

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI
ĐIỀU TRỊ 53 BỆNH NHÂN BƯỚU GIÁP ĐƠN THUẦN
TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105**

Trần Hồng Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị bướu giáp đơn thuần tại Bệnh viện Quân y 105. Đối tượng và phương pháp: 53 bệnh nhân được PTNS điều trị bướu giáp đơn thuần tại Bệnh viện Quân y 105 từ tháng 8 năm 2014 đến tháng 12 năm 2018. Kết quả: có 6 bệnh nhân nam (11,3 %) và 47 bệnh nhân nữ (88,7%). Có 3 trường hợp cắt gần hoàn toàn tuyến giáp (GHTTG) đường vào 1 bên. Thời gian PTNS cắt gần hoàn toàn thùy tuyến (GHTT): $79,29 \pm 23,01$ phút (50-150 phút). Thời gian PTNS cắt GHTTG: $129,72 \pm 46,98$ phút (60-300 phút). Lượng máu mất của PTNS cắt GHTT: $11,14 \pm 8,82$ ml (2-40 ml). Lượng máu mất của PTNS cắt GHTTG: $26,39 \pm 10,82$ ml (5-45 ml). Thời gian rút dẫn lưu: chủ yếu là từ 24 – 48 giờ với 52/53 trường hợp chiếm tỷ lệ 98,11 %. Thời gian nằm viện sau mổ: $5,01 \pm 1,59$ ngày (3 – 11 ngày). Có 1 trường hợp (1,89 %) chuyển mổ mở, 3 trường hợp tụ dịch (5,66 %), 1 trường hợp nói khàn tạm thời (1,89 %). Có 92,5 % đạt kết quả khá và tốt. Có 3 trường hợp tái phát (5,66 %) và 91,67 % hài lòng với kết quả phẫu thuật. Kết luận: phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp đơn thuần là kỹ thuật an toàn, khả thi và kết quả thẩm mỹ cao

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, bướu giáp đơn thuần

EVALUATION OF ENDOSCOPIC SURGICAL RESULTS FOR 53 PATIENTS WITH SIMPLE GOITER AT MILITARY HOSPITAL 105

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the endoscopic surgical results for treatment of simple goiter at Military Hospital 105. Subjects and methods: 53 patients undergoing endoscopic surgery to treat simple goiter at Military Hospital 105 from August 2014 to December 2018. Results: 6 male patients (11.3%) and 47 female patients (88.7%).

¹ Bệnh viện Quân y 105

Người phản hồi (Corresponding): Trần Hồng Đức (dr.tranduc@gmail.com)

Ngày nhận bài: 10/4/2021, ngày phản biện: 14/4/2021

Ngày bài báo được đăng: 30/6/2021

There were 3 cases of almost complete cut the thyroid gland to one side. The time of endoscopic surgery to completely cut the thyroid lobe: 79.29 ± 23.01 minutes (50-150 minutes). Time of endoscopic surgery to completely cut the thyroid gland: 129.72 ± 46.98 minutes (60-300 minutes). Blood loss of 1 lobe of the thyroid lobe endoscopy: 11.14 ± 8.82 ml (2-40 ml). Blood loss of endoscopic surgery to completely cut the thyroid gland 26.39 ± 10.82 ml (5-45 ml). Time of draining drainage: mainly from 24 to 48 hours with 52/53 cases accounting for 98.11%. Postoperative hospital stay: 5.01 ± 1.59 days (3-11 days). There was 1 case (1.89%) open surgery, 3 cases of fluid accumulation (5.66%), 1 case of temporary hoarse speech (1.89%). 92.5% achieved good and good results. There are 3 cases relapse (5.66%) and 91.67% satisfied with the surgical results. Conclusion: endoscopic surgery for simply goiter is a safe, feasible technique with high aesthetic results.

Keywords: endoscopic surgical, simple goiter

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bướu giáp đơn thuần có tỷ lệ gặp ở nữ nhiều hơn nam giới. Có nhiều phương pháp điều trị: nội khoa, ngoại khoa... Phẫu thuật mở với đường rạch vùng cổ trước đã được áp dụng rộng rãi tại nhiều cơ sở y tế đã cho kết quả tốt với rất ít tai biến, biến chứng nhưng để lại vết sẹo không mong muốn ở vùng cổ trước. Phẫu thuật nội soi đã được ứng dụng để điều trị bệnh bướu giáp đơn thuần trong khoảng 20 năm gần đây và ngày càng được nhiều cơ sở y tế áp dụng. Phẫu thuật nội soi đã mang lại giá trị thẩm mỹ cao do không có sẹo ở vùng cổ, thời gian nằm viện ngắn... Tuy nhiên một số vấn đề như chỉ định, kết quả phẫu thuật còn chưa được thống nhất giữa các tác giả. Để góp phần làm phong phú thêm tài liệu nghiên cứu, tham khảo về phẫu thuật nội soi điều trị bệnh tuyến giáp chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu:

- Nhận xét một số đặc điểm lâm

sàng, cận lâm sàng bệnh bướu giáp đơn thuần được chỉ định điều trị bằng phẫu thuật nội soi.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị 53 bệnh nhân bệnh bướu giáp đơn thuần tại Bệnh viện Quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán bướu giáp đơn thuần có chỉ định điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ tháng 8 năm 2014 đến tháng 12 năm 2018 tại Bệnh viện Quân y 105.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán trước và sau mổ là bướu giáp đơn thuần

- Nhân tuyến giáp có đường kính lớn nhất được xác định trên siêu âm ≤ 5 cm.

- Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bướu giáp tái phát, có sẹo co kéo vùng cổ trước hoặc đã chiếu xạ vùng cổ, bướu giáp cổ - trung thất.

- Hồ sơ không đầy đủ, bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật nội soi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu

Tiến cứu, can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc và không đối chứng.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu

- Hệ thống máy phẫu thuật nội soi Karl Storz.

+ Hệ thống camera, màn hình, nguồn sáng, dây cáp quang, hệ thống hút, hệ thống bơm khí CO₂.

+ Ống kính quang học với mặt phẳng 0 độ, 30 độ, dao điện ...

+ Dao siêu âm (Ethicon Endo - sugery).

- Bộ dụng cụ PTNS thông thường: trocar loại 10mm và 5mm có van, kẹp phẫu tích (kelly), móc đốt (Hook), kéo, ống hút...

- Bộ dụng cụ mổ mở tuyến giáp

2.2.3. Quy trình kỹ thuật

Gây mê: gây mê toàn thân có đặt ống nội khí quản 1 nòng.

Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm ngửa, kê gối mỏng sau vai, ưỡn cổ, mặt hơi quay về phía đối diện với PTV. Hai tay dạng tối đa để lộ rõ nhất vùng nách.

Các bước phẫu thuật

Thì 1: đặt trocar 10mm vị trí đường nách giữa giao với bờ ngoài tuyến vú bên

phẫu thuật. Đưa trocar vào đúng lớp lỏng lẽo dưới da, trên lớp cân nông. Bơm CO₂, lưu lượng 6 l/phút, áp lực 12mmHg. Dùng tay vỗ nhẹ để khí CO₂ lan tỏa theo hướng phẫu thuật.

Lần lượt đặt 2 trocar 5mm dưới quan sát của camera:

Vị trí: 1 trocar ở rãnh delta-ngực cùng bên có bướu, 1 trocar ở quầng vú cùng bên bướu tại điểm 2 giờ (nếu mổ bên phải) hay 10 giờ (nếu mổ bên trái).

- *Thì 2:* dùng móc đốt để bóc tách giữa lớp mỡ dưới da và lớp cân cơ ngực từ dưới lên trên từ ngoài vào trong theo hướng tới hõm ức và tới vị trí bướu. Bóc tách bộc lộ cơ ức đòn chũm cùng bên đến mức trên sụn giáp. vén bờ trước cơ ức-đòn-chũm ra ngoài, cơ vai-móng lên trên ra ngoài, tách dọc cơ ức giáp để vào thùy tuyến giáp.

- *Thì 3:* bộc lộ hoàn toàn thùy tuyến giáp đánh giá tổn thương. Tiến hành cắt tuyến giáp theo thứ tự: cắt giải phóng cực dưới trước, cắt eo tuyến giáp, tách khoảng vô mạch, cắt cực trên tuyến giáp, để lại một phần nhu mô tuyến giáp lành. Có thể thấy và tránh làm tổn thần kinh quặt ngược thanh quản. Cũng có thể cắt theo thứ tự: cực trên trước, cực dưới và eo, tìm thần kinh thanh quản quặt ngược, sau đó cắt và để lại một phần nhu mô tuyến giáp lành.

- *Thì 4:* kiểm tra lại thần kinh quặt ngược, tuyến cận giáp, rửa sạch trường mổ và cầm máu kỹ. Lấy bệnh phẩm bằng túi nylon qua trocar 10mm. Đặt dẫn lưu hút áp

lực âm qua chân trocar 10mm. Đóng các vết mổ chân trocar và băng vô khuẩn.

- Mổ thùy còn lại cũng làm tương tự

Bảng 1: Kích thước nhân giáp trên siêu âm

Kích thước nhân (cm)	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình $\bar{X} \pm SD$	P
Thùy P	0,5	4,2	2,34 ± 0,88	>0,05
Thùy T	0,3	4,5	2,19 ± 1,10	

Nhận xét: kích thước nhân giáp ở hai thùy không có sự khác biệt.

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Phương pháp mổ	Số lượng	Tỷ lệ
Cắt gần hoàn toàn thùy	35	66%
Cắt gần hoàn toàn tuyến giáp	18	34%

Nhận xét: phương pháp cắt gần hoàn toàn thùy tuyến giáp chiếm tỷ lệ cao (66 %).

Thời gian mổ trung bình ở nhóm cắt GHTT là: 79,29 ± 23,01 (50 – 150 phút). Thời gian mổ ở nhóm cắt GHTTG là: 129,72 ± 46,98 (60 – 300 phút). Có sự khác biệt về thời gian mổ giữa hai nhóm (p <0,05).

Bảng 3: Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Số lượng (n = 53)	Tỷ lệ (%)
Suy hô hấp, nuốt sặc	0	0 %
Chảy máu, nhiễm trùng	0	0 %
Tụ dịch	3	5,66 %
Nói khàn tạm thời	1	1,89 %
Tetani	0	0 %

Nhận xét: có 3 trường hợp tụ dịch sau mổ (5,66%) và 1 trường hợp nói khàn

3. KẾT QUẢ

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 38,17 ± 12,01 (16 - 63) tuổi. Trong đó có 6 bệnh nhân nam và 47 bệnh nhân nữ.

Lượng máu mất trung bình trong mổ ở nhóm cắt GHTT là: 11,14 ± 8,82 (2 – 40 ml). Lượng máu mất trung bình ở nhóm cắt GHTTG là: 26,39 ± 10,82 (5 – 45 ml). Có sự khác biệt về lượng máu mất trong mổ giữa hai nhóm (p <0,05).

Trong mổ không có trường hợp nào thủng thực quản, khí quản... Có 1 trường hợp chuyển mổ mở (1,89 %).

tạm thời (1,89%).

Bảng 4: Kết quả phẫu thuật theo Trịnh Minh Tranh [1]

Kết quả phẫu thuật	Số lượng (n = 53)	Tỷ lệ (%)
Tốt	37	69,8 %
Khá	12	22,7 %
Trung bình	4	7,5 %
Xấu	0	0 %
Tổng	53	100

Nhận xét: kết quả khá và tốt chiếm đa số (92,5 %).

Bảng 5: Tâm lý bệnh nhân

Tâm lý bệnh nhân	Số lượng (n = 36)	Tỷ lệ (%)
Hài lòng	33	91,67%
Bình thường	3	8,33%
Không hài lòng	0	0 %
Tổng	36	100%

Nhận xét: có 91,67 % bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

Tuổi, giới

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $38,17 \pm 12,01$ (16 - 63) tuổi. Chỉ có 1 bệnh nhân lớn hơn 60 tuổi. Đa số bệnh nhân ở nhóm tuổi lao động, tham gia các hoạt động xã hội nên có nhu cầu về mặt thẩm mỹ cao. Phẫu thuật nội soi tuyến giáp có ưu điểm ít xâm lấn, có kết quả thẩm mỹ cao vì sẹo mổ nhỏ, ở những vị trí được che khuất người đối diện khó có thể biết được bệnh nhân đã được phẫu thuật, không ảnh hưởng đến giao tiếp. Do vậy đa số bệnh nhân ở nhóm tuổi này lựa chọn phương pháp phẫu thuật nội soi là điều tất yếu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi

trong số 53 trường hợp thì có 6 trường hợp là nam giới chiếm tỷ lệ 11,32 %, nữ chiếm tỷ lệ 88,68%. Kết quả này cũng phù hợp với tác giả Trần Trọng Kiểm nghiên cứu trên 156 trường hợp thì tỷ lệ nữ giới là 90,38 % [2]. Nghiên cứu của Angkoon Anuwong và CS trên 425 trường hợp thì có 389 trường hợp là nữ giới chiếm 92,2 % [9].

Kích thước nhân giáp

Đa số các tác giả tiến hành phẫu thuật nội soi với những bướu giáp có đường kính nhân ≤ 4 cm [1], [5]. Tuy nhiên, có những tác giả chỉ định phẫu thuật cho những trường hợp nhân giáp to hơn nữa. Tác giả Chen J và cộng sự phẫu thuật cho 122 trường hợp kích thước nhân trung bình là $2,05 \pm 1,06$ cm [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì kích thước trung bình của nhân giáp

trên siêu âm của thùy P là: $2,34 \pm 0,88$ (0,5 – 4,2) cm. Kích thước trung bình của nhân giáp trên siêu âm của thùy T là: $2,19 \pm 1,10$ (0,3 – 4,5) cm. Chúng tôi bước đầu thực hiện kỹ thuật nên chọn những bệnh nhân có đường kính nhân giáp ≤ 5 cm. Nếu chúng ta thành thạo kỹ thuật, độ di động của bướu tốt...thì hoàn toàn có thể phẫu thuật nội soi được cho các nhân giáp có đường kính lớn hơn nữa.

Số lượng và vị trí nhân giáp

Đa số các tác giả khi bắt đầu thực hiện kỹ thuật đều lựa chọn những trường hợp bướu giáp đơn nhân một thùy. Khi đã thành thạo kỹ thuật trở thành kỹ năng, kỹ xảo thì có thể thực hiện cắt gàn hoàn toàn tuyến giáp trong bướu giáp đa nhân hai thùy, basedow hoặc cắt toàn bộ tuyến giáp nạo vét hạch điều trị ung thư tuyến giáp [2].

4.2. Kết quả phẫu thuật

Phương pháp mổ

Chúng tôi tiến hành cắt gàn toàn bộ thùy tuyến giáp đối với những trường hợp có 1 nhân giáp hoặc có nhiều nhân giáp tập trung ở 1 thùy và cắt gàn hoàn toàn tuyến giáp đối với những trường hợp nhân có cả ở 2 thùy tuyến giáp.

Trong số 53 trường hợp phẫu thuật thì có 35 trường hợp chiếm 66 % là cắt gàn hoàn toàn một thùy, có 18 trường hợp là cắt gàn hoàn toàn tuyến giáp chiếm 34 %. Tác giả Trần Ngọc Lương phẫu thuật 140 trường hợp thì có 60 % cắt hoàn toàn 1 thùy, có 38,6 % cắt bán phần thùy, và 1,4 % cắt bán phần thùy và eo giáp [3].

Thời gian mổ

Thời gian mổ là khoảng thời gian được tính từ lúc rạch da đến lúc đóng vết mổ xong. Trong nghiên cứu này thời gian phẫu thuật cắt gàn hoàn toàn thùy là $79,29 \pm 23,01$ phút, thời gian cắt gàn hoàn toàn tuyến giáp là $129,72 \pm 46,98$ phút. Có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa hai nhóm với $p < 0,05$. Trong đó trường hợp thời gian mổ 300 phút là trường hợp đầu tiên chúng tôi tiến hành cắt gàn hoàn toàn tuyến giáp.

Trong 18 ca cắt gàn hoàn toàn tuyến giáp có 3 trường hợp chúng tôi chỉ đặt trocar 1 bên thành ngực, nách. Sau khi đã cắt gàn hoàn toàn thùy tuyến giáp cùng bên, chúng tôi tiến hành phẫu tích, bộc lộ và cắt gàn hoàn toàn thùy tuyến giáp bên đối diện, rút ngắn được thời gian mổ và giảm lượng máu mất trong mổ do không cần phải đặt trocar và phẫu tích tạo đường vào ở thành ngực, nách bên đối diện. Những trường hợp này thì các bướu giáp ở thùy đối diện phải di động tốt, các nhân giáp nằm gần eo giáp và cực dưới của thùy tuyến thì phẫu thuật càng thuận lợi.

Theo các nghiên cứu nước ngoài, tác giả Gyan Chand và CS thời gian trung bình mổ cắt gàn hoàn toàn tuyến giáp là 148 phút, thời gian trung bình cắt toàn bộ tuyến giáp là 270 phút [6]. Theo tác giả Hakim Darail và CS nghiên cứu 1085 trường hợp phẫu thuật nội soi tuyến giáp có thời gian mổ trung bình là $132,92 \pm 48,6$ phút [7].

Theo các tác giả trong nước, tác giả Trần Trọng Kiềm phẫu thuật cho 156 trường hợp thì thời gian phẫu thuật trung bình là $60,25 \pm 4,25$ phút (40 – 120 phút)

[2]. Theo tác giả Trần Ngọc Lương phẫu thuật cho 2194 trường hợp thì trước năm 2005 thời gian mổ trung bình là $98,6 \pm 28,6$ phút, năm 2010 thì thời gian mổ trung bình là $26,39 \pm 5,12$ phút [4].

Lượng máu mất trong mổ

Tất cả các trường hợp chúng tôi đều tiến hành đặt Trocar ở vùng ngực nách. Nhờ sự phóng đại và hình ảnh rõ nét của đèn nội soi giúp chúng ta nhận rõ các cấu trúc giải phẫu, việc phẫu tích đúng lớp, đúng khoang thì rất ít bị chảy máu. Lượng máu mất trong mổ là một trong các yếu tố đánh giá mức độ an toàn của phẫu thuật, thay đổi tùy theo từng phẫu thuật viên và trên từng bệnh nhân. Tác giả Chen J và CS thông báo lượng máu mất trung bình là $3123 \pm 16,14$ ml [10]. Tác giả Fu và CS phẫu thuật 81 trường hợp cho biết lượng máu mất trung bình là $29,3 \pm 27,6$ ml [8].

Trong 53 trường hợp trong nghiên cứu này không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở do chảy máu trong mổ, không có trường hợp nào phải truyền máu. Lượng máu mất trung bình ở nhóm cắt gần hoàn toàn thùy là $11,14 \pm 8,82$ ml, lượng máu mất trung bình ở nhóm cắt gần hoàn toàn tuyến giáp là $26,39 \pm 10,82$ ml. Có sự khác biệt giữa hai nhóm về lượng máu mất trong mổ với $p < 0,05$. Trong khi tạo khoang phẫu thuật nếu chảy máu chỗ nào chúng tôi cầm máu ngay chỗ đó, để dao điện ở chế độ đốt nông. Theo kinh nghiệm của chúng tôi thì phần khoang bóc tách nằm ở trên xương đòn và đường giữa là vùng dễ gây chảy máu nhất, do ranh giới giải phẫu không rõ và góc nhìn bị hạn chế không nhìn rõ mạch máu và khi bị đứt thì

mạch máu thường tụt sâu vào trong tổ chức khiến cho việc cầm máu rất khó khăn. Ở vùng này nên dùng Optic 30 độ để có góc nhìn rộng hơn và dễ dàng hơn trong việc cầm máu.

Các tai biến và biến chứng

Các tai biến trong mổ cũng là một yếu tố đánh giá tính an toàn của cuộc mổ, trong phẫu thuật tuyến giáp những tai biến hay gặp là: tổn thương các mạch máu lớn, tổn thương khí quản, thực quản, tổn thương thần kinh quặt ngược, bỏng hoặc thủng da trong quá trình tạo khoang phẫu thuật...

Trong 53 trường hợp của chúng tôi có 1 trường hợp chuyển mổ mở chiếm 1,89 %. Trường hợp này là bướu đơn nhân kích thước trên siêu âm là $4,0 \times 3,7$ cm, trong quá trình mổ, khi đẩy bướu lên thì nhân bị vỡ nhiều mảnh nhỏ xen lẫn vào tổ chức, không thể lấy hết được nên chúng tôi quyết định mổ mở để lấy được hết toàn bộ nhân giáp. Tác giả Anuwong thì thấy có 3 trường hợp trên tổng số 425 trường hợp phải chuyển mổ mở chiếm 0,71 % [9].

Đối với phẫu thuật tuyến giáp, các biến chứng sớm hay gặp là nói khàn, hạ canxi máu. Trong nghiên cứu này không có trường hợp nào hạ canxi máu. Có 01 trường hợp nói khàn chiếm 1,89 %, chúng tôi điều trị kết hợp giữa thuốc tăng dẫn truyền thần kinh và lý liệu pháp. Trường hợp này xảy ra ở ngày thứ 3 sau phẫu thuật, sau điều trị tích cực 10 ngày bệnh nhân hết nói khàn. Có 03 trường hợp bệnh nhân xuất hiện tụ dịch chiếm 5,66 %, trường hợp này chúng tôi điều trị nội khoa kết hợp chọc hút, sau 3 ngày thì hết tụ dịch,

bệnh nhân ra viện. Các trường hợp này đều cắt gân hoàn toàn tuyến giáp trong khoảng thời gian đầu khi triển khai kỹ thuật, khả năng do trong quá trình phẫu tích phải bơm rửa nhiều. Tác giả Trần Trọng Kiểm phẫu thuật 156 trường hợp có 2 trường hợp tụ dịch chiếm 1,3 % [2]. Tác giả Fu phẫu thuật 79 trường hợp thấy có 4 trường hợp nhiễm trùng [8]. Tác giả Hakim Darail và CS trên 1085 trường hợp thấy tỷ lệ biến chứng nói chung là 13,5 % các biến chứng gặp là: giảm canxi thoáng qua là 6,3 %, khàn tiếng thoáng qua là 3,9 %, tụ máu là 0,4 % [7]. Hạ canxi máu thường là do tổn thương tuyến cận giáp, hay gặp trong các trường hợp cắt gân hoàn toàn hoặc cắt hoàn toàn tuyến giáp, lúc cắt bướu giáp có thể cắt cả tuyến cận giáp. Chúng tôi thấy, kể cả khi cắt như vậy thì tiến hành tách lấy tuyến cận giáp và cấy vào dưới cơ cũng cho kết quả tốt.

Lượng dịch dẫn lưu

Trong nghiên cứu này, thời gian rút dẫn lưu chủ yếu là 24 - 48 h với 52 trường hợp. Có 1 trường hợp rút dẫn lưu trước 24 h. Có sự khác biệt giữa nhóm cắt gân hoàn toàn thùy và nhóm cắt gân hoàn toàn tuyến giáp về lượng dịch dẫn lưu ở ngày thứ 1 và ngày thứ 2 với $p < 0,05$. Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi nhận thấy lượng dịch dẫn lưu phụ thuộc nhiều vào lượng dịch bơm rửa trong quá trình phẫu thuật. Khi rửa nước sẽ ngấm vào lớp xốp xung quanh. Rửa càng nhiều lượng nước ngấm càng lớn, nên dẫn lưu sau mổ lượng nước này sẽ chảy ra ngoài qua dẫn lưu. Nếu trong quá trình phẫu thuật phẫu tích tốt, ít chảy máu, không phải bơm rửa nhiều thì dịch ra dẫn lưu không đáng kể.

Tác giả Chen J và CS phẫu thuật 122 ca thì thời gian rút dẫn lưu là $3,45 \pm 0,88$ ngày, lượng dịch dẫn lưu trung bình là $139,09 \pm 95,93$ ml [10].

Số ngày nằm viện sau mổ

Số ngày nằm viện sau mổ cũng là một trong các yếu tố để đánh giá kết quả phẫu thuật. Tuy nhiên không có sự khác biệt quá nhiều giữa các tác giả. Thời gian nằm viện sau mổ của nghiên cứu này là $5,06 \pm 1,59$ (3 - 11) ngày (3 - 11 ngày). Tác giả Trần Trọng Kiểm là $5,37 \pm 0,75$ ngày [2]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Lương là $3,87 \pm 0,93$ ngày [3].

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp

Từ kết quả bảng 6 thấy trong 53 trường hợp phẫu thuật thì có 49 trường hợp kết quả khá và tốt chiếm 92,5 %, 4 trường hợp đạt kết quả trung bình chiếm 7,5 %. Kết quả nghiên cứu của tác giả Trịnh Minh Tranh có tỷ lệ: tốt 90,04 %, khá 5,00%, trung bình 2,48 %, kém 2,48 % [1]

Kết quả sau mổ

Tất cả những bệnh nhân được phẫu thuật trước khi ra viện đều được hẹn tái khám, tuy nhiên vì nhiều lý do nên chỉ có 36 bệnh nhân đến khám lại.

Các bệnh nhân khám lại đều được làm siêu âm tuyến giáp, định lượng Hormon tuyến giáp và TSH huyết thanh. Kết quả xét nghiệm các bệnh nhân đều có kết quả bình thường hoặc thay đổi không đáng kể so với giới hạn bình thường. Có 3 trường hợp tái phát sau mổ nhưng chưa phải mổ lại. Những trường hợp bất thường chúng tôi đều kê đơn thuốc và theo dõi

tiếp. Có 91,67 % hài lòng với kết quả phẫu thuật. Không có trường hợp nào không hài lòng với kết quả phẫu thuật. Kết quả này cũng phù hợp với tác giả Trần Ngọc Lương với 93,7 % bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật [3].

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp đơn thuần là kỹ thuật an toàn, khả thi và kết quả thẩm mỹ cao. Lợi ích lớn nhất với bệnh nhân là khỏi bệnh và không có sẹo ở vùng cổ. Qua 53 trường hợp phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp đơn thuần tại Bệnh viện Quân y 105 chúng tôi rút ra kết luận: tuổi trung bình là $38,17 \pm 12,01$ (16 - 63) tuổi. Có 66 % bệnh nhân phẫu thuật cắt gàn hoàn toàn 1 thùy, 34% cắt gàn hoàn toàn tuyến giáp. Tất cả các trường hợp đều phẫu thuật theo đường ngực, nách, trong đó có 3 trường hợp cắt gàn hoàn toàn tuyến giáp chúng tôi chỉ tạo đường vào một bên. Thời gian phẫu thuật cắt gàn hoàn toàn thùy là $79,29 \pm 23,01$ phút, thời gian cắt gàn hoàn toàn tuyến giáp là $129,72 \pm 46,98$ phút. Lượng máu mất trung bình ở nhóm cắt gàn hoàn toàn thùy là $11,14 \pm 8,82$ ml, lượng máu mất trung bình ở nhóm cắt gàn hoàn toàn tuyến giáp là $26,39 \pm 10,82$ ml. Các biến chứng tạm thời liên quan đến phẫu thuật rất thấp. Có 1 trường hợp chuyển mổ mở. Không có tai biến trong mổ. Có 1 trường hợp nói khàn tạm thời, 3 trường hợp tụ dịch. Kết quả khá và tốt chiếm 92,5 % . Đa số bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật với tỷ lệ 91,67 %.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Minh Tranh (2013) Nghiên cứu chỉ định điều trị bướu giáp đơn nhân bằng phẫu thuật nội soi, Luận án tiến sỹ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh,

2. Trần Trọng Kiểm (2016) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp tại Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108. Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, Số 01 (tập 6), tr.34-39.

3. Trần Ngọc Lương (2006) Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp thể nhân lành tính, Luận án tiến sỹ, Đại học Y Hà Nội.

4. Trần Ngọc Lương (2011) Phẫu thuật nội soi tuyến giáp sau 8 năm thực hiện. Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, Tập 1 (số 02), tr.5-10.

5. P. Miccoli, R. Bellantone, M. Mourad. et al (2002) Minimally invasive video-assisted thyroidectomy: multiinstitutional experience. World J Surg, 26 (8), pp.972-975.

6. Chand G, Mishra SK, Kumar A. et al (2017) Endoscopic Thyroidectomy: Experience of Breast and Axillary Approach. Journal of Universal Surgery, 5 (3),

7. N. A. Hakim Darail, S. H. Lee, S. W. Kang. et al (2014) Gasless transaxillary endoscopic thyroidectomy: a decade on. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 24 (6), pp.211-215.

8. J. Fu, Y. Luo, Q. Chen. et al (2018) Transoral Endoscopic Thyroidectomy: Review of 81 Cases in a Single Institute. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 28 (3),

(Xem tiếp trang 39)