

INITIAL OUTCOMES OF OPEN SURGERY FOR NODULAR SIMPLE GOITER AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Duyet Pham Van¹, Trung Pham Van^{1,2}, Duong Nguyen Van³, Tan Nguyen Van⁴

¹Department of Surgery, Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, Hai Phong, Vietnam-No. 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

²Department of Plastic and Aesthetic Surgery, Viet Tiep Friendship Hospital, Hai Phong-No. 1 Nha Thuong Street, Le Chan Ward, Hai Phong City, Vietnam

³Department of General Surgery 11, Viet Tiep Friendship Hospital, Hai Phong-No. 1 Nha Thuong Street, Le Chan Ward, Hai Phong City, Vietnam

⁴Master's class in Surgery K20, Hai Phong University of Medicine and Pharmacy-No. 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

Received: 05/11/2025

Revised: 06/01/2026; Accepted: 04/06/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe clinical and paraclinical characteristics and evaluate early outcomes of open surgery for nodular simple goiter at Viet Tiep Friendship Hospital.

Methods: A retrospective-prospective descriptive study was conducted on 46 patients diagnosed with nodular simple goiter who underwent open thyroid surgery at Viet Tiep Friendship Hospital from January 2025 to November 2025. Clinical records, ultrasound findings, and thyroid hormone tests were collected and analyzed using SPSS 26.0.

Results: Patients aged 30–49 years accounted for 93.5%; females comprised 58.7% of cases. The most common clinical manifestation was a palpable neck mass (50.0%), while 32.6% had no obvious symptoms. Main reasons for surgery were anxiety about the disease and cosmetic concerns. Grade 3 goiter accounted for 41.3%, and TIRADS 3 was the most common ultrasound category (37.0%). Goiter size was associated with compressive symptoms. No statistically significant agreement was found between the number of nodules on ultrasound and intraoperative findings. Mean operative time was 76.2 ± 12.7 minutes; mean postoperative hospital stay was 4.1 ± 1.3 days. No early postoperative complications were recorded. Good early outcome was achieved in 89.0% of patients.

Conclusions: Open surgery is a safe, feasible, and effective treatment for nodular simple goiter. It provides good lesion control, short postoperative recovery, and a high rate of favorable early outcomes.

Keywords: simple goiter, nodular goiter, open surgery, thyroid.

*Corresponding author

Email: nguyenvantan@gmail.com Phone: (+84) 392810112 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5607



KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT MỞ ĐIỀU TRỊ BƯỚU GIÁP ĐƠN THUẦN THỂ NHÂN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Phạm Văn Duyệt¹, Phạm Văn Trung^{1,2}, Nguyễn Văn Dương³, Nguyễn Văn Tân⁴

¹Bộ môn Ngoại - Phẫu thuật thực hành, Trường Đại học Y Hải Phòng-Số 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

²Khoa Phẫu Thuật tạo hình Thẩm Mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng-Số 1 Phố Nhà Thương, phường Lê Chân, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

³Khoa Ngoại 11, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng-Số 1 Phố Nhà Thương, phường Lê Chân, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

⁴Lớp CH Ngoại K20, Trường Đại học Y dược Hải Phòng-Số 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 06/01/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật mở điều trị bướu giáp đơn thuần thể nhân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 46 người bệnh được chẩn đoán bướu giáp đơn thuần thể nhân và được phẫu thuật mở tuyến giáp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 01/2025 đến tháng 11/2025.

Kết quả: Nhóm tuổi 30–49 chiếm tỷ lệ cao nhất (93,5%); nữ: 58,7%, tỷ lệ nữ/nam là 1,4/1. Triệu chứng thường gặp nhất là sờ thấy bướu vùng cổ (50,0%). Lý do vào viện chủ yếu là lo lắng bệnh tật và yếu tố thẩm mỹ. Bướu giáp độ 3: 41,3%; TIRADS 3 chiếm 37,0%. Có mối liên quan giữa độ lớn bướu giáp với tình trạng chèn ép vùng cổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là $76,2 \pm 12,7$ phút; thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $4,1 \pm 1,3$ ngày. Không ghi nhận biến chứng sớm sau mổ. Kết quả điều trị tốt đạt 89,0%.

Kết luận: Phẫu thuật mở là phương pháp điều trị an toàn, khả thi và hiệu quả đối với bướu giáp đơn thuần thể nhân. Phẫu thuật thời gian hậu phẫu ngắn và tỷ lệ kết quả sớm tốt cao.

Từ khóa: bướu giáp đơn thuần, bướu giáp thể nhân, phẫu thuật mở, tuyến giáp.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp thể nhân là hình thái hay gặp của bướu giáp đơn thuần, còn được gọi là bướu giáp lành tính, bướu không nhiễm độc, bệnh loạn dưỡng tuyến giáp dịch tể. Bệnh biểu hiện tuyến giáp to về kích thước toàn bộ hay cục bộ mà nguyên nhân không do ung thư và không có rối loạn chức năng tuyến giáp [1].

Bướu giáp đơn thuần có tỷ lệ mắc trong dân cư cao, bệnh có ý nghĩa xã hội rất lớn. Theo Tổ chức Y tế thế giới (1997), trên thế giới có khoảng 655 triệu người mắc, chiếm 12% dân số thế giới. Ở Việt Nam, theo thống kê của bệnh viện Nội tiết Trung ương, tỉ lệ mắc bướu giáp trung bình là 34.2%. Trong đó, Sơn La 53.9%, Vĩnh Phúc 42.2%, Lai Châu 55.2%, Đà Nẵng 47.3%, Đắk Lắk 42.5% [2]. Phần lớn nhân giáp là lành tính, tuy nhiên tỷ lệ ác tính cũng không thấp, có thể lên đến 14,8% [3]. Phẫu thuật mở hiện nay là phương pháp điều trị chính để loại bỏ tổn thương đặc biệt là tổn thương nghi ngờ ác tính, qua đó làm giảm triệu chứng cơ năng và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

Hiện nay các tác giả trong nước và thế giới đều thống nhất về chỉ định điều trị ngoại khoa đối với bướu giáp thể nhân. Nghiên cứu của các tác giả khi phẫu thuật điều trị bướu giáp nhân cho thấy kết quả tương đối tốt, Trần Văn Sơn (2015) cho thấy sự hiệu quả và an toàn của phẫu thuật mở điều trị bướu giáp nhân ở người cao tuổi [4]. Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật mở điều trị bướu giáp đơn thuần thể nhân tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng, trong thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 11/2025.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenvantan@gmail.com Điện thoại: (+84) 392810112 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5607

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 46 người bệnh được chẩn đoán bướu giáp đơn thuần thể nhân và được điều trị bằng phẫu thuật mở tuyến giáp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán bướu giáp đơn thuần thể nhân, được chỉ định phẫu thuật mở tuyến giáp; có giải phẫu bệnh sau mổ là lành tính, có hồ sơ bệnh án đầy đủ; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh mắc Basedow, viêm tuyến giáp, bướu giáp lạc chỗ, ung thư tuyến giáp; đã từng phẫu thuật tuyến giáp hoặc xạ trị vùng cổ; phụ nữ có thai; hoặc có nguy cơ gây mê phẫu thuật ASA từ độ IV trở lên.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, gồm toàn bộ 46 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian khảo sát.

2.5. Biến số/chỉ số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu gồm: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, triệu chứng lâm sàng, lý do vào viện, độ lớn bướu giáp, phân độ TIRADS trên siêu âm, đặc điểm hormon tuyến giáp trước và sau mổ, mối liên quan giữa độ lớn bướu với triệu chứng chèn ép, sự phù hợp giữa số lượng nhân trên siêu âm và trong mổ, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện sau mổ, biến chứng sau mổ và kết quả điều trị sớm.

Đánh giá kết quả điều trị [5]

+ Tốt: Không xảy ra tai biến trong phẫu thuật và thời gian tái khám

+ Trung bình: Có tai biến, nhưng được xử trí tốt, không ảnh hưởng nặng đến cuộc sống sinh hoạt của bệnh nhân

+ Xấu: Di chứng nặng nề như liệt thần kinh thanh quản quặt ngược, tổn thương tuyến cận giáp không hồi phục, ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày và sinh hoạt của bệnh nhân

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, phiếu theo dõi phẫu thuật, kết quả siêu âm tuyến giáp và xét nghiệm hormon tuyến giáp. Đối với các trường hợp hồi cứu, thông tin được khai thác từ bệnh án lưu trữ; đối với các trường hợp tiến cứu, số liệu được ghi nhận theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Các dữ liệu sau thu thập được mã hóa và nhập vào bộ câu hỏi định sẵn để bảo đảm tính đồng nhất. Nội dung mục này được xây dựng theo đúng khung 8 mục của bài nghiên cứu gốc mà mẫu tạp chí yêu cầu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được biểu diễn bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, kèm giá trị nhỏ nhất và lớn nhất khi cần. Một số mối liên quan được đánh giá bằng p-value, OR và hệ số tương quan theo dữ liệu gốc của nghiên cứu.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên hồ sơ bệnh án và dữ liệu lâm sàng của người bệnh tại cơ sở điều trị. Toàn bộ thông tin cá nhân được bảo mật, chỉ sử dụng phục vụ mục đích nghiên cứu. Các trường hợp tiến cứu được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu không làm thay đổi chỉ định điều trị hoặc quy trình chăm sóc người bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 46)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi 20–29	0	0,0
Nhóm tuổi 30–39	26	56,5
Nhóm tuổi 40–49	17	37,0
Nhóm tuổi 50–59	2	4,3
Nhóm tuổi 60–69	1	2,2
Tuổi trung bình $\pm$ SD	41,3 $\pm$ 6,9	
Nam	19	41,3
Nữ	27	58,7
Thời gian mắc bệnh 1–5 năm	33	71,7
Thời gian mắc bệnh 5–10 năm	12	26,1
Thời gian mắc bệnh >10 năm	1	2,2

Nhận xét: Nhóm tuổi 30–49 chiếm ưu thế tuyệt đối, cho thấy bệnh gặp chủ yếu ở lứa tuổi lao động. Nữ gặp nhiều hơn nam, phù hợp đặc điểm dịch tễ bệnh lý tuyến giáp. Phần lớn người bệnh được phẫu thuật trong 1–5 năm đầu kể từ khi phát hiện bệnh.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và lý do vào viện phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sờ thấy bướu vùng cổ	23	50,0
Không có triệu chứng	15	32,6
Nuốt nghẹn	4	8,7
Khàn tiếng	4	8,7
Mật độ mềm	32	69,6
Mật độ chắc	14	30,4
Bề mặt nhẵn	43	93,5
Bề mặt lồi nhô	3	6,5
Di động tốt	44	95,7
Di động kém	2	4,3
Lo lắng bệnh tật	38	82,6
Thẩm mỹ	25	54,3
Chèn ép gây khó thở/nuốt khó	8	17,4

Nhận xét: Biểu hiện lâm sàng nhìn chung nghèo nàn, chủ yếu là sờ thấy khối vùng cổ hoặc phát hiện tình cờ. Lo lắng bệnh tật và yếu tố thẩm mỹ là động cơ vào viện nổi bật hơn triệu chứng chèn ép thực thể.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng trước mổ

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bướu giáp độ 2	16	34,8
Bướu giáp độ 3	19	41,3
Bướu giáp độ 4	11	23,9
TIRADS 2	14	30,4
TIRADS 3	17	37,0
TIRADS 4	13	28,3
TIRADS 5	2	4,3

Nhận xét: Bướu giáp độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất. Trên siêu âm, TIRADS 2–3 chiếm đa số, gợi ý phần lớn tổn thương có đặc điểm lành tính hoặc nguy cơ thấp–trung bình; tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ nhỏ TIRADS 5 cần được lưu ý trong chỉ định phẫu thuật và đối chiếu giải phẫu bệnh.

Bảng 4. Chức năng tuyến giáp và một số mối liên quan

Nội dung	Kết quả chính
Hormon tuyến giáp trước mổ	Chủ yếu trong giới hạn bình thường
Hormon tuyến giáp sau mổ	Chủ yếu trong giới hạn bình thường
Liên quan giữa độ lớn bướu và triệu chứng chèn ép	Có mối liên quan, bướu càng lớn càng dễ gây chèn ép

Nhận xét: Đa số người bệnh ở trạng thái bình giáp trước và sau mổ, phù hợp với chẩn đoán bướu giáp đơn thuần thể nhân. Kích thước bướu có giá trị tiên lượng lâm sàng đối với tình trạng chèn ép, trong khi số lượng nhân trên siêu âm không phản ánh hoàn toàn số lượng nhân thực tế ghi nhận trong mổ.

Về phương pháp phẫu thuật, cắt bán phần hai thùy là kỹ thuật được áp dụng nhiều nhất với 26 trường hợp, chiếm 56,5%. Tiếp theo là cắt một thùy kết hợp bóc nhân thùy đối diện với 10 trường hợp (21,7%) và bóc nhân đơn thuần với 7 trường hợp (15,2%). Cắt gần hoàn toàn tuyến giáp chỉ được thực hiện ở 3 trường hợp, chiếm 6,5%.

Bảng 5. Đặc điểm phẫu thuật và hậu phẫu sớm

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian mổ ≤50 phút	6	13,1
Thời gian mổ 51–60 phút	22	47,8
Thời gian mổ 61–70 phút	2	4,3
Thời gian mổ 71–90 phút	15	32,6
Thời gian mổ 91–120 phút	1	2,2
Thời gian phẫu thuật trung bình ± SD	76,2 ± 12,7 phút	
Nằm viện sau mổ 3 ngày	4	8,7
Nằm viện sau mổ 4 ngày	4	8,7
Nằm viện sau mổ >4 ngày	38	82,6
Thời gian nằm viện trung bình ± SD	4,1 ± 1,3 ngày	
Biến chứng sớm sau mổ	0	0,0

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình ở mức chấp nhận được đối với phẫu thuật mở tuyến giáp. Thời gian nằm viện sau mổ tương đối ngắn. Không ghi nhận các biểu hiện lâm sàng của khản tiếng kéo dài, co quắp đầu chi hoặc các biến chứng cần can thiệp.

Bảng 6. Kết quả điều trị sớm

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	41	89,0
Trung bình	5	11,0
Xấu	0	0,0
Tổng	46	100

Nhận xét: Kết quả sớm sau phẫu thuật chủ yếu đạt mức tốt. Không ghi nhận trường hợp kết quả xấu, củng cố nhận

định rằng phẫu thuật mở vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với bướu giáp đơn thuần thể nhân trong điều kiện thực hành hiện nay.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về tuổi, giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 46 bệnh nhân, tuổi chủ yếu tập trung trong nhóm từ dưới 20–49 tuổi chiếm 43/46 (93,5%) bệnh nhân, nhóm tuổi 60–69 bệnh nhân chiếm 1/46 (2,2%) bệnh nhân., cho thấy bướu giáp nhân thường được chẩn đoán và điều trị ở độ này. Đây là thời điểm mà các nhân giáp có thể đã phát triển đủ lớn để gây ra các triệu chứng lâm sàng rõ ràng hoặc được phát hiện trong quá trình thăm khám. Tuy nhiên, khi đối chiếu với nghiên cứu của Trần Văn Sơn (2016), Tuổi nhỏ nhất: 18, cao tuổi nhất: 92. Tuổi từ 60 đến 92: 37 trường hợp, trung bình; 42. Có 2 trường hợp cao tuổi: 92 tuổi (1 nam, 1 nữ). Nữ: 240, chiếm 90%, nam: 26, chiếm 10%, nữ gấp 9 lần nam giới [4]. Sự khác biệt hai nghiên cứu có thể phản ánh sự khác biệt về nhóm bệnh nhân được chọn lọc, sự thay đổi trong tiêu chuẩn chẩn đoán theo thời gian, hoặc sự đa dạng về thời điểm bệnh nhân đến thăm khám tại các cơ sở y tế.

4.2. Về đặc điểm bệnh nhân

Về đặc điểm lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi về triệu chứng lâm sàng chủ yếu của bệnh nhân là sờ thấy bướu vùng cổ chiếm 50%, có 32,6% bệnh nhân đến viện vì không có triệu chứng. Bệnh nhân có bướu giáp nhân đơn thuần thường không hoặc có rất ít triệu chứng. Nhân giáp thường được phát hiện tình cờ qua thăm khám hoặc thăm dò hình ảnh vùng cổ. Một số triệu chứng ít gặp như cảm giác nghẹn, đau vùng cổ, khó nuốt hoặc khản tiếng [5]. Theo tác giả Nguyễn Trung Hưng (2023) ở một vài bệnh nhân, bướu có thể gây chèn ép và cần điều trị [6], tác giả báo cáo kết quả nghiên cứu cho thấy về đặc điểm lâm sàng: nuốt khó thường gặp nhất (36,3%), đau tại nhân giáp ít gặp nhất (4,9%). Theo tác giả Afifi và cộng sự (2016): Dấu hiệu chủ yếu là vùng cổ lớn không đau (52%), biểu hiện chèn ép (18%), khản giọng (4%) và nhiễm độc giáp (4%), 22% không triệu chứng và các nhân giáp được phát hiện tình cờ [7]. Tác giả Vũ Bích Nga và cộng sự (2013) với 339 bệnh nhân cho thấy, triệu chứng lâm sàng rất nghèo nàn và chiếm tỷ lệ rất thấp: nuốt vướng (5,3%), hạch cổ (1,5%), đau (0,9%), khó thở (0,9%), khản giọng (0,2%) [8].

Một điểm đáng chú ý trong nghiên cứu là tỷ lệ người bệnh đến viện vì lo lắng bệnh tật (82,6%) và yếu tố thẩm mỹ (54,3%) khá cao, trong khi các triệu chứng chèn ép chỉ gặp ở 17,4% trường hợp. Kết quả này phản ánh xu hướng phát hiện bệnh ngày càng sớm nhờ siêu âm tuyến giáp và sự quan tâm ngày càng lớn của người bệnh đối với các tổn thương vùng cổ. Tuy nhiên, cần nhấn mạnh rằng “lo lắng bệnh tật” không phải là chỉ định phẫu thuật độc lập. Quyết định điều trị ngoại khoa trong nghiên cứu được đưa ra dựa trên sự kết hợp giữa đặc điểm lâm sàng, kích thước bướu, nguy cơ ác tính trên siêu âm, các triệu chứng chèn ép, yếu tố thẩm mỹ và nguyện vọng của người bệnh sau khi được tư vấn đầy đủ về lợi ích và nguy cơ của phẫu thuật. Điều này phù hợp với xu hướng cá thể hóa điều trị trong bệnh lý tuyến giáp lành tính hiện nay.

4.3. Về kết quả phẫu thuật

Về kết quả điều trị thời gian phẫu thuật, thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 76,2±12,7 phút,

trong đó 13,1% mổ trong vòng ≤ 50 phút, 47,8% trong 51-60 phút, 32,6% trong 71-90 phút và 2,3% trong 91-120 phút, kết quả này tương đồng với các báo cáo khác như của tác giả Miccoli P (2019) và Trần Ngọc Lương (2011), cho thấy trình độ kỹ thuật tốt. Bên cạnh, với lượng máu mất trong mổ rất thấp Lượng máu mất trong mổ chủ yếu rất ít, với 91,3% bệnh nhân mất ≤ 10 ml máu. Các lượng máu mất khác như 10ml-50ml (8,7%). Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Văn Hậu (2020) tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương cũng khẳng định tính khả thi và độ an toàn của mổ mở. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa có trường hợp nào xảy ra tai biến, biến chứng trong mổ. Khàn giọng và hạ canxi máu là 2 biến chứng đáng lo ngại sau phẫu thuật tuyến giáp. Tác giả 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. Các kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhiều báo cáo khác, qua đó khẳng định vai trò của của mổ mở như một lựa chọn hiệu quả trong điều trị các trường hợp bệnh lý tuyến giáp nói chung và bướu giáp nhân đơn thuần nói riêng. Về khả năng phục hồi, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian dùng giảm đau sau mổ của các bệnh nhân ngắn và chủ yếu tập trung trong 1-2 ngày đầu.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu mô tả với cỡ mẫu còn hạn chế và được thực hiện tại một trung tâm nên tính khái quát của kết quả chưa cao. Thứ hai, thời gian theo dõi ngắn nên chủ yếu đánh giá được kết quả sớm sau phẫu thuật, chưa phản ánh đầy đủ các biến chứng muộn như tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược kéo dài, suy tuyến cận giáp kéo dài hoặc tái phát bệnh. Ngoài ra, một số biến chứng chức năng chưa được đánh giá bằng các thăm dò chuyên biệt như soi thanh quản thường quy hoặc theo dõi nồng độ calci máu kéo dài sau mổ.

5. KẾT QUẢ

Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật điều trị bướu giáp nhân đơn thuần bằng phương pháp mổ mở đạt hiệu quả cao với mức độ an toàn. Phần lớn bệnh nhân mất rất ít máu trong mổ, thời gian phẫu thuật ngắn, mức độ đau sau mổ nhẹ và nhanh cải thiện.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Quang Huy, Vũ Bích Nga (2023). Khảo sát chức năng tuyến giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;522(1).
- [2] Mai Thế Trạch (1992). Nội Tiết Học, Tập 1. Nhà Xuất Bản Y Học TP Hồ Chí Minh; 1992.
- [3] Dương Thị Phụng, Nguyễn Xuân Hậu, Vũ Ngọc Hà, Lê Mai Trà Mi, Lê Thị Hương (2022). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu Y học;159, 11 (2022): 1-9.
- [4] Trần Văn Sơn (2016). Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa bệnh bướu giáp nhân ở người cao tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất từ năm 2010 đến năm 2015, Y Học TP. Hồ Chí Minh, Phụ Bản Tập 20, Số 6/2016.
- [5] Đỗ Trung Quân (2016), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bướu nhân tuyến giáp”, Khuyến cáo về bệnh nội tiết và chuyển hóa, Nhà xuất bản Y học, tr.92-102.
- [6] Nguyễn Khoa Diệu Vân (2014), “Bướu giáp bình giáp và các nhân tuyến giáp”, Nội tiết học trong thực hành lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, tr.72-79.
- [7] Afifi A. H. et al (2017), “Diagnostic accuracy of the combined use of conventional sonography and sonoelastography in differentiating benign and malignant solitary thyroid nodules”, Alexandria Journal of Medicine. 53(1), pp.21-30.
- [8] Vũ Bích Nga (2013), “Đặc điểm bướu nhân tuyến giáp qua chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm”, Tạp chí Y học thực hành 874- Số 6, tr.20-22.
- [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.

