

xấu: không có BN nào. Trong nghiên cứu của Phạm Quang Trung, kết quả tốt: 80%, kết quả trung bình 16% và kết quả xấu là 4%⁵. Hay trong báo cáo khác của Hoàng Ngọc Minh, kết quả tốt 93%, kết quả trung bình 7% và xấu là 0%³. Mỗi nghiên cứu của từng tác giả có phương pháp đánh giá kết quả chung khác nhau vì vậy kết quả cụ thể có sự khác nhau đôi chút về tỷ lệ. Từ kết quả trên cho thấy chỉ định mổ KHX nẹp khóa đối với gãy kín 1/3D, gãy không vững có mảnh rời 1/3 trên và 1/3 giữa thân xương đùi trong điều kiện cơ sở vật chất kỹ thuật tại Bệnh viện chúng tôi là hợp lý.

V. KẾT LUẬN

Gãy kín thân xương đùi là một gãy xương lớn và phức tạp, độ tuổi gặp thường là độ tuổi lao động nên nhu cầu phục hồi sớm về mặt giải phẫu và độ vững chắc sau phẫu thuật để bệnh nhân tập phục hồi chức năng sau mổ là rất quan trọng, kết quả cho thấy phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vis khóa mang lại hiệu quả hồi phục cao và sớm cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Việt Thống** (2020). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi phức tạp bằng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Việt Đức năm 2019-2020, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. **Võ Nam Định** (2011). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít theo nguyên tắc AO, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược – Đại học Huế.
3. **Hoàng Ngọc Minh** (2007). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi người lớn bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít tại bệnh viện đa khoa Đức Giang, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
4. **Trần Trung Dũng** (2016). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi ở người lớn bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít. Tạp chí Y học Việt Nam, số 1 tháng 8
5. **Phạm Quang Trung** (2003). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi người lớn bằng kết hợp xương nẹp vít, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
6. **Đặng Kim Châu** (1986). Kết quả điều trị 100 trường hợp kết xương bằng nẹp vít AO không dùng lực ép, Tạp chí ngoại khoa, 2, 1-5.
7. **Nguyễn Xuân Lành** (1995). Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật 270 trường hợp gãy kín thân xương đùi ở người lớn do chấn thương, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
8. **Nguyễn Văn Dũng** (2015). Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật biến chứng bong, gãy nẹp vít sau mổ gãy thân xương đùi ở người lớn tại bệnh viện Việt Đức, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Bệnh viện HN Việt Đức.
9. **Matthijs P. Somford, Michel P.J Van den Bekerom, Petr Kloen** (2013). Operative treatment for femoral shaft nonunions, a systematic review of the literature, Strat Traum Limb Recon, 8, 77-88.

PHẪU THUẬT RÔ-BỐT CẮT TUYẾN GIÁP QUA TIỀN ĐÌNH MIỆNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG ĐẦU TIÊN TẠI VIỆT NAM

Ngô Quốc Duy^{1,2}, Ngô Xuân Quý¹,
Phạm Văn Bình¹, Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Phẫu thuật rô-bốt cắt tuyến giáp qua tiền đình miệng (TORT) là kỹ thuật mới trong phẫu thuật tuyến giáp và có nhiều ưu điểm vượt trội do vừa kết hợp được ưu điểm của cách tiếp cận qua tiền đình miệng, vừa kết hợp được những ưu điểm của hệ thống phẫu thuật rô-bốt hiện đại bậc nhất thế giới. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo trường hợp đầu tiên bệnh nhân

ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn sớm cT1aN0M0 được phẫu thuật thành công TORT. Thời gian phẫu thuật của bệnh nhân lần lượt là 170 phút. Thời gian tạo khoang, doking, console ở bệnh nhân thứ nhất lần lượt là 30 phút, 30 phút và 110 phút. Thời gian hậu phẫu của bệnh nhân là 5 ngày và không có bất kỳ tai biến, biến chứng nào. Bệnh nhân hoàn toàn hài lòng về kết quả phẫu thuật, đặc biệt là kết quả thẩm mỹ. **Kết luận:** Kỹ thuật TORT lần đầu tiên được thực hiện thành công để điều trị bệnh nhân ung thư tuyến giáp tại Việt Nam. Đây là dấu mốc trong phẫu thuật tuyến giáp không chỉ ở Bệnh viện K mà còn ở Việt Nam.

Từ khóa: Cắt tuyến giáp rô-bốt, phẫu thuật rô-bốt, cắt tuyến giáp rô-bốt qua tiền đình miệng, TORT.

SUMMARY

**TRANSORAL ROBOTIC THYROIDECTOMY
VESTIBULAR APPROACH FOR PAPILLARY**

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Duy

Email: duyynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023

THYROID CARCINOMA: A REPORT OF THE FIRST CASE IN VIETNAM

Transoral robotic thyroidectomy (TORT) is a new technique in thyroid surgery that has many advantages because combination of transoral approach and robot da Vinci Xi surgical system. Herein, we report the first case of papillary thyroid cancer with cT1aN0M0 performing successfully transoral robotic thyroidectomy by using the da Vinci Xi surgical system. The operation times was 170 minutes with the working space creation time, docking time and console time were 30 minutes, 30 minutes and 110 minutes, respectively. The patient did not undergo conversion to open transcervical thyroidectomy and was discharged 5 days after surgery without any complications. The patient was completely satisfied with the cosmetic result. In this report, we describe the first successful use of TORT for treating papillary thyroid cancer in Vietnam. This case has marked an important milestone in the development of thyroid surgery not only at K Hospital but also in Vietnam.

Keywords: robotic thyroidectomy, robotic surgery, transoral robotic thyroidectomy, TORT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua tiền đình miệng (TOETVA) là kỹ thuật mới có nhiều ưu điểm vượt trội so với các đường tiếp cận khác như an toàn, đường tiếp cận ngắn nhất, có thể tiếp cận cả hai thùy tuyến giáp, có thể vét được hạch cổ trung tâm và đặc biệt đạt kết quả thẩm mỹ cao nhất (hoàn toàn không có sẹo mổ) [1-4]. Ngoài miền Bắc Việt Nam, kỹ thuật này được triển khai lần đầu tiên tại Bệnh viện K và từng bước được áp dụng rộng rãi tại Việt Nam. Tuy nhiên, với sự phát triển của khoa học công nghệ, phẫu thuật Robot Da Vinci đã được áp dụng trong điều trị một số bệnh lý đường tiêu hoá nhưng chưa áp dụng trong điều trị bệnh lý tuyến giáp bằng cách tiếp cận qua đường tiền đình miệng. Sau khi triển khai thường quy kỹ thuật TOETVA tại Bệnh viện K, chúng tôi lần đầu tiên áp dụng kỹ thuật phẫu thuật rô-bốt cắt tuyến giáp qua tiền đình miệng trong điều trị ung thư tuyến giáp. So với phẫu thuật nội soi, phẫu thuật rô-bốt qua tiền đình miệng (TORT) có nhiều ưu điểm hơn như hình ảnh phóng đại ba chiều, phẫu trường ổn định hơn và khớp dụng cụ linh hoạt hơn [5]. Trong báo cáo này, chúng tôi báo cáo bệnh nhân ung thư tuyến giáp đầu tiên được phẫu thuật thành công bằng phương pháp TORT.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

2.1. Bệnh nhân. Bệnh nhân nữ 28 tuổi đi khám định kỳ phát hiện u giáp, được siêu âm tuyến giáp có u ở thùy phải giáp trạng kích thước 4 x 5 mm, chưa phá vỏ (TIRADS 5), thùy trái

bình thường không có u. Kết quả chọc tế bào u thùy phải dưới siêu âm là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú. Xét nghiệm hormon tuyến giáp trong giới hạn bình thường. Chẩn đoán trước mổ của bệnh nhân là ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn sớm cT1aN0M0. Sau khi được các bác sĩ giải thích, bệnh nhân có mong muốn phẫu thuật cắt tuyến giáp bằng hệ thống phẫu thuật Robot Da Vinci Xi hiện đại.

2.2. Kỹ thuật mổ

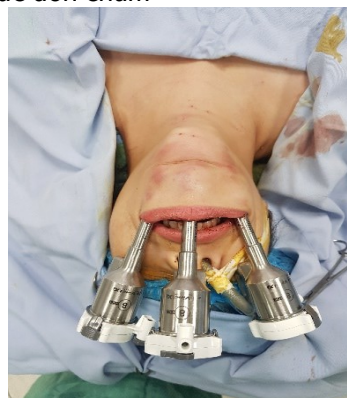
- Chuẩn bị trước mổ: Bệnh nhân được dùng kháng sinh dự phòng trước mổ 30 phút bằng đường tĩnh mạch Amoxicillin 1g và Metronidazole 500mg.

- Gây mê: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản qua đường mũi.

- Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, đầu cố định với cổ duỗi tối đa có kê gối ở vai. Khoang miệng của bệnh nhân được sát khuẩn sạch bằng dung dịch betadin

- Kỹ thuật

○ *Thi rạch và tạo khoang:* Đường rạch niêm mạc: 3 đường được rạch ở giữa môi dưới và răng ở hàm dưới để đặt 3 trocars. Đường rạch đầu tiên nằm ngang, dài khoảng 10-15mm ở giữa môi dưới và răng hàm dưới. Hai đường rạch dài khoảng 5mm ở bên đường rạch giữa cạnh mép bệnh nhân. Tiến hành đặt trocar 8 mm được đặt ở giữa với áp lực bơm CO2 là 5-6mmHg. Trong khi đó 2 trocar 8mm được đặt ở hai bên gần mép môi của bệnh nhân. Tạo khoang phẫu thuật: Dùng đơn cực và dao siêu âm bóc tách tổ chức dưới da đến hõm ức và hai bên đến bờ trước cơ ức đòn chũm



Hình 1: Đặt trocars và tạo khoang

○ *Thi Docking:* Đặt vị trí robot vào bên trái của bệnh nhân, đặt tâm điểm laser tại 1 cm ngang mức sụn nhĩ. Tiến hành docking các cánh tay rô-bốt: Bên phải dùng monolar, bên trái dùng Forcep cong có kết hợp bipolar.

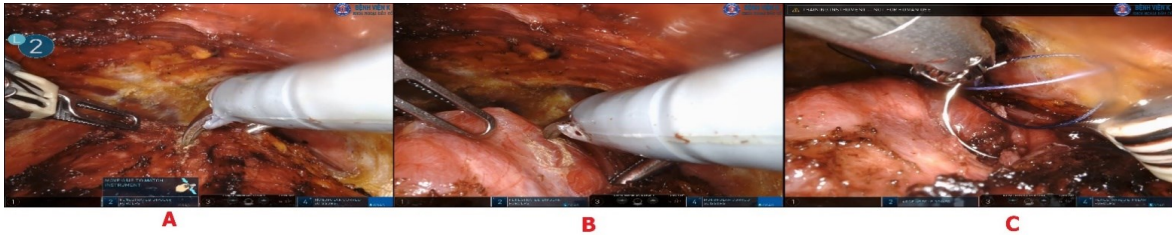


Hình 2: Thi doking

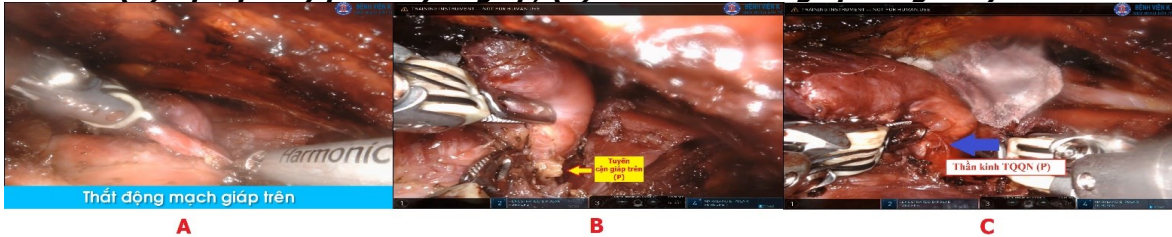
- *Thi console:*
 - Mạc sâu được mở ở đường giữa và các cơ trước giáp được kéo sang hai bên bằng sợi vicryl

2.0 khâu qua da xuyên vào cơ trước giáp kéo ra ngoài.

- Cắt eo giáp, tách eo giáp ra khỏi khí quản.
- Bộc lộ thủy phải tuyến giáp, bộc lộ bó mạch giáp trên, tiến hành cắt bó mạch giáp trên
- Bộc lộ tuyến cận giáp trên và thần kinh thanh quản quặt ngược phải
- Tiến hành cắt thủy phải tuyến giáp bảo tồn tuyến cận giáp trên, dưới và thần kinh thanh quản quặt ngược phải.
- Tiến hành vết hạch cổ trung tâm phải.
- Lấy bệnh phẩm.
- Đóng đường giữa bằng chỉ monosyl 3.0



Hình 3: (A) Vào tuyến giáp theo đường giữa; (B) Bộc lộ thủy phải tuyến giáp; (C) Khâu cơ trước giáp bằng vicryl 2.0



Hình 4: (A) Thắt bó mạch giáp trên bằng dao siêu âm; (B) Bộc lộ tuyến cận giáp trên phải; (C) Bộc lộ TKTQQN phải

- *Thi đóng lỗ đặt trocars:* Bằng chỉ vicryl 3.0
- 2.3. Kết quả phẫu thuật.** Thời gian phẫu thuật của bệnh nhân là 170 phút, trong đó thì tạo khoang, doking, console lần lượt là 30 phút, 30 phút và 110 phút. Lượng máu mất rất ít. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ của bệnh nhân là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú có di căn 1/2 hạch cổ trung tâm, kích thước hạch < 2mm. Thời gian hậu phẫu 5 ngày. Bệnh nhân được phẫu thuật thành công bằng phương pháp TORT, không có tai biến biến chứng như chảy máu, khàn tiếng, hạ canxi, tổn thương thần kinh cảm. Bệnh nhân hoàn toàn hài lòng với kết quả thẩm mỹ sau mổ.

III. BÀN LUẬN

3.1. Lần đầu tiên triển khai thành công phẫu thuật rô-bốt qua đường tiền đình miệng trong điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hoá. Cho đến nay, phẫu thuật mổ mở tuyến giáp là một phương pháp được áp dụng

thường qui khi điều trị phẫu thuật các bệnh lý tuyến giáp [7]. Tuy nhiên, phương pháp này để lại sẹo mổ ở vùng cổ trước ảnh hưởng tới thẩm mỹ, đôi khi chất lượng cuộc sống bệnh nhân, đặc biệt là đối với những phụ nữ trẻ tuổi. Năm 2016, Anuwong đã báo cáo phẫu thuật tuyến giáp thành công trên 60 bệnh nhân bằng cách tiếp cận qua đường tiền đình miệng [8]. Với nhiều ưu điểm vượt trội, cách tiếp cận này ngày càng được áp dụng rộng rãi ở các nước khác trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Bệnh viện K cũng là bệnh viện đầu tiên ngoài miền Bắc triển khai thành công kỹ thuật này và đã được triển khai thường qui tại Bệnh viện.

Trên thế giới, phẫu thuật rô-bốt cắt tuyến giáp qua đường tiền đình miệng đã được thực hiện thành công tại một số bệnh viện. So với phẫu thuật nội soi, phẫu thuật bằng robot có một số ưu thế hơn như khả năng quan sát tốt hơn do không gian 3 chiều, dụng cụ linh hoạt hơn và hạn chế được sự rung của phẫu thuật

viên [5]. Trong bài này, chúng tôi xin báo cáo trường hợp đầu tiên ung thư tuyến giáp được thực hiện thành công bằng phương pháp TORT. Đây là một dấu mốc trong sự phát triển của phẫu thuật tuyến giáp tại bệnh viện K nói riêng và tại Việt Nam nói chung.

3.2. Ưu và nhược điểm của TORT

Ưu điểm: Ưu điểm nhờ cách tiếp cận bằng đường tiền đình miệng

Trong những năm gần đây đã có nhiều phương pháp phẫu thuật tuyến giáp ít xâm lấn được áp dụng nhằm đem lại lợi ích tốt nhất cho bệnh nhân. Hiện nay đã có nhiều cách tiếp cận nhằm che sẹo ở nền cổ như cách tiếp cận nách vú 1 bên, vú 2 bên, cách tiếp cận sau tai, tuy nhiên một số phương pháp còn có nhược điểm như diện phẫu tích rộng, khó tiếp cận được thùy đối diện hay khó vét được hạch cổ trung tâm.

Cho tới năm 2016, Anuwong báo cáo thực hiện kĩ thuật TOETVA thành công trên 60 bệnh nhân [8]. Kĩ thuật này nhanh chóng được ứng dụng rộng rãi trên toàn thế giới nhờ những ưu điểm vượt trội so với các đường tiếp cận khác như an toàn, đường tiếp cận ngắn nhất, có thể tiếp cận cả hai thùy tuyến giáp, có thể vét được hạch cổ trung tâm và đặc biệt đạt kết quả thẩm mỹ cao nhất (hoàn toàn không có sẹo mổ) [1,3,4,8]. Có thể nói rằng, kĩ thuật này đã mở ra một chương mới cho phẫu thuật ít xâm lấn trên toàn thế giới.



Hình 5: Kết quả sau mổ 5 ngày

Ưu điểm của hệ thống phẫu thuật rô-bốt Da Vinci Xi so với phẫu thuật nội soi thông thường

So với phẫu thuật nội soi, phẫu thuật bằng robot có một số ưu thế hơn như khả năng quan sát tốt hơn do không gian 3 chiều, dụng cụ linh hoạt hơn và hạn chế được sự rung của phẫu thuật viên [5]. Do vậy, TORT sẽ hạn chế được những tai biến, biến chứng như khàn tiếng, hạ canxi... cho bệnh nhân phẫu thuật tuyến giáp [5,6].

Nhược điểm. Một trong những nhược điểm quan trọng đó là sự tiếp cận với hệ thống phẫu thuật Rô-bốt DaVinci còn hạn chế và chi phí phẫu thuật còn rất cao [5]. Chính vì vậy không

phải bệnh nhân nào cũng có thể tiếp cận được phương pháp này. Hy vọng rằng trong thời gian tới, chi phí phẫu thuật sẽ giảm để nhiều bệnh nhân có thể tiếp cận được TORT.

3.3. Kết quả TORT. Tại Hàn Quốc, TORT đã được áp dụng sớm hơn và triển khai thường qui ở một số trung tâm lớn. Theo Kim và cộng sự báo cáo thực hiện TORT trên 423 bệnh nhân. Các biến chứng gặp bao gồm các biến chứng gặp chung sau mổ như chảy máu (2 ca), máu tụ (3 ca), rò bạch huyết (1 ca), tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược tạm thời (4 ca) và suy tuyến cận giáp tạm thời (1 ca). Biến chứng liên quan đến TORT bao gồm tổn thương thần kinh cằm (2 ca), tím da vùng cổ trước (3 ca), thủng da cằm (2 ca). Từ kết quả cho thấy, TORT cũng là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị một số bệnh lý tuyến giáp [9].

IV. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật rô-bốt cắt tuyến giáp qua đường tiền đình miệng trong điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hoá giai đoạn sớm là một phương pháp đầy hứa hẹn, mang lại kết quả thẩm mỹ tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anuwong A, Ketwong K, Jitpratoom P, Sasanakietkul T, Duh QY.** Safety and outcomes of the transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach. *JAMA Surg.* 2018;153(1):21-27.
2. **Russell JO, Sahli ZT, Shaear M, et al.** Transoral thyroid and parathyroid surgery via the vestibular approach: a 2020 update. *Gland Surg.* 2020;9:409-16.
3. **Quang VL, Duy QN, Toan DT, et al.** Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach: an initial experience in Vietnam. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2020;30:209-13.
4. **Ngo DQ, Tran TD, Ngo QX, Van Le Q.** Transoral endoscopic thyroidectomy via vestibular approach with 4 trocars: a new technique. *Ear Nose Throat J.* 2020.
5. **Kim HK, Chai YJ, Dionigi G, Berber E, Tufano RP, Kim HY.** Transoral robotic thyroidectomy for papillary thyroid carcinoma: perioperative outcomes of 100 consecutive patients. *World J Surg.* 2019;43(4):1038-1046.
6. **Richmon JD, Kim HY.** Transoral robotic thyroidectomy (TORT): procedures and outcomes. *Gland Surg.* 2017;6(3):285-289
7. **McGreevy PS, Miller FA.** Biography of Theodor Kocher. *Surgery.* 1969;65:990-999.
8. **Anuwong A.** Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach: a series of the first 60 human cases. *World J Surg.* 2016;40:491-497.
9. **You JY, Kim H, Park DW, Yang HW, Dionigi G, Tufano RP.** Prevention of transoral thyroidectomy complications: An analysis of surgical outcomes in 423 consecutive series. *Surgery.* 2021 Jun 2:S0039-6060(21)00422-0.