

**KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚU GIÁP THỂ NHÂN
BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI**

Phạm Vinh Quang*

Kiều Trung Thành*

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến cứu cắt nhân tuyến giáp bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) cho 20 bệnh nhân (BN) có nhân tuyến giáp (TG) đơn thuần từ tháng 7 - 2008 đến 10 - 2008 tại Khoa B12 Bệnh viện 103. Trong đó, 18 BN nữ (90%), 2 nam (10%); 15 BN phẫu thuật cắt nhân đơn thuần (75%), 5 BN phẫu thuật cắt thùy TG có nhân (25%); 16 BN phẫu thuật có trợ giúp của video (80%), 4 BN PTNS toàn bộ (20%). Tất cả BN đều được phẫu thuật dưới vô cảm bằng tê đám rối cổ nông. Chúng tôi không gặp biến chứng sau mổ, hậu phẫu sau mổ nhẹ nhàng, ít đau, nề ít, sẹo mổ nhỏ, BN hồi phục sớm sau mổ, phẫu thuật an toàn, đại đa số BN hài lòng với kết quả phẫu thuật.

* Từ khóa: Bướu giáp thể nhân; Phẫu thuật nội soi.

**THE RESULTS OF ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY
FOR SINGULAR NODE**

Phạm Vinh Quang

Kieu Trung Thanh

SUMMARY

The prospective study was carried out on 20 patients with singular node underwent endoscopic thyroidectomy between July and October, 2008 at B12 Department of 103 Hospital. In which 20 patients, 18 were female (90%), only two male (10%). 15 patients received singular node removal (75%), 05 got endoscopic lobectomy with node. 16 patients were operated by VATS (80%), 04 patients experienced completely endoscopic surgery (20%). All the patients were given anaesthetic at patch neck. We've found: no cases had complications after surgery, gently logistics operation, less pain after surgery, less swollen, scar minor surgery, patients recovered sooner after operation. The majority of patients satisfied with the results of surgery.

* Key words: Singular node; Endoscopic thyroidectomy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi TG có trợ giúp của video được thực hiện lần đầu tiên trên thế giới từ năm 1997. Huscher là người đã phẫu thuật cắt TG nội soi đầu tiên. Cho đến nay, phẫu thuật này đã trở nên phổ biến và ngày càng phát triển. Ban đầu mổ dưới sự trợ giúp của video với đường rạch nhỏ ở cổ, đến nay

mổ nội soi toàn bộ không còn để lại sẹo ở cổ. Tại Việt Nam, mổ nội soi TG được thực hiện đầu tiên tại Bệnh viện Nội tiết TW vào tháng 4 - 2003 và cũng đang trên đà phát triển... Xuất phát từ thực tiễn và nhu cầu về mặt thẩm mỹ ngày càng tăng, chúng tôi bước đầu ứng dụng PTNS để điều trị cắt nhân TG đơn thuần từ tháng 7 - 2008.

* Bệnh viện 103

Phân biện khoa học: PGS. TS. Đặng Ngọc Hùng

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

BN bưôu giáp thể nhân (1 nhân hoặc 2 nhân, nhân ở 1 thùy hoặc ở cả 2 thùy), nhân có đường kính trên siêu âm < 3 cm, không có cường giáp trên lâm sàng và cận lâm sàng, xét nghiệm vi thể tế bào học âm tính.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Mô tả tiến cứu.

* Quy trình phẫu thuật:

+ Phương pháp vô cảm: gây tê đám rối cổ nông.

+ Rạch da trên hõm ức 2 cm, có chiều dài 1 - 2 cm (với mổ dưới sự trợ giúp của video), hoặc rạch 3 lỗ nhỏ: 1 ở trên hõm ức, 1 ở thượng đòn và 1 ở hạ đòn có kích thước từ 0,5 - 1 cm đường kính (đối với mổ nội soi toàn bộ).

+ Bóc tách vạt da lên trên, tách cân cơ theo đường giữa như trong mổ truyền thống.

+ Đưa optic chéo 30°, 4 mm thăm dò TG, xác định vị trí, kích thước hình thái nhân TG.

+ Bộc lộ thùy giáp có nhân từ mặt bên bằng dao điện thường hoặc dao siêu âm. Cắt đốt các mạch giáp giữa để giải phóng hoàn toàn thùy.

+ Nếu nhân nhỏ 1 – 2 cm, cắt nhân và 1 phần tuyến lành bằng dao siêu âm.

+ Nếu nhân to > 2 cm - < 3 cm: bộc lộ cực trên, dùng dao siêu âm đốt cắt mạch giáp trên (nếu đường kính mạch < 4 mm), kẹp clip rời cắt (nếu đường kính mạch > 4 mm).

+ Cắt eo giáp bằng dao siêu âm. Sau đó, cắt thùy giáp có nhân từ cực trên dần xuống dưới. Khi đến cực dưới, lúc này thùy giáp di động tốt có thể lồi thùy giáp ra ngoài

vết mổ, cực dưới được bóc tách và cắt bỏ dưới tầm nhìn thông thường và dụng cụ truyền thống.

+ Đưa optic vào trường mổ, kiểm tra cầm máu, dây thần kinh quặt ngược.

+ Khâu đóng cân cơ (không dẫn lưu). Đóng vết mổ theo truyền thống.

+ Băng ép nhẹ vết mổ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tuổi và giới.

TUỔI	GIỚI		TỔNG (Tỉ lệ %)
	NAM	NỮ	
< 20 tuổi	0	0	0
20 - 39 tuổi	0	11	11 (55,0)
40 - 60 tuổi	2	5	7 (35,0)
> 60 tuổi	0	2	2 (10,0)
Tổng (Tỉ lệ %)	2 (10,0)	18 (90,0)	20 (100)

Bảng 2: Kích thước và vị trí nhân TG trên siêu âm.

KÍCH THƯỚC	VỊ TRÍ		TỔNG (Tỉ lệ %)
	THUY PHẢI	THUY TRÁI	
< 2 cm	5	7	12 (60,0)
2 - 3 cm	2	3	5 (25,0)
> 3 cm	2	1	3 (15,0)

Bảng 3: Đường rạch da để vào cắt nhân TG.

ĐƯỜNG RẠCH DA	SỐ LƯỢNG	NHỎ NHẤT (cm)	LỚN NHẤT (cm)	TRUNG BÌNH
Đường cổ	16	1,0	2,5	1,7
Đường cổ + ngực	4	0,5	1,0	0,6

* Phương pháp mổ: cắt nhân và 1 phần TG lành: 15 BN (75%); cắt thủy TG: 5 BN (25%).

* Thời gian cuộc mổ: < 60 phút: 1 BN (5,0%); 60 - 90 phút: 15 BN (75%); 90 - 120 phút: 3 BN (15,0%); > 120 phút: 1 BN (5%).

* Chuyển mổ mở (3/20 ca = 15%): viêm dính do điều trị chọc hút: 1 BN (33,33%); nghi ngờ ung thư: 1 BN (33,33%); cao huyết áp trong mổ: 1 BN (33,33%).

Bảng 4: Kết quả điều trị sớm sau mổ.

KẾT QUẢ		SỐ BN	TỈ LỆ
Đau sau mổ	Không, ít đau	17	85,0%
	Đau vừa	3	15,0%
Sốt sau mổ	Không	19	95,0%
	Có	1	5,0%
Phù nề sau mổ	ít	17	85,0%
	Vừa	3	15,0%
Chảy máu sau mổ		0	0%
Tetani		0	0%
Khàn tiếng		0	0%
Nhiễm trùng vết mổ		0	0%
Ngày nằm trung bình sau mổ	3 ngày	6	30,0%
	3 - 5 ngày	14	70,0%

BÀN LUẬN

Hầu hết BN của chúng tôi đều ở lứa tuổi lao động và chủ yếu là nữ: 18/20 BN (90,0%), phù hợp với nhu cầu về mặt thẩm mỹ cũng như khả năng hồi phục lao động sớm. Không có BN < 20 tuổi, hoàn toàn là ngẫu nhiên. Có 2 BN 61 và 65 tuổi, lý do mổ nội soi không vì thẩm mỹ mà dự phòng sẹo dính hoặc dị cảm tại chỗ sau mổ.

Trong nghiên cứu này, kích thước nhân có đường kính trung bình $1,97 \pm 1,14$ cm (1 - 3,3 cm), đại đa số có nhân đơn độc,

2 BN có nhân ở 2 thủy. Cả 2 trường hợp này đều do trong mổ phát hiện ra, trước mổ siêu âm TG không phát hiện thấy (có lẽ nhân nhỏ < 1 cm nên khó phát hiện). 18/20 BN có nhân đặc và được chẩn đoán là u tuyến TG bằng xét nghiệm vi thể tế bào học.

Với đường vào can thiệp cắt nhân TG, chúng tôi chủ trương ban đầu cắt nhân TG có trợ giúp của video qua đường cổ. Trong nghiên cứu này đại bộ phận cắt nhân TG qua đường cổ (16/20 BN). 4 BN cắt nhân qua đường cổ - ngực, trong đó 1 BN cắt nhân bằng phương pháp nội soi toàn bộ có bơm CO₂ để tạo khoang làm việc và 3 BN không bơm CO₂ mà sử dụng khung tự tạo để tạo khoang. Với việc sử dụng khung tự tạo, có thể sử dụng được các dụng cụ truyền thống thuận tiện. Trường hợp này, chúng tôi kết hợp 3 đường rạch rất nhỏ ở cổ (0,5 cm), thượng đòn cùng bên (0,5 cm), hạ đòn cùng bên (1 cm). Theo cách này hầu như không để lại sẹo sau mổ. Trong khi đó, đường vào ở cổ để cắt nhân TG dưới trợ giúp của video vẫn để lại sẹo, tuy nhỏ và ngắn hơn rất nhiều so với phương pháp mổ truyền thống.

Đại đa số các ca mổ với trợ giúp của video có thời gian mổ < 120 phút, trong đó cắt nhân đơn thuần chỉ mất 60 - 90 phút, cắt thủy trung bình từ 90 - 120 phút. Các ca mổ nội soi toàn bộ, thời gian mổ kéo dài hơn nhiều, trung bình từ 120 - 240 phút (có bơm CO₂) và từ 60 - 90 phút (không bơm CO₂). Sự khác biệt này là do với trường hợp không bơm CO₂, khả năng sử dụng các dụng cụ thường thuận lợi hơn, trực tiếp hơn và thao tác chuẩn xác hơn so với có bơm CO₂ (do không thể sử dụng dụng cụ thông thường được). Bằng cách này đã góp phần rút ngắn thời gian mổ, BN có thể chịu đựng được cuộc mổ dưới gây tê đám rối cổ nông mà không phải gây mê nội khí quản, vì thế sau mổ BN nhanh chóng hồi phục.

Mặt khác, không phải bơm CO₂ nên khắc phục được tình trạng tràn khí dưới da rộng vùng cổ ngực sau mổ.

Kết quả sau mổ bước đầu là khả quan, không có trường hợp nào có tai biến và biến chứng trong và sau mổ. Chỉ có 3 trường hợp chuyển mổ mở trong đó 1 BN viêm dính nhiều các tổ chức phần mềm vùng cổ và TG do điều trị nội khoa bằng chọc hút nhiều lần trước đó. 1 BN trong mổ nghi ngờ nhân ung thư cần phải cắt thùy rộng rãi, kết quả chẩn đoán mô bệnh học sau mổ là ung thư biểu mô TG thể nhú. 1 BN huyết áp trong mổ tăng cao (180 - 220/100 - 120 mmHg) gây xuất huyết rỉ rả, che lấp tầm nhìn nội soi buộc phải chuyển mổ mở ngay. Duy nhất 1 BN mổ nội soi toàn bộ phải chuyển phương pháp vô cảm từ gây tê đám rối cổ nông sang gây mê nội khí quản vì thời gian mổ kéo dài (180 phút). Hầu hết BN hậu phẫu sau mổ nhẹ nhàng, ít đau, ít phù nề và đặc biệt không trường hợp nào có sốt. BN hồi phục nhanh cả về sức khỏe, ăn uống, không thấy vướng nghẹn so với mổ mở. Sẹo mổ ở cổ nhỏ hoặc không có, hoặc sẹo xa vùng cổ, đau sau mổ ít, ít để lại dị cảm, sẹo xấu và sẹo co kéo sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ ngắn. Ra viện sau mổ trung bình từ 3 - 5 ngày.

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu bước đầu ứng dụng PTNS cắt nhân TG, chúng tôi nhận thấy có một số ưu điểm sau:

+ Hậu phẫu sau mổ nhẹ nhàng, BN ít đau, ít phù nề và hoàn toàn không sốt, hồi phục sức khỏe và chức năng ăn uống nhanh hơn. Có thể rút ngắn thời gian phẫu thuật bằng khung tự tạo để tạo khoang kết hợp sử dụng các dụng cụ truyền thống linh hoạt hơn. Hầu hết BN thấy hài lòng về kết quả và vết sẹo sau mổ của mình. Cuộc mổ an

toàn và có thể tiến hành vô cảm dưới gây tê đám rối cổ nông vẫn duy trì cuộc mổ bình thường như trong mổ truyền thống.

+ Không có trường hợp nào có biến chứng sớm sau mổ. Kết quả này phụ thuộc cơ bản ở các khâu chỉ định mổ phù hợp, phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm trong mổ truyền thống, sử dụng tốt dụng cụ nội soi và đặc biệt ưu điểm cầm máu tốt của dao siêu âm. Đây là thiết bị rất cần thiết để có thể mở rộng phạm vi PTNS các bệnh lý TG.

+ Siêu âm TG xác định tổn thương trước mổ hết sức quan trọng, đòi hỏi phải sử dụng siêu âm có đầu dò mạch máu và bác sỹ siêu âm có kinh nghiệm mới hạn chế thấp nhất việc bỏ sót tổn thương. Siêu âm đúng, giúp chỉ định phẫu thuật hợp lý và đạt được kết quả phẫu thuật như mong muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ikeda Y, Takami H, Sasaki Y, Takayama J, Kurihara H. Are there significant benefits of minimally invasive endoscopic thyroidectomy? *World J Surg.* 2004, 28, pp.1075-8.
2. Inabet WB, Jacob BP, Gagner M. Minimally invasive endocrine thyroidectomy by a cervical approach. Early vessel ligation decreases the duration of surgery. *Surg Endosc.* 2003,17, pp. 1808-11.
3. Palazzo FF, Sebag F, Henry JF. Endocrine surgical technique: Endoscopic thyroidectomy via the lateral approach. *Surg Endosc.* 2006, 20, pp. 339-43.
4. Miccoli P, Berti P, Raffaelli M, Conte M, Materazzi G, Galleri D. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy. *Am J Surg.* 2001,181, pp. 567-70.
5. Miccoli P., Bellantone R., Mourad M., Walz M., Raffaelli M., Berti P. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy: Multi-institutional experience. *World J Surg.* 2002, 26, pp. 972-5.

