

MỘT SỐ NHẬN XÉT VỀ SỬ DỤNG DAO SIÊU ÂM TRONG MỔ TUYẾN GIÁP

*Kiều Trung Thành**
*Phạm Vinh Quang**

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến cứu 210 bệnh nhân (BN) mổ tuyến giáp (TG) (từ 8 - 2008 đến 10 - 2009) chia thành 2 nhóm: nhóm sử dụng dao siêu âm (nhóm A) và nhóm mổ thông thường không sử dụng dao siêu âm (nhóm B). Trong đó 90 BN Basedow và 120 BN bướu giáp lành tính. Các phương pháp cắt TG được sử dụng là: cắt gần hoàn toàn TG (66,2%), gần hoàn toàn thùy (12,9%), hoàn toàn thùy (5,7%) và hoàn toàn 1 thùy với gần hoàn toàn 1 thùy (15,2%). Kết quả cho thấy, sử dụng dao siêu âm trong mổ làm giảm mất máu ($p < 0,05$); làm trường mổ luôn sạch và rõ ràng, giảm các thao tác như trong mổ truyền thống và giảm thời gian mổ rõ rệt ($p < 0,05$); giảm tiết dịch sau mổ ($p < 0,001$).

* Từ khoá: Tuyến giáp; Cắt tuyến giáp; Dao siêu âm.

SOME REMARKS ON USING ULTRASOUND SCISSOR IN THYROIDECTOMY

SUMMARY

The prospective study was carried out on 210 patients, underwent thyroidectomy from 8 - 2008 to 10 - 2009. These patients were divided into 2 groups: group A were done thyroidectomy by using ultrasound scissor and group B without using ultrasound scissor. In our study, 90 cases were diagnosed Basedow's diseases and 120 cases were benign goiter diseases. Some methods of thyroidectomy were done: subtotal thyroidectomy (66.2%), subtotal lobectomy (12.9%), total lobectomy (5.7%) and total lobectomy with subtotal lobectomy (15.2%). The results showed that: the loss of blood during operation was reduced ($p < 0.05$), operating field was complete hemostasis and clearness, operating time was reduced clearly ($p < 0.05$), seroma in surgical wounds was reduced ($p < 0.001$).

* *Key words: Thyroid; Thyroidectomy; Ultrasound scissor.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dao siêu âm ra đời đánh dấu bước ngoặt quan trọng trong việc phát triển phẫu thuật nội soi nói chung và đặc biệt trong mổ các bệnh thuộc TG nói riêng. Trong mổ TG, việc sử dụng dao siêu âm hạn chế rất nhiều những tổn thương cấu trúc xung quanh như mạch máu, thần kinh quặt ngược, cận giáp, khí - thực quản... do những ưu điểm vượt trội

* *Bệnh viện 103*

Phân biện khoa học: PGS. TS. Lê Trung Hải

so với dao điện thường về tính năng cầm máu, tổn thương do nhiệt thấp. Để tiếp cận và thực hành mổ nội soi TG bằng dao siêu âm được tốt, chúng tôi tiến hành nghiên cứu ứng dụng dao siêu âm trong mổ mở các bệnh TG nhằm đánh giá hiệu quả thực sự của việc sử dụng dao siêu âm trong mổ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 210 BN bệnh TG được mổ từ tháng 8 - 2008 đến 10 - 2009, tuổi 18 - 64 (trung bình: $33,4 \pm 12,5$), 23 BN nam và 187 nữ, chia thành 2 nhóm: nhóm mổ dùng dao siêu âm gồm 92 BN (nhóm A), nhóm mổ theo phương pháp truyền thống gồm 118 BN (nhóm B). Mỗi nhóm được chia thành 2 nhóm nhỏ: nhóm bệnh Basedow và nhóm bệnh TG lạnh tính (bướu giáp nhân và đa nhân).

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Độ lớn bướu giáp.

NHÓM BỆNH		ĐỘ II	ĐỘ III	ĐỘ IV	CỘNG (%)
Nhóm A	Basedow	6	32	0	38 (18,1)
	Bướu giáp lạnh tính	11	41	2	54 (25,7)
Nhóm B	Basedow	15	37	0	52 (24,8)
	Bướu giáp lạnh tính	17	43	6	66 (31,4)
Cộng (%)		49 (23,3)	153 (72,9)	8 (3,8)	210

Bảng 2: Phương pháp mổ.

NHÓM BỆNH		CẮT THUỶ	CẮT GẮN HOÀN TOÀN THUỶ	CẮT GẮN HOÀN TOÀN 2 THUỶ	CẮT HOÀN TOÀN 1 THUỶ, GẮN HOÀN TOÀN 1 THUỶ	CỘNG (%)
Nhóm A	Basedow	0	0	24	14	38 (18,1)
	Bướu giáp lạnh tính	12	4	20	18	54 (25,7)
Nhóm B	Basedow	0	0	52	0	52 (24,8)
	Bướu giáp lạnh tính	0	23	43	0	66 (31,4)
Cộng (%)		12 (5,7)	27 (12,9)	139 (66,2)	32 (15,2)	210

Bảng 3: Khống chế động mạch giáp trên.

NHÓM BỆNH		CẮT DAO ĐIỆN		CẮT DAO SIÊU ÂM		CỘNG (%)
		Có thắt cực	không thắt cực	Có thắt cực	không thắt cực	
Nhóm A	Basedow	0	0	14	24	38 (18,1)

	Bướu giáp lành tính	0	0	6	48	54 (25,7)
Nhóm B	Basedow	52	0	0	0	52 (24,8)
	Bướu giáp lành tính	66	0	0	0	66 (31,4)
Cộng (%)		118 (56,2)	0	20 (9,5)	72 (34,3)	210

Bảng 4: Khống chế động mạch giáp dưới.

NHÓM BỆNH		CẮT DAO ĐIỆN		CẮT DAO SIÊU ÂM		CỘNG (%)
		Có khâu	không khâu	Có khâu	không khâu	
Nhóm A	Basedow	0	0	8	30	38 (18,1)
	Bướu giáp lành tính	0	0	2	52	54 (25,7)
Nhóm B	Basedow	52	0	0	0	52 (24,8)
	Bướu giáp lành tính	66	0	0	0	66 (31,4)
Cộng (%)		118 (56,2)	0	10 (4,7)	82 (39,1)	210

Bảng 5: Cầm máu mặt cắt phần mô TG để lại.

NHÓM BỆNH		CÓ KHÂU		KHÔNG KHÂU	CỘNG (%)
		Chữ U-line	Khâu vắt-saphin 3.0		
Nhóm A	Basedow	0	7	31	38 (18,1)
	Bướu giáp lành tính	0	2	52	54 (25,7)
Nhóm B	Basedow	46	6	0	52 (24,8)
	Bướu giáp lành tính	54	12	0	66 (31,4)
Cộng (%)		100 (47,6)	27 (12,9)	83 (39,5)	210

Bảng 6: Mất máu trong mổ theo ước tính (tính theo ml).

NHÓM BỆNH		≤ 10	11 - 20	21 - 50	> 50	CỘNG (%)
Nhóm A	Basedow	2	22	10	4	38 (18,1)
	Bướu giáp lành tính	31	14	9	0	54 (25,7)
Nhóm B	Basedow	3	18	19	12	52 (24,8)

	Bướu giáp lành tính	10	35	18	3	66 (31,4)
Cộng (%)		46 (21,9)	89 (42,4)	56 (27,7)	19 (9,0)	210

Bảng 7: Thời gian mổ (phút).

NHÓM BỆNH		≤ 30	31 - 40	41 - 50	> 50	CỘNG (%)
Nhóm A	Basedow	7	21	8	2	38 (18,1)
	Bướu giáp lành tính	45	6	2	1	54 (25,7)
Nhóm B	Basedow	5	29	15	3	52 (24,8)
	Bướu giáp lành tính	13	42	7	4	66 (31,4)
Cộng (%)		70 (33,4)	98 (46,7)	32 (15,2)	10 (4,7)	210

Bảng 8: Dịch dẫn lưu theo dõi qua hút áp lực âm tính (tính theo ml).

NHÓM BỆNH		≤ 10	11 - 20	21- 30	31 - 40	41-50	> 50	CỘNG (%)
Nhóm A	Basedow	9	19	6	4	0	0	38 (18,1)
	Bướu giáp lành tính	32	16	5	1	0	0	54 (25,7)
Nhóm B	Basedow	3	12	23	4	4	6	52 (24,8)
	Bướu giáp lành tính	18	17	21	6	2	2	66 (31,4)
Cộng (%)		62 (29,5)	64 (30,5)	55 (26,2)	15 (7,1)	6 (2,9)	8 (3,8)	210

BÀN LUẬN

BN trong nhóm nghiên cứu đều có bướu giáp to từ độ II trở lên, chủ yếu là độ III (72,9%). Trong đó, 90 BN Basedow (42,9%) và 120 BN bướu giáp lành tính (57,1%). Chúng tôi sử dụng các phương pháp mổ: cắt hoàn toàn thủy, cắt gần hoàn toàn thủy, cắt gần hoàn toàn 2 thủy, cắt hoàn toàn 1 thủy và gần hoàn toàn 1 thủy. Trong đó, chủ yếu là cắt gần hoàn toàn 2 thủy (66,2%). Phương pháp cắt hoàn toàn thủy (5,7%), cắt hoàn toàn 1 thủy và gần hoàn toàn 1 thủy (15,2%) chỉ áp dụng ở nhóm A nhờ sử dụng dao siêu âm. Thông thường, để khống chế bó mạch giáp trên, thắt cực bằng chỉ line. Trong nhóm A chỉ thắt cực ở 36,8% BN Basedow và 11,1% BN bướu lành; cắt dao siêu âm không thắt cực ở BN Basedow và bướu lành tương ứng 63,2% và 88,9%. Những trường hợp Basedow điều trị tốt, xung huyết không nhiều, không thắt cực, chỉ cắt đơn thuần bằng dao siêu âm đều không có chảy máu. Còn ở bướu giáp lành, thắt cực rồi mới cắt dao siêu âm (6/54 trường hợp) đều ở những ca bướu độ IV, hoặc mạch giáp trên to bất thường. Trái lại, các ca mổ thuộc nhóm B phải thắt cực 100% trường hợp.

Để khống chế cực dưới TG, 100% trường hợp (nhóm B) khâu định hướng rồi cắt hoặc cắt rồi mới khâu dưới pince. Nhóm A, chỉ khâu ở 21,1% và 3,7% (Basedow và bướu lành); cắt dao siêu âm và không khâu ở 78,9% và 96,3% (Basedow và bướu lành). Hầu hết theo phương pháp mổ truyền thống chỉ sử dụng cắt gần hoàn toàn thủy và gần hoàn toàn 2 thủy, phần mặt cắt nhu mô để lại mỗi thủy đều phải cầm máu bằng các mũi chỉ khâu chữ U và bằng chỉ line. Trong nhóm A, 18,4% và 3,7% phải khâu mặt cắt (Basedow và bướu lành) bằng chỉ saphine số 3.0 và khâu vắt, chỉ cần một sợi chỉ là đủ để vừa khâu mặt cắt và vừa khâu đóng cân cơ, giúp giảm bớt nhiều thao tác trong mổ và không để lại dị vật (chỉ khâu sau mổ; 78,9% và 96,3% (Basedow và bướu lành) không khâu sau khi cắt bằng dao siêu âm. Kết quả cho thấy, không có trường hợp nào chảy máu trong suốt thời gian mổ và sau khi đóng vết mổ.

Để nhận định về mất máu trong mổ, chúng tôi dựa vào ước tính của phẫu thuật viên đã có nhiều kinh nghiệm về phẫu thuật bệnh TG này. Đại đa số các ca mổ máu mất không nhiều (< 20 ml). Trong mổ Basedow theo truyền thống (nhóm B), 40,4% máu mất < 20 ml và > 20 ml là 59,6%; nhóm có sử dụng dao siêu âm (nhóm A): 63,2% máu mất < 20 ml và > 20 ml là 36,8%. Sự khác nhau có ý nghĩa ($p < 0,05$). Với bướu lành tính cũng tương tự; 68,2% máu mất < 20 ml (nhóm B), 83,3% (nhóm A), sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của Paolo Miccoli, Osman [3, 4].

Thời gian mỗi ca mổ thường ngắn, đa số BN có thời gian mổ < 40 phút ($168/210 = 80\%$). Số BN có thời gian mổ < 40 phút ở nhóm B là $89/118 (75,4\%)$; nhóm A là $79/92 (85,9\%)$; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Theo dõi kết quả xuất tiết dịch vết mổ sau mổ, 100% các trường hợp dẫn lưu đều sử dụng dụng cụ hút áp lực âm tính. Vì vậy, có thể định lượng chính xác ml. Qua theo dõi, phần lớn BN sau mổ có lượng dịch dẫn lưu < 30 ml ($181/210 = 86,2\%$). Lượng dịch ít < 10 ml gặp nhiều hơn ở nhóm A ($41/92 ca = 44,6\%$) so với nhóm B ($21/118 ca = 17,8\%$), sự khác biệt rõ rệt ($p < 0,001$). Nhận xét này phù hợp với nhiều tác giả nước ngoài [1, 4, 5].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

- Sử dụng dao siêu âm trong mổ TG luôn làm cho trường mổ sạch, rõ ràng, thuận tiện cho việc quan sát đánh giá tổn thương, có thể thấy rõ cấu trúc quan trọng ở vùng cổ như động mạch cảnh, tuyến cận giáp, thần kinh quặt ngược, khí quản... do đó có thể hạn chế tổn thương trong mổ.

- Sử dụng dao siêu âm làm giảm bớt nhiều thao tác mà trong mổ truyền thống phải thực hiện như không thắt cực trên, khâu cực dưới; khâu mặt cắt và thắt buộc chỉ và gần như

không để lại chỉ không tiêu ở người bệnh (nguy cơ rò rỉ lâu dài). Chính vì những ưu điểm đó mà thời gian mổ có thể rút ngắn hơn so với mổ truyền thống.

- Sử dụng dao siêu âm ít gây tổn thương nhiệt, ít để lại dị vật (chỉ thắt) nên giảm mất máu trong mổ, giảm tiết dịch sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Allan E. Siperstein, MD; Eren Berber, MD; Ebru Morkoyun.* The Use of the harmonic scalpel vs conventional knot tying for vessel ligation in thyroid surgery. Arch Surg. 2002, pp.137-142.

2. *Harmonics.* Nguồn: www.danfoss.com/drives. February 2009.

3. *Osman Yildirim, Turan Umit et al.* Ultrasonic harmonic scalpel in total thyroidectomies. Advances in therapy. 2008, Vol 25, No3/March, pp.260-265.

4. *Paolo Miccoli.* Use of the harmonic scalpel in thyroid surgery. Review of the Literature. European Endocrine Disease. 2006.

5. *Th. Defechereux, F.Rinken, S.Maweja, E.Hamoir, M.Meurisse.* Evaluation of the ultrasonic dissector in thyroid surgery. A prospective randomised study. Acta Chir belg. 2003, 103, pp.274-277.

6. Total thyroidectomy with harmonic scalpel. Verified by Brazilian Society of Head and Neck Surgery. 2006, October.