

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN GIÁP NỘI SOI QUA ĐƯỜNG VÚ- NÁCH

Phạm Như Hiệp<sup>1</sup>, Tôn Thất Cầu<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Tùng<sup>1</sup>,  
Đặng Như Bảo<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Dũng<sup>1</sup>,  
Nguyễn Văn Phúc<sup>1</sup>, Hoàng Nguyễn Hoài An<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật nội soi tuyến giáp được Huscher thực hiện lần đầu tiên vào năm 1997. Ngày nay, phẫu thuật này được ứng dụng tại nhiều nước trên thế giới. Lợi ích quan trọng của phẫu thuật nội soi tuyến giáp mang lại là tính thẩm mỹ cao và giúp bệnh nhân đạt trạng thái tốt nhất sau phẫu thuật. Phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi qua đường nách – quầng vú bằng dao siêu âm đảm bảo tính thẩm mỹ và an toàn trong điều trị.

**Mục tiêu:** Mô tả kỹ thuật và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi qua đường vú nách.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các bệnh nhân được chẩn đoán bướu giáp; nghiên cứu mô tả tiến cứu

**Kết quả nghiên cứu:** Từ tháng 10 năm 2012, chúng tôi đã áp dụng kỹ thuật mới cắt tuyến giáp nội soi cho các trường hợp bướu giáp tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Huế. 38 bệnh nhân (34 nữ, 4 nam), tuổi trung bình 25 (15- 45); 34 trường hợp (89%) bướu giáp đơn nhân, 3 trường hợp (8%) bướu giáp đa nhân một thùy, 1 trường hợp (3%) bướu giáp đa nhân hai thùy được phẫu thuật cắt gần toàn bộ một thùy, cắt toàn bộ một thùy và cắt giảm giáp hai thùy. Chẩn đoán khối u tuyến giáp trước mổ được thực hiện bằng khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào học, siêu âm vùng cổ và định lượng FT4, TSH. Kỹ thuật được thực hiện với tư thế bệnh nhân nằm ngửa, gây mê toàn thân qua nội khí quản.

Ba trocar được đặt vào vị trí nách và quầng vú cùng bên. Tạo khoang phẫu thuật từ mặt trước cơ ngực lớn cho đến vùng cổ dưới cơ bám da bằng cắt đốt đơn cực và bơm liên tục khí CO<sub>2</sub> với áp lực 10-12 mmHg. Bướu giáp nhân được bộc lộ bằng cách phẫu tích dọc bờ trước cơ ức đòn chũm và được cắt bỏ bằng dao siêu âm. Sau mổ không xảy ra các biến chứng như liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược, cơn tetany, tràn khí dưới da hay bỏng da...; bệnh nhân ít đau sau mổ, phục hồi các chức năng hoạt động vùng cổ sớm, mức thẩm mỹ cao. Kết quả mô bệnh học sau mổ với 95% u tuyến nang lạnh tính. Tất cả bệnh nhân đều hài lòng với kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật nội soi.

**Kết luận:** Đây là phương pháp khả thi, kỹ thuật mổ an toàn và hiệu quả. Phương pháp này có thể áp dụng đối với các trường hợp bướu giáp đơn nhân, bướu giáp đa nhân, phì đại tuyến giáp trong basedow và ung thư giáp.

**Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi tuyến giáp, đường vú nách.

### ABSTRACT

#### THE RESULTS OF ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VIA BREAST- AXILLARY APPROACH

Pham Nhu Hiep<sup>1</sup>, Ton That Cau<sup>1</sup>, Nguyen Dinh Tung<sup>1</sup>,  
Dang Nhu Bao<sup>1</sup>, Nguyen Viet Dung<sup>1</sup>,  
Nguyen Van Phuc<sup>1</sup>, Hoang Nguyen Hoai An<sup>1</sup>

**Background:** Endoscopic thyroidectomy performed for the first time in 1997 by Huscher. Today, this procedure is used in many countries around the world. The potential advantages of the endoscopic

- I. Trung tâm Ung Bướu, BVTW Huế
- Ngày nhận bài (received): 12/7/2013; Ngày phản biện (revised): 25/7/2013;
  - Ngày đăng bài (accepted): 26/8/2013
  - Người phản biện: TS. Phạm Nguyễn Tường; TS. Phùng Phương
  - Người phản hồi (corresponding author): Nguyễn Việt Dũng
  - Email: drdung1@gmail.com

## Kết quả phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi qua đường vú-nách

technique have better cosmetic results and better patient comfort. Endoscopic thyroidectomy via breast-axillary approach with harmonic scalpel is both safe and cosmetic.

**Objective:** To describe endoscopic technique and to evaluate efficacy of endoscopic thyroidectomy via breast-axillary approach.

**Patients and method:** Patients were diagnosed thyroid goiter; prospective descriptive study

**Results:** Since October 2012, we have applied a new technique endoscopic thyroidectomy for thyroid goiters at Oncology Center, Hue Central Hospital. 38 cases (34 females – 4 males), mean age was 25 (range 15 to 45); 34 solitary nodular goiter (89%), 3 multinodular at one lobe (8%) and 1 multinodular at two lobes (3%) underwent near-total or total lobectomy and near-total thyroidectomy. The preoperative diagnosis of thyroid tumors was established by using physical examination, fine-needle aspiration cytology, USG neck and FT4, TSH tests. The procedure is performed with the patient in a supine position under general anesthesia with endotracheal intubation. Three trocars are inserted at 3 positions as axilla and breast nipple. The working space is created above pectoral muscle advancing towards the subplatysmal plane by monopolar cautery and maintained with a continuous pressure of 10 to 12 mmHg carbon dioxide (CO<sub>2</sub>). Thyroid nodule is exposed by dissection through along the SCM anterior border and removed by Harmonic scalpel. There were no postoperative complications such as recurrent laryngeal nerve palsy nor postoperative tetany, no subcutaneous emphysema nor ecchymosis...; less postoperative pain, earlier return to regular activities, superior cosmetic appearance. Histopathological results were follicular adenomas for 95%, 5% in all cases were papillary carcinoma. All patients are satisfied with the cosmetic results.

**Conclusions:** It is a feasibility, safe and effective technique. It is possible to achieve in cases: solitary nodular goiter, multinodular goiter, hyperthyroidism and thyroid cancer.

**Key words:** Endoscopic thyroidectomy, breast-axillary approach.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý bướu giáp rất phổ biến tại các nước trên thế giới và đặc biệt có tỷ lệ cao ở Châu Á như Trung Quốc, Hàn Quốc, Nhật Bản, Đông Nam Á... Tại một số nước Âu Mỹ, đây cũng là loại bệnh lý được quan tâm. Ở các bệnh viện lớn của nước ta, hàng năm phải tiếp nhận điều trị từ 500 cho đến trên 1000 ca bướu giáp. Điều trị bướu giáp chủ yếu vẫn là phẫu thuật, bên cạnh mổ hở kinh điển, phẫu thuật nội soi trong điều trị bướu giáp là kỹ thuật mới bắt đầu được ứng dụng trên thế giới từ những năm cuối của thập niên 90 xuất phát từ những yêu cầu thực tế đó là giảm thiểu mức độ xâm lấn của kỹ thuật, cải thiện tính thẩm mỹ và giảm biến chứng sau mổ. Tại Việt Nam, Bệnh viện Nội tiết Trung ương Hà Nội là cơ sở tiên phong áp dụng loại hình phẫu thuật này, các Bệnh viện khác như Bệnh viện Nhân dân Gia Định, Bệnh viện Bình Dân cũng đã có báo cáo thực hiện. Tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi qua đường vú-nách từ tháng 10 năm 2012. **Mục tiêu:** Mô tả kỹ thuật và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt

tuyến giáp nội soi qua đường vú-nách tại Bệnh viện Trung ương Huế.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Các trường hợp bướu giáp được phẫu thuật nội soi từ tháng 10 năm 2012 đến tháng 7 năm 2013 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:**

- Bệnh nhân có nhu cầu cao về thẩm mỹ, bệnh nhân trẻ tuổi, phụ nữ.
- Bệnh nhân được chẩn đoán Bướu giáp qua khám lâm sàng và siêu âm tuyến giáp.
- Xét nghiệm tế bào học trước mổ là u tuyến nang lành tính
- Xét nghiệm chức năng tuyến giáp là bình giáp.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật nội soi.
- Bướu giáp phì đại chèn ép, rối loạn chức năng tuyến giáp, chẩn đoán ung thư tuyến giáp

trước mổ, bấu giáp tái phát, sẹo lớn vùng cổ.

### Kỹ thuật mổ:

Bệnh nhân nằm ngửa, được gây mê nội khí quản, tư thế ngửa cổ và nghiêng đầu qua bên đối diện. Màn hình nội soi đặt trước mặt phẫu thuật viên. PTV có thể đứng cùng bên với vị trí bấu, người phụ đứng đối bên, người thao tác camera đứng cùng bên. Rạch da 10 mm vị trí đường nách trước cùng bên vị trí bấu, đặt trocar 10mm hướng về hõm ức mặt trên cơ ngực lớn, trocar này được đặt camera 30°. Hai trocar 5mm tiếp theo được đặt vị trí quàng vú và khe nách trước dùng để phẫu tích. Dùng đốt điện đơn cực tạo khoang phẫu thuật từ vùng ngực cho đến vùng cổ và được duy trì bằng khí CO<sub>2</sub> bơm liên tục với áp lực 10-12 mmHg. Khoang phẫu thuật được tạo cho đến đường giữa cổ, giới hạn trên vượt qua xương móng qua toàn bộ khối cơ trước giáp cùng bên. Bộc lộ tuyến giáp qua bờ trước cơ ức đòn chũm và cơ ức giáp, xác định khoang vô mạch để kiểm soát tốt cực trên tuyến giáp đồng thời bảo tồn được thần kinh thanh quản trên; các tuyến cận giáp và thần kinh thanh quản dưới ngược được phẫu tích và bảo tồn. Dùng dao siêu âm để cắt gần trọn thùy tuyến giáp. Lấy bấu qua vị trí đặt trocar 10mm ở đường nách trước. Đặt dẫn lưu qua trocar 10mm. Khâu các lỗ trocar. Dẫn lưu vết mổ được rút vào ngày thứ 2. Bệnh nhân xuất viện sau 5-7 ngày, cắt chỉ sau 1 tuần.

### III. KẾT QUẢ

Triển khai kỹ thuật từ tháng 10 năm 2012 đến nay, chúng tôi đã bước đầu thực hiện được 38 trường hợp bấu giáp đơn nhân, đa nhân.

34 trường hợp nữ giới (89%) và 4 trường hợp nam giới (11%)

**Tuổi trung bình:** 25 (15 – 45 )

#### Chẩn đoán

- Bấu giáp đơn nhân: 34 (89%)
- Bấu giáp đa nhân 1 thùy: 3 (8%), 2 thùy: 1 (3%)
- FNA, Siêu âm: u tuyến nang: 31 (82%), u tuyến 7 (8%)
- Kích thước bấu TB 2,4 cm (1,5 – 4cm)

### Phương pháp mổ:

- Cắt gần toàn bộ thùy giáp: 35 (92%)
- Cắt toàn bộ một thùy giáp: 2 (5%)
- Cắt giảm giáp 2 thùy : 1 (3%)

### Kết quả phẫu thuật:

- Máu mất trong mổ: 25ml (10- 50 ml)
- Thời gian mổ trung bình: 95 phút (50 -150 phút)
- Các biến chứng trong và sau mổ:
  - + Không có trường hợp nào phải chuyển sang mổ hở
  - + Không gây thủng da, bỏng da, chảy máu cấp, tổn thương cơ quan lân cận trong mổ
  - + Tất cả các trường hợp có đau nhẹ vùng mổ sau phẫu thuật ngày đầu
  - + Không có tràn khí dưới da nặng hay tụ dịch, chảy máu sau mổ
  - + 2 trường hợp bầm da vùng cổ sau phẫu thuật
  - + Tất cả đều nói rõ sau phẫu thuật
  - + Không tê rần chi, mặt, cơn tetani do hạ calci máu sau phẫu thuật (lâm sàng và xét nghiệm điện giải đồ)
  - + Không khó thở, không nuốt vướng, ứ đọng sặc sau phẫu thuật
  - + Không có trường hợp nào dính vết mổ sau phẫu thuật
  - + Không có rối loạn cảm giác da vùng mổ
  - + Phục hồi hoạt động chức năng vận động sớm sau mổ
  - + Chức năng tuyến giáp bình thường sau phẫu thuật
- Mô bệnh học: 36 (95%) u tuyến nang lành tính, 2 (5%) carcinoma thể nhú trong đó 1 bệnh nhân được tiến hành cắt toàn bộ tuyến giáp sau 10 ngày bằng mổ hở, 1 bệnh nhân chưa vào điều trị triệt để.
- Bệnh nhân đều hài lòng kết quả thẩm mỹ, không có sẹo ở cổ, cảm giác chủ quan tốt. Các vết sẹo ở vùng vú nách nhỏ đẹp, được giấu vào vùng nách và quàng vú. 1 bệnh nhân carcinoma thể nhú sau phẫu thuật nội soi được điều trị cắt toàn bộ tuyến giáp bằng mổ hở thuận lợi, không dính vết mổ, đường mổ vùng cổ 3cm, không có các biến chứng, bệnh nhân yên tâm và hài lòng với kết quả phẫu thuật và thẩm mỹ.

- Kết quả thăm khám sau mổ, tuyến giáp bình thường không có nhân, chức năng tuyến giáp bình thường.

### IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật tuyến giáp có một lịch sử phát triển lâu dài. Cuối thế kỷ 19, Theodor Kocher, đã hoàn chỉnh kỹ thuật cắt tuyến giáp hở; về kỹ thuật cắt tuyến giáp, từ điều trị các bệnh lý lành tính cho đến ung thư đã có những tiến bộ đáng kể, phẫu thuật chú trọng đến vấn đề điều trị triệt để với mục tiêu điều trị khỏi bệnh, đây là phẫu thuật kinh điển. Có một thực tế là, bên cạnh các bệnh lý tuyến giáp được xem là “nặng” như ung thư giáp, bướu giáp đa nhân lớn, bướu giáp phì đại chèn ép, viêm giáp tự miễn..., nhất thiết phải áp dụng kỹ thuật mổ hở nhằm can thiệp chính xác và đảm bảo nguyên tắc phẫu thuật triệt căn thì cũng có những loại bệnh lý tuyến giáp “nhẹ” như bướu giáp nhân, đa nhân nhỏ..., có cần thiết phải áp dụng phẫu thuật hở? Bất lợi của phẫu thuật này đó là ảnh hưởng lớn đến tính thẩm mỹ với vết sẹo dài ở vùng cổ, đối với các bệnh nhân trẻ tuổi đặc biệt là nữ giới thì khó có thể chấp nhận. Ngoài ra, còn gặp các biểu hiện khác như nuốt vướng do dính, dị cảm vùng cổ... Đã có những tiến bộ trong việc cải thiện vấn đề này, đó là việc thu gọn đường mổ và trường phẫu tích, nhưng vẫn không giải quyết tốt nhu cầu thẩm mỹ cao của người bệnh. Mãi đến sau một thế kỷ, những năm cuối của thập niên 90 đánh dấu cho phẫu thuật nội soi tuyến giáp ra đời, Gagner thực hiện ca phẫu thuật nội soi vùng cổ đầu tiên đó là cắt tuyến cận giáp vào năm 1996 [4]. Một năm sau, Huscher là người đầu tiên cắt thùy phải tuyến giáp bằng nội soi [5]. Cho đến nay, phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp đã trở nên phổ biến trên thế giới với nhiều kỹ thuật tinh tế, thẩm mỹ tuy có nhiều ưu khuyết điểm khác nhau. Ưu điểm lớn nhất của phẫu thuật nội soi tuyến giáp đó là tính thẩm mỹ cao, giảm biến chứng so với phẫu thuật hở, phục hồi chức năng hoạt động sớm, bên cạnh đó cũng tồn tại những bất lợi đó là khó thực hiện đối với các bướu quá lớn, đòi hỏi phương tiện và kỹ năng, thời gian mổ kéo dài, giá thành cao....

Phẫu thuật nội soi có thể được chỉ định cho các trường hợp bướu giáp đơn nhân, đa nhân, phì đại giáp do cường giáp, viêm giáp tự miễn tuy nhiên kích thước bướu phải được giới hạn, nhiều phẫu thuật viên khuyến cáo nên mổ đối với các trường hợp bướu giáp nhân kích thước nhỏ hơn 4cm [1], [2], [3], [8]. Tuy nhiên, trên thực tế, có thể áp dụng đối với bướu kích thước lớn hơn và đây không phải là tiêu chuẩn bắt buộc tùy thuộc vào kinh nghiệm, kỹ năng của từng phẫu thuật viên và tùy thuộc vào bản chất của bướu. Chỉ định có thể được mở rộng đối với các trường hợp ung thư tuyến giáp nguy cơ thấp như ung thư dạng nhú, nang... Phương pháp phẫu thuật có thể là cắt bướu, cắt thùy giáp hoặc cắt toàn bộ tuyến giáp. Phẫu thuật nội soi tuyến giáp đòi hỏi kinh nghiệm và kỹ năng cao với trường mổ hẹp khó thao tác trong khi vùng cổ là vùng giải phẫu phức tạp, nguy cơ xảy ra biến chứng ngay cả đối với phẫu thuật hở với nhiều cơ quan quan trọng phải xác định và bảo tồn như bó mạch cảnh, thực quản, khí quản, thần kinh thanh quản và tuyến cận giáp... Đối với những cơ sở mới bắt đầu triển khai kỹ thuật nên chăng phải chọn lọc chỉ định và nên áp dụng đối với bướu có kích thước nhỏ, nguy cơ biến chứng phẫu thuật thấp. Bệnh viện của chúng tôi là cơ sở có kinh nghiệm trong phẫu thuật đầu cổ cũng như trong phẫu thuật nội soi chuyên biệt nhưng chúng tôi cũng chọn con đường này, thời gian sắp tới chúng tôi sẽ triển khai mạnh mẽ và mở rộng chỉ định đúng hướng trong điều trị phẫu thuật nội soi bệnh lý tuyến giáp.

Có nhiều cách tiếp cận tuyến giáp bằng nội soi với mục đích giảm thiểu tối đa xâm nhập và đau thao tác. Đường vào có thể là vùng cổ (Chowbey, Yueng, Cougard, Micolli, Yeh.), vùng ngực trước (Park, Shimizu.), vùng vú nách (Ikeda, Chantawibul, Kitano...) [6], [7], [8], [9], [10], [11], [12], [13]. Hạn chế của đường vào vùng cổ là không tránh được sẹo vùng cổ, tuy nhỏ; vùng ngực trước thường gây sẹo lồi, đau sau mổ. Đường vào vùng vú nách được nhiều phẫu thuật viên ưa thích lựa chọn, trong đó phương pháp ABBA (axillo- bilateral- breast approach)- đặt hai trocar vào quầng vú hai bên và

một trocar vùng nách cùng bên với bướu là phương pháp có nhiều ưu điểm nổi bật, có thể đồng thời cắt bỏ được bướu giáp hai thùy bằng cách chuyển vị trí trocar nách đối bên một cách linh hoạt tuy nhiên có những hạn chế về quan sát và phẫu tích đối với cực trên và mặt bên tuyến giáp trong cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp, tạo khoang phẫu thuật dài [15]. Chúng tôi chọn đường vào với vị trí ba trocar, hai trocar ở đường nách trước (5mm và 10mm) và một trocar ở quầng vú (5mm), về mặt thẩm mỹ đây là lựa chọn hợp lý vì sẹo được giấu vào nách và quầng vú, diện phẫu tích tạo khoang vừa đủ trong khi vẫn có thể kiểm soát tốt mặt bên và cực trên tuyến giáp trong phẫu tích tránh tổn thương thần kinh thanh quản và tuyến cận giáp trong mổ; bộc lộ thùy giáp qua đường bên dọc bờ trước cơ ức đòn chũm tránh được nguy cơ dính da cổ so với bộc lộ qua đường giữa cổ.

Để tạo khoang phẫu thuật, chúng tôi sử dụng bơm liên tục khí CO<sub>2</sub> với áp lực 10-12 mmHg, đây là áp lực đủ cho phẫu tích đồng thời tránh được các biến chứng như tăng CO<sub>2</sub> máu gây toan hóa máu và tràn khí dưới da. Về thời gian phẫu thuật, so với các tác giả khác, với Ikeda, Takami (2004), thời gian phẫu thuật cắt bướu trung bình là 175 phút; với Kitano (2002), thời gian phẫu thuật trung bình cho cắt bỏ bướu lớn và toàn bộ tuyến giáp là 270 phút [6], [7], [9], [10]; chúng tôi phẫu thuật với thời gian ít hơn nhiều do hầu hết các ca là cắt bướu hoặc cắt gần hoàn toàn thùy giáp. Lượng máu mất trong phẫu thuật là chấp nhận được so với các nghiên cứu khác.

Sử dụng dao siêu âm trong cắt tuyến giáp có nhiều ưu điểm đó là cắt được các mạch máu có đường kính dưới 5mm và không sinh nhiệt cao như đốt điện nên đã hạn chế được chảy máu trong và sau mổ và không ảnh hưởng đến các cơ quan xung quanh như khí quản, thần kinh thanh quản, tuyến cận giáp... tránh được các biến chứng sau mổ.

Bệnh nhân sau mổ ổn định, đau nhẹ vùng phẫu tích ngực và cổ, không nuốt vướng hay uống sặc, vận động vùng cổ tốt. Trong thời gian theo dõi ít nhất là một tháng sau phẫu thuật không xảy ra tình trạng dị cảm vùng cổ, không dính vết mổ, cảm giác chủ quan dễ chịu, chức năng tuyến giáp bình thường, sẹo các lỗ trocar nhỏ, đẹp. Tất cả bệnh nhân đều hài lòng với kết quả thẩm mỹ và phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 38 trường hợp phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi qua đường vú-nách tại Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Bệnh nhân nữ chiếm đa số 89%.
- Tuổi trung bình: 25 (15 – 45 )
- Chẩn đoán: chủ yếu là bướu giáp đơn nhân, FNA và siêu âm là u tuyến nang 82% trường hợp, 8% u tuyến; kích thước bướu TB 2,4 cm (1,5 – 4cm)
- Phương pháp mổ chủ yếu là cắt gần toàn bộ thùy giáp
- Máu mất trong mổ: 25ml (10- 50ml)
- Thời gian mổ trung bình: 95 phút (50 -150 phút)
- Không có các biến chứng trong và sau mổ
- Mô bệnh học: 95% u tuyến nang lành tính, 5% carcinoma giáp thể nhú
- Tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật nội soi
- Kết quả thăm khám sau mổ nội soi: tuyến giáp không có nhân, chức năng tuyến giáp bình thường.

Phẫu thuật nội soi cắt bướu giáp qua đường vú-nách có nhiều ưu điểm như tính thẩm mỹ cao, an toàn và hiệu quả. Bệnh nhân hồi phục nhanh sau mổ, ít biến chứng. Phẫu thuật có thể áp dụng cho các trường hợp bướu lớn, bướu đa nhân và ung thư giáp nguy cơ thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

*Có 14 tài liệu tham khảo nếu có nhu cầu, xin độc giả liên hệ với tác giả*