

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BƯỚU GIÁP NHÂN LÀNH TÍNH 1 THÙY TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Trần Ngọc Lương\*; Phan Hoàng Hiệp\* và CS

### TÓM TẮT

30 bệnh nhân (BN) bướu giáp nhân lành tính 1 thùy được phẫu thuật tại Bệnh viện Nội tiết TW từ 4 - 2012 đến 8 - 2012, tuổi trung bình 27,7 (16 - 52 tuổi), 3 BN nam (10%), 27 BN nữ (90%). Sử dụng kỹ thuật theo đường ngực nách với tạo khoang bằng bơm khí CO<sub>2</sub> đi từ đường bên tới tuyến giáp. Sử dụng cắt đốt tổ chức, mạch máu bằng dao điện và dao cắt đốt siêu âm (Harmonic scalpel).

Kết quả: thời gian mổ trung bình 35 phút (25 - 65 phút). Không có trường hợp nào chuyển sang mổ mở, cũng như chảy máu sau mổ. 3 BN (10%) khàn tiếng và 1 BN (3,3%) hạ canxi máu tạm thời. Không có khàn tiếng và hạ canxi vĩnh viễn. Tất cả BN đều hài lòng với phẫu thuật, nhất là về thẩm mỹ.

\* Từ khoá: Bướu giáp nhân lành tính 1 thùy; Phẫu thuật nội soi tuyến giáp.

## RESULTS OF ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY FOR TREATMENT OF BEGNIN THYROID NODULES AT 1 LOBE IN NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

### SUMMARY

30 patients with benign thyroid nodules at 1 lobe underwent surgery for benign nodular goiter at National Hospital of Endocrinology from April to August 2012 with mean age of 27.7 (16 - 52 years). There were 27 females (90%), 3 male patient (10%). The authors used the breast-axillary approach by to access thyroid gland from lateral approach, make of working space by using CO<sub>2</sub> insufflation and coagulate, cut the tissues, vessels by electrosurgery and harmonic scalpel.

Results: Endoscopic lobectomy was performed successfully in all 30 cases with mean operation time was 35 mins (25 - 65). There was not any case of conversion to open surgery or bleeding. The temporary hoarse voice and hypoparathyroidism were in 3 cases and 1 case, respectively. There wasn't any case of permanent hypoparathyroidism and hoarse voice. All patients were satisfied with the cosmetic effects of the operative scar.

\* Key words: Benign thyroid nodules at 1 lobe; Endoscopic thyroidectomy.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi (PTNS) tuyến giáp là một kỹ thuật ít xâm lấn, cho phép cắt bỏ toàn bộ tổn thương, nhưng không để lại sẹo ở cổ như phẫu thuật mở thông thường. Kỹ thuật

này đã được thực hiện rộng rãi trên thế giới. Tuy nhiên, mỗi tác giả lại thực hiện theo nhiều cách đi vào tuyến giáp khác nhau; có tác giả sử dụng nội soi hỗ trợ (video - assisted)

\* Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: PGS. TS. Ngô Văn Hoàng Linh

để cắt bướu giáp [2], có tác giả sử dụng PTNS hoàn toàn theo đường nách [6], đường trước ngực [4], đường ngực nách [7]... Tuy có nhiều cách để đi vào tuyến giáp khác nhau, nhưng tất cả tác giả đều thực hiện thành công cắt bướu giáp qua nội soi và ghi nhận là loại phẫu thuật an toàn và hiệu quả. Tại Việt Nam, cho tới nay, kỹ thuật nội soi có bơm khí CO<sub>2</sub> tạo khoang làm việc và vào tuyến giáp bằng đường bên đã thực hiện ở một số bệnh viện và trung tâm nội soi với ưu điểm nổi bật là tính thẩm mỹ.

Nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá các bước mổ và kết quả sớm của PTNS điều trị bướu giáp nhân lành tính 1 thùy.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

Từ 4 - 2012 đến 8 - 2012, tại Bệnh viện Nội tiết TW, 30 BN bướu nhân 1 thùy tuyến giáp lành tính được chỉ định PTNS.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* bướu giáp nhân 1 thùy độ I, II; chọc tế bào bướu nhân lành tính.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:* bướu đa nhân ở 2 thùy tuyến giáp; bướu độ III; ung thư tuyến giáp; cường giáp, Basedow; mổ tuyến giáp cũ; các bệnh lý toàn thân không thể gây mê được.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả lâm sàng không đối chứng.

\* *Mô tả kỹ thuật:*

- Gây mê: gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- Tư thế BN:

+ Nằm ngửa, cổ ưỡn, mặt quay về phía đối diện với phía tuyến giáp có nhân.

+ Tay dạng tối đa để lộ rõ nhất vùng hõm nách.

+ Kê gối dưới vai.

- Vị trí phẫu thuật viên và phụ:

. Phẫu thuật viên đứng ngay cạnh nách.

. Phụ 1 cầm camera đứng phía dưới phẫu thuật viên.

. Phụ 2 đứng đối diện.

. Dụng cụ đứng đối diện bên dưới phụ 2.

\* *Các bước mổ:*

- Thì 1: đặt trocar:

+ Rạch da ở hõm nách, cho trocar 10 mm nòng đầu tù tại đường nách giữa ngang gấp đường bờ trên tuyến vú vòng xuống.

+ Rút nòng đầu tù ra, bơm CO<sub>2</sub> với lưu lượng 6 lít/phút và áp lực 12 mmHg.

+ Đặt 2 trocar 5 mm dưới quan sát của camera:

. Vị trí: 1 trocar ở rãnh delta-ngực cùng bên bướu, 1 trocar ở quầng vú cùng bên bướu tại điểm 2 giờ (khi mổ bên phải) hay 10 giờ (khi mổ bên trái). Đặt 2 trocar 5 mm dưới quan sát của camera sao cho đều vào đường tạo ra bởi nòng đầu tù và bóc tách của khí CO<sub>2</sub>, vị trí ngoài da cách đều trocar 10 mm.

- Thì 2: tạo khoang phẫu thuật: dùng móc đốt để bóc tách da vào hõm ức, từ hõm ức xác định đường giữa và cơ ức đòn chũm cùng bên, sau đó, bóc tách da lên trên tới ngang sụn giáp, sang hai bên tới bờ trong cơ ức-đòn-chũm.

- Thì 3: tách cơ vào tuyến giáp (đường bên): tách bờ trước cơ ức-đòn-chũm ra ngoài, cơ vai-móng ra ngoài, lên trên, tách dọc cơ ức-giáp để vào thùy tuyến giáp.

- Thì 4: đánh giá tổn thương, cắt thùy tuyến giáp:

+ Đánh giá tổn thương (xác định vị trí, số lượng, tính chất, ranh giới của nhân...).

+ Sử dụng dao cắt đốt siêu âm từ thì này.

+ Cắt thùy tuyến giáp theo thứ tự: cắt giải phóng cực dưới trước, tách khoảng vô mạch, cắt cực trên tuyến giáp, tìm bóc lộ dây thần kinh quặt ngược, cắt dây chằng Berry, cắt eo tuyến giáp.

- Thì 5: kiểm tra, lấy bệnh phẩm và đóng các chân trocar:

- + Kiểm tra thần kinh quặt ngược, tuyến cận giáp, rửa sạch và cầm máu kỹ.
- + Đặt dẫn lưu.
- + Lấy bệnh phẩm bằng túi nylon qua trocar 10 mm.
- + Đóng các lỗ trocar.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 4 - 2012 đến 8 - 2012, tại Bệnh viện Nội tiết TW, 30 BN bướu nhân 1 thùy tuyến giáp lành tính được PTNS qua đường ngực nách, gồm 27 nữ (90%) và 3 nam (10%). Tuổi trung bình của BN 27,7; nhỏ nhất 16 tuổi; lớn nhất 52 tuổi.

\* Kích thước nhân trên siêu âm:

Nhỏ nhất: 1,3 cm; trung bình:  $3,4 \pm 1,2$  cm; lớn nhất: 5,8 cm.

\* Thời gian phẫu thuật (phút): 25 - 35: 7 BN (23,3%); 35 - 40: 13 BN (43,3%); 40 - 50: 5 BN (16,7%); 50 - 60: 4 BN (13,4%); > 60: 1 BN (3,33%); trung bình:  $35 \pm 10,8$ .

\* Lượng máu mất (ml): ít nhất: 0 ml; trung bình:  $8 \pm 1,3$  ml; nhiều nhất: 20 ml.

\* Các biến chứng sau mổ:

Chảy máu sau mổ: 0 BN; thủng khí quản: 0 BN; nhiễm trùng vết mổ: 0 BN; hạ canxi tạm thời: 1 BN (0,3%); hạ canxi vĩnh viễn: 0 BN; khan tiếng tạm thời: 1 BN (10%); khan tiếng vĩnh viễn: 0 BN.

### BÀN LUẬN

#### 1. Một số đặc điểm lâm sàng và lựa chọn BN.

Bệnh lý tuyến giáp chủ yếu gặp ở nữ giới, theo các thông báo tỷ lệ nữ/nam = 7/1. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 3 BN nam, điều này không phải do yếu tố dịch tễ, mà đối với BN nam, nhu cầu làm đẹp cũng ít hơn ở nữ.

Về độ tuổi: chủ yếu ở lứa tuổi trẻ (< 40 tuổi), một số ở tuổi trên dưới 50. Chúng tôi mổ theo yêu cầu của BN. Đây là những

người công tác xã hội, giao tiếp rộng, không muốn mình mang sẹo khi quan hệ với người hoặc đối tác. Tuy không hạn chế tuổi, nhưng chúng tôi thực sự muốn thực hiện phương pháp này ở những người trẻ < 40 tuổi.

Về độ lớn của bướu: tất cả BN đều ở độ Ib và độ II, không có BN nào độ III. Tất cả BN đều là học sinh, sinh viên và cán bộ công chức nhà nước, cho thấy họ thường đi khám ở thời kỳ bướu chưa quá lớn. Còn BN sống ở nông thôn, nhu cầu đẹp không phải là hàng đầu, họ thường đến muộn khi bướu đã to.

Bệnh viện Nội tiết TW tiến hành PTNS tuyến giáp từ năm 2003. Trong 02 năm đầu, kỹ thuật chưa được hoàn thiện, việc ứng dụng phương pháp này mới chỉ dừng lại ở bướu nhân kích thước nhỏ ở 1 thùy. Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi đã thay đổi vị trí trocar từ đường ngực hoàn toàn sang đường nách ngực, với đường này, toàn bộ sẹo do lỗ chân trocar để lại đều nằm ở những chỗ khuất, nên tính thẩm mỹ cao hơn. Kỹ thuật thực hiện các thao tác đã thuận lợi hơn so với đường ngực, do quan sát rõ cực trên của thùy tuyến giáp. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ đề cập tới chỉ định cho bướu nhân 1 thùy tuyến giáp lành tính để xây dựng một quy trình kỹ thuật thống nhất.

#### 2. Đường vào và phương pháp tạo khoang phẫu thuật.

Đường vào là đường nách, nhưng thực tế là đường nách-ngực vì có 1 trocar nằm ở núm vú, diện bóc tách cũng nằm ở phần ngực trước. Với 2 trocar ở vùng nách và 1 trocar ở núm vú, sau mổ BN gần như hoàn toàn không có sẹo, sẹo nằm ở nơi ít có thể gây ra sẹo lồi, không nhìn thấy khi BN ở tư thế bình thường. Với vị trí 3 trocar như trên, trong quá trình thực hiện, các thao tác sẽ không gây đụng chạm nhau trong khoảng không chật hẹp. Đây là một hạn chế của PTNS nếu đặt các trocar không đúng vị trí. Với những vị trí này, trong PTNS tuyến giáp để cắt thùy rất thuận lợi cho thực hiện kỹ

thuật.

Tạo khoang phẫu thuật bằng bơm khí CO<sub>2</sub> được nhiều tác giả Nhật Bản, Hàn Quốc sử dụng, nhưng một số tác giả lo sợ BN bị thán khí do nhiễm, tràn khí dưới da hay trung thất sau mổ, thực hiện tạo khoang bằng sử dụng hệ thống khung treo sau tách tấm da vùng trước cổ. Chúng tôi sử dụng khí CO<sub>2</sub> để tạo khoang làm việc. Việc tạo khoang bằng khí không những nâng tấm da đã bóc tách, mà còn lợi dụng được tác dụng tách tổ chức của khí CO<sub>2</sub>. Khi bơm CO<sub>2</sub>, khí len lỏi vào vùng tổ chức liên kết làm bung phần này, việc quan sát tổ chức được rõ ràng hơn và cắt đốt tổ chức cũng thuận lợi hơn rất nhiều. Chúng tôi chưa thấy BN nào bị ngộ độc khí CO<sub>2</sub> hay tràn khí trung thất. Một ưu điểm của khí CO<sub>2</sub> để tạo khoang làm việc là dễ dàng thực hiện trong mổ, không phải trang bị dụng cụ, không cần thao tác mất thời gian trong mổ và không để lại vết sẹo nào trên vùng cổ, mặc dù đó là những sẹo rất nhỏ. Ngoài ra, trong mổ khi cắt đốt tổ chức đều tạo ra rất nhiều khói, việc bơm khí vào còn có tác dụng đuổi khí ra ngoài để làm rõ phẫu trường, vì trong mổ 01 van của trocar phải mở để xả khí.

### 3. Kỹ thuật cầm máu và kết quả phẫu thuật.

Trong phẫu thuật ổ bụng hay lồng ngực, việc bóc tách hay đốt cầm máu thực hiện dễ dàng nhờ khoang làm việc rộng rãi. Các dụng cụ có thể xoay trở dễ dàng và linh hoạt do khoang làm việc rộng. Đối với vùng cổ, khoang làm việc tạo ra nhỏ hơn nhiều. Vì vậy, việc khâu buộc bên trong rất khó khăn, trong khi đó, nếu dùng clip để cặp mạch máu, BN có thể sờ thấy những clip này ngay dưới da cổ sau mổ. Điều này gây ra cảm giác khó chịu, không thoải mái cho BN. Trước đây, chúng tôi sử dụng dao điện để cắt tổ chức và cầm máu. Trong quá trình sử dụng, dao điện tạo ra nhiều nhiệt làm cho vùng mổ rất nóng, dễ gây tổn thương cho cấu trúc lân cận như dây thanh quản và tuyến cận giáp trạng.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng dao cắt đốt siêu âm (Harmonic scalpel) để cắt cũng như cầm máu. Ưu điểm lớn nhất của dao là sinh ra rất ít nhiệt trong quá trình sử dụng, độ nóng ít, vì vậy, an toàn hơn cho cấu trúc cơ quan lân cận. Tại chỗ dây chằng Berry, có thể cắt sát hơn, đảm bảo lấy gần như trọn vẹn thùy tuyến giáp.

Chúng tôi không gặp BN nào chuyển mổ mở. Miccoli tiến hành cắt 1 thùy tuyến giáp theo đường cổ nội soi trợ giúp cho 82 BN với tỷ lệ chuyển mổ mở 1,5%; hạ canxi tạm thời 1,67%; vĩnh viễn 0,2 %; nói khàn tạm thời 1,1% và vĩnh viễn 0,1%. Shizuo Nakano rạch 3 - 4 cm ở dưới xương đòn, dùng khung treo cắt 1 thùy tuyến giáp cho 38/42 BN cắt tuyến giáp nội soi, thời gian mổ 145 phút (65 - 240 phút). M. Gagner phẫu thuật cho 18 BN theo đường cổ, dùng bơm khí CO<sub>2</sub>, 2 BN phải chuyển mổ mở do nang lớn 7 cm và 1 nhân 4 cm, thời gian mổ trung bình 220 phút (120 - 330 phút). Kinh nghiệm cho thấy, để cắt đốt đảm bảo cầm máu tốt cả động mạch lớn như động mạch giáp trên, chúng tôi để 2 cánh của lưới dao lặn đi lặn lại trên một đoạn mạch đông vón nhiều, việc cầm máu đảm bảo hơn. Chính vì vậy, tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ của nghiên cứu này thấp so với các tác giả khác. Chúng tôi chỉ gặp 3 BN nói khàn tạm thời và 1 BN (0,3%) tê tay chân tạm thời trong số 3 BN này.

Lượng máu mất của Yamamoto đối với mổ cắt 1 thùy tuyến giáp là 32 ml, Hiroshi Takami là 25 ml [4]. Chúng tôi chỉ mất trung bình 8 ml. Nhiều BN chỉ mất vài giọt máu thấm ở đầu ống hút không thể đo được, coi như không mất máu. Nếu trong quá trình bóc tách không làm tổn thương mạch máu, cặp đốt cắt cẩn thận, hầu như không chảy máu. Điều này cho thấy, trong mổ nội soi tuyến giáp, không những cần phải thành thạo trong mổ mở mà phải thành thạo cả kỹ thuật mổ nội soi cũng như sử dụng dao siêu âm. Chúng tôi không gặp BN nào bị chảy máu sau mổ phải cầm máu lại, như

biến chứng hạ canxi huyết hay nói khan vĩnh viễn.

### KẾT LUẬN

Qua 30 trường hợp phẫu thuật điều trị bướu nhân 1 thùy tuyến giáp lành tính bằng nội soi, chúng tôi rút ra một số kết luận:

- Phẫu thuật tiến hành thuận lợi với đường đi vào tuyến giáp từ đường nách ngực cùng bên với bướu.

- Khoang phẫu thuật được tạo ra bằng khí CO<sub>2</sub> đủ rộng để tiến hành các thao tác cắt toàn bộ thùy tuyến giáp.

- Cắt đốt tổ chức bằng dao siêu âm giúp giảm thời gian phẫu thuật, giảm biến chứng và an toàn.

- Không có BN nào phải chuyển mổ mở, chảy máu hay hạ canxi huyết hoặc nói khan vĩnh viễn.

- Thời gian mổ trung bình 35 phút.

- Tỷ lệ hạ canxi huyết và nói khan tạm thời của PTNS cắt toàn bộ thùy tuyến giáp thấp.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Tran Ngoc Luong*. Personal experiences of 750 cases of endoscopic thyroidectomy. 11<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery and 2008 Endoscopic and Laparoscopic Surgeons of Asia. September 2008 Yokohama. Japan.

2. *Tran Ngoc Luong*. 515 cases of endoscopic thyroidectomy: Breast and axillary approaches. *Endoscopic & Laparoscopic Surgeons of Asia* 2007. August 2007, Hyderabad-India.

3. *Shizuo Nakano, et at*. Anterior chest wall for video-assisted thyroidectomy using a modified neck skin lifting method. *Biomed Pharmacother*. 2007, 56, 96s-99s.

4. *Shizuo Nakano, et at*. Endoscopic thyroid surgery through the axillo-bilateral-breast approach. *Surg Laparosc Endosc Tech*. 2003, Vol 13 (3), pp.1960-2001.

5. *W.B.Inabnet, et at*. Minimally invasive endoscopic thyroidectomy by a cervical approach. *Surg Endosc*. 2003, 17, pp.1808-1811.

6. *Yong Lai Park, et at*. 100 cases of endoscopic thyroidectomy-breast approach *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 2008, Vol 13, No 1, pp.120-125.

7. *Miccoli P, et at*. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy multiinstitutional experience. *World J Surg*. 2007, 26, pp.972-975.

**Ngày nhận bài: 30/10/2012**

**Ngày giao phản biện: 15/11/2012**

**Ngày giao bản thảo in: 6/12/2012**

