

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ QUỐC PHÒNG
HỌC VIỆN QUÂN Y**

VŨ NGỌC LƯƠNG

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BỆNH HASHIMOTO
CÓ BIẾN CHỨNG VÀ CÁC BỆNH KHÁC KÈM THEO**

Chuyên ngành: Ngoại lồng ngực

Mã số: 62. 72. 07. 05

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - 2010

Công trình được hoàn thành tại: **HỌC VIỆN QUÂN Y**

Người hướng dẫn khoa học:

1. GS. TS. Phạm Vinh Quang

2. GS. TS. Nguyễn Vượng

Phản biện 1: GS. TS. Nguyễn Ngọc Thắng

Phản biện 2: PGS. TS. Trần Văn Hợp

Phản biện 3: PGS. TS. Hoàng Trung Vinh

Luận án sẽ được bảo vệ trước hội đồng đánh giá Luận án cấp Trường tại Học viện Quân y vào hồi 14 giờ ngày 03 tháng 12 năm 2010

Có thể tìm luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Học viện Quân y

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

- 1. Vũ Ngọc Lương, Ngô Văn Hoàng Linh, Kiều Trung Thành (2003),** “Một số đặc điểm cận lâm sàng bệnh bướu giáp lan tỏa nhiễm độc (Basedow) kết hợp với viêm tuyến giáp tự miễn dịch (Hashimoto)”, *Tạp chí y học thực hành*, (469), Hà Nội, tr. 15 - 17.
- 2. Vũ Ngọc Lương, Phạm Vinh Quang, Kiều Trung Thành (2004),** “Nghiên cứu đặc điểm triệu chứng lâm sàng bệnh bướu giáp lan tỏa nhiễm độc (Basedow) kết hợp với viêm tuyến giáp tự miễn dịch (Hashimoto)”, *Tạp chí y học thực hành*,(471), Hà Nội, tr. 17 - 19.
- 3. Vũ Ngọc Lương, Phạm Vinh Quang, Vi Thuật Thắng (2009),** “Giá trị sinh thiết chẩn đoán của kim Trucut trong điều trị ngoại khoa bệnh lý tuyến giáp”, *Tạp chí y dược học quân sự*, (34), Hà Nội, tr. 137 - 143.
- 4. Vũ Ngọc Lương, Phạm Vinh Quang, Mai Văn Viện, Phạm Văn Thìn (2009),** “Một số nhận xét đặc điểm lâm sàng của bệnh Hashimoto kết hợp với ung thư, u tuyến và tăng sản tuyến giáp”, *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 13, phụ bản (6), Chuyên đề Ung Bướu, Đại học y dược TP. Hồ Chí Minh, tr. 66 - 71.
- 5. Vũ Ngọc Lương, Nguyễn Vượng, Phạm Vinh Quang (2009),**“Nhận xét một số thay đổi triệu chứng lâm sàng và nồng độ hoc mon tuyến giáp (T3, FT4, TSH) ở bệnh nhân có chỉ định điều trị ngoại khoa bệnh Hashimoto”, *Tạp chí y học Việt Nam*, (364), Hà Nội, tr. 1 - 5.

PHẦN MỞ ĐẦU

1. Tính cấp thiết của đề tài

Bệnh Hashimoto là một bệnh viêm tuyến giáp mạn tính tự miễn dịch. Bệnh này còn được gọi với nhiều tên khác nhau như: viêm tuyến giáp Hashimoto, viêm tuyến giáp mạn tính, bướu giáp dạng mô hạch bạch huyết và gần đây được gọi là bệnh viêm tuyến giáp tự miễn dịch Hashimoto. Bệnh được Haku Hashimoto người Nhật Bản mô tả từ năm 1912. Về mặt tổ chức học, tuyến giáp trạng bị thoái hóa nhu mô và thâm nhiễm lan toả bởi các tế bào lympho và muộn hơn là xơ hóa nhu mô tuyến.

Tỷ lệ mắc bệnh Hashimoto trong cộng đồng khoảng 0,1 đến 0,2% tương đương tỷ lệ của bệnh Basedow (từ 0,1 - 1,5 trường hợp/1000 người dân/năm). Bệnh hay gặp ở nữ giới, thường gặp ở lứa tuổi từ 30 - 50. Do bệnh tiến triển qua nhiều giai đoạn và có biểu hiện lâm sàng khá đa dạng với nhiều thể lâm sàng khác nhau có sự kết hợp với các bệnh lý khác của tuyến giáp: Basedow, u tuyến, ung thư tuyến giáp,.. nên cho tới nay, việc chẩn đoán và điều trị bệnh còn gặp những khó khăn.

Nếu dựa vào lâm sàng thì chẩn đoán bệnh Hashimoto dễ bị nhầm với các bệnh kết hợp hoặc có chẩn đoán được thì bệnh đã ở giai đoạn muộn, vì vậy việc lựa chọn các biện pháp điều trị phù hợp đối với bệnh nhân bị bệnh Hashimoto cũng gặp nhiều khó khăn, có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng do tình trạng nhược giáp kéo dài sau mổ, ảnh hưởng đến cuộc sống bình thường của bệnh nhân cũng như nhiều vấn đề khác về mặt kinh tế và xã hội.

Như vậy, việc chẩn đoán xác định sớm được bệnh Hashimoto nói chung và các thể lâm sàng của bệnh Hashimoto nói riêng đóng vai trò rất quan trọng trong việc đưa ra chỉ định, phương pháp điều trị phù hợp giúp nâng cao chất lượng điều trị bệnh.

Tuy nhiên, cho đến nay ở nước ta vẫn chưa có công trình nào nghiên cứu một cách có hệ thống về chẩn đoán, chỉ định chiến thuật điều trị đặc biệt là điều trị ngoại khoa bệnh Hashimoto. Xuất phát từ những yêu cầu thực tiễn trên, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong chẩn đoán bệnh viêm tuyến giáp tự miễn Hashimoto.

2. Đánh giá kết quả sau mổ bệnh Hashimoto có biến chứng và các bệnh khác kèm theo.

2. Những đóng góp mới của luận án

+ Tìm ra các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong chẩn đoán bệnh Hashimoto cũng như các thể lâm sàng kết hợp.

+ Xác định được tỉ lệ mắc bệnh Hashimoto đơn thuần ở Việt Nam cũng như bệnh Hashimoto kèm theo các bệnh lý khác của tuyến giáp.

+ Điểm đóng góp chính của luận văn là đưa ra chỉ định phẫu thuật và cách thức mổ cho từng thể bệnh. Kết quả này sẽ là cơ sở để thay đổi quan điểm bệnh Hashimoto chỉ điều trị nội khoa như trước đây.

+ Đặc biệt phương pháp sinh thiết bằng kim Trucut chẩn đoán đúng bệnh Hashimoto kết quả cao. Đây là đóng góp mới của luận án.

3. Bộ cục luận án:

- Luận án gồm 125 trang với các phần sau:

Đặt vấn đề	: 2 trang
Chương 1 - Tổng quan tài liệu	: 42 trang
Chương 2 - Đối tượng và phương pháp nghiên cứu	: 10 trang
Chương 3 - Kết quả nghiên cứu	: 31 trang
Chương 4 - Bàn luận	: 37 trang
Kết luận và kiến nghị	: 3 trang

- Luận án có 40 bảng, 17 hình, 06 biểu đồ và đồ thị

Tài liệu tham khảo: 189 (Tiếng Việt 59, Tiếng Anh 124, Tiếng Pháp 6).

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đặc điểm lâm sàng

Viêm tuyến giáp Hashimoto là một bệnh viêm tuyến giáp mạn tính tự miễn dịch được Hakaru Hashimoto mô tả từ năm 1912.

Bệnh khó chẩn đoán do bệnh thường phát triển không triệu chứng, không gây đau đớn, với một tuyến giáp to lan tỏa ở một phụ nữ trẻ hoặc trung niên kết hợp với tình trạng nhược năng tuyến giáp, diễn biến lâm sàng của bệnh không điển hình và có thể chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác của tuyến giáp như: Viêm tuyến giáp cấp tính, viêm tuyến giáp dạng u hạt bán cấp tính, viêm tuyến giáp lympho bào bán cấp tính (viêm tuyến giáp yên lặng), bệnh Basedow, bệnh bướu giáp đơn thuần hay ung thư tuyến giáp.

Tỷ lệ mắc bệnh trong dân cư là khoảng 0,3 - 1,5/1000 dân/1 năm. Nữ mắc nhiều hơn so với nam 10 - 15 lần và thường ở nhóm tuổi 30 - 50.

Tiến triển của bệnh gồm các giai đoạn sau:

Giai đoạn đầu: Triệu chứng cơ năng thường nghèo nàn. Đa số bình giáp. 10 - 20%: phát triển nhược giáp, 5 - 10%: nhược giáp sớm, 2 - 5%: cường giáp. Đa số BN đến khám vì có khối u giáp.

Giai đoạn muộn: Triệu chứng suy giảm chức năng tuyến giáp. Bướu to chèn ép vào khí quản (bệnh nhân có cảm giác bị chèn ép ở cổ: ho khan, khó thở, nuốt nghẹn). Khoảng 25%: nhược giáp có thể trở lại bình thường sau vài năm.

1.2. Các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng bệnh Hashimoto

- *Chụp X quang thường, CT Scan, MRI, siêu âm tuyến giáp*
- *Xạ hình tuyến giáp và đo độ tập trung I¹³¹*
- *Xét nghiệm các hormon tuyến giáp và TSH tuyến Yên*
- *Hóa mô miễn dịch*

- *Chẩn đoán tế bào học chọc hút với kim nhỏ*
- *Chẩn đoán mô bệnh học bằng kim sinh thiết lõi (Trucut)*
- *Chẩn đoán giải phẫu bệnh*

1.3. Điều trị ngoại khoa bệnh Hashimoto

+ Mặc dù phẫu thuật bệnh Hashimoto đã được Hakaru Hashimoto (1881 - 1934) là người đầu tiên trên thế giới tiến hành từ năm 1912, nhưng đến nay những vấn đề thời sự cần tiếp tục nghiên cứu là:

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh Hashimoto
- Vấn đề lựa chọn phương pháp điều trị: nội khoa, ngoại khoa...
- Chỉ định, chiến thuật điều trị ngoại khoa bệnh Hashimoto cũng như các thể bệnh kết hợp.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh, tổn thương mô bệnh học...

- Vấn đề điều trị trước trong và sau mổ
- Các yếu tố có liên quan và ảnh hưởng tới kết quả điều trị ngoại khoa bệnh Hashimoto

Tới nay vẫn chưa có những công trình nào nghiên cứu một cách hệ thống những vấn đề còn tồn tại nêu trên.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 189 bệnh nhân có bệnh lý tuyến giáp đã được phẫu thuật tại Khoa ngoại lồng Bệnh viện 103 - Học viện Quân y, có chẩn đoán giải phẫu bệnh là bệnh Hashimoto.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.1. Nghiên cứu lâm sàng: Được tiến hành theo một mẫu bệnh án thống nhất:

+ **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu**

- Bệnh nhân có bệnh lý tuyến giáp có chỉ định điều trị ngoại khoa.
- Có chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ là bệnh Hashimoto.

+ **Tiêu chuẩn loại trừ: không đưa vào nghiên cứu những bệnh nhân:**

- Chẩn đoán mô bệnh học không phải bệnh Hashimoto.
- Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

+ **Các dữ liệu lâm sàng cho chẩn đoán bệnh Hashimoto**

+ **Nghiên cứu cận lâm sàng** (Siêu âm tuyến giáp, chụp X quang thông thường vùng cổ - ngực, định lượng hormon tuyến giáp (T_3 , FT_3 , T_4) và TSH tuyến Yên trong huyết thanh, chẩn đoán tế bào học tuyến giáp qua chọc hút kim nhỏ và mô bệnh học bằng kim sinh thiết Trucut trước mổ.

2.2.3. Điều trị ngoại khoa

+ **Chỉ định mổ:** Bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh Hashimoto với các biểu hiện sau:

- Bướu giáp gây hiện tượng chèn ép vùng cổ như: khó thở, khó nuốt, khàn tiếng, nhức đầu, tức nặng vùng cổ, ...
- Bướu giáp có biểu hiện biến chứng tại bướu như: nhiễm độc, chảy máu trong bướu, bội nhiễm, nghi ung thư hoá
- Bướu giáp to gây ảnh hưởng đến tâm lý và thẩm mỹ

+ **Phương pháp phẫu thuật:** Các phương pháp ứng dụng

- Đối với phần lớn trường hợp chúng tôi tiến hành mổ cắt bỏ bướu giáp tương tự bướu giáp đơn thuần. Quy trình cụ thể như sau:

- Với thể có nhân ở một thùy thì tiến hành cắt gân hoàn toàn thùy (lobectomy)
- Thể nhiều nhân hai thùy hoặc Basedow kết hợp, tiến hành cắt gân hoàn toàn tuyến giáp
- Thể kết hợp ung thư, nghi ngờ ung thư: cắt hoàn toàn tuyến giáp

+ **Các tai biến, biến chứng trong mổ**

+ **Đánh giá kết quả sau mổ**

Chương 3

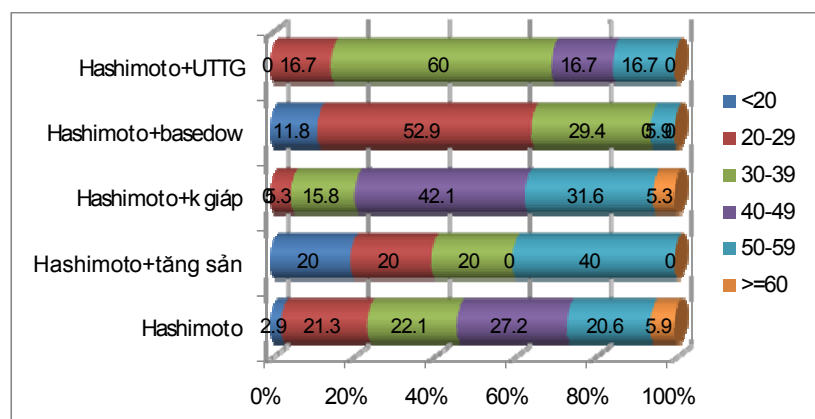
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Hashimoto (n=136)	Hashimoto + Tăng sản (n=5)	Hashimoto + K giáp (n=19)	Hashimoto + Basedow (n=17)	Hashimoto + UTTG (n=12)	Cộng (n=189)
< 20	4 (2,9)	1 (20,0)	0	2 (11,8)	0	7 (3,7)
20-29	29 (21,3)	1 (20,0)	1 (5,3)	9 (52,9)	2 (16,7)	42 (22,2)
30-39	30 (22,1)	1 (20,0)	3 (15,8)	5 (29,4)	6 (60,0)	45 (23,8)
40-49	37 (27,2)	0	8 (42,1)	0	2 (16,7)	47 (24,9)
50-59	28 (20,6)	2 (40,0)	6 (31,6)	1 (5,9)	2 (16,7)	39 (20,6)
≥ 60	6 (5,9)	0	1 (5,3)		0	9 (4,8)
$\bar{x} \pm SD$	40,2 ± 12,8	37,8 ± 17,7	46,0 ± 9,5	27,5 ± 8,4	38,1 ± 10,1	39,4 ± 12,7

Nhận xét: tuổi trung bình ở bệnh nhân bị bệnh Hashimoto + bệnh ung thư cao hơn so với nhóm bị bệnh Hashimoto đơn thuần ($p < 0,001$).



Biểu đồ 3.1: Phân bố nhóm tuổi theo đối tượng nghiên cứu

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3.4: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng LS	Hashimoto (n=136)	Hashimoto + Tăng sản (n=5)	Hashimoto + K giáp (n=19)	Hashimoto + Basedow (n=17)	Hashimoto +UTTG (n=12)	Cộng (n=189)
Đau	11 (8,1)	1 (20,0)	1 (5,3)	0	1 (8,3)	14 (7,4)
Khó thở	47 (34,6)	1 (20,0)	6 (31,6)	8 (47,1)	4 (33,3)	66 (34,9)
Vã mồ hôi	0	1 (20,0)	4 (21,1)	10 (58,8)	0	15 (28,3)
Sút cân	27 (19,9)	2 (40,0)	5 (26,3)	16 (94,1)	2 (16,7)	52 (27,5)
Run tay	0	2 (40,0)	5 (26,3)	16 (94,1)	2 (16,7)	25 (47,2)
Buồn ngủ	46 (33,8)	2 (40,0)	5 (26,3)	1 (5,9)	6 (50,0)	60 (31,7)
Hồi hộp, lo âu	22 (16,2)	2 (40,0)	6 (31,6)	12 (70,6)	1 (8,3)	43 (22,8)
Nóng bức	0	2 (40,0)	4 (21,1)	15 (88,2)	2 (16,7)	23 (43,4)
Đau đầu	52 (38,2)	2 (40,0)	8 (42,1)	2 (11,8)	4 (33,3)	68 (36,0)
Mệt mỏi	68 (50,0)	4 (80,0)	14 (73,7)	7 (41,2)	2 (16,7)	95 (50,3)
Mất ngủ	14 (10,3)	0	1 (5,3)	0	1 (8,3)	16 (8,5)
Nuốt vướng	86 (69,5,2)	2 (40,0)	13 (68,4)	0	7 (58,3)	108 (64,7)
Nói khó	9 (6,6)	0	0	0	0	9 (4,8)
Cảm giác bó chặt	52 (38,2)	1 (20,0)	16 (84,2)	0	5 (41,7)	74 (39,2)
Sợ lạnh	26 (19,1)	1 (20,0)	7 (36,8)	1 (5,9)	3 (25,0)	38 (20,1)
Da lạnh	52 (38,2)	2 (40,0)	6 (31,6)	0	4 (33,3)	64 (33,9)
Tóc móng dễ gãy	20 (14,7)	1 (20,0)	2 (10,5)	6 (35,3)	2 (16,7)	31 (16,4)

Có sự khác biệt về cảm giác bó chặt giữa Hashimoto với Hashimoto + K ($p < 0,001$)

Bảng 3.6: Đặc điểm bề mặt bướu giáp khám lâm sàng

Chẩn đoán GPB	Nhấn		Lấn nhón		Gồ ghề		So sánh (p)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Hashimoto (n=136)	43	31,6	7	5,1	86	69,5,2	< 0,05
Hashimoto + Tăng sản (n=5)	2	40,0	0		3	60,0	> 0,05
Hashimoto + K giáp (n=19)	7	36,8	1	5,3	11	57,9	< 0,05
Hashimoto + Basedow (n=17)	17	100,0	0		0		< 0,05
Hashimoto + UTTG (n=12)	4	33,3	2	16,7	6	50,0	> 0,05

Kết quả bảng trên cho thấy bệnh Hashimoto + Basedow 100% là bướu có bề mặt nhấn, bệnh Hashimoto đơn thuần chỉ chiếm 31,6% (p < 0,05).

Bảng 3.7: Đặc điểm mật độ bướu giáp khám lâm sàng

Chẩn đoán GPB	Mềm		Chắc		Cứng		So sánh (p)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Hashimoto (n=136)	22	16,2	99	72,8	15	11,0	< 0,05
Hashimoto + Tăng sản (n=5)	1	20,0	3	60,0	1	20,0	> 0,05
Hashimoto + K giáp (n=19)	3	15,8	14	73,7	2	10,5	< 0,05
Hashimoto + Basedow (n=17)	16	94,1	1	5,9	0		< 0,05
Hashimoto + UTTG (n=12)	2	16,7	9	75,0	1	8,3	< 0,05

Nhận xét: mật độ bướu giáp có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 3.9: Phân độ bướu trên lâm sàng

Phân độ bướu	Hashimoto (n=136)	Hashimoto + Tăng sản (n=5)	Hashimoto + K giáp (n=19)	Hashimoto + Basedow (n=17)	Hashimoto + UTTG (n=12)	Cộng (n=189)
Độ II	49 (36,0)	2 (40,0)	5 (26,3)	0	5 (41,7)	61 (32,3)
Độ III	73 (53,7)	3 (60,0)	13 (68,4)	17 (100,0)	7 (58,3)	113 (59,8)
Độ IV	14 (10,3)	0	1 (5,3)	0	0	15 (7,9)
Cộng	136	5	19	17	12	189

Nhận xét: tỷ lệ bướu độ III, IV chiếm chủ yếu 54,7%, trong đó bệnh Hashimoto đơn thuần chiếm 64%, cao hơn so với các nhóm bệnh Hashimoto + K giáp và bệnh Hashimoto + UTTG.

Bảng 3.11: Nồng độ hormon giáp theo thể bệnh

Hormon	Hashimoto (n=136)	Hashimoto + Tăng sản (n=5)	Hashimoto + K giáp (n=19)	Hashimoto + Basedow (n=17)	Hashimoto + UTTG (n=12)	So sánh (p)
T3 (nmol/l)	1,47 ± 1,08	1,25 ± 1,04	1,52 ± 1,31	1,24 ± 0,65	1,22 ± 0,56	0,733
TSH (mU/l)	4,92 ± 6,09	1,33 ± 1,62	9,77 ± 12,47	3,62 ± 6,76	7,36 ± 10,52	0,032
FT4 (nmol/l)	5,82 ± 10,74	7,71 ± 8,22	9,82 ± 21,88	2,29 ± 3,07	1,75 ± 2,22	0,413

Nồng độ TSH ở nhóm bệnh nhân Hashimoto + K giáp và bệnh Hashimoto + UTTG cao hơn so với các nhóm khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Giá trị của các phương pháp chẩn đoán

Bảng 3.13: Giá trị chẩn đoán của phương pháp chọc hút bằng kim nhỏ (FNA)

Phương pháp mô bệnh học		Phương pháp FNA			
Kết quả	Số lượng	Đúng		Sai	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hashimoto	136	91	66,9	45	33,1
Hashimoto + tăng sản	5	0	0,0	5	100,0
Hashimoto + K giáp	19	0	0,0	19	100,0
Hashimoto + Basedow	17	0	0,0	17	100,0
Hashimoto + UTTG	12	0	0,0	12	100,0
Cộng	189	91	48,1	98	51,9

Nhận xét: kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ chẩn đoán đúng đối với phương pháp chọc hút bằng kim FNA đạt 48,1%, với bệnh Hashimoto đơn thuần chiếm 66,9%.

Bảng 3.14: Giá trị chẩn đoán của phương pháp chọc hút bằng kim Trucut (n=95)

Phương pháp mô bệnh học		Phương pháp Trucut			
Kết quả	Số lượng	Đúng		Sai	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hashimoto đơn thuần	68	66	97,1	2	2,9
Hashimoto + tăng sản	0	0		0	
Hashimoto + K giáp	11	0	0,0	11	100,0
Hashimoto + Basedow	9	0	0,0	9	100,0
Hashimoto + UTTG	7	0	0,0	7	100,0
Cộng	95	66	69,5	29	30,5

Tỷ lệ chẩn đoán đúng 69,5%, đối với bệnh Hashimoto đơn thuần tỷ lệ chẩn đoán đúng tới 97,1%.

Bảng 3.16: Mức độ phù hợp giữa chẩn đoán trước phẫu thuật với chẩn đoán mô bệnh học

Chẩn đoán Trước mổ	Hashimoto		Hashimoto + Tăng sản		Hashimoto + K giáp		Hashimoto + Basedow		Hashimoto + UTTG		Cộng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hashimoto	111	81,6	3	60	2	10,5	0		2	16,7	118	62,4
Basedow	8	5,9	1	20	0		5	29,4	1	8,3	15	7,9
UTTG	4	2,9	0	0	2	10,5	1	5,9	8	66,7	15	7,9
Hashimoto + K giáp	4	2,9	0	0	15	78,9	0		0	0,0	19	10,1
Hashimoto + Basedow	9	6,6	1	20	2	10,5	11	64,7	1	8,3	24	12,7
Cộng	136	72,0	5	2,6	19	10,1	17	9,0	12	6,3	189	100,0

Tỷ lệ chẩn đoán phù hợp với giải phẫu bệnh là 137/189 (72,5%), trong đó tỷ lệ chẩn đoán đúng của bệnh Hashimoto là 111/136 (81,6%), bệnh Hashimoto với K giáp chiếm 15/19 (78,9%), bệnh Hashimoto + Basedow: 11/17 (64,7%).

Bảng 3.17: Mức độ phù hợp sau mổ với mô bệnh học

Chẩn đoán Sau mổ	Hashimoto		Hashimoto + Tăng sản		Hashimoto + K giáp		Hashimoto + Basedow		Hashimoto + UTTG		Cộng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hashimoto	126	92,6	4	80,0	1	5,3	0	0	1	8,3	132	69,8
UTTG	2	1,5	0	0,0	2	10,5	3	17,6	10	83,3	17	9,0
Hashimoto + K giáp	1	0,7	0	0,0	16	84,2	0	0,0		0,0	17	9,0
Hashimoto + Basedow	7	5,1	1	20,0	0	0,0	14	82,4	1	8,3	23	12,2
Cộng	136	100,0	5	100,0	19	100,0	17	100,0	12	100,0	189	100,0

Tỷ lệ chẩn đoán đúng so với giải phẫu bệnh là: 156/189 (82,5%), chẩn đoán đúng của bệnh Hashimoto là 126/136 (92,6%), bệnh Hashimoto + K giáp chiếm 16/19 (78,9%), bệnh Hashimoto + Basedow là 82,4%.

Bảng 3.18: Một số đặc điểm lâm sàng chẩn đoán bệnh Hashimoto có chỉ định phẫu thuật (n = 118)

Đặc điểm lâm sàng	Chẩn đoán trước mổ Hashimoto				So sánh (p)
	Đúng (n=111)		Sai (n=7)		
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Đau	9	8,1	1	14,3	> 0,05
Nuốt vướng	74	66,7	1	14,3	< 0,05
Nói khó	8	7,2	0	0,0	> 0,05
Cảm giác bó chặt	45	40,5	0	0,0	< 0,05
Da lạnh	45	40,5	0	0,0	< 0,05
Bướu độ III, IV	95	85,6	3	42,9	< 0,05

Các triệu chứng nuốt vướng, cảm giác bó chặt, da lạnh và bướu độ III, IV sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.5. Đặc điểm bướu giáp khi phẫu thuật

Bảng 3.28: Tình trạng màu sắc mặt cắt nhu mô bướu khi mổ

Chẩn đoán GPB	Màu đỏ		Màu hồng		Màu xám		So sánh (p)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Hashimoto (n=136)	1	0,7	22	16,2	113	83,1	< 0,01
Hashimoto + Tăng sản (n=5)	2	40,0	3	60,0	0		> 0,05
Hashimoto + K giáp (n=19)	8	42,1	10	52,6	1	5,3	< 0,05
Hashimoto + Basedow (n=17)	11	64,7	6	35,3	0		< 0,05
Hashimoto + UTTG (n=12)	2	16,7	8	66,7	0		< 0,05
So sánh (p)	< 0,001						

Nhận xét: bướu màu xám trong bệnh Hashimoto cao hơn các thể bệnh khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.29: Phương pháp xử trí bướu

Phương pháp	Hashimoto (n=136)	Hashimoto + Tăng sản (n=5)	Hashimoto + K giáp (n=19)	Hashimoto + Basedow (n=17)	Hashimoto + UTTG (n=12)	So sánh (p)
Cắt bán phần	0	0	1 (5,3)	0	0	0,167
Cắt gần hoàn toàn 1 thùy	13 (9,6)	0	0	0	0	
Cắt gần hoàn toàn	121 (89,0)	5 (100,0)	17 (89,5)	17 (100,0)	12 (100,0)	
Cắt toàn bộ	2 (1,5)	0	1 (5,3)	0	0	

Đa số bệnh nhân được thực hiện phương pháp cắt gần hoàn toàn tuyến giáp. Có 3 bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp.

Bảng 3.30: Các tai biến trong mổ

Tai biến trong mổ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	1	0,5
Rách TM cảnh	0	
Thùng thực quản	0	
Co thắt thanh môn	1	0,5

Có 2 trường hợp tai biến trong mổ: 1 chảy máu và 1 co thắt thanh môn.

Bảng 3.31: Các tai biến sau mổ

Tai biến sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	4	2,1
Con tetani	5	2,6
Suy hô hấp	1	0,5
Khàn tiếng	1	0,5

Nhận xét: tỷ lệ tai biến sau mổ gồm chảy máu phải khâu lại vết mổ (4/189), xuất hiện con tetani sớm sau mổ (5/189), có 1 trường hợp suy hô hấp phải cấp cứu và 1 trường hợp bị khàn tiếng tạm thời sau phẫu thuật.

Bảng 3.32: Đánh giá kết quả khi ra viện

Kết quả khi ra viện	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	183	96,8
Khá	6	3,2
Cộng	189	100,0

Kết quả bảng trên cho thấy kết quả tốt khi bệnh nhân ra viện chiếm 96,8% và khá chiếm 3,2%.

3.6. Kết quả kiểm tra sau phẫu thuật

Bảng 3.33: Thời gian theo dõi sau điều trị ngoại khoa đối với các bệnh nhân

Thời gian theo dõi sau phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dưới 6 tháng	46	32,4
6 - 12 tháng	23	16,2
13 - 24 tháng	35	24,6
25 - 36 tháng	27	19,0
> 36 tháng	11	7,7
Cộng	142	100,0

Nhận xét: trong số 189 bệnh nhân điều trị ngoại khoa chúng tôi đã theo dõi được 142 bệnh nhân, có 11 bệnh nhân đã điều trị ngoại khoa trên 36 tháng.

Bảng 3.34: Triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị ngoại khoa

Triệu chứng lâm sàng	Trước điều trị (n=189)		Sau điều trị (n=142)		So sánh (p)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Đau tại bươu	14	7,4	0		0,001
Khó thở	66	34,9	0		0,000
Sút cân	52	27,5	0		0,000
Tăng cân	42	22,8	126	88,7	0,000
Buồn ngủ	60	31,7	41	28,9	0,469
Mất ngủ	16	8,5	1	0,7	0,001
Hồi hộp lo âu	43	22,8	0		0,000
Đau đầu	68	36,0	14	9,9	0,000
Mệt mỏi	95	50,3	6	4,2	0,000
Ho khan	8	4,3	2	1,4	0,127
Lòi mắt	10	5,3	0		0,029
Nuốt nghẹn	108	64,7	36	25,4	0,000
Cảm giác bó chặt vùng cổ	74	39,2	10	7,0	0,000
Cổ to ra	142	77,2	2	1,4	0,000
Hạch cổ	4	2,2	1	0,7	0,284
Sợ lạnh	38	20,1	6	4,2	0,003
Da lạnh	64	33,9	14	9,9	0,000

Nhận xét: đa số bệnh nhân hết cảm giác nuốt nghẹn và bó chặt vùng cổ sau điều trị ngoại khoa (88,7%), còn lại các triệu chứng khác đã hết hoặc giảm rất đáng kể so với trước điều trị với $p < 0,05 - 0,001$, trừ nói khàn và ho khan. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.36: So sánh nồng độ hormon giáp trước và sau điều trị ngoại khoa

Chỉ số	Trước điều trị (n = 160)	Sau điều trị (n = 142)	So sánh (p)
T3	1,46 ± 1,05	2,03 ± 2,18	0,000
TSH	5,24 ± 7,38	4,16 ± 6,9	0,000
FT4	6,04 ± 11,87	13,81 ± 8,46	0,000

Bảng 3.37: Mức độ nồng độ hormon giáp trước và sau điều trị ngoại khoa

Hormon	Mức độ	Trước điều trị (n=160)		Sau điều trị (n=142)		So sánh (p)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
T3 (nmol/l)	< 0,8	23	14,4	3	2,1	0,000
	0,8-1,8	104	65,0	87	61,3	
	> 1,8	33	20,6	52	36,6	
TSH (mU/l)	< 0,23	24	13,7	0	2,1	0,000
	0,23-3,8	79	45,1	32	22,5	
	>3,8	72	41,1	110	77,5	
FT4 (nmol/l)	< 11,5	154	86,0	69	35,0	0,000
	11,5- 23,2	21	11,7	126	64,0	
	> 23,2	4	2,2	2	1,0	

Kết quả bảng trên cho thấy đã có sự khác biệt về sự thay đổi mức độ nồng độ hormon tuyến giáp T3, FT4 trở về mức giới hạn bình thường cao, so với trước điều trị ($p < 0,001$).

Bảng 3.38: Mức độ nồng độ hormon tuyến giáp theo thời gian sau điều trị ngoại khoa

Hormon	Mức độ	Thời gian theo dõi sau điều trị ngoại khoa (tháng)								So sánh (p)
		≤ 12 (n=69)		13 - 24 (n=35)		25 - 36 (n=27)		> 36 (n=11)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
T3 (nmol/l)	< 0,8	3	4,3	0		0		0		0,278
	0,8-1,8	38	55,1	25	71,4	15	55,6	9	81,8	
	> 1,8	28	40,6	10	28,6	12	44,4	2	18,2	
TSH (mU/l)	< 0,23	0		0		0		0		0,487
	0,23-3,8	17	24,6	5	14,3	8	29,6	2	18,2	
	> 3,8	52	75,4	30	85,7	19	70,4	9	81,8	
FT4 (nmol/l)	< 11,5	41	33,6	12	32,4	11	40,7	5	45,5	0,708
	11,5-23,2	80	65,6	25	67,6	15	55,6	6	54,5	
	> 23,2	1	0,8	0		1	3,7	0		

Nhận xét: ít có sự thay đổi nồng độ hormon tuyến giáp tại các thời điểm sau điều trị ngoại khoa ($p > 0,05$).

Bảng 3.39: Điều trị nội khoa sau phẫu thuật

Điều trị nội khoa	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không	31	21,8
Có	111	78,2
. L thyroxin	22	19,8
. Corticoid	1	0,9
. L thyroxin + corticoid	85	76,6

Nhận xét: trong số 142 bệnh nhân được theo dõi, tỷ lệ được điều trị là 78,2% (111/142), trong đó chủ yếu là phối hợp 2 loại thuốc L thyroxin và corticoid (76,6%), điều trị L thyroxin đơn thuần chiếm 19,8%.

Bảng 3.40: Liên quan giữa nồng độ hormon giáp với điều trị nội khoa sau phẫu thuật

Chỉ số	Không điều trị (n=31)	Có điều trị (n=111)	So sánh (p)
T3	2,05 ± 2,36	2,02 ± 2,14	0,865
TSH	6,69,5 ± 7,93	4,87 ± 3,82	0,014
FT4	12,85 ± 4,32	14,08 ± 0,29	0,906

Kết quả bảng trên cho thấy hormon T3 không có sự thay đổi giữa có điều trị và không điều trị, tuy nhiên chỉ có ở hormon TSH đã giảm và sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Chương 4 BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Tỷ lệ mắc bệnh và sự phân bố của bệnh

Tỷ lệ mắc bệnh Hashimoto trong cộng đồng khoảng 0,1 đến 0,2% tương đương tỷ lệ của bệnh Basedow (từ 0,1 - 1,5 trường hợp/1000 người dân/năm).

4.1.2. Tuổi mắc bệnh

Tuổi trung bình của bệnh Hashimoto đơn thuần là $40,2 \pm 12,8$. Tuổi trung bình của những bệnh nhân Hashimoto kết hợp ung thư tuyến giáp cao hơn so với nhóm bệnh nhân bị bệnh Hashimoto đơn thuần có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Về lứa tuổi mắc bệnh Hashimoto đơn thuần hoặc bệnh Hashimoto kết hợp các bệnh khác đều phù hợp với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài.

4.1.3. Tỷ lệ mắc bệnh theo giới

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nữ giới mắc bệnh Hashimoto cao gấp 20 lần số bệnh nhân nam: 180/9 (95,2% nữ giới mắc bệnh so với 4,8% nam giới mắc bệnh), kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nhận xét của các tác giả khác (tỷ lệ nữ mắc bệnh so với nam giới từ 15 - 20 lần).

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Đánh giá về các triệu chứng, trong nghiên cứu của chúng tôi, không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm bệnh nhân nghiên cứu, riêng chỉ có sự khác biệt về cảm giác bó chặt giữa bệnh Hashimoto với Hashimoto + K với ($p < 0,001$). Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài khi nghiên cứu về các triệu chứng lâm sàng như biểu hiện chèn ép sớm ở vùng cổ là một dấu hiệu có ý nghĩa để phân biệt bệnh Hashimoto với nhóm bệnh bướu giáp đơn thuần.

+ **Đặc điểm bướu giáp trong bệnh viêm tuyến giáp tự miễn Hashimoto**

- **Bướu giáp to dần** là triệu chứng gặp ở hầu hết các bệnh nhân bị bệnh Hashimoto, tỷ lệ bướu thể nhân chiếm tỷ lệ cao hơn so với bướu thể lan tỏa. Đối với bệnh Hashimoto + Basedow chủ yếu là thể lan tỏa (94,1%), bệnh Hashimoto + Tăng sản (40,%), bệnh Hashimoto đơn thuần thể lan tỏa chiếm 20,6%.

- **Về đặc điểm bề mặt của bướu giáp:**

Kết quả cho thấy bệnh Hashimoto + Basedow 100% là bướu có bề mặt nhẵn, bệnh Hashimoto đơn thuần chỉ chiếm 31,6% ($p < 0,05$).

- **Về biểu hiện ranh giới của bướu giáp:**

Đa số bướu giáp có ranh giới rõ ràng: 98,9% trong đó ở nhóm bệnh Hashimoto đơn thuần có 100%, nhóm bệnh Hashimoto kết hợp tăng sản có 100%, nhóm bệnh Hashimoto kết hợp ung thư tuyến giáp có 94,7%...

- **Về mật độ của bướu giáp:**

Những biến đổi về mật độ bướu giáp khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm, với $p > 0,05$.

- **Về mức độ di động của bướu giáp:**

Đánh giá mức độ di động của bướu giáp cho thấy có 93,7% số bướu di động.

- Về độ lớn của bướu giáp:

Kết quả trên cho thấy tỷ lệ bướu độ III, IV chiếm chủ yếu 54,7%, trong đó bệnh Hashimoto đơn thuần chiếm 64%, cao hơn so với các nhóm bệnh Hashimoto kết hợp K giáp và nhóm bệnh Hashimoto kết hợp u tuyến giáp.

- Về mức độ tiến triển của bướu giáp:

Kết quả trên cho thấy bệnh Hashimoto kết hợp với K giáp tiến triển nhanh hơn so với bệnh Hashimoto đơn thuần, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Về các đặc điểm bướu giáp phát hiện được trong quá trình phẫu thuật:

- Tình trạng dính của bướu giáp khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tổn thương giải phẫu bệnh ($p < 0,001$).

- Màu sắc của bướu giáp khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tổn thương giải phẫu bệnh ($p < 0,05$).

- Tình trạng mật độ tuyến giáp khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tổn thương giải phẫu bệnh ($p < 0,001$).

- Tình trạng của nhu mô tuyến giáp khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tổn thương giải phẫu bệnh ($p < 0,001$). Sự khác biệt giữa nhóm bệnh Hashimoto đơn thuần và các nhóm bệnh Hashimoto kết hợp bệnh khác về tình trạng nhu mô khi đang phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

- Tình trạng mạch máu nuôi dưỡng và mức độ tưới máu mặt cắt của nhu mô tuyến giáp khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tổn thương giải phẫu bệnh ($p < 0,001$). Sự khác biệt giữa nhóm bệnh Hashimoto đơn thuần với các nhóm khác về mức độ xuất huyết mặt cắt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Nồng độ T_3 , T_4 , TSH

Nồng độ hormon giáp T_4 , hormon TSH khác nhau có ý nghĩa giữa bệnh Hashimoto so với các bệnh lý tuyến giáp khác

($p < 0,001$). Chi số về nồng độ TSH có ý nghĩa để phân biệt giữa bệnh Hashimoto và bệnh lý khác của bướu giáp.

Xét nghiệm tế bào - chọc hút chẩn đoán

Kết quả chọc hút bằng kim nhỏ FNA so với chẩn đoán bằng mô bệnh học sau khi phẫu thuật cho thấy tỷ lệ chẩn đoán đúng chỉ đạt 48,1%, riêng đối với bệnh Hashimoto đơn thuần chiếm 66,9%.

Về giá trị chẩn đoán của phương pháp chọc hút bằng kim Trucut trong nghiên cứu của chúng tôi là 69,5%, đối với bệnh Hashimoto đơn thuần tỷ lệ chẩn đoán đúng tới 97,1%.

Chẩn đoán trước mổ phù hợp với mô bệnh học là 137/189 (72,5%), trong đó tỷ lệ chẩn đoán đúng của bệnh Hashimoto là 111/136 (81,6%), bệnh Hashimoto với KTG chiếm 15/19 (78,9%), bệnh Hashimoto + Basedow: 11/17 (64,7%).

Tỷ lệ chẩn đoán đúng sau phẫu thuật so với giải phẫu bệnh là: 156/189 (82,5%), chẩn đoán đúng bệnh Hashimoto là 126/136 (92,6%), bệnh Hashimoto + K giáp chiếm 16/19 (78,9%), bệnh Hashimoto + Basedow là 82,4%.

4.3. Phương pháp phẫu thuật

Đa số bệnh nhân được thực hiện phương pháp cắt gần hoàn toàn tuyến giáp. Có 3 bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp.

Đánh giá đặc điểm hình thái đại thể (nhân, hỗn hợp, lan tỏa) của bướu giáp khi phẫu thuật cho thấy có sự khác biệt giữa các nhóm so với bệnh Hashimoto đơn thuần có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Đánh giá bề mặt bướu có sự khác biệt giữa nhóm bị bệnh Hashimoto đơn thuần và các nhóm về bề mặt u là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Tỷ lệ tai biến trong mổ trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp, đó 1 trường hợp chảy máu và 1 trường hợp co thắt thanh môn. Với các tai biến sau phẫu thuật tỷ lệ cũng rất thấp với 2,1% có chảy máu phải xử trí, 2,6% có cơn tetani, 0,5% suy hô hấp và 0,5% khàn tiếng. Kết quả ra viện cho thấy có 96,8% số các bệnh nhân đạt kết quả tốt sau khi ra viện, 3,2% đạt kết quả khá. Điều này chứng tỏ

phương pháp phẫu thuật là đúng, chiến lược điều trị bệnh Hashimoto bằng phẫu thuật là hợp lý, kinh nghiệm của các phẫu thuật viên tốt, trang thiết bị đảm bảo, nguyên tắc vô trùng, chăm sóc hộ phẫu tốt...

4.4. Theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật

Trong số 189 bệnh nhân trong nghiên cứu, chúng tôi đã theo dõi được 142 bệnh nhân, có 11 bệnh nhân đã điều trị ngoại khoa trên 36 tháng. Khi so sánh các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị đã được cải thiện rõ rệt và cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Nồng độ hormon giáp cũng có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê trước và sau phẫu thuật với $p < 0,01$.

Theo dõi sau phẫu thuật 12 tháng, ít thấy sự thay đổi nồng độ TSH tại các thời điểm sau điều trị ngoại khoa ($p > 0,05$).

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 189 bệnh nhân có bệnh Hashimoto được điều trị phẫu thuật (có xác định về giải phẫu) chúng tôi rút ra một số kết luận:

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong chẩn đoán bệnh Hashimoto:

Tỷ lệ bệnh Hashimoto đơn thuần là: 72%; bệnh Hashimoto + tăng sản: 2,6%; bệnh Hashimoto + K tuyến giáp: 10,1%; bệnh Hashimoto + Basedow: 9% và bệnh Hashimoto + u tuyến tuyến giáp: 6,3%.

Bệnh gặp chủ yếu ở nữ, 180/9 (20/1), tuổi mắc bệnh trung bình đối với bệnh Hashimoto đơn thuần là: $40,2 \pm 12,8$, trong khi đó nhóm bệnh Hashimoto + K tuyến giáp là $46 \pm 9,5$; nhóm bệnh Hashimoto + Basedow là $27,5 \pm 8,4$ và nhóm bệnh Hashimoto + u tuyến tuyến giáp là $38,1 \pm 10,1$. Tỷ lệ này khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Nuốt vướng: 69,5,2%, cảm giác bó chặt cổ: 84,2%, cảm giác đau: 8,1%, cảm giác khó thở: 34,6%, sút cân và run tay: 19,9%, sợ lạnh: 19,1%, hồi hộp lo âu: 70,6%, buồn ngủ, mệt mỏi: 83,8%, tóc móng dễ gãy: 14,7%

Nồng độ hormon giáp T_4 , hormon TSH khác nhau có ý nghĩa giữa bệnh Hashimoto so với các bệnh lý tuyến giáp khác ($p < 0,001$).

Tỷ lệ chẩn đoán đúng bệnh Hashimoto nói chung bằng phương pháp chọc hút bằng kim nhỏ FNA đạt 48,1%, bệnh Hashimoto đơn thuần chiếm 66,9%.

Phương pháp chọc hút bằng kim Trucut cho tỷ lệ chẩn đoán đúng đạt 69,5%, riêng đối với bệnh Hashimoto đơn thuần tới 97,1%.

Chẩn đoán trước mổ phù hợp với giải phẫu bệnh là 137/189 (72,5%), trong đó tỷ lệ chẩn đoán đúng của bệnh Hashimoto đơn thuần là 111/136 (81,6%), bệnh Hashimoto với K tuyến giáp chiếm 15/19 (78,9%), bệnh Hashimoto + Basedow: 11/17 (64,7%).

Tỷ lệ chẩn đoán đúng sau phẫu thuật so với giải phẫu bệnh là: 156/189 (82,5%), chẩn đoán đúng của bệnh Hashimoto là 126/136 (92,6%), bệnh Hashimoto + K tuyến giáp chiếm 16/19 (78,9%), bệnh Hashimoto + Basedow là 82,4%.

2. Chỉ định, chiến thuật và kết quả theo dõi sau mổ

➤ Chỉ định phẫu thuật :

. Bướu giáp to (độ III, IV và V), tiến triển nhanh với các biểu hiện: chèn ép (khó thở, nuốt vướng, đau kéo dài, đầy khí quản, v.v...).

. Giải quyết vấn đề thẩm mỹ (bướu to, sẹo xấu, ...)

. Bướu giáp Hashimoto có phối hợp với các thể bệnh lâm sàng khác như: K giáp, Basedow, tăng sản hoặc u tuyến giáp...).

➤ Chiến thuật mổ :

Với bệnh Hashimoto đơn thuần:

Khi mổ cắt bỏ vùng tuyến giáp bị tổn thương, cắt bỏ phần eo để chống hiện tượng chèn ép khí quản, hạn chế được tỷ lệ nhược giáp sau phẫu thuật.

Trong quá trình phẫu thuật, chủ động cắt bỏ các nhân trong bao tuyến giáp nếu có.

Giải phóng được các chèn ép vùng cổ có hiệu quả mà do tuyến giáp gây ra.

Tránh thất các mạch máu nuôi dưỡng tuyến giáp.

Bệnh Hashimoto kết hợp Basedow :

Chiến thuật mổ là cắt gần hoàn toàn tuyến giáp cũng như chủ động xẻ eo tuyến giáp.

Bệnh Hashimoto kết hợp u tuyến tuyến giáp kết hợp:

Cắt bán phần tuyến giáp và giải phóng eo.

Bệnh Hashimoto kết hợp ung thư hoặc nghi ngờ ung thư hay tăng sản tuyến giáp:

Cắt hoàn toàn tuyến giáp được chỉ định

➤ Kết quả theo dõi sau mổ:

- Không có biến chứng sau mổ, tổn thương dây thần kinh quặt ngược tạm thời là 1/189, cơn tetani tạm thời sau mổ: 5/189 (2,6%).

- Kết quả tốt khi bệnh nhân ra viện chiếm 96,8% và khá chiếm 3,2%.

. Nồng độ hormon tuyến giáp T3, FT4 trở về mức giới hạn bình thường cao, so với trước điều trị phẫu thuật ($p < 0,001$).

. Tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng L thyroxin và corticoid chiếm 78,2% và nồng độ TSH nhóm có điều trị nội khoa thấp hơn so với nhóm không điều trị nội khoa sau mổ ($p < 0,05$).

KIẾN NGHỊ

1. Đối với các bệnh nhân là nữ, tuổi < 40 , bướu to độ III, IV, có biểu hiện chèn ép (nói khó, nói khàn, nuốt vướng...), mật độ chắc cứng, v.v... nên nghĩ đến bệnh Hashimoto kết hợp với một bệnh khác. Cần phải tiến hành các xét nghiệm chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, kim Trucut và mô bệnh học.

2. Nên thực hiện các xét nghiệm: Hóa mô miễn dịch, xạ hình tuyến giáp trong một số trường hợp bệnh Hashimoto kết hợp với ung thư hoặc nghi ngờ ung thư.