

#### TỔNG QUAN

- 1 Hiểu thêm về liệu pháp kháng sinh trong nhiễm trùng bàn chân đái tháo đường  
\* Lê Tuyết Hoa

#### NGHIÊN CỨU Y HỌC

- 6 Phẫu thuật kết hợp xương néo ép trong điều trị gãy xương bánh chè  
\* Trương Trí Hữu, Chan Vuthy
- 14 Kết hợp xương nẹp vít khóa luôn dưới da trong điều trị gãy đầu dưới xương chày  
\* Trương Trí Hữu, Hoàng Thanh Hà
- 21 Điều trị gãy đầu dưới xương đùi bằng nẹp vít khóa với kỹ thuật ít xâm lấn  
\* Trương Trí Hữu, Trần Chí Khôi
- 28 Phẫu thuật điều trị khớp giả thân xương đùi ở người lớn  
\* Lê Phúc, Nguyễn Quốc Trị, Ngô Văn Thái, Phùng Bá Bảo, Nguyễn Văn Giáp
- 35 Đánh giá kết quả sớm cắt lọc nội soi khớp gối thoái hóa  
\* Bùi Hồng Thiên Khanh, Trương Hữu Bảo
- 39 Nhân một trường hợp thay lại khớp gối toàn phần  
\* Bùi Hồng Thiên Khanh
- 44 Thiếu máu thiếu sắt và thiếu năng lượng trường diễn ở nữ công nhân công ty cao su Hòa Bình  
\* Phạm Thị Thu Hiền, Trần Thị Minh Hạnh
- 50 Kiến thức và thực hành dinh dưỡng của học sinh trung học phổ thông thành phố Hồ Chí Minh  
\* Đỗ Thị Ngọc Diệp, Trần Thị Minh Hạnh
- 56 Thiếu vi chất dinh dưỡng ở trẻ em và phụ nữ tại thành phố Hồ Chí Minh  
\* Trần Thị Minh Hạnh, Phan Nguyễn Thanh Bình
- 63 Thiếu vitamin A tiền lâm sàng ở bà mẹ cho con bú thành phố Hồ Chí Minh  
\* Trần Thị Minh Hạnh
- 68 Nghiên cứu định tính nhằm xác định biện pháp can thiệp thích hợp trong phòng ngừa thừa cân - béo phì ở học sinh THCS nội thành TPHCM  
\* Tăng Kim Hồng, Nguyễn Ngọc Minh
- 77 Đánh giá hiệu quả tiêm bevacizumab nội nhãn kết hợp laser võng mạc trong điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường  
\* Đặng Đức Khánh Tiên, Lê Đỗ Thùy Lan, Nguyễn Ngọc Anh
- 85 Đánh giá mối liên quan giữa vị trí bản lề vật giác mạc và tình trạng khô mắt sau phẫu thuật Femtosecond - Lasik  
\* Hoàng Diệp Bảo Quỳnh, Lê Minh Thông

(Xem tiếp trang 403)

## PHẪU THUẬT TUYẾN GIÁP QUA NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ BASEDOW ỔN VÀ CƯỜNG GIÁP ỔN TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Văn Việt Thành\*

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý bướu tuyến giáp là một phương pháp ít xâm lấn, thẩm mỹ cao, giúp bệnh nhân nhanh chóng trở lại với công việc và tự tin trong giao tiếp. Hiện nay, phẫu thuật này được áp dụng rộng rãi. Chỉ định điều trị được mở rộng cho các trường hợp bệnh lý Basedow ổn và cường giáp ổn với kỹ thuật cắt gân trọn tuyến giáp qua nội soi.

**Mục tiêu:** Mô tả kỹ thuật mổ và đánh giá kết quả điều trị

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tất cả các trường hợp Basedow ổn và cường giáp ổn được phẫu thuật cắt gân trọn tuyến giáp qua nội soi tại bệnh viện Bình Dân từ 1/2010 – 9/2011.

**Kết luận:** Phẫu thuật cắt gân trọn tuyến giáp qua nội soi là một phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, thẩm mỹ cao. Đây là một lựa chọn cho các trường hợp Basedow ổn và cường giáp ổn có chỉ định phẫu thuật.

**Từ khóa:** Basedow, phẫu thuật nội soi.

### ABSTRACT

#### ENDOSCOPIC SUBTOTAL THYROIDECTOMY FOR THE TREATMENT OF BASEDOW & HYPERTHYROIDISM GOITER IN BINH DAN HOSPITAL

Nguyen Van Viet Thanh \* Y Hoc TP. Ho Chi Minh \* Vol. 19 - No 3 - 2015: 164 - 168

**Introduction:** Thyroid neoplasm is a common disease in the world in general and Vietnam in particular. Every year, Binh Dan Hospital has about 1,000 cases of surgical treatment of thyroid nodules. Since 1996, the world, thyroid surgery is no longer limited to the traditional open surgical technique that was developed by the laparoscopic technique with many advantages such as less invasive, does not leave a bad scar disfiguring affecting daily life, human communication.

**Materials & Methods:** Study Design: Description of Activities clinical cases.

**Study Population:** patients with Basedow and hyperthyroidism goiter treated by endoscopic subtotal thyroidectomy from 5/2009 to 7/2013 in Binh Dan hospital. Selective criteria: - Goiter graded 2 – 3, according to the WHO (1979) criteria. - Normal in TSH, T3, T4.

**Results:** From 5/2009 - 7/2013, we have performed 32 cases of laparoscopic surgery for thyroid cut case, and Graves' hyperthyroidism is stable medical therapy and follow - up after surgery 1 - 3 months. Gender: Female: 29 (90.6%), male: 3 (9.4%). Mean age: 31.8 years old (21 – 49). Diagnosis: Hyperthyroidism Goiter: 12 cases (37.5%). Basedow: 20 cases (62.5%). Method of operation: Endoscopic subtotal thyroidectomy: 100%. Surgical results: Blood loss during surgery: 20ml (10 - 50ml). Average operation time: 90 minutes (60 - 180 minutes). Complications: Hoarseness temporary: 2 (6.25%), Temporary numbness after surgery: 2 (6.25%), Minor bruising in the neck and chest wall: 5 (15.63%), No cases of subcutaneous emphysema was severe. The patient was discharged on postoperative day 2.

**Conclusion:** Laparoscopic surgery cuts down thyroid through the armpit - areola ultrasonic knife cutting has many advantages such as aesthetics, safety and efficiency. The thyroid surgeons with experience in laparoscopic surgery can be performed. The patient recovered quickly, quickly returned to work, confident in communication. Techniques can be applied safely for hyperthyroidism and Graves were stable medical therapy.

\* Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Tác giả liên lạc: ThS.BS. Nguyễn Văn Việt Thành ĐT: 0977903015 Email: [bacsivietthanh@gmail.com](mailto:bacsivietthanh@gmail.com)

*Key words: Basedow, endoscopic.*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu tuyến giáp là một bệnh lý phổ biến trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng. Hằng năm, bệnh viện Bình Dân có khoảng 1000 trường hợp phẫu thuật điều trị bệnh lý bướu tuyến giáp<sup>(8)</sup>. Từ năm 1996, trên thế giới, phẫu thuật tuyến giáp không còn giới hạn ở kỹ thuật mổ mở truyền thống mà được phát triển bởi kỹ thuật nội soi với nhiều ưu điểm như ít xâm lấn, không để lại sẹo xấu gây mất thẩm mỹ, ảnh hưởng đến sinh hoạt, giao tiếp của người bệnh. Tại bệnh viện Bình Dân, phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý bướu tuyến giáp đã được triển khai từ năm 2004. Trong thời gian đầu, phẫu thuật nội soi tuyến giáp chỉ dừng lại ở việc bóc nhân hay cắt thùy giáp trong các trường hợp u giáp đơn nhân có kích thước nhỏ. Cho đến nay, chỉ định điều trị được mở rộng, áp dụng không những cho bướu giáp đa nhân 2 thùy mà cho cả các trường hợp cường giáp, basedow ổn và ung thư giáp. Bên cạnh việc hoàn thiện về kỹ thuật mổ, sự hỗ trợ của các dụng cụ phẫu thuật nội soi hiện đại như dao cắt siêu âm đã góp phần làm cho phẫu thuật nội soi tuyến giáp phát triển và gần như trở thành thường quy. Chúng tôi đã thực hiện 32 trường hợp cắt giảm tuyến giáp qua nội soi trong khoảng thời gian từ 5/2009 – 7/2013. Dựa trên cơ sở này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phẫu thuật cắt giảm tuyến giáp qua nội soi trong điều trị bệnh lý basedow và cường giáp tại bệnh viện Bình Dân.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hàng hoạt trường hợp lâm sàng.

### Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp basedow ổn và cường giáp ổn được phẫu thuật nội soi từ 5/2009 – 7/2013 tại bệnh viện Bình Dân.

### Tiêu chuẩn chọn bệnh

Các trường hợp basedow và cường giáp

được điều trị nội khoa ổn định:

- Kích thước mỗi thùy qua khám lâm sàng và siêu âm  $\leq 4$ cm.

- Bình giáp trên lâm sàng và cận lâm sàng.

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật nội soi.

## Phương pháp phẫu thuật nội soi bướu giáp

### Chuẩn bị trước mổ

Xét nghiệm tiền phẫu, chức năng tuyến giáp (TSH, T3, T4), siêu âm tuyến giáp, dùng lugol 1% 7 ngày trước mổ.

### Kỹ thuật mổ

Bệnh nhân nằm ngửa, mê nội khí quản, được kê gối dưới vai để ngửa cổ. Màn hình nội soi đặt về phía trái của bệnh nhân. Bác sĩ phẫu thuật đứng bên phải bệnh nhân, người phụ đứng đối bên. Đặt 2 trocar dài 5mm tại 2 quầng vú hướng về hõm ức. Đặt trocar 10mm ở đường nách bên phải của bệnh nhân hướng về hõm ức và bơm CO<sub>2</sub>. Ống kính 5mm đặt qua trocar 5mm bên trái. Hai trocar còn lại là kênh thao tác. Khoang cổ được bóc tách bởi đốt điện đơn cực và duy trì bằng khí CO<sub>2</sub> với áp lực từ 8 - 10mmHg. Sau khi tạo khoang cổ, mở đường cổ giữa, bộc lộ tuyến giáp. Thùy trái tuyến giáp được bộc lộ và phẫu tích ra khỏi lớp cơ cổ. Sau đó, dùng dao cắt siêu âm để cắt gần trọn thùy trái tuyến giáp. Khi cắt, mặt sau tuyến giáp và tuyến cận giáp được chừa lại để tránh các biến chứng: suy giáp, tê tay và tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược. Thùy phải tuyến giáp được thực hiện tương tự. Bướu được cho vào bao nylon và lấy qua ngã đặt trocar 10mm ở hõm nách phải. Đặt dẫn lưu redon qua trocar 10mm. Băng ép vùng cổ.

### Chăm sóc và theo dõi sau mổ

Dẫn lưu sẽ được rút vào ngày thứ 2. Bệnh nhân xuất viện vào ngày thứ 2, cắt chỉ sau 1 tuần, tái khám sau 1 tháng và 3 tháng.

## KẾT QUẢ

Từ 5/2009 – 7/2013, chúng tôi đã thực hiện 32 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt giảm tuyến giáp cho các trường hợp Basedow và cường giáp được điều trị nội khoa ổn và theo dõi sau mổ 1 – 3 tháng.

### Giới tính

Nữ: 29 (90,6%), nam: 3 (9,4%).

### Tuổi trung bình

31,8 tuổi (21 – 49).

### Chẩn đoán

Cường giáp ổn: 12 trường hợp (37,5%).

Basedow ổn: 20 trường hợp (62,5%).

### Phương pháp mổ

Cắt gần trọn tuyến giáp qua nội soi: 100%

Đặt dẫn lưu: 100%

### Giải phẫu bệnh

100% bướu giáp lan tỏa tăng sinh mạch máu

### Kết quả phẫu thuật

Máu mất trung bình trong lúc mổ: 20ml (10 - 50ml)

Thời gian mổ trung bình: 90 phút (60 - 180 phút)

### Biến chứng

Khàn tiếng tạm thời: 2 (6,25%).

Tê tay tạm thời sau mổ: 2 (6,25%).

Bầm máu nhẹ ở cổ và thành ngực: 5 (15,63%).

Không trường hợp nào bị tràn khí dưới da nặng.

Bệnh nhân được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 2.

### Tái khám sau 1 tháng, 3 tháng

Tất cả các bệnh nhân mổ nội soi hoàn toàn đều hài lòng vì không có sẹo ở cổ, không cảm giác nuốt vướng. Các vết sẹo ở thành ngực lành tốt, không trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ.

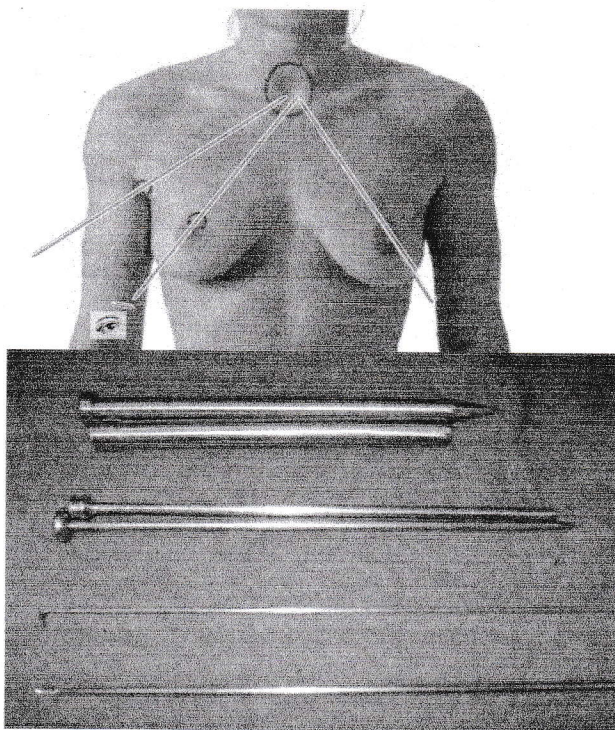
Hai trường hợp (6,25%) cường giáp tái phát sau mổ.

## BÀN LUẬN

Phẫu thuật bướu cổ kinh điển (mở mở) đã có từ năm 952 sau Công nguyên do bác sĩ Moolish người Ba Tư thực hiện. Sau đó, Theodor Kocher, phẫu thuật viên người Thụy Sĩ được xem như người đặt nền tảng cho phẫu thuật bướu giáp. Có nhiều kỹ thuật và trường phái trong việc cắt bướu giáp nhưng nhìn chung các kỹ thuật đều có điểm chung là “đường mổ kinh điển” rạch da đường ngang cổ, chiều dài đường mổ tùy thuộc vào độ lớn của bướu. Sau mổ, bệnh nhân có vết sẹo dài ở cổ, ảnh hưởng đến tính thẩm mỹ, nhất là đối với các bệnh nhân nữ. Ngoài ra, sau mổ, bệnh nhân còn gặp các vấn đề khác như nuốt vướng, dị ứng chi,... Phẫu thuật nội soi tuyến giáp bắt đầu được mô tả trong y văn vào khoảng năm 1996 – 1997. Gagner là người đầu tiên thực hiện phẫu thuật cắt tuyến cận giáp qua nội soi<sup>(1)</sup>. Một năm sau, Huscher báo cáo cắt thùy phải tuyến giáp hoàn toàn qua nội soi<sup>(3)</sup>. Ngày nay, phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý tuyến giáp đã trở nên phổ biến với mục đích thẩm mỹ. Nhiều phương pháp mổ đã được báo cáo của các tác giả trong và ngoài nước với nhiều ưu và khuyết điểm khác nhau<sup>(2,4,5)</sup>.

Về chỉ định mổ, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi cắt giảm tuyến giáp chỉ nên áp dụng đối với những trường hợp bướu giáp độ II có kích thước mỗi thùy không quá 4 cm. Với kích thước này, bác sĩ phẫu thuật có thể cắt tuyến giáp một cách dễ dàng cũng như tìm các cấu trúc quan trọng lân cận như khí quản, thần kinh quặt ngược thanh quản, tuyến cận giáp, bó mạch cảnh. Phẫu trường của phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp khá giới hạn. Khoang cổ được tạo ra có thể tích khoảng 300 – 400 ml. Do vậy, đối với các bướu giáp có kích thước quá to, bác sĩ phẫu thuật sẽ gặp nhiều khó khăn trong thao tác, thậm chí không thể thực hiện được. Đây là nhược điểm lớn nhất của phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp và cũng là điểm mà chúng tôi cho rằng phẫu thuật nội soi không thể thay thế hoàn toàn phẫu thuật mổ mở truyền thống.

Về đường vào của các trocar, nhiều cách vào trocar trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp được mô tả. Hiện tại, vẫn chưa có loại trocar nội soi nào dành riêng cho phẫu thuật tuyến giáp. Đa số tác giả đều sử dụng trocar mỡ nội soi ổ bụng để thực hiện. Nhược điểm của các trocar này là quá ngắn gây khó khăn trong quá trình phẫu thuật và hơn hết là tất cả các sẹo lỗ trocar đều nằm trước ngực, làm giảm tính thẩm mỹ, vốn là ưu điểm lớn nhất của phẫu thuật nội soi tuyến giáp, đặc biệt đối với cơ địa sẹo lồi. Trong kỹ thuật mỡ của chúng tôi, với đường vào của các trocar từ nách và quầng vú, các sẹo lỗ trocar được giấu kín, đảm bảo tính thẩm mỹ cao giúp bệnh nhân tự tin trong giao tiếp<sup>(7)</sup>. Để được điều đó, chúng tôi nghiên cứu và thiết kế 2 loại trocar 5mm dài đi từ quầng vú đến hõm ức. Mặt khác, với đường vào ở giữa này, chúng tôi có thể cắt bướu ở cả hai thùy không mà không phụ thuộc vào vị trí của bướu như một số tác giả: 3 trocar ở vị trí đối bên với bướu, vậy để cắt được 2 thùy phải cần 6 lỗ trocar.



Hình 1: Vị trí Trocar dụng cụ tự chế

Về khoang cổ, chúng tôi chọn cách bơm khí CO<sub>2</sub> với áp lực khoảng 8 - 10mmHg đảm bảo

một khoảng trống tốt để thao tác và tránh được biến chứng tăng CO<sub>2</sub> máu gây toan hóa máu và tràn khí dưới da<sup>(6)</sup>.

Về kỹ thuật cắt bướu, chúng tôi dùng dao cắt siêu âm để cắt bướu. Dụng cụ này có ưu điểm cắt được các mạch máu có đường kính dưới 5mm và không sinh nhiệt cao như đốt điện. Vì thế, chúng tôi hạn chế được tối đa biến chứng chảy máu trong và sau mổ, cũng như khàn tiếng tạm thời sau mổ do sức nóng lan ra khi sử dụng đốt điện<sup>(2)</sup>. Điều này đặc biệt ý nghĩa khi mổ các trường hợp basedow. Ngoài ra, với ưu điểm vừa cắt vừa cầm máu, dao cắt siêu âm đã giúp chúng tôi rút ngắn thời gian phẫu thuật so với dùng đốt điện lưỡng cực<sup>(2)</sup>. Sau mổ, chúng tôi đều dẫn lưu khoang cổ 100% qua một vị trí đặt trocar 10mm. Chúng tôi cho rằng điều này rất cần thiết vì bên cạnh ý nghĩa điều trị, dẫn lưu còn có vai trò theo dõi và dự phòng quan trọng. Khác với mổ hở, trong mổ nội soi tuyến giáp, khoang cổ là khoang kín. Khi có biến chứng chảy máu xảy ra, bệnh nhân dễ bị suy hô hấp do chèn ép đường thở vì lượng máu chảy ra không thể thoát ra ngoài bằng cách banh vết mổ như trong mổ hở. Dẫn lưu được đặt qua trocar ở nách và được rút vào ngày thứ 2 trước xuất viện. Điều này vừa đảm bảo tính an toàn và thẩm mỹ trong kỹ thuật mỡ của chúng tôi. Thời gian mổ có kéo dài hơn so với mổ hở kinh điển. Trung bình một ca mổ nội soi kéo dài khoảng 90 phút so với mổ mở khoảng 45 phút. Lượng máu mất trung bình khoảng 20ml là chấp nhận được.

Bệnh nhân thường xuất viện vào ngày thứ 2 sau mổ, cắt chỉ sau 7 ngày. Chúng tôi theo dõi tái khám sau 1 và 3 tháng. Không có trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ và hải lồng vì không có sẹo ở cổ. Không bệnh nhân nào than phiền về dị cảm ở cổ, cảm giác nuốt vướng, những khó chịu hay gặp ở các bệnh nhân mổ hở kinh điển. Hai bệnh nhân bị khàn tiếng và tê tay sau mổ đã hồi phục hoàn toàn sau 3 tháng. Đối với 2 trường hợp tái phát, chúng tôi cho rằng nguyên nhân có thể do chừa lại phần tuyến giáp quá nhiều. Tuy nhiên, thời gian 3 tháng vẫn là chưa

đủ đối với việc theo dõi sau mổ bệnh lý basedow và cường giáp ổn. Vì thế, chúng tôi vẫn tiếp tục theo dõi những bệnh nhân này trong một công trình nghiên cứu khác.

Tóm lại, đối với phẫu thuật nội soi tuyến giáp, chúng tôi đã thực hiện, theo dõi, nghiên cứu trong một thời gian dài. Thời gian đầu, chúng tôi chọn bướu đơn nhân, kích thước nhỏ. Khi kỹ thuật đã thuần thục, chúng tôi mở rộng chỉ định đối với các trường hợp bướu giáp đa nhân một thùy, hai thùy và bây giờ là cường giáp và basedow ổn. Nhìn chung, đây là một lựa chọn mới, phù hợp với xu hướng phát triển của thế giới cho các phẫu thuật viên tuyến giáp.

**KẾT LUẬN**

Phẫu thuật nội soi cắt giảm tuyến giáp qua ngã nách – quầng vú bằng dao cắt siêu âm có nhiều ưu điểm như thẩm mỹ, an toàn và hiệu quả. Các phẫu thuật viên tuyến giáp có kinh nghiệm về mổ nội soi đều có thể thực hiện. Bệnh nhân hồi phục nhanh, nhanh chóng trở lại với công việc, tự tin trong giao tiếp. Kỹ thuật đã có thể áp dụng an toàn cho các trường hợp cường giáp và basedow được điều trị nội khoa ổn định.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hung B, Lang H and Chung YL (2010). "Technological Innovations in Surgical Approach for Thyroid Cancer", *Journal of Oncology*, Volume 2010, pp.1 - 6.
2. Chen XD, Peng B, Gong RX et al (2008). "Endoscopic thyroidectomy: an evidence - based research on feasibility, safety and clinical effectiveness", *Chin med journal*, 121 (20), pp. 2088 - 2094.
3. Cho UY, Park JI, Ho K (2007). "Gasless endoscopic thyroidectomy via an anterior chest wall approach using a flap - lifting system", *Yonsei Medical Journal*, 48(3), pp.480 - 487.
4. Connolly MT, Watters AKD (2010). "Monitoring performance in thyroidectomy: Cumulative sum analysis of outcomes", *Thyroid journal*, 20 (4), pp.407 - 412.
5. Đặng Thanh (2007). Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị ngoại khoa bướu giáp đơn nhân nhiều nhân – Luận án Tiến sĩ Y học. Học viện Quân Y.
6. Dedivitis AR, Guimarães VA (2005). "Identification of the external branch of the superior laryngeal nerve during minimally invasive video - assisted thyroidectomy", *brazilian journal of otorhinolaryngology*, 71(3), part 1, pp.326 - 328.
7. Duncan DT, Ejeh AI, Speights F et al (2006). "Endoscopic transaxillary near total thyroidectomy", *Journal of the society of laparoendoscopic surgeons*, 10, pp. 206-211.

8. Hồ Nam, Nguyễn Bá Minh Nhật, Hồ Khánh Đức, Nguyễn Văn Việt Thành (2008). "Kết quả điều trị bướu giáp đơn nhân bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Bình Dân". *Tạp chí Y học TP. HCM*. Nxb Y học TP. HCM, tập 12 (4), tr. 31 - 35.
9. Kyung WK, Lee TH et al (2010). "Subcutaneous implantation of adenomatous goiter: an unpredicted complication of endoscopic thyroid surgery", *Thyroid Journal*, 20 (4), pp.441 - 443.
10. Lê Nữ Hoà Hiệp (2002). Góp phần điều trị ngoại khoa cường giáp – Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TP. HCM.
11. Lee YS, Yun JS et al (2008). "Soft tissue implantation of thyroid adenomatous hyperplasia after endoscopic thyroid surgery", *Thyroid Journal*, 18(4), pp.483 - 484.
12. Miccoli P, Bellantone R, Mourad M (2002). "Multi institutional experience", *J. Am Coll Surg*, 194(5), pp. 610 - 614.
13. Miccoli P, Minuto NM, Orlandini C et al (2006). "Ultrasonography estimated thyroid volume: a prospective study about its reliability", *Thyroid Journal*, 16(1), pp.37 - 39.
14. Shizuo N, Yuko K, Tetsuhiro O et al (2002). "Thyroid Anterior chest wall approach for video - assisted thyroidectomy using a modified neck skin lifting method", *Biomed Pharmacother*, 56, pp. 96-99.
15. Nguyễn Thanh Bình (2010). Vai trò của phẫu thuật nội soi trong điều trị bướu giáp đơn nhân lành tính – Luận văn Thạc sĩ y học. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
16. Park YL, Han WK, Bae WG (2003). "100 cases of endoscopic thyroidectomy: breast approach", *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 13, pp. 20 - 25.
17. Stojadinovic A, Shaha RA, Orlikoff FR et al (2002). "Prospective functional voice assessment in patients undergoing thyroid surgery", *Annals of surgery*, 236 (6), pp.823-832.
18. Terris JD, Anderson KS, Watts LT et al (2007). "Laryngeal Nerve Monitoring and Minimally Invasive Thyroid Surgery", *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 133 (12), pp. 1254 - 1257.
19. Trần Ngọc Lương (2006). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp thể nhân lành tính – Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.
20. Trịnh Minh Tranh (2004). Khả năng của phẫu thuật nội soi trong điều trị bướu giáp đơn nhân – Luận án chuyên khoa II chuyên ngành Ngoại tổng quát. Đại học Y Dược TP. HCM.
21. Trương Văn Trường (2003). Biến chứng phẫu thuật tuyến giáp – Luận án chuyên khoa cấp II chuyên ngành Ung thư học. Đại học Y Dược TP.HCM.
22. Võ Văn Hùng (1997). Biến chứng của phẫu thuật tuyến giáp – Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Dược TP. HCM.
23. Yeung HCG (2002). "Endoscopic thyroid surgery today: A diversity of surgical strategies", *Thyroid journal*, 12(8), pp.703 - 706.

Ngày nhận bài báo: 14/01/2015  
 Ngày phản biện nhận xét bài báo: 14/03/2015  
 Người phản biện: GS.TS. Nguyễn Công Minh  
 Ngày bài báo được đăng: 02/05/2015