

CẮT TUYẾN GIÁP NỘI SOI: HƯỚNG TỚI PHẪU THUẬT TRONG NGÀY

Đào Văn Cam¹, Lê Huy Lưu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp đã được thừa nhận về mặt thẩm mỹ. Phẫu thuật này có thể là phẫu thuật trong ngày hay không vẫn là dấu hỏi? Mục tiêu của nghiên cứu là bước đầu đánh giá khả năng xuất viện sớm sau mổ cắt tuyến giáp nội soi.

Phương pháp nghiên cứu: Tổng kết tất cả các trường hợp chúng tôi mổ cắt tuyến giáp nội soi tại Bệnh viện Hồng Đức từ năm 2010 đến nay.

Kết quả: 66 trường hợp (63 nữ, 3 nam), tuổi trung bình 34. Đa số là bướu giáp hạt. Tất cả mổ nội soi thành công. Thời gian mổ trung bình cắt 1 thùy là 89 phút, 2 thùy là 214 phút. 61/66 không đặt dẫn lưu. Biến chứng: 1 tụ máu cơ ngực lớn, 1 khàn tạm thời, 1 Tetani tạm thời. Không trường hợp nào phải mổ lại. Xuất viện sau mổ 1 ngày. Bệnh nhân hài lòng về tính thẩm mỹ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp an toàn với tính thẩm mỹ vượt trội. Ngoài ra, bệnh nhân cũng có thể xuất viện sớm sau mổ 1 ngày.

Từ khoá: Cắt tuyến giáp nội soi; Phẫu thuật trong ngày; Bướu giáp.

ABSTRACT

ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY: TOWARDS DAY-SURGERY

Dao Van Cam¹, Le Huy Luu¹

Background: Endoscopic thyroidectomy is approved about the cosmetic aspect. This technique can be day-surgery remains questionable. The objective of the present study was to evaluate the ability early discharge after this procedure.

Methods: Enrolled in this study were all patients who underwent endoscopic thyroidectomy was performed by a surgeon at Hong Duc hospital from 2010 to now.

Results: 66 cases (63 females, 3 males), mean age was 34. Almost of them were diagnosed with nodular goiter. All is performed successfully. Mean operation time was 89 min for lobectomy and 214 min for total and neartotal thyroidectomy. 61/66 cases are no drain. Complications: 1 case had hematoma in pectoralis major muscle, transient hypocalcemia occurred in 1 patient, Transient hoarseness occurred in 1 patient. No reoperation. Mean hospital stay after operation was 23 hours. The patients' satisfaction with the cosmetic results.

Conclusions: Endoscopic thyroidectomy is a safe method with an excellent cosmetic result. The patient can be discharge safely a day after operation.

Keywords: Endoscopic thyroidectomy; Day-surgery; Goiter.

1. Đại học Y Dược TP HCM

- Ngày nhận bài (received): 2/11/2015; Ngày phản biện (revised): 1/12/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015
- Người phản biện: Phạm Như Hiệp
- Người phản hồi (Corresponding author): Lê Huy Lưu
- Email: lehuyluu@gmail.com ; ĐT:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiều bướu giáp, nếu xét về khía cạnh bệnh lý thì không thực sự cần thiết phải phẫu thuật [3]. Tuy nhiên, với rất nhiều bệnh nhân, việc biết có một “khối u” ở cổ là một nỗi lo cho dù đã được bác sĩ tư vấn là không nguy hiểm. Số khác thì lại cảm thấy phiền hà khi phải theo dõi định kỳ nếu tiếp tục để lại bướu, thậm chí nhiều người, với nhu cầu về mặt thẩm mỹ cao, họ khó có thể chấp nhận để 1 khối u có thể thấy được ở cổ. Điều đó cho thấy nhu cầu muốn “khối u” biến mất luôn có, nhất là ở những người có điều kiện sống tốt, yêu cầu thẩm mỹ cao. Hơn nữa, bệnh lý này lại vượt trội ở nữ, đối tượng luôn có nhu cầu thẩm mỹ cao nhất. Chính vì vậy, phương pháp can thiệp nào giúp làm biến mất “khối u” mà ít ảnh hưởng sức khỏe, an toàn, ít đau, nằm viện ngắn, phục hồi nhanh, và đặc biệt là đem lại tính thẩm mỹ cao luôn được mong mỏi chờ đợi. Về phương diện thẩm mỹ, đó chắc chắn không thể là phương pháp mổ kinh điển với đường mổ ở vùng cổ trước. Can thiệp qua nội soi với các vết mổ rất nhỏ, tại các vị trí khó nhận ra là một phương pháp được chờ đợi đáp ứng được đòi hỏi về mặt thẩm mỹ [1],[6],[7] nhưng các tiêu chí như an toàn, ít đau, nằm viện ngắn, hồi phục nhanh có đạt được không? Điều này vẫn đang còn là tranh cãi, thậm chí có quan điểm cho rằng, mổ cắt tuyến giáp nội soi không phải là phẫu thuật ít xâm hại mà còn là phẫu thuật xâm hại vì bóc tách nhiều hơn, mổ lâu hơn, đau hơn và nằm viện lâu hơn [1],[2]. Vì vậy, với câu hỏi nghiên cứu là phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp có làm giảm thời gian nằm viện hay không? Thời gian qua chúng tôi đã chọn lựa và thực hiện phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi. Bài báo này chúng tôi tổng kết lại những kết quả ban đầu và hướng tới việc trả lời các câu hỏi trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại BV Hồng Đức từ năm 2010 đến nay.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng là 66 bệnh nhân bị các bệnh lý tuyến giáp cần phải phẫu thuật điều trị hoặc bệnh nhân có bướu giáp có nhu cầu phẫu thuật. Chúng tôi chỉ thực

hiện phẫu thuật nội soi cho các bệnh nhân có kích thước bướu khoảng 5cm trở lại. Cụ thể chúng tôi chọn lựa thực hiện phẫu thuật này cho các đối tượng sau:

- K giáp chưa di căn: cắt 1 thùy hay cắt trọn tuyến giáp tùy trường hợp.

- Bệnh Basedow hay bướu độc tuyến giáp

- Các trường hợp bướu giáp đơn nhân, đa nhân hay bệnh lý gây tuyến giáp to khác mà bệnh nhân có yêu cầu phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân đều được kiểm tra sức khỏe tổng quát trước mổ. Các xét nghiệm chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp và chọc hút xét nghiệm tế bào tuyến giáp (FNA) được làm thường quy. Các trường hợp bướu quá lớn (>5cm), ung thư xâm lấn hay di căn không được chọn.

Kỹ thuật mổ: Chúng tôi thực hiện theo kỹ thuật của Trần Ngọc Lương với 3 trocar đi từ hố nách, nếp da ở đỉnh nách và quầng vú cùng bên. Dùng móc đốt đơn cực mở đường hầm tạo khoang hướng lên vùng trước giáp. Suốt quá trình phẫu tích phải đảm bảo không chảy máu, vùng phẫu tích luôn trắng, lớp phẫu tích luôn dưới cơ bám da cổ và cũng hạn chế đốt điện. Phẫu tích tách cơ ức đòn chũm ra ngoài, vén cơ vai móng sang bên, tách cơ trước giáp bộc lộ thùy tuyến giáp. Chúng tôi dùng mọi phương tiện cầm nắm, vén sao cho nhìn thấy được rõ nhất, dùng móc đốt đơn cực hay dao cắt siêu âm phẫu tích để tránh chảy máu. Suốt quá trình cắt giáp cổ không để máu chảy tẩm nhuần phẫu trường, luôn phải tìm và thấy rõ thần kinh quặt ngược và cận giáp. Bệnh phẩm cắt xong được cho vào bao và lấy qua lỗ trocar nách. Dẫn lưu không đặt nếu phẫu trường khô sạch.

Kháng sinh dự phòng 1 liều trước mổ. Theo dõi sau mổ ghi nhận sinh hiệu, tình trạng vết mổ, vùng mổ, giọng nói, biểu hiện Tetani.

Sáng hôm sau ngày mổ, bệnh nhân được khám và đánh giá kỹ lưỡng. Nếu hội tụ đầy đủ các tiêu chí an toàn thì sẽ được cho xuất viện.

Tiêu chuẩn xuất viện: tỉnh táo, sinh hiệu ổn, tự sinh hoạt một cách thoải mái, ăn uống bình thường, không có cơn Tetani, vùng mổ không sưng nề, vết mổ khô, không ồng dẫn lưu, chỉ cần

Cắt tuyến giáp nội soi: hướng tới phẫu thuật trong ngày

sử dụng thuốc giảm đau uống hoặc không, địa chỉ về gần các cơ sở y tế lớn. Người bệnh hoặc người thân có đủ năng lực hiểu và thực hiện được các hướng dẫn theo dõi tại nhà. Tất cả đều được giữ liên lạc qua điện thoại và thăm hỏi qua điện thoại trong tuần đầu sau mổ.

Tái khám sau 1 tháng, đánh giá tình trạng vết mổ, vùng mổ, siêu âm cổ và xét nghiệm chức năng tuyến giáp. Tiếp tục theo dõi định kỳ mỗi 3 hoặc 6 tháng tùy trường hợp.

III. KẾT QUẢ

3.1. Chẩn đoán trước mổ

Số bệnh nhân nữ chiếm ưu thế tuyệt đối là 95,45% (63/66 trường hợp). Tuổi trung bình là 35 (nhỏ nhất là 16, lớn nhất là 61 tuổi). Với tiêu chí từ ban đầu nên chúng tôi chọn những bệnh nhân có bướu không quá to, kích thước bướu trung bình là 35mm (nhỏ nhất là 6mm, đây là trường hợp k giáp). Tất cả được mổ nội soi thành công.

Bảng 1: Chẩn đoán trước và sau mổ (ghi chú: TTDN: tổn thương dạng nang, BG hạt: bướu giáp hạt)

	Cường giáp	Viêm giáp	K giáp	TTDN	BG hạt	Tổng
CĐ trước mổ	2	2	3	3	56	66
%	3,03	3,03	4,55	4,55	84,85	100
CĐ sau mổ	2	5	3	1	55	66
%	3,03	7,58	4,55	1,52	83,33	100

Trước mổ, bệnh nhân được chẩn đoán đầy đủ với khám lâm sàng, siêu âm và xét nghiệm tế bào học nên không có sự khác biệt nhiều giữa chẩn đoán trước mổ và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ (bảng 1).

3.2. Nghiên cứu trong mổ

Bảng 2: Phương pháp mổ (ghi chú: CGT: cắt gần trọn; CGGT: cắt giáp gần trọn)

PP mổ	Cắt trọn thủy	CGT 1 thủy	CGGT/ 2 bên	CGGT/ 1 bên	Tổng
n	36	20	6	4	66
%	54,55	30,30	9,09	6,06	100

Tùy theo đặc điểm bướu của từng bệnh nhân mà chúng tôi thực hiện các cách mổ như cắt gần trọn hay cắt trọn 1 thủy, cắt gần trọn hay cắt trọn 2 thủy với nội soi 1 bên và cắt gần trọn hoặc trọn 2 thủy với nội soi 2 bên. Số trường hợp và thời gian mổ trung bình của từng phương pháp được thể hiện trong bảng 2 và 3.

Bảng 3: Thời gian mổ của từng phương pháp (ghi chú: ; 1 bên, 2 bên: nội soi 1 và 2 bên)

Thời gian mổ (phút)	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Cắt 1 thủy	50	140	89
Cắt 2 thủy/ 1 bên	55	130	84
Cắt 2 thủy/ 2 bên	180	280	214

3.3. Biến chứng sau mổ

Bảng 4: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Chảy máu	Khàn	Tetani	Nhiễm trùng	Tụ dịch
n	1	1	1	0	5
%	1,52	1,52	1,52	0	7,58

Chỉ có 5/66 trường hợp phải đặt ống dẫn lưu, 4 trong số đó được rút ngay hôm sau, 1 trường hợp để ống 4 ngày. Đây là bệnh nhân bị tụ máu vùng ngực nách do khi đặt trocar bị xuyên qua một phần bên ngoài của cơ ngực lớn.

Bệnh viện Trung ương Huế

Có 1 trường hợp chảy máu gây tụ máu tại vết mổ ở nách như đã trình bày ở trên, vùng cổ không ảnh hưởng gì, bệnh nhân này chỉ phải băng ép và không can thiệp gì. Theo dõi tại bệnh viện 5 ngày thì xuất viện. 1 trường hợp cắt trộn 2 thùy xảy ra Tetani vài giờ sau mổ được xử trí với canxi truyền, có 1 trường hợp khàn sau mổ 3 ngày (ngay sau mổ không khàn), hết khi tái khám sau 1 tháng. Không trường hợp nào tụ dịch thấy được trên lâm sàng nhưng có 5 trường hợp có tụ dịch nhỏ phát hiện khi siêu âm khi kiểm tra sau 1 tháng.

3.4. Thời gian nằm viện sau mổ

Bảng 5: Thời gian nằm viện sau mổ

TG nằm viện	1 ngày	2 ngày	4 ngày	5 ngày
Số bệnh nhân	58	6	1	1

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 23 giờ, ngắn nhất là 10 giờ, dài nhất là 108 giờ (5 ngày), đây chính là bệnh nhân bị tụ máu cơ ngực lớn và đặt ống dẫn lưu theo dõi 4 ngày. Đa số xuất viện vào ngày hôm sau (58/66 trường hợp) bảng 5.

Tình trạng vùng mổ và vết mổ sau 1 tháng đều tốt, không có nhiễm trùng, không có sẹo co rút. Tất cả đều hài lòng với vết mổ.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới chiếm tới hơn 95%. Tỷ lệ này phù hợp với đặc điểm bệnh lý tuyến giáp chủ yếu ở phụ nữ và cũng tương đồng với các nghiên cứu khác. Độ tuổi trung bình cũng trẻ, 34 tuổi. Đây là đối tượng có nhu cầu thẩm mỹ cao. Và với mổ nội soi, chúng tôi đã đáp ứng được nhu cầu này và có được sự hài lòng của hầu hết người bệnh.

Như đã đề cập ở trên, không phải bệnh lý tuyến giáp nào cũng thật sự cần phẫu thuật. Chúng tôi có khoảng 85% bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là bướu giáp hạt và khoảng 3% là viêm giáp, đây là các bệnh lý không thực sự cần mổ nhưng vì nhiều lý do về mặt tâm lý cũng như thẩm mỹ mà họ vẫn muốn mổ. Mổ nội soi đáp ứng được về mặt thẩm mỹ nhưng tính an toàn và ít xâm hại thì vẫn còn tranh cãi. Vì vậy, khi tiến hành, chúng tôi chọn lựa bệnh nhân rất kỹ lưỡng, chọn loại bệnh nào mà phẫu thuật

chỉ giới hạn trong việc cắt thùy và chọn kích thước bướu không qua lớn sao cho khi thực hiện phải có tầm nhìn rõ ràng, mỗi thao tác đều được thấy rõ dưới kính soi. Vì vậy các bướu giáp lớn (che khuất tầm nhìn, thao tác khó), k giáp lớn hoặc di căn (đòi hỏi phải nạo hạch) chúng tôi không chọn. Khi thực hiện chúng tôi không quan tâm tới thời gian mổ dài hay ngắn mà chỉ cố gắng kiểm soát không có chảy máu, nhìn thấy rõ các cấu trúc với phẫu trường sạch và rõ ràng (thần kinh quặt ngược, cận giáp).

Chúng tôi thực hiện cắt tuyến giáp qua nội soi theo kỹ thuật của BS Trần Ngọc Lương [6] với 3 vết rạch da nhỏ ở nách, vai và quàng vú. Để đạt được kết quả theo yêu cầu, chúng tôi luôn thực hiện với máy nội soi chất lượng hình ảnh rõ ràng, các thao tác phẫu tích chính xác và tinh tế. Đi đúng lớp giải phẫu đã định, vùng ngực đi trước bao cơ ngực lớn, vùng cổ lấy cơ ức đòn chũm làm mốc, tiếp đó là các cơ vùng trước giáp. Luôn đảm bảo lớp phẫu tích bên dưới và giữ nguyên vẹn cơ bám da, khi tiến hành phẫu tích chỉ dùng cắt đơn cực vào mô liên kết xơ, sử dụng hạn chế đốt và dao siêu âm tại vài mạch máu xuyên, luôn giữ phẫu trường “trắng” không chảy máu. Bộc lộ tuyến giáp cũng được phẫu tích cẩn thận bằng nhiều dụng cụ nắm, kéo, vén và các phương tiện cầm máu khác nhau, luôn giữ phẫu trường không máu và nhìn rõ các cấu trúc. Việc làm này giúp giảm thiểu sang chấn các cấu trúc và giảm thiểu phản ứng viêm sau mổ. Điều này góp phần vào việc giảm đau và phục hồi nhanh cho bệnh nhân. Với phẫu trường khô sạch, ít sang chấn nên không nhất thiết phải đặt ống dẫn lưu (dẫn lưu là yếu tố làm mất sự thoải mái cho bệnh nhân, có thể kéo dài thời gian nằm viện và ít nhiều khiến cho phẫu thuật cảm giác như nặng nề hơn).

Chính vì thực hiện theo nguyên tắc trên mà thời gian mổ của chúng tôi tương đối dài. Nhưng kết quả khác thì khá khả quan, máu mất hầu như không đáng kể, chỉ có 5 trường hợp phải đặt dẫn lưu, 4 trong số đó thực sự không cần thiết vì hầu như rất ít dịch và được rút vào ngày hôm sau. Chỉ có 1 trường hợp do tụ máu vùng vai nách do trocar xuyên cơ ngực lớn, ống dẫn lưu được đặt 4 ngày chỉ nhằm mục đích theo dõi. Như vậy, nếu phẫu tích kỹ càng, giữ phẫu trường sạch thì dẫn lưu thật sự không

cần thiết trong hầu hết các trường hợp.

Về phương pháp mổ: thông thường khi muốn cắt thủy nào thì đường vào sẽ ở bên đó. Như vậy, nếu phải cắt 2 bên thì phải đi từ 2 phía, điều này làm kéo dài thêm thời gian và diện bóc tách khoang dưới da rộng hơn đáng kể. Do đó, trong một số trường hợp, nếu tuyến giáp không quá lớn, nhân của thủy đối bên nằm ở phía trước dưới. Chúng tôi có thể cắt bán phần thủy đối bên sau khi đã cắt thủy cùng bên. Với cách này, chúng tôi thực hiện được 4 trường hợp có bướu giáp đa nhân 2 thủy. Chúng tôi nghĩ rằng, trong những tình huống nhất định chúng ta có thể áp dụng cho những bệnh nhân basedow với tuyến giáp to lan toả, ta có thể cắt trọn 1 bên và cắt gần trọn bên còn lại với chỉ 1 đường vào.

Mặc dù phẫu thuật bóc tách khoang dưới da khá rộng rãi nhưng hầu hết bệnh nhân không có cảm giác đau quá nhiều, dù hầu hết bệnh nhân là phụ nữ. Tất cả chỉ cần dùng thuốc giảm đau uống ngay ngày hôm sau mổ. Chúng tôi không gặp bệnh nhân nào khàn giọng sau mổ nhưng có 1 trường hợp khàn sau đó vài ngày, lúc tái khám 1 tháng sau thì hết. Có lẽ thần kinh bị ảnh hưởng của hiện tượng viêm sau mổ. Con Tetani tạm thời chỉ gặp trong 1 trường hợp mổ cắt 2 bên và được

xử trí bằng canxi đường uống.

Hầu hết các bệnh nhân đều sẵn sàng xuất viện sáng hôm sau ngày mổ. Nằm viện trung bình sau mổ là 23 giờ, ngắn hơn đáng kể so với số liệu của tác giả khác [4],[5],[6]. Tuy nhiên, số liệu của tác giả Trần Ngọc Lương, Trịnh Minh Tranh công bố đã khá lâu, tính an toàn của phương pháp này chưa được khẳng định nên việc cho bệnh nhân xuất viện sớm còn dè dặt. Tác giả Trịnh Quốc Minh thì chỉ mới thực hiện các ca đầu tiên nên việc để bệnh nhân nằm viện theo dõi là cần thiết, tuy nhiên, từ kết quả nghiên cứu cho thấy dù bệnh nhân nằm viện nhưng cũng không cần một sự chăm sóc y tế nào đặc biệt. Như vậy, với sự tích lũy kinh nghiệm ngày càng nhiều, kỹ thuật mổ càng thuần thực và áp dụng phương pháp mổ nội soi hợp lý thì việc tiến tới phẫu thuật trong ngày là có thể đạt được.

V. KẾT LUẬN

Không phải bướu giáp nào cũng cần phải phẫu thuật, nhiều trường hợp người ta yêu cầu mổ chỉ để giải quyết nỗi lo hay chỉ đơn thuần là thẩm mỹ. Cần một phương pháp điều trị ít đau đớn, có thời gian nằm viện ngắn, phục hồi nhanh, thẩm mỹ mà vẫn an toàn là yêu cầu cần thiết. Phẫu thuật cắt giáp nội soi phù hợp với những đòi hỏi này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wong KP, Lang BH. Endoscopic Thyroidectomy: A Literature Review and Update. Curr Surg Rep, 2013, 1(1):7-15.
2. Lang BH, Wong KP. A comparison of surgical morbidity and scar appearance between gasless, transaxillary endoscopic thyroidectomy (GTET) and minimally invasive video-assisted thyroidectomy (VAT). Ann Surg Oncol, 2013, 20 (2):646-52.
3. Nguyễn Công Minh. Quan điểm ung thư học và bệnh lý học trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp. Y học TP Hồ Chí Minh, 2015, 19(5): 1-4.
4. Trịnh Quốc Minh, Nguyễn Công Minh, Lê Nguyễn Quyền và cộng sự. Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp đơn nhân tại Bệnh viện Trung Vương. Y học TP Hồ Chí Minh, 2015, 19(5): 26-30.
5. Trịnh Minh Tranh. Nghiên cứu chỉ định điều trị bướu giáp đơn nhân bằng phẫu thuật nội soi. Luận án tiến sĩ y học, 2013, Đại học Y Dược TPHCM.
6. Trần Ngọc Lương. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp thể nhân lành tính. Luận án tiến sĩ y học, 2006, Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Văn Việt Thành. Phẫu thuật cắt tuyến giáp qua nội soi ngã nách -quầng vú bằng dao cắt siêu âm tại Bệnh viện Bình Dân. Y học TP Hồ Chí Minh, 2010, 14(2): 26-30.