bệnh nhân tái khám theo lịch khám sau mổ bệnh nhân bướu giáp. Mỗi hồ sơ được đánh dấu bằng một số cụ thể để dễ quản lý lúc tái khám.

Bước 4: Quản lý bệnh nhân sau mổ bướu giáp

Theo đó, các bệnh nhân này được hẹn tái khám sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng hoặc khi có bất cứ triệu chứng nào bất thường như bướu tái phát, khó thở, suy hô hấp. Mỗi lần tái khám, bệnh nhân được khám lâm sàng, chụp X-Quang ngực thẳng. BN được làm các xét nghiệm sinh hoá đánh giá chức năng tuyến giáp và chất vi chất trong máu. Nếu có nghi ngờ bướu tái phát hoặc đường thở còn hẹp nhiều sẽ cho chụp CLĐT cổ ngực có cản quang.

Các bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là u ác tính được hội chẩn với khoa Ung bướu của bệnh viện để có kế hoạch điều trị (hóa trị, xạ trị) và theo dõi tiếp. Các bệnh nhân này được loại khỏi nghiên cứu.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu.

Đây là nghiên cứu quan sát, do đó không ảnh hưởng đến sức khỏe, kết quả điều trị của bệnh nhân cũng như các vấn đề xã hội khác.

Nghiên cứu được thực hiện trên tinh thần tôn trọng tính riêng tư và đảm bảo bí mật cho bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Các thông tin của bệnh nhân chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

Đề tài đã được thông qua chấp thuận của hội đồng y đức.

Chương 3- KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 11/2014- 1/2017, chúng tôi ghi nhận được 102 trường hợp đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi: Trung bình $54,53 \pm 13,11$ tuổi, nhỏ nhất 21 tuổi, lớn nhất 85 tuổi.

3.1.2. Giới: Nữ chiếm tỉ lệ 81%, Nam chiếm 19%.

3.1.3. Thời gian bệnh

- Thời gian trung vị là 5 năm, nhỏ nhất 1 năm và lớn nhất 40 năm.
- Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện trung bình là $7,80 \pm 7,84$ tháng, ít nhất là 1 tháng, lâu nhất là 40 tháng

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.2.1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Số BN (n=102)	Tỷ lệ (%)
Khó thở tư thế	17	16,7
Nuốt vướng, nghẹn	22	21,6
Ho khan	4	3,9
Viêm phổi thường xuyên	1	1,0
Thở rít	0	

3.2.3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.3.1. Đặc điểm khí quản trên CLĐT cổ ngực

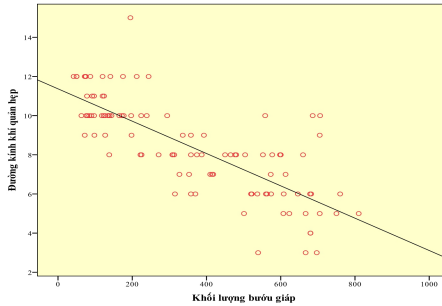
- Đường kính hẹp nhất của khí quản chủ yếu nằm trong khoảng 5-10 mm, với tỉ lệ 73,5%.
- Giá trị nhỏ nhất ghi nhận là 3 mm, lớn nhất là 15 mm, giá trị trung bình của đường kính hẹp nhất là $8,44 \pm 2,43$ mm.

3.2.3.2. Đặc điểm bướu giáp trên CLĐT

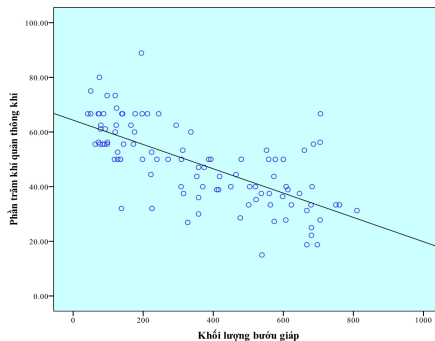
Thông trung thất		Số BN	Tỷ lệ (%)
Có	Độ I	11	10,8
	Độ II	28	27,4
	Độ III	11	10,8
Không		52	51,0
Tổng		102	100,0

* Khối lượng bướu giáp:

- Khối lượng bướu giáp trung bình là 354 gram
- Lớn nhất là 810 gram
- Nhỏ nhất là 40 gram.



Có mối tương quan nghịch giữa đường kính khí quản hẹp và khối lượng bướu giáp với $r = -0,771$, $p < 0,001$.



Có mối tương quan nghịch giữa phần trăm khí quản thông khí và khối lượng bướu giáp với $r = -0,683$, $p < 0,001$

3.3. Đặc điểm phẫu thuật

- Toàn bộ BN nghiên cứu đều có đường mổ ngang cổ, không ghi nhận trường hợp nào có đường mổ ngang cổ kèm mổ xương ức.
- Đa số BN được cắt gann trọn bướu giáp với tỉ lệ 64,7%.

3.3.1 Đặc điểm hậu phẫu

Thời gian rút nội khí quản sau phẫu thuật trung bình là $2,67 \pm 13,79$ giờ, ngắn nhất là 1 giờ, dài nhất 140 giờ.

Thời gian hậu phẫu trung bình của BN được phẫu thuật cắt bướu giáp là $13,28 \pm 8,84$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 20 ngày.

Tỉ lệ biến chứng hậu phẫu (N=102)			
Biến chứng hậu phẫu		Số BN	Tỷ lệ (%)
Không		81	79,4
	Chảy máu	0	0
Có	Khàn tiếng	7	6,9
	Tê tay	13	12,7
	Mở khí quản	0	0
	Tử vong	1	1

Kết quả sớm sau phẫu thuật: Kết quả tốt của phẫu thuật là 79,3%. Kết quả trung bình 19,7% và 1 trường hợp tử vong do viêm phổi.

3.3.2. Mô tả đặc điểm BN có biến chứng muộn sụn khí quản

Có 5 BN được đánh giá có muộn sụn khí quản trong mổ.

Đánh giá KQ trong mổ	Số BN (n=102)	Tỷ lệ (%)
Còn trương lực	97	95,2
Nhuễn sụn	5	4,8
Tổng	102	100,0

* Xử trí muộn sụn khí quản

- 2 trường hợp ghi nhận có khâu treo khí quản trong phẫu thuật.
- Các trường hợp còn lại lưu ống NKQ kéo dài.

* Phân tích 5 trường hợp muộn sụn hoặc mềm khí quản cho thấy:

- 4/5 BN là nữ, thời gian mắc bệnh bướu giáp kéo dài từ 5-30 năm.
- Đường kính khí quản nhỏ nhất là 5mm.
- 2/5 BN ghi nhận có khâu treo khí quản trong phẫu thuật, cả 2 trường hợp đều rút NKQ 1 giờ sau phẫu thuật.
- 3/5 TH không có khâu treo khí quản có 2 BN cần thở máy hỗ trợ sau phẫu thuật, lâm sàng ổn định. 1 trường hợp rút NKQ thất bại phải đặt lại NKQ và có tình trạng viêm phổi kéo dài, BN tử vong.

3.4. Kết quả trung hạn của phẫu thuật: Chúng tôi theo dõi 101 bệnh nhân được 6 tháng sau phẫu thuật, trong đó có 2 bệnh nhân bị mất theo dõi không liên hệ được. Như vậy chúng tôi theo dõi tổng cộng 99 BN sau phẫu thuật.

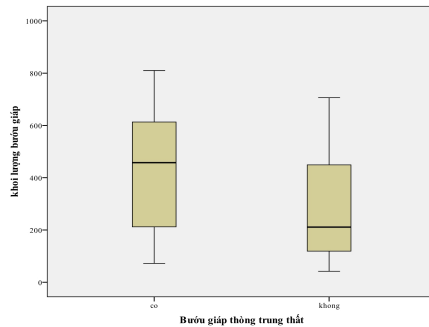
Ghi nhận tỉ lệ tốt là 81,8%, BN ổn định và không cần điều trị nội khoa. 16,3 % BN cần điều trị thuốc suy giáp sau mổ và liệt dây thanh vĩnh viễn và 1,9% BN mất theo dõi.

3.5. Tương quan giữa các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng

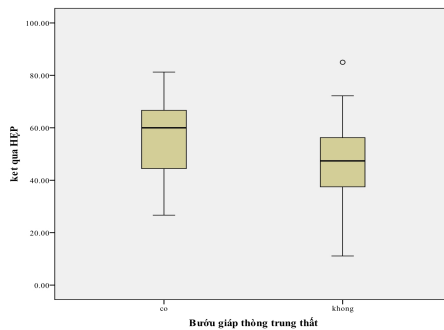
3.5.1. Tương quan giữa thông trung thất và các yếu tố

Đặc điểm	Thông trung thất		Giá trị p
	Có (n=50)	Không (n=52)	
Khối lượng bướu	457	211	<0,001*
Đường kính hẹp nhất	7,64 ± 2,42	9,21 ± 2,20	<0,001*
Mức độ hẹp khí quản	55,85 ± 14,44	47,19 ± 14,01	0,003*

* : Phép kiểm T-student , ** : phép kiểm Chi-square



Tương quan giữa thông trung thất và khối lượng bướu giáp: Khối lượng bướu giáp ở nhóm có thông trung thất lớn hơn so với nhóm không thông, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.



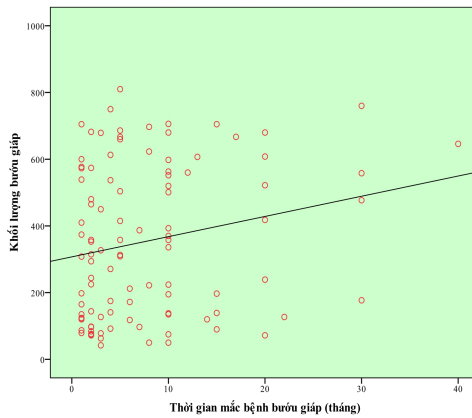
Tương quan giữa thông trung thất và mức độ hẹp khí quản: Đường kính hẹp nhất trung bình ở nhóm thông trung thất nhỏ hơn so với nhóm không thông trung thất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.5.2. Tương quan giữa nhuyễn sụn khí quản và các yếu tố

Đặc điểm	Nhuyễn sụn khí quản		Giá trị p
	Có (n=5)	Không (n=97)	
Khối lượng bướu	667	313	0,009*
Tuổi trung bình	66,20 ± 18,64	53,93 ± 12,59	0,041*
Nhóm tuổi:			
< 60 tuổi	1 (1,4)	68 (98,6)	0,037**
≥ 60 tuổi	4 (12,1)	29 (87,9)	
Khó thở tư thế:			
Có	4 (23,5)	13 (76,5)	<0,001**
Không	1 (1,2)	84 (98,8)	

* : Phép kiểm T-student , ** : phép kiểm Chi-square

3.5.3. Tương quan giữa khối lượng bướu và thời gian mắc bệnh



Có mối tương quan thuận giữa khối lượng bướu giáp và thời gian mắc bệnh với $r = 0,209$, $p = 0,035$.

Chương 4- BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá kết quả của phẫu thuật bướu giáp chèn ép khí quản

4.1.1. Kết quả sớm:

Trong nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân không có biến chứng hậu phẫu, BN xuất viện khoẻ mạnh chiếm tỉ lệ 79,4%. Tỉ lệ BN có các biến chứng hậu phẫu chiếm 19,6% và có 1 BN tử vong hậu phẫu chiếm 1%. Biến chứng thường gặp nhất là hạ canxi máu tê tay chiếm tỉ lệ 12,7%. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào cần phẫu thuật lại.

Theo tiêu chuẩn trong nghiên cứu chúng tôi, Số BN đạt được kết quả tốt là chiếm tỉ lệ 79,4%, kết quả trung bình là 19,6% và tử vong là 1%.

Qua phân tích so sánh, chúng tôi nhận thấy kết quả phẫu thuật của nghiên cứu là khả quan, các biến chứng như hạ canxi máu tạm thời hoặc khàn giọng là trong mức chấp nhận được, không ghi nhận TH nào chảy máu sau mổ. Cần lưu ý biến chứng viêm phổi sau mổ trên BN bướu giáp chèn ép khí quản, có thể nguyên nhân do khí quản hẹp hơn bình thường, sau đặt NKQ BN sẽ tăng tiết đàm nhớt nhưng không ho khạc ra được dẫn đến tình trạng dễ viêm phổi.

****Biến chứng khàn tiếng sau mổ***

Liệt thần kinh quặt ngược thanh quản thoáng qua xuất hiện trong khoảng 2% - 9% bệnh nhân phẫu thuật bướu giáp có chèn ép đường thở. Trong khi đó tổn thương thần kinh vĩnh viễn xảy ra với tỉ lệ thấp hơn nhiều: 0 đến 0,03%. Các bệnh nhân bị liệt thần kinh quặt ngược thanh quản hai bên dẫn đến liệt dây thanh hai bên và cần phải mở khí quản để có thể hô hấp hiệu quả.

Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ khàn tiếng sớm sau mổ chiếm 6,9%. Vấn đề khàn tiếng sau mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố như sự phù nề của thanh quản, yếu/liệt dây thanh tạm thời do đặt NKQ, phù nề dây thanh do quá trình gây mê, việc đánh giá có tổn thương thật sự dây thần kinh quặt ngược cần được thực hiện ít nhất 1 tháng sau phẫu thuật bằng nội soi thanh khí quản đánh giá hoạt động dây thanh.

****Biến chứng tê tay do hạ canxi máu***

Biến chứng hạ canxi máu sau phẫu thuật là do tổn thương các tuyến cận giáp trong quá trình phẫu thuật cắt bướu giáp. Biến chứng hạ canxi máu biểu hiện nhiều mức độ khác nhau như: hạ canxi máu không triệu chứng, tê tay, cơn tetani. Trong phẫu thuật bướu giáp chèn ép khí quản, bướu giáp lớn gây biến dạng vùng cổ và đẩy lệch các cấu trúc giải phẫu thông thường vì thế nên việc kiểm soát và bảo vệ các tuyến cận giáp trong quá trình phẫu thuật là một điều khó khăn.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận biến chứng tê tay là thường gặp nhất chiếm 12,7%. so sánh với các tác giả khác biến chứng hạ canxi máu trong nghiên cứu chúng tôi thường gặp hơn. Điều này có thể do mức độ bướu của chúng tôi lớn hơn các tác giả khác nên sự biến đổi cấu trúc giải phẫu nhiều hơn và khó bảo tồn tuyến cận giáp hơn. Tuy nhiên, biến chứng hạ canxi máu này chỉ thoáng qua, BN có thể bổ xung canxi bằng đường uống hoặc tiêm truyền trong vài ngày đầu sau mổ để dự phòng biến chứng này.

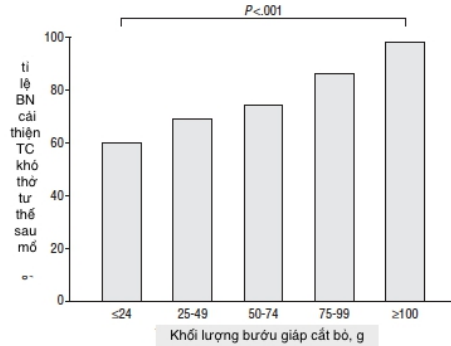
4.1.2 Đánh giá kết quả trung hạn

Chúng tôi theo dõi 101 bệnh nhân được 6 tháng sau phẫu thuật, trong đó có 2 bệnh nhân bị mất theo dõi không liên hệ được. Như vậy chúng tôi theo dõi tổng cộng 99 BN sau phẫu thuật. Tỷ lệ BN có khó thở thay đổi theo tư thế chiếm tỷ lệ 7,1%, khàn tiếng chiếm 3,0%, nuốt nghẹn chiếm 4,0%. Tỷ lệ BN suy giáp sau 6 tháng theo dõi là 12/99 BN, chiếm 12,3%. Theo tiêu chuẩn của nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tốt là 81,8%, BN ổn định và không cần điều trị nội khoa. 16,3% BN cần điều trị thuốc suy giáp sau mổ và liệt dây thanh vĩnh viễn và 1,9% BN mất theo dõi.

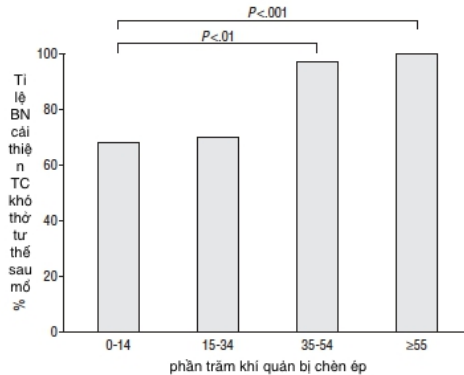
****Triệu chứng khó thở tư thế***

Sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận còn 7 BN có triệu chứng khó thở tư thế chiếm 7,1%, so với 17 TH có triệu chứng khó thở trước mổ thì có 58,8% BN cải thiện triệu chứng khó thở tư thế.

Tác giả Micheal T Stang nghiên cứu triệu chứng khó thở tư thế trên 192 BN có bướu giáp. Sau phẫu thuật cắt tuyến giáp, tác giả nhận thấy rằng sự cải thiện của triệu chứng khó thở tư thế của bệnh nhân liên quan tới khối lượng bướu giáp cắt đi 29-49g, 50-74g, 75-100g lần lượt là 69,4%, 73,7% và 85,7%. Tác giả còn nhận thấy rằng khi phẫu thuật cắt bỏ trên 100g tuyến giáp thì cải thiện được 97,9% triệu chứng khó thở tư thế (Biểu đồ 4.1). Đối với bướu giáp thông, triệu chứng khó thở tư thế cải thiện 82,8%. Tác giả còn cho thấy triệu chứng khó thở sẽ cải thiện theo mức độ chèn ép khí quản của BN (Biểu đồ 4.2) và điểm cắt của nghiên cứu là mức độ chèn ép khí quản từ > 35% trở lên. Điều này có nghĩa là khi khí quản hẹp < 75% thì triệu chứng khó thở tư thế sẽ được cải thiện nhiều hơn sau phẫu thuật so với nhóm hẹp khí quản từ 75-90% với $p < 0,01$.



Biểu đồ 4.1: Tương quan giữa khối lượng bướu giáp cắt bỏ và tỉ lệ BN cải thiện TC khó thở tư thể sau mổ



Biểu đồ 4.3: Tương quan giữa phần trăm khí quản bị chèn ép và tỉ lệ BN cải thiện TC khó thở tư thể sau mổ

****Tổn thương TK quặt ngược***

Sau thời gian 6 tháng theo dõi, chúng tôi ghi nhận biến chứng tổn thương dây TK quặt ngược vĩnh viễn là 3%. Tác giả Iyomasa ghi nhận triệu chứng khàn tiếng trên 151 BN sau phẫu thuật bướu giáp là 27,8% sau 1 tháng phẫu thuật và giảm xuống còn 7,2% sau 6 tháng theo dõi. Tác giả nội soi thanh khí quản kiểm tra 144 BN cho thấy liệt dây thanh ở thời điểm 1 tháng là 23,6% và tại thời điểm 6 tháng sau mổ là 6,6%. Tác giả Delgado-Vargas báo cáo 218 BN sau phẫu thuật bướu giáp cho thấy có 8,7% BN thay đổi giọng nói và 4,5% BN bị liệt dây thanh qua nội soi thanh khí quản tại thời điểm tái khám 1 tháng sau mổ. Ở 10 BN liệt dây thanh, 4 BN phục hồi giọng nói sau 4 tháng và 2 BN vẫn còn

khàn giọng sau 6 tháng theo dõi chiếm tỉ lệ 0,9%. Qua đó, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ khàn tiếng do tổn thương dây TK quặt ngược trong nghiên cứu ở mức không cao. Trên thực tế, khi phẫu thuật các bướu giáp chèn ép khí quản, bướu giáp to đẩy lệch khí quản khỏi đường giữa nên kéo theo sự thay đổi cấu trúc đường đi của TK quặt ngược, vì vậy sẽ dễ làm tổn thương TK quặt ngược hơn so với phẫu thuật bướu giáp thông thường. Ngoài ra, khi phẫu thuật bướu giáp thông, động tác moi hoặc kéo phân bướu giáp thông dưới trung thất cũng dễ làm tổn thương TK quặt ngược thanh quản.

****Suy giáp vĩnh viễn sau mổ***

Bệnh nhân sau khi phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp lành tính có thể sử dụng liều thuốc Levothyroxine khoảng 1,6 mcg/kg/ngày để điều trị thay thế tuyến giáp. Các bệnh nhân > 60 tuổi có thể bắt đầu với liều thấp hơn 10 – 15%. Nồng độ TSH sẽ được thử khoảng 6 tuần sau khi bắt đầu liệu pháp thay thế, nếu liệu pháp hiệu quả, nồng độ TSH sẽ trong giới hạn bình thường.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ suy giáp tại thời điểm 6 tháng sau mổ là 12,3% bằng xét nghiệm hormone giáp và TSH. Tác giả Đặng Thanh phẫu thuật cho 165 BN bướu giáp đa nhân lành tính, trong đó có 40,4% TH bướu giáp chèn ép khí quản và 85,5% BN bướu giáp độ III trở lên cho thấy tại thời điểm tái khám xa, với lượng mô giáp chứa lại trung bình là 15gram, có 3,7-4,7% BN suy giáp vĩnh viễn cần điều trị nội khoa hỗ trợ. Tác giả còn cho thấy sự tương quan giữa tình trạng suy giáp sau mổ với chức năng tuyến giáp trước mổ: Nếu trước mổ là bình giáp thì tỉ lệ suy giáp là sau mổ là 3,9%. Nếu trước mổ là cường giáp dưới lâm sàng thì tỉ lệ nhược giáp sau mổ là 3,2% và nếu trước mổ là nhược giáp hạ lâm sàng thì tỉ lệ nhược giáp sau mổ là 50%.

4.2. Nhuyễn sụn khí quản do bướu giáp lành tính chèn ép khí quản

4.2.1. Chẩn đoán nhuyễn sụn khí quản

Nhuyễn sụn khí quản do bướu giáp chèn ép khí quản lâu ngày là một vấn đề được quan tâm nhiều nhất của các phẫu thuật viên. Bướu giáp chèn ép lên bề mặt khí quản làm tăng áp lực lên bề mặt khí quản lâu dần sẽ làm thiếu dưỡng và mềm dần sụn khí quản. Từ đó làm cho khí quản mất trương lực, khí quản sẽ xẹp lại sau mổ gây suy hô hấp sau mổ. Việc chẩn đoán nhuyễn sụn khí quản thường không chẩn đoán được trước mổ mà chẩn đoán ngay trong lúc mổ khi thấy các dấu hiệu :

- Sau khi cắt tuyến giáp, vùng khí quản sau tuyến giáp mềm khi sờ. Tuy vậy, do có sự hiện diện của ống nội khí quản nên cũng khó

đánh giá chính xác mức độ mềm bất thường của khí quản. Có thể nhờ bác sĩ gây mê rút bớt ống nội khí quản để có thể cảm nhận được mật độ khí quản chính xác hơn.

- Khó hút đàm sau khi đã rút một phần ống nội khí quản ra ngoài.
- Sau khi đóng da, có thể nghi ngờ mềm sụn khí quản khi:
 - Không có dấu hiệu xì khí đường thở khi xả bóng của ống NKQ.
 - Xuất hiện tiếng thở rít kèm theo giảm nồng độ Oxy máu

4.2.2. Đặc điểm của nhuyễn sụn khí quản do bướu giáp chèn ép khí quản

Nhuuyễn sụn khí quản thường được chẩn đoán trong lúc mổ khi thấy sụn khí quản mềm và mất trương lực.

Chúng tôi tiến hành phân tích các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của BN nhuyễn sụn khí quản và so sánh với các tác giả khác nhằm tìm ra các yếu tố trước mổ nghi ngờ có nhuyễn sụn khí quản. Qua so sánh, chúng tôi thấy rằng nhuyễn sụn khí quản thường gặp ở BN:

- Tuổi lớn hơn 60 tuổi ($p=0,037$)
- Khối lượng bướu giáp lớn ($p=0,009$)
- Khó thở tư thế ($p < 0,001$).

4.2.3. Xử trí nhuyễn sụn khí quản

Theo các báo cáo tỉ lệ nhuyễn sụn khí quản sau phẫu thuật bướu giáp tương đối thấp từ 2%-10%. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nhuyễn sụn khí quản là 5/102 TH BN chiếm 4,8%. Tất cả các trường hợp nhuyễn sụn khí quản chúng tôi đều chẩn đoán trong lúc phẫu thuật khi thấy mềm phần sụn khí quản chèn ép. Xử trí trong mổ có 2 TH khâu treo khí quản và rút nội khí quản trong 1 giờ sau mổ. 2 TH chúng tôi lưu nội khí quản 6 -12 giờ mới rút NKQ và BN ổn định. 1 TH rút nội khí quản thấy BN khó khè và suy hô hấp, chúng tôi phải đặt lại NKQ, BN bị viêm phổi và tử vong.

Tác giả Mahmud Basoglu phẫu thuật 13 TH bướu giáp chèn ép khí quản cho thấy có 3/13 TH được chẩn đoán nhuyễn sụn khí quản. 2 TH được chẩn đoán nhuyễn sụn khí quản trong mổ và mở khí quản chủ động sau mổ cắt bướu giáp, 2 BN này được xuất viện và đóng chỗ mở khí quản sau 1 tháng. 1 TH được chẩn đoán trong giai đoạn hậu phẫu khi rút nội khí quản thất bại, BN phải đặt lại nội khí quản và thở máy dài ngày, BN được mở khí quản ngày hậu phẫu thứ 5 và tử vong do viêm phổi.

Tác giả Abdel Rahim báo cáo 103 BN được phẫu thuật bướu giáp cho thấy tỉ lệ nhuyễn sụn khí quản là 6/103 TH (chiếm 6%). Tác giả cho thấy tất cả 6 TH đều được chẩn đoán trong mổ. Tác giả ghi nhận có 2

TH thấy hình ảnh khí quản xẹp sau phẫu thuật cắt bướu giáp và 4 TH ghi nhận có hiện tượng mềm khí quản sau cắt toàn bộ tuyến giáp. Báo cáo cho thấy có 5/6 TH mở khí quản chủ động sau mổ và 1 TH lưu nội khí quản 24 giờ sau mổ, BN này sau rút nội khí quản có khó khè ít và ổn định dần.

Tác giả Elbashier nghiên cứu chỉ định mở khí quản trên 964 BN phẫu thuật bướu giáp cho thấy tỉ lệ mở khí quản sau phẫu thuật bướu giáp là 6%. Trong đó, mở khí quản do nhuyễn sụn khí quản là 27% và chiếm 1,7% trong tổng số toàn bộ BN. Tất cả các TH nhuyễn sụn khí quản đều được chẩn đoán trong lúc mổ khi thấy khí quản mất trương lực và mở khí quản chủ động sau mổ.

Tác giả Agarwal báo cáo 900 BN phẫu thuật bướu giáp ghi nhận có 28 BN (chiếm 1,9%) có nhuyễn sụn khí quản sau mổ. Tác giả cho thấy có 20/28 BN được chẩn đoán nhuyễn sụn khí quản trong mổ do thấy mềm sụn khí quản hoặc khó khè khi rút nội khí quản qua chỗ hẹp; và 8/28 BN được chẩn đoán nhuyễn sụn khí quản sau mổ do rút nội khí quản thất bại. Về điều trị nhuyễn sụn khí quản, 26/28 BN được mở khí quản và 2/28 BN được lưu nội khí quản trong thời gian dài 48 giờ sau mổ. Trong 26 BN mở khí quản, có 23 TH được rút mở khí quản thành công tại ngày hậu phẫu $8,5 \pm 5,6$ ngày, 2 BN được xuất viện với nội khí quản và quay lại rút nội khí quản sau 1 tháng, 1 BN tử vong ngày hậu phẫu thứ 4 do suy đa cơ quan.

Tác giả Binu Sajid báo cáo có 3/50 BN bướu giáp chèn ép khí quản có tình trạng nhuyễn sụn khí quản sau mổ. Cả 5 TH đều được chẩn đoán trong lúc mổ khi thấy sụn khí quản mềm. 3 TH đều được lưu nội khí quản sau mổ từ 6 giờ đến 48 giờ, trong đó có 1 TH rút nội khí quản thất bại sau 3 ngày lưu NKQ và phải mở khí quản.

Qua phân tích các nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng đa phần nhuyễn sụn khí quản được chẩn đoán trong lúc phẫu thuật khi thấy sụn khí quản mềm và mất trương lực, cấu trúc bị thay đổi. Hướng xử trí thường gặp nhất là mở khí quản và lưu nội khí quản lâu sau mổ. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy việc khâu treo khí quản sau mổ cũng có hiệu quả tốt trong điều trị nhuyễn sụn khí quản.

Các trường hợp chẩn đoán nhuyễn sụn khí quản ở giai đoạn hậu phẫu khi rút ống nội khí quản, BN khó khè nặng hoặc suy hô hấp thường làm nặng hơn tình trạng của BN và có thể dẫn đến tử vong. Do đó, chúng ta nên tiên đoán trước khả năng có nhuyễn sụn khí quản để xử trí sớm sẽ an toàn hơn cho BN tại thời điểm hậu phẫu.

4.3. Các yếu tố chèn ép khí quản trong bướu giáp lành tính

Các yếu tố thuận lợi của bướu giáp lành tính gây chèn ép khí quản bao gồm:

- Khối lượng của bướu
- Thời gian tồn tại bướu
- Hình thái bướu giáp
- Vị trí bướu: thông trung thất hay chỉ ở cổ
- Tốc độ lớn của bướu

4.3.1. Yếu tố khối lượng của bướu giáp

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa khối lượng bướu giáp và kích thước của khí quản. Chúng tôi dùng thống kê toán học chứng minh có mối tương quan nghịch giữa đường kính khí quản hẹp và khối lượng bướu giáp với $r = -0,771$, $p < 0,001$ và mối tương quan nghịch giữa phần trăm khí quản thông khí và khối lượng bướu giáp với $r = -0,683$, $p < 0,001$. Điều này có nghĩa là khi khối lượng bướu giáp càng lớn thì đường kính khí quản càng nhỏ và khí quản càng bị chèn ép.

Findlay và cs báo cáo 62 BN bướu giáp chèn ép khí quản $< 15\text{mm}$ được xác định bằng chụp CLĐT cho thấy khối lượng tuyến giáp trung bình là 185,9g. Không có sự khác biệt về khối lượng bướu giáp giữa 2 nhóm chèn ép khí quản $< 5\text{mm}$ và $> 5\text{mm}$ (170,8g và 192g).

Sorensen và cs báo cáo 65 BN cho thấy khối lượng tuyến giáp trung bình được phẫu thuật lấy ra là 43g và cao nhất là 607g. Tác giả nghiên cứu sự thay đổi của đường kính thông khí bị thu hẹp của khí quản trước và sau khi phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp. Đường kính thông khí bị thu hẹp của khí quản được tính bằng tỉ số đường kính cắt ngang khí quản đoạn hẹp nhất và đường kính khí quản cắt ngang khí quản cách carina 2 cm. Tác giả nhận thấy có sự tương quan giữa khối lượng bướu giáp được phẫu thuật cắt bỏ với đường kính thông khí bị thu hẹp của khí quản, khối lượng bướu giáp cắt bỏ càng nhiều sẽ làm tăng đường kính thông khí sau mổ từ đó làm tăng các chức năng hô hấp đặc biệt là FEF50%, cứ 10% thể tích bướu giáp cắt đi sẽ tăng phần trăm thông khí 1,5%. Tác giả còn cho thấy sự liên quan giữa kích thước bướu giáp và chèn ép khí quản: mỗi khi kích thước bướu giáp tăng 10% thì diện tích thông khí sẽ giảm 3-5mm² và khí quản bị đẩy lệch 0,4mm ra khỏi đường giữa.

Tác giả Micheal T. Stang và cs nghiên cứu những BN bướu giáp lớn có triệu chứng khó thở khi nằm cho thấy có 74% BN có tình trạng chèn ép khí quản. Tác giả nhận thấy khi phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp với

những tuyến giáp có khối lượng > 100g thì triệu chứng khó thở cải thiện hơn và BN có khí quản chèn ép > 35% đường kính thì sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp, triệu chứng khó thở khi nằm cải thiện có ý nghĩa thống kê.

Như vậy, khối lượng bướu giáp là một yếu tố nguy cơ thuận với chèn ép khí quản trong bệnh lý bướu giáp lành tính.

4.3.2. Thời gian mắc bệnh bướu giáp

Bướu giáp lành tính sẽ có tình trạng lớn lên và dẫn đến chèn ép khí quản, các báo cáo cho thấy 76,6% BN có bướu giáp đa nhân lành tính sẽ phát triển và biểu hiện thành hội chứng chèn ép các cơ quan xung quanh. Một báo cáo của Cosimo Durante nghiên cứu sự phát triển bướu giáp trên 992 BN cho thấy có 15,4% BN bướu phát triển sau thời gian theo dõi 5 năm và kích thước phát triển trung bình là 18,1mm cho một nhân giáp theo dõi. Khoảng 0,6 – 1,3% BN có bướu giáp chèn ép khí quản nhập viện trong bệnh cảnh khó thở cần can thiệp cấp cứu.

Trong nghiên cứu, chúng tôi đã chứng minh có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian mắc bệnh và khối lượng bướu giáp. Ghi nhận có mối tương quan thuận giữa khối lượng bướu giáp và thời gian mắc bệnh với $r = 0,209$, $p = 0,035$. Điều này cho thấy thời gian mắc bệnh càng lâu thì bướu giáp càng lớn và khả năng chèn ép khí quản càng nhiều.

Binu Sajid và cs nghiên cứu 50 BN có bướu giáp chèn ép khí quản < 15mm cho thấy thời gian mắc bệnh bướu giáp trung bình là 10,81 năm và thời gian mắc bệnh lâu nhất là 30 năm.

Như vậy, yếu tố thời gian mắc bệnh càng lâu thì nguy cơ chèn ép khí quản của bướu sẽ càng tăng.

4.3.3. Yếu tố hình thái nhân giáp

Tác giả	Số BN	Bướu giáp nhân lành tính	Bướu giáp ác tính	Bướu giáp lan toả, viêm giáp
Binu Sajid và cs, 2017	65 BN	90%	10%	0%
Sorensen và cs, 2017	65 BN	100%	0%	0%
Mahmud và cs, 2009	13 BN	100%	0%	0%
Findlay và cs, 2011	62 BN	80,1%	16,7%	3,2%

Các NC cho thấy BG nhân thường là nguyên nhân gây chèn ép KQ hơn các hình thái khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% là BG nhân, phù hợp với các tác giả khác.

Như vậy, bướu giáp nhân chính là yếu tố tương quan thuận với chèn ép KQ.

4.3.4. Yếu tố vị trí bướu giáp

Ở vùng cổ, khi bướu giáp to dần ra sẽ có khuynh hướng to dần ra 2 bên do bọc bên ngoài là các cơ vùng cổ có khả năng co giãn tốt. Vì vậy, các trường hợp bướu giáp vùng cổ cần khi to ra với mức độ nhiều mới gây chèn ép khí quản. Hầu hết các báo cáo đều cho thấy bướu giáp chèn ép khí quản vùng cổ là bướu giáp lớn, lâm sàng khám thấy bướu giáp độ III, làm biến dạng vùng cổ.

Một vị trí cần quan tâm của bướu giáp thường gây chèn ép khí quản là bướu giáp thông trung thất. Trong quá trình lớn dần lên của bướu giáp, theo trọng lực, bướu giáp thông vào trong trung thất. Trung thất là một khoang hẹp, bị giới hạn bởi các cấu trúc cố định và các mạc của trung thất. Chính vì vậy, khi bướu giáp thông vào trung thất sẽ dễ gây tình trạng chèn ép khí quản hơn so với vùng cổ.

Nghiên cứu chúng tôi phân tích cho thấy bướu giáp thông trung thất có khối lượng bướu giáp nặng hơn ($p < 0,001$), đường kính khí quản hẹp hơn ($p < 0,001$), và mức độ khí quản hẹp nhiều hơn ($p = 0,003$).

Sorensen cho thấy có 22% bướu giáp chèn ép khí quản có thông vào trung thất.

Bùi Viết Hoàng báo cáo 55 TH bướu giáp thông trung thất cho thấy có 61,8% bướu giáp chèn ép khí quản trên chụp CLĐT.

Micheal T. Stang cho thấy 76% bệnh nhân có triệu chứng khó thở khi nằm là bướu giáp thông trung thất. Trong đó, 92% BN bướu giáp thông trung thất có chèn ép khí quản.

Như vậy, vị trí bướu giáp thông vào trung thất là một yếu tố nguy cơ tương quan thuận với chèn ép khí quản.

4.3.5. Yếu tố tốc độ lớn của bướu giáp

Thông thường bướu giáp nhân lành tính có thời gian lớn lên chậm, triệu chứng chèn ép chỉ xuất hiện khi BN có bướu giáp trong thời gian dài. Tuy nhiên, trong những trường hợp bướu giáp nang xuất huyết, thể tích tuyến giáp được gia tăng nhanh chóng gây chèn ép khí quản khiến BN cảm thấy khó thở hoặc cảm thấy nghẹn vùng cổ. Biểu chứng chảy máu có thể là trong nhân giáp hoặc chảy ra ngoài bướu giáp khiến vùng cổ gia tăng kích thước nhanh chóng gây tình trạng chèn ép khí quản, đôi khi BN nhập viện trong trường hợp suy hô hấp cấp cần xử lý cấp cứu.

KẾT LUẬN

Qua thời gian nghiên cứu từ 11/2014 đến 1/2017 có tổng cộng 102 BN bướu giáp chèn ép khí quản được phẫu thuật tại khoa Ngoại lồng Ngực – Mạch máu Bệnh viện Nhân dân Gia Định và Khoa Ngoại 6 Bệnh viện Ung bướu Tp Hồ Chí Minh. Chúng tôi có các kết luận sau:

1. Kết quả phẫu thuật trung hạn của phẫu thuật cắt bướu giáp ở bệnh nhân có bướu giáp lành tính chèn ép khí quản

- Kết quả sau mổ 30 ngày:
 - Kết quả tốt của phẫu thuật là 79,4%.
 - Kết quả trung bình 19,6%.
 - Biến chứng phẫu thuật là 19,6%, thường gặp nhất là tê tay do hạ canxi máu (12,7%) và một trường hợp tử vong (1%).
- Kết quả trung hạn:
 - Kết quả Tốt là 81,8%.
 - Kết quả trung bình là 16,3 %.
 - Mất theo dõi 1,9% .
 - Tỷ lệ suy giáp cần điều trị thuốc là 12,3%.
 - Tỷ lệ liệt dây TK quặt ngược thanh quản là 3%

2. Nhuyễn sụn khí quản ở BN bướu giáp lành tính chèn ép khí quản

- Tỷ lệ nhuyễn sụn khí quản ở BN bướu giáp lành tính chèn ép khí quản trong nhóm nghiên cứu là 4,8%
- Tất cả các trường hợp đều chẩn đoán trong mổ có tình trạng mềm và mất trương lực sụn khí quản bị chèn ép
- Xử trí nhuyễn sụn khí quản là khâu treo khí quản và lưu ống NKQ kéo dài sau mổ. Không trường hợp nào mở khí quản.
- Các yếu tố tiên lượng nhuyễn sụn khí quản trên BN bướu giáp lành tính có chèn ép khí quản là: tuổi lớn hơn 60 tuổi ($p=0,037$), khối lượng bướu giáp lớn ($p=0,009$) và lâm sàng có triệu chứng khó thở tư thế ($p<0,001$)

3. Mối tương quan giữa một số các yếu tố nguy cơ với chèn ép khí quản của bướu giáp lành tính:

- Bướu tuyến giáp càng to, nguy cơ chèn ép khí quản càng nhiều và mức độ chèn ép càng nặng
- Thời gian mắc bệnh càng lâu, nguy cơ chèn ép khí quản càng tăng
- Bướu tuyến giáp thông trung thất là yếu tố tương quan thuận với chèn ép khí quản
- Các bướu tuyến giáp nhân dễ dẫn đến chèn ép khí quản hơn dạng lan tỏa.

KIẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu chúng tôi có các kiến nghị như sau:

1. Nghiên cứu chúng tôi có cỡ mẫu chưa đủ lớn để tìm ra nhiều hơn các mối tương quan giữa lâm sàng và tình trạng nhuyễn sụn khí quản sau mổ cũng như các yếu tố nguy cơ chèn ép khí quản của bướu giáp. Vì vậy cần có thêm các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế nghiên cứu phù hợp để xác định rõ ràng hơn các mối tương quan này.

2. Một vấn đề quan trọng của phẫu thuật bướu giáp nhân lành tính có chèn ép khí quản là vấn đề gây mê hồi sức cho BN, việc đặt NKQ đôi khi rất khó khăn. Vì vậy cần phẫu thuật bệnh lý này ở các trung tâm y tế lớn có đầy đủ trang thiết bị và đội ngũ bác sĩ gây mê có kinh nghiệm.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU

1. Tiêu Chí Đức, Trần Như Hưng Việt, Trần Minh Hưng, Nguyễn Anh Dũng (2019). Kết quả điều trị ngoại khoa bướu giáp lạnh tính chèn ép khí quản. Y học TP. Hồ Chí Minh. Phụ bản tập 23(6), tr. 76-82.
2. Tiêu Chí Đức (2020). Các yếu tố nguy cơ gây chèn ép khí quản của bệnh bướu giáp lạnh tính. Tạp chí Y học thực hành (1125) số 1/ 2020. tr. 22-24.
3. Duc Chi Tieu, Hoa Quoc Hoang (2020). Tracheomalacia due to trachea compression related to benign goiter. MedPharmRes, 2020, Vol.4, No.1