

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTG) có xu hướng gia tăng trên toàn cầu. Năm 2018, GLOBOCAN công bố có khoảng 567.000 ca mới mắc và UTTG đứng thứ 9 trong các loại ung thư nói chung. Ở Mỹ, năm 2014 có 63.000 ca mới mắc UTTG so với năm 2010 có 44.670 [1]. Việt Nam nằm trong nhóm các nước có tỷ lệ mắc UTTG cao, đứng hàng thứ 9 với 5418 ca mới mắc, 528 ca tử vong mỗi năm, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 3,52/100.000 dân, đứng thứ 6 ở nữ giới với tỷ lệ 7,8/100.000 dân [2].

Theo mô bệnh học, UTTG được chia thành hai thể: thể biệt hoá (chiếm khoảng 80%) và thể không biệt hoá (chiếm khoảng 20%). Tiến triển lâm sàng, cách điều trị và tiên lượng của hai thể là khác nhau. UTTG thể biệt hoá bắt nguồn từ các tế bào biểu mô nang tuyến giáp gồm thể nhú và thể nang, bệnh thường tiến triển chậm, chủ yếu phát triển tại chỗ và di căn hạch vùng cổ. Nếu phát hiện sớm, chẩn đoán đúng, lựa chọn các phương pháp điều trị thích hợp sẽ mang lại hiệu quả cao [3],[4]. Điều trị UTTG thể biệt hoá bằng phẫu thuật, Iod-131, liệu pháp nội tiết, trong đó phẫu thuật có vai trò quan trọng nhất. Mục đích phẫu thuật nhằm loại bỏ khối u, hạch, giảm tái phát tại chỗ, hạn chế di căn xa, tăng thời gian sống thêm cho bệnh nhân [5],[6].

Phẫu thuật mổ mở truyền thống trong điều trị UTTG rất hiệu quả, thực hiện được ở tất cả các giai đoạn bệnh, ít biến chứng... Tuy nhiên sau phẫu thuật đã để lại một vết sẹo dài ở vùng cổ gây mất thẩm mỹ và mất tự tin cho người bệnh, đặc biệt là ở các nước châu Á, trong đó có Việt Nam [5],[6],[7],[8].

Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu lớn, đa trung tâm của Trung Quốc [9],[10],[11],[12], Hàn Quốc [13],[14],[15], Nhật Bản [16],[17], Italia [11],[18], ...cho thấy tính khả thi của phẫu thuật nội soi trong điều trị

bệnh lý lành tính cũng như ác tính của tuyến giáp. Cùng với sự cải tiến, phát triển của các trang thiết bị, thì phẫu thuật nội soi (PTNS) đã trở thành sự lựa chọn đối với các UTTG giai đoạn sớm. PTNS là phẫu thuật ít xâm lấn, có nhiều ưu điểm như: Tránh vết mổ lớn và sẹo vùng cổ trước, lượng máu mất ít hơn, ít đau sau mổ, giảm thời gian nằm viện, tính thẩm mỹ cao.

Ở Việt Nam, PTNS đã được áp dụng trong điều trị UTTG từ năm 2012 tại bệnh viện Nội tiết trung ương [19]. Tuy nhiên, nghiên cứu chủ yếu tập trung vào việc đánh giá tính khả thi và hoàn thiện kỹ thuật của PTNS tuyến giáp. Các nghiên cứu về lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân UTTG cần được lựa chọn để chỉ định PTNS, cũng như kết quả PTNS điều trị cho nhóm bệnh nhân này.

Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi thực hiện đề tài: “***Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn sớm tại bệnh viện Nội tiết trung ương***” với hai mục tiêu:

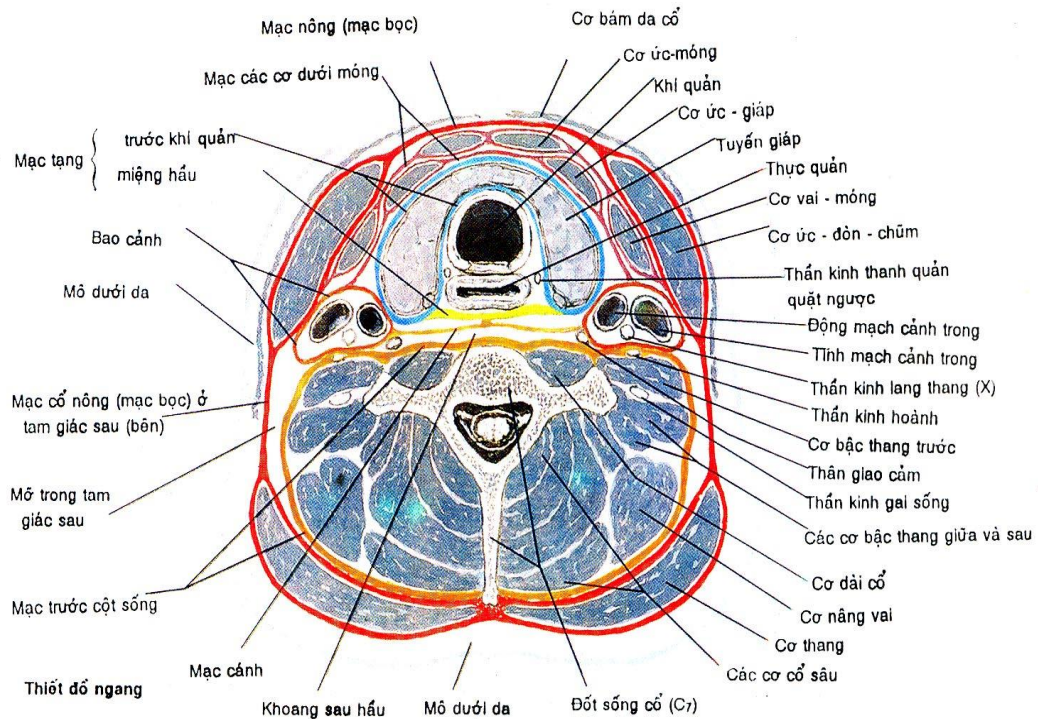
1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và quy trình phẫu thuật nội soi điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn sớm tại bệnh viện Nội tiết trung ương.*
2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn sớm tại bệnh viện Nội tiết trung ương.*

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Giải phẫu vùng cổ, tuyến giáp và hệ thống hạch bạch huyết của tuyến giáp

1.1.1. Giải phẫu vùng cổ trước: Vùng cổ trước bên chứa tất cả các thành phần quan trọng đi qua cổ: các tạng thuộc hệ hô hấp (thanh quản, khí quản), hệ tiêu hoá (thực quản), tuyến giáp và các tuyến cận giáp, các bó mạch, thần kinh (TK) (bó mạch cảnh, các thần kinh X, XI, XII, đám rối TK cổ, đám rối TK cánh tay, chuỗi hạch giao cảm cổ).



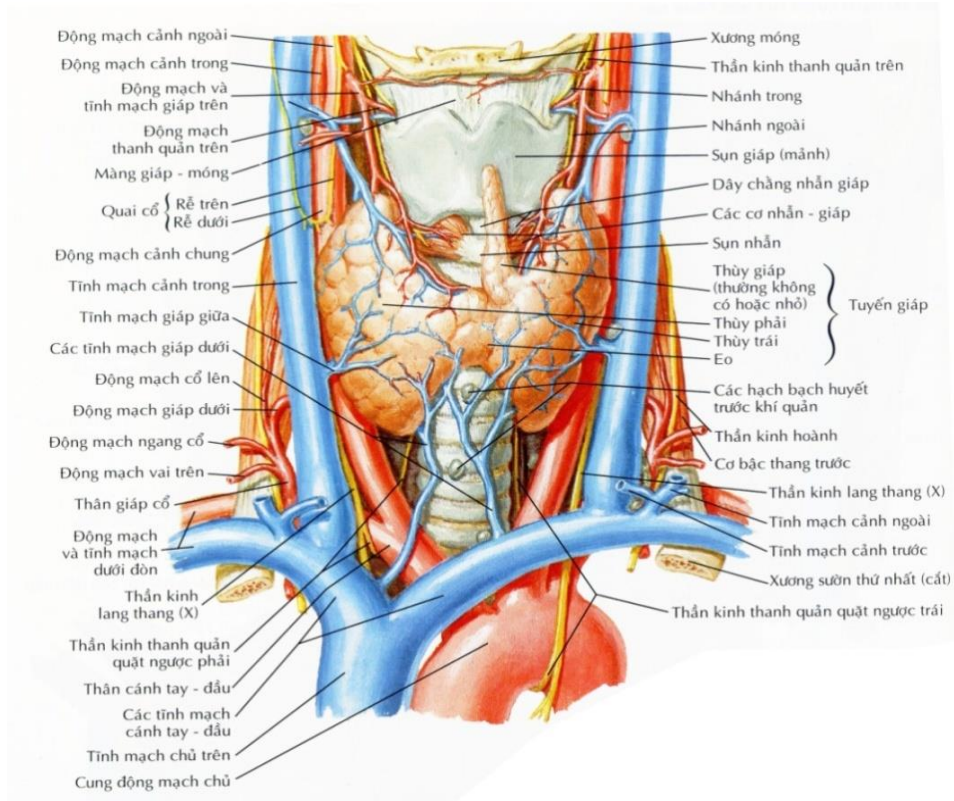
Hình 1.1. Sơ đồ cắt ngang qua đốt sống cổ 5 [20]

- **Động mạch (ĐM) cảnh chung:** ĐM cảnh chung trái tách trực tiếp từ cung ĐM chủ còn bên phải là một trong hai nhánh tận của ĐM thân cánh tay đầu.

Liên quan: Thành trong là hầu, thực quản, thanh quản, khí quản, thùy bên tuyến giáp và dây TK thanh quản quặt ngược. ĐM cảnh chung thường chỉ đi qua cổ và không cho nhánh bên nào.

- **Tĩnh mạch (TM) cảnh ngoài:** Đổ vào TM dưới đòn, ở phía ngoài cơ bậc thang trước.

- **Tĩnh mạch (TM) cảnh trong:** Đi cùng với ĐM cảnh trong ở trên, ĐM cảnh chung ở dưới và dây thần kinh X. ĐM và TM cảnh trong nằm trong bao cảnh hai bên cổ dọc theo chiều dài của thụ tuyến giáp. Đây là những thành phần rất nguy hiểm khi bị tổn thương.



Hình 1.2. Mạch máu vùng cổ và tuyến giáp (nhìn thẳng) [20]

- **Thần kinh:** Dây thần kinh X, Ở vùng cổ trước, dây X đi sau ĐM và TM cảnh.

Nhánh bên

+ **Dây thanh quản trên:** Chạy vòng quanh, sau đó bắt chéo mặt trong của ĐM cảnh trong tới bờ trên xương móng chia làm 2 nhánh trong và ngoài:

Nhánh trong: Chạy ngang vào màng giáp-móng và tận hết ở thanh quản

Nhánh ngoài: Là nhánh dưới của dây thanh quản trên, nếu bị tổn thương dẫn đến khó nói do mất sự điều chỉnh âm thanh.

+ **Dây thanh quản dưới phải:** Sinh ra từ dây X ở chỗ bắt chéo với phần đầu tiên của ĐM dưới đòn. Chạy quặt ngược lên ở trong khe giữa của khí quản

và thực quản, đi sau dây chằng bên Berry, vào trong thanh quản ở bờ dưới bó nhĩn-hầu của cơ căng màn hầu dưới. Dây quặt ngược thường phân chia ở chỗ bắt chéo với nhánh của ĐM giáp dưới. Chỉ có nhánh vào thanh quản mới là nhánh vận động.

+ *Dây thanh quản dưới trái*: Tách ra từ dây X ở bờ dưới quai ĐM chủ. Chạy quặt ngược lên ở trong mặt bên của khí quản, trước thực quản, đi sau dây chằng bên Berry, vào trong thanh quản ở bờ dưới bó nhĩn-hầu của cơ căng màn hầu dưới.

- ***Tuyến cận giáp***

Hình bầu dục, dẹt, màu vàng nâu, nằm ở bờ sau của thùy tuyến giáp, trong bao tuyến. Kích thước trung bình: dài 6mm, rộng 3-4 mm và dày khoảng 1-2 mm, nặng chừng 50 mg. Có từ 2-6 tuyến, thường có 4 tuyến. Các tuyến cận giáp liên quan với bờ sau thùy bên của tuyến giáp. Sự tiếp nối giữa ĐM giáp trên và giáp dưới nằm dọc theo bờ sau thùy bên tuyến giáp có liên quan mật thiết với các tuyến cận giáp, là mốc để tìm tuyến cận giáp.

✓ ***Tuyến cận giáp trên***: Có thể ở 1 trong 3 vị trí:

+ Vị trí 1: ở ngay phía trên của tuyến giáp tiếp giáp với sụn giáp.

+ Vị trí 2: Phía trên sừng nhỏ của sụn giáp.

+ Vị trí 3: ở gần thân ĐM giáp dưới và các nhánh chia lên trên.

✓ ***Tuyến cận giáp dưới***: ở 1 trong 3 vị trí sau:

+ Vị trí 1: Sát nhánh của ĐM giáp dưới chia xuống dưới hoặc trong đám mỡ xung quanh dây quặt ngược.

+ Vị trí 2: ở tổ chức lỏng lẻo xung quanh cực dưới TG (phía sau hoặc phía dưới) hoặc trong khoảng giữa đỉnh tuyến ức và TG.

+ Vị trí 3: ở đỉnh tuyến ức hoặc là phần thấp của tổ chức xung quanh TK quặt ngược.

Các tuyến cận giáp được cấp máu bởi các nhánh tận của ĐM giáp trên và dưới hoặc các nhánh nối giữa hai ĐM này.

- **Thanh quản-khí quản**

- ✓ *Thanh quản*: ở phía trước thanh hầu từ ngang C4 - C6

- ✓ *Khí quản*: ở phía trước thực quản, eo tuyến giáp dính chắc vào khí quản ở các vòng sụn 2,3,4.

1.1.2. Giải phẫu tuyến giáp

1.1.2.1. Đại cương

Tuyến giáp nằm ở phần trước của cổ, phía trước các vòng sụn khí quản đầu tiên và hai bên thanh quản, giàu mạch máu, màu nâu đỏ, hình dạng thay đổi từ chữ U đến chữ H.

Các phần của TG: thùy phải và thùy trái nối với nhau bởi eo tuyến. Thùy tuyến có 3 mặt, 2 bờ và 2 cực.

- Các mặt: Mặt ngoài hay mặt nông: được phủ bởi lớp nông là cơ ức-móng và bụng trên của cơ vai-móng, lớp sâu là cơ ức giáp. Mặt trong liên quan tới thanh quản, khí quản, thực quản, cơ khí quản dưới, nhánh ngoài của TK thanh quản trên và với TK thanh quản quặt ngược. Mặt sau ngoài liên quan với bao cảnh.

- Các bờ: Bờ trước liên quan với nhánh trước của ĐM giáp trên. Bờ sau tròn, ở dưới liên quan với ĐM giáp dưới và ngành nối với nhánh sau của ĐM giáp trên, ở bờ sau có các tuyến cận giáp.

- Các cực: Cực trên liên quan với ĐM giáp trên. Cực dưới, liên quan với bó mạch giáp dưới và ống ngực ở bên trái.

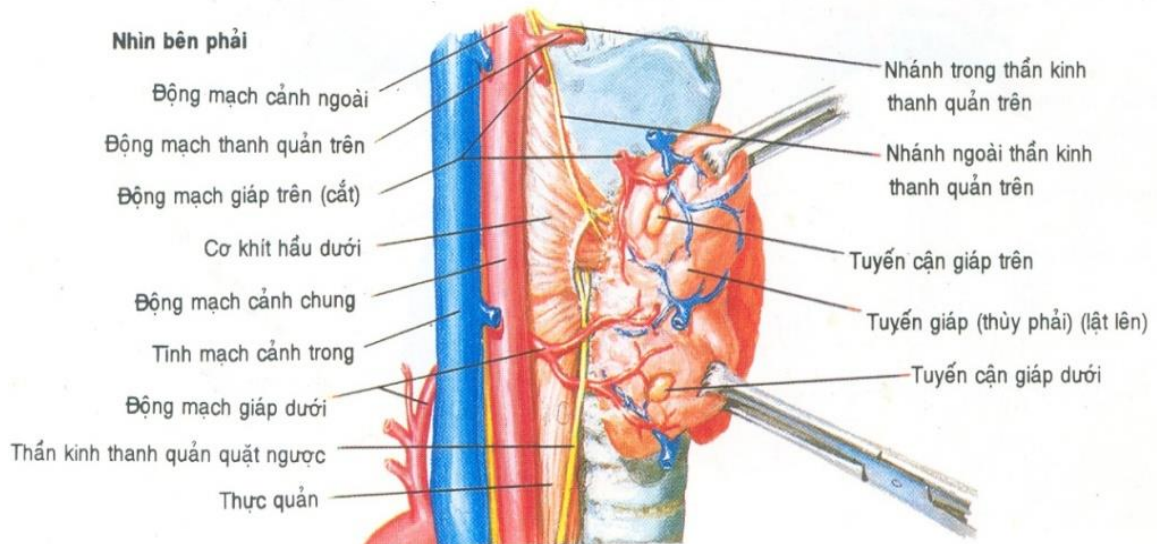
- Eo tuyến: Nằm vắt ngang khí quản, thường tách ra thùy thấp. Dọc theo bờ trên của eo tuyến có nhánh nối giữa hai ĐM giáp trên.

- Bờ dưới có TM giáp dưới.

1.1.2.2. Cấu tạo

Tuyến giáp được bọc trong bao mô liên kết mỏng, mỗi nang tuyến có một

hàng tế bào biểu mô trụ, hình dạng phụ thuộc vào tình trạng hoạt động của tuyến. Mỗi nang tuyến là một tiểu thùy tuyến. Như vậy TG có rất nhiều tiểu thùy. Mô liên kết nằm giữa các nang tuyến gọi là chất đệm .



Hình 1.3. Vị trí của các tuyến cận giáp và dây thanh quản [20].

1.1.2.3 Mạch máu tuyến giáp

- Động mạch giáp

✓ Động mạch (ĐM) giáp trên: là động mạch lớn nhất, và là nhánh trước đầu tiên của động mạch cảnh ngoài (rất hiếm gặp ở chỗ phân đôi của động mạch cảnh chung), sát ở cực trên của thùy tuyến. Động mạch giáp trên đi xuống ở mặt bên thanh quản bị cơ vai móng và cơ giáp móng phủ lên, phân chia hoặc ở chỗ tiếp xúc với tuyến hoặc ở xa thành 3 nhánh: Nhánh trong đi xuống về phía trong của cực trên trước khi nối với nhánh cùng tên ở bờ trên của eo. Nhánh sau nối với nhánh cùng tên đi từ dưới lên. Nhánh ngoài nhỏ hơn, phân phối vào bề mặt trước ngoài của thùy.

✓ ĐM giáp dưới là nhánh của ĐM thân giáp cổ tách ra từ ĐM dưới đòn. Các ĐM này có vòng nối đôi đảo ở cùng bên và đối diện.

✓ ĐM giáp đơn bắt nguồn từ cung ĐM chủ hoặc từ ĐM không tên đi vào bờ dưới của eo tuyến.

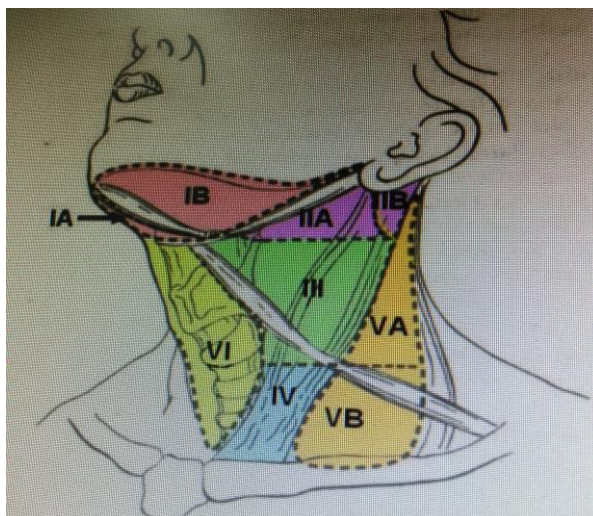
- Tĩnh mạch (TM)

Các TM của tuyến giáp tạo nên các đám rối ở trên mặt tuyến và phía trước khí quản, đổ vào các TM giáp trên, giáp dưới và giáp giữa. Chỉ có TM giáp trên đi theo ĐM cùng tên. TM giáp giữa từ mặt bên của tuyến, gần cực dưới, chạy ngang ra ngoài, đổ vào TM cảnh trong. TM giáp dưới bên phải đi xuống trước khí quản và đổ vào TM cánh tay đầu phải còn TM giáp dưới bên trái đi xuống dưới trước khí quản, qua cơ ức giáp đổ vào thân TM cánh tay đầu trái. Các TM giáp dưới có thể tạo thành đám rối TM trước khí quản.

1.1.3. Giải phẫu hạch vùng cổ và hạch của tuyến giáp

1.1.3.1. Phân nhóm hạch cổ

Có khoảng 500 hạch bạch huyết trong cơ thể và 200 trong số này là ở vùng đầu cổ. Nhằm đơn giản hóa và thống nhất cách mô tả, hệ thống hạch vùng cổ được chia thành từng vùng có liên hệ với lâm sàng. Hạch cổ được chia làm 6 nhóm:



Hình 1.4. Phân nhóm hạch cổ [21]

Nhóm I: Nhóm dưới cằm và dưới hàm: **Nhóm Ia:** Tam giác dưới cằm. Giới hạn bụng trước cơ nhị thân, xương móng và đường giữa. **Nhóm Ib:** Tam giác dưới hàm. Giới hạn là thân xương hàm dưới, bụng trước và bụng sau cơ nhị thân.

Nhóm II: Nhóm hạch cảnh trên: Giới hạn trước: bờ ngoài cơ ức móng. Phía sau: bờ sau cơ ức đòn chũm. Phía trên: nền sọ. Phía dưới: ngang mức xương móng (mức phân đôi của động mạch cảnh chung). Nhóm này được chia ra IIa, IIb bởi thân kinh XI.

Nhóm III: Hạch cảnh giữa: Giới hạn trước: bờ ngoài cơ ức móng. Phía sau: bờ trước cơ ức đòn chũm. Phía trên: ngang mức xương móng. Phía dưới: đường thẳng ngang qua chỗ cơ vai móng cắt tĩnh mạch cảnh trong.

Nhóm IV: Nhóm cảnh thấp: Giới hạn trên: đường thẳng ngang qua chỗ cơ vai móng cắt tĩnh mạch cảnh trong. Phía dưới: xương đòn. Phía trước: bờ ngoài cơ ức móng. Phía sau: bờ sau cơ ức đòn chũm. **Nhóm IVa**, dọc theo tĩnh mạch cảnh trong và sâu dọc đầu ức của cơ ức đòn chũm. **Nhóm IVb**, dọc theo đầu đòn của cơ ức đòn chũm. Hạch nhóm II, III, IV gọi là nhóm cảnh gồm các hạch gắn với tĩnh mạch cảnh trong, mỡ và tổ chức liên kết ở phía trong và phía sau của cơ ức đòn chũm. Đặc biệt nhóm II liên quan mật thiết với thân kinh XI.

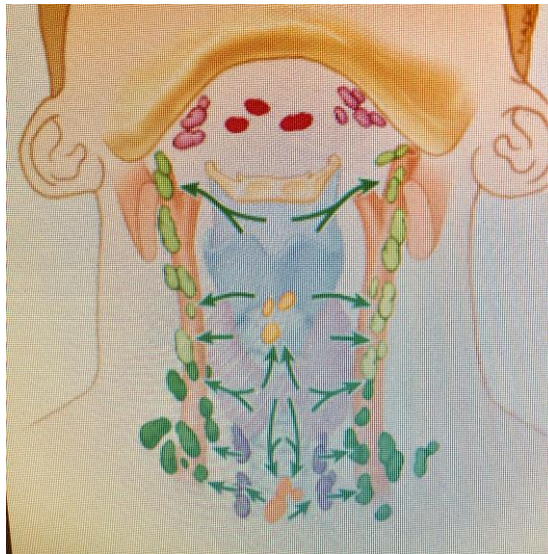
Nhóm V: Nhóm hạch của tam giác sau, gồm những hạch khu trú dọc theo nửa thấp của thân kinh XI và động mạch cổ ngang. Giới hạn trước: bờ sau cơ ức đòn chũm. Phía sau: bờ trước cơ thang. Phía dưới xương đòn. Bụng dưới cơ vai móng chia nhóm V thành: nhóm Va: hạch chạy dọc theo thân kinh XI, nhóm Vb: hạch chạy dọc động mạch cổ ngang.

Nhóm VI: Gồm hạch trước khí quản, trước sụn nhẫn, quanh khí quản. Giới hạn ngoài: bao cảnh, phía trên: xương móng, phía dưới: hõm thượng đòn.

1.1.3.2. Hạch cổ trong UTTG

Tuyến giáp là một tuyến giàu các mao mạch bạch huyết, các mao mạch được phân bố bao quanh các nang giáp, kế cận với các tế bào C tiết calcitonin. Mạng lưới mao mạch bạch huyết đổ về vùng dưới vỏ của tuyến giáp, sau đó chúng tập trung lại thành những ống góp nằm trong vỏ. Những ống góp có mối liên quan chặt chẽ với các tĩnh mạch ở vùng vỏ và chạy theo dẫn lưu của hệ tĩnh mạch của tuyến giáp. Những vị trí đi ra của chúng gồm:

Hạch sau hầu bên, hạch cơ hai bụng, hạch Delphian, hạch máng cánh, hạch chuỗi quặt ngược, hạch trước khí quản phía trên, phía bên và phía dưới của tuyến, đi theo mạch giáp trên, động mạch giáp dưới, tĩnh mạch giáp giữa và đám rối tĩnh mạch giáp dưới.



Hình 1.5. Dẫn lưu bạch huyết vùng cổ [21]

Chặng đầu tiên của dẫn lưu bạch huyết gồm hạch Delphian, hạch khí thực quản và hạch trung thất trên. Hạch cổ bên (hạch dọc tĩnh mạch cánh, hạch cổ sau) thuộc chặng thứ hai của dẫn lưu bạch huyết tuyến giáp. Xuất phát từ bờ trên của eo giáp và từ bờ trên của thùy bên tuyến giáp, có từ 3 đến 6 mạch bạch huyết, chúng đi lên trên, phía trước thanh quản và đổ vào hạch cơ hai bụng.

Một số mạch có thể đi vào một hay nhiều hạch trước thanh quản (hạch Delphian) ngay trên eo giáp.

Dẫn lưu bạch huyết chằng thứ hai đi vào vùng hạch cảnh cao hai bên hoặc đến hạch trước khí quản dưới tuyến giáp thông qua mạch bạch huyết đi từ hạch Delphian xuống mặt trước của tuyến giáp. Những mạch bạch huyết dẫn lưu bạch huyết ở phần thấp của eo giáp và vùng trong dưới của thùy bên đi theo tĩnh mạch giáp dưới tận cùng ở hạch trước khí quản và hạch cánh tay đầu. Đối với những mạch bạch huyết xuất phát từ bờ ngoài của mỗi thùy thùy, phía trên, chúng đi lên trên cùng với động mạch và tĩnh mạch giáp trên; phía dưới, chúng đi theo động mạch giáp dưới. Giữa hai nhóm trên, một số mạch bạch huyết đi sang bên, ra trước hoặc phía sau bao cảnh đến đến chuỗi hạch tĩnh mạch cảnh trong. Hiếm khi, dẫn lưu bạch huyết của tuyến giáp đổ trực tiếp vào tĩnh mạch dưới đòn phải, tĩnh mạch cảnh hay ống ngực mà không đi qua một hạch bạch huyết nào. Những mạch bạch huyết phía sau xuất phát từ mặt dưới và mặt giữa của thùy và đổ vào chuỗi hạch dọc theo dây thần kinh thanh quản quặt ngược. Dẫn lưu bạch huyết sau đó có thể đi ngược xuống dưới vùng lân cận của tuyến ức, đi theo đường đi của tĩnh mạch vô danh.

1.2. Đại cương ung thư tuyến giáp thể biệt hóa

1.2.1. Dịch tễ học

UTTG chiếm khoảng 3,6% tất cả các loại ung thư. Trên thế giới, tỷ lệ mắc UTTG khác nhau tùy theo khu vực địa lý. Tỷ lệ mắc UTTG cao nhất ở Sao Paulo, Brazil (149/1.000.000 phụ nữ và 39/1.000.000 nam giới), Hawaii (223/1.000.000 phụ nữ và 63/1.000.000 nam giới). Ba Lan là một trong những nước có tỷ lệ UTTG thấp nhất, tỷ lệ mắc chuẩn theo giới là 14/1.000.000 ở nữ và 4/1.000.000 ở nam giới. UTTG rất hiếm gặp ở trẻ em dưới 15 tuổi [22]. Việt Nam là một trong những nước tỷ lệ mắc UTTG cao. Theo tác giả Nguyễn Quốc

Bảo năm 2010 tỷ lệ mắc khoảng 1,8/100.000 dân nam giới và khoảng 5,6/100.000 dân nữ giới [23]. Theo thống kê của tác giả Nguyễn Bá Đức năm 2008, tỷ lệ mắc UTTG ở nữ xếp thứ 12 trong các loại ung thư nói chung với tỷ lệ 2,3/100.000 dân, xếp hàng thứ 13 ở nam giới với tỷ lệ 1,3/100.000 dân [2].

1.2.2. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ

Hiện nay chưa tìm thấy nguyên nhân rõ ràng sinh bệnh UTTG. Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ đưa ra các yếu tố nguy cơ cao để mắc bệnh. Hiệp hội các nhà ung thư Hoa Kỳ đã đưa ra 1 số yếu tố nguy cơ hay gặp như sau [24]:

- Tiền sử xạ trị vùng cổ hoặc tiền sử tiếp xúc, chiếu tia X hay các tia liên quan tới máy chụp CT.

- Chế độ ăn thiếu Iodin làm tăng nguy cơ mắc các bướu giáp đơn thuần cũng như UTTG thể nang.

- Tiền sử mắc các bệnh tuyến giáp mạn tính như viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto hoặc viêm tuyến giáp bán cấp De Quervain... có nguy cơ cao mắc UTTG.

- Yếu tố di truyền và nguồn gốc gen:

- + Hiện nay chúng ta đã biết đến một số đột biến gen sinh UTTG, tuy nhiên vai trò chắc chắn của chúng chưa được chứng minh. Đột biến gen RET nằm trên NST số 10, gen BRAF và gen PTC có thể sinh UTTG thể nhú và thể tủy, gen RAS có thể sinh UTTG thể nang. Phần lớn các đột biến này chủ yếu xảy ra trên các đoạn ADN kiểm soát sự sao chép và nhân đôi tế bào [24].

- + Ngoài ra còn có một số yếu tố nguy cơ cao khác liên quan tới gen sinh ung thư như đột biến gen APC gây bệnh đa polip có tính chất gia đình, đột biến gen PTEN gây bệnh ung thư đường niệu và ung thư vú, đột biến gen PRKAR1A gây rối loạn chức năng các tuyến nội tiết lành tính [24].

1.2.3. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

Trong giai đoạn sớm, triệu chứng thường nghèo nàn, ít có giá trị, đa số bệnh nhân đến khám vì xuất hiện khối u vùng cổ trước. Điều quan trọng là ghi nhận hoàn cảnh, thời gian xuất hiện, sự thay đổi mật độ và thể tích khối u.

Giai đoạn muộn, khối u xâm lấn có thể xuất hiện triệu chứng như: nói khàn, chèn ép thực quản gây khó nuốt, u xâm lấn vào khí quản gây khó thở. Khối u tuyến giáp thường ít khi gây đau tuy nhiên khối u lớn, xâm lấn rộng vào thần kinh, khối u dạng giả viêm hoặc chảy máu trong u đặc biệt là sau chọc tế bào có thể gây đau. Triệu chứng ho máu và nôn khạc ra máu do khối u xâm lấn vào khí quản và thực quản rất hiếm gặp.

Triệu chứng thực thể

Khối u và hạch cổ lớn có thể nhìn thấy rõ nổi gò trên da. Rất hiếm gặp khối u và hạch cổ tuyến giáp vỡ vỡ xâm lấn ra ngoài da. UTTG thường biểu hiện 1 khối u đơn độc ở 1 thùy hoặc eo giáp hoặc cả 2 thùy.

U tuyến giáp ác tính thường cứng, còn di động được khi u nhỏ, nhưng dính và di động hạn chế khi u to, xâm lấn rộng. U thường di động theo nhịp nuốt của bệnh nhân.

Hạch di căn tuyến giáp hay gặp nhất là chuỗi hạch cảnh, hạch trước khí quản, hạch chuỗi quặt ngược. Hạch cổ 1 bên hoặc hạch cổ 2 bên. Hạch thường cứng, di động được khi hạch nhỏ chưa xâm lấn, dính và di động hạn chế khi hạch xâm lấn tổ chức xung quanh.

1.2.4. Các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng

1.2.4.1. Siêu âm vùng cổ

Giá trị của siêu âm so với khám lâm sàng là siêu âm giúp chẩn đoán xác định có hay không có nhân giáp, nhất là những nhân không sờ thấy trên lâm sàng. Siêu âm giúp xác định các đặc điểm của nhân, tổn thương thuộc tuyến giáp hay là các khối lân cận tuyến giáp như nang giáp lưới, nang bạch huyết,

hạch to vùng cổ, những đặc điểm này có thể làm thay đổi kế hoạch điều trị trên 60% bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến giáp [25],[26].

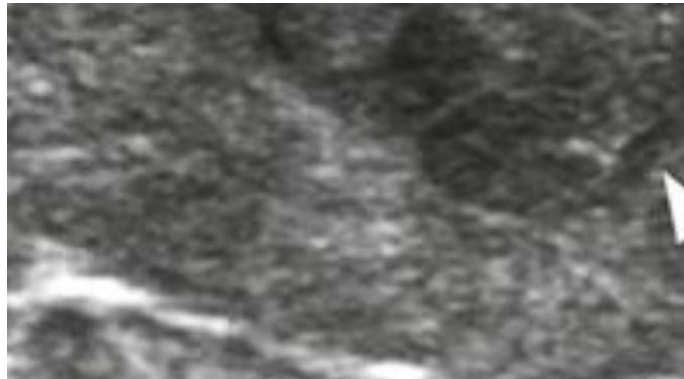
Jin Joung Kwak và cs (2011) đưa ra bảng phân loại TIRADS dựa vào 6 đặc điểm siêu âm gồm: Cấu trúc dạng đặc hoặc thành phần đặc là chủ yếu, giảm âm hoặc rất giảm âm, tăng sinh mạch hoặc không, bờ không đều hoặc có múi nhỏ, có vi vôi hóa, chiều cao lớn hơn chiều rộng [27]. Tác giả xếp loại TIRADS từ 1 đến 6 như sau:

- TIRADS 1: Mô giáp lành
- TIRADS 2: Tổn thương lành tính (0% ác tính)
- TIRADS 3: Tổn thương nhiều khả năng lành tính (< 5% nguy cơ ác tính)
- TIRADS 4: Tổn thương có nguy cơ ác tính gồm:
 - + TIRADS 4a: Tổn thương có một đặc điểm siêu âm nghi ngờ (5 - 10% nguy cơ ác tính)
 - + TIRADS 4b: Tổn thương có 2 đặc điểm siêu âm nghi ngờ (10 - 50% nguy cơ ác tính).
 - + TIRADS 4c: Tổn thương có 3-4 đặc điểm siêu âm nghi ngờ (50 - 95% nguy cơ ác tính).
- TIRADS 5: Tổn thương có > 4 đặc điểm siêu âm nghi ngờ (> 95% nguy cơ ác tính).
- TIRADS 6: Biết chắc tổn thương ác tính trước đó.

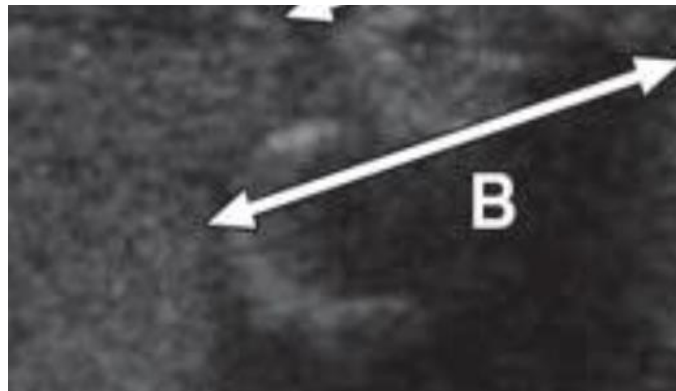
Siêu âm còn đánh giá sự xâm lấn khối u với các tổ chức lân cận: u còn trong tuyến hay đã phá vỡ vỏ tuyến, xâm lấn cơ trước giáp, bó mạch cảnh, khí quản, thực quản [28]. Mức độ tiếp xúc của khối u với bao giáp liên quan đến mức độ xâm lấn tối thiểu, được chia làm 4 độ:

- Độ 0: Khối u không tiếp xúc với bao giáp.
- Độ 1: Khối u tiếp xúc với bao giáp 1- 25% chu vi
- Độ 2: Khối u tiếp xúc với bao giáp 26 - 50% chu vi

- Độ 3: Khối u tiếp xúc với bao giáp 51 - 75% chu vi
- Độ 4: Khối u tiếp xúc với bao giáp 76 - 100% chu vi khối u tiếp xúc với bao giáp > 25% chu vi hoặc > 50% đường kính ngang và mất đường tăng âm của bao giáp trên siêu âm được coi là tiêu chuẩn đánh giá khối u xâm lấn tối thiểu [46].



Hình 1.6. A. Khối u phá vỡ vỏ [29]



Hình 1.6. B. Khối u phá vỡ bao giáp xâm lấn cơ trước giáp [29].

Chọc hút tế bào dưới hướng dẫn của siêu âm

Với u tuyến giáp siêu âm giúp xác định đúng vị trí cần chọc hút nhất là đối với những u có cấu trúc hỗn hợp, u có kích thước nhỏ. Với u đa nhân siêu âm giúp chọn lọc u cần chọc hút dựa trên các đặc điểm siêu âm nghi ngờ. Chọc hút tế bào dưới hướng dẫn của siêu âm làm giảm tỷ lệ mẫu không đủ tiêu chuẩn trong khi giữ nguyên hoặc tăng độ nhạy và độ đặc hiệu, giảm tỷ lệ âm tính giả do chọc kim sai vị trí [27].

Siêu âm đánh giá di căn hạch vùng cổ

Trên siêu âm có thể thấy được các hạch nhỏ ở vùng cổ. Mỗi hạch có hình bầu dục, giống như mô quả thận thu nhỏ, với vùng vỏ hạch giảm âm tương tự vỏ thận, xoang hạch tăng âm tương tự xoang thận. Trên siêu âm Doppler màu, có thể thấy các cấu trúc mạch máu đi vào rốn hạch. Kích thước ngang của hạch bình thường không quá 8mm và tỷ lệ giữa kích thước dọc vào kích thước ngang của hạch thường lớn hơn 2 [30].

Hình ảnh hạch di căn trên siêu âm: Hình cầu hoặc chiều rộng/chiều cao < 2, mất rốn hạch tăng âm, có vi vôi hóa, có thoái hóa dạng nang, tăng sinh mạch hỗn loạn, đường kính ngắn trên 8mm hoặc nhiều hạch nhỏ hình cầu tập trung thành đám [31]. Trong UTTG hạch ác tính có xu hướng di căn nhóm VI, II, III, IV hơn là nhóm I và nhóm V [32].

1.2.4.2. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA).

Là xét nghiệm có giá trị cao, cho kết quả nhanh và tương đối an toàn. Có thể làm tế bào học tại u hoặc tại hạch. Thông thường tế bào học tại u có giá trị cao đối với UTTG thể nhú, và độ nhạy không cao trong UTTG thể nang. Theo thống kê của tác giả Cibas, Edmund S cho thấy FNA có độ nhạy 79,54%, độ đặc hiệu 96,71%, độ chính xác 88,3% và giá trị của chẩn đoán dương tính 95,45% [33]. Tác giả Webster, N nghiên cứu cho thấy độ nhạy của tế bào học 88%, độ đặc hiệu 91% và độ chính xác 89% [34]. Theo tác giả Cibas, Edmund S.(2010) cho thấy nếu kết hợp cả siêu âm và chọc hút tế bào có thể cho giá trị của chẩn đoán dương tính 96,34%, giá trị của chẩn đoán âm tính là 91,7%, độ đặc hiệu lên tới 99% [33].

Theo hệ thống phân loại mức độ nguy cơ ác tính trên hình ảnh tế bào **Bethesda** 2018 [35], hình ảnh tế bào học được phân thành 6 nhóm:

Bethesda I: Không đầy đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán, mức độ nguy cơ ung thư từ 1-4 %.

Bethesda II: Lành tính, mức độ nguy cơ ung thư 0-3 %.

Bethesda III: Tổn thương không điển hình hoặc tổn thương nang tuyến không xác định, mức độ nguy cơ ung thư 5-15 %.

Bethesda IV: U tuyến thể nang hoặc nghi ngờ u tuyến thể nang, mức độ nguy cơ ung thư 15- 30 %.

Bethesda V: Nghi ngờ ung thư, mức độ nguy cơ ung thư 60-75%.

Bethesda VI: Ung thư, mức độ nguy cơ ung thư 97-99 %.

1.2.4.3. Chụp cắt lớp vi tính (CT)

Theo các nghiên cứu, đa số tác giả trước đây đều nhận định CT ít khi được chỉ định trong chẩn đoán phân biệt u tuyến giáp lành tính và ác tính mà thường được chỉ định với mục đích đánh giá giai đoạn xâm lấn tại chỗ của khối u tuyến giáp và di căn hạch vùng cổ hoặc di căn xa. Nguyên nhân do đặc điểm hình ảnh của UTTG trên CT thường không đặc hiệu. Chụp CT vùng cổ-ngực với thuốc cản quang được chỉ định trong những trường hợp có sự di căn nhiều hạch vùng khoang trung tâm, trung thất và sau khí quản mà siêu âm không khảo sát được, trong trường hợp có nghi ngờ xâm nhập đường thở và đường tiêu hóa. Về đánh giá di căn hạch vùng (vùng cổ và trung thất trên): hạch được gọi là di căn trên CT từ nếu kích thước ngang lớn nhất trên 10mm. Theo tác giả Jelinek J (2016), giá trị dự báo dương tính và độ chính xác của cộng hưởng từ chẩn đoán di căn hạch vùng trong UTTG lần lượt là 86% và 85% [36],[37].

1.2.4.4. Xạ hình tuyến giáp và PET-CT với FDG 18

Trong chẩn đoán, tế bào UTTG không hoặc ít bắt Iod và biểu hiện bằng nhân lạnh trên xạ hình. Ngoài ra xạ hình còn có giá trị cao trong phát hiện tuyến giáp lạc chỗ cũng như là đánh giá khối lượng mô giáp còn lại sau phẫu thuật. Nếu như xạ hình tuyến giáp bắt xạ ở hệ thống hạch cổ hoặc các cơ quan khác như gan, phổi... thì có thể nghĩ tới đó là tổn thương di căn của tuyến giáp,

mặc dù tình huống này gặp không nhiều trong thực hành lâm sàng [51]. Hoạt chất phóng xạ hay được dùng trong PET-CT là FDG 18. Trong PET-CT với FDG 18 tại mô UTTG thường biểu hiện với nồng độ hoạt chất phóng xạ cao hơn bình thường đặc biệt là với những tổn thương di căn xa. Hai phương pháp này thường được sử dụng trong theo dõi sau điều trị nhằm phát hiện tái phát, di căn. Đặc biệt là khi các tổn thương tái phát nhỏ, thậm chí không phát hiện trên lâm sàng, siêu âm và CT scan [38],[39].

1.2.4.5. Sinh thiết tức thì trong mổ

Đây là phương pháp giúp phẫu thuật viên quyết định cách thức phẫu thuật ngay trong mổ. Mc Henry và cộng sự cho thấy sinh thiết tức thì với các khối u đặc có độ nhạy 93%, độ đặc hiệu 100% và độ chính xác lên tới 97% [40]. Trong khi với tổn thương dạng nang theo nghiên cứu của Mulcahy và cộng sự cho thấy kết hợp chọc hút kim nhỏ và sinh thiết tức thì bỏ sót tới 30% UTTG thể nang [41].

1.2.4.6. Chỉ điểm sinh học, dấu ấn tế bào

Thyroglobulin được tiết ra từ tế bào tuyến giáp lành tính và tế bào UTTG biệt hóa. Phần lớn Tg được dự trữ trong tuyến giáp để duy trì chức năng tuyến giáp và dự trữ hormon. Thyroglobulin là một dấu ấn ung thư, góp phần chẩn đoán và theo dõi sau điều trị UTTG biệt hóa bằng phẫu thuật kết hợp ^{131}I để phát hiện tái phát, di căn. Nồng độ Tg huyết thanh tăng cao hơn ở bệnh nhân có di căn xa (phổi, xương) so với nhóm chưa có di căn xa hoặc chỉ di căn hạch. Tg tăng phản ánh gián tiếp mức độ nặng nhẹ, tồn tại nhiều hay ít của mô giáp còn lại sau phẫu thuật và mức độ di căn.

Bệnh nhân UTTG biệt hóa đã phẫu thuật cắt tuyến giáp và điều trị ^{131}I , xét nghiệm nồng độ Tg để theo dõi là cần thiết, nên kiểm tra nồng độ Tg mỗi năm 1-2 lần, trong quá trình theo dõi nếu nồng độ Tg tăng cao và nồng độ TSH cũng tăng thì gần như chắc chắn có tái phát hoặc di căn. Trước điều trị ^{131}I , nồng độ

Tg cao nhất ở bệnh nhân có di căn xa (phổi, xương...) và thấp ở bệnh nhân chưa có di căn. UTTG thể nang có nồng độ Tg cao hơn thể nhú, nồng độ Tg trước điều trị cao hơn rõ rệt sau 1- 2 lần điều trị ^{131}I . Khi định lượng Tg cần định lượng cả Anti-Tg.

Độ nhạy của xét nghiệm Tg tăng lên khi bệnh nhân trong tình trạng nhược giáp (không dùng Levothyroxin). Định lượng nồng độ Tg là chất chỉ điểm đặc hiệu trong UTTG thể biệt hóa khi mô giáp được hủy hết bằng phẫu thuật và ^{131}I . Tuy nhiên, khoảng 25% bệnh nhân UTTG có Anti-Tg tăng, gây ảnh hưởng đến xét nghiệm Tg. Xét nghiệm nồng độ Tg và xạ hình toàn thân với ^{131}I có giá trị đặc biệt để đánh giá kết quả sau điều trị UTTG biệt hóa bằng phẫu thuật kết hợp ^{131}I . Có 80-85% trường hợp UTTG phù hợp giữa kết quả định lượng Tg với kết quả xạ hình toàn thân bằng ^{131}I trong việc phát hiện tái phát, di căn của UTTG và 15-20% các kết quả là không phù hợp nhau: Nồng độ Tg tăng cao nhưng xạ hình toàn thân lại không thấy các ổ tập trung phóng xạ bất thường. Có 15% bệnh nhân có nồng độ Tg bình thường nhưng xạ hình lại bất thường (có ổ tập trung phóng xạ), điều này có lẽ phản ánh sự suy giảm chức năng của khối u. Sau khi điều trị ^{131}I , khoảng 12% bệnh nhân UTTG biệt hóa có nồng độ Tg huyết thanh dương tính nhưng xạ hình toàn thân lại âm tính. Trong đó khoảng 6% là ung thư thể nhú, 18% là thể nang, 13% là kết hợp nhú-nang. Cần lưu ý là liều điều trị ^{131}I có thể giảm nồng độ Tg ở phần lớn bệnh nhân có nghi ngờ tái phát hoặc di căn[42].

Gần đây một số nghiên cứu bắt đầu quan tâm đến sự khác biệt về các dấu ấn trên bề mặt tế bào ung thư và các tế bào u lành. Có nhiều dấu ấn sinh học phân tử chẩn đoán UTTG trong những năm gần đây liên quan đến chức năng của gen sinh ung thư, bao gồm các xét nghiệm sinh hóa cơ bản cũng như giá trị của các dấu ấn sinh học trong UTTG.

Những dấu ấn phân tử này bao gồm dấu ấn liên quan tới RNA (hệ thống phân loại biểu lộ gen GEC, hTERT mRNA, TSH mRNA, galactin-3 mRNA và vi RNA), các dấu ấn đột biến gen: BRAF, RAS, RETPTC và PAX8- PPAR γ , các dấu ấn protein: galectin-3, CK- 19, HMME-1 và TPO. Phần lớn những dấu ấn này được làm trên những mẫu xét nghiệm tế bào và mô UTTG, một số dấu ấn có thể xét nghiệm được trong máu ngoại vi như thụ thể mRNA thyrotropin và các dấu ấn methyl hóa gen. Trong số những dấu ấn này, ba loại có giá trị chẩn đoán tốt nhất cho xét nghiệm tế bào bao gồm hệ thống phân loại biểu hiện gen (GEC), dấu ấn gen, và galectin-3. Xét nghiệm dấu ấn sinh học trong máu phát hiện nhân tuyến giáp rất hấp dẫn mặc dù nó chỉ mới được phát triển gần đây. Những phân loại dấu ấn phân tử trong đánh giá chẩn đoán nhân tuyến giáp đang nhận được sự quan tâm lớn [43],[44].

1.2.5. Chẩn đoán UTTG thể biệt hóa

1.2.5.1. Chẩn đoán xác định

- Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng cơ năng, thăm khám lâm sàng một cách cẩn thận kết hợp với các phương pháp cận lâm sàng trước mổ.

- Bằng chứng quan trọng nhất giúp chẩn đoán xác định là tổn thương đại thể trong mổ, sinh thiết tức thì và giải phẫu bệnh sau mổ.

1.2.5.2. Chẩn đoán giai đoạn ung thư biểu mô tuyến giáp

Chẩn đoán giai đoạn: Đánh giá TNM theo AJCC [45]

T: khối u nguyên phát (Primary Tumor)

Tx	khối u nguyên phát không đánh giá được
T0	không phát hiện khối u nguyên phát
T1	U có kích thước theo chiều lớn nhất $\leq 2\text{cm}$, khu trú trong bao tuyến.
	<i>T1a: u có kích thước chiều lớn nhất nhỏ hơn hoặc bằng 1cm.</i>
	<i>T1b: u có kích thước chiều lớn nhất $> 1\text{cm}$ và $\leq 2\text{cm}$.</i>
T2	U có kích thước chiều lớn nhất lớn hơn 2cm nhưng không quá 4cm và còn khu trú trong bao tuyến giáp.
T3	U có kích thước lớn hơn 4cm hoặc bất kì kích thước nhưng có xâm lấn tối thiểu qua vỏ bao tuyến giáp nhưng chưa xâm lấn các cơ quan lân cận.
T4	U xâm lấn các cơ quan lân cận.
	<i>T4a: khối u xâm lấn vào khí quản, thực quản, thần kinh quặt ngược thanh quản</i>
	<i>T4b: khối u xâm lấn xuống trung thất, động và tĩnh mạch cảnh.</i>

N: Hạch vùng

Nx	Hạch vùng không đánh giá được
N0	Không có di căn hạch vùng
N1	Có di căn hạch vùng trong đó bao gồm
N1a	Hạch cổ nhóm VI hạch trước và cạnh khí quản, cạnh hạ họng (hạch Delphian) cùng bên
N1b	Hạch cổ nhóm I, II, III, IV, V hạch trung thất trên cùng bên, hạch cổ đối bên hoặc hạch cổ 2 bên

M: Di căn xa (Distant Metastasis)

M0	Không có di căn xa
M1	Có di căn xa

Phân loại giai đoạn ung thư thể nhú và thể nang

Dưới 45 tuổi		Trên 45 tuổi
Giai đoạn I	Bất kì T và N, M0	T1N0M0
Giai đoạn II	Bất kì T và N, M1	T2N0M0
Giai đoạn III		T3N0M0; T1,2,3N1aM0
Giai đoạn IV		T4 hoặc N1b hoặc M1

UTTG thể biệt hóa giai đoạn sớm:

Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA-2015)[6] đã xếp một số biến thể tiến triển của UTTG thể biệt hóa là một trong những yếu tố đánh giá tiên lượng tốt và phân tầng nguy cơ tái phát thấp. Và là cơ sở đánh giá ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa ở giai đoạn sớm bao gồm:

UTTG thể nhú: (bao gồm tất cả)

- Lứa tuổi từ 15-45
- Không di căn xa
- Khối u không xâm lấn mô và tổ chức xung quanh
- Khối u không có bất lợi về mô bệnh học (tế bào cao, biến thể hobnail, tế bào hình cột)
- Nếu xạ hình I-131, không có ổ di căn ngoài giường tuyến giáp ở lần xạ hình đầu tiên sau điều trị
- Hạch N0 hoặc ≤ 5 hạch vi di căn (đường kính lớn nhất $< 2\text{mm}$)

UTTG thể nhú biến thể nang:

- Lứa tuổi từ 15-45
- Không di căn xa
- Khối u còn trong bao giáp

UTTG thể nang:

- Lứa tuổi từ 15-45
- Không di căn xa
- Khối u còn trong bao giáp
- Khối u không xâm nhập mạch hoặc xâm nhập tối thiểu (< 4 ổ).

UTTG thể vi nhú:

- Lứa tuổi từ 15-45
- Không di căn xa
- Khối u còn trong bao giáp
- $u < 1\text{cm}$, đơn ổ hoặc đa ổ,
- Bao gồm cả đột biến BRAFV600E (nếu biết)

1.2.6. Điều trị UTTG thể biệt hóa**1.2.6.1. Phẫu thuật UTTG thể biệt hóa**

Hiện tại bệnh viện nội tiết trung ương và bệnh viện K, thống nhất chỉ định điều trị theo phác đồ của NCCN, cho đến hiện tại phiên bản mới nhất được công bố tháng 1 năm 2016 [46],[47],[48].

Chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp (với UTTG biệt hóa) khi có 1 trong số các yếu tố sau:

- Khối u được đánh giá là T3 hoặc T4
- Tuổi dưới 15 hoặc trên 45 tuổi.
- Có di căn hạch cổ.

- Có tiền sử tia xạ vùng cổ.
- Có di căn xa.
- UTTG tái phát.
- Có tổn thương thùy đối diện.

Chỉ định cắt thùy và eo giáp: Những trường hợp đánh giá giai đoạn T1,2 N0 M0 và đồng thời không có các yếu tố nguy cơ cao như trên.

Chỉ định nạo vét hạch cổ:

✓ *Vết hạch cổ điều trị:* Những trường hợp hạch sờ được thấy trên lâm sàng, có hạch nghi ngờ trên siêu âm và/hoặc trên chụp cắt lớp vi tính, có hạch khi kiểm tra đánh giá tổn thương trong mổ.

✓ *Vết hạch cổ dự phòng:* Nạo vét hạch cổ nhóm VI (hạch cổ khoang trung tâm)

Kỹ thuật nạo vét hạch cổ: Vết hạch cổ trong UTTG thể biệt hóa áp dụng phương pháp vét hạch cổ chọn lọc.

Một số biến chứng sau phẫu thuật

Chảy máu: thường xảy ra trong 12-24h đầu. Chảy máu sau phẫu thuật gây chèn ép khí quản và có thể gây suy hô hấp.

Tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản: gây nói khàn, tổn thương có thể tạm thời hoặc vĩnh viễn.

Hạ canxi máu: xảy ra trên những bệnh nhân cắt giáp toàn bộ hay bất kì phẫu thuật nào có thể gây tổn thương trên 2 tuyến cận giáp. Hạ canxi máu có thể tạm thời hoặc vĩnh viễn.

Tỷ lệ gặp biến chứng chung trong phẫu thuật cắt giáp toàn bộ có hoặc không có vét hạch cổ tại bệnh viện K khoảng 3%, tỷ lệ tử vong (0%), nhiễm trùng, tổn thương thực quản hoặc tổn thương khí quản cũng như các biến chứng khác hiếm gặp [49].

1.2.6.2. Điều trị I-131

Mục đích điều trị: tiêu hủy mô giáp còn lại sau phẫu thuật, tiêu diệt các tổn thương vi di căn hoặc di căn xa không có khả năng phẫu thuật

Chỉ định:

Chỉ định tuyệt đối trong những trường hợp: Di căn xa, u vỡ vỏ xâm lấn ra ngoài tuyến, hoặc u kích thước > 4cm [50].

Cần nhắc chỉ định trong những trường hợp u kích thước từ 1-4cm, có di căn hạch, có tổn thương thùy đối diện, có xâm lấn mạch máu và mạch bạch huyết trên mô bệnh học, có yếu tố nguy cơ cao, hoặc có nồng độ Tg cao sau phẫu thuật cắt giáp toàn bộ [50].

Không nên chỉ định trong các trường hợp có đầy đủ các yếu tố sau [50]:

- + U kích thước nhỏ hơn 1cm.
- + U giới hạn trong nhu mô tuyến.
- + Tổn thương 1 thùy.
- + Tổn thương chưa xâm lấn mạch máu và mạch bạch huyết.
- + Chưa di căn hạch và chưa di căn xa.
- + Nồng độ Tg không phát hiện được trên xét nghiệm

Liều I-131 thường dùng là 50-200mCi trong giai đoạn chưa có di căn xa. Có thể nâng liều lên tới 500mCi hoặc hơn khi có di căn xa [50].

Tình trạng kháng I-131: Mặc dù UTTG thể biệt hóa có tiên lượng tốt, thậm chí đối với những trường hợp di căn vẫn có thể chữa khỏi bằng I-131. Tuy nhiên có khoảng 5-15% trường hợp kháng với I-131[51],[52], tiên lượng cho những trường hợp này thường xấu hơn, với thời gian sống thêm không bệnh 5 năm là 66% [53] và thời gian sống thêm toàn bộ 10 năm chỉ khoảng 10%[54],[55].

Kháng I-131 trong UTTG được chia thành 4 loại như sau [6]:

- 1-Tổn thương ác tính hoặc di căn mà không tập trung I-131 (không bắt I-131 ngoại trừ giường u ở lần xạ hình đầu tiên).
- 2-Tổn thương giảm khả năng bắt I-131 mặc dù bằng chứng trước đó đã bắt I-131.
- 3-Tập trung I-131 ở một số tổn thương nhưng một số tổn thương khác không bắt I-131.
- 4-Bệnh tiếp tục tiến triển mặc dù vẫn bắt I-131.

1.2.6.3. Liệu pháp nội tiết

Dùng hormon thay thế bổ sung lượng T3, T4 ngoại sinh, giúp tạo nên nồng độ cao các hormon trong máu, gián tiếp thông qua tuyến dưới đồi và tuyến yên làm giảm hoạt động và phát triển của các tế bào tuyến giáp trong cơ thể, giúp duy trì bệnh ổn định lâu dài.

Theo khuyến cáo của các nhà ung thư học Mỹ, hormon hay dùng là Lovothyroxin hoặc Levothyrox với liều 50-200mg/24h, uống 1 lần vào 8h sáng, tùy theo từng bệnh nhân sao cho đạt được nồng độ TSH huyết thanh duy trì trong khoảng 0,1-2 mUI/l với giai đoạn I, II và dưới 0,1 mUI/l với giai đoạn III và IV hoặc có di căn xa [50].

1.2.7. Theo dõi sau điều trị

Các bệnh nhân UTTG biệt hóa được khuyến cáo khám lại hàng 3 tháng 1 lần trong 1 năm đầu, sau đó 6 tháng đến 1 năm trong 2-10 năm tiếp theo tùy theo giai đoạn bệnh và có hay không các yếu tố nguy cơ. Khám lại hàng năm sau 10 năm.

Trong quá trình theo dõi thực hiện khám lâm sàng vùng cổ, làm các xét nghiệm FT3, FT4, TSH, Tg, anti-Tg huyết thanh, siêu âm phần mềm vùng cổ và xạ hình tuyến giáp với I-131. Nếu có Tg >10ng/ml có hoặc không có Anti-Tg tăng cao, kèm theo trên lâm sàng hoặc các phương tiện chẩn đoán hình ảnh có phát hiện vị trí tổn thương tái phát sẽ được chẩn đoán và xử trí như tổn

thương tái phát. Trong trường hợp với bệnh nhân Tg ở mức cao >10ng/ml, mà xạ hình tuyến giáp, khám lâm sàng, siêu âm và CT không phát hiện tổn thương tái phát, có thể được chỉ định chụp PET-CT với FDG18. Phần lớn những trường hợp này sẽ tìm được vị trí tổn thương tái phát trên PET-CT. Với những bệnh nhân không xác định được vị trí tổn thương tái phát nên theo dõi chặt chẽ và có thể điều trị bằng các biện pháp toàn thân, I-131 hoặc hóa chất tùy theo thể mô bệnh học cũ của bệnh nhân [50].

Theo nghiên cứu của Bùi Quang Diệu, Lê Ngọc Hà và cộng sự trên 49 bệnh nhân tại bệnh viện 108 cho thấy PET-CT với FDG18 phát hiện 59,2% tổn thương tái phát trong những trường hợp Tg cao và xạ hình tuyến giáp không phát hiện được vị trí tổn thương, nó làm thay đổi chiến lược điều trị ở 51,2% bệnh nhân trong những trường hợp Tg dương tính nhưng xạ hình tuyến giáp và CT âm tính [56].

1.3. Phẫu thuật nội soi điều trị UTTG thể biệt hóa

Phẫu thuật nội soi vùng cổ được Gagner và cộng sự thực hiện lần đầu tiên năm 1996 khi tiến hành cắt tuyến cận giáp. Đến nay phẫu thuật nội soi tuyến giáp đã được thực hiện ở nhiều trung tâm trong nước cũng như trên thế giới [57].

Các tác giả cho thấy phẫu thuật nội soi tuyến giáp, bên cạnh ưu điểm chung của phẫu thuật nội soi là ít xâm lấn còn đạt được kết quả thẩm mỹ nhờ sẹo mổ nhỏ, tại các hõm tự nhiên và được che khuất. Tuy nhiên phương pháp này cũng mới chỉ tiến hành chủ yếu là bướu giáp nhân lành tính, ít với bệnh lý ung thư và Basedow... Hạn chế trên là do tuyến giáp nằm ở vùng cổ trước, không nằm ở trong các khoang có sẵn như khoang bụng, khoang ngực. Để thực hiện các thao tác trong quá trình mổ, cần phải tự tạo ra khoang làm việc. Đặc biệt có 2 cơ quan rất gần gũi về mặt giải phẫu với tuyến giáp: tuyến cận giáp và dây thần

kinh thanh quản quặt ngược, hai cơ quan này rất dễ bị tổn thương trong quá trình phẫu thuật và nếu bị tổn thương thì sẽ để lại hậu quả rất nặng nề. Lý do trên đã làm cho việc ứng dụng nội soi trong phẫu thuật tuyến giáp chậm hơn so với các bệnh lý ở các cơ quan khác trong ổ bụng và lồng ngực [58],[59],[60],[61].

1.3.1. Các phương pháp ứng dụng phẫu thuật nội soi

1.3.1.1. Nội soi trợ giúp (video-assisted)[62],[63]

Kỹ thuật: Dùng ống kính soi như một phương tiện trợ giúp. Đường rạch da vẫn ở các vị trí ở cổ nhưng ngắn hơn nhiều so với mổ mở, phương pháp này chủ yếu là quan sát tổn thương bằng ống kính soi, dùng được các dụng cụ thông thường.



Hình 1.7. Hình ảnh phẫu thuật nội soi trợ giúp

(nguồn Chao Tzu)[64]

Ưu điểm: Việc bóc tách các tổ chức và cắt tuyến gần giống như phẫu thuật mổ mở, đường vào ngắn. Dùng được các dụng cụ mổ mở. Khi khó khăn có thể rạch rộng đường mổ để vào.

Nhược điểm: Sau mổ vẫn còn để lại các vết sẹo ở cổ mặc dù nhỏ. Các trocar không có điểm tựa nên dễ tuột khi làm. Ngày nay kỹ thuật này ít được áp dụng.

1.3.1.2. Nội soi hoàn toàn (total endoscopic)[65],[66],[67].

Kỹ thuật: Đường rạch để đặt trocar không ở vùng cổ trước mà có thể ở các vị trí sau:

- Tại thành ngực trước, tại núm vú hoặc quầng vú
- Tại hõm nách
- Tại đường miệng
- Tại đường chân tóc sau tai
- Hoặc có thể phối hợp các vị trí trên.

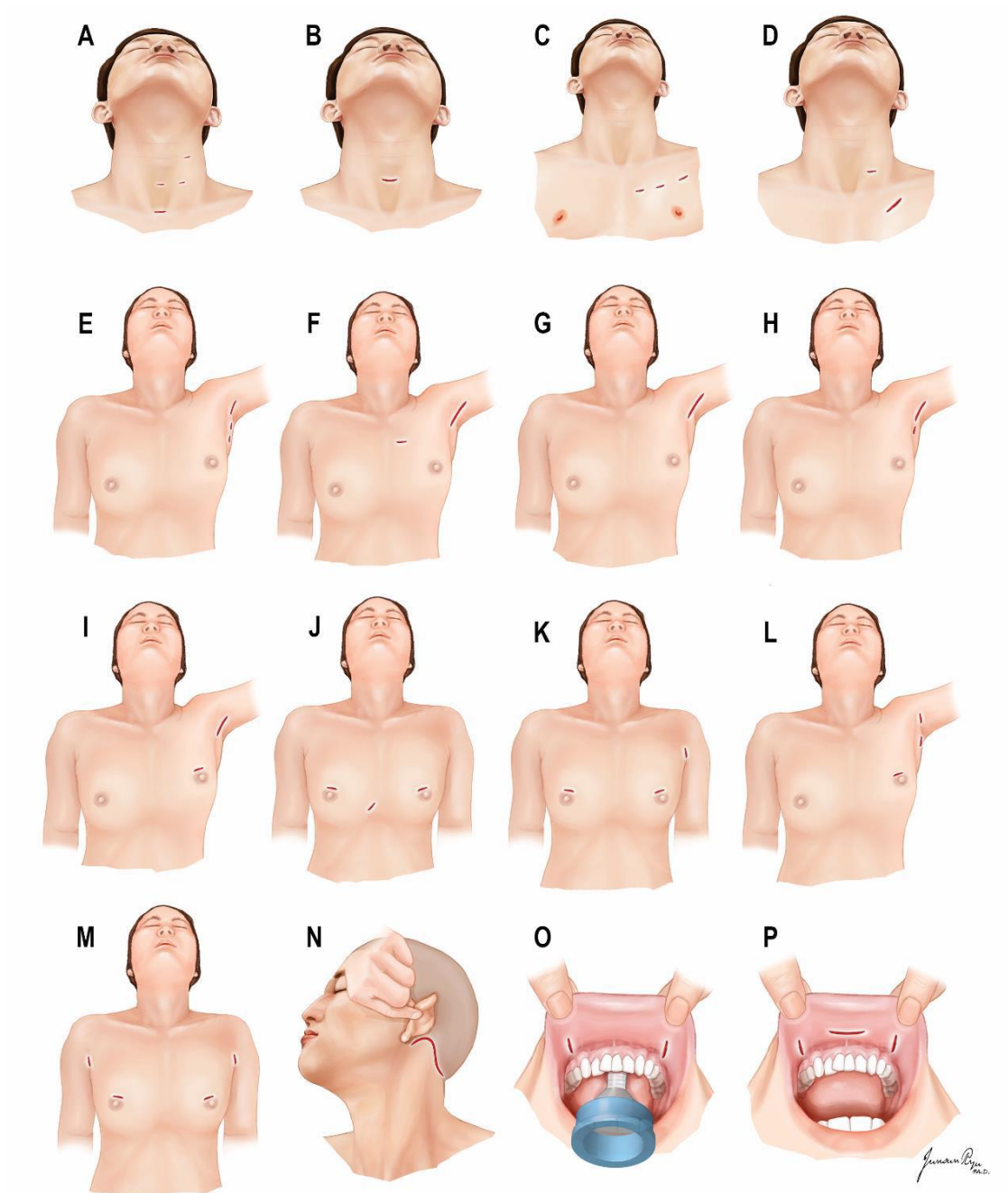
Dùng toàn bộ dụng cụ nội soi thông thường hoặc dụng cụ chuyên biệt

Ưu điểm:

- Vị trí các trocar là các vết mổ nhỏ có thể được che hoàn toàn bằng áo hoặc được dấu bởi các hố tự nhiên. Điều này đặc biệt có lợi ở những người có cơ địa sẹo lồi do không có sẹo ở cổ.
- Số lượng trocar: Có thể đặt thêm để thuận lợi cho phẫu thuật mà không gây mất thẩm mỹ.
- Các trocar cách xa u và xa nhau nên không bị chạm nhau khi làm, có điểm tựa nên không bị tuột.
- Ống kính soi và các dụng cụ có thể đổi chỗ cho nhau, nên có thể quan sát và phẫu thuật được ở các góc độ khác nhau.

Nhược điểm:

- Phương pháp này có đường vào tuyến giáp dài, phải bóc tách nhiều mới vào được tuyến giáp, dễ bị bỏng da khi tách vào tuyến giáp.
- Hình ảnh quan sát là mặt phẳng, không phải không gian 3 chiều như mổ mở.
- Các thao tác kiểm tra, bóc tách, phẫu thuật hoàn toàn thông qua các dụng cụ nội soi.
- Phẫu thuật viên phải được đào tạo về kỹ thuật nội soi.



Hình 1.8. Vị trí đặt trocar trong PTNS [68]

Hình A,B,C,D: nội soi trợ giúp

Hình E,F,..P: nội soi hoàn toàn

1.3.1.3. Phẫu thuật nội soi bằng robot: Robot Davinci gồm 3 phần: bàn điều khiển, dàn máy và tay robot [68],[69].

Kỹ thuật: Hoạt động gần giống như mổ nội soi thông thường, các thao tác của robot được thực hiện bởi phẫu thuật viên tại bàn điều khiển trung tâm thông qua hệ thống màn hình.

Robot có 3 cánh tay: 1 sử dụng dạng camera, 2 cánh tay cầm dụng cụ.

Khoang làm việc được phẫu thuật viên tạo ra bằng cách rạch 1 đường ở nách hoặc ở ngực dài 5 -7 cm, sau đó mới đặt các cánh tay robot.



Hình 1.9. Hình ảnh phẫu thuật nội soi tuyến giáp bằng robot

(nguồn Byeon H.K) [70]

Ưu điểm: Phẫu thuật bằng robot có ưu điểm về mặt thẩm mỹ giống như phẫu thuật nội soi hoàn toàn, kỹ thuật 3D các thương tổn được quan sát rõ theo không gian ba chiều như mổ mở.

Nhược điểm: Mua máy rất tốn kém (2 - 3 triệu đô la Mỹ) điều này rất khó thực hiện ở những nước có nền kinh tế thấp, thời gian phẫu thuật dài.

1.3.2. Các nghiên cứu phẫu thuật nội soi trong điều trị UTTG

1.3.2.1. Thế giới

Phẫu thuật nội soi được ứng dụng sớm nhất trong điều trị UTTG vào năm 2003. Phương pháp phẫu thuật nội soi bằng đường ngực nách, tạo khoang bằng khung nâng hoặc bơm khí CO₂ được lựa chọn nhiều nhất [71],[72],[73],[74].

PTNS cho thấy những ưu điểm: bệnh nhân giảm đau sau mổ, hồi phục nhanh hơn, rút ngắn thời gian nằm viện, bệnh nhân sớm trở về với cuộc sống và sinh hoạt bình thường [63],[75].

Tuy nhiên PTNS cũng đặt ra các câu hỏi với bệnh ung thư nói chung và UTTG nói riêng: PTNS có khả năng cắt giáp và nạo vét hạch theo nguyên tắc ung thư học hay không? Kết quả của PTNS về mặt ngoại khoa và ung thư học như: chỉ định, chống chỉ định, kỹ thuật mổ, thời gian mổ, lượng máu mất, các biến chứng... so với mổ mở như thế nào?

Tại thời điểm hiện nay đã có nhiều thống kê các nghiên cứu so sánh đối chứng giữa phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mổ mở tại Nhật Bản, Hàn Quốc, Thái Lan, Anh, Italia và Trung Quốc... trong phẫu thuật điều trị UTTG đã làm sáng tỏ được các vấn đề nêu trên [9],[12],[65],[76],[77].

Kích thước u

Shimizu (2003) mổ 13 bệnh nhân với sự trợ giúp của nội soi: 3 BN cắt toàn bộ tuyến giáp, 10 bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến cùng với nạo vét hạch một bên. Những bệnh nhân ung thư này đã được chẩn đoán trước mổ với đường kính của u < 1cm [78].

Cho J và Cs (2017), đã phẫu thuật nội soi 75 bệnh nhân tất cả đều ở giai đoạn I. Tác giả đã cắt toàn bộ tuyến giáp cùng với nạo vét hạch nhóm VI (khoang trung tâm) ở 22 bệnh nhân, và tác giả cho rằng có thể mổ nội soi ở những trường hợp UTTG với những tiêu chuẩn sau: bệnh nhân < 45 tuổi, kích thước u từ 0,5cm đến 2cm, không thấy hạch di căn khi kiểm tra bằng siêu âm và chụp cắt lớp, bệnh nhân muốn được mổ bằng nội soi [79].

Hayemin Lee nghiên cứu cộng gộp của 2 trường đại học tại Hàn Quốc, thời gian từ 2008 đến 2012 với 738 bệnh nhân về chỉ định PTNS trong UTTG cho u có kích thước từ 1-2cm. Theo thời gian, các phẫu thuật viên ngày càng tích lũy kinh nghiệm và cùng với sự phát triển của dụng cụ phẫu thuật nội soi, PTNS tuyến giáp có thể áp dụng cho u có kích thước lớn hơn. Gần đây, Kyung Tae tại đại học Yonsei - Hàn Quốc chỉ định PTNS tuyến giáp cho cả những u có kích thước lên đến 4cm [13].

Theo ATA-2016 khiến cáo PTNS UTTG có thể chỉ định u có kích thước $\leq 4\text{cm}$ [68]. Khối u có kích thước lớn hơn 4cm hoặc các u ở giai đoạn T3,T4 là một chống chỉ định của PTNS. Bệnh nhân UTTG ở giai đoạn T2 có $2\text{cm} < u < 4\text{cm}$ cho kết quả sớm đáng khích lệ, tuy nhiên, tỷ lệ chuyển mổ mở ở nhóm bệnh nhân này có khi lên đến 15% [80].

Vết hạch cổ

Phẫu thuật nội soi nạo vét hạch cổ được chỉ định trong những trường hợp hạch sờ thấy trên lâm sàng, có hạch nghi ngờ trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và thăm khám kiểm tra đánh giá tổn thương trong mổ. Kỹ thuật vét hạch cổ trong ung thư giáp trạng biệt hóa áp dụng phương pháp vét hạch cổ chọn lọc[11],[81].

Zhang D1, Wang T1, Dionigi G nghiên cứu 400 bệnh nhân UTTG thể nhú chia làm 2 nhóm mổ mở truyền thống và nội soi đường ngực, thời gian từ tháng 10 năm 2013 đến tháng tám 2017, tại Italia và Trung Quốc cho kết quả: Nội soi lấy được 1049 hạch, mỗi bệnh nhân lấy được ít nhất là 1 hạch, nhiều nhất là 19 hạch trung bình là 5,25 hạch, tỷ lệ di căn là 18,6%. Nhóm mổ mở lấy được 916 hạch, lấy được ít nhất 1 hạch nhiều là 20 hạch trung bình 4,58 hạch, tỷ lệ di căn là 12,1%. Các tác giả nhận thấy nạo vét hạch trong nội soi có thể thực hiện được như mổ mở với điều kiện các hạch nhỏ hơn 2 cm, chưa có thâm nhiễm với các tổ chức xung quanh [18].

Nghiên cứu của Zhang, D.Wang, T.Dionigi, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đa trung tâm so sánh giữa mổ nội soi và mổ mở UTTG. Mục tiêu của

ngiên cứu là đánh giá kết quả về mặt ung thư học của 2 phương pháp phẫu thuật qua tiêu chuẩn nạo vét hạch của các bệnh nhân ung thư giáp giai đoạn I. Kết quả nghiên cứu trên 594 bệnh nhân tại 7 trung tâm với 6 phẫu thuật viên chuyên khoa chia làm 2 nhóm, 226 bệnh nhân mổ nội soi, 368 bệnh nhân mổ mở. Vị trí hạch được nạo vét là hạch cổ trung tâm (nhóm VI), hạch cổ bên (nhóm III và nhóm IV): khám thấy hạch và/hoặc siêu âm thấy hạch nghi ngờ. Nghiên cứu này đã chứng minh được nạo vét hạch của PTNS điều trị UTTG không khó hơn mổ mở [11].

Về thời gian mổ.

PTNS UTTG thể biệt hóa có thời gian phẫu thuật kéo dài hơn so với mổ mở tương ứng và giữa các tác giả khác nhau khoảng thời gian này cũng có sự khác biệt lớn. Tuy nhiên, có một xu hướng là thời gian phẫu thuật sẽ rút ngắn dần lại nhờ có những tiến bộ trong kỹ thuật cũng như trình độ của phẫu thuật viên [16],[17].

Theo nghiên cứu Micoli và cs khi so sánh 50 trường hợp được PTNS bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm thời gian đầu và 50 trường hợp PTNS giai đoạn sau, cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, biến chứng trong mổ, tỷ lệ chuyển mổ mở, thời gian nằm viện hay biến chứng sau mổ. Từ đó tác giả cho rằng đây là phẫu thuật cần phải được đào tạo bài bản sẽ làm giảm thời gian cần phẫu thuật, giảm tỷ lệ chuyển mổ mở và giảm tỷ lệ biến chứng [16].

Jeong, J. J và Cs báo cáo kết quả so sánh giữa mổ nội soi (126 BN) và mổ mở (689 BN). Kết quả cho thấy mổ bằng nội soi cũng an toàn và hiệu quả, thời gian nằm viện ngắn hơn, đau sau mổ ít hơn. Tuy nhiên phẫu thuật bằng nội soi chỉ mổ được các nhân ung thư nhỏ, thời gian mổ trung bình lâu hơn 3 lần, giá thành đắt hơn gấp 5 lần so với mổ mở [65].

Các tai biến, biến chứng của phẫu thuật nội soi

Phẫu thuật nội soi cho đến nay đã được công nhận là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả điều trị một số bệnh lý tuyến giáp bởi các tác giả trong nước

cũng như nước ngoài. Tuy nhiên do tổ chức tuyến giáp giàu mạch máu nên dễ chảy máu và làm tổn thương tuyến cận giáp và dây thần kinh thanh quản ngược. Phẫu thuật viên đối mặt với nhiều khó khăn trong phẫu thuật mổ mở cũng như trong nội soi [63],[73],[82].

Sun, H và cs tại trường đại học y Yonsei, Hàn Quốc từ 2012 đến 2016, nghiên cứu 250 bệnh nhân UTTG thể biệt hóa chia làm 2 nhóm: 115 bệnh nhân được mổ mở thông thường và 135 bệnh nhân được nội soi qua đường nách cho thấy: Hạ canxi máu tạm thời thấy ở 31% nhóm mổ nội soi và 17% của nhóm mổ mở. Hạ canxi máu vĩnh viễn xảy ra ở 0% của nhóm mổ nội soi và 1,7% của nhóm mổ mở. Liệt dây thần kinh thanh quản ngược tạm thời xảy ra ở 5,5% của nhóm mổ nội soi và 2,2% của nhóm mổ mở [76].

Theo số liệu từ Cho, M. J.Park, K. S nghiên cứu cộng gộp từ năm 2010 đến 2015, tại Hàn Quốc có 706 bệnh nhân UTTG được phẫu thuật nội soi trong đó tỷ lệ chuyển mổ mở là: 5,0%. Tỷ lệ chuyển mổ mở khá cao trong nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn II (15,2%) do u ung thư to và chảy máu không kiểm soát được trong mổ. Kết quả này cho thấy PTNS là một trong các phẫu thuật khó, và nó đòi hỏi sự thành thạo, kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng như lựa chọn bệnh nhân đúng chỉ định [83].

Chen, C.Huang nghiên cứu có hệ thống đã được thực hiện bằng cách sử dụng cơ sở dữ liệu điện tử của thư viện PubMed, Embase và Cochrane tại Trung Quốc từ tháng 1 năm 2010 cho đến tháng 3 năm 2018, báo cáo kết quả phẫu thuật của 2.672 bệnh nhân có nhân ung thư 1- 4 cm mổ bằng 2 cách: nội soi (670 BN) và mổ mở truyền thống (2002 BN) cho thấy tỷ lệ suy tuyến cận giáp tạm thời tương ứng là 5,8% và 3,5%, liệt dây thần kinh quặt ngược tạm thời 12,1% và 9,2%, không có liệt vĩnh viễn [10].

Thời gian hồi phục, tính thẩm mỹ

Các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng so sánh hai phương pháp mổ mở và nội soi nhưng vẫn đạt được sự đồng thuận cho rằng

phẫu thuật nội soi ưu việt hơn hẳn kỹ thuật mổ mở về mặt thẩm mỹ trong cùng một loại hình phẫu thuật [13],[14].

Nghiên cứu Masahiro O và CS cho thấy hồi phục sau mổ nhanh hơn ở nhóm PTNS và lượng thuốc giảm đau sau mổ được sử dụng ở nhóm này cũng thấp hơn so với mổ mở. Thời gian cho đến khi trở lại sinh hoạt bình thường ở nhóm PTNS cũng ngắn hơn và đặc biệt cho kết quả vết mổ thẩm mỹ hơn so với mổ mở [84].

Piccoli M và cộng sự báo cáo kết quả nghiên cứu của 472 bệnh nhân từ tháng 9 năm 2010 đến tháng 6 năm 2018 tại Modia và Rom, Italia về chất lượng cuộc sống sau PTNS cho thấy: PTNS ứng dụng cho thời gian phục hồi nhanh hơn mổ mở về tình trạng sức khỏe nói chung, hoạt động thể chất cũng như tình trạng đau hoặc tê bì vùng cổ [85].

Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, được Park, K. N và cs báo cáo kết quả vào năm 2016: 872 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp được phân ngẫu nhiên vào nhóm mổ mở hoặc nhóm PTNS. Trung vị thời gian theo dõi là 6,4 năm. Tại thời điểm 3 năm, tỷ lệ tái phát tương tự ở hai nhóm: 6% trong nhóm PTNS và 8% trong nhóm mổ mở ($p=0,32$). Tỷ lệ tái phát tại vết mổ ít hơn 1% ở cả hai nhóm ($p=0,50$). Tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm tương đương giữa hai nhóm (86% ở nhóm PTNS và 85% ở nhóm mổ mở; $p=0,51$). Sự phục hồi sau mổ ở nhóm PTNS nhanh hơn so với nhóm mổ mở, với trung bình thời gian nằm viện ngắn hơn (5 so với 7 ngày, $p < 0,001$) [17].

1.3.2.2. Việt Nam

Theo các báo cáo của Hội nghị Ngoại khoa Việt Nam thì phẫu thuật nội soi tuyến giáp được thực hiện ở Việt Nam vào những năm 2003 [86].

Từ năm 2005 - 2014, Trần Ngọc Lương và cs đã có một loạt các báo cáo về kết quả phẫu thuật nội soi điều trị 5.000 bệnh nhân mắc các bệnh lý về tuyến giáp với các kỹ thuật: cắt bán phần thùy, cắt thùy tuyến giáp, cắt gần toàn bộ tuyến giáp và cắt toàn bộ tuyến giáp cho kết quả điều trị tốt [19].

Năm 2008 - 2012 tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện 115 thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện K, Bệnh viện quân đội 103...lần lượt báo cáo kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp nhân. Các tác giả cho thấy kết quả thật tuyệt vời về mặt thẩm mỹ [87],[88],[89].

Các nghiên cứu PTNS tuyến giáp vào những năm 2012 chủ yếu tập trung vào hoàn thiện kỹ thuật ngoại khoa như: thời gian mổ, tỷ lệ chuyển mổ mở hay các tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ nội soi.

Trải qua hơn một thập kỷ PTNS trong nước đã có những bước phát triển mạnh mẽ, tuy nhiên PTNS bệnh ung thư nói chung và UTTG nói riêng, các phẫu thuật viên Việt Nam vẫn đi từng bước thận trọng vì các bệnh ung thư khác với các bệnh lý lành tính, nếu không tuân thủ các nguyên tắc phẫu thuật ung thư sẽ lấy đi cơ hội kéo dài thời gian sống thêm sau mổ của bệnh nhân.

Năm 2015, Trần Ngọc Lương và cộng sự đã làm và bảo vệ thành công đề tài cấp nhà nước: “*Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị một số bệnh lý tuyến giáp*” KC10.06/11-15. Tác giả và Cs đã phẫu thuật thành công cho 30 BN UTTG thể biệt hóa giai đoạn sớm: 25 BN cắt toàn bộ tuyến giáp, 2 BN nạo vét khoang trung tâm, 3 BN nạo vét hạch khoang bên. Tất cả bệnh nhân đều được chẩn đoán là UTBMTG trước mổ, nhân ung thư nhỏ hơn 4 cm. Tỷ lệ gặp biến chứng chung trong phẫu thuật UTTG có hoặc không có vét hạch cổ tại Bệnh viện Nội tiết trung ương khoảng 3%, tỷ lệ tử vong không có và các biến chứng mạn tính, nhiễm trùng, tổn thương thực quản hoặc tổn thương khí quản cũng như các biến chứng khác không gặp. Theo tác giả phẫu thuật nội soi điều trị UTTG có thể thực hiện được đảm bảo về kỹ thuật và ung thư học. Tác giả đề nghị cần có những nghiên cứu lớn hơn để có được những kết luận có giá trị.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân UTTG thể biệt hóa giai đoạn sớm, có chỉ định và được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện nội tiết trung ương, từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 9 năm 2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi bệnh nhân 15-45, không phân biệt giới
- Siêu âm tuyến giáp có u lớn nhất $\leq 2\text{cm}$
- Chọc tế bào u tuyến giáp là ung thư
- Chọc tế bào u (\pm) + sinh thiết tế bào trong mổ (+)
- Kết quả mô bệnh học là UTTG thể biệt hóa
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.
- Có đủ thông tin kiểm tra, theo dõi sau phẫu thuật
- Bệnh nhân đồng ý được PTNS theo đường ngực nách.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không có đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn
- Các trường hợp được PTNS nhưng không được theo dõi và đánh giá về kết quả sau mổ
- Bệnh lý toàn thân chống chỉ định với phẫu thuật
- Bệnh nhân đã mổ cũ vùng cổ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Công trình được tiến hành theo phương pháp mô tả tiến cứu, theo dõi dọc
- Các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật bằng nội soi có đủ các tiêu chuẩn

được lựa chọn vào nhóm nghiên cứu, thu thập thông tin theo mẫu bệnh án chung bao gồm các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ, trong mổ và sau mổ.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu lâm sàng mô tả và đánh giá kết quả của kỹ thuật, chúng tôi áp dụng công thức tính ước lượng tỷ lệ cho một mẫu.

Cỡ mẫu nghiên cứu tính theo công thức:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{1-p}{\varepsilon^2 p^2}$$

Trong đó:

- n là số bệnh nhân tối thiểu cần có
- $Z_{1-\alpha/2}$ là trị số phân phối chuẩn, với độ tin cậy 95%. $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (với $\alpha=0,05$)
- p: là khả năng thực hiện thành công của phương pháp (tham khảo của Cho. M [83]) chọn $p = 0,95$ (95%)
- $\varepsilon = 0,05$ (ε là độ chính xác tương đối, chọn bằng 5% so với các nghiên cứu khác)
- Thay các giá trị vào công thức: $n = 86$ (bệnh nhân)

Từ công thức trên tính được cỡ mẫu tối thiểu là 86 bệnh nhân. Chúng tôi lựa chọn được 95 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.4. Quy trình phẫu thuật nội soi

2.4.1. Chỉ định cách thức phẫu thuật nội soi: Bệnh nhân được lựa chọn theo tiêu chuẩn nghiên cứu và được thực hiện

PTNS cắt 1 thùy và eo với các điều kiện

- ✓ Có một u duy nhất
- ✓ Không có tổn thương thùy đối diện
- ✓ Không có di căn hạch cổ
- ✓ Không có tiền sử tia xạ vùng cổ

PTNS cắt toàn bộ tuyến giáp khi có 1 trong các yếu tố

- ✓ Có đa u (>2 u)
- ✓ Có di căn hạch cổ
- ✓ Có tổn thương thùy đối diện
- ✓ Có tiền sử tia xạ vùng cổ.

PTNS nạo vét hạch cổ theo phương pháp chọn lọc

- ✓ Có hạch khám thấy trên lâm sàng,
- ✓ Có hạch nghi ngờ trên siêu âm và/hoặc chụp cắt lớp vi tính.

2.4.2. Phương tiện và dụng cụ phẫu thuật

Hệ thống thiết bị phẫu thuật nội soi của hãng KARL STORZ.

* **Nguồn sáng:** nguồn sáng lạnh XENON 300W.

* **Hệ thống camera:** Telecam, hệ màu PAL.

* **Mornitor:** loại chuyên dùng cho phẫu thuật nội soi.

* **Máy bơm hơi tự động:** áp xuất nén tối đa 30mmHg. Lưu lượng bơm từ 1-20l/ phút, tự động hoá hoàn toàn. Điều áp tự động.

* **Ống kính quang học HOPKINS II:** mặt phẳng nghiêng 30⁰ và 0⁰ đường kính 1mm, dài 33cm của hãng KARL STORZ..



Hình 2.1. Dàn máy nội soi (nhóm nghiên cứu)

*** Dao điện cao tần:**

Máy dao điện loại Elektrotom-530 của hãng Karl-Storz, sử dụng loại đầu đốt và cắt đơn cực (monopolar electrobistoury)



*Hình 2.2. Dao điện loại Elektrotom-530 của hãng Karl-Storz
(nhóm nghiên cứu)*

Dao siêu âm loại Ultracision Harmonic Scalpel Generator 300



Hình 2.3. Dao siêu âm loại Ultracision Harmonic Scalpel Generator 300
(nhóm nghiên cứu)

*** Dụng cụ mổ**

Bộ dụng cụ mổ nội soi thông thường bao gồm:



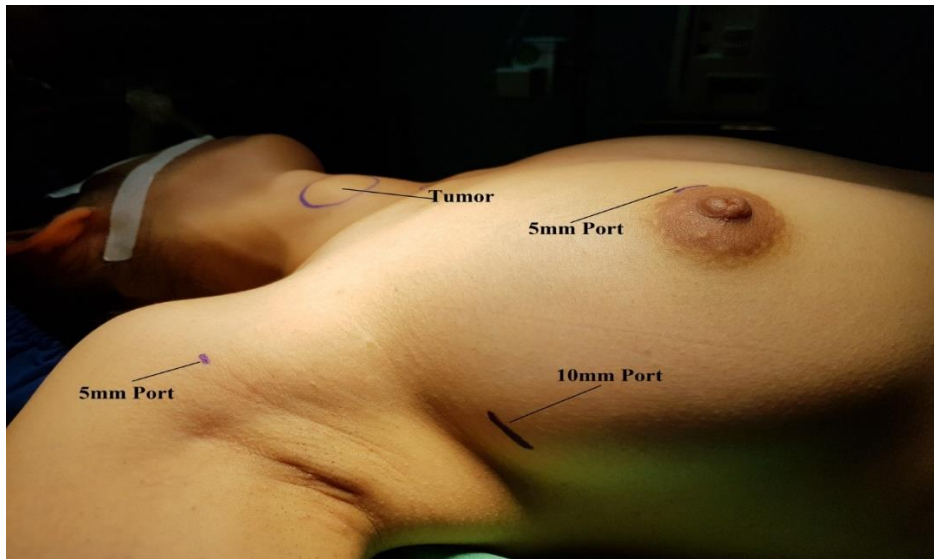
Hình 2.4. Dụng cụ mổ (nhóm nghiên cứu)

01 đầu đốt hình chữ L để đốt, cắt, 01 phẫu tích đầu cong, 01 kẹp có răng, 01 kẹp không răng. Ống hút, lưỡi dao siêu âm. Túi nylon loại 6x10cm để lấy bệnh phẩm.

2.4.3. Kỹ thuật mổ PTNS đường ngực nách

Gây mê: Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản

Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, cổ ưỡn, mặt quay về phía đối diện với bên phẫu thuật (mổ bên thùy có u to hơn trước). Tay dạng 90 độ để lộ rõ vùng hõm nách, kê gối dưới vai.



Hình 2.5. Tư thế bệnh nhân

Vị trí phẫu thuật viên và phụ: Phẫu thuật viên đứng ngay cạnh nách. Phụ 1 đứng phía dưới phẫu thuật viên, phụ 2 đứng đối diện. Dụng cụ viên đứng đối diện bên dưới phụ 2.

Các bước mổ

*** Thì 1: Đặt trocar:**

- Đặt trocar 10mm ở nách tại đường nách giữa.
- Bơm CO2 với lưu lượng 6 l/p và duy trì áp lực 6 mmHg.
- Đặt 2 trocar 5mm dưới sự quan sát của camera: 1 trocar ở đỉnh hõm nách cùng bên bướu, 1 trocar ở quầng vú cùng bên bướu tại điểm 2 giờ (mổ bên thùy phải) và 10 giờ (mổ bên thùy trái).



Hình 2.6. Vị trí trocar đường nách ngực

+ Trocar thứ 4: Dùng trong nạo vét hạch, vị trí ở quầng vú bên đối diện, trocar này được đặt khi đã tạo xong khoang làm việc, vị trí này để đưa dụng cụ vào nâng và vén cơ khi nạo vét hạch.

*** Thì 2: Tạo khoang phẫu thuật**

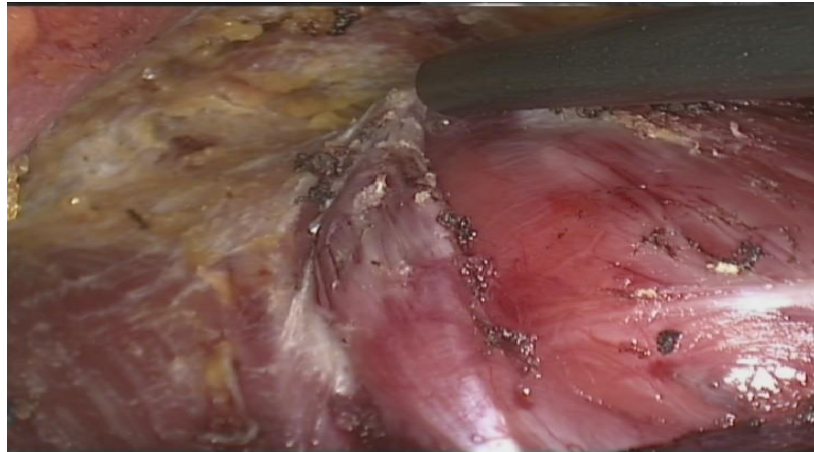
Dùng đốt điện để bóc tách da vào hõm ức, sau đó bóc tách da lên trên tới ngang sụn giáp, sang hai bên cơ ức-đòn-chũm.



Hình 2.7. Tạo khoang phẫu thuật

*** Thì 3: Tách cơ vào tuyến giáp**

- Tách bờ trước cơ ức-đòn-chũm, cơ vai-móng
- Bỏ dọc cơ ức-giáp để vào thùy tuyến giáp.



Hình 2.8. Tách cơ vào tuyến giáp

*** Thì 4: Đánh giá tổn thương, cắt thùy tuyến giáp**



Hình 2.9. Tách dây thần kinh quặt ngược

- Dùng dao siêu âm cắt thùy tuyến giáp theo thứ tự: cắt giải phóng cực dưới trước, tách khoảng vô mạch, cắt cực trên tuyến giáp, tìm bộc lộ dây thần kinh quặt ngược rồi cắt dây chằng Berry, cắt eo tuyến giáp.

***Thì 5: Nạo vét hạch:** Nạo vét hạch cổ chọn lọc

- Chuyển ống kính soi sang loại 30⁰ để có góc nhìn rộng hơn
- Khoang trung tâm (nhóm VI): Có các hạch ở trước khí quản, dưới sụn giáp và các hạch trước khí quản trên hõm ức, dùng dao siêu âm tách dây thần kinh quặt ngược dọc theo đường đi của dây từ chỗ đổ vào cơ xuống dưới. Lấy toàn bộ hạch cùng tổ chức mỡ khi biết chắc tuyến cận giáp và thần kinh quặt ngược không nằm trong đám tổ chức này.

- Khoang bên (nhóm II, III, IV và V): Dùng dao siêu âm tách bắt đầu từ bờ ngoài bó đờn của cơ ức-đòn-chũm, tách lên trên dọc theo bờ này. Tách cơ vai móng, tách tĩnh mạch cảnh trong. Khi đã xác định rõ ranh giới của nhóm hạch dùng dao siêu âm lấy bỏ các hạch cùng tổ chức mỡ theo trình tự dưới hàm (cơ nhị thân) tới hố trên đòn.

*** Thì 6: Lấy bệnh phẩm và đặt dẫn lưu**

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

Làm thùy tuyến giáp đối diện theo chỉ định: Tư thế bệnh nhân vẫn nằm ngửa nhưng mặt quay ngược lại, kíp phẫu thuật chuyển sang bên đối diện. Các thì phẫu thuật làm tương tự như trên.

2.5. Thu thập các thông tin

2.5.1. Thu thập thông tin về lâm sàng

Khai thác các thông tin về lâm sàng theo mẫu thu thập định sẵn, bao gồm:

- Tuổi: phân chia thành các nhóm tuổi: 15-25, 25-35, 35-45.
- Giới: nam và nữ.
- Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện: < 6 tháng, 7-12 tháng và > 12 tháng.
- Lý do vào viện: u vùng cổ, nuốt vướng, khàn tiếng, kiểm tra sức khỏe định kỳ.
- Đặc điểm u trên lâm sàng:
 - + Sờ thấy u: có, không
 - + Vị trí u: Thùy phải, thùy trái, eo tuyến giáp, hai thùy
- Đặc điểm hạch trên lâm sàng:
 - + Khám thấy: có, không
 - + Vị trí: khoang trung tâm, khoang bên trái, khoang bên phải.

2.5.2. Thu thập thông tin về cận lâm sàng

❖ Siêu âm tuyến giáp:

- Số lượng u: 1 u, 2 u, 3 u... Những trường hợp có từ 2 u trở lên được gọi chung là đa u.
- Vị trí u: Thùy phải, thùy trái, eo tuyến giáp, hai thùy
- Âm vang u: giảm âm, đồng âm, tăng âm, hỗn hợp âm
- Canxi hóa: Vi vôi hóa, vôi hóa lớn, vôi hóa viền, không vôi hóa
- Tăng sinh mạch: có, không
- Ranh giới u: ranh giới rõ (bờ đều), ranh giới không rõ (bờ không đều)
- Kích thước $u < 1\text{cm}$; $1 \leq u \leq 2\text{cm}$.
- TIRADS: 3, 4a, 4b, 4c, 5

❖ Chẩn đoán tế bào học

- *Trước mổ*: Chọc tế bào bằng kim nhỏ được thực hiện tại khoa tế bào, bệnh viện nội tiết trung ương: Âm tính, dương tính, nghi ngờ, không xác định.
- *Trong mổ*: Nhuộm bệnh phẩm bằng dung dịch Giemsa và soi để chẩn đoán tại khoa chẩn đoán tế bào. Kết quả: Âm tính, dương tính, nghi ngờ.
- *Sau mổ*: Giải phẫu bệnh; bệnh phẩm được ngâm vào trong dung dịch formon và tiến hành để chẩn đoán mô bệnh học tại khoa tế bào. Giải phẫu bệnh là kết quả cuối cùng chẩn đoán thể ung thư và hạch di căn: thể nhú, thể nang, thể nhú biến thể nang.

❖ Xét nghiệm thyroglobulin (Tg), Anti- thyroglobulin (Anti-Tg)

Thời gian làm: Trước mổ, sau mổ 3 tháng và 6 tháng

Kết quả: Bình thường Tg < 80pmol/l

Anti-Tg < 115mmol/l

2.5.3. Thu thập thông tin trong mổ

- Thời gian mổ: được tính từ lúc bắt đầu rạch da cho đến khi khâu da, thời gian tính bằng phút theo từng phương pháp phẫu thuật.

- Lượng máu mất trong khi mổ: được tính bằng ml. (Máu mất = Tổng dịch trong bình hút-dịch bơm rửa). Trong trường hợp máu chỉ chảy khoảng vài giọt, hút ra chỉ nằm trong đầu ống hút được coi như lượng máu mất là 0 ml.

- Chuyển mổ mở: trong những trường hợp không tiếp tục thực hiện được các thao tác do dính, do chảy máu nhiều...

- Cách thức phẫu thuật: cắt 1 thùy, cắt toàn bộ tuyến giáp, cắt toàn bộ tuyến giáp có nạo hạch 1 khoang, 2 khoang, 3 khoang.

- Tổng số hạch lấy được, nhóm hạch được lấy, số hạch di căn: Khoang trung tâm (nhóm VI), khoang bên (nhóm II, III, IV và V)

2.5.4. Thu thập thông tin sau mổ

- Chảy máu sau mổ: máu chảy qua dẫn lưu, chảy máu tụ lại trong vùng mổ.

- Thủng khí quản, rò dưỡng chấp, bong da, tràn khí dưới da

- Liệt dây thần kinh quặt ngược tạm thời: BN bị khàn tiếng nhẹ, giọng thay đổi nhưng vẫn nói được, các triệu chứng giảm dần và hết trước 6 tháng. Khám soi thanh âm trực tiếp, đánh giá sự di động của dây thanh (sau mổ 1 tuần, 3 tháng, 6 tháng).

- Liệt dây thần kinh quặt ngược vĩnh viễn: bệnh nhân nói khàn nặng hoặc mất tiếng, hoặc có thể khó thở ngay sau rút nội khí quản. Không hồi phục giọng nói sau mổ 6 tháng. Khám soi thanh quản trực tiếp, dây thanh âm bị liệt (sau mổ 1 tuần, 3 tháng, 6 tháng)..

- Suy tuyến cận giáp tạm thời: biểu hiện là tê tay, chân, mặt, có thể xuất hiện cơn tetani..., được điều trị bổ xung canxi các triệu chứng này giảm dần và hết trước 6 tháng.

- Suy tuyến cận giáp mãn tính là trường hợp suy tuyến cận giáp sau phẫu thuật mà đã được điều trị sau 6 tháng kết quả không đỡ (dấu hiệu hạ canxi không giảm). Xét nghiệm hocmon tuyến cận giáp (PTH) và canxi huyết (sau mổ 1 tuần, 3 tháng, 6 tháng).

Suy tuyến cận giáp: PTH < 1,6pmol/l

Canxi toàn phần < 2,2mmol/l,

Canxi ion < 1,17mmol/l

Bình thường: 1,6 < PTH < 6,9pmol/l

2,2 < Canxi toàn phần < 2,7mmol/l,

1,17 < Canxi ion < 1,3mmol/l

- Nhiễm trùng vết mổ
- Số lượng dịch dẫn lưu: < 50ml, 50-100ml, > 100ml
- Thời gian rút dẫn lưu: < 12h, 12-24h, > 24h
- Thời gian nằm viện: ≤ 5 ngày, 6-10 ngày, > 10 ngày
- Kết quả giải phẫu bệnh: thể nhú, thể nang, thể nhú biến thể nang, số hạch di căn, nhóm hạch di căn.

2.5.5. Khám lại sau mổ (3 tháng, 6 tháng)

- Nồng độ Tg và Anti-Tg
- Đánh giá cảm giác vùng mổ (tê bì, đau, tức nghẹn)
- Tình trạng sẹo mổ (lồi, không lồi)
- Độ hài lòng về thẩm mỹ (Rất hài lòng, hài lòng, chấp nhận được, không hài lòng)

1-Rất hài lòng: sẹo không lồi, không tê bì, không đau, không tức nghẹn

2-Hài lòng: sẹo không lồi, có tê bì, không đau, không tức nghẹn

3-Chấp nhận được: sẹo lồi + tê bì, không đau, không tức nghẹn

4-Không hài lòng: sẹo lồi + đau, tức nghẹn

- Kết quả phẫu thuật (rất tốt, tốt, trung bình, xấu)
 - 1-Rất tốt: Rất hài lòng về thẩm mỹ + không có biến chứng sau mổ.
 - 2-Tốt: Hài lòng về thẩm mỹ + Không có biến chứng sau mổ.
 - 3-Trung bình: Chấp nhận được về thẩm mỹ + có biến chứng tạm thời sau mổ
 - 4-Xấu: Chấp nhận được hoặc không hài lòng về thẩm mỹ + có biến chứng vĩnh viễn sau mổ.

2.6. Xử lý kết quả

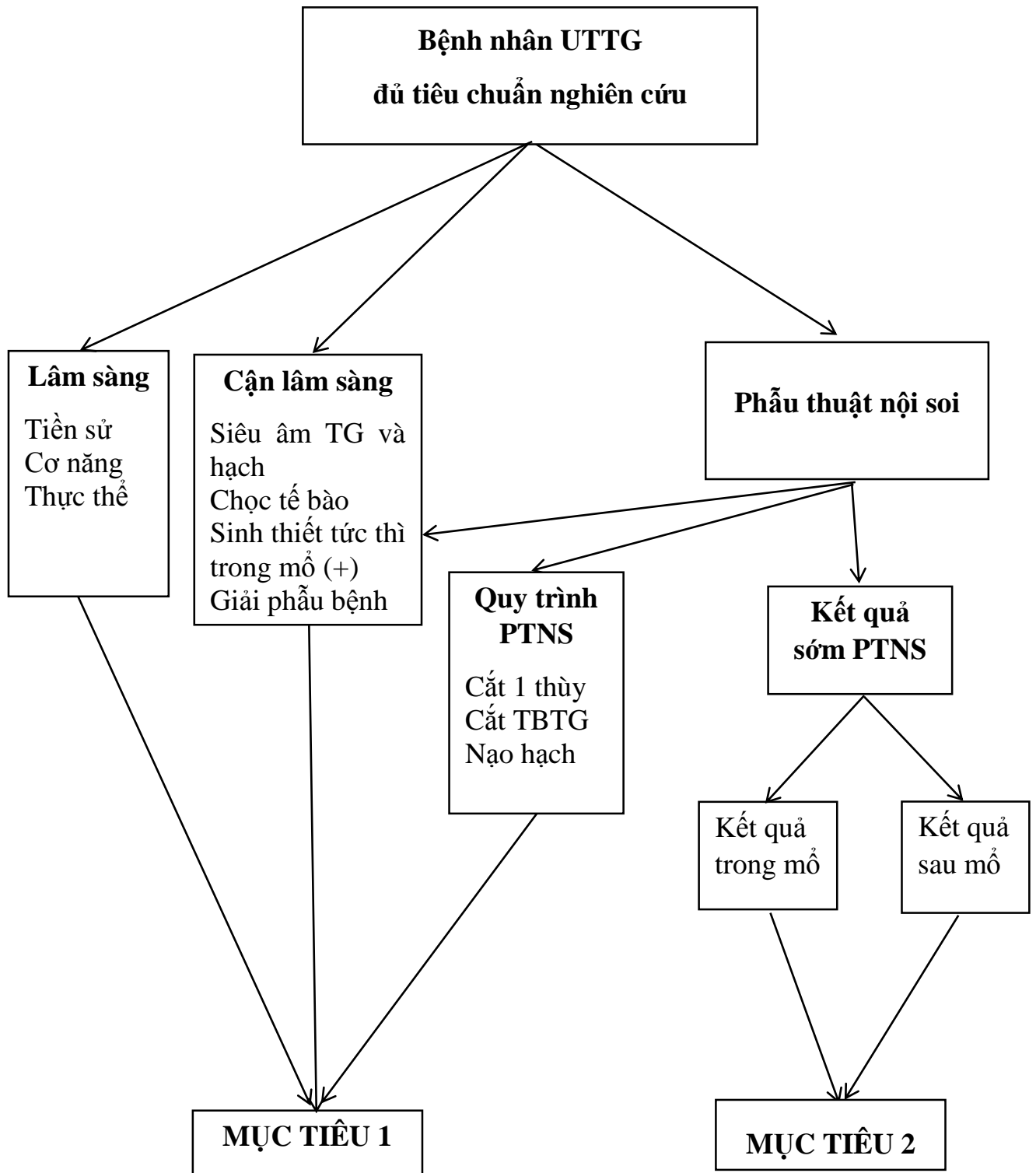
Nhập và xử lý số liệu trên máy vi tính theo chương trình SPSS 16.0. Các phép toán được áp dụng trong nghiên cứu:

- Tính tỷ lệ %.
- Tính trị số trung bình của mẫu nghiên cứu.
- Tính độ lệch chuẩn.
- So sánh hai số trung bình bằng t-test.
- So sánh 2 tỷ lệ, kiểm định tính độc lập hay phụ thuộc bằng test χ^2 , Fisher' Exact test, tính tỷ suất chênh OR, độ tin cậy 95%.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng xét duyệt của trường Đại học Y Hà Nội, quyết định.
- Hội đồng khoa học của bệnh viện Nội tiết cho phép tiến hành
- Nghiên cứu nhằm mục đích bảo vệ nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân
- Bệnh nhân được giải thích rõ phương pháp phẫu thuật nội soi. Bệnh nhân tự nguyện tham gia.
- Khi bệnh nhân có quyền ngừng không tham gia nghiên cứu nhưng vẫn được chăm sóc theo dõi như thường quy.
- Các thông tin riêng của bệnh nhân trong hồ sơ hoàn toàn bảo mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu.

2.8. Sơ đồ nghiên cứu



Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 95 bệnh nhân UTTG thể biệt hóa giai đoạn sớm được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Nội tiết trung ương, từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 9 năm 2016, kết quả đạt được như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

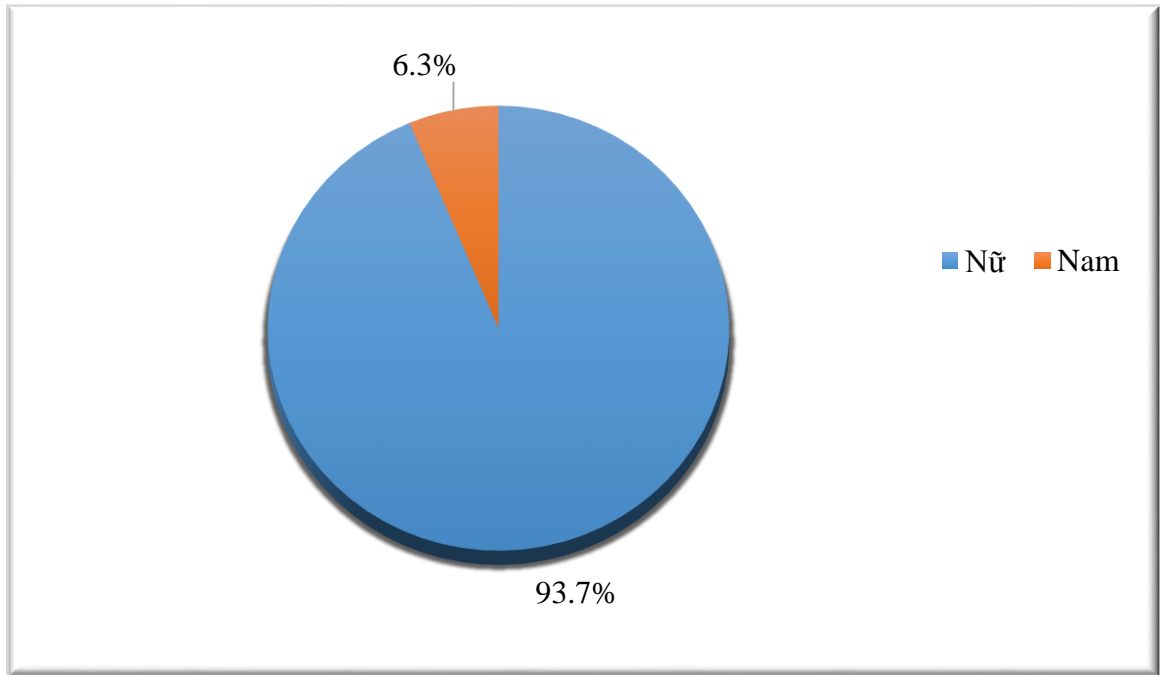
3.1.1. Tuổi và giới của bệnh nhân

Bảng 3.1. Tuổi và giới

Giới tính \ Tuổi	Nam (n=6)		Nữ (n=89)		Tổng (n=95)	
	n	%	n	%	n	%
15-25	4	33,3	14	15,7	16	16,8
25-35	3	50	68	76,4	71	74,7
35-45	1	17,7	7	7,9	8	8,4
Tổng	6	100	89	100	95	100
Tuổi trung bình	30,4 ± 3,4		27,2 ± 2,5		27,8 ± 2,8	
p	p = 0,042					

Nhận xét:

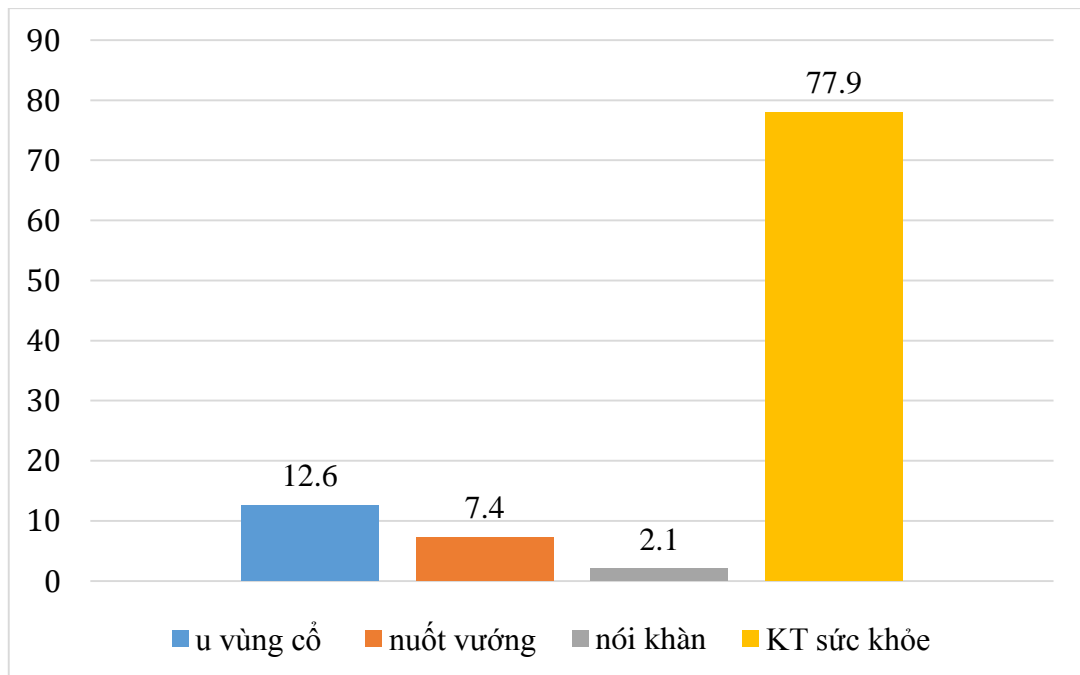
- Tuổi thấp nhất là 15 cao nhất là 45. Tuổi trung bình chung cho cả 2 giới là 27,8
- Lựa tuổi lựa chọn phẫu thuật nội soi nhiều nhất 25-35 tuổi (74,7%)
- Nữ giới lựa chọn phẫu thuật nội soi nhiều hơn nam giới: tuổi trung bình nữ (27,2) thấp hơn tuổi trung bình của nam (30,4) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)



Biểu đồ 3.1. Giới tính bệnh nhân (n=95)

Nhận xét:

- Bệnh nhân phẫu thuật nội soi chủ yếu là nữ giới chiếm tỷ lệ 93,7%
- Tỷ lệ nữ /nam là 14,8/1.



Biểu đồ 3.2. Lý do bệnh nhân vào viện (n=95)

Nhận xét:

- Lý do bệnh nhân vào viện là sau đi khám sức khỏe định kỳ phát hiện ra u tuyến giáp chiếm tỷ lệ cao 77,9%.

- Tự phát hiện thấy khối u vùng cổ là 12,6%.

3.1.2. Thời gian khi phát hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện

Bảng 3.2. Thời gian phát hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện

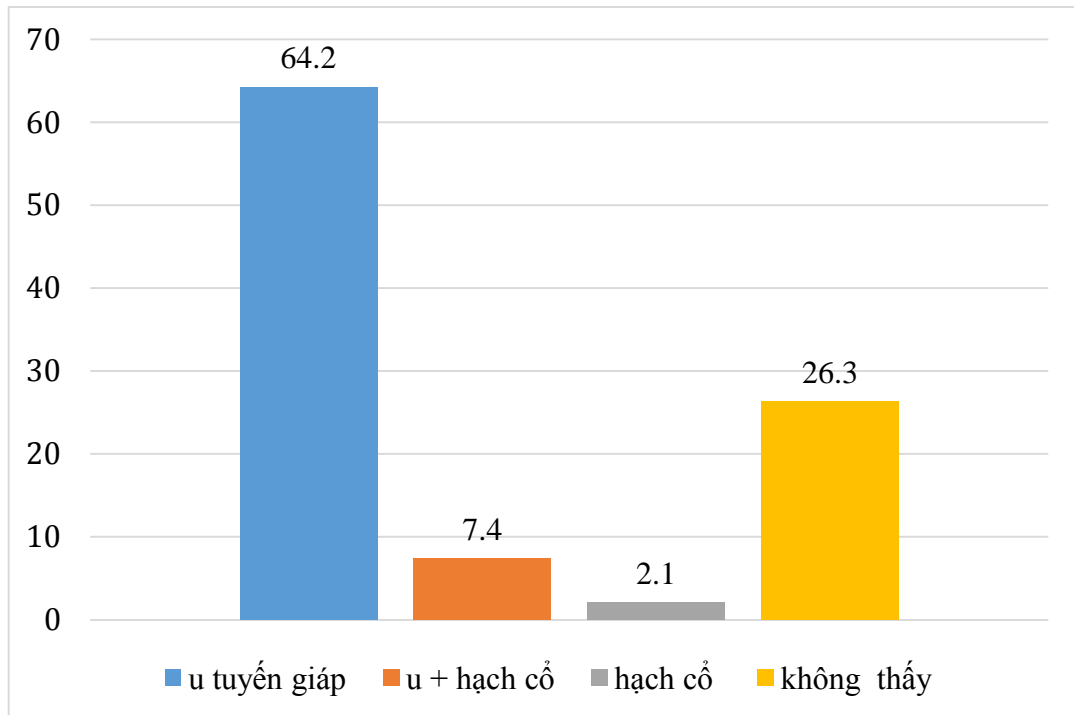
STT	Thời gian (tháng)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1	< 6	79	83,2
2	6 – 12	11	11,6
3	>12	5	5,2
	Tổng	95	100,0
	Thời gian trung bình (tháng)	4,3 ± 1,7	

Nhận xét:

- Bệnh nhân từ khi khám phát hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện, thời gian trước 6 tháng chiếm chủ yếu 83,2%. Thời gian từ 7-12 tháng là 11,6%. Sau 12 tháng là 5,2%.

- Thời gian trung bình từ khi khám phát hiện triệu chứng đầu tiên đến vào viện là 4,3 tháng.

3.1.3. Triệu chứng lâm sàng đầu tiên



Biểu đồ 3.3. Triệu chứng lâm sàng đầu tiên (n=95)

Nhận xét:

- Khám lâm sàng chỉ thấy u tuyến giáp (61 bệnh nhân) chiếm tỷ lệ nhiều nhất 64,2%
- Khám thấy u tuyến giáp kèm hạch cổ (7 bệnh nhân) chiếm tỷ lệ 7,4%
- Khám chỉ có hạch cổ ít gặp chiếm tỷ lệ 2,1%
- Khám không thấy u tuyến giáp và không thấy hạch cổ có tỷ lệ 26,3%

3.1.4. Đặc điểm u tuyến giáp trên lâm sàng

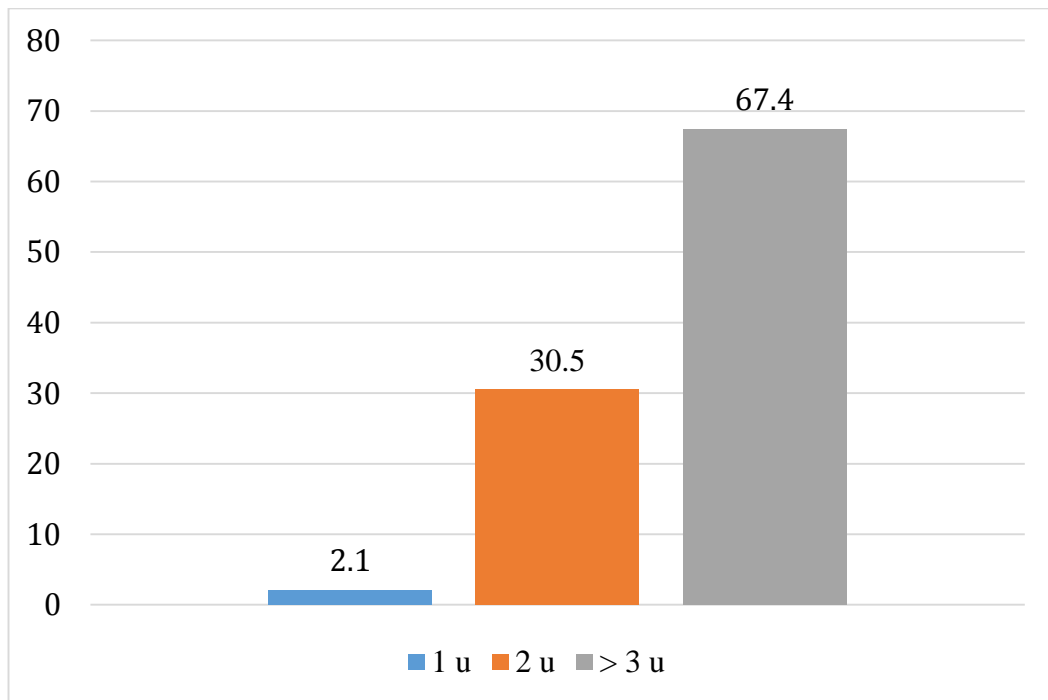
Bảng 3.3. Đặc điểm u tuyến giáp trên lâm sàng

	Sờ thấy u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1	Có thấy	68	71,6
2	Không thấy	27	28,4
	Tổng	95	100
Vị trí u khám thấy (n=68)			
1.	Thùy trái	25	36,8
2.	Thùy phải	19	27,9
3.	Thùy eo	8	11,8
4.	2 thùy tuyến giáp	16	23,5
	Tổng	68	100

Nhận xét:

- Khám phát hiện thấy u tuyến giáp có 68 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 71,6%.
- Khám thấy u ở thùy trái có nhiều hơn thùy phải với tỷ lệ là 36,8% và 27,9%. Vị trí thùy eo chiếm tỷ lệ ít nhất 11,8%;

3.1.5. Đặc điểm u tuyến giáp trên siêu âm

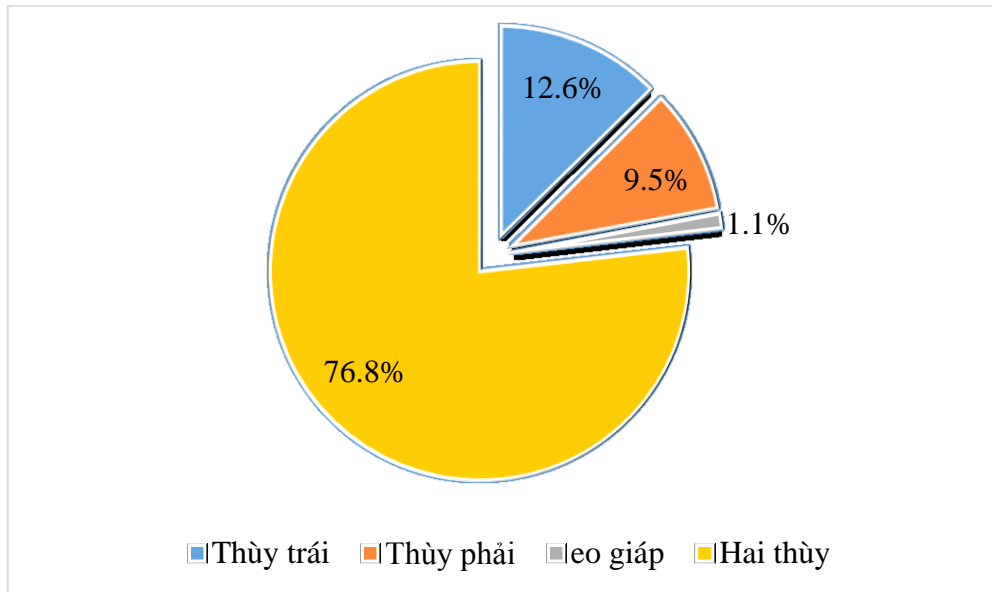


Biểu đồ 3.4. Số lượng u tuyến giáp trên siêu âm (n=95)

Nhận xét:

Trên siêu âm có thể phát hiện u nhỏ 3mm, các u nằm ở thành sau tuyến mà lâm sàng không phát hiện ra. Do vậy kết quả siêu âm phát hiện số lượng u nhiều hơn so với khi khám lâm sàng. Kết quả:

- Số bệnh nhân có từ 3 u trở lên chiếm chủ yếu 67,4%,
- Số bệnh nhân có 2 u chiếm tỷ lệ 30,5%.
- Số bệnh nhân chỉ có 1 u chiếm tỷ lệ ít 2,1%.



Biểu đồ 3.5. Vị trí u tuyến giáp trên siêu âm (n=95)

Nhận xét: Siêu âm xác định chính xác vị trí các u trong tuyến giáp mà khám lâm sàng không thực hiện được, kết quả cho thấy:

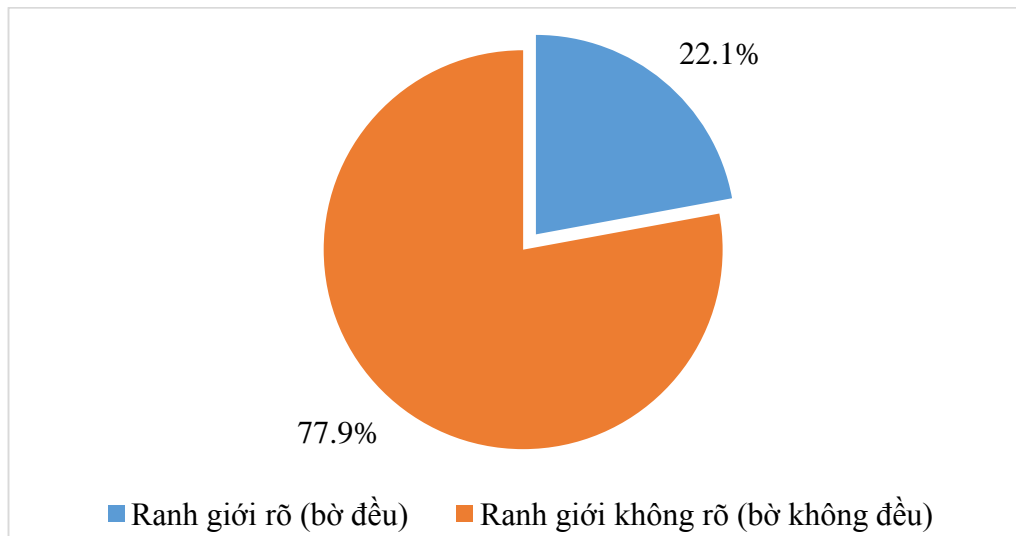
- U ở cả 2 thùy tuyến giáp chiếm chủ yếu là 76,8%
- U ở thùy trái nhiều hơn thùy phải có tỷ lệ tương ứng là 12,63% và 9,47%.
- U ở thùy eo tuyến giáp chiếm tỷ lệ ít nhất là 1,1%.

Bảng 3.4. Kích thước u tuyến giáp lớn nhất trên siêu âm

	Kích thước u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1	$u \leq 1\text{cm}$	37	38,9
2	$1 < u \leq 2\text{cm}$	58	61,1
	Tổng	95	100,0

Nhận xét: Siêu âm tuyến giáp dễ dàng đo được kích thước u trên siêu âm mà khám lâm sàng không thực hiện được. Kết quả cho thấy:

- Kích thước u chủ yếu chiếm từ 1- 2cm là 61,1%
- Kích thước $u < 1\text{cm}$ là 38,9%



Biểu đồ 3.6. Ranh giới u tuyến giáp trên siêu âm (n=95)

Nhận xét: Siêu âm giúp đánh giá ranh giới của u so với nhu mô, tổ chức xung quanh, kết quả cho thấy:

- Ranh giới khối u không rõ (bờ không đều) chiếm chủ yếu là 77,9%
- Ranh giới khối u rõ (bờ đều) chiếm tỷ lệ là 22,1%.

Bảng 3.5. Đặc điểm của u tuyến giáp trên siêu âm

Đặc điểm u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Âm vang u (n = 72)		
Giảm âm	49	68,1
Đồng âm	5	6,9
Tăng âm	1	1,4
Hỗn hợp âm	17	23,6
Calxi hóa (n = 72)		
Vi vôi hóa	42	58,3
Vôi hóa lớn	11	15,3
Vôi hóa viên	2	2,8
Không	17	23,6
Tăng sinh mạch (n = 72)		
Có	38	50,7
Không	34	49,3

Nhận xét

Trên siêu âm, hình ảnh giảm âm hay gặp nhất chiếm 68,1%, vi vôi hóa là một trong các dấu hiệu gợi ý u ác tính chiếm 58,3%, tăng sinh mạch chiếm tỷ lệ 50,7%

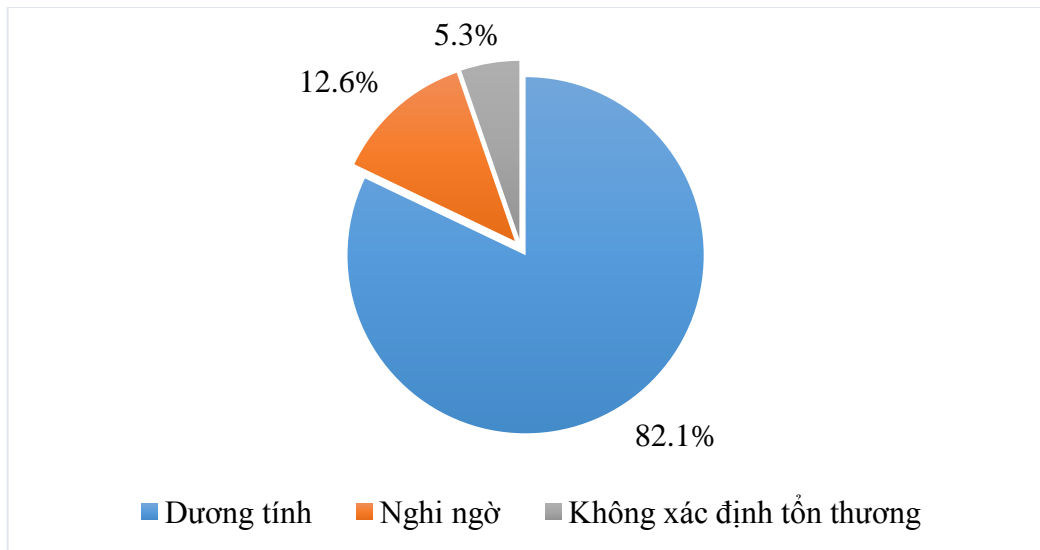
Bảng 3.6. Phân độ TIRADS u tuyến giáp

Phân độ TIRADS	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Độ 3	7	7,4
Độ 4	35	36,8
4a	3	3,2
4b	15	15,8
4c	13	13,7
Độ 5	53	55,8
Tổng	95	100,0

Nhận xét:

Phân loại TIRADS 4-5 trên siêu âm chiếm chủ yếu, trong đó TIRADS 5 chiếm tỷ lệ cao nhất 55,8%. Tuy nhiên, có 7,4% UTTG mặc dù trên siêu âm là hình ảnh TIRADS 3.

3.1.6. Đặc điểm tế bào u tuyến giáp



Biểu đồ 3.7. Kết quả chọc tế bào u khi đối chứng với mô bệnh học (n=95)

Nhận xét: Chúng tôi lấy kết quả mô bệnh học sau mổ làm tiêu chuẩn để đối chiếu. Kết quả chọc tế bào có tỷ lệ dương tính là 82,1%; nghi ngờ là 12,6%, không xác định tổn thương là 5,3%.

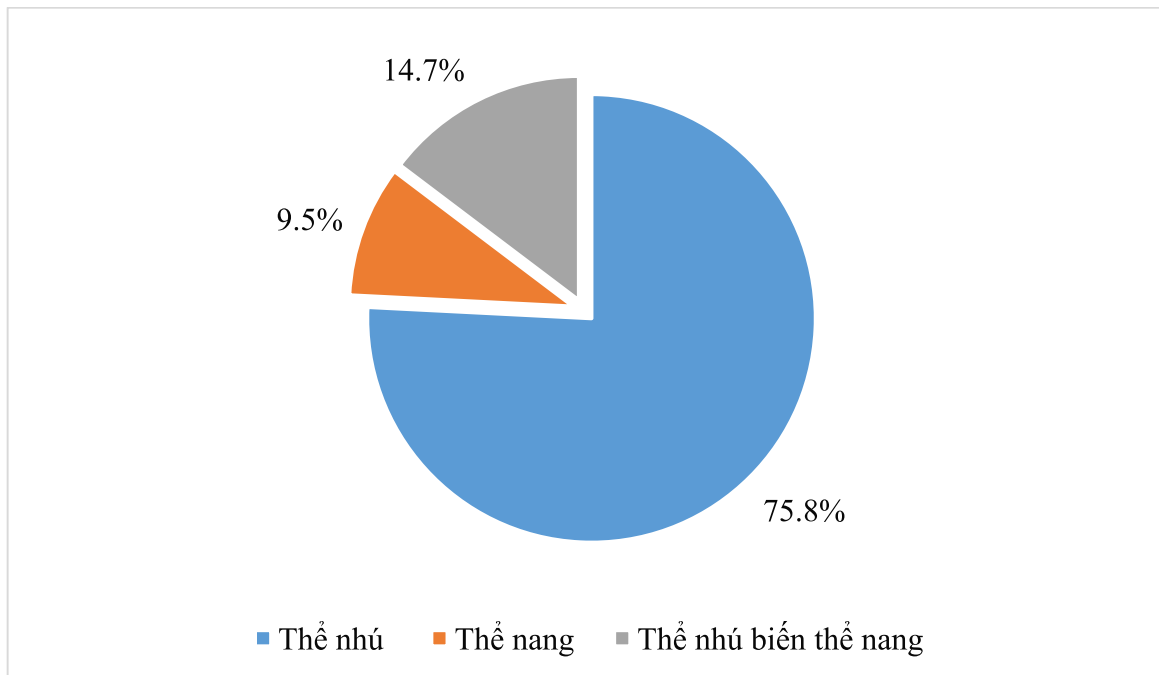
Bảng 3.7. Sinh thiết tức thì khối u trong mổ

	Sinh thiết tức thì khối u	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
1.	Dương tính	16	94,1
2.	Không xác định tổn thương	1	5,9
	Tổng	17	100

Nhận xét:

- Các bệnh nhân đã chọc tế bào là dương tính chúng tôi không làm sinh thiết tức thì. Bệnh nhân nghi ngờ hoặc không xác định tổn thương thì mới làm sinh thiết tức thì để chẩn đoán trong mổ.

- Kết quả khi đối chiếu với mô bệnh học: Dương tính là 94,1%; không xác định tổn thương là 5,9%.



Biểu đồ 3.8. Phân loại mô bệnh học thể ung thư (n=95)

Nhận xét:

- UTTG thể nhú chiếm đa số trường hợp 75,8%,
- UTTG thể nang có tỷ lệ ít nhất chiếm 9,5%.

3.1.7. Đặc điểm hạch cổ di căn

Bảng 3.8. Khám lâm sàng phát hiện hạch cổ

Khám thấy hạch cổ		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1.	Sờ thấy	9	9,5
2.	Không sờ thấy	86	90,5
Tổng		95	100,0
Vị trí hạch cổ khám thấy			
1.	Khoang bên trái	5	55,6
2.	Khoang bên phải	4	44,4
3.	Khoang trung tâm	0	0
Tổng		9	100,0

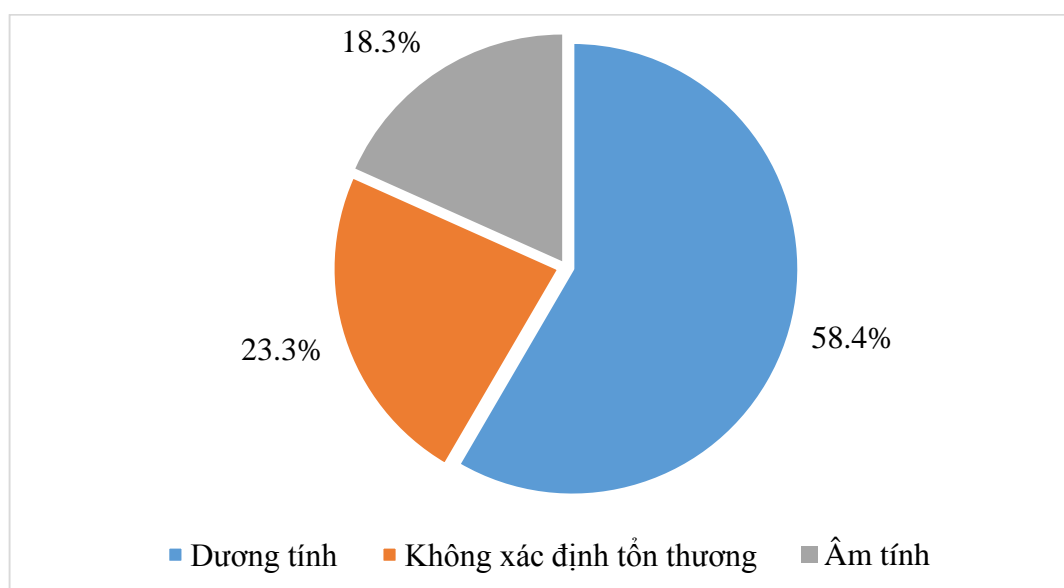
Nhận xét:

- Khám lâm sàng phát hiện thấy hạch cổ chiếm tỷ lệ 9,5%.
- Trong số bệnh nhân khám thấy hạch thì bên trái có tỷ lệ 55,6% nhiều hơn bên phải (44,4%) và khoang trung tâm không khám thấy.

Bảng 3.9. Hạch nghi ngờ di căn trên siêu âm

Hạch cổ		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1	Nghi ngờ	32	53,3
2	Không	28	46,7
Tổng		60	100

Nhận xét: Căn cứ vào các tiêu chuẩn trên siêu âm và đối chiếu với kết quả mô bệnh học nhận thấy: siêu âm có khả năng phát hiện thấy hạch và xác định hạch nghi ngờ di căn chiếm tỷ lệ là 53,3%



Biểu đồ 3.9. Chọc tế bào hạch bằng kim nhỏ dưới siêu âm (n=60)

Nhận xét: Chọc tế bào hạch bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm, kết quả này đối chiếu với mô bệnh học sau mổ cho thấy:

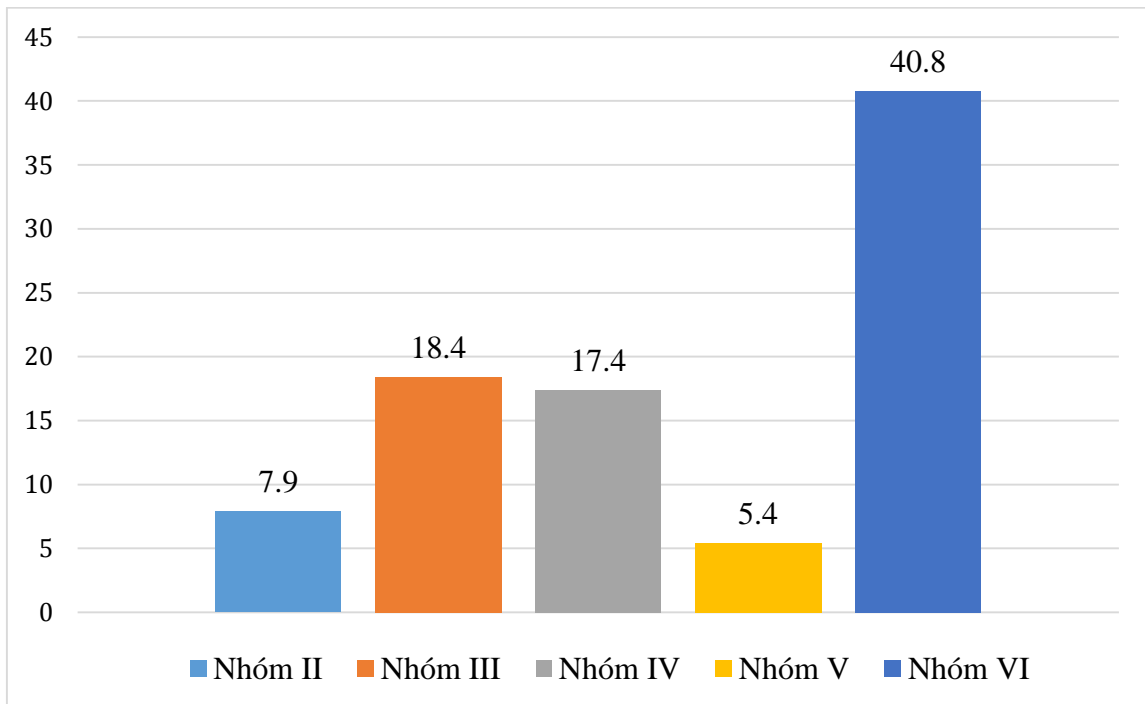
- Dương tính có 35 TH chiếm tỷ lệ là 58,4%
- Không xác định tổn thương 14 TH có tỷ lệ là 23,3%
- Âm tính 11 TH có tỷ lệ là 18,3%

Bảng 3.10. Kết quả sinh thiết tế bào hạch trong mổ

	Di căn hạch	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1.	Dương tính	46	76,7
2.	Nghi ngờ	5	8,3
3.	Âm tính	9	15
	Tổng	60	100,0

Nhận xét: Các hạch khi lấy ra đều được sinh thiết tức thì trong mổ, kết quả này đối chiếu với mô bệnh học cho thấy:

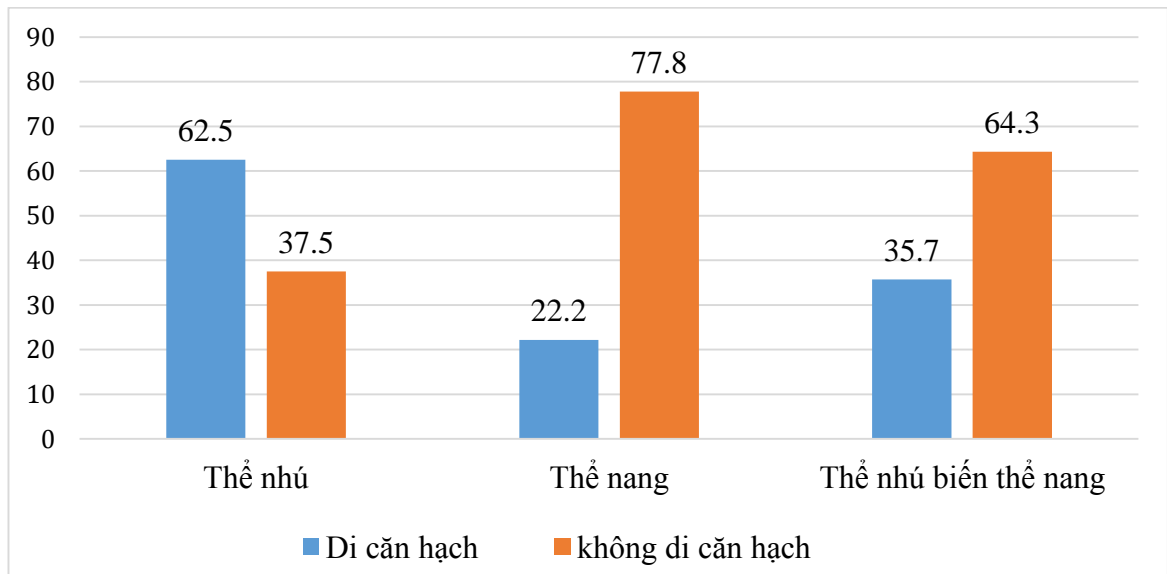
- Có 46 TH dương tính chiếm 76,7%
- Nghi ngờ 5 TH chiếm 8,3%.



Biểu đồ 3.10. Tỷ lệ di căn theo nhóm hạch (tổng số nhóm hạch n=201)

Nhận xét: Chúng tôi nạo vét hạch 51 trường hợp: Làm sinh thiết tức thì là dương tính, hoặc nghi ngờ. So sánh với kết quả mô bệnh học và phân loại theo nhóm chúng tôi thấy:

- UTTG di căn hạch nhóm VI chiếm chủ yếu là 40,8%.
- Nhóm V và nhóm II di căn với tỷ lệ thấp lần lượt là 7,9% và 5,4%.
- Nhóm III và nhóm IV chiếm tỷ lệ là tương đương nhau: 18,4% và 17,4%.



***Biểu đồ 3.11. Tỷ lệ di căn hạch của mỗi thể ung thư
(thở nhú n=72, thở nang n=9 và thở nhú biến thở nang n=14)***

Nhận xét:

- Di căn hạch trong UTTG thở nhú chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,5%. Di căn hạch của thở nang và thở nhú biến thở nang lần lượt là: 22,2% và 35,7%.
- Khi so sánh di căn hạch giữa thở nhú và các thể còn lại thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3.1.8. Phân loại TNM và giai đoạn bệnh UTTG

Bảng 3.11. Phân loại TNM của nhóm nghiên cứu

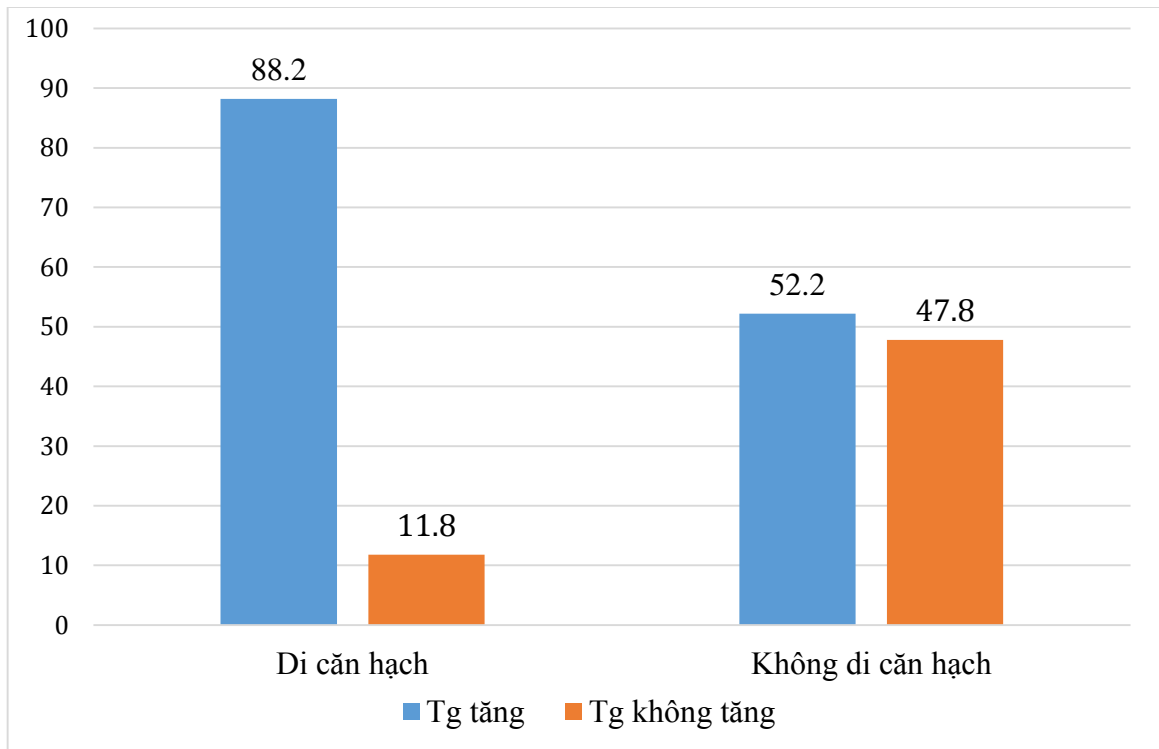
Phân loại TNM		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Khối u	T _{1a} (u ≤ 1 cm)	37	38,9
	T _{1b} (1 <u ≤ 2 cm)	58	61,1
Hạch	N ₀	44	46,3
	N _{1a}	21	22,1
	N _{1b}	30	31,6
Di căn xa	M ₀	95	100

Nhận xét:

- 100% bệnh nhân UTTG được lựa chọn ở giai đoạn I, kích thước nhân đều nhỏ hơn 2cm.

- Có 44 bệnh nhân không có di căn hạch, 51 bệnh nhân di căn hạch ở N1 (53,7%), trong đó N1a chiếm 22,1%; N1b chiếm 31,6%.

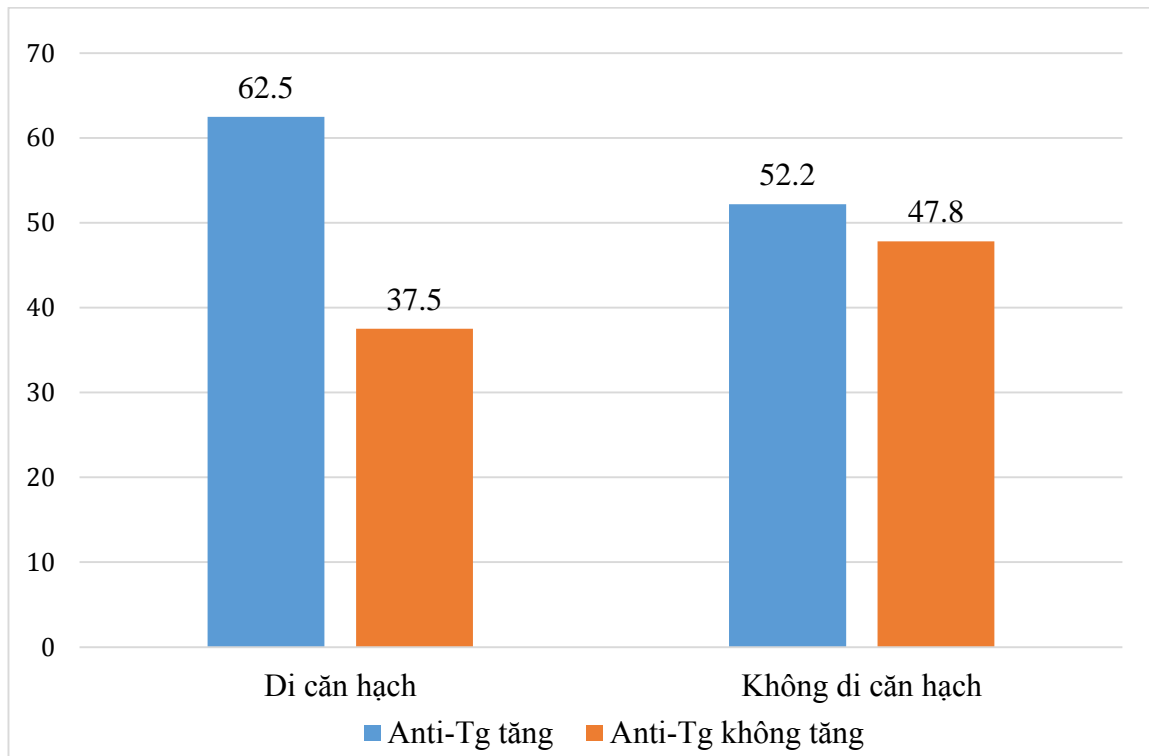
3.1.9. Nồng độ trung bình Tg và Anti-Tg trước mổ



Biểu đồ 3.12. Liên quan giữa nồng độ Tg tăng và di căn hạch cổ
(di căn hạch $n=31$, không di căn hạch $n=45$)

Nhận xét:

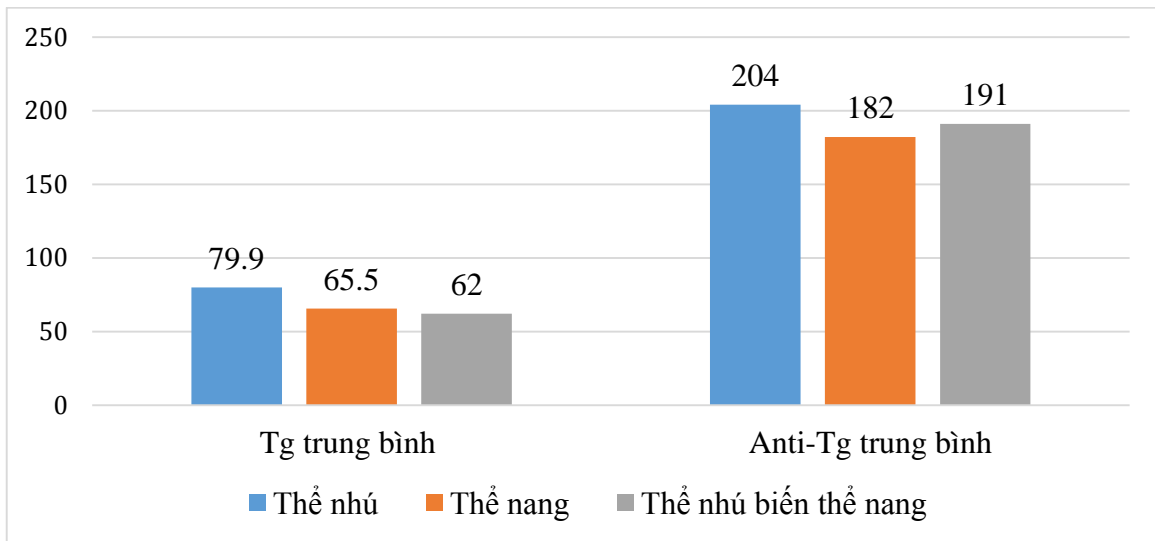
- Nhóm bệnh nhân có di căn hạch thì nồng độ trung bình Tg tăng rất có ý nghĩa ($p < 0,05$)
- Nhóm bệnh nhân không có di căn hạch thì nồng độ Tg tăng không có ý nghĩa ($p > 0,05$).



***Biểu đồ 3.13. Liên quan giữa nồng độ anti-Tg và di căn hạch cổ
(di căn hạch n=31, không di căn hạch n=45)***

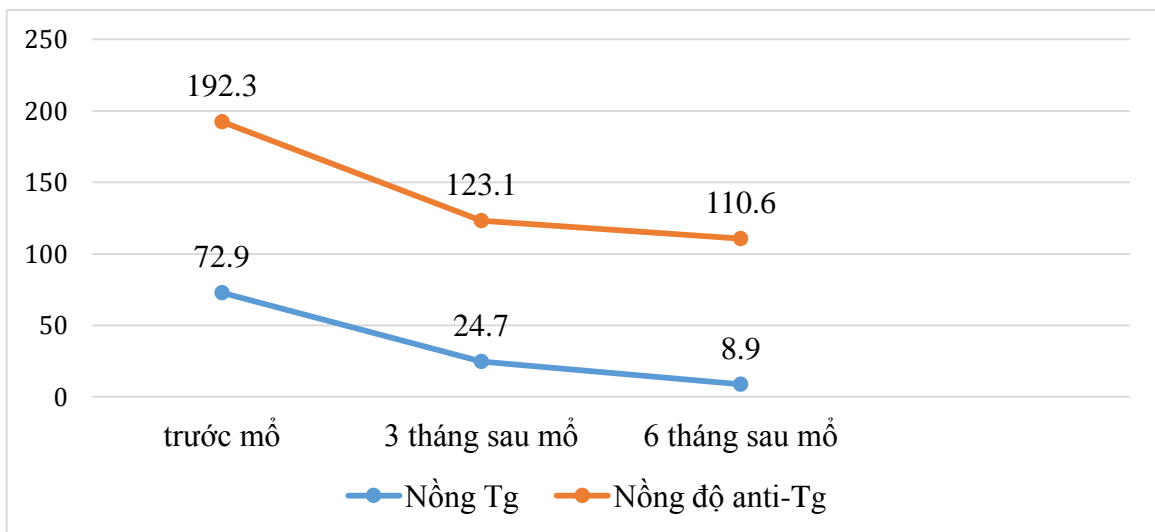
Nhận xét:

- Nhóm bệnh nhân có di căn hạch nồng độ trung bình của Anti-Tg tăng cao ($p < 0,05$)
- Nhóm bệnh nhân không có di căn hạch nồng độ Anti-Tg thay đổi không có sự khác biệt ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.14. Liên quan giữa nồng độ Tg và các thể ung thư
(Thở nhú $n=53$, thở nang $n=9$, thở nhú biến thể nang $n=14$)

Nhận xét: Khi so sánh nồng độ trung bình Tg và Anti-Tg giữa các thể ung thư tại thời điểm trước mổ cho thấy không có sự khác biệt ($p>0,05$).



Biểu đồ 3.15. Thay đổi nồng độ trung bình Tg và Anti-Tg ($n=76$)

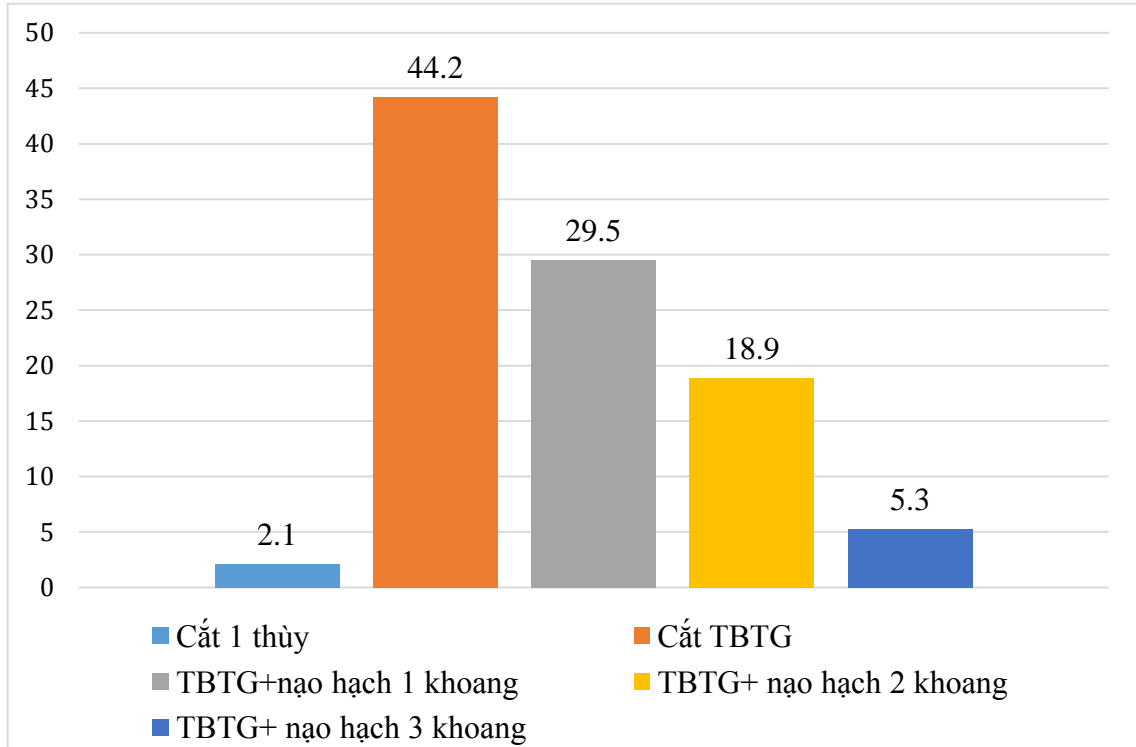
Nhận xét:

- Nồng độ trung bình của Tg và Anti-Tg giảm nhanh ngay sau phẫu thuật. Nồng độ này giảm dần theo thời gian.

- Khi so sánh tại thời điểm trước mổ, sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng cho thấy nồng độ trung bình Tg, Anti-Tg giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2. Kết quả phẫu thuật nội soi UTTG

3.2.1. Các phương pháp phẫu thuật nội soi đã thực hiện



Biểu đồ 3.16. Các phương pháp phẫu thuật nội soi (n=95)

Nhận xét:

- Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm chủ yếu 44,2%
- Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp có nạo hạch 3 khoang là 5,3%
- Phẫu thuật cắt 1 thùy tuyến giáp chiếm tỷ lệ thấp 2,1% .

3.2.2. Thời gian mổ của phương pháp phẫu thuật nội soi

Bảng 3.12. Thời gian mổ (phút)

Phương pháp phẫu thuật nội soi	Thời gian ngắn nhất	Thời gian mổ TB	Thời gian lâu nhất
1. Cắt 1 thùy tuyến giáp (2 BN)	42	47,5	53
2. Cắt toàn bộ tuyến giáp (42 BN)	52	60 ± 10	78
3. Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch 1 khoang trung tâm (28 BN)	65	75 ± 12	88
4. Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch 2 khoang (TT+hạch cảnh cùng bên) (18 BN)	76	94 ± 15	112
5. Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch 3 khoang (TT+hạch cảnh 2 bên) (5 BN)	85	100 ± 15	125
Tính chung (n= 95)		84,9 ± 15,8	

Nhận xét:

- Thời gian mổ cắt 1 thùy tuyến giáp là ngắn nhất trung bình là 47,5 phút.
- Thời gian mổ khi cắt toàn bộ tuyến giáp có nạo vét hạch 3 khoang là lâu nhất trung bình là 100 phút.
- Tính trung bình thời gian mổ cho cả 95 bệnh nhân là 84,9 phút.

3.2.3. Lượng máu mất của mỗi phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.13. Lượng máu mất trung bình của mỗi phương pháp phẫu thuật

Phương pháp mổ	Lượng máu mất (ml)		
	ít nhất	Trung bình	nhiều nhất
Cắt 1 thù tuyến giáp (2 BN)	0	5	10
Cắt toàn bộ tuyến giáp (42 BN)	0	10 ± 8	15
Cắt toàn bộ tuyến giáp + nạo vét hạch (51 BN)	10	20 ± 15	45
Tính chung (n= 95)		16 ± 10	
p		0,032	

Nhận xét:

- Số lượng máu mất nhiều nhất là 45ml. Ít nhất là 0 ml
- Số lượng máu mất trung bình chung trong nghiên cứu là 16 ml
- Số lượng máu mất giữa các phương pháp là khác nhau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.4. Số hạch được nạo vét và di căn ở mỗi bệnh nhân

Bảng 3.14. Số hạch được nạo vét và di căn của mỗi bệnh nhân (n= 51)

	Ít nhất	Trung bình	Nhiều nhất
Số hạch được lấy	5	9 ± 4	17
Số hạch di căn	1	3 ± 2	12

Nhận xét:

- Số hạch lấy được nhiều nhất ở một bệnh nhân là 17, ít nhất 5 hạch
- Số hạch di căn nhiều nhất ở một bệnh nhân là 12, ít nhất là 1 hạch
- Số hạch lấy được trung bình của một bệnh nhân là 9 hạch và số hạch di căn trung bình ở một bệnh nhân là 3 hạch.

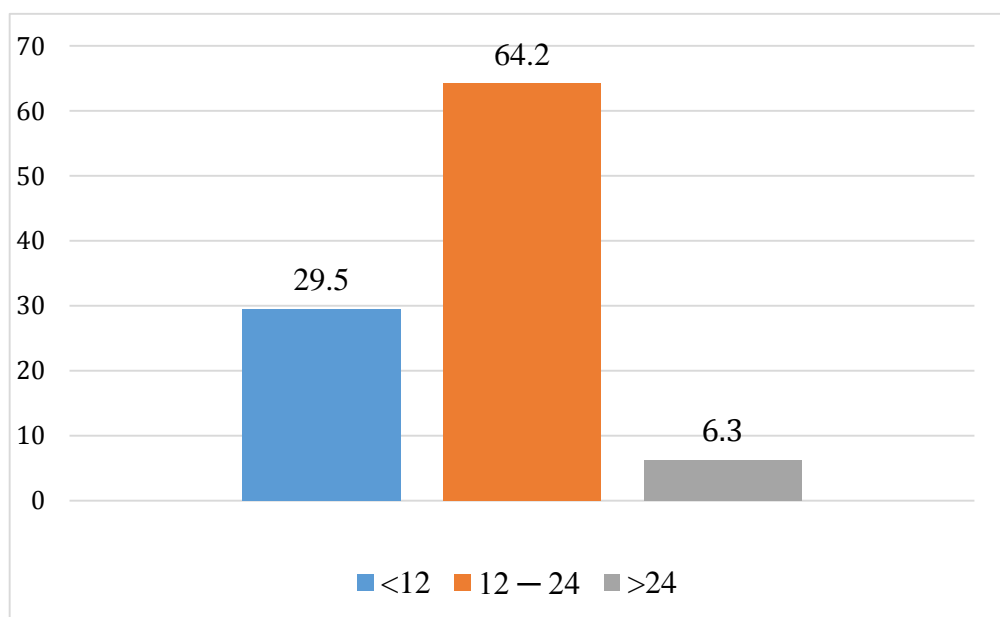
3.2.5. Dẫn lưu sau mổ

Bảng 3.15. Số lượng dịch dẫn lưu

	<50ml	50-100 ml	>100ml
Số BN (n=95)	11	78	6
Tỷ lệ %	11,6	82,1	6,3

Nhận xét:

- Số lượng dịch qua ống dẫn lưu chủ yếu từ 50-100ml chiếm tỷ lệ là 82,1%
- Số lượng dịch nhiều hơn 100ml có tỷ lệ là 6,3%
- Số lượng dịch ít hơn 50ml có 11 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 11,6%.



Biểu đồ 3.17. Thời gian rút ống dẫn lưu (n=95)

Nhận xét:

- Bệnh nhân được rút ống dẫn lưu chủ yếu trong thời gian 12-24 giờ chiếm tỷ lệ là 64.2%,
- Bệnh nhân được rút ống dẫn lưu sau 24 giờ đều là bệnh nhân được nạo vét hạch 3 khoang chiếm tỷ lệ thấp 6,3%

3.2.6. Thời gian nằm viện (ngày)

Bảng 3.16. Số ngày nằm viện

	≤ 5	6–10	>10
Số BN (n=95)	56	34	5
Tỷ lệ %	58,9	35,8	5,3

Nhận xét:

Thời gian nằm viện trong 5 ngày chiếm chủ yếu 58,9%. Thời gian nằm viện sau 10 ngày là các bệnh nhân nạo vét hạch cả 3 khoang chiếm tỷ lệ thấp 5,3%.

3.3. Các biến chứng của phẫu thuật nội soi

3.3.1. Tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược (TQQN)

Bảng 3.17. Tổn thương thần kinh TQQN của từng phương pháp phẫu thuật

PP phẫu thuật	Biến chứng	Tổn thương dây TKTQ		
		1 tuần	3 tháng	6 tháng
1. Cắt 1 thùy tuyến giáp (2 BN)		0	0	0
2. Cắt toàn bộ tuyến giáp (42 BN)		3 BN (7,1%)	2 BN (4,8%)	0
3. Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch 1 khoang (28 BN)		3 BN (10,7%)	1 BN (3,6%)	0
4. Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch 2 khoang (18 BN)		1 BN (5,6%)	1 BN (5,6%)	0
5. Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch 3 khoang (5 BN)		3 BN (3/5)	1 BN (1/5)	1 BN (1/5)
Tổng (n = 95)		10 BN (10,5%)	5 BN (5,3%)	1 BN (1,1%)

Nhận xét:

- Tổn thương dây thần kinh TQQN không gặp ở phương pháp phẫu thuật cắt 1 thùy tuyến giáp.
- Tổn thương dây thần kinh TQQN ngay sau mổ chiếm tỷ lệ dao động từ 5,6%-10,7%
- Tổn thương dây thần kinh TQQN đến tháng thứ 3 sau mổ, tỷ lệ đó chỉ còn giao động từ 3,6% - 5,6%.
- Tổn thương dây thần kinh TQQN (sau mổ 6 tháng) có 1 bệnh nhân (1,1%).

Bảng 3.18. Soi dây thanh âm khi BN khám lại 3 tháng và 6 tháng sau mổ

Soi dây thanh Thời gian	Liệt 1 dây thanh âm		Liệt 2 dây thanh âm	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
3 tháng (n=83)	5	6,0	0	0
6 tháng (n=58)	1	1,7	0	0

Nhận xét:

- Tại thời điểm khám lần 1 (sau mổ 3 tháng), soi thấy 1 dây thanh âm bị liệt (6,0%). Không có TH nào liệt cả 2 dây thanh âm.
- Khám lại lần 2 (sau mổ 6 tháng) còn 1 TH bị liệt dây thanh âm một bên (1,7%).

Bảng 3.19. Mối liên quan giữa tổn thương dây thần kinh TQQN với việc nạo vét hạch cổ

Đặc điểm	Dây thần kinh thanh quản ngược		OR (95%CI)	p	
	Có liệt n, (%)	Không liệt n, (%)			
PP phẫu thuật (n=95)	Không nạo hạch	2 (4.5)	42 (95.5)	1	0.025
	Có nạo hạch	3 (5.89)	48 (88.2)	1.27 (0.80 – 3.40)	

Nhận xét:

- Liệt dây thần kinh thanh quản ngược có mối liên quan tới việc nạo vét hạch cổ ($p = 0,025$).

- Liệt dây thần kinh thanh quản ngược trong nhóm nạo vét hạch cổ cao hơn ở nhóm không nạo vét hạch gấp 1,27 lần với 95%CI: 0.80 – 3.40

3.3.2. Suy tuyến cận giáp

Bảng 3.20. Suy tuyến cận giáp trạng của từng phương pháp phẫu thuật

PP phẫu thuật	Biến chứng	Suy tuyến cận giáp		
		1 tuần	3 tháng	6 tháng
1. Cắt 1 thùy tuyến giáp (2 BN)		0	0	0
2. Cắt toàn bộ tuyến giáp (42 BN)		3 BN (7,1%)	1 BN (2,4%)	0
3. Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch 1 khoang (28 BN)		3 BN (10,7%)	2 BN (7,1%)	0
4. Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch 2 khoang (18 BN)		1 BN (5,6%)	1 BN (5,6%)	0
5. Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch 3 khoang (5 BN)		1 BN (1/5)	1 BN (1/5)	0
Tổng (n = 95 BN)		8 BN (8,4%)	5 BN (5,3%)	0

Nhận xét:

- Suy tuyến cận giáp tạm thời không gặp ở phương pháp phẫu thuật cắt 1 thùy tuyến giáp.

- Suy tuyến cận giáp tạm thời ngay sau mổ chiếm tỷ lệ từ 5,6% đến 10,7%. Tính chung cho tất cả các phương pháp phẫu thuật là 8,4%

- Suy tuyến cận giáp tạm thời nhiều nhất ở nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp có nạo vét hạch khoang trung tâm là 10,7%

- Suy tuyến cận giáp tạm thời đến tháng thứ 3 sau mổ giảm chỉ còn từ 2,4% đến 7,1%. Tính chung là 5,3%

- Đến thời điểm 6 tháng không có bệnh nhân nào bị suy tuyến cận giáp.

Bảng 3.21. Nồng độ trung bình hocmon cận giáp (PTH) và canxi máu của các bệnh nhân suy tuyến cận giáp sau mổ

	Nồng độ PTH và Canxi tại các thời điểm		
	1 tuần (n=8)	3 tháng (n=5)	6 tháng (n=5)
PTH (1,6-6,9)	1,3	3,6	3,7
Ca (2,2-2,65)	1,6	2,3	2,25
Ca++ (1,17-1,29)	1,12	1,16	1,18

Nhận xét:

- Thời kỳ hậu phẫu, nồng độ trung bình hocmon tuyến cận giáp (PTH) và canxi trong máu của các bệnh nhân suy tuyến cận giáp đều giảm dưới ngưỡng trung bình.

- Nồng độ trung bình hocmon tuyến cận giáp (PTH) và canxi trong máu tăng dần, đến tháng thứ 6 sau mổ thì các chỉ số này về bình thường.

Bảng 3.22. Mối liên quan suy tuyến cận giáp trạng với nạo vét hạch cổ

Đặc điểm	Tuyến cận giáp trạng		OR (95%CI)	p	
	Có suy n, (%)	Không suy n, (%)			
PP phẫu thuật (n=95)	Không nạo hạch	1 (2.3)	43 (97.7)	1	0.043
	Có nạo hạch	4 (7.8)	47 (92.1)	1.35 (0.50 – 2.40)	

Nhận xét:

- Suy tuyến cận giáp có mối liên quan tới việc nạo vét hạch cổ (p = 0,043).
- Suy tuyến cận giáp trạng trong nạo vét hạch cổ cao hơn ở nhóm không nạo vét hạch gấp 1,35 lần với 95%CI: 0.50 - 2.40

3.3.3. Các biến chứng khác trong phẫu thuật nội soi

Bảng 3.23. Các biến chứng khác (n=95)

	Số BN (n=95)	Tỷ lệ %	Cách thức xử trí
1 Chuyền mổ mở	0	0	
2 Thủng khí quản	1	1,1	Hút liên tục áp lực âm qua dẫn lưu vết mổ
3 Bỏng da	1	1,1	Bôi thuốc chữa bỏng
4 Dò dưỡng chấp	0	0	
5 Chảy máu sau mổ	2	2,1	Mổ nội soi lại lấy máu cục, xác định điểm chảy, đốt cầm máu, rửa sạch phẫu trường bằng nước muối sinh lý
6 Tụ dịch sau mổ	0	0	
7 Tràn khí dưới da	0	0	
8 Nhiễm trùng vết mổ	0	0	

Nhận xét:

- Không có trường hợp nào phải chuyền mổ mở
- Biến chứng bỏng da, thủng khí quản, chảy máu sau mổ tỷ lệ tương ứng là 1,1%, 1,1% và 2,1%
- Biến chứng: dò dưỡng chấp, tụ máu, nhiễm trùng không có trường hợp nào.

3.4. Khám lại sau mổ

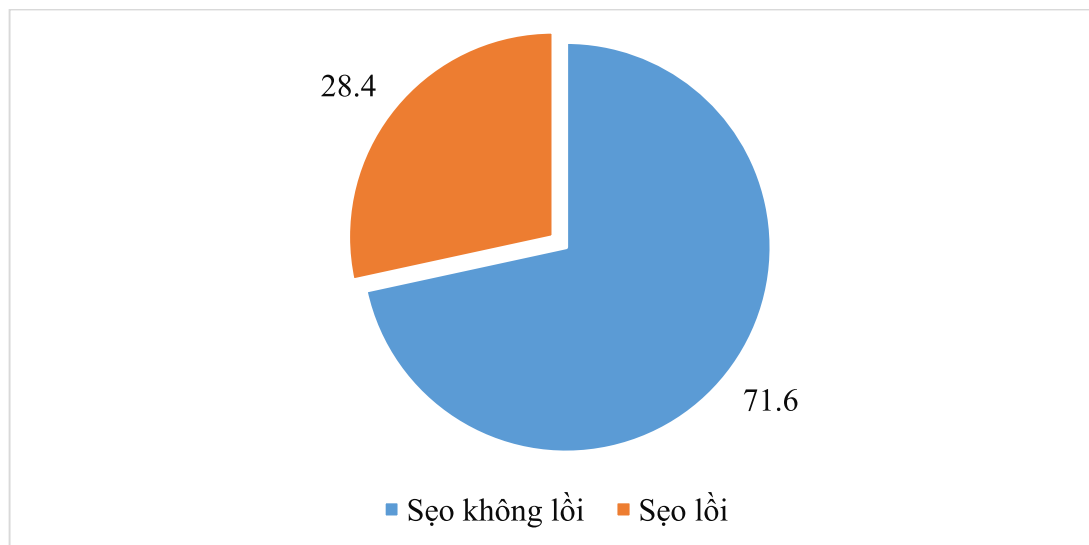
Bảng 3.24. Cảm giác vùng mổ (n=95)

Triệu chứng	Thời gian		Tỷ lệ	
	3 tháng	Tỷ lệ %	6 tháng	Tỷ lệ %
1. Tê bì	13	13,7	6	6,3
2. Đau	5	5,3	2	2,1
3. Tức nghẹn	4	4,2	3	3,2

Nhận xét:

- Tê bì vùng cổ là triệu chứng thường gặp sau mổ, 3 tháng khám lại có 13 bệnh nhân (13,7%), sau 6 tháng triệu chứng này giảm còn ở 6 bệnh nhân (6,3%).

- Đau và tức nghẹn sau mổ 3 tháng có 5,3 % và 4,2%; sau 6 tháng triệu chứng này còn 2,1% và 3,2%.



Biểu đồ 3.18. Tình trạng sẹo mổ sau 6 tháng (n=95)

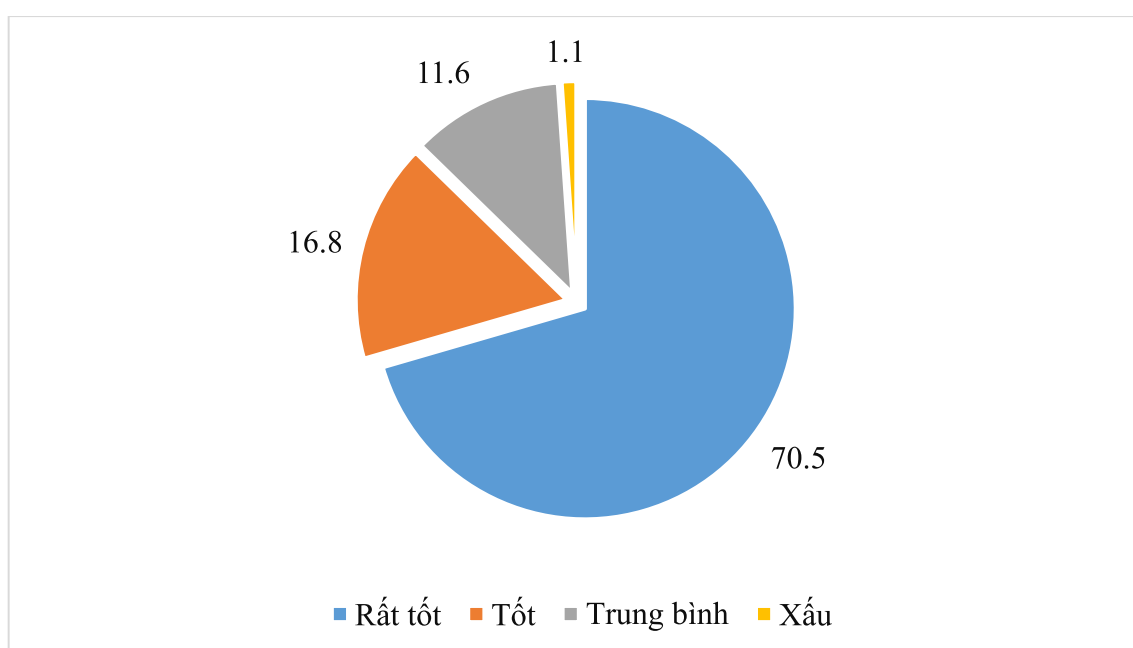
Nhận xét:

- Sẹo không lồi tại chân các trocar có 68 bệnh nhân (71,6%)
- Sẹo lồi có 27 bệnh nhân (28,4%)

Bảng 3.25. Độ hài lòng về thẩm mỹ sau 6 tháng

	Độ hài lòng về thẩm mỹ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1.	Rất hài lòng	67	70,5
2.	Hài lòng	15	15,8
3.	Chấp nhận được	11	11,6
4.	Không hài lòng	2	2,1
	Tổng	95	100

Nhận xét: Bệnh nhân rất hài lòng về thẩm mỹ chiếm chủ yếu là 70,5%. Không hài lòng có 2 bệnh nhân (2,1%).

**Biểu đồ 3.19. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 6 tháng (n=95)**

Nhận xét: Kết quả phẫu thuật của 95 bệnh nhân được đánh giá dựa trên các tiêu chuẩn: có biến chứng không, mức độ biến chứng, tình trạng sẹo, độ hài lòng về thẩm mỹ. Kết quả rất tốt có 67 bệnh nhân (70,5%). Kết quả xấu có 1 bệnh nhân (1,1%), bệnh nhân này bị liệt 1 dây thần kinh vĩnh viễn.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân UTTG giai đoạn sớm

4.1.1. Tuổi và giới

UTTG là bệnh phổ biến nhất trong các loại bệnh lý ác tính tuyến nội tiết, trong đó UTTG thể biệt hóa chiếm đa số, gặp ở mọi lứa tuổi cả nam và nữ. Tuổi và giới tính có liên quan đến tiên lượng của bệnh, tuổi < 15 hoặc > 45 tuổi là yếu tố tiên lượng xấu [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thấp nhất là 15, cao nhất là 45, tuổi trung bình của bệnh nhân là $27,8 \pm 2,8$, đây là lứa tuổi thuộc nhóm có tiên lượng tốt nhất, và cũng là lứa tuổi có nhu cầu thẩm mỹ nhiều nhất. Tuổi trung bình của nam là $30,4 \pm 3,4$ cao hơn so với độ tuổi trung bình của nữ là $27,2 \pm 2,5$ có ý nghĩa thống kê $p=0,042$ (Bảng 3.1).

Bảng 4.1. Tuổi và giới bệnh nhân PTNS của các tác giả

Tác giả (năm)	Tỷ lệ Nữ/nam	Lứa tuổi hay gặp	Lứa tuổi trung bình
Ahn JH (2015) ^[67]	29,3/1	40 - 45	$43,6 \pm 10,9$
Kim K.H (2012) ^[68]	24/1		$39,5 \pm 0,8$
Zhao QZ (2014) ^[9]	2,9/1		$45,6 \pm 12,7$
Chúng tôi (2016)	14,8/1	15 - 45	27,8

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với các tác giả về tỷ lệ độ tuổi là do sự khác nhau về đối tượng và phạm vi nghiên cứu...Tuy nhiên, các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ UTTG biệt hóa phân bố khá rộng về độ tuổi, đặc biệt có xu hướng gặp ở người trẻ, bệnh nhân đang ở độ tuổi lao động chiếm tỷ lệ lớn.

Vì vậy, khi bệnh nhân có u tuyến giáp, cần phải làm các xét nghiệm để chẩn đoán xác định UTTG, điều trị sớm cho bệnh nhân sẽ mang lại hiệu quả cao hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (Biểu đồ 3.1), bệnh nhân nữ giới gặp nhiều hơn hẳn nam giới, tỷ lệ nữ/ nam 14,8/1.

Theo nghiên cứu của Trương Xuân Quang, nam chiếm 24,7%, nữ chiếm 75,3%, tỷ lệ nữ/nam là 3,1/1 [90]. Nghiên cứu của Lê Văn Quảng, tỷ lệ nữ/nam là 2,5/1[91]. Theo Kim K.H và cộng sự thì tỉ lệ nữ/nam là 24/1 [68]. Nghiên cứu của Ahn JH và cộng sự, tỷ lệ nữ/nam là 29,3/1 [67].

Kết quả nghiên cứu PTNS về tỷ lệ nữ/nam cao hơn so với các nghiên cứu trong phẫu thuật mổ mở, có thể là do nhu cầu thẩm mỹ ở nữ cao hơn, tuy nhiên vẫn thể hiện rằng UTTG hay gặp ở nữ giới hơn so với nam giới.

4.1.2. Thời gian phát hiện bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi theo kết quả bảng 3.2, đa số bệnh nhân vào viện trong năm đầu kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên chiếm 83,2%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Trần Văn Thông (2014) là 85,7% [92].

Theo Lê Văn Quảng (2002), tỷ lệ phát hiện bệnh trong năm đầu tiên chỉ chiếm 9%, Trịnh Xuân Dương (2012) tỷ lệ này là 71,25%, Nguyễn Văn Hùng (2013), tỷ lệ là 77,4% [91],[93],[94]. Các nghiên cứu này cho thấy bệnh nhân đến khám sớm hơn khi có các triệu chứng đầu tiên. Tuy nhiên vẫn còn một số bệnh nhân đến viện sau một thời gian mắc bệnh dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 5,2% trường hợp đến viện sau 12 tháng. Việc chậm trễ khám và điều trị có thể do bệnh nhân không quan tâm đến bệnh tật, hoặc vì một số vấn đề khác như điều kiện kinh tế, hoặc do bệnh nhân đi kiểm tra, xét nghiệm ở nhiều cơ sở y tế để so sánh trước khi quyết định phẫu thuật... Qua đây, chúng ta cũng thấy rằng UTTG tiến triển chậm, ít ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống

của người bệnh, do vậy cần tuyên truyền để mọi người hiểu biết về bệnh và đi khám, phát hiện khi bệnh còn ở giai đoạn sớm.

4.1.3. Triệu chứng cơ năng

Theo kết quả biểu đồ 3.2, bệnh nhân đi kiểm tra sức khỏe định kỳ phát hiện ra bệnh là lý do vào viện hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 77,9%. Tỷ lệ tự sờ thấy u vùng cổ chỉ chiếm 12,6%. Theo Đinh Xuân Cường (2010) tỷ lệ sờ thấy u là 73,8% [95]. Nghiên cứu của Chử Quốc Hoàn (2013), u giáp chiếm 59,9% [96]. Như vậy, các nghiên cứu đều cho thấy u giáp là triệu chứng hay gặp nhất khiến bệnh nhân vào viện, khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi lý do vào viện chủ yếu là do khám sức khỏe định kỳ. Sở dĩ có sự khác nhau này là do đặc thù bệnh viện nơi chúng tôi nghiên cứu là chuyên khoa nội tiết, nên các bệnh nhân khi đi kiểm tra sức khỏe định kỳ đã phát hiện UTTG qua siêu âm vùng cổ và chọc tế bào.

Các triệu chứng cơ năng khác của UTTG như nuốt nghẹn, nói khàn, khó thở thường xuất hiện muộn khi u giáp có kích thước lớn gây chèn ép hoặc xâm lấn. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tiến Lãng (2008), 11,8% BN có triệu chứng nuốt vướng, 4,1% BN có khàn tiếng và tỷ lệ BN khó thở là 4,1% [97]. Theo Nguyễn Văn Hùng (2013), nuốt vướng gặp ở 30,4% các trường hợp, khàn tiếng gặp ở 12,7% [94]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, BN có nuốt vướng chiếm tỷ lệ 7,3%, khàn tiếng chỉ chiếm 2,1%. Bệnh nhân khàn tiếng đi khám chuyên khoa tai mũi họng thấy có hạt xơ dây thanh. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu PTNS của Ahn JH (2019) [67], Zhao QZ và cộng sự (2018) [9].

Qua các báo cáo và nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy UTTG thể biệt hóa tiến triển chậm, âm thầm, kéo dài. Các triệu chứng ban đầu thường nghèo nàn, khó phát hiện bệnh. Triệu chứng cơ năng như nuốt vướng, nói khàn không phải là triệu chứng chính để bệnh nhân đến khám và điều trị. Ở giai đoạn đầu của bệnh ít gặp

các triệu chứng đặc trưng có giá trị giúp chẩn đoán sớm, bệnh nhân nên được đi khám sức khỏe định kỳ để sàng lọc.

4.1.4. Triệu chứng thực thể

Trong nghiên cứu của chúng tôi khám lâm sàng phát hiện thấy u tuyến giáp là 71,6%. Kết quả này thấp hơn với các nghiên cứu của tác giả Lê Văn Quảng (2015) u giáp trên lâm sàng có ở 96,6% [98], của Đinh Xuân Cường (2010) là 96,4%, của Trịnh Xuân Dương (2012) là 91,5%, Chử Quốc Hoàn (2013) là 94,1% [95],[99],[100]. Lý giải điều này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều ở giai đoạn sớm.

Theo kết quả bảng 3.3; vị trí u ở thùy phải và thùy trái là như nhau chiếm 27,9% và 36,8%, có 23,5% u nằm ở cả hai thùy tuyến giáp và 11,8% u nằm ở eo tuyến giáp. Tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tiến Lãng (2008), u ở thùy phải gặp 33,8% và u ở thùy trái gặp 32,3%, u hai thùy gặp 27,2% [97]. Nghiên cứu của Đinh Xuân Cường (2010) trong số u được phát hiện qua thăm khám thì u tuyến giáp thùy phải chiếm tỷ lệ 49,8%, thùy trái chiếm tỷ lệ 31,1%, u hai thùy tuyến giáp là 12,9%, u ở eo giáp chiếm tỷ lệ thấp nhất 6,2% [95]. Nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2015), u ở thùy phải là 48,5%, thùy trái là 32% [98]. Như vậy hầu hết các tác giả đều thấy rằng khối u ở thùy phải và thùy trái là tương đương nhau, ít gặp u ở eo tuyến giáp. Việc thăm khám lâm sàng giúp chẩn đoán và tiên lượng bệnh, đồng thời giúp cho việc định hướng các phương pháp thăm khám cận lâm sàng khác như siêu âm và chọc tế bào bằng kim nhỏ.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng UTTG

4.2.1. Siêu âm trong chẩn đoán UTTG

Siêu âm vùng cổ, tuyến giáp là xét nghiệm vô cùng quan trọng trong chẩn đoán UTTG cùng với chọc tế bào, đặc biệt đối với những trường hợp u kích thước nhỏ, không thể thăm khám trên lâm sàng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi theo biểu đồ 3.5, vị trí u nằm ở thùy trái và thùy phải tuyến giáp gần tương đương nhau 12,63% và 9,47% và u nằm ở cả hai thùy 76,8%. Theo bảng 3.5, khối u có âm vang giảm âm hay gặp nhất chiếm 68,1%, vi vôi hóa chiếm 58,3%, tăng sinh mạch chiếm 50,7%. Tại biểu đồ 3.6, ranh giới u so với nhu mô và tổ chức xung quanh rõ chiếm 77,9%; không rõ 22,1%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Lê Công Định tại bệnh viện Bạch Mai năm 2013 có đối chứng giữa siêu âm và kết quả mô bệnh học sau mổ cho thấy 34,5% các khối u đặc tuyến giáp là ung thư, 79,8% nhóm ung thư có u giảm âm, 73,7% nhóm ung thư có canxi hóa, 57,9% nhóm ung thư u có ranh giới không rõ [26].

Kích thước u là một trong những yếu tố tiên lượng của UTTG, dựa vào kích thước u cho phép ta đánh giá, phân độ giai đoạn T (tumor). Theo Cady và Rossi khi khối u càng lớn thì tỷ lệ tái phát và tử vong càng cao, kích thước $u \leq 4\text{cm}$ thuộc nhóm có nguy cơ thấp và kích thước $u > 4\text{cm}$ thuộc nhóm có nguy cơ cao [101]. Theo tác giả Nguyễn Xuân Phong (2011) cho thấy phần lớn BN có khối u có kích thước 1- 4cm chiếm tỷ lệ 86,67%, có 6,67% u có kích thước $> 4\text{cm}$ [102]. Theo nghiên cứu của Đinh Xuân Cường (2004) khối u có kích thước $< 4\text{cm}$ chiếm 75,5%, $u > 4\text{cm}$ chiếm 24,5% [103].

Trong nghiên cứu phẫu thuật nội soi của chúng tôi: Tất cả các bệnh nhân được lựa chọn có kích thước u trên siêu âm nhỏ hơn hoặc bằng 2cm. Theo bảng 3.4: có 61,1% bệnh nhân kích thước u là 1-2cm, u có kích thước $< 1\text{cm}$ là 38,9%. Kết quả này cũng tương đương với các tác giả Ahn JH (2019), Zhao QZ và cộng sự (2018) [9],[67]. Tất cả các bệnh nhân trong phẫu thuật nội soi không có tác giả nào lựa chọn kích thước nhân lớn hơn 4cm, đây là kích thước mà trong phẫu thuật nội soi bướu giáp nhân lành tính cũng ít được lựa chọn. Điều này chứng tỏ những hạn chế của phẫu thuật nội soi so với mổ mở.

Số lượng u, siêu âm tuyến giáp phát hiện được các u mà lâm sàng không thấy, chính vì vậy tỷ lệ u tuyến giáp ở hai thùy khi siêu âm tăng lên 76,8% so với khám lâm sàng là 23,5% (Bảng 3.3 và biểu đồ 3.5). Số lượng từ 3 u trở lên chiếm 67,4%, bệnh nhân có 2 u là 30,5% và có 1 u có 2,1% (Biểu đồ 3.4). Kết quả của chúng tôi tương đương với Serpell, J. W và Lee.J (2014), UTTG thường nhiều ổ, sau phẫu thuật 52% bệnh nhân có các ổ ung thư ở cả 2 thùy, 30% có nhiều ổ nhỏ trong 1 thùy, giải phẫu tử thi thấy 25-36% bệnh nhân có microcarcinoma mà các phương pháp thông thường không phát hiện được [104]. Do vậy, trong khám chẩn đoán cần thận trọng, phối hợp nhiều phương pháp cận lâm sàng để tránh bỏ sót những nhân nhỏ nằm sâu trong nhu mô tuyến giáp mà lâm sàng không phát hiện được.

Hiện nay, sử dụng phân loại TIRADS, tổng hợp các đặc tính ác tính của u giáp trên siêu âm để có thể nhận định mức độ ác tính của u giáp. TIRADS phân loại từ 1 đến 6, TIRADS càng cao thì u giáp càng thể hiện mức độ ác tính càng cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi phân độ TIRADS 5 chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 55,8%; TIRADS 4 là 36,8%; TIRADS 3 chỉ là 7,4% (bảng 3.6). Kết quả của chúng tôi gần tương đương với nghiên cứu của Trần Văn Thông (2014) là 71,1% u với TIRADS 4, có 21,1% u TIRADS 5 và 7,8% u với TIRADS 3 [30].

4.2.2. Kết quả chẩn đoán tế bào học và phân loại mô bệnh học

4.2.2.1. U tuyến giáp

Chọc tế bào bằng kim nhỏ: Chọc tế bào u tuyến giáp để chẩn đoán tế bào học với nhiều ưu điểm: dụng cụ đơn giản, cho kết quả nhanh, thuận tiện, giá trị chẩn đoán cao, ít tai biến. Chọc tế bào dưới hướng dẫn của siêu âm rất có ý nghĩa trong chẩn đoán, đặc biệt khi u tuyến giáp nhỏ, ở sâu sẽ cho kết quả cao hơn.

Trong nghiên cứu này, đối chiếu với kết quả mô bệnh học cho thấy tỷ lệ dương tính chiếm 82,1%, nghi ngờ là 12,6% ; không xác định tổn thương chiếm

5,3% (Biểu đồ 3.7). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các tác giả Nguyễn Tiến Lãng tỷ lệ dương tính của chọc hút tế bào bằng kim nhỏ chiếm 86,7%, âm tính giả 8,7% [97]. Nghiên cứu của Baeza tỷ lệ dương tính là 78% [105]. Kết quả chẩn đoán dương tính của chúng tôi cao hơn với tác giả Nguyễn Quốc Bảo (1999) nghiên cứu tại viện K, chọc hút tế bào có tỷ lệ chẩn đoán đúng là 74,1%; âm tính giả là 25,9% và qua 5 lần sinh thiết tức thì tại u, có một lần âm tính giả, 4 lần dương tính (đạt 80%) [49]. Điều này cho thấy chọc hút tế bào dưới hướng dẫn siêu âm cho kết quả chính xác cao hơn đặc biệt các nhân nhỏ không sờ thấy trên lâm sàng.

Sinh thiết tức thì trong mổ:

Trong nghiên cứu chúng tôi sinh thiết tức thì cho 16 trường hợp với kết quả chọc tế bào là nghi ngờ và không xác định tổn thương, khi đối chiếu với kết quả mô bệnh học cho thấy tỷ lệ dương tính chiếm 94,1%, không xác định tổn thương 5,9% (Bảng 3.7). Kết quả nghiên cứu này có tỷ lệ dương tính tương đương với Zhao QZ (2019) khi nghiên cứu 306 bệnh nhân UTTG [9] .

Lee, S.Lee, C. R (2014) nghiên cứu 738 bệnh nhân UTTG cho thấy khi làm sinh thiết tức thì trong mổ có kết quả chính xác hơn vì thấy các mạch máu và sự xâm nhập trong tổ chức tuyến giáp. Sinh thiết tức thì đạt độ nhạy 91% và độ đặc hiệu thường 85%, có ý nghĩa quan trọng để chỉ định phẫu thuật trong khi mổ [106].

Kết quả mô bệnh học u tuyến giáp

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Phong có 93,33% là ung thư biểu mô thể nhú, 6,67% là ung thư thể nang, các thể khác không gặp trường hợp nào [102]. Theo Đinh Xuân Cường thể nhú là 89,3%, thể nang là 5,8% thể tủy là 4,9% [95]. Theo Nguyễn Văn Hùng, thể nhú là 95,1%, thể nang là 3,9%,

thể không biệt hóa là 1% [94]. Theo G. Calo và cộng sự tỷ lệ UTTG thể nhú gặp 90,5% và 9,5% là thể nang [24].

Theo biểu đồ 3.8, UTTG thể nhú chiếm đa số trường hợp 90,5%, trong đó có 6,4% ung thư thể nhú biến thể nang. UTTG thể nang chiếm tỷ lệ thấp 9,7%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó rằng UTTG thể nhú là thể mô bệnh học hay gặp nhất trong ung thư tuyến giáp.

4.2.2.2. Đặc điểm di căn hạch cổ

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 51 TH di căn hạch vùng cổ chiếm tỷ lệ 46,3%. Vị trí di căn chủ yếu gặp ở hạch thuộc khoang trung tâm (nhóm VI) chiếm tỷ lệ 40,8%. Di căn hạch cảnh bên (nhóm III và nhóm IV) chiếm tỷ lệ tương đương nhau là 18,4% và 14,4%. Tỷ lệ di căn rất thấp ở hạch nhóm II và nhóm V tương ứng là 7,9% và 5,4% (Biểu đồ 3.10). Kết quả nghiên cứu hạch khoang trung tâm của chúng tôi thấp hơn so với Wu GY (49,8%), nhưng cũng tương đương với các tác giả Vũ Trung Chính, Trần Trọng Kiểm và Chen C [10],[107],[108],[109]. Các nghiên cứu đều cho thấy hạch di căn gặp ở khoang trung tâm (hạch nhóm VI) là cao nhất, điều này lưu ý các phẫu thuật viên trong quá trình phẫu thuật UTTG cần ưu tiên nạo vét hạch khoang trung tâm.

Sự liên quan giữa di căn hạch với mô bệnh học: Theo biểu đồ 3.11, nghiên cứu của chúng tôi có ung thư thể nhú di căn hạch chiếm tỷ lệ cao nhất 62,5%, tỷ lệ di căn hạch đối với thể nang là 22,2%, di căn hạch thể nhú biến thể nang là 35,7%. Có sự khác biệt về tình trạng di căn hạch giữa thể nhú với các thể khác với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với Chen C [10], di căn hạch ở ung thư thể nhú chiếm 57,2%, thể nang chiếm 17,5%. Nghiên cứu của Trần Văn Thiệp có tỷ lệ di căn hạch ở ung thư thể nhú là 78,3% [110], Vũ Trung Chính cho thấy di căn hạch ở ung thư thể nhú chiếm 62,9% [108].

4.2.3. Nồng độ dấu ấn sinh học Tg và Anti Tg

Chúng tôi định lượng nồng độ dấu ấn sinh học Tg và Anti-Tg trước phẫu thuật và đối chiếu với thể mô bệnh học cho thấy: không có sự khác biệt nồng độ kháng thể giữa ung thư biểu mô thể nhú, thể nang hay thể nhú biến thể nang (Biểu đồ 3.14). Đối chiếu với những trường hợp có di căn hạch thì nồng độ trung bình dấu ấn sinh học Tg và Anti-Tg càng cao thì tỷ lệ di căn hạch cổ càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Biểu đồ 3.12 và 3.13). Định lượng trước và sau khi phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, nồng độ Tg, anti-Tg giảm mạnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Biểu đồ 3.15).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có nồng độ Tg và Anti-Tg thấp hơn với kết quả của Mai Trọng Khoa, Nguyễn Mai Anh, Trần Đình Hà, Phan Sỹ An[111]. Lý giải điều này có thể là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm những bệnh nhân ở giai đoạn I, không có di căn xa như các tác giả.

4.3. Phẫu thuật nội soi UTTG

4.3.1. Tư thế bệnh nhân và vị trí trocar

Tư thế bệnh nhân

Bệnh nhân nằm ở tư thế ngửa và độn gối dưới vai cũng giống như mổ mở, đầu quay về phía đối diện với bên mổ, hai tay dạng sang ngang. Tư thế này nhằm làm rộng vùng cổ bên có bướu, lúc này cơ ức-đòn-chũm được kéo dài một cách tối đa, góc được tạo bởi cơ này và khối cơ ức-giáp, cơ ức-móng sẽ được mở ra rộng hơn. Như vậy sau khi tách cơ thì toàn bộ thùy tuyến giáp sẽ được hướng ra khoảng không phía trước rộng hơn nên việc xử lý các thao tác cũng dễ dàng hơn. Tư thế này cũng đều được các tác giả khác sử dụng [80], [93].

Vị trí và số lượng trocar

Vị trí: Vị trí đặt trocar tại ngực và nách được nhiều tác giả ứng dụng, ưu điểm của đường này là cho khoảng cách giữa các dụng cụ đủ rộng, không bị chạm nhau khi thực hiện. Các sẹo do đặt trocar sau mổ được dấu đi bởi lỗ tự nhiên hoặc che bằng áo.

Yan H rạch da dài 12mm và 15mm ở ngay trên đầu 2 núm vú, sau đó dùng dụng cụ đầu tù tách mù lên phía hõm ức rồi mới đưa ống kính soi mềm vào. Để tránh chảy nhiều máu tác giả sử dụng tiêm vào dưới da dung dịch epinephrine. Tác giả đặt tiếp tục đặt 2 trocar nằm dưới xương đòn hai bên. Tuy mổ thành công ở 44 bệnh nhân trong số 45 bệnh nhân nhưng ở phần kết quả của mình tác giả không cho biết số lượng cụ thể của phần máu mất là bao nhiêu và có 1 bệnh nhân phải chuyển sang mổ mở vì chảy máu. Chúng tôi không làm theo cách này vì với cách tách mù và phải tách rộng như thế rất dễ làm chảy máu không thể kiểm soát được mặc dù đã tiêm chất làm co mạch.

Yu, J. J. rạch 10mm ở giữa ngực cho ống kính soi, 2 đường rạch 12mm ở 2 bên nách cho dụng cụ. Ngoài ra tác giả còn rạch thêm từ 1 đến 2 đường nữa dài 5mm cho dụng cụ ở bên có bướu. Với những vị trí này chúng tôi thấy: đường rạch quá nhiều và dài. Muốn đi tới vị trí ở cổ cũng phải tách mù bằng dụng cụ đầu tù, vì vậy sẽ làm chảy máu và khó kiểm soát. Chính vì thế mà chỉ mổ ở 22 bệnh nhân nhưng số lượng máu chảy > 300ml ở 4 bệnh nhân trong đó có 1 bệnh nhân chảy nhiều hơn 600ml. Chúng tôi cũng không dùng các vị trí này vì có một đoạn dài tách để đặt trocar và cầm máu không chủ động [63].

Hayemin Lee trong 24 trường hợp phẫu thuật UTTG nội soi thành công, có 16 trường hợp (chiếm 66,7%) dùng 6 trocar khi mổ, 5 trường hợp (chiếm 20,8%) dùng 5 trocar khi mổ, 3 TH phải chuyển mổ mở [13].

Tuy xu thế chung hiện nay là giảm thiểu tối đa sang chấn cho bệnh nhân cũng như nhu cầu thẩm mỹ, nhưng chúng tôi quan niệm số trocar ít hay nhiều không phản ánh trình độ phẫu thuật viên mà hiệu quả công việc phải đặt lên hàng đầu, phẫu thuật phải thuận lợi và an toàn. Các trocar đặt ở ngực đều được dấu đi khi mặc áo, như vậy có thêm 1 hoặc 2 trocar thì vẫn đảm bảo về mặt thẩm mỹ.



Hình 4.1. Vị trí đặt trocar tại ngực nách

(Bệnh nhân Ngô Thị D 40 tuổi số hồ sơ 22493)

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng 3 trocar cho mỗi bên thùy: 1 trocar 10mm ở vùng nách để cho ống soi. Sau đó dưới ống kính soi đặt một trocar 5mm ở rìa của núm vú và một trocar 5mm ở đỉnh hõm nách. Những trocar này được đặt theo 1 nguyên tắc là đủ dụng cụ để làm việc, và những dụng cụ này ở những khoảng cách vừa đủ nhưng không động chạm nhau trong khi thực hiện các thao tác. Với 3 trocar được đặt ở ngực và nách như thế là đủ và hợp lý, vừa tránh được các vết rạch ở cổ, vừa tránh được các thao tác mà gây chảy máu một cách tối đa.

Tách cơ vào tuyến giáp

Trong phẫu thuật mổ mở: rạch da theo đường Kocher và có thể kéo dài đường này sang hai bên tùy thuộc vào độ to của bướu, tiếp theo là tách các vạt da lên trên và xuống dưới. Sau đó thì tiến hành tách đường trắng giữa (medial approach) hoặc tách đường bên (lateral approach) để vào tuyến giáp [112],[113].

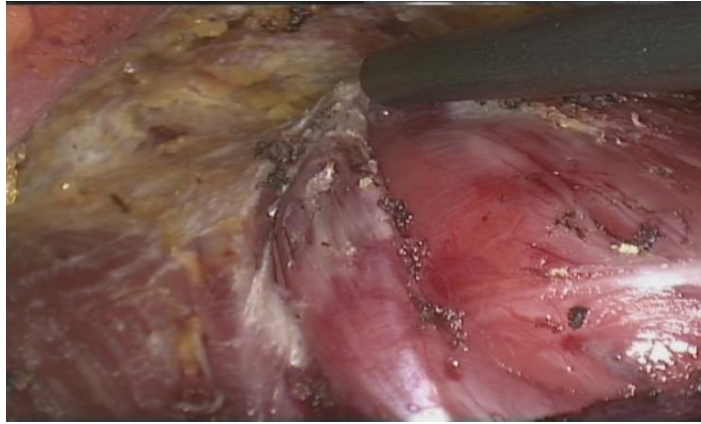
Trong phẫu thuật nội soi, các tác giả cũng lựa chọn đường tách cơ vào tuyến giáp như trong mổ mở. Tuy nhiên trong mổ mở thì có các dụng cụ để kéo và vén cơ rất thuận lợi để xử lý thương tổn. Trong phẫu thuật nội soi việc thêm dụng cụ, kéo và vén là hạn chế.

Theo Tae, Kyung PTNS đường miệng, đã tách đường giữa để vào tuyến giáp. Tác giả nhận thấy rằng: đường trắng giữa, giống như trong mổ mở, với các ưu điểm: vào trực tiếp thùy eo tuyến giáp, tránh xa được động tĩnh mạch cảnh, u ở eo tuyến giáp việc cắt thùy eo là dễ dàng. Với u ở thùy bên cần phải khâu kéo cơ ức giáp và ức móng sang bên (có thể 1 mũi hoặc 2 mũi khâu kéo). Tác giả nhận thấy: cần phải dùng một lực mạnh để vén khỏi cơ ức giáp và ức móng để vào thùy bên của tuyến giáp. Bộc lộ để quan sát cực trên tuyến giáp thuận lợi với các u nhỏ, khó với u to và u nằm tại cực trên. Tìm tuyến cận giáp trên dễ dàng, xác định tuyến cận giáp dưới và dây thần kinh TQQN khó khăn. Phải mất thời gian khâu lại đường giữa [114].

Trần Ngọc Lương: PTNS đường ngực nách đi bằng đường bên để vào thùy tuyến giáp: Đi theo đường này tác giả thấy: Cơ ức-giáp phủ ngay mặt trước của tuyến giáp, khi tách dọc cơ này thì bướt tự đẩy lùi và bộc lộ hoàn toàn ra phía trước. Dễ bộc lộ mạch máu cực trên, dây thần kinh thanh quản và tuyến cận giáp ở thành bên. Không phải khâu lại sau mổ. Tuy nhiên khi vào thùy đối diện lại phải tách các cơ [19].

Sun, H. đã tổng kết và phân tích hậu kiểm 5 nghiên cứu trên thế giới so sánh giữa 2 đường vào (đường giữa và đường bên), có 475 bệnh nhân được phẫu tích theo đường giữa và 582 bệnh nhân được phẫu tích theo đường bên. Kết quả cho thấy tỷ lệ chuyển mổ mở, thời gian mổ, lượng máu mất, thời gian nằm viện là như nhau giữa hai đường vào. Tuy nhiên, mỗi tác giả lại quen với một đường vào, không có tác giả nào thực hiện bằng cả hai đường. Với việc đặt trocar tại miệng hoặc tại ngực thì các tác giả thường đi vào đường giữa, vị trí trocar tại nách và sau mang tai thì các tác giả đi vào đường bên. Tác giả kết luận, mỗi đường vào đều có ưu điểm và khó khăn riêng tùy thuộc vào từng tác giả, cần có những thử nghiệm lâm sàng lớn, đa trung tâm để làm rõ hơn về vấn đề này [76].

Chúng tôi đi vào tuyến giáp theo đường bên như tác giả Trần Ngọc Lương, bởi vì kỹ thuật này chúng tôi được đào tạo và đã thực hiện nhiều trong phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp nhân lành tính. Kỹ thuật gồm các bước:



Hình 4.2. Tách cơ vào tuyến giáp

(Bệnh nhân Ngô Thị D 40 tuổi số hồ sơ 22493)

- Tách bờ trước cơ ức-đòn-chũm ra ngoài: Phẫu thuật viên dùng đầu ống hút đè cơ ức đòn chũm xuống và dùng móc để tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ. Khi đó nhìn thấy các cơ vai-móng và ức giáp đã được bóc lộ.

- Tách bờ trong cơ vai-móng và gạt lên trên: xác định cơ vai móng, cơ này nằm ở phía trên ngoài, hướng từ dưới lên trên, từ ngoài vào trong, với gân giữa 2 bụng cơ nằm ở ngang mức cơ ức-đòn-chũm, tách bắt đầu từ bờ dưới của cơ này, cũng theo lớp cân bọc cơ, vừa tách vừa gạt cơ này lên trên và ra ngoài.

- Bỏ dọc cơ ức giáp để vào thùy tuyến: Lúc này khối u đã đẩy lùi cơ ức-giáp ra phía trước. Bỏ dọc cơ ức-giáp theo các thớ của cơ tại vị trí 1/3 ngoài và 2/3 trong. Sau khi bỏ dọc cơ, toàn bộ thùy tuyến tự đẩy lùi ra phía trước.

4.3.2. Giai đoạn bệnh được lựa chọn cho phẫu thuật nội soi

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp bước đầu tiên là phải tạo khoang làm việc, khoang này được tạo ra bằng việc nâng da và tổ chức dưới da lên, khoang này rất hẹp và chỉ giới hạn ở trong vùng cổ: phía dưới là hõm ức, phía trên tới sụn

giáp, hai bên là bờ ngoài cơ ức-đòn-chũm. Khi tách các lớp cơ vào tuyến giáp, lúc này nhân tuyến giáp sẽ được bật lên và chiếm khoảng không gian đã tạo được của khoang. Như vậy nhân càng lớn thì chiếm diện tích càng nhiều và sẽ làm cho khoang càng chật hẹp, khó quan sát và khó thực hiện các thao tác kỹ thuật.

Theo Kitano H, diện tích khoang làm việc hẹp hoặc nhân quá lớn không đảm bảo đủ tiêu chuẩn thì sẽ gặp các trở ngại: *Thứ 1*: quan sát rất khó ngay cả ống kính 30⁰ hay ống kính mềm vì không có không gian để đưa và xoay ống kính. *Thứ 2*: các dụng cụ khi đưa vào sẽ chạm nhau, khi quan sát được thì lại không làm được. Công việc này càng khó khăn hơn khi có chảy máu, do khoang hẹp nên chỉ cần một mạch máu nhỏ chảy cũng có thể làm đầy khoang. *Thứ 3*: Việc tránh làm tổn thương tuyến cận giáp và dây thần kinh thanh quản quặt ngược liên quan mật thiết đến việc có nhìn thấy rõ hay không trong quá trình mổ [115].

Bảng 4.2. Giai đoạn bệnh các tác giả lựa chọn phẫu thuật nội soi

Tác giả	Giai đoạn I	Giai đoạn II
Yan H (n=45)[116]	100%	0
Zhao QZ (n=48)[9]	100%	0
Mo K (n=55)[12]	100%	0
Elzahaby IA (n=20)[117]	100%	0
Zhang D (n=200)[18]	95,1%	4,9%
Cho J (n=75)[79]	84,2%	13,8%
Chúng tôi (n=95)	100%	0

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều ở giai đoạn I, $u < 1\text{cm}$ có 37 TH chiếm tỷ lệ 38,9%; khối $1\text{cm} \leq u \leq 2\text{cm}$ chiếm chủ yếu là 61,1% (Bảng 3.11), kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với phần lớn các tác giả lựa chọn bệnh nhân để phẫu thuật nội soi (Bảng 4.2).

Zhang D và cs đã lựa chọn bệnh nhân cả ở giai đoạn II, kích thước nhân lớn nhất là 4 cm, vẫn nằm trong vỏ bao (chiếm tỷ lệ thấp 4,9%). Tác giả cũng nhận thấy thời gian mổ của các bệnh nhân này kéo dài hơn và tỷ lệ chuyển mổ mở của nhóm này rất cao chiếm tới 11,3% [18]

Việc lựa chọn ở giai đoạn I và kích thước nhân nhỏ hơn 2cm chúng tôi nhận thấy: các nhân kích thước nhỏ sẽ làm cho thùy tuyến không quá to, khi phẫu thuật chúng tôi có thể cắt chọn vẹn toàn bộ thùy tuyến giáp mà không làm rách vỏ bao. Điều này giúp cho việc phẫu thuật khá triệt để và cũng rất an toàn về mặt ung thư học.

Các tác giả phẫu thuật nội soi trên thế giới lựa chọn chủ yếu ở giai đoạn I với tỷ lệ 84,2% - 100%, ít ở giai đoạn II, không có ở giai đoạn III và IV. Ngược lại trong mổ mở giai đoạn được lựa chọn nhiều nhất là giai đoạn II (Bảng 4.3). Phẫu thuật mổ mở có thể mạnh là thực hiện được ở tất cả các giai đoạn của bệnh, trong khi đó PTNS không thực hiện được ở các giai đoạn III, IV là do việc tạo khoang vùng cổ có giới hạn, có nhiều cơ quan dễ bị tổn thương. Đây cũng là hạn chế của phương pháp nội soi so với mổ mở.

Bảng 4.3. Giai đoạn bệnh của các tác giả trong mổ mở

Tác giả	Giai đoạn I	Giai đoạn II	Giai đoạn III, IV
Nguyễn Quốc Bảo[49]	16,1%	74,2%	9,7%
Trần Minh Đức[118]	35,1%	33,6%	31,3%
Vũ Trung Chính[108]	47,6%	39,7%	12,7%
Nguyễn Tiến Lãng[97]	19,5%	65,6%	14,9%
Trần Trọng Kiểm[109]	54,4%	25,4%	20,2%

4.3.3. Các loại phẫu thuật nội soi đã được thực hiện

Nghiên cứu của chúng tôi với 95 TH UTTG đã thực hiện được các kỹ thuật: Cắt 1 thù tuyến giáp (2,1%), cắt toàn bộ tuyến giáp (44,2%), cắt toàn bộ tuyến giáp vét hạch 1 khoang (29,5%), cắt toàn bộ tuyến giáp vét hạch 2 khoang (18,9%) và cắt toàn bộ tuyến giáp vét hạch 3 khoang (5,3%) (Biểu đồ 3.16).

Tỷ lệ các kỹ thuật của chúng tôi chủ yếu là cắt toàn bộ tuyến giáp (44,2%) và ít ở cắt 1 thù tuyến (2,1%) và nạo vét hạch 3 khoang (5,3%), kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Cho J [79].

Kết quả của Zhao QZ, Zhang D và Yan H [9],[11],[116] cho thấy tỷ lệ PTNS đồng đều ở cắt 1 thù và cắt toàn bộ tuyến giáp trong điều trị UTTG (Bảng 4.4). Việc phẫu thuật đều phải theo chỉ định, nhưng cho thấy UTTG thể biệt hóa giai đoạn sớm có tiên lượng tốt và ưu tiên cho việc điều trị bảo tồn.

Bảng 4.4. Các loại PTNS đã thực hiện của các tác giả

Tác giả	Cắt 1 thù tuyến giáp	Cắt toàn bộ tuyến giáp	Số BN nạo vét hạch
Yan H (n=45)[116]	25	20	15 (33,3%)
Zhao QZ (n=48)[9]	27	21	2 (4,2%)
Zhang D (n=200)[11]	98	102	20 (10%)
Cho J (n=75)[79]	7	68	17 (22,7%)
Chúng tôi (n=95)	2	93	51 (53,4%)

Nạo vét hạch cổ:

✓ Kỹ thuật nạo vét hạch cổ nội soi:

- Nạo vét hạch khoang trung tâm (nhóm hạch VI): chúng tôi cần xác định rõ có tuyến cận giáp tại đây hay không, tách bóc lộ được toàn bộ dây thần kinh thanh quản dọc theo đường đi (bên trái nằm ở trước thực quản và bờ bên khí

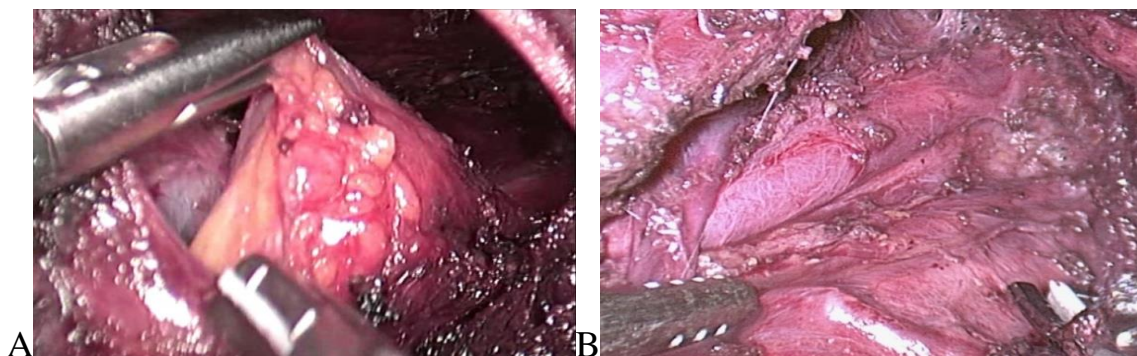
quản, bên phải nằm ở giữa hai khe của khí quản và thực quản). Dùng dao siêu âm tách dây thần kinh quặt ngược theo hướng đường đi của nó từ trên xuống dưới. Sau đó lấy bỏ toàn bộ các nhóm hạch trên khí quản và cạnh bên khí quản (nhóm VI).



Hình 4.3. Nạo hạch khoang trung tâm

(Bệnh nhân Ngô Thị D 40 tuổi số hồ sơ 22493)

- Nạo vét hạch khoang bên: Trong phẫu thuật nội soi chúng tôi tách bờ ngoài bó đờn của cơ ức đòn chũm và dùng kẹp đi từ vị trí trocar bên đối diện để nâng cơ ức đòn chũm lên. Lúc này toàn bộ khoang bên được bộc lộ và góc nhìn là từ ngoài vào và từ nền cổ nhìn lên. Khối hạch giới hạn phía trên tương ứng với bờ dưới của cơ nhị thân (nhóm II). Giới hạn phía dưới tương ứng với hội lưu TM Pirogoff (nhóm V).



Hình 4.4. Nạo hạch khoang bên (nhóm II, III, IV, V)

A-trước nạo hạch. B-sau nạo hạch

(Bệnh nhân Ngô Thị D 40 tuổi, số hồ sơ 22493)

Phẫu thuật nội soi với ống kính 30⁰ chúng tôi dễ dàng quan sát được ở vị trí sâu của góc dưới hàm (nhóm II), ở mặt sau của cơ ức đòn chũm và tĩnh mạch cảnh trong (nhóm III và nhóm IV) nên việc nạo vét hạch thực hiện thuận lợi. Tuy nhiên trong nghiên cứu này các hạch chưa phá vỡ vỏ và chưa có thâm nhiễm ra các tổ chức xung quanh. Chúng tôi nhận thấy rằng nếu hạch đã phá vỡ vỏ và xâm lấn sang các tổ chức xung quanh thì việc nạo vét hạch bằng nội soi là rất khó, hoặc có thể không lấy được, đây cũng là nhược điểm của phẫu thuật nội soi.

✓ *Kết quả nạo vét hạch cổ*

Trong nghiên cứu, chúng tôi tiến hành vét hạch cổ chọn lọc, 51 bệnh nhân (53,4%) chúng tôi đều nạo vét hạch theo khoang khi có hạch thuộc bất kể 1 nhóm nào trong khoang đó là hạch di căn (khoang trung tâm: nhóm hạch VI, khoang bên có nhóm II, III, IV và V). Khi lấy hạch ở mỗi bệnh nhân chúng tôi phân theo nhóm để làm giải phẫu bệnh sau mổ.

Kết quả giải phẫu bệnh hạch cho thấy tỷ lệ di căn của các hạch nhóm VI là cao nhất chiếm tỷ lệ là 40,8%. Nhóm III, nhóm IV và tương đương nhau lần lượt chiếm tỷ lệ là 18,4%; 17,4%, hạch di căn ở nhóm II và nhóm V có tỷ lệ thấp là 5,4% và 7,9% (Biểu đồ 3.10). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các báo cáo của các tác giả Chen, C.Huang.S, Zhang và Wu GY [10],[11],[107].

Như vậy, phẫu thuật nội soi đến nay đã tiến hành được từ cắt toàn bộ tuyến giáp đến nạo vét hạch trong điều trị UTTG giai đoạn sớm.

Lấy bệnh phẩm ra khỏi vùng mổ

Việc lấy bệnh phẩm ra khỏi vùng mổ cũng theo nguyên tắc như đối với mổ nội soi ổ bụng; nghĩa là lấy được bệnh phẩm ra ngoài nhưng vẫn đảm bảo giữ sạch các chân lỗ trocar. Các lỗ trocar trong phẫu thuật tuyến giáp cũng nhỏ và thường là một đường ống chứ không sát ngay da như trong phẫu thuật ổ bụng. Đồng thời tổ chức của u và tuyến giáp cũng mềm, mủn vì vậy nếu lấy qua các

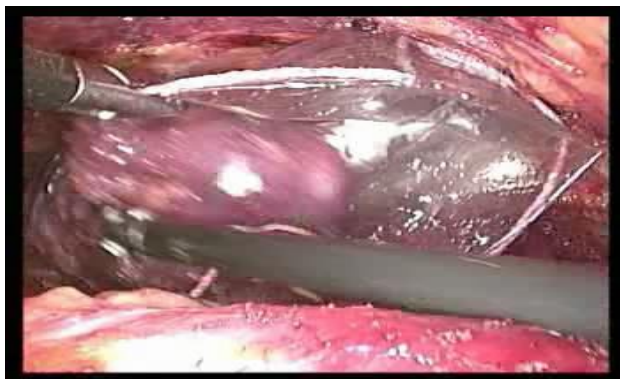
lỗ chọc trocar đơn thuần thì rất dễ làm nát bệnh phẩm thành các mảnh vụn làm cho việc lấy ra càng khó khăn hơn và gây gieo rắc các tế bào ung thư.

Để tránh làm lây lan tế bào, các tác giả đều dùng túi để đựng bệnh phẩm để đưa ra ngoài mà không đưa trực tiếp qua lỗ trocar. Do đó nên dùng túi dai và dụng cụ không sắc nhọn để kẹp. Bệnh phẩm ở trong túi được đưa ra ngoài bằng hút, kẹp forceps hoặc cả hai. Đặc tính của túi phụ thuộc vào chất liệu: như polyurethane dễ bị thủng khi kẹp trong khi loại làm từ nylon thì bền hơn [73],[74],[119].

Đối với các u lành tính, sau khi cho bệnh phẩm vào túi và kẹp nhỏ thành các mảnh trước khi lấy ra. Nên thật cẩn thận để tránh rách bao làm rơi tế bào tuyến giáp ra ngoài. Rơi tế bào ra ngoài có thể dẫn đến việc mô tế bào tuyến giáp tái tạo tại thành ngực. Do đó quy trình kẹp phải được hoàn toàn thực hiện trong túi. Các mảnh của bệnh phẩm sau kẹp vẫn đủ để làm giải phẫu bệnh. Đối với các trường hợp u ác tính, phân loại giai đoạn bệnh nên được lấy ra nguyên vẹn [120],[121].

Tại bệnh viện Nội tiết năm 2008 đã có 1 TH làm thủng túi khi lấy bệnh phẩm, sau 1 năm các tế bào u đã phát triển tại thành ngực và phải mổ mở để lấy khối u và cắt một phần cơ ngực lớn.

Inabnet đã báo cáo có 2 trường hợp rách túi trong quá trình kẹp u, khối u lành tính khi làm rách túi đã làm cấy các tế bào tuyến giáp tại thành ngực [61].



Hình 4.5. Lấy bệnh phẩm bằng túi nylon
(Bệnh nhân Ngô Thị D 40 tuổi, số hồ sơ 22493)

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng túi nilon với chỉ thắt ở đầu túi, kích thước túi 6 x 10cm. Cuộn túi thành cuộn nhỏ và đưa vào qua lỗ trocar 10mm. Trải túi ra, miệng túi hướng ra phía ống kính soi còn đáy túi trải về phía trên cổ. Vì phẫu trường tự tạo chật hẹp cho nên việc trải túi, đưa bệnh phẩm vào túi cũng phải tự lựa sao cho dễ dàng nhất. Sau khi thắt cổ túi thì dùng dụng cụ cặp sợi chỉ đưa túi có bệnh phẩm ra ngoài qua lỗ trocar 10mm. Dùng đầu kẹp phẫu tích để nong rộng chỗ rách da, sự lựa chọn khối u nhỏ hơn 2cm, chúng tôi đã lấy được nguyên vẹn mẫu bệnh phẩm ra ngoài, không có trường hợp nào bị rách túi. Kích thước của túi là 6 x 10cm, túi này nhỏ hơn so với túi dùng trong phẫu thuật bụng. Việc sử dụng túi nilon chúng tôi thấy an toàn, đảm bảo được các tiêu chí của việc lấy bệnh phẩm, tiện lợi và rẻ tiền.

4.3.4. Thời gian phẫu thuật

Thời gian mổ nội soi UTTG được định nghĩa là khoảng thời gian từ khi đặt trocar đầu tiên đến khi khâu da mũi cuối cùng. Thời gian mổ cũng là một chỉ số phản ánh kỹ năng của phẫu thuật viên, thời gian mổ sẽ giảm đi khi mức độ hoàn thiện kỹ năng của phẫu thuật viên tăng lên.

Thời gian phẫu thuật nội soi theo các tác giả như sau:

Bảng 4.5. So sánh thời gian PTNS và mổ mở theo các tác giả (phút)

Tác giả (năm)	Số BN (PTNS/mổ mở)	Thời gian mổ (phút)		p
		PTNS	Mổ mở	
Zhao QZ (2018)[9]	48/258	192 ± 36	96 ± 30	0,01
Mo K (2018)[12]	-	93,2 ± 8,3	-	-
Park, K. N (2016)[17]	-	124,3 ± 27	-	-
Zhang D (2017)[122]	200/200	120 ± 36	80 ± 36	0,024
Chúng tôi	95	84,9 ± 15,8	-	-

Zhao QZ (2018) qua 48 bệnh nhân mổ nội soi bằng đường ngực cho thấy rằng thời gian mổ trung bình là 192 phút, Tác giả nhận thấy những ca đầu tiên khi cắt toàn bộ tuyến giáp có nạo vét hạch là những ca có thời gian mổ lâu nhất (326 phút) lý do tác giả nêu ra là vừa làm vừa hoàn thiện kỹ thuật, nạo vét hạch chưa có quy trình nào cho nội soi.

Zhang D (2019) phân tích đa biến trên 200 bệnh nhân UTTG được PTNS tại bệnh viện đại học Y Messina, Italia từ năm 2013 đến 2017 [122]. Kết quả cho thấy PTNS UTTG có thời gian mổ giảm đáng kể sau khi mổ được 50 ca, thời gian mổ trung bình giảm dần từ 216 phút xuống còn 115 phút.

Trong PTNS chúng tôi thấy tạo khoang làm việc tại vùng cổ là một khâu đầu tiên quan trọng quyết định sự thành công của ca mổ, do đó rất mất thời gian để tạo ra khoang này. Thời gian sẽ kéo dài vì phải tách dần dần và nếu không đi đúng vào lớp xốp của tổ chức liên kết, hoặc làm tổn thương các tĩnh mạch nông gây chảy máu khó cầm thì còn lâu hơn. Trong phẫu thuật UTTG thời gian còn kéo dài cho việc nạo vét hạch. Nếu chỉ nạo vét hạch tại khoang trung tâm thời gian sẽ ngắn hơn so với nạo vét hạch khoang bên vì khi nạo vét hạch khoang bên cần phải tách bó ngoài cơ ức đòn chũm và tách riêng cơ vai móng ra trước khi nạo hạch.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình là 84,9 phút, thời gian ngắn nhất 42 phút, lâu nhất là 125 phút (Bảng 3.12). Thời gian mổ trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với các tác giả, điều này có lẽ do sự thuần thục về kỹ thuật của các phẫu thuật viên đã mổ nội soi tuyến giáp lành tính trước đó, ngoài ra chúng tôi lựa chọn bệnh nhân đều ở giai đoạn sớm với $u < 2\text{cm}$. Thời gian mổ của chúng tôi còn được rút ngắn do việc ứng dụng dao đốt cắt siêu âm thay thế cho dao điện. Dao điện tạo ra rất nhiều khói trong quá trình mổ, sau mỗi lần đốt hay cắt thì chúng tôi phải dừng lại để cho khói thoát hết ra ngoài rồi mới có thể làm tiếp được, trong khi đó dao siêu âm ít tạo khói, cầm máu và cắt nhanh góp phần rút ngắn thời gian mổ.

Theo bảng 4.5 chúng tôi thấy thời gian mổ giữa các tác giả không giống nhau và thời gian mổ của phẫu thuật nội soi còn kéo dài hơn nhiều so với mổ mở. Các tác giả cho rằng thời gian mổ phụ thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Tuy là kỹ thuật được các phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi thực hiện, nhưng khi nạo vét hạch các tác giả chưa thực hiện nhiều nên mất thời gian trong quá trình bóc tách, lấy hạch và cầm máu... Nhưng càng về sau, số lượng ca mổ càng nhiều thì thời gian mổ trung bình càng rút ngắn lại.

4.3.5. Lượng máu mất

Lượng máu mất trong mổ thì phẫu thuật nội soi được tính qua máy hút. Hiện nay với màn hình độ phân giải cao, phẫu thuật viên có thể quan sát rất rõ ràng các cấu trúc giải phẫu vùng phẫu tích, thêm nữa là sự trợ giúp của phương tiện cầm máu ưu thế như dao siêu âm... dẫn đến việc kiểm soát chảy máu trong PTNS ngày càng dễ dàng hơn [123]. Nghiên cứu về lượng máu mất trung bình trong mổ nội soi thấy rất khác nhau tùy theo từng tác giả từ 0ml đến 115ml, kết quả này phụ thuộc vào kỹ thuật mổ, kỹ năng phẫu tích của từng nhóm phẫu thuật viên.

Bảng 4.6. Lượng máu mất trong PTNS và mổ mở của các tác giả (ml)

Tác giả (năm)	Số BN (PTNS/mổ mở)	Lượng máu mất (ml)		p
		PTNS	Mổ mở	
Zhao QZ (2018) [9]	48/258	62 ± 15	74 ± 25	0,21
Mo K (2018) [12]	-	78 ± 15	-	-
Elzahaby IA (2017) [117]	-	65 ± 15	-	-
Zhang D (2019) [122]	200/200	50 ± 17	57 ± 12	0,18
Chúng tôi	95	16 ± 10	-	-

Zhang D cho rằng lượng máu mất sẽ giảm dần theo kinh nghiệm, theo số lượng của các ca mổ. Những ca mổ về sau số lượng máu mất bao giờ cũng ít hơn số lượng máu mất của các ca mổ đầu [122].

Zhao QZ nhận thấy đốt cắt cầm máu khó ở cực trên do việc quan sát hạn chế và thường mất máu nhiều tại đây, tác giả có 3/5 trường hợp phải chuyển mổ mở do không cầm được máu tại vị trí này [9].

Chúng tôi có những bệnh nhân với số lượng máu mất được coi là 0 ml. Những bệnh nhân này hầu như không có chảy máu trong suốt quá trình mổ, chỉ có một vài giọt thấm ra khi rạch da. Trong những trường hợp này, quá trình tạo khoang đi vào đúng lớp tổ chức xốp, khí CO₂ sẽ làm tổ chức xốp bung ra, ống kính soi có thể giúp phẫu thuật viên nhìn thấy cả những mạch máu nhỏ để đốt được hoàn toàn trước khi cắt. Khi phẫu trường mổ càng sạch thì việc tách tiếp theo càng dễ và lại càng không chảy máu. Với kinh nghiệm của chúng tôi, quá trình đốt cắt động mạch giáp trên bao giờ cũng phải sát tổ chức tuyến giáp, bởi vì sát động mạch giáp trên là dây thần kinh thanh quản trên. Ống hút phải được đặt ở khoang vô mạch nâng lên thì cực trên sẽ được bộ lộ rõ, động mạch và tĩnh mạch giáp trên căng dài ra và dùng dao siêu âm đốt mạch máu tại 2 vị trí trước khi cắt sát tuyến.

Elzahaby IA (2017) rất lo ngại là lúc cắt dây chằng Berry, đây là thời điểm dễ làm tổn thương dây thần kinh nhất do nằm ở ngay sát dây chằng này trước khi đổ vào cơ nhẫn-giáp, đồng thời lại có nhiều mạch máu ở từ dưới dây chằng đổ vào tuyến giáp, phải vừa đốt vừa cắt rất tỉ mỉ, đến đâu cầm máu kỹ đến đó vì nếu chảy máu thì mất mốc giải phẫu, rất dễ làm tổn thương dây thần kinh ở phía sau. Dù đã cắt đốt bằng dao siêu âm tác giả vẫn có 1 ca chảy máu sau mổ tại vị trí này [117].

Lượng máu mất trung bình của chúng tôi là 16 ± 10 ml cho thấy đây là lượng máu mất ít hơn so với các tác giả khác. Điều này có thể lý giải là chúng

tôi được phẫu tích điều trị các bệnh nhân lành tính với số lượng lớn trước khi vào nghiên cứu, chính các thao tác càng thuần thục giúp lượng máu mất sẽ càng ít.

Zhao QZ và Zhang D [9],[18] đã cho thấy lượng máu mất giữa PTNS và mổ mở là tương đương nhau, do vậy nếu tính về độ an toàn đối với lượng máu mất trong phẫu thuật thì phẫu thuật nội soi cũng đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

4.3.6. Chuyển mổ mở

Chuyển mổ mở thường được cho là một thất bại của PTNS, nhất là đối với phẫu thuật viên mới mổ nội soi. Đó là một quan điểm sai lầm vì chuyển mổ mở là thay đổi phương pháp mổ để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

Nguyên nhân chủ yếu của việc chuyển mổ mở thường là do chảy máu không tiếp tục nội soi được mà phải chuyển để cầm máu. Ngoài ra có một nguyên nhân nữa cũng hay gặp là việc tạo khoang không đủ rộng hoặc bấu quá to hoặc ung thư thâm nhiễm các tổ chức xung quanh. Mỗi tác giả chuyển mổ mở với một tỷ lệ khác nhau:

Bảng 4.7. Tỷ lệ chuyển mổ mở của các tác giả

Tác giả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Kyung Tae (n=78)[124]	4	5,1
Zhao QZ (n=48)[9]	5	10,4
Mo K (n=55)[12]	1	1,8
Zhang D (n=200)[122]	14	3,3
Cho J (n=75)[79]	3	4
Chúng tôi (n=95)	0	0

Tỷ lệ chuyển mổ mở của Kyung Tae (2019) khi phẫu thuật nội soi 78 bệnh nhân là 5,1% (5 bệnh nhân). Trong 5 TH thì 2 TH là do ung thư thâm nhiễm tại chỗ còn 3 bệnh nhân do chảy máu nhiều. Zhang D(2019) có 8 TH chảy máu nhiều và 4 TH ung thư thâm nhiễm cơ phải chuyển mổ mở. Tác giả chủ trương chuyển mổ mở ngay để cắt toàn bộ tuyến giáp và cắt một phần khối cơ đã thâm nhiễm [124].

Zhao QZ cho thấy TH chảy máu nhiều phải chuyển mổ mở đều do máu chảy từ cực trên không kiểm soát được. Trong quá trình bóc tách để cầm máu động mạch cực trên của thùy tuyến giáp là vị trí khó nhìn thấy nhất. Đặc biệt ở cực trên có một nhánh động mạch giáp trên chạy vòng sang nối với động mạch cùng tên bên đối diện. Những động mạch giáp ở cực trên đôi khi không thể tách hẳn ra để kẹp clip hay dùng đốt cắt bằng dao siêu âm, nếu bóc tách không cẩn thận thì sẽ làm tổn thương dây thần kinh thanh quản trên [9].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đi vào từ đường nách, do đó ống kính soi đi vào từ phía bên nên có thể quan sát rõ trực tiếp cực trên. Dùng đầu ống hút đặt vào khoang vô mạch nâng lên, khi đó các mạch máu của cực trên giãn dài ra nên việc quan sát, đốt cầm máu được thực hiện dễ dàng. Tiếp đó mới bắt đầu cắt dây chằng Berry như trong phẫu thuật mổ mở. Chính nhờ vào kỹ thuật này mà trong 95 ca mổ, chúng tôi đã kiểm soát thành công các mạch máu góp phần vào việc làm giảm lượng máu mất và không có trường hợp nào chảy máu nhiều phải chuyển sang mổ mở.

4.3.7. Các biến chứng

4.3.7.1. Tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược

Tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược trong phẫu thuật tuyến giáp có hai dạng sau: Liệt dây thần kinh TQQN tạm thời và vĩnh viễn. Các nguyên nhân thường là do co kéo, đụng dập, trong quá trình bóc tách tổ chức,

hoặc tổn thương vì nhiệt: nóng, bỏng do dùng dao đốt cắt mạch máu hoặc do phù nề các tổ chức xung quanh gây chèn ép dây. Chúng tôi thường hẹn bệnh nhân đến khám lại sau 3 tháng 1 lần, soi dây thanh quản, trường hợp bị liệt dây TQQN thì thấy dây thanh âm không di động 1 dây hoặc cả 2 dây.

Liệt dây thần kinh quặt ngược tạm thời: Triệu chứng biểu hiện ngay sau phẫu thuật với giọng khàn. Giọng nói được cải thiện dần và trở về bình thường trước 6 tháng.

Bảng 4.8. Biến chứng liệt dây thần kinh TQQN của các tác giả

Tác giả	Liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược			
	Tạm thời		Vĩnh viễn	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Yan H (n=45)[116]	5	11,1	0	0
Mo K (n=55)[12]	7	12,7	1	1,8
Elzahaby IA (n=20)[117]	3	3/20	0	0
Zhang D (n=200)[122]	21	10,5	3	1,5
Cho J (n=75)[79]	8	10,7	1	1,3
Chúng tôi (n=95)	10	10,5	1	1,1

Trong nghiên cứu của chúng tôi, liệt dây thần kinh TQQN tạm thời ngay sau mổ chiếm tỷ lệ dao động từ 5,6%-10,7%. Đến thời điểm 3 tháng tỷ lệ đó giảm còn 3,6-5,6%. Tính riêng cho từng loại phẫu thuật cho thấy: Cắt 1 thùy tuyến giáp không gặp TH nào, cắt toàn bộ tuyến giáp: 7,1%, cắt toàn bộ tuyến giáp nạo vét hạch 1 khoang: 10,7%, cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch 2 khoang: 5,6%, cắt toàn bộ tuyến giáp nạo vét hạch cả 3 khoang: 3/5 (Bảng 3.17). Tỷ lệ tai biến liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược vĩnh viễn là 1,1%, trường hợp này nhân ung thư nằm ở vị trí dây chằng Berry nơi đổ vào

của dây thần kinh quặt ngược bên trái, do vậy khi phẫu thuật đã làm đứt dây thần kinh bên trái, chúng tôi đã nối lại luôn trong mổ tận tận bằng chỉ vicrin 6.0. Sau mổ bệnh nhân khàn tiếng nhiều, không khó thở, điều trị theo hướng dẫn của bác sỹ chuyên khoa tai mũi họng, sau 6 tháng bệnh nhân vẫn nói khàn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các tác giả Yan H, Zhang D [116] [122].

Zhang.D (2019) khi so sánh tỷ lệ liệt dây thần kinh tạm thời trong PTNS thấp hơn so với phẫu thuật mổ mở. Lý giải điều này không phải là phẫu thuật nội soi tốt hơn mà là do đối tượng lựa chọn cho phẫu thuật nội soi ở giai đoạn sớm, kích thước nhân nhỏ hơn 2cm, chưa có thâm nhiễm ra tổ chức xung quanh [18].

Tỷ lệ tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược ở các nghiên cứu khác nhau còn phụ thuộc vào phương pháp phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp có hay không nạo vét hạch. Theo Vũ Trung Chính tổn thương dây thần kinh quặt ngược trong mổ mở ở giai đoạn I và II thấp (2,8%) và cao ở giai đoạn III, IV (5,1%). Trần Trọng Kiểm nghiên cứu 210 bệnh nhân UTTG được cắt tuyến giáp toàn bộ, nạo hạch gây liệt dây thần kinh quặt ngược vĩnh viễn ở giai đoạn III, IV là 0,7% [125].

Theo bảng 3.19, khi nghiên cứu mối liên quan giữa tỷ lệ tổn thương dây thần kinh TQQN với việc nạo vét hạch cổ, chúng tôi nhận thấy có sự tương quan rõ rệt giữa việc nạo vét hạch cổ với tổn thương dây thần kinh, nạo vét hạch càng rộng rãi thì khả năng tổn thương dây thần kinh TQQN càng cao. Sự khác biệt có nghĩa thống kê $p=0,025$. Liệt dây thần kinh TQQN trong nhóm nạo vét hạch cổ cao hơn ở nhóm không nạo vét hạch cổ gấp 1,27 lần.

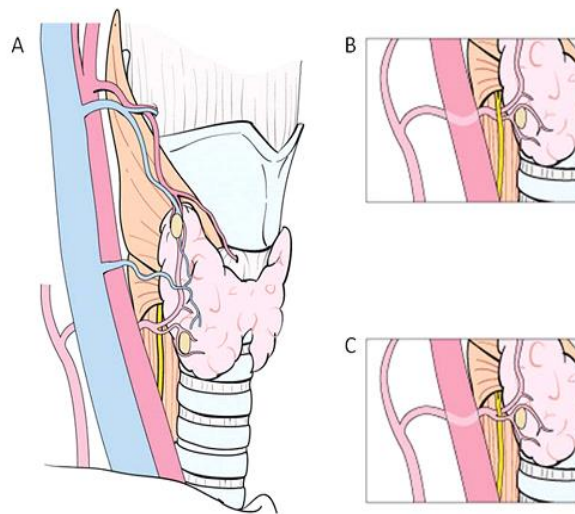
Zhang D và Cho J [18],[79] cũng ghi nhận kết quả tương tự ở phẫu thuật mổ mở, tỷ lệ tổn thương dây thần kinh tăng lên cùng mức độ nạo vét hạch rộng rãi vùng cổ, sự khác biệt có nghĩa thống kê ($P<0,05$). Tác giả kết luận rằng để

hạn chế thấp nhất tổn thương thần kinh quặt ngược, cần phẫu tích dây thần kinh rõ ràng một cách hệ thống và tỉ mỉ. Khi vết hạch khoang trung tâm cần xác định rõ đường đi của dây thần kinh TQQN vì dây thần kinh phân nhánh khi bắt chéo với động mạch giáp dưới.

Theo kinh nghiệm chúng tôi để hạn chế tổn thương dây thần kinh TQQN trong quá trình mổ cần tìm các mốc xác định thần kinh TQQN bao gồm: Tam giác thần kinh thanh quản quặt ngược, động mạch giáp dưới, dây chằng Berry.

Tam giác thần kinh thanh quản quặt ngược: Khi đi vào vùng cổ, TK TQQN được tìm thấy ở trong tam giác TK TQQN, giới hạn bởi: thân động mạch cảnh chung ở phía ngoài, khí quản và thực quản ở trong, thùy giáp ở phía trên. Đỉnh của tam giác TKTQQN quay xuống dưới nên quá trình tìm và bộc lộ TK TQQN thường bắt đầu từ đỉnh của tam giác này. Thần kinh không luôn luôn nằm trong rãnh khí - thực quản (vị trí được bảo vệ) mà có thể hơi ở trước rãnh (thường thấy ở bên phải) và nó có thể nằm ngoài rõ rệt so với khí quản ngang mức phần dưới của tuyến giáp. Ở bên phải thần kinh thường nằm trước hoặc sau hoặc đan xen với các nhánh tận cùng của động mạch giáp dưới, trong khi đó ở bên trái thần kinh thường nằm sau động mạch, ít khi đi trước. Thần kinh có thể tách ra các nhánh cho thanh quản trước khi nó chạy ở sau sừng dưới sụn giáp. Nghiên cứu liên quan giải phẫu giữa TK TQQN và khí quản, Trịnh Văn Minh thấy TK TQQN phải nằm trong rãnh khí - thực quản chỉ chiếm khoảng 59% số trường hợp và nó có thể nằm phía ngoài cách khoảng 1cm so với khí quản. Ở bên trái TK TQQN nằm trong rãnh khí - thực quản gặp khoảng 70% số trường hợp [126]

Động mạch giáp dưới: Thần kinh thanh quản quặt ngược có thể đi trước, đi sau hoặc đi giữa các nhánh của động mạch này.



Hình 4.6. Liên quan của TKTQQN và ĐM giáp dưới[18],[127].

A: TK đi sau ĐM; B: TK đi trước ĐM; C: TK đi giữa các nhánh ĐM.

Tổng kết những dạng chính của mối liên quan giải phẫu giữa hai cấu trúc này, Zhang, D đã đưa ra kết luận: Ở bên phải, số trường hợp TK TQQN đi giữa các nhánh của động mạch giáp dưới chiếm khoảng 50%, số trường hợp TK đi sau động mạch là 25%, số còn lại đi trước động mạch. Ở bên trái, 50% số trường hợp TK TQQN đi sau động mạch, 10- 12% đi giữa các nhánh nhỏ của động mạch [18].

Dây chằng Berry (Dây chằng treo sau): Đây là một cấu trúc giải phẫu quan trọng trong phẫu thuật tuyến giáp. Động mạch giáp dưới cho một nhánh chạy ngay sát và dọc theo bờ dưới của dây chằng Berry. Đôi khi có một phần nhu mô tuyến giáp lẫn vào trong dây chằng Berry. Ở vùng này, thần kinh thanh quản ngược gắn rất chặt với lớp cân và mạch máu ngay dưới dây chằng [18].

Nghiên cứu của Zhang, D cho thấy có 75% số trường hợp TK TQQN đi sâu phía trong dây chằng, 25% số trường hợp thần kinh đi xuyên qua hoặc đi nông ngay phía ngoài dây chằng. Ngoài ra, có từ 7-10% số trường hợp thần kinh đi xuyên qua nhu mô tuyến giáp. Do đó khi phẫu tích bóc tách dây chằng Berry phải thận trọng để tránh tổn thương thần kinh [18].

Trong nghiên cứu này, sau khi giải phóng cực trên và cực dưới của thùy tuyến giáp, đến dây chằng Berry thì bắt đầu tìm và tách dây TK QNTQ, lúc này dây chằng Berry được chia là 3 phần bằng nhau. Bên phải: vị trí tìm và tách dây TK TQQN là ở 1/3 dưới dây chằng Berry. Bên trái: vị trí tìm và tách dây TK TQQN là ở 1/3 giữa dây chằng Berry.

4.3.7.2. Suy tuyến cận giáp

Suy tuyến cận giáp là biến chứng thường gặp và đáng lo ngại trong phẫu thuật tuyến giáp. Biến chứng này được chia làm hai loại: suy tuyến giáp tạm thời và vĩnh viễn.

Bảng 4.9. Suy tuyến cận giáp trong PTNS của các tác giả

Tác giả	Suy tuyến cận giáp			
	Tạm thời		Vĩnh viễn	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Yan H (n=45)[116]	6	13,3	1	2,2
Kim H.K (n=100)[68]	13	13,0	2	2
Elzahaby IA (n=20)[117]	5	5/20	0	0
Yong-Seok Kim (n=128)[128]	9	7,1	2	2,3
Cho J (n=75)[79]	6	8,0	0	0
Chúng tôi (n=95)	7	8,4	1	1.1

Theo bảng 3.20, phẫu thuật 95 bệnh nhân UTTG thể biệt hóa có tỷ lệ suy tuyến cận giáp tạm thời là 7,1% (cắt toàn bộ tuyến giáp) và 9,8% (cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp vét hạch cổ), nếu tính chung thì tỷ lệ là 8,4%. Không có suy tuyến cận giáp vĩnh viễn. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Yong-Seok Kim (7,1%) và Cho J (8,0%) [79],[128].

Trong quá trình mổ, theo kinh nghiệm của chúng tôi cần xác định chính xác tuyến cận giáp dựa vào vị trí giải phẫu, phẫu tích tỉ mỉ để bảo tồn tuyến cận

giáp và mạch máu nuôi dưỡng tuyến vẫn là phương pháp hữu hiệu nhất. Nếu tuyến cận giáp bị tổn thương trong quá trình phẫu thuật hoặc nghi ngờ mạch máu nuôi tuyến cận giáp bị đứt hoặc dập nát thì nên cấy tuyến cận giáp tự thân vào cơ ức đòn chũm.

Yan H (2019) so sánh giữa phẫu thuật nội soi và mổ mở thấy tỷ lệ suy tuyến cận giáp không có sự khác biệt giữa hai phương pháp ($p>0,05$) [116].

Bảng 3.22, nghiên cứu mối liên quan giữa tỷ lệ suy tuyến cận giáp với việc nạo vét hạch cổ, chúng tôi nhận thấy có sự tương quan rõ rệt giữa việc nạo vét hạch cổ với suy tuyến cận giáp, nạo vét hạch càng rộng rãi thì khả năng suy tuyến cận giáp càng cao. Sự khác biệt rất có nghĩa thống kê $p=0,043$. Suy tuyến cận giáp trong nhóm nạo vét hạch cổ cao hơn ở nhóm không nạo vét hạch cổ gấp 1,35 lần.

Kim H K(2019) [68] cũng ghi nhận kết quả tương tự ở phẫu thuật mổ mở, tỷ lệ suy tuyến cận giáp tăng lên cùng mức độ nạo vét hạch rộng rãi vùng cổ, sự khác biệt có nghĩa thống kê ($P<0,05$).

Như vậy tỷ lệ biến chứng suy tuyến cận giáp sau phẫu thuật nội soi của chúng tôi trong giới hạn cho phép và tương đương với phẫu thuật mổ mở. Điều này khẳng định tính khả thi của phẫu thuật nội soi điều trị UTTG giai đoạn sớm.

4.3.8. Dẫn lưu sau mổ và thời gian nằm viện



Hình 4.7. Đặt dẫn lưu áp lực âm
(Bệnh nhân Ngô Thị D 40 tuổi, số hồ sơ 22493)

Trong nghiên cứu này chúng tôi đặt dẫn lưu áp lực âm cho tất cả các bệnh nhân, lý do là diện tích bóc tách và nạo vét hạch rộng. Chúng tôi không rút dẫn lưu ngay mà chúng tôi theo dõi số lượng và màu sắc dịch hàng ngày, chỉ rút khi số lượng dịch ít hơn 30ml/ngày và dịch màu trong (dịch tiết).

Chen GX (2019) nghiên cứu 117 TH chia làm 2 nhóm có đặt dẫn lưu (59 TH) và không đặt (58 TH), tác giả thấy rằng: Dẫn lưu áp lực âm giúp đưa được tất cả dịch, khí, máu cặn ra ngoài. Theo dõi được có thủng khí quản, dò dưỡng chấp và chảy máu sau mổ hay không. Khi có tràn khí dưới da, hoặc thủng khí quản thì có thể điều trị được bằng cách hút liên tục, ngoài ra với áp lực âm sẽ tránh được khoang ảo và làm cho tâm da dính với tổ chức phía dưới tốt hơn [129].

Theo bảng 3.15, trong nghiên cứu chủ yếu từ 50-100ml với tỷ lệ 82,1%, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Park Yong Lai và Inabnet W.B (54,3%). Có 6 trường hợp có dịch dẫn lưu > 100ml (6,3%), đây là những bệnh nhân có nạo vét hạch 2-3 khoang.

Thời gian rút dẫn lưu: trong nghiên cứu chủ yếu được rút dẫn lưu tại thời điểm 12-24 giờ sau mổ (64,2%). Trường hợp rút dẫn lưu < 12h gặp ở bệnh nhân cắt 1 thùy và cắt toàn bộ tuyến giáp không có nạo vét hạch (Biểu đồ 3.17). So sánh phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp có nạo vét hạch, kết quả rút ống dẫn lưu sau 24h của chúng tôi thấp hơn Inabnet W.B [61]

Thời gian nằm điều trị tại khoa sau phẫu thuật trung bình là $4,8 \pm 1,3$ (ngắn nhất là 3 ngày, lâu nhất là 12 ngày); 58,9% bệnh nhân có thời gian nằm viện ít hơn 5 ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật của nhóm bệnh nhân nạo vét hạch dài hơn so với nhóm bệnh nhân không nạo vét hạch, nguyên nhân là mức độ rộng của phẫu thuật là lớn hơn. Thời gian nằm viện dài nhất 12 ngày là số bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp có nạo vét hạch 3 khoang (Bảng 3.16).

Bảng 4.10. Thời gian nằm viện sau mổ nội soi của các tác giả

Tác giả (năm)	Số BN	Thời gian nằm viện (ngày)		p
		PTNS/mổ mở	Mổ mở	
Kim EY (2012)	28/33	3,30 ± 0,05	4,6 ± 0,05	< 0,01
Hayemin (2012)[13]	37/41	3,17 ± 1,16	3,35 ± 0,94	0,512
Yong-Seok Kim (2014)[128]		3,8 ± 1,6		
Zhang D (2019)[122]		5,7 ± 1,1		
Cho J (2017)[79]		6,1 ± 1,5		
Chúng tôi (n=95)		4,8 ± 1,3		

Theo Kim EY (2012) có thời gian nằm viện trung bình là 3,3 ngày, tác giả thấy thời gian nằm viện của PTNS ngắn ngày hơn so với mổ mở (4,6 ngày) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Nghiên cứu của Yong-Seok Kim và CS, khi phẫu thuật nội soi điều trị 128 TH thời gian nằm viện trung bình là 3,85 ngày [128]. Còn theo nghiên cứu của Cho J và cộng sự, trong 75 trường hợp phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp nội soi tại bệnh viện trường đại học Catholic (1-2011 đến 7-2012), thời gian nằm viện trung bình là 6,1 ngày [79]. Như vậy, khoảng thời gian nằm điều trị tại viện sau phẫu thuật nội soi là khá giống nhau giữa các tác giả.

4.3.9. Kết quả khám lại định kỳ sau mổ

Trong nghiên cứu, lượng mô giáp còn lại sau phẫu thuật giáp nội soi được xác định trên siêu âm của các bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến là không còn, xạ hình tại chỗ chỉ bắt xạ tại giường tuyến giáp và dây chằng Berry. Theo kết quả của Lê Ngọc Hà (2014), tỷ lệ mô giáp còn lại sau phẫu thuật là 65%. Kết quả nghiên cứu của Trần Đình Hà, Mai Trọng Khoa (2009), 72% bệnh nhân sau

phẫu thuật còn tổ chức tuyến giáp, độ tập trung Iod-131 quan sát thấy trên xạ hình, phương pháp này có độ nhạy cao nhất để đánh giá, phát hiện tổ chức tuyến giáp còn sót lại sau phẫu thuật. Nghiên cứu của Phan Sỹ An (2004): 88% bệnh nhân sau phẫu thuật còn tổ chức tuyến giáp trên xạ hình. Các kết quả này khác nhau vì phụ thuộc vào kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên và các giai đoạn bệnh khác nhau, nếu bệnh ở giai đoạn muộn mà u xâm lấn tổ chức xung quanh, nhất là thâm nhiễm vào mạch máu lớn, khi phẫu thuật không cắt triệt để được tổ chức tuyến giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhu mô tuyến giáp còn sót lại sau mổ ít hơn của các tác giả khác là do đối tượng lựa chọn của chúng tôi ở giai đoạn sớm (giai đoạn I), nhân ung thư còn nằm trong bao tuyến. Kỹ thuật được ứng dụng với dao đốt cắt siêu âm, ống kính soi phóng đại tổ chức gấp 3 lần nên phẫu thuật triệt để hơn.

Theo bảng 3.24 Sau mổ 3 tháng khám lại có 16 bệnh nhân có tê bì ở da vùng cổ sau mổ chiếm tỷ lệ 13,7%. Sau 6 tháng triệu chứng này giảm chỉ còn 6,3%; như vậy với việc tách rộng vùng dưới da để đi từ thành ngực lên trên cổ để vào tuyến giáp không gây ra hiện tượng thiếu nuôi dưỡng da hoặc hoại tử da như Kitano đã lo ngại.

Nakajo, A.[130] tiến hành phẫu thuật ở 3 nhóm bệnh nhân: mổ mở thông thường, mổ nội soi đường nách và mổ nội soi đường ngực (mỗi nhóm 15 bệnh nhân). Sau 3 tháng kiểm tra lại thấy rằng: không có bệnh nhân nào ở trong nhóm mổ nội soi tê bì ở vùng cổ hay khó chịu, khó nuốt. Trong nhóm mổ mở có 37% kêu tê bì và 33% cảm giác tức nghẹn ở vùng cổ. Tất cả số bệnh nhân mổ nội soi đường nách đều rất hài lòng về vết sẹo sau mổ. Có 20% nội soi đường ngực và 70% mổ mở không hài lòng với vết sẹo của mình .

Nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm 3 tháng sau mổ có 5 bệnh nhân đau (5,3%) và 4 bệnh nhân tức nghẹn vùng cổ (4,2%). Triệu chứng này giảm chỉ còn là 2,1% và 3,2% khi khám lại tại thời điểm 6 tháng (Bảng 3.24).

Tại thời điểm 6 tháng khám lại, đánh giá tình trạng sẹo tại các chân trocar (biểu đồ 3.18) cho thấy: sẹo mềm có 78 BN (chiếm 71,6%), sẹo lồi có 27 BN (chiếm 28,4%). Khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân về thẩm mỹ cho thấy 70,5% bệnh nhân đều rất hài lòng, có 15 BN (chiếm 15,8%) hài lòng. Chấp nhận được có 11 BN (11,6%) và không hài lòng có 2 bệnh nhân (2,1%). Bệnh nhân hài lòng với vết sẹo mổ của mình vì sẹo nhỏ và hoàn toàn có thể được áo che đi, bệnh nhân tự tin khi giao tiếp (Bảng 3.25).

Theo biểu đồ 3.19, kết quả phẫu thuật của 95 bệnh nhân được đánh giá dựa trên các tiêu chuẩn: có biến chứng không, mức độ biến chứng, tình trạng sẹo, độ hài lòng về thẩm mỹ. Kết quả rất tốt có 67 bệnh nhân chiếm tỷ lệ là 70,5%, đây là những bệnh nhân không có biến chứng sau mổ, rất hài lòng về thẩm mỹ, không có tê bì và không đau vùng mổ. Kết quả xấu chỉ có 1 bệnh nhân (1,1%), TH này bị liệt 1 dây thần kinh TQQN vĩnh viễn.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 95 bệnh nhân UTTG thể biệt hóa giai đoạn sớm được phẫu thuật nội soi, từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 9 năm 2016, tại bệnh viện Nội tiết trung ương cho kết luận như sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và quy trình kỹ thuật nội soi điều trị UTTG biệt hóa giai đoạn sớm tại bệnh viện nội tiết trung ương

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Bệnh nhân hay gặp là tuổi trẻ 25-35 tuổi (74,7%); nữ chiếm chủ yếu (93,7%). Bệnh thường được phát hiện sớm trước 6 tháng (83,2%).
- Triệu chứng lâm sàng đầu tiên là có u tuyến giáp (56,9%). Kích thước $1\text{cm} < u \leq 2\text{cm}$ chiếm nhiều nhất 61,1%
- Siêu âm có tỷ lệ TIRADS 5 và 4 là chủ yếu (55,8%; 36,8%).
- Chọc tế bào u dương tính 82,1%, sinh thiết tức thì dương tính 94,1%.
- Di căn hạch cổ nhóm VI là cao nhất 40,8%.
- Nhóm bệnh nhân có di căn hạch Tg và anti-Tg tăng cao.
- UTTG thể nhú chiếm chủ yếu 75,8%; ít ở thể nang 9,5%.

Quy trình kỹ thuật nội soi

- Đặt trocar: Vị trí là ngực và nách, số lượng là 3 trocar cho mỗi bên
- Tạo khoang phẫu thuật: Bằng bóc tách da vùng cổ và bơm khí CO₂
- Tách cơ vào tuyến giáp bằng đường bên
- Cắt thùy tuyến giáp bằng dao siêu âm theo thứ tự: cắt giải phóng cực dưới, cắt cực trên tuyến giáp, tìm bộc lộ dây thần kinh quặt ngược rồi cắt dây chằng Berry, cắt eo tuyến giáp.
- Nạo vét hạch cổ chọn lọc sử dụng dao cắt đốt siêu âm và ống kính soi loại 30⁰. Lấy bệnh phẩm bằng túi nylon qua trocar 10mm và đặt dẫn lưu áp lực âm.

- Làm thùy tuyến giáp đôi diện theo chỉ định: Tư thế bệnh nhân vẫn nằm ngửa nhưng mặt quay ngược lại, kíp phẫu thuật chuyển sang bên đối diện.
- 2. Kết quả điều trị UTTG thể biệt hóa giai đoạn sớm bằng phẫu thuật nội soi**
- Phẫu thuật nội soi ứng dụng được trong điều trị UTTG giai đoạn sớm kích thước $u \leq 2\text{cm}$, tỷ lệ thành công là 100%.
 - Thời gian mổ trung bình dài hơn mổ mở (84,9 phút). Lượng máu mất trung bình tương đương mổ mở (16 ml).
 - Biến chứng liệt dây thần kinh TQQN và suy tuyến cận giáp như mổ mở. Biến chứng: bỏng da, thủng khí quản, chảy máu sau mổ với tỷ lệ thấp là 1,1%, 1,1% và 2,1%. Không có dò đường chấp và nhiễm trùng sau mổ.
 - Thời gian nằm viện ngắn hơn mổ mở $4,8 \pm 1,3$ ngày
 - Tỷ lệ rất hài lòng và hài lòng về thẩm mỹ cao 86,3%
 - Kết quả điều trị: rất tốt và tốt là 70,5% và 16,8%; xấu có 1 TH (1,1%)

KIẾN NGHỊ

Phẫu thuật nội soi có thể áp dụng cho những bệnh nhân bị UTTG thể biệt hóa giai đoạn I, u giáp có kích thước nhỏ hơn bằng 2cm tại cơ sở có trang thiết bị đầy đủ và phẫu thuật viên được đào tạo cơ bản.

DANH MỤC CÁC BÀI BÁO ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Phan Hoàng Hiệp (2016). Nạo vét hạch bằng nội soi trong UTTG, *Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*, 2(6), 14-20.
2. Phan Hoàng Hiệp (2019). Nhận xét biến chứng tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược trong phẫu thuật nội soi UTTG, *Nội tiết đái tháo đường*, 33, 395-400.
3. Phan Hoàng Hiệp (2019). Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân UTTG được phẫu thuật nội soi, *Nội tiết và đái tháo đường*, 33, 377-383.
4. Phan Hoàng Hiệp (2019). Đánh giá thay đổi nồng độ dấu ấn sinh học trước và sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp, *Nội tiết và đái tháo đường*. 33, 391-394.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Max P, Freddie B, Ferly J (2018). Cancer Statistic *GLOBOCAN CA Cancer J Clin* 2018, 74-108.
2. Nguyễn Bá Đức (2008). Dịch tễ học bệnh ung thư. *Ung thư tuyến giáp*, Nhà xuất bản y học, 15-19.
3. Trịnh Bình (2012). Mô học tuyến giáp. *Mô Phôi- Phần Mô Học*, Nhà xuất bản y học, 4.
4. Trịnh Quang Diện (2004) (2004). Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học một số ung thư tuyến giáp gặp tại Bệnh viện K Hà Nội, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 8, 51-56.
5. National Comprehensive Cancer Network (2016), NCCN Guidelines for Thyroid Carcinoma, Editor^Editors, National Comprehensive Cancer Network
6. B. R. Haugen, E. K. Alexander, K. C. Bible, et al. (2016). 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, *Thyroid*,(1), 1-133.
7. Trần Đình Hà, Phan Sỹ An, Nguyễn Quốc Bảo và cộng sự (2004), *Phối hợp đa phương thức trong điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp biệt hóa*, Công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai.
8. Clark O.H. (2009). Total thyroidectomy and lymph node dissection for cancer of the thyroid. *Mastery of Surgery*, Edition Second, Little , Brown and Company, 1, 204-215.
9. Q. Z. Zhao, Y. Wang, P. Wang (2018). [A comparative study of endoscopic and traditional open surgery in the treatment of papillary thyroid carcinoma], *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*,(2), 135-138.
10. C. Chen, S. Huang, A. Huang, et al. (2018). Total endoscopic thyroidectomy versus conventional open thyroidectomy in thyroid cancer: a systematic review and meta-analysis, *Ther Clin Risk Manag*, 2349-2361.
11. D. Zhang, T. Wang, G. Dionigi, et al. (2019). Central Lymph Node Dissection by Endoscopic Bilateral Areola Versus Open Thyroidectomy, *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*,(1), e1-e6.
12. K. Mo, M. Zhao, K. Wang, et al. (2018). Comparison of endoscopic thyroidectomy via a modified axillo-breast approach with the

- conventional breast approach for treatment of unilateral papillary thyroid microcarcinoma, *Medicine (Baltimore)*,(45), e13030.
13. Hayemin Lee, Jina Lee, Ki Young Sung (2012). Comparative study comparing endoscopic thyroidectomy using the axillary approach and open thyroidectomy for papillary thyroid microcarcinoma 2012, *World Journal of Surgical Oncology*,(269).
 14. Seon Kwang Kim, Sang Yull Kang, Hyun Jo Youn, et al. (2015). Comparison of conventional thyroidectomy and endoscopic thyroidectomy via axillo-bilateral breast approach in papillary thyroid carcinoma patients, *Surgical Endoscopy*,(8), 3419-3425.
 15. K. Tae, C. M. Song, Y. B. Ji, et al. (2014). Comparison of surgical completeness between robotic total thyroidectomy versus open thyroidectomy, *Laryngoscope*,(4), 1042-7.
 16. P. Miccoli, V. Matteucci (2015). Video-assisted surgery for thyroid cancer patients, *Gland Surg*,(5), 365-7.
 17. K. N. Park, C. H. Jung, J. O. Mok, et al. (2016). Prospective comparative study of endoscopic via unilateral axillobreast approach versus open conventional total thyroidectomy in patients with papillary thyroid carcinoma, *Surg Endosc*,(9), 3797-801.
 18. D. Zhang, J. Zhang, G. Dionigi, et al. (2019). Recurrent Laryngeal Nerve Morbidity: Lessons from Endoscopic via Bilateral Areola and Open Thyroidectomy Technique, *World J Surg*,(11), 2829-2841.
 19. Trần Ngọc Lương (2012). Cắt toàn bộ tuyến giáp nội soi để điều trị ung thư, *Tạp chí Y học Việt Nam*,(2), 57-60.
 20. Frank H.Nette (1996), *Atlas giải phẫu người*, NXB Y học.
 21. Gerald J.B. (2006). Thyroid Anatomy and Physiology. *Management of Thyroid Cancer and Related Nodular Disease*, 21-51.
 22. *American Cancer Society. Thyroid Cancer* (2015), accessed, from file://www.cancer.org/Cancer/ThyroidCancer/DetailedGuide/thyroid-cancer-key-statistics.
 23. Nguyễn Quốc Bảo (2010), *Ung thư tuyến giáp*

Nhà xuất bản y học, Hà Nội.

24. Corey J, Langer MD (2013). Prognosis Treatment, and Kinase Signaling in Thyroid Tumorigenesis. *Clinicaloption Management of Thyroid Cancer.*, 171, 120-161.
25. J. I. Lew, C. C. Solorzano (2010). Use of Ultrasound in the Management of Thyroid Cancer, *The Oncologist*,(3), 253-258 %U <http://theoncologist.alphamedpress.org/cgi/doi/10.1634/theoncologist.2009-0324>.

26. Lê Công Định, Nguyễn Thị Hoa Hồng (2013). Tìm hiểu giá trị của siêu âm trong chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp, *thaythuocvietnam.vn*.
27. Jin Young Kwak, Kyung Hwa Han, Jung Hyun Yoon, et al. (2011). Thyroid Imaging Reporting and Data System for US Features of Nodules: A Step in Establishing Better Stratification of Cancer Risk, *Radiology*,(3), 892-899 %U <http://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.11110206>.
28. David S. Cooper, Gerard M. Doherty, Bryan R. Haugen, et al. (2009). Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, *Thyroid*,(11), 1167-1214 %U <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/thy.2009.0110>.
29. Ji Soo Choi, Jinna Kim, Jin Young Kwak, et al. (2009). Preoperative Staging of Papillary Thyroid Carcinoma: Comparison of Ultrasound Imaging and CT, *American Journal of Roentgenology*,(3), 871-878 %U <http://www.ajronline.org/doi/10.2214/AJR.09.2386>.
30. Phạm Minh Thông Siêu âm tuyến giáp. *Siêu âm tổng quát.*, NXB Đại học Huế, 453-490.
31. Anil Ahuja, Michael Ying (2003). Sonographic evaluation of cervical lymphadenopathy: is power Doppler sonography routinely indicated?, *Ultrasound in Medicine & Biology*,(3), 353-359 %U <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301562902007597>.
32. Kazuhiro Shimamoto, Hiroko Satake, Akiko Sawaki, et al. (1998). Preoperative staging of thyroid papillary carcinoma with ultrasonography, *European Journal of Radiology*,(1), 4-10 %U <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0720048X97001848>.
33. Edmund S. Cibas (2010). Fine-Needle Aspiration in the Work-Up of Thyroid Nodules, *Otolaryngologic Clinics of North America*,(2), 257-271 %U <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0030666510000150>.
34. N. Webster, C. Fox, F. Fan (2014). Thyroid bed fine needle aspiration in patients after thyroidectomy--a useful follow-up tool with proposed diagnostic categories, *Ann Diagn Pathol*,(3), 177-80.
35. Cibas E.S., (2010.). Fine-Needle Aspiration in the Work-Up of Thyroid Nodules, *Otolaryngol Clin N Am*, 257 - 271.
36. Neil D. Gross, Jane L. Weissman, J. Michael Talbot, et al. (2001). MRI Detection of Cervical Metastasis From Differentiated Thyroid Carcinoma, *The Laryngoscope*,(11), 1905-1909 %U <http://doi.wiley.com/10.1097/00005537-200111000-00006>.

37. Jelinek J, Young R, Smith III LO, Burman KD (2016). MR and CT Imaging of Thyroid Cancer. *Thyroid Cancer a comprehensive guide to clinical management*, Third edition, Springer, 515-524.
38. Hui Wang, Hong Liang Fu, Jia Ning Li, et al. (2008). Comparison of whole-body 18F-FDG SPECT and posttherapeutic 131I scintigraphy in the detection of metastatic thyroid cancer, *Clinical Imaging*,(1), 32-37 %U <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S089970710700191X>.
39. Cristina Nanni, Domenico Rubello, Stefano Fanti, et al. (2006). Role of 18F-FDG PET and PET/CT imaging in thyroid cancer, *Biomedicine & Pharmacotherapy*,(8), 494 %U <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0753332206002150>.
40. Christopher R. McHenry, Christopher Raeburn, Theodore Strickland, et al. (1996). The utility of routine frozen section examination for intraoperative diagnosis of thyroid cancer, *The American Journal of Surgery*,(6), 658-661 %U <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002961096003029>.
41. Maureen M. Mulcahy, James I. Cohen, Peter E. Anderson, et al. (1998). Relative Accuracy of Fine-Needle Aspiration and Frozen Section in the Diagnosis of Well-Differentiated Thyroid Cancer, *The Laryngoscope*,(4), 494-496 %U <http://doi.wiley.com/10.1097/00005537-199804000-00006>.
42. Hanna Pelttari, Kalevi Laitinen, Camilla Schalin-Jntti, et al. (2008). Long-term outcome of 495 TNM stage I or II patients with differentiated thyroid carcinoma followed up with neck ultrasonography and thyroglobulin measurements on T₄ treatment, *Clinical Endocrinology*,(2), 323-331 %U <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2265.2008.03217.x>.
43. Phạm Thị Minh Phương, Trần Thị Chính, Tạ Thành Văn, et al. (2009). Sự khác biệt mức độ biểu lộ HIP ở mô ung thư tuyến giáp so với mô u giáp lành tính,, *Tạp chí y học Việt Nam*,(361), 19-23.
44. Maria Cristina Magracia Jauculan, Myrna Buenaluz-Sedurante, Cecilia Alegado Jimeno (2016). Risk Factors Associated with Disease Recurrence among Patients with Low-Risk Papillary Thyroid Cancer Treated at the University of the Philippines-Philippine General Hospital, *Endocrinology and Metabolism*,(1), 113 %U <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.3803/EnM.2016.31.1.113>.
45. Chritian Witterkin, Lesliesobin, Gospadazowicz Mary (2010). Thyroid cancer. *AJCC TNM cancer staging 7th edition*, 57-62.
46. Thyroid cancer (2018). *NCCN guideline version 2. 2018*.

59. Ruggieri M., Straniero A., Pacini F.M., et al. (2003). Video assisted surgery of the thyroid diseases, *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 91-96.
60. Wang M., Zhang T. (2009). Effect of endoscopic thyroidectomy via anterior chest wall approach on treatment of benign thyroid tumors, *Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques*,(2), 149–152.
61. Inabnet W.B., Jacob B.P., Gagner M. (2003). Minimally invasive endoscopic thyroidectomy by a cervical approach. *Surg Endosc* 17, 1808-1811.
62. C.P. LOMBARDI, M. RAFFAELLI, C. DE CREA, et al. (2009). Video-assisted thyroidectomy: lessons learned after more than one decade, *ACTA OTORHINOLARYNGOLOGICA ITALICA*, 317-320.
63. J. J. Yu, S. L. Bao, S. L. Yu, et al. (2012). Minimally invasive video-assisted thyroidectomy for the early-stage differential thyroid carcinoma, *J Transl Med*, S13.
64. Chao Tzu, Lin Jen-Der, et al (2004). Video-assisted open thyroid lobectomy through a small incision. *Surgical laparoscopy endoscopy & percutaneous technique* 14, 15-19.
65. J. J. Jeong, S. W. Kang, J. S. Yun, et al. (2009). Comparative study of endoscopic thyroidectomy versus conventional open thyroidectomy in papillary thyroid microcarcinoma (PTMC) patients, *J Surg Oncol*,(6), 477-80.
66. G. Dionigi, Y. J. Chai, R. P. Tufano, et al. (2018). Transoral endoscopic thyroidectomy via a vestibular approach: why and how?, *Endocrine*,(2), 275-279.
67. J. H. Ahn, J. W. Yi (2019). Transoral endoscopic thyroidectomy for thyroid carcinoma: outcomes and surgical completeness in 150 single-surgeon cases, *Surg Endosc*.
68. H. K. Kim, Y. J. Chai, G. Dionigi, et al. (2019). Transoral Robotic Thyroidectomy for Papillary Thyroid Carcinoma: Perioperative Outcomes of 100 Consecutive Patients, *World J Surg*,(4), 1038-1046.
69. K. Tae, Y. B. Ji, J. H. Jeong, et al. (2011). Robotic thyroidectomy by a gasless unilateral axillo-breast or axillary approach: our early experiences, *Surg Endosc*,(1), 221-8.
70. Byeon H.K., Ban M.J., Lee J.M., et al. (2012). Robot-Assisted Sistrunk's Operation, Total Thyroidectomy, and Neck Dissection via a Transaxillary and Retroauricular (TARA) Approach in Papillary Carcinoma Arising in Thyroglossal Duct Cyst and Thyroid Gland, *Ann Surg Oncol*, 4259-4261.

71. J. S. Bae, W. C. Park, B. J. Song, et al. (2009). Endoscopic thyroidectomy and sentinel lymph node biopsy via an anterior chest approach for papillary thyroid cancer, *Surg Today*,(2), 178-81.
72. Y. S. Chung, J. H. Choe, K. H. Kang, et al. (2007). Endoscopic thyroidectomy for thyroid malignancies: comparison with conventional open thyroidectomy, *World J Surg*,(12), 2302-6; discussion 2307-8.
73. H. J. Hong, W. S. Kim, Y. W. Koh, et al. (2011). Endoscopic thyroidectomy via an axillo-breast approach without gas insufflation for benign thyroid nodules and micropapillary carcinomas: preliminary results, *Yonsei Med J*,(4), 643-54.
74. Koh Y.W., Park J.H., Kim J.W., et al. (2010). Endoscopic hemithyroidectomy with prophylactic ipsilateral central neck dissection via an unilateral axillo-breast approach without gas insufflation for unilateral micropapillary thyroid carcinoma: preliminary report, *Surg Endosc*, 188-197.
75. Y. Yang, X. Gu, X. Wang, et al. (2012). Endoscopic thyroidectomy for differentiated thyroid cancer, *ScientificWorldJournal*, 456807.
76. H. Sun, H. Zheng, X. Wang, et al. (2019). Comparison of transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach, total endoscopic thyroidectomy via areola approach, and conventional open thyroidectomy: a retrospective analysis of safety, trauma, and feasibility of central neck dissection in the treatment of papillary thyroid carcinoma, *Surg Endosc*.
77. Jin Wook Yi, Sang Gab Yoon, Hyun Soo Kim, et al. (2018). Transoral endoscopic surgery for papillary thyroid carcinoma: initial experiences of a single surgeon in South Korea, *Annals of Surgical Treatment and Research*,(2), 73-79.
78. Shimizu K., Tanaka S. (2003). Asian perspective on endoscopic thyroidectomy—a review of 193 cases, *Asian Journal of Surgery*,(2), 92–100.
79. J. Cho, Y. Park, J. Baek, et al. (2017). Single-incision endoscopic thyroidectomy for papillary thyroid cancer: A pilot study, *Int J Surg*, 1-6.
80. Bryan R. Haugen, Erik K. Alexander, Keith C. Bible, et al. (2016). 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, *Thyroid*,(1), 1-133 %U <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/thy.2015.0020>.

81. Iain J. Nixon, Monica M. Whitcher, Frank L. Palmer, et al. (2012). The Impact of Distant Metastases at Presentation on Prognosis in Patients with Differentiated Carcinoma of the Thyroid Gland, *Thyroid*,(9), 884-889 %U <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/thy.2011.0535>.
82. C. P. Lombardi, M. Raffaelli, C. De Crea, et al. (2010). Video-assisted thyroidectomy for papillary thyroid carcinoma, *J Oncol*.
83. M. J. Cho, K. S. Park, M. J. Cho, et al. (2015). A comparative analysis of endoscopic thyroidectomy versus conventional thyroidectomy in clinically lymph node negative thyroid cancer, *Ann Surg Treat Res*,(2), 69-76.
84. Masahiro O., Seiichiro I., Yoshito A., et al. (2006). Scarsness endoscopic thyroidectomy : Breast approach for better cosmesis, *Surgical laparoscopy endoscopy & percutaneous techniques* (1), 1-4.
85. M. Piccoli, B. Mullineris, D. Gozzo, et al. (2019). Evolution Strategies in Transaxillary Robotic Thyroidectomy: Considerations on the First 449 Cases Performed, *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*,(4), 433-440.
86. Trần Ngọc Lương, Mai Văn Sâm, Nguyễn Tiến Lãng (2004). Một số nhận xét về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị phẫu thuật của 249 trường hợp ung thư tuyến giáp tại bệnh viện Nội tiết Trung ương, *Tạp chí thông tin Y dược* (10), 32- 37.
87. Lê Minh Phong, Trần Ngọc Lương (2012). Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị bướu nhân lành tính *Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt nam*,(2), 20-24.
88. 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*,(Phụ bản của Số 4).
89. 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*.
90. Trương Xuân Quang, Trịnh Thị Minh Châu (2002). Điều trị ung thư giáp trạng bằng đồng vị phóng xạ I131 tại bệnh viện Chợ Rẫy, *Tạp chí Y học thực hành*,(787), 330-334.
91. Lê Văn Quảng, Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Quốc Bảo (2002). Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992 - 2000, *Tạp chí Y học*,(431), 323 - 326.
92. Trần Văn Thông (2014), *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*, , Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
93. Trịnh Xuân Dương (2012), *Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện K, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội*.

94. Nguyễn Văn Hùng (2013), *Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại BV Tai Mũi Họng TW và BV Bạch Mai giai đoạn 2007 - 2013*, Luận văn Bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
95. Đinh Xuân Cường (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K*, Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
96. Chử Quốc Hoàn (2013), *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, tỉ lệ các nhóm mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K*, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
97. Nguyễn Tiến Lãng (2008), *Đánh giá phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp phối hợp 131I điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa*, Luận văn tốt nghiệp BSCK II, Trường đại học Y Hà Nội.
98. Lê Văn Quảng, Đinh Xuân Cường, Trần Văn Thông, et al. (2015). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư tuyến giáp được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, *Tạp chí Y học Việt Nam*,(2), 61.
99. Trịnh Xuân Dương (2012), *Đánh giá kết quả ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện K*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
100. Chử Quốc Hoàn (2013), *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, tỉ lệ các nhóm mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K*, Đại học Y Hà Nội.
101. Cady B, Rossi R. L (1991), *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands*, W.B. Saunders Company.
102. Nguyễn Xuân Phong (2011), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm trong ung thư biểu mô tuyến giáp*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
103. Đinh Xuân Cường (2004), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K*, , Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
104. J. W. Serpell, J. C. Lee, M. J. Yeung, et al. (2014). Differential recurrent laryngeal nerve palsy rates after thyroidectomy, *Surgery*,(5), 1157-66.
105. A. Baeza (1999). [Thyroid cancer. Analysis of the diagnosis, treatment and follow-up in 151 cases], *Rev Med Chil*,(5), 581-8.
106. S. Lee, C. R. Lee, S. C. Lee, et al. (2014). Surgical completeness of robotic thyroidectomy: a prospective comparison with conventional open thyroidectomy in papillary thyroid carcinoma patients, *Surg Endosc*,(4), 1068-75.
107. G. Y. Wu, J. B. Fu, F. S. Lin, et al. (2017). Endoscopic Central Lymph Node Dissection via Breast Combined with Oral Approach for Papillary Thyroid Carcinoma: A Preliminary Study, *World J Surg*,(9), 2280-2282.

108. Vũ Trung Chính (2002), *Nghiên cứu áp dụng phương pháp điều trị ung thư giáp trạng thể biệt hóa bằng cắt bỏ tuyến giáp toàn bộ kết hợp 131I*, Luận văn Thạc sỹ Y học, trường đại học y Hà Nội.
109. Trần Trọng Kiêm (2009), *Nghiên cứu phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp kết hợp iode phóng xạ 131I điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa*, Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
110. Trần Văn Thiệp, Phan Triệu Cung, Bùi Xuân Trường và cộng sự (2000). Di căn hạch cổ của carcinoma tuyến giáp dạng nhú, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 148-203.
111. Mai Trọng Khoa, Phan Sỹ An, Trần Đình Hà và cộng sự (2006). Định lượng Thyroglobulin trong huyết thanh bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa điều trị bằng iốt phóng xạ (131I), *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai*, 179 - 185.
112. J. Trahan, L. Pelaez, M. DiLeo, et al. (2018). Retro-Auricular Thyroidectomy: An Open Approach, *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*,(2), 218-222.
113. R. Qu, J. Li, J. Yang, et al. (2018). Treatment of differentiated thyroid cancer: can endoscopic thyroidectomy via a chest-breast approach achieve similar therapeutic effects as open surgery?, *Surg Endosc*,(12), 4749-4756.
114. Kyung Tae, Dong Won Lee, Chang Myeon Song, et al. (2019). Early experience of transoral thyroidectomy: Comparison of robotic and endoscopic procedures, *Head & neck*,(3), 730-738.
115. Kitano H., Fujimura M., Kinoshita T., et al. (2008). Endoscopic thyroid resection using cutaneous elevation in lieu of insufflation, *Surg Endosc*16, 88-91.
116. H. Yan, Y. Wang, P. Huang, et al. (2019). Scarless neck endoscopic thyroidectomy via the breast approach: A preliminary report of 45 cases with total or near-total thyroidectomy plus central compartment dissection, *Niger J Clin Pract*,(12), 1772-1777.
117. I. A. Elzahaby, A. Fathi, K. Abdelwahab, et al. (2018). Endoscopic Thyroidectomy Using the Unilateral Axillo-breast Approach Versus the Modified Anterior Chest Wall Approach: A Prospective Comparative Study, *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*,(6), 366-370.
118. Trần Minh Đức, Đặng Ngọc Hùng, và cộng sự (2002). Lâm sàng và điều trị ngoại khoa 131 ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện 103, *Tạp chí thông tin Y Dược, hội thảo quốc tế nghiên cứu về bệnh lý, miễn dịch và một số nghiên cứu lâm sàng khác của bệnh ung thư*, 30-34.

119. H. Kitano, M. Fujimura, T. Kinoshita, et al. (2002). Endoscopic thyroid resection using cutaneous elevation in lieu of insufflation, *Surg Endosc*,(1), 88-91.
120. Palazzo F.F., Sywak M.S., Sidhu S.B., et al. (2005). Safety and feasibility of thyroid lobectomy via a lateral 2.5-cm incision with a cohort comparison of the first 50 cases: Evolution of a surgical approach, *Langenbecks Arch Surg*, 230-2355.
121. Celestino Pio Lombardi, Marco Raffaelli, Pietro Princi, et al. (2005). Safety of video-assisted thyroidectomy versus conventional surgery, *Head & neck*,(1), 58-64.
122. D. Zhang, D. Park, H. Sun, et al. (2019). Indications, benefits and risks of transoral thyroidectomy, *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*,(4), 101280.
123. H. Maeda, G. Kutomi, F. Satomi, et al. (2018). Comparison of surgical outcomes and complications between the Harmonic FOCUS and conventional surgery for open thyroidectomy, *Mol Clin Oncol*,(4), 557-560.
124. K. Tae, D. W. Lee, C. M. Song, et al. (2019). Early experience of transoral thyroidectomy: Comparison of robotic and endoscopic procedures, *Head Neck*,(3), 730-738.
125. Tran Trong Kiem (2004). Cắt bỏ tuyến giáp toàn bộ trong điều trị ung thư tuyến giáp, *Tap chí Y học Việt Nam*, 61-63.
126. Trịnh Văn Minh (2011). Giải phẫu đầu mặt cổ, các cơ quan ở cổ. *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1, 451- 510, 579- 595.
127. Trịnh Văn Minh (2011), *Giải phẫu đầu mặt cổ, các cơ quan ở cổ Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
128. Yong-Seok Kim, Kyu-Hwa Joo, Sun-Cheol Park, et al. (2014). Endoscopic thyroid surgery via a breast approach: a single institution's experiences, *BMC Surgery*.
129. G. X. Chen, C. Li, H. Zhang (2019). Drainage During Endoscopic Thyroidectomy, *JSLs*,(1).
130. A. Nakajo, H. Arima, M. Hirata, et al. (2016). Bidirectional Approach of Video-Assisted Neck Surgery (BAVANS): Endoscopic complete central node dissection with craniocaudal view for treatment of thyroid cancer, *Asian J Endosc Surg*.

MỘT SỐ ẢNH MINH HỌA

Bệnh nhân Ngô Thị D 40 tuổi, mã hồ sơ 22493



Vị trí đặt trocar



Tạo khoang làm việc



Tách cơ vào tuyến giáp



Xác định dây thần kinh



Nạo vết hạch



Sẹo sau mổ

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU
PTNS UTTG THẺ BIỆT HÓA

1.Hành chính

Họ và tên:

.....

Tuổi:

.....

Giới:

.....

Nghề nghiệp:

.....

Địa chỉ:

.....

Ngày vào

viện:

.....

Ngày ra viện:

.....

Số bệnh án:

.....

2.Chuyên môn.

2.1. Lý do vào viện

- U ở cổ
- Nuốt vướng
- Khàn tiếng
- Khám sức khỏe định kỳ

2.2. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện (tháng):

- + Dưới 6 tháng
- + Từ 6-12 tháng
- + > 12 tháng

2.3. Lâm sàng:

* Toàn thân

* Tiền sử bản thân: + Có tia xạ đầu cổ không, + Tiền sử khác

* Nhân tuyến giáp:

- Có nhân

Không có nhân

- Vị trí nhân: Thùy phải

Thùy trái

Eo

Hai thùy

* Hạch cổ:

- Có hạch

- Không có hạch

- Hạch khoang trung tâm

- Hạch khoang bên trái

- Hạch khoang bên phải

2.4. Cận lâm sàng:

2.4.1. Tế bào học (Chọc bằng kim nhỏ), sinh thiết tức thì trong mổ

- Tại nhân: Dương tính, âm tính, nghi ngờ, không xác định

- Tại hạch: Dương tính, âm tính, nghi ngờ, không xác định

2.4.2. Giải phẫu bệnh:

- Nhân tuyến giáp: Thể nhú, thể nang thể nhú biến thể nang

- Hạch tuyến giáp:

Số hạch di căn

Vị trí nhóm hạch di căn

2.4.3. Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh

- X quang phổi

- Chụp cắt lớp cổ, ngực

- Siêu âm tuyến giáp

Số lượng nhân, vị trí hạch, phân loại TIRADS

Vị trí hạch

Vị trí khối nhân: Thùy phải, thùy trái, eo

Kích thước khối nhân: kích thước lớn nhất... mm.

Ranh giới đường bờ: Rõ, không rõ

2.4.4. Xét nghiệm máu trước mổ, sau mổ...

- Hormon tuyến giáp: FT₄ T₃ TSH
- Xét nghiệm khác: Tg Anti Tg Canxi Ca²⁺ PTH

2.5. Chẩn đoán lâm sàng:

2.6. Phân loại: T N M

- T (Tumor - u): T_x T₁ T₂ T₃ T₄
- N (Node - hạch): N_x N₀ N₁
- M (Metastasis - di căn): M_x M₀ M₁

2.7. Phân loại giai đoạn bệnh theo AJCC- 2010:

2.8. Phương pháp phẫu thuật

- Cắt 1 thùy
- Cắt toàn bộ tuyến giáp
- Cắt toàn bộ tuyến giáp + vét hạch cổ khoang (.....)

2.9. Đánh giá nhân và hạch cổ trong phẫu thuật:

- Vị trí nhân: Thùy phải Thùy trái Eo Hai thùy
- Vị trí hạch cổ theo vùng:

Khoang trung tâm (nhóm VI)

Khoang bên trái (nhóm I, II, III, IV, V)

Khoang bên phải (nhóm I, II, III, IV, V)

Tóm tắt cách thức phẫu thuật:

Phương pháp vô cảm: Gây mê toàn thân

Kỹ thuật mổ

Bên phải	Bên trái
<i>1. Tạo khoang làm việc</i>	<i>Tạo khoang làm việc</i>
Số lượng trocar:	Số lượng trocar:
Vị trí trocar:	Vị trí trocar:
Áp lực khí CO2: mmHg	Áp lực khí CO2: mmHg
Lưu lượng CO2: l/phút	Lưu lượng CO2: l/phút
Tách da và tổ chức dưới da bằng dao điện	Tách da và tổ chức dưới da bằng dao
<i>2. Tách cơ</i>	<i>Tách cơ</i>
Tách cơ ức đũa chũm	Tách cơ ức đũa chũm
Tách cơ vai móng	Tách cơ vai móng
Bỏ dọc cơ ức giáp	Tách cơ vai móng
<i>3. Xử trí tổn thương</i>	<i>Bỏ dọc cơ ức giáp</i>
Nhận xét thương tổn:	<i>Xử trí tổn thương</i>
Tìm tách tuyến cận giáp trên	Nhận xét thương tổn:
Tìm tách tuyến cận giáp dưới	Tìm tách tuyến cận giáp trên
Tách dây thần kinh TQ quặt ngược	Tìm tách tuyến cận giáp dưới
Đốt cắt động mạch giáp dưới	Tách dây thần kinh TQ quặt ngược
Đốt cắt động mạch giáp trên	Đốt cắt động mạch giáp dưới
Đốt cắt động mạch giáp giữa	Đốt cắt động mạch giáp trên
Tách và cắt dây chằng Berry	Đốt cắt động mạch giáp giữa
Tách và cắt eo tuyến ra khỏi khí	Tách và cắt dây chằng Berry
quản	Tách và cắt eo tuyến ra khỏi khí
Bơm rửa	quản
Kiểm tra cầm máu	Bơm rửa
<i>4. Nạo vét hạch</i>	Kiểm tra cầm máu
Nhóm hạch	<i>Nạo vét hạch</i>
<i>5. Lấy bệnh phẩm</i>	Nhóm hạch
	<i>Lấy bệnh phẩm</i>

- Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân: Rất hài lòng, hài lòng, chấp nhận được, không hài lòng
- Đánh giá kết quả phẫu thuật: Rất tốt Tốt Trung bình xấu

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

=====

PHAN HOÀNG HIỆP

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ
UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA GIAI ĐOẠN SỚM
TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG**

Chuyên ngành : Ngoại lồng ngực

Mã số : 62720124

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. Trần Ngọc Lương

HÀ NỘI - 2020

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là: Phan Hoàng Hiệp, nghiên cứu sinh khóa 31 - Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Ngoại lồng ngực, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Thầy PGS Trần Ngọc Lương.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Người viết cam đoan

Phan Hoàng Hiệp

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

AJCC	: American Joint Committee on Cancer (Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ)
ATA	: Hội tuyến giáp Hoa Kỳ
BN	: Bệnh nhân
Ca	: Canxi
Anti-Tg	: Kháng thể kháng thyroglobulin
CT	: Computed tomography (Chụp cắt lớp vi tính)
ĐM	: Động mạch
FNA	: Fine Needle Aspiration (Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ)
FT3	: Free Triiodothyronin
FT4	: Free Tetraiodothyronin
MBH	: Mô bệnh học
MRI	: Magnetic Resonance Imaging (Chụp cộng hưởng từ)
NCCN	: National Comprehensive Cancer Network (Hiệp hội phòng chống ung thư Hoa Kỳ)
PTC	: Papillary thyroid cancer (Ung thư tuyến giáp thể nhú)
PTNS	: Phẫu thuật nội soi
TNM	: Tumor- Node- Metastasis (U - Hạch - Di căn xa)
TBTG	: Toàn bộ tuyến giáp
TG	: Tuyến giáp
Tg	: Thyroglobulin
TK	: Thần kinh
TQQN	: Thanh quản quặt ngược
TM	: Tĩnh mạch
TRH	: Thyrotropin Releasing Hormone (Hormon kích thích sinh thyrotropin)
TSH	: Thyroid Stimulating Hormon (Hormon kích thích giáp trạng)
UTBMTG	: Ung thư biểu mô tuyến giáp
UTTG	: Ung thư tuyến giáp

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN.....	3
1.1. Giải phẫu vùng cổ, tuyến giáp và hệ thống hạch bạch huyết của tuyến giáp ..	3
1.1.1. Giải phẫu vùng cổ trước.....	3
1.1.2. Giải phẫu tuyến giáp	6
1.1.3. Giải phẫu hạch vùng cổ và hạch của tuyến giáp.....	8
1.2. Đại cương ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.....	11
1.2.1. Dịch tễ học	11
1.2.2. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ	12
1.2.3. Đặc điểm lâm sàng.....	12
1.2.4. Các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng.....	13
1.2.5. Chẩn đoán UTTG thể biệt hóa.....	20
1.2.6. Điều trị UTTG thể biệt hóa.....	23
1.2.7. Theo dõi sau điều trị.....	26
1.3. Phẫu thuật nội soi điều trị UTTG thể biệt hóa.....	27
1.3.1. Các phương pháp ứng dụng phẫu thuật nội soi	28
1.3.2. Các nghiên cứu phẫu thuật nội soi trong điều trị UTTG	32
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	38
2.1. Đối tượng nghiên cứu	38
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.....	38
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ	38
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	38
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	39
2.4. Quy trình phẫu thuật nội soi.....	40
2.4.1. Chỉ định cách thức phẫu thuật nội soi.....	40
2.4.2. Phương tiện và dụng cụ phẫu thuật.....	40
2.4.3. Kỹ thuật mổ PTNS đường ngực nách.....	42

2.5. Thu thập các thông tin.....	46
2.5.1. Thu thập thông tin về lâm sàng.....	46
2.5.2. Thu thập thông tin về cận lâm sàng	47
2.5.3. Thu thập thông tin trong mổ	48
2.5.4. Thu thập thông tin sau mổ	48
2.5.5. Khám lại sau mổ	49
2.6. Xử lý kết quả.....	50
2.7. Đạo đức nghiên cứu	50
2.8. Sơ đồ nghiên cứu.....	51
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	52
3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.....	52
3.1.1. Tuổi và giới của bệnh nhân.....	52
3.1.2. Thời gian khi phát hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện	54
3.1.3. Triệu chứng lâm sàng đầu tiên.....	55
3.1.4. Đặc điểm u tuyến giáp trên lâm sàng.....	56
3.1.5. Đặc điểm u tuyến giáp trên siêu âm.....	57
3.1.6. Đặc điểm tế bào u tuyến giáp.....	61
3.1.7. Đặc điểm hạch cổ di căn	63
3.1.8. Phân loại TNM và giai đoạn bệnh UTTG.....	67
3.1.9. Nồng độ trung bình Tg và Anti-Tg trước mổ	68
3.2. Kết quả phẫu thuật nội soi UTTG.....	71
3.2.1. Các phương pháp phẫu thuật nội soi đã thực hiện.....	71
3.2.2. Thời gian mổ của phương pháp phẫu thuật nội soi	72
3.2.3. Lượng máu mất của mỗi phương pháp phẫu thuật	73
3.2.4. Số hạch được nạo vét và di căn ở mỗi bệnh nhân.....	73
3.2.5. Dẫn lưu sau mổ	74
3.2.6. Thời gian nằm viện	75
3.3. Các biến chứng của phẫu thuật nội soi	75
3.3.1. Tồn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược	75

3.3.2. Suy tuyến cận giáp	77
3.3.3. Các biến chứng khác trong phẫu thuật nội soi.....	79
3.4. Khám lại sau mổ.....	80
Chương 4: BÀN LUẬN	82
4.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân UTTG giai đoạn sớm.....	82
4.1.1. Tuổi và giới	82
4.1.2. Thời gian phát hiện bệnh	83
4.1.3. Triệu chứng cơ năng	84
4.1.4. Triệu chứng thực thể	85
4.2. Đặc điểm cận lâm sàng UTTG.....	85
4.2.1. Siêu âm trong chẩn đoán UTTG	85
4.2.2. Kết quả chẩn đoán tế bào học và phân loại mô bệnh học.....	87
4.2.3. Nồng độ dấu ấn sinh học Tg và Anti Tg.....	89
4.4. Phẫu thuật nội soi UTTG	90
4.4.1. Tư thế bệnh nhân và vị trí trocar.....	90
4.4.2. Giai đoạn bệnh được lựa chọn cho phẫu thuật nội soi.....	94
4.4.3. Các loại phẫu thuật nội soi đã được thực hiện.....	97
4.4.4. Thời gian phẫu thuật	101
4.4.5. Lượng máu mất	103
4.4.6. Chuyển mổ mở.....	105
4.4.7. Các biến chứng.....	106
4.4.8. Dẫn lưu sau mổ và thời gian nằm viện	112
4.4.9. Kết quả khám lại định kỳ sau mổ	114
KẾT LUẬN	117
KIẾN NGHỊ	119
DANH MỤC CÁC BÀI BÁO ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1.	Tuổi và giới.....	52
Bảng 3.2.	Thời gian phát hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện	54
Bảng 3.3.	Đặc điểm u tuyến giáp trên lâm sàng	56
Bảng 3.4.	Kích thước u tuyến giáp lớn nhất trên siêu âm.....	58
Bảng 3.5.	Đặc điểm của u tuyến giáp trên siêu âm.....	59
Bảng 3.6.	Phân độ TIRADS u tuyến giáp	60
Bảng 3.7.	Sinh thiết tức thì khối u trong mổ	61
Bảng 3.8.	Khám lâm sàng phát hiện hạch cổ	63
Bảng 3.9.	Hạch nghi ngờ di căn trên siêu âm	63
Bảng 3.10.	Kết quả sinh thiết tế bào hạch trong mổ	64
Bảng 3.11.	Phân loại TNM của nhóm nghiên cứu.....	67
Bảng 3.12.	Thời gian mổ.....	72
Bảng 3.13.	Lượng máu mất trung bình của mỗi phương pháp phẫu thuật .	73
Bảng 3.14.	Số hạch được nạo vét và di căn của mỗi bệnh nhân	73
Bảng 3.15.	Số lượng dịch dẫn lưu.....	74
Bảng 3.16.	Số ngày nằm viện.....	75
Bảng 3.17.	Tổn thương thần kinh TQQN của từng phương pháp phẫu thuật...	75
Bảng 3.18.	Soi dây thanh âm khi BN khám lại 3 tháng và 6 tháng sau mổ...	76
Bảng 3.19.	Mối liên quan giữa tổn thương dây thần kinh TQQN với việc nạo vét hạch cổ	76
Bảng 3.20.	Suy tuyến cận giáp trạng của từng phương pháp phẫu thuật....	77
Bảng 3.21.	Nồng độ trung bình hocmon cận giáp và canxi máu của các bệnh nhân suy tuyến cận giáp sau mổ	78
Bảng 3.22.	Mối liên quan suy tuyến cận giáp trạng với nạo vét hạch cổ ...	78
Bảng 3.23.	Các biến chứng khác.....	79

Bảng 3.24.	Cảm giác vùng mỏ	80
Bảng 3.25.	Độ hài lòng về thẩm mỹ sau 6 tháng	81
Bảng 4.1.	Tuổi và giới bệnh nhân PTNS của các tác giả.....	82
Bảng 4.2.	Giai đoạn bệnh các tác giả lựa chọn phẫu thuật nội soi	95
Bảng 4.3.	Giai đoạn bệnh của các tác giả trong mổ mở.....	96
Bảng 4.4.	Các loại PTNS đã thực hiện của các tác giả	97
Bảng 4.5.	So sánh thời gian PTNS và mổ mở theo các tác giả	101
Bảng 4.6.	Lượng máu mất trong PTNS và mổ mở của các tác giả	103
Bảng 4.7.	Tỷ lệ chuyển mổ mở của các tác giả.....	105
Bảng 4.8.	Biến chứng liệt dây thần kinh TQQN của các tác giả	107
Bảng 4.9.	Suy tuyến cận giáp trong PTNS của các tác giả.....	111
Bảng 4.10.	Thời gian nằm viện sau mổ nội soi của các tác giả	114

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.	Giới tính bệnh nhân	53
Biểu đồ 3.2.	Lý do bệnh nhân vào viện	53
Biểu đồ 3.3.	Triệu chứng lâm sàng đầu tiên.....	55
Biểu đồ 3.4.	Số lượng u tuyến giáp trên siêu âm	57
Biểu đồ 3.5.	Vị trí u tuyến giáp trên siêu âm	58
Biểu đồ 3.6.	Ranh giới u tuyến giáp trên siêu âm.....	59
Biểu đồ 3.7.	Kết quả chọc tế bào u khi đối chứng với giải phẫu bệnh	61
Biểu đồ 3.8.	Phân loại mô bệnh học thể ung thư	62
Biểu đồ 3.9.	Chọc tế bào hạch bằng kim nhỏ dưới siêu âm.....	64
Biểu đồ 3.10.	Tỷ lệ di căn theo nhóm hạch	65
Biểu đồ 3.11.	Tỷ lệ di căn hạch của mỗi thể ung thư.....	66
Biểu đồ 3.12.	Liên quan giữa nồng độ Tg tăng và di căn hạch cổ.....	68
Biểu đồ 3.13.	Liên quan giữa nồng độ anti-Tg và di căn hạch cổ	69
Biểu đồ 3.14.	Liên quan giữa nồng độ Tg và các thể ung thư	70
Biểu đồ 3.15.	Thay đổi nồng độ trung bình Tg và Anti-Tg	70
Biểu đồ 3.16.	Các phương pháp phẫu thuật nội soi	71
Biểu đồ 3.17.	Thời gian rút ống dẫn lưu	74
Biểu đồ 3.18.	Tình trạng sẹo mổ sau 6 tháng	80
Biểu đồ 3.19.	Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 6 tháng.....	81

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Sơ đồ cắt ngang qua đốt sống cổ 5	3
Hình 1.2.	Mạch máu vùng cổ và tuyến giáp	4
Hình 1.3.	Vị trí của các tuyến cận giáp và dây thanh quản	7
Hình 1.4.	Phân nhóm hạch cổ	8
Hình 1.5.	Dẫn lưu bạch huyết vùng cổ	10
Hình 1.6.	A. Khối u phá vỡ vỏ.....	Error! Bookmark not defined.
Hình 1.6.	B. Khối u phá vỡ bao giáp xâm lấn cơ trước giáp	Error! Bookmark not defined.
Hình 1.7.	Hình ảnh phẫu thuật nội soi trợ giúp	28
Hình 1.8.	Vị trí đặt trocar trong PTNS	30
Hình 1.9.	Hình ảnh phẫu thuật nội soi tuyến giáp bằng robot.....	31
Hình 2.1.	Dàn máy nội soi	41
Hình 2.2.	Dao điện loại Elektrotom-530 của hãng Karl-Storz	41
Hình 2.3.	Dao siêu âm loại Ultracision Harmonic Scalpel Generator 300 ...	42
Hình 2.4.	Dụng cụ mổ	42
Hình 2.5.	Tư thế bệnh nhân	43
Hình 2.6.	Vị trí trocar đường nách ngực.....	44
Hình 2.7.	Tạo khoang phẫu thuật.....	44
Hình 2.8.	Tách cơ vào tuyến giáp.....	45
Hình 2.9.	Tách dây thần kinh quặt ngược.....	45
Hình 4.1.	Vị trí đặt trocar tại ngực nách	92
Hình 4.2.	Tách cơ vào tuyến giáp.....	94
Hình 4.3.	Nạo hạch khoang trung tâm.....	98
Hình 4.4.	Nạo hạch khoang bên	98
Hình 4.5.	Lấy bệnh phẩm bằng túi nilon	100
Hình 4.6.	Liên quan của TKTQQN và ĐM giáp dưới.....	110

Hình 4.7.	Đặt dẫn lưu áp lực âm.....	112
-----------	----------------------------	-----