

# Y HỌC

## THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

### HỘI NGHỊ KHOA HỌC KỸ THUẬT BV. BÌNH DÂN 2014

#### TỔNG QUAN

1 Tổng quan về cắt thực quản  
\* Lê Quang Nghĩa

8 Ung thư đại trực tràng di căn gan  
\* Nguyễn Cao Cương, Võ Ngọc Bích

#### NGHIÊN CỨU Y HỌC

15 Vai trò của cắt lớp điện toán trong chẩn đoán và phân giai đoạn ung thư thực quản  
\* Trần Đức Quang, Đặng Đình Hoàn, Lê Văn Cường

21 Nhân một thường hợp túi thừa thực quản được điều trị bằng phẫu thuật nội soi xuyên hoành  
\* Đỗ Minh Hùng, Phan Thanh Tuấn

26 Khảo sát các yếu tố thất bại trong điều trị ngoại khoa vỡ thực quản do nôn ói mạnh tại BV Chợ Rẫy và BV Cấp Cứu Trung Vương trong 14 năm (1999 - 2012)  
\* Nguyễn Công Minh

34 Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày đoạn xa  
\* Vũ Ngọc Anh Tuấn, Đỗ Minh Hùng, Vương Thừa Đức

39 Đánh giá kết quả hoá trị bước một ung thư dạ dày giai đoạn tiến xa phác đồ ECX và EOX tại Bệnh Viện Bình Dân  
\* Quách Thanh Hưng, Nguyễn Phúc Nguyên, Đỗ Bá Hùng, Hoàng Danh Tấn, Văn Tấn

44 Đánh giá kết quả điều trị u tá tràng – đầu tụy  
\* Nguyễn Hoàng Linh, Mai Thanh Thúy, Phạm Thị Ngọc Hương

49 Nội soi so với mổ mở ung thư đại tràng  
\* Văn Tấn, Trần Vĩnh Hưng, Dương Thanh Hải

52 Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải và đại tràng chậu hông qua một vết rạch da  
\* Dương Bá Lập, Đỗ Minh Hùng

58 Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư đại trực tràng di căn gan  
\* Võ Ngọc Bích, Nguyễn Cao Cương.

62 Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt trước thấp nối máy trong điều trị ung thư trực tràng  
\* Trần Minh Đức, Nguyễn Cao Cương

67 So sánh giữa mổ nội soi và mổ mở ung thư trực tràng  
\* Văn Tấn, Trần Vĩnh Hưng, Dương Thanh Hải



## PHẪU THUẬT CẮT GIẢM TUYẾN GIÁP QUA NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CƯỜNG GIÁP ỔN

Trần Công Quyền\*, Nguyễn Văn Việt Thành\*

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp điều trị bệnh cường giáp ổn hiện chưa 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. Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp là an toàn và thành công cho các trường hợp phình giáp đa nhân 2 thùy giúp chúng tôi mạnh dạn áp dụng phương pháp này để điều trị các trường hợp cường giáp ổn.

**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 cường giáp được phẫu thuật cắt gần trọn tuyến giáp qua nội soi tại bệnh viện Bình Dân từ 5/2009 – 7/2013.

**Kết quả:** Có tổng cộng 32 bệnh nhân: 3 nam – 29 nữ. Tuổi trung bình là 31,8 (21– 49 tuổi). Thời gian phẫu thuật trung bình 90 phút. Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Thời gian nằm viện 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. Tái phát cường giáp 2 trường hợp (6,25%) sau 6 tháng. 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 cường giáp. Đây là một lựa chọn cho các trường hợp cường giáp có chỉ định phẫu thuật.

**Từ khóa:** Cường giáp, nội soi

### ABSTRACT

ENDOSCOPIC SUBTOTAL THYROIDECTOMY FOR THE TREATMENT OF HYPERTHYROIDISM

Tran Cong Quyen, Nguyen Van Viet Thanh

\* Y Hoc TP. Ho Chi Minh \* Vol. 18 - No 1 - 2014: 283 - 287

**Introduction:** Endoscopic surgery is not widely employed yet for the treatment of hyperthyroidism. The greatest benefit is cosmetic, making patient back to work early, confident in communication. By the safety and success of the endoscopic surgery for the treatment of multinodular goiter, we intend use this for treatment of hyperthyroidism.

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

**Materials and Methods:** Descriptive study, all patients have hyperthyroidism treated by endoscopic subtotal thyroidectomy from 5/2009 to 7/2013 in Binh Dan hospital.

**Results:** There were 32 cases: 3 males – 29 females. Mean age was 31.8 (range 21 to 49). The mean operating time was 90 minutes. There was no case needed open operating. The mean post operating time was 4 days. There are 2 cases temporary recurrent laryngeal nerve palsy and 2 cases temporary postoperative tetany. There was two case have recurrence hyperthyroidism after 6 months. All patients were satisfied with the cosmetic results.

\*Khoa Lồng ngực – Mạch máu – Bướu cổ bệnh viện Bình Dân

Tác giả liên lạc: BS. CKII. Trần Công Quyền      ĐT: 0913 169047

Email: [quyentrancong@hotmail.com](mailto:quyentrancong@hotmail.com)



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

*Key words: Endoscopic, hyperthyroidism.*

## MỞ ĐẦU

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. 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 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 qui. 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 loạt 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:

- Thể tích mỗi thùy đo qua siêu âm  $\leq 25 \text{ cm}^3$ .
- 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, (có hay không 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 đường kính 5mm tại 2 quầng vú hướng về hõm ức. Đặt trocar 10mm ở đường nách trước bên phải của bệnh nhân hướng về hõm ức và bơm CO<sub>2</sub>. Ống kính 5mm đặt qua trocar 5mm bên vú trái. Hai trocar còn lại là kênh thao tác. Khoang cổ được bóc tách bởi đốt điện đơn cực và duy trì bằng bơm khí CO<sub>2</sub> với áp lực từ 8-10mmHg. Sau khi tạo khoang cổ, mở đường cân cơ giữa 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 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% mô hình giáp lan tỏa tăng sinh mạch máu.

**Kết quả phẫu thuật**

- Máu mất 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.

+ 2 trường hợp (6,25%) cường giáp tái phát sau mổ.

**BÀN LUẬN**

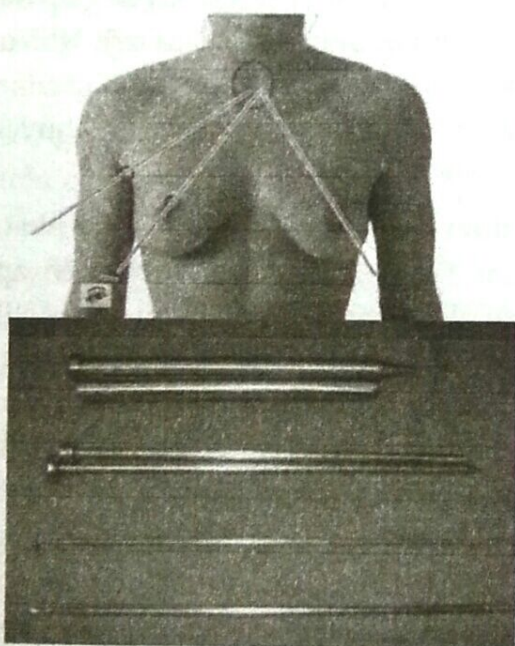
Phẫu thuật bướu cổ kinh điển (mổ mở) đã có từ năm 952 sau Công nguyên do bác sĩ Moolish người Ba Tư thực hiện. Sau đó, Theodor Kocher, phẫu thuật viên người Thụy Sĩ được xem như người đặt nền tảng cho phẫu thuật bướu giáp. Có nhiều kỹ thuật và trường phái trong việc cắt bướu giáp nhưng nhìn chung các 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 chỉ,... 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>(2)</sup>. Một năm sau, Huscher báo cáo cắt thùy phải tuyến giáp hoàn toàn qua nội soi<sup>(4)</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>(3,5,7)</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 thể tích mỗi thùy không quá 25 cm<sup>3</sup>. 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 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, 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>(1)</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 khoang 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 khả năng tiếng tạm thời sau mổ do sức nóng lan ra khi sử dụng đốt điện<sup>(3)</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>(3)</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 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 ban 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 có kéo dài hơn so với mổ mở kinh điển. Trung bình một ca mổ nội soi kéo dài khoảng 90 phút so với mổ hở khoảng 60 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 lòng vì không có sẹo ở cổ. Vài bệnh nhân có than phiền về dị cảm ở cổ, cảm giác nuốt vướng, những khó chịu hay gặp ở các bệnh nhân mổ mở kinh điển, nhưng nhanh chóng mất đi sau mổ 1 tháng. 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 phần tuyến giáp chừa lại quá nhiều vì kinh nghiệm nhân định kích thích qua mổ nội soi chưa tốt. Chúng tôi đang 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 mở và kỹ năng tốt về mổ nội soi đều có thể thực hiện. Bệnh nhân hồi phục nhanh, sớm trở lại với công việc, tự tin trong giao tiếp. Tỷ lệ tai biến, biến chứng tương đương

mổ mở. 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. Benhidjeb T, Strik MW (2006). Total video-endoscopicthyroidectomyvia Axillo-Bilateral-Breast-Approach (ABBA). NaturalOrificeSurgery, 1st MeetingBerlin, June23.
2. Gagner M (1996). Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism. Br J Surg;83: 875
3. 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 Y Học TP. Hồ Chí Minh Tập 12 Phụ bản của Số 4.
4. Huscher CS, Chiodini S, Napolitano C, Recher A (1997). Endoscopic right thyroid lobectomy. Surg Endosc;11: 877.
5. Palazzo FF, Sebag F, Henry JF (2006). Endocrine surgical technique: Endoscopic thyroidectomy via the lateral approach. Surg Endosc;20: 339-342
6. Puntambekar SP (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.

Ngày nhận bài báo:	27/10/2013
Ngày phản biện nhận xét bài báo:	27/11/2013
Ngày bài báo được đăng:	20/02/2014