

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

HỘI NGHỊ KHOA HỌC KỸ THUẬT TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH NGÀY 06 THÁNG 05 NĂM 2016

TỔNG QUAN

1 Tổng quan về mổ thoát vị bẹn

* Lê Quang Nghĩa

NGHIÊN CỨU Y HỌC

6 Ngộ độc paraquat ở trẻ em nhập bệnh viện Nhi Đồng I

* Đỗ Minh Hùng, Phạm Văn Quang,
Tăng Chí Thượng

16 Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng bệnh nhi bị sốc phản vệ tại bệnh viện Nhi Đồng 1

* Nguyễn Xuân Quốc, Phạm Văn Quang,
Tăng Chí Thượng

23 Đặc điểm điều trị bệnh nhi bị sốc phản vệ tại bệnh viện Nhi Đồng 1

* Nguyễn Xuân Quốc, Phạm Văn Quang,
Tăng Chí Thượng

30 Kết quả điều trị trẻ sơ sinh sinh non 26 – 34 tuần tuổi thai tại bệnh viện Nhi Đồng 2 30

* Lê Nguyễn Nhật Trung, Lê Thị Thùy Dung,
Trần Trọng Phương Trừ, Ngô Minh Xuân

37 Khảo sát các di chứng và yếu tố tiên lượng sau 3 năm điều trị bệnh lý võng mạc trẻ sinh non

* Nguyễn Thị Ngọc Nga, Lê Đỗ Thùy Lan

43 Tỷ lệ mắc bệnh lý võng mạc ở trẻ sinh non nhập viện vào khu chuyên sâu sơ sinh bệnh viện Nhi Đồng 1

* Tô Vũ Thiên Hương, Trần Thị Hoài Thu,
Nguyễn Kiến Mậu, Phạm Thị Thanh Tâm

48 Đặc điểm siêu âm ở trẻ viêm phổi từ 3 tháng đến 15 tuổi nhập khoa hô hấp bệnh viện Nhi Đồng 1

* Lê Cẩm Thạch, Tăng Chí Thượng

56 Biến chứng thường gặp nhất và các yếu tố nguy cơ ở trẻ nhũ nhi nhập viện vì viêm tiểu phế quản nặng

* Nguyễn Thị Hương, Tăng Chí Thượng

64 Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, kỹ thuật và kết quả đóng ống động mạch bằng dụng cụ tại bệnh viện Nhi Đồng 1

* Đỗ Nguyên Tín, Đào Anh Quốc

70 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh hẹp eo động mạch chủ ở trẻ em dưới 2 tháng tuổi tại bệnh viện Nhi Đồng 2

* Pang Ting Bel, Phạm Văn Quang,
Nguyễn Minh Trí Việt

77 Đề kháng kháng sinh nguyên phát ở trẻ em viêm loét dạ dày tá tràng do *Helicobacter pylori*

* Lê Thị Minh Hồng, Nguyễn Tuấn Khiêm,
Văn Thị Thùy Linh, Nguyễn Thị Thanh,
Nguyễn Thị Thu Thủy, Nguyễn Thị Hồng Loan,
Võ Thị Vân, Võ Hoàng Khoa, Tăng Chí Thượng,
Trần Thị Mộng Hiệp

(Xem tiếp trang 477)

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TUYẾN GIÁP QUA NGÃ NÁCH – HAI QUẪNG VÚ TRONG ĐIỀU TRỊ MICROCARCINOMA TUYẾN GIÁP DẠNG NHÚ

Nguyễn Văn Việt Thành*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi và an toàn của phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua ngã nách – 2 quầng vú trong điều trị microcarcinoma tuyến giáp dạng nhú.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu: báo cáo hàng loạt trường hợp (12 trường hợp). Microcarcinoma dạng nhú được định nghĩa là ung thư biểu mô tuyến giáp dạng nhú có kích thước đường kính của u nhỏ hơn 10mm. Chúng tôi tiến hành cắt trọn thùy giáp qua nội soi cho 12 trường hợp có chẩn đoán trước mổ là microcarcinoma tuyến giáp dạng nhú

Kết quả: 12 trường hợp được phẫu thuật thành công hoàn toàn qua nội soi, không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Kích thước u trung bình ($0,86 \pm 0,11$) cm. 10 trường hợp được cắt trọn 1 thùy tuyến giáp qua nội soi. 2 trường hợp được tiến hành cắt trọn thùy có u microcarcinoma dạng nhú và gần trọn thùy còn lại. Thời gian mổ trung bình là (60 ± 17) phút. Lượng máu mất trung bình là (10 ± 2) ml. Thời gian nằm viện sau mổ là (2 ± 1) ngày. 2 trường hợp tổn thương tạm thần kinh quặt ngược thành quản thoáng qua và hồi phục khoảng 1 – 2 tháng sau mổ. 2 trường hợp tổn thương tuyến cận giáp thoáng qua sau mổ. Không có bệnh nhân nào tu dịch hoặc tổn thương khí quản sau mổ. Không có trường hợp tổn thương thần kinh thanh quản trên. Các biến chứng muộn khác như tê tay, tràn khí dưới da không xảy ra ở bất cứ trường hợp nào sau mổ. Với đường mổ qua thành ngực trước, tất cả bệnh nhân đều không có sẹo cổ và tất cả đều hài lòng về yếu tố thẩm mỹ. Tất cả bệnh nhân được theo dõi sau mổ với thời gian theo dõi từ 3 – 40 tháng.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua ngã nách – 2 quầng vú là một kỹ thuật an toàn và khả thi trong điều trị ung thư tuyến giáp dạng nhú giai đoạn sớm. Phương pháp điều trị này đem lại hiệu quả thẩm mỹ cao nhưng về hiệu quả lâu dài, vẫn cần được tiếp nghiên cứu.

Từ khóa: microcarcinoma tuyến giáp dạng nhú, phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp

ABSTRACT

ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VIA AXILLO – BILATERAL – BREAST – APPROACH FOR PAPILLARY THYROID MICROCARCINOMA

Nguyen Van Viet Thanh * Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Supplement of Vol. 20 - No 2 - 2016: 180 - 186

Purpose: To evaluate the operative feasibility and safety of endoscopic thyroidectomy via axillo – bilateral – breast – approach for the treatment of the patients with papillary thyroid microcarcinoma (PTMC).

Methods: We report case series: 12 cases. Papillary thyroid microcarcinoma (PTMC) is defined as a papillary thyroid cancer measuring less than 10mm in its greatest diameter. Endoscopic lobectomy was attempted in 12 patients who were diagnosed preoperatively as papillary thyroid microcarcinomas.

Results: All 12 operations were successfully performed endoscopically. There was no case converted to open surgery. The mean tumor size was (0.86 ± 0.11) cm. The operation types included unilateral lobectomy (10 cases), ipsilateral lobectomy and contralateral subtotal lobectomy (2 cases). The mean operating time was (60 ± 17) min, the mean bleeding volume was (10 ± 2) ml, and the mean post-operative hospital stay time was (2 ± 1)

* Bộ môn Ngoại Tổng quát Trường ĐHY Khoa Phạm Ngọc Thạch

Tác giả liên lạc: ThS. BS. Nguyễn Văn Việt Thành ĐT: 0838683007

Email: phong.nckh@pnt.edu.vn

days. Temporary recurrent laryngeal nerve (RLN), paresis occurred in 2 cases and recovered within 1 to 2 months after the surgery. Two patients showed temporary hypoparathyroidism. No patient showed post-operative seroma and tracheal injury. There was no case with injury to the superior laryngeal nerve. No further complications, such as tetany, and emphysema developed after the operation. With the anterior chest wall approach, all patients had no surgical scar on the neck and thus they were satisfied with the cosmetic outcomes. All patients were disease free by follow-up of 3 to 40 months.

Conclusions: Minimally invasive endoscopic thyroid surgery via axillo – bilateral – breast – approach is a feasible and safe method for the treatment of early papillary thyroid cancer. This technique had better cosmetic results and the long-term effect of this technique needs further evaluation.

Keywords: papillary thyroid microcarcinoma (PTMC), endoscopic thyroidectomy.

MỞ ĐẦU

Ung thư giáp chiếm 1% các loại ung thư và là loại ung thư tuyến nội tiết thường gặp nhất. Tại nước ta, theo ghi nhận của IUAC (International Union against Cancer) năm 2002, tần suất mắc bệnh chuẩn tuổi ở nữ là 2,7/100.000, ở nam là 1,3/100.000. Tại bệnh viện Bình Dân TP HCM, từ năm 1990-2004 có 13.087 trường hợp phẫu thuật tuyến giáp, trong đó 2,26% là ung thư giáp. Bệnh thường diễn tiến chậm, kéo dài trong nhiều năm, hầu hết là carcinoma. Microcarcinoma tuyến giáp dạng nhú (PTMC) được định nghĩa là ung thư biểu mô tuyến giáp dạng nhú có kích thước đường kính của u nhỏ hơn 10mm. Đây là dạng ung thư có tiên lượng tốt nhất trong các dạng ung thư tuyến giáp. Phẫu thuật nội soi tuyến giáp là một phẫu thuật ít xâm lấn được Huscher mô tả lần đầu vào năm 1997. Từ đó cho đến nay, phẫu thuật nội soi tuyến giáp được áp dụng cho các trường hợp phẫu thuật tuyến giáp lành tính. Về phương diện ung thư, phẫu thuật nội soi tuyến giáp được đồng thuận áp dụng cho các trường hợp PTMC. Tại Việt Nam, hiện nay chưa có nhiều báo cáo về vấn đề này, vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá tính khả thi và an toàn của phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua ngã nách – 2 quầng vú trong điều trị PTMC.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Báo cáo hàng loạt trường hợp

Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp PTMC được phẫu thuật nội soi từ 1/2012 – 9/2015 tại bệnh viện Bình Dân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Carcinoma tuyến giáp dạng nhú có kích thước $u \leq 1$ cm.

Bình giáp trên lâm sàng và cận lâm sàng.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật nội soi.

Ung thư tuyến giáp tái phát.

Tiền căn phẫu thuật và xạ trị vùng cổ.

Phương pháp tiến hành

Chuẩn bị trước mổ

Xét nghiệm tiền phẫu, chức năng tuyến giáp (TSH, T3, T4), siêu âm tuyến giáp, FNA (tiêu chuẩn chẩn đoán ung thư trước mổ).

Kỹ thuật mổ

Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, mê nội khí quản, được kê gối dưới vai để ngửa cổ.

Sử dụng 3 trocar: 2 trocar dài 5mm tại 2 quầng vú, 1 trocar 10mm ở đường nách bên phải của bệnh nhân.

Khoang cổ được bóc tách và duy trì bằng khí CO2 với áp lực từ 8-10mmHg.

Xử trí tổn thương: cắt trọn thùy có nhân ung thư + eo giáp nếu tuyến giáp tổn thương đơn hạt; cắt trọn tuyến giáp nếu tuyến giáp tổn thương đa hạt

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 7 ngày, tái khám định kì.

Bệnh nhân không cần hóa trị sau mổ nhưng được điều trị liệu pháp hormone đề nén

Kết quả điều trị ngắn hạn được đánh giá theo 4 mức

Tốt: khi đủ các yếu tố: không có biến chứng, số ngày hậu phẫu ≤ 3 ngày, thẩm mỹ tốt, không sót hạt giáp.

Khá: có ≤ 2 biến chứng nhưng ở mức độ nhẹ, số ngày nằm hậu phẫu ≤ 5 ngày, thẩm mỹ tốt, không sót hạt giáp.

Trung bình: có > 2 biến chứng nhưng ở mức độ nhẹ hoặc vừa, số ngày nằm hậu phẫu > 5 ngày ± kém thẩm mỹ, không sót hạt giáp.

Không đạt: khi có 1 trong các yếu tố sau: tử vong, có biến chứng mức độ nặng hoặc phẫu thuật lại, nằm viện hậu phẫu > 7 ngày, không thẩm mỹ, sót hạt giáp.

KẾT QUẢ

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Từ 1/2012 – 9/2015, 12 trường hợp ung thư tuyến giáp microcarcinoma dạng nhú được điều trị bằng phẫu thuật nội soi và theo dõi sau mổ tối thiểu 3 tháng.

Giới tính

Nữ: 10 (83,33%), nam: 2 (16,67%)

Tuổi trung bình

39,5 tuổi (20 – 54).

Lý do nhập viện

Đa số trường hợp nhập viện do u vùng cổ tình cờ phát hiện.

Thời gian phát hiện bệnh

Trung bình 42,1 ± 8,6 tuần.

Độ lớn của tuyến giáp

100% độ 1.

Tính chất của hạt giáp

Mật độ hạt giáp: 41,7% bệnh nhân có hạt

giáp mềm, 58,3% bệnh nhân có hạt giáp chắc.

Di động: 100% bệnh nhân bướu đều di động.

Ranh giới: 8,3% trường hợp ranh giới hạt giáp không rõ.

Trung bình đường kính hạt giáp ung thư trên lâm sàng là 1 cm.

Siêu âm tuyến giáp

Kích thước hạt giáp ung thư: trung bình 0,86 ± 0,11 cm.

Tính chất hạt giáp trên siêu âm: 100% có vi vôi hóa.

Chẩn đoán

100% ung thư tuyến giáp microcarcinoma dạng nhú.

Phương pháp mổ

16,67% cắt trọn tuyến giáp qua nội soi.

83,33% cắt trọn thùy + eo giáp qua nội soi.

Giải phẫu bệnh

Trước mổ (FNA): 100% carcinoma papillary.

Sau mổ: 100% carcinoma papillary.

Kỹ thuật cắt gần trọn tuyến giáp qua nội soi

Thời gian mổ trung bình

60 ± 17 phút.

Lượng máu mất lúc mổ

Không có trường hợp nào cần truyền máu. Lượng máu mất trung bình lúc mổ 10 ± 2 ml.

Mô tả đại thể khi phẫu thuật

Tính chất đại thể của mô giáp: 91,67% mô giáp chắc, 8,33% mô giáp bờ.

Thần kinh quặt ngược thanh quản được tìm thấy cả 2 bên trong 16,67% trường hợp (2 trường hợp cắt trọn tuyến giáp), 83,33% tìm thấy 1 bên (10 trường hợp cắt trọn thùy).

Tuyến cận giáp được tìm thấy 2 bên trong 16,67% trường hợp (2 trường hợp cắt trọn tuyến giáp), 83,33% tìm thấy 1 bên (10 trường hợp cắt trọn thùy).

Dẫn lưu

100% trường hợp và nhận thấy dịch máu không ra thêm sau 24 giờ. Lượng dịch máu dẫn lưu trung bình $12,04 \text{ ml} \pm 5,94 \text{ ml}$ trong 24 giờ đầu sau mổ.

100% trường hợp dẫn lưu được rút vào ngày hậu phẫu thứ 2.

Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian trung bình nằm viện sau mổ 2 ngày ± 1 ngày.

Tai biến - biến chứng

Tỉ lệ biến chứng chung là 33,34%: 16,67% trường hợp khàn tiếng hết trong vòng 1 - 2 tháng sau mổ, 16,67% trường hợp tê tay chân hết trước khi ra viện.

Không gặp các biến chứng: chảy máu, phù nề tụ dịch, tràn khí dưới da, khó thở, nhiễm trùng vết mổ.

Không trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

Đánh giá kết quả ngắn hạn

Trong nhóm nghiên cứu không có bệnh nhân nào kết quả không đạt, kết quả tốt (66,66%), kết quả khá (33,34%).

Tỉ lệ sống còn và tái phát

Thời gian theo dõi 3 - 40 tháng.

100% bệnh nhân còn sống.

Chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát.

BÀN LUẬN

Chúng tôi đã mổ thành công tất cả các trường hợp (100%) trong nghiên cứu, chưa có tai biến và biến chứng nặng cũng như chưa có trường hợp nào cần mổ lại.

Chỉ định phẫu thuật

Chúng tôi chọn chỉ định phẫu thuật: PTMC có đường kính hạt giáp lớn nhất $\leq 1 \text{ cm}$ ^(9,11), FNA-C: Carcinoma dạng nhú, không tiên căn phẫu thuật hay chiếu xạ vùng cổ^(12,13). Cho đến nay, vai trò của phẫu thuật nội soi trong điều trị ngoại khoa bệnh lý tuyến giáp đã được công nhận đối với: phình giáp đơn và đa hạt, cường

giáp và Basedow. Về phương diện ung thư, phẫu thuật nội soi còn chưa có sự đồng thuận của các tác giả. Như chúng ta đã biết, trong ung thư, tùy thuộc vào tổn thương giải phẫu bệnh mà có những chỉ định phẫu thuật và điều trị phối hợp khác nhau. Hiện nay, đối với ung thư giáp, chỉ định phẫu thuật nội soi chỉ thực hiện trên các trường hợp có kết quả FNA-C carcinoma dạng nhú có kích thước $u \leq 1 \text{ cm}$ chưa xâm lấn. Chỉ định cắt trọn thùy và eo giáp được áp dụng cho tổn thương đơn hạt. Đối với các tổn thương đa hạt, bệnh nhân được cắt trọn tuyến giáp.

Về mức độ dính của mô giáp với các cấu trúc lân cận, chúng tôi chỉ chọn những trường hợp hợp buớc di động tốt. Việc này giúp cho phẫu thuật được an toàn. Chúng tôi chủ động loại các trường hợp đã có tiên căn chiếu xạ hay phẫu thuật vùng cổ tương tự như các tác giả khác^(12,13). Khi tuyến giáp dính nhiều vào các cấu trúc lân cận việc bóc tách sẽ dễ gây tai biến, biến chứng trong và sau khi mổ hoặc bỏ sót tổn thương (sót nhân). Hơn nữa, một điều mà ai cũng dễ nhận ra là việc phẫu thuật nội soi cho bệnh nhân đã có vết mổ cũ vùng cổ là điều thực sự không cần thiết.

Tai biến, biến chứng

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ bệnh nhân bị biến chứng là 33,34%. Chúng tôi chưa có bệnh nhân nào bị biến chứng chảy máu sau mổ. Chưa có trường hợp nào chuyển mổ mở hay phải mổ lại và không có tử vong. Kết quả này của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu mổ nội soi của các tác giả khác^(15,19,20). Gustus HC. Yeung, năm 2002, tổng kết 900 trường hợp mổ nội soi tuyến giáp từ nhiều báo cáo cho tỉ lệ biến chứng chung là 0 - 4%⁽²³⁾. Brian Hung-Hinlang thực hiện phẫu thuật nội soi tuyến giáp theo đường ngực nách 2 bên, kết quả cho thấy biến chứng mổ nội soi tương đương mổ mở⁽⁸⁾. Tỉ lệ chuyển mổ mở theo y văn là 0 - 12,9%. Riêng báo cáo của Hồ Nam có 2 trường hợp phải mổ mở lại trong 24 giờ đầu để cầm máu⁽⁷⁾. Chúng tôi chưa gặp các biến chứng phù nề tụ dịch, tràn

khí dưới da vùng cổ ngực hay nhiễm trùng vết mổ. Trong nghiên cứu của các tác giả khác các biến chứng này cũng ít gặp và thường nhẹ⁽⁹⁾. Chúng tôi gặp 33,34 % trường hợp biến chứng tạm thời: khàn tiếng (16,67%) hết sau 1 – 2 tháng và tê tay chân (16,67%) trong 3 ngày đầu. So với mổ mở kinh điển thì chúng tôi ít có biến chứng hơn. Trong mổ mở có nhiều biến chứng là do kích thước hạt giáp lớn hơn. Theo y văn, tỷ lệ biến chứng tăng theo kích thước của tổn thương có trên tuyến giáp, $p < 0,05$ ^(4,21).

Về tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản, để tránh biến chứng này, Lahey, năm 1938 đề nghị tìm thần kinh quặt ngược thanh quản thường quy khi phẫu thuật tuyến giáp. Trong mổ mở, tỉ lệ liệt thần kinh quặt ngược thanh quản tạm thời là 5,2 - 14%, liệt vĩnh viễn 0,55 - 1,2%⁽¹⁷⁾. Trong mổ nội soi, tỉ lệ liệt thần kinh quặt ngược thanh quản tạm thời là 3,2 - 8,3%, liệt vĩnh viễn 0 - 0,65%⁽³⁾. Nhiều nghiên cứu so sánh biến chứng tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản giữa mổ nội soi và mổ mở cho thấy chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê⁽¹⁸⁾. Do khàn tiếng là một biến chứng ảnh hưởng nghiêm trọng đến đời sống và việc làm của bệnh nhân nên từ 30 năm trước các bác sĩ phẫu thuật đã nghĩ ra biện pháp theo dõi hoạt động của thần kinh quặt ngược thanh quản trong lúc mổ nhưng không thành công. Phương pháp này được nghiên cứu trở lại 5 - 10 năm nay nhờ tiến bộ của kỹ thuật giúp tạo nên các dụng cụ thân thiện hơn với người dùng, tuy vậy vẫn chưa được phổ biến⁽¹⁸⁾. Theo dõi hoạt động thần kinh quặt ngược thanh quản lúc mổ tuyến giáp giúp giảm tỉ lệ liệt vĩnh viễn thần kinh quặt ngược thanh quản. Nhưng độ chuyên biệt của phương pháp này để tiên lượng liệt sau mổ không cao và chỉ có giá trị trong 1 số trường hợp khó phẫu tích thần kinh. Mổ nội soi giúp nhìn rõ hơn thần kinh quặt ngược thanh quản cũng như thần kinh thanh quản trên nhờ camera phóng đại hình ảnh⁽⁵⁾, nhưng không giúp giảm tỉ lệ tổn thương thần kinh⁽¹⁸⁾. Kiểu mổ nội soi toàn phần có tỉ lệ biến chứng ít hơn so với kiểu

nội soi hỗ trợ, 3,5% so với 8,6% ($p < 0,01$) theo nghiên cứu của Chen Xiao-dong 2008⁽¹⁾. Dùng dao siêu âm lúc mổ tuyến giáp giúp giảm tai biến liệt thần kinh quặt ngược thanh quản và tổn thương tuyến phó giáp^(2,5,6,13). Các khuyến cáo đều cho thấy nên dùng mỗi lần dưới 20 giây và để cách dây thần kinh 3 mm ngay sau dùng để nhiệt không làm tổn thương thần kinh.

Về tổn thương tuyến cận giáp sau mổ, Harness JK., Eung L., năm 1986, nghiên cứu tổng kết nhiều báo cáo thấy tỉ lệ suy phó giáp sau mổ mở rất thay đổi khi cắt giáp toàn phần, từ 1,2% đến 11% tùy kinh nghiệm của tác giả. Arthur Schwartz, năm 1987, thống kê nhiều nghiên cứu cho tỉ lệ suy phó giáp vĩnh viễn là 1 - 4%. Ông tự nghiên cứu 183 bệnh nhân lúc mổ tìm tuyến phó giáp thường quy, giữ toàn vẹn cuống mạch, ghép lại tuyến phó giáp khi tổn thương cuống mạch, cắt gần trọn tuyến giáp thay cho cắt trọn tuyến giáp và thấy tỉ lệ suy phó giáp là 3,3%. CR. Mc Henry, năm 1994, B. Abboud, năm 2002, xác định các yếu tố nguy cơ gây suy phó giáp sau mổ cắt tuyến giáp là cường giáp, ung thư tuyến giáp, mổ lại, giảm dự trữ vitamin D, độ rộng cắt tuyến giáp, nạo hạch cổ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Trong mổ nội soi, tỉ lệ hạ canxi máu sau mổ tuyến giáp rất thay đổi, tạm thời 2 - 24% và vĩnh viễn 0 - 2,6%^(15,19,7,20,3,12,16). Đo nồng độ PTH trong máu sau mổ được dùng để tiên lượng khả năng hạ canxi máu sau mổ cắt tuyến giáp. Sau 10 phút cắt tuyến giáp, những bệnh nhân có nồng độ PTH trong máu bình thường hay giảm còn trên 75% nồng độ bình thường thì sau mổ sẽ có nồng độ canxi trong máu bình thường. Sau 6 giờ mổ, những bệnh nhân có nồng độ PTH giảm còn trên 65% nồng độ bình thường có thể cho xuất viện, những bệnh nhân có nồng độ PTH còn dưới 65% sẽ cần dùng canxi hỗ trợ⁽⁸⁾. Theo hướng dẫn của hội phẫu thuật nội tiết Úc, cần đo nồng độ PTH máu 4 giờ sau cắt tuyến giáp, nếu bình thường có thể cho bệnh nhân xuất viện (7% sẽ có hạ canxi máu nhẹ sau đó), nếu nồng độ PTH giảm trên 90% thì cho bệnh

nhân dùng canxi D sớm, nếu PTH giảm dưới 90% có thể lựa chọn giữa uống canxi D hay chỉ theo dõi canxi máu.

Thời gian nằm viện sau mổ

Vì bệnh nhân đa số là trẻ, bệnh cảnh không phải cấp cứu nên không cần nhiều thời gian nằm viện chuẩn bị trước mổ. Bệnh nhân chỉ cần đến khám, làm xét nghiệm cận lâm sàng và chẩn đoán ở phòng khám ngoại trú, hẹn lịch mổ. Bệnh nhân được nhập viện trước mổ 1 ngày. Điều này vừa giúp giảm tải cho bệnh viện vừa giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân. Thời gian nằm viện chủ yếu là thời gian nằm viện sau mổ. Thời gian nằm viện dài sau mổ thường do bệnh nhân đau nhiều hoặc có biến chứng. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ của chúng tôi là 2 ± 1 ngày ngắn hơn so với mổ mở. Trong mổ mở, thời gian trung bình nằm viện sau mổ theo Lê Nữ Hoà Hiệp là 4 ngày⁽¹⁰⁾, theo Võ Văn Hùng là 3,4 ngày⁽²²⁾, theo Đặng Thanh là 6,3 ngày⁽⁴⁾. Thời gian nằm viện sau mổ ngắn do bệnh nhân ít đau và ít biến chứng.

Đau sau mổ

Chúng tôi đánh giá đau sau mổ của bệnh nhân dựa vào số ngày dùng giảm đau chích và uống sau mổ. Ở ngày hậu phẫu 2, bệnh nhân đau vừa, chỉ cần dùng giảm đau uống. Như vậy, chúng tôi thấy bệnh nhân mổ nội soi tuyến giáp có ít đau trong đa số trường hợp. Điều này cũng tương tự như kết luận của các tác giả khác. Theo Hồ Nam, 100% bệnh nhân đều ít đau không cần xử trí gì⁽⁷⁾. Theo Trịnh Minh Tranh, 94,29% bệnh nhân đau ít và đau vừa, hồi phục nhanh. Inabnet kết luận > 90% bệnh nhân đau ít và không cần xử trí gì. Miccoli cho rằng đường rạch da ngắn góp phần giảm đau sau mổ⁽¹²⁾. Riêng Berthio P. và Gagner cho rằng không khác biệt đau và ngày nằm viện so với mổ mở.

Kết quả thẩm mỹ

Trong mổ mở, đường rạch da ngang cổ 6 – 8 cm theo nếp da cổ, ngắn hơn nếu u chỉ ở 1 bên cổ. Một số trường hợp sẹo lành đẹp rất khó thấy, nhưng đa phần là có sẹo dài ngang

cổ rất mất thẩm mỹ, nhất là khi sẹo lồi. Dù bác sỹ phẫu thuật có kinh nghiệm, dù kích thước bướu có nhỏ song vẫn phải có đường rạch da ngang cổ, sẹo lộ ra bên ngoài nên về tính thẩm mỹ là không thể so sánh được với phẫu thuật nội soi. Nhìn chung vết mổ nội soi lúc nào cũng ngắn hơn mổ mở kinh điển và có tính thẩm mỹ hơn. Tất cả các sẹo đều đạt vì 2 lý do: thứ nhất những sẹo ở vùng thấy được dù không mặc áo chỉ nhỏ 0,2 – 0,5 cm, sẹo lớn nhất là 1,5 cm khuất trong nách nên đều khó thấy, thứ hai 100% bệnh nhân chúng tôi không bị nhiễm trùng. Về thẩm mỹ, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tất cả bệnh nhân đạt thẩm mỹ tốt. Theo Trần Ngọc Lương, 93,7% bệnh nhân hài lòng về tính thẩm mỹ vì sẹo nhỏ và hoàn toàn có thể được che phủ⁽¹⁹⁾. Theo Hồ Nam, 100% bệnh nhân hài lòng về tính thẩm mỹ⁽⁷⁾. Theo Trịnh Minh Tranh, 95,72% bệnh nhân trả lời tự tin khi giao tiếp, 97,14% cho biết rất thoải mái hoặc thoải mái với sẹo mổ của mình⁽²⁰⁾. Kết quả của Shimizu, 90% bệnh nhân được hỏi đều trả lời phẫu thuật nội soi tuyến giáp cho kết quả vượt trội về mặt thẩm mỹ, tâm lý. Miccoli kết luận trong nghiên cứu của ông: về mặt thẩm mỹ, phẫu thuật nội soi tuyến giáp đạt kết quả hơn hẳn so với mổ mở. Ưu điểm này không còn là vấn đề bàn cãi và là đặc điểm chung cho bất kỳ một phẫu thuật ít xâm lấn nào khác⁽¹²⁾.

Đánh giá hiệu quả điều trị

Chúng tôi mổ thành công 100% trường hợp, chưa có tai biến và chưa trường hợp nào chuyển mổ mở. Tỷ lệ biến chứng chung là 33,34%, các biến chứng nằm ở mức độ nhẹ hoặc vừa. Bệnh nhân ít đau sau mổ và xuất viện sớm. Kết quả phẫu thuật của chúng tôi có tốt đạt 66,67%, khá 33,34% và không có trường hợp không đạt. Kết quả siêu âm vùng cổ khi theo dõi định kỳ cho thấy không có trường hợp nào bỏ sót hạt giáp chúng tỏ phương pháp nội soi cắt gần hết tuyến giáp có hiệu quả điều trị tốt cho PTMC. Tất cả bệnh nhân đều chưa ghi nhận tái phát sau mổ. Trong số 12 bệnh nhân, có 2 bệnh nhân có hiện

Nghiên cứu Y học

tượng suy giáp sau mổ do cắt tron tuyến giáp, 10 bệnh nhân được cắt thùy có chức năng tuyến giáp hoạt động bình thường. Tất cả bệnh nhân đều được điều trị liệu pháp hormone đề nén sau mổ nhằm ức chế sự tái phát.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp có nhiều ưu điểm như thẩm mỹ, an toàn và hiệu quả. Đây là lựa chọn ban đầu cho các trường hợp bướu giáp có chỉ định điều trị ngoại khoa, bước đầu mở rộng trong điều trị ung thư giáp đối với PTMC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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.
2. Cho YU, Park Jae I, Choi KH (2007). "Gasless endoscopic thyroidectomy via an anterior chest wall approach using a flap-lifting system", Yonsei Medical Journal, 48(3), pp.480-487.
3. Connolly MT, Watters DA (2010). "Monitoring performance in thyroidectomy: Cumulative sum analysis of outcomes", Thyroid journal, 20 (4), pp.407-412.
4. Đặng Thanh (2007). Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị ngoại khoa bướu giáp đơn thuần nhiều nhân – Luận án Tiến sĩ Y học. Học viện Quân Y.
5. Dedivitis RA, Guimarães AV (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.
6. Duncan TD, Ejeh JA, Speights F et al (2006). "Endoscopic transaxillary near total thyroidectomy", Journal of the society of laparoendoscopic surgeons, 10, pp. 206–211.
7. 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.
8. Hung B, Lang H and Lo CY (2010). "Technological Innovations in Surgical Approach for Thyroid Cancer", Journal of Oncology, Volume 2010, pp.1-6.
9. Kyung KW, 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 N. Michele, Orlandini Cinzia et al (2006). "Ultrasonography estimated thyroid volume: a prospective study about its reliability", Thyroid Journal, 16(1), pp.37-39.
14. Nakano S, Kijima Y, Owaki T 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 DJ, Anderson SK, Watts TL 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 GH (2002). "Endoscopic thyroid surgery today: A diversity of surgical strategies", Thyroid journal, 12(8), pp.703-706.

Ngày nhận bài báo: 14/03/2016
 Ngày phản biện nhận xét bài báo: 29/03/2016
 Ngày bài báo được đăng: 15/04/2016