ISSN 1859-1779

Y HỌC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

HỘI NGHỊ KHOA HỌC KỸ THUẬT BV. BÌNH DÂN LẦN THỨ XVI NGÀY 10 và 11/2/2012

TỔNG QUAN

1 Thủng, bục miệng nối và dò thực quản
** Lê Quang Nghĩa*

5 Sỏi trong gan: chẩn đoán và xử trí
** Nguyễn Cao Cương*

20 Thuốc kháng tiểu cầu quanh phẫu thuật ngoài tim
** Lê Thị Hồng*

26 Cách thức phân nhóm và đánh giá nguy cơ trong ung thư tuyến tiền liệt – liệu PSA còn có vai trò?
** Đào Quang Oánh*

30 Ung thư tuyến tiền liệt – vai trò của điều trị nội tiết kết hợp với phẫu thuật và xạ trị
** Đào Quang Oánh*

34 Vai trò điều trị nội khoa trong tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt
** Đào Quang Oánh*

NGHIÊN CỨU Y HỌC

38 Phẫu thuật nội soi cắt gần hết tuyến giáp - điều trị phình giáp đa nhân 2 thùy
** Trần Công Quyền, Nguyễn Văn Việt Thành*

43 Bước đầu nghiên cứu kỹ thuật mổ bướu tuyến giáp bằng dao siêu âm harmonic-scalpel
** Nguyễn Ngọc Bình, Hồ Khánh Đức, Dương Thanh Hải*

47 Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp điều trị bướu giáp nhân lành tính: 20 trường hợp đầu tiên
** Phạm Công Khánh, Nguyễn Hữu Thịnh*

53 Nhân một trường hợp cắt thùy phổi hoàn toàn qua nội soi lồng ngực
** Hồ Huỳnh Long*, Hồ Khánh Đức*

57 Chẩn đoán và điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới tại bệnh viện Bình Dân
** Hồ Khánh Đức, Nguyễn Ngọc Bình, Trần Công Quyền*

66 Cắt thực quản có nội soi lồng ngực hỗ trợ
** Hoàng Vĩnh Chúc, Nguyễn Tạ Quyết, Nguyễn Phúc Minh, Lê Quang Nghĩa*

71 Cắt túi mật nội soi một vết mổ 2 trocar
** Nguyễn Thanh Phong*

77 Phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ ở người lớn
** Đỗ Minh Hùng , Nguyễn Phúc Minh, Trần Trung Hiếu*

84 Phẫu thuật nội soi điều trị viêm đường mật cấp do sỏi đường mật chính ngoài gan
** Lê Phong Huy, Vương Thừa Đức, Trần Trung Hiếu*

(Xem tiếp trang 416)

Phụ bản của Tập 16 * Số 1 * 2012
ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GẦN HẾT TUYẾN GIÁP - ĐIỀU TRỊ PHÌNH GIÁP ĐA NHÂN 2 THÙY

Trần Công Quyền, Nguyễn Văn Việt Thành**

TÓM TẮT

Mở đầu: *Phẫu thuật nội soi điều trị bệnh phình giáp đơn nhân hiện được áp dụng rộng rãi. Đây là một phương pháp mang tính thẩm mỹ cao, giúp bệnh nhân nhanh chóng trở lại với công việc và tự tin trong giao tiếp. Chỉ định điều trị được mở rộng cho các trường hợp phình giáp đa nhân 2 thùy với kỹ thuật cắt gần trọn tuyến giáp qua nội soi.*

Mục tiêu: *Xác định tỉ lệ thành công, tai biến, biến chứng, sự hài lòng của bệnh nhân để đánh giá tính an toàn và hiệu quả điều trị của phương pháp này.*

Phương pháp nghiên cứu: *Mô tả tất cả các trường hợp phình giáp đa nhân 2 thùy được phẫu thuật cắt gần trọn tuyến giáp qua nội soi tại bệnh viện Bình Dân từ 1/2010 – 9/2011.*

Kết quả: *Có tổng cộng 60 bệnh nhân: 6 nam – 54 nữ. Tuổi trung bình là 41,5 (20 – 73 tuổi). Thời gian phẫu thuật trung bình 90 phút. Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Thời gian hậu phẫu trung bình là 4 ngày. Hai trường hợp bị khàn tiếng nhẹ và hồi phục sớm sau mổ. Hai trường hợp tê tay tạm thời sau mổ. Không trường hợp sót nhân hoặc tái phát sau mổ nào được ghi nhận. Sau mổ, tất cả bệnh nhân hài lòng về tính thẩm mỹ.*

Kết luận: *Phẫu thuật cắt gần trọn tuyến giáp qua nội soi là một phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, thẩm mỹ cao cho bệnh phình giáp đa nhân. Đây nên là lựa chọn đầu tiên cho các trường hợp phình giáp đa nhân 2 thùy có chỉ định phẫu thuật.*

Từ khóa: *Nội soi cắt tuyến giáp*

ABSTRACT

ENDOSCOPIC SUBTOTAL THYROIDECTOMY FOR THE TREATMENT OF MULTINODULAR GOITER

Tran Cong Quyen, Nguyen Van Viet Thanh

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 16 - Supplement of No 1 - 2012: 38 - 42

Introduction: *Endoscopic surgery is widely employed for the treatment of nodular goiter. The greatest benefit is cosmetic, making patient back to work early, confident in communication. The indication is now applied for the treatment of multinodular goiter.*

Objectives: *To have the rate of successful, accidences, complications and the satisfaction of patient to evaluate the safety and efficacy of this procedure.*

Materials and Methods: *Descriptive study, all patients have multinnodular goiter treated by endoscopic subtotal thyroidectomy from 1/2010 to 9/2011 in Binh Dan hospital.*

Results: *There were 60 cases: 6 males – 54 females. Mean age was 41,5 (range 20 to 73). The mean operating time was 90 minutes. There was no case needed open operating. The mean of post operative time was 4 days. There are 2 cases temporary recurrent laryngeal nerve palsy and 2 cases temporary postoperative tetany. There was no case have residue or recurrence nodular. All patients were satisfied with the cosmetic results.*

* Khoa Lồng ngực – Mạch máu – Bướu cổ BV Bình Dân

Tác giả liên lạc: BS. Trần Công Quyền, *ĐT*: 0913169047 *Email*: quyentrancong@hotmail.com

Conclusions: *Endoscopic subtotal thyroidectomy is a safe and effective technique. The patients get a cosmetic benefit. It could be the first choice operating for the treatment of multinodular goiter.*

Key words: *Endoscopic thyroidectomy.*

MỞ ĐẦU

Phình 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 phình giáp[3]. 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 phình 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 phình giáp đơn nhân có kích thước nhỏ. Cho đến nay, chỉ định điều trị được mở rộng, áp dụng cho phình giáp đa nhân 2 thùy và cả các trường hợp cường giáp ổn. 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 qui. Từ 1/2010 – 9/2011, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt gần trọn tuyến giáp qua nội soi trong điều trị ngoại khoa bệnh phình giáp đa nhân 2 thùy.

Mục tiêu nghiên cứu

Mô tả kỹ thuật nội soi cắt tuyến giáp gần trọn.

Xác định tỉ lệ thành công, tai biến, biến chứng, sự hài lòng của bệnh nhân để đánh giá tính an toàn và hiệu quả điều trị phình giáp đa nhân của phẫu thuật cắt gần hết tuyến giáp qua nội soi.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Tiền cứu, mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp bướu giáp đa nhân 2 thùy được phẫu thuật nội soi từ 1/2010 – 9/2011 tại bệnh viện Bình Dân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bướu giáp đa nhân có kích thước nhân lớn nhất qua khám siêu âm ≤ 4cm.

Bình giáp trên lâm sàng và cận lâm sàng.

Kết quả FNA-C là phình giáp.

Bệnh nhân đồng ý với phẫu thuật nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật hay xạ trị vùng cổ.

Phương pháp phẫu thuật nội soi bướu giáp

Chuẩn bị trước mổ

Xét nghiệm tiền phẫu thường qui, chức năng tuyến giáp (TSH, T3, T4), siêu âm tuyến giáp, FNA cho các nhân nghi ngờ ác tính.

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. Rạch da đường 5mm ở 2 bên quầng vú, dùng kelly bóc tách lớp dưới da. Đặt 2 trocar 5mm dài hướng về hõm ức. Rạch da 10mm đường nách trước bên phải của bệnh nhân, đặt trocar 10mm có kênh bơm CO_2 hướng về hõm ức. Ống camera 5mm 0° đặt qua trocar 5mm bên trái. Hai trocar còn lại là kênh thao tác. Khoang cổ dưới da được bóc tách bởi đốt điện đơn cực và duy trì bằng khí CO_2 với áp lực từ 8-10mmHg. Sau khi tạo khoang cổ, mở đường giữa cân cơ cổ, 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 được cắt chỉ sau 1 tuần, tái khám sau 1 tháng và 3 tháng.

KẾT QUẢ

Từ 1/2010 – 9/2011, 60 trường hợp phình giáp đa nhân 2 thùy được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt gần trọn tuyến giáp và theo dõi sau mổ 1 – 3 tháng.

Giới tính: nữ: 54 (90%), nam: 6 (10%).

Tuổi trung bình: 41,5 tuổi (20 – 73)

Không có trường hợp nào cần chuyển mổ mở.

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: 100% là phình giáp tuyến.

Kết quả phẫu thuật:

Máu mất trong lúc mổ: không đáng kể

Thời gian mổ trung bình: 90 phút

Biến chứng: 7 trường hợp (11,6 %)

Khàn tiếng tạm thời: 2 (3,3%)

Tê tay tạm thời sau mổ: 2 (3,3%)

Tụ dịch vùng trước hõm ức: 3 (5%)

Bệnh nhân được xuất viện trung bình vào ngày hậu phẫu thứ 4

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.

Không ghi nhận trường hợp nào sót nhân hay tái phát sau mổ.

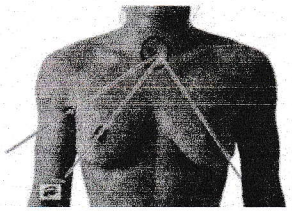
BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp bắt đầu được mô tả trong y văn thế giới vào khoảng năm 1996 – 1997 và tại Việt Nam vào năm 2004[2,3,4]. Từ đó đến nay, nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước được thực hiện và báo cáo[3,5,7]. Tại bệnh viện Bình Dân, phẫu thuật nội soi tuyến giáp được xem là lựa chọn đầu tiên trong điều trị ngoại khoa bệnh lý phình giáp.

Về chỉ định phẫu thuật, chúng tôi chọn các trường hợp phình giáp đa nhân 2 thùy có kích thước nhân lớn nhất dưới 4cm. Việc chọn lựa này là vì phẫu trường trong mổ nội soi tuyến giáp tương đối hẹp, không đủ không gian thao tác cho các trường hợp bướu lớn. Tuy nhiên, kích thước các nhân giáp quá nhỏ lại là một khó khăn trong quá trình phẫu thuật do bác sĩ phẫu thuật mất đi cảm giác sờ nắn khi thao tác. Vì thế, các nhân giáp nhỏ hơn 1cm đôi khi khó nhìn thấy qua nội soi và dễ bị bỏ sót. Về phương diện ung thư, chúng tôi nhận thấy trong quá trình lấy bướu ra khỏi khoang cổ, mô bướu phải đi qua một quãng đường dài, chật hẹp. Khả năng rơi vãi tế bào ung thư là rất cao. Vì thế, trên quan điểm của chúng tôi, các trường hợp phẫu thuật tuyến giáp nội soi phải có kết quả giải phẫu bệnh trước mổ lành tính và khi lấy bướu phải đặt trong bao nhựa.

Về đường vào của các trocar, có 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 mổ 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 mổ của chúng tôi, 2 trocar dài 5mm được đặt ở quầng vú 2 bên và trocar 10mm được đặt ở nách phải của bệnh nhân. Với đường vào của các trocar từ nách và quầng vú, sẹo của các lỗ trocar được giấu kín, đảm bảo tính thẩm mỹ cao giúp bệnh nhân tự tin trong giao tiếp[1]. 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.



Vị trí Trocar

Về khoang cổ, chúng tôi chọn cách bơm khí CO2 với áp lực khoảng 8 - 10mmHg để duy trì một khoảng trống tốt cho việc thao tác và tránh được biến chứng tăng CO_2 máu gây toan hóa máu và tràn khí dưới da[6].

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[3]. 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[3]. Tuyến giáp được cắt từng bên một, thùy trái trước, thùy phải sau. Để tránh các biến chứng sau mổ, tuyến giáp luôn được bộc lộ, phẫu tích rõ ràng. Khi cắt, chúng tôi luôn chừa lại mặt sau của tuyến giáp để không làm tổn thương tuyến cận giáp, thần kinh thanh quản quặt ngược. Sau mổ, chúng tôi đều dẫn lưu khoang cổ 100% qua 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 mở, 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 mở. 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 mổ của chúng tôi. Thời gian mổ trung bình là 90 phút, không khác biệt lắm so với mổ mở. Không có tai biến nào trong lúc mổ. Lượng máu mất trong lúc mổ không đáng kể. Những biến chứng sau mổ ít, nhẹ và tạm thời.

Bệnh nhân thường xuất viện vào ngày thứ 4 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. Người bệnh hài lòng vì không có sẹo ở cổ. Một số ít bệnh nhân than phiền về dị cảm ở cổ tạm thời, không có cảm giác nuốt vướng, khó chịu hay gặp ở các bệnh nhân mổ mở kinh điển. Hai bệnh nhân bị khàn tiếng và tê tay sau mổ đã hồi phục hoàn toàn sau 3 tháng. Ba bệnh nhân có tụ dịch vùng trước hõm ức: 2 tự tiêu sau 1 tuần, 1 được chọc hút ra 7 ml dịch hồng. Qua siêu âm kiểm tra cổ, không bệnh nhân nào bị sót nhân giáp hay tái phát sau mổ được ghi nhận.

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 đơn nhân, kích thước nhỏ. Khi kỹ thuật đã thuần thục, chúng tôi mở rộng chỉ định đối với các trường hợp phình giáp đa nhân hai thùy. Nhìn chung, đây là một lựa chọn mới, phù hợp với xu hướng phát triển của thế giới.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt gần trọn tuyến giáp có nhiều ưu điểm như thẩm mỹ, an toàn và hiệu quả. Đây là lựa chọn ban đầu cho các trường hợp phình giáp đa nhân 2 thùy có chỉ định điều trị ngoại khoa. Các bác sĩ phẫu thuật tuyến giáp có kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi đều có thể thực hiện. Bệnh nhân hồi phục tốt, nhanh chóng trở lại với công việc, tự tin trong giao tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benhidjeb T, Strik MW (2006). Total video-endoscopicthyroidectomyvia Axillo-Bilateral-Breast-Approach (ABBA). Natural Orifice Surgery, 1st Meeting Berlin, June 23: 153-159.
2. Gagner M. (1996). Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism. Br J Surg, 83: 875-881.
3. Hồ Nam, Nguyễn Bá Minh Nhật, Hồ Khánh Đức, Nguyễn Văn Việt Thành (2010). Phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp

tại Bệnh viện Bình Dân. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 14, Phụ bản của số 1: 122 -126.

4. Huscher CS, Chiodini S, Napolitano C, Recher A. (1997). Endoscopic right thyroid lobectomy. Surg Endosc, 11: 877-882.
5. Palazzo FF, Sebag F, Henry JF. (2006). Endocrine surgical technique: Endoscopic thyroidectomy via the lateral approach. Surg Endosc; 20: 339-342
6. Puntambekar Shailesh P (2007). Endoscopic thyroidectomy: Our technique. Journal of minimal access surgery, volume 3: 91-97.
7. Trịnh Minh Tranh, Trần Thanh Vỹ (2006). Sử dụng khung nâng da trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp tại Bv Nhân Dân Gia Định. Hội nghị phẫu thuật nội soi toàn quốc lần I, Hà Nội: 256-261.