

lòng với thái độ chăm sóc của điều dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sivakumar T and Amizhthu RA**, Transoral endoscopic total thyroidectomy vestibular approach: A case series and literature review. *J Minim Access Surg*, 2018. 14(2): p. 118–123.
2. **Scerrino G, et al.**, Esophageal motility changes after thyroidectomy; possible associations with postoperative voice and swallowing disorders: preliminary results. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2013. 148(6): p. 926-32.
3. **Yeung GHC**, Endoscopic thyroid surgery today: a diversity of surgical strategies. *Thyroid*, 2002. 12(8): p. 703-706.
4. **Fernandez-Ranvier G, et al.**, Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. *JLS*, 2019. 23(4): p. e2019.00036.
5. **Nestler N**, Nursing care and outcome in surgical patients – why do we have to care? *Innov Surg Sci*, 2019. 4(4): p. 139–143.
6. **Bùi Phi Líl and Nguyễn Thị Tuyền**, Kết quả chăm sóc sau phẫu thuật tuyến giáp và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2020. *Tạp chí Y học Cộng đồng*, 2020. 60(7): p. 168-173.
7. **Dương Thị Phượng, et al.**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2022. 159(11): p. 1-9.
8. **Trần Thị Hiền Phi, Trần Ngọc Lương, and Ngô Thị Thủy Dương**, Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến hoạt động chăm sóc người bệnh phẫu thuật tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2018. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, 2018. 02(01): p. 55-59.
9. **Nguyễn Thị Liên, et al.**, Kết quả chăm sóc điều dưỡng 61 bệnh nhân phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi-măng, tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108. *Tạp chí Y học Quân sự*, 2023. 364(5-6): p. 19-23.
10. **Anh, N.B.**, Đánh giá và sự hài lòng của người bệnh về chất lượng chăm sóc của điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. 2012, Trường Đại học Y tế công cộng: Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ Quản lý bệnh viện.

KẾT QUẢ VÀ KINH NGHIỆM BAN ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ HỖ TRỢ ROBOT TRONG CẮT TOÀN BỘ THẬN TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Hoàng Luông^{1,2}, Phạm Phú Phát², Nguyễn Tế Kha²,
Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng², Nguyễn Ngọc Châu², Đỗ Anh Toàn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá và phân tích kinh nghiệm ban đầu về phương pháp phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc tại Bệnh viện Bình Dân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi phân tích hồi cứu dữ liệu từ 46 bệnh nhân với chẩn đoán bướu thận được thực hiện PTNS có hỗ trợ robot cắt thận tận gốc tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2020 đến tháng 09/2023. Các đặc điểm lâm sàng, quá trình phẫu thuật cũng như các biến chứng được ghi nhận và phân tích. **Kết quả:** 46 bệnh nhân (29 nam, 17 nữ, trung bình 58 tuổi, từ 48 đến 66) được điều trị. Kích thước bướu trung bình là 68 mm, trong đó có 24 trường hợp giai đoạn cT1, 19 trường hợp giai đoạn cT2, 3 trường hợp giai đoạn cT3. Không có bệnh nhân nào cần chuyển mổ mở; tổng thời gian phẫu thuật và lắp cánh tay robot trung bình lần lượt là 158 và 14 phút. Lượng máu mất ước tính trung bình là 46 ml và không có bệnh nhân nào cần máu truyền máu. Trong thời gian chu phẫu, không có biến chứng lớn tương ứng với cấp độ Clavien-Dindo ≥ 3 đã xảy ra. Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận 42 trường hợp ung

thư biểu mô tế bào thận (UTBMTBT) và 4 trường hợp không phải UTBMTBT. **Kết luận:** Qua nghiên cứu, chúng tôi bước đầu nhận thấy rằng PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc là phương thức an toàn và hiệu quả. Với kết quả chu phẫu từ những kinh nghiệm ban đầu có thể được coi là thuận lợi. Nói chung, nghiên cứu giúp củng cố thêm chứng cứ nhằm đưa PTNS có hỗ trợ robot cắt thận tận gốc có thể là một giải pháp thay thế đầy hứa hẹn cho phẫu thuật nội soi đơn thuần cắt toàn bộ thận với bướu thận phức tạp hoặc trong trường hợp không thể thực hiện PTNS có hỗ trợ robot trong cắt một phần thận.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot trong cắt toàn bộ thận, bướu thận.

SUMMARY

RESULTS AND INITIAL EXPERIENCE OF ROBOT-ASSISTED RADICAL NEPHRECTOMY AT BINH DAN HOSPITAL

Introduction: to evaluate and analyze the initial experience of robot-assisted radical nephrectomy (RARN) at Binh Dan Hospital. **Patients and methods:** We retrospectively analyzed data from 46 patients diagnosed with renal tumors who underwent robot-assisted radical nephrectomy at Binh Dan Hospital from January 2020 to September 2023. Clinical characteristics, surgical procedures, and complications were recorded and analyzed. **Results:** 46 patients (29 males, 17 females, median age 58 years, range 48 to 66) were treated. The median tumor diameter was 68 mm, and 24, 19 and 3 patients

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Luông

Email: drnguyenhoangluong@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 9.4.2024

were classified into cT1, cT1 and cT3, respectively. No patients required conversion to open surgery, and the median operative time and docking time were 158 and 14 minutes, respectively. The median estimated blood loss was 46 ml, and no patient required blood transfusion. During the perioperative period, no major complications corresponding to Clavien-Dindo grade \geq 3 occurred. Pathological results identified 42 cases of renal cell carcinoma (RCC) and 4 cases of non - RCC. **Conclusion:** Based on this study, we preliminarily conclude that robot-assisted radical nephrectomy is a safe and effective method. The perioperative outcomes from initial experiences are promising. Overall, the study helps reinforce the evidence, aiming to position RARN as a promising alternative solution to conventional laparoscopic surgery in cases of complex renal tumors or instances where robot-assisted partial nephrectomy is not feasible. **Keywords:** robot-assisted radical nephrectomy, renal tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt toàn bộ thận vẫn là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân có khối bướu thận phức tạp, không thể thực hiện cắt một phần⁽¹⁾. Các bằng chứng gần đây cho thấy rằng mặc dù không có sự khác biệt đáng kể về kết quả ung thư học giữa cắt toàn bộ thận phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi, tuy nhiên nội soi đã được chứng minh là có một số lợi thế hơn so với mổ mở về kết quả chu phẫu, chẳng hạn như lượng máu mất, tỉ lệ biến chứng, thời gian nằm viện và nhu cầu giảm đau sau phẫu thuật⁽²⁾. Theo đó, PTNS cắt toàn bộ thận hiện được coi là tiêu chuẩn vàng cho bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào thận giai đoạn khu trú mà không thể phẫu thuật cắt một phần thận.

Trong những năm gần đây, phẫu thuật bằng robot đã phát triển nhanh chóng được chấp nhận cho một loạt các phẫu thuật do lợi ích nhất định của nó, bao gồm cung cấp tầm nhìn ba chiều (3D) rõ ràng, sắc nét, cho phép thực hiện các động tác tinh tế và chính xác, giảm thiểu rung động tự nhiên của cơ thể do phẫu thuật viên gây ra và giúp các thao tác kẹp, nắm dễ dàng với phạm vi chuyển động rộng⁽³⁾. Trong lĩnh vực phẫu thuật thận, cắt một phần thận với sự hỗ trợ của robot đã tăng đáng kể và được xem là tiêu chuẩn điều trị cho những bướu tại chỗ giai đoạn T1⁽⁴⁻⁶⁾. Hơn nữa, kể từ báo cáo ban đầu của Klinger và đồng nghiệp⁽⁷⁾, phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ thận có hỗ trợ robot được xem là phương pháp điều trị thay thế đầy hứa hẹn cho phẫu thuật mở hoặc nội soi, và tỉ lệ bệnh nhân mắc bướu tế bào thận được thực hiện PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc đã tăng đáng kể trong thập kỷ qua⁽⁸⁾. Ở Việt Nam, do hệ thống bảo hiểm y tế vẫn chưa chấp nhận PTNS có hỗ

trợ robot trong cắt thận tận gốc là một trong những lựa chọn điều trị cho bướu tế bào thận, PTNS có hỗ trợ robot chỉ thực hiện tại vài cơ sở.

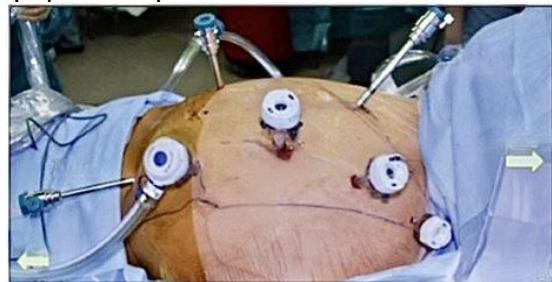
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp, chúng tôi chọn tất cả các bệnh nhân bị bướu thận khám tại Bệnh viện Bình Dân được thực hiện PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc từ 01/2020 đến 09/2023.

Phẫu thuật. Đánh giá trước phẫu thuật bao gồm đánh giá lâm sàng, các xét nghiệm bao gồm công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, xét nghiệm chức năng gan, thận và chức năng đông máu, hình ảnh học như X quang ngực thẳng, siêu âm nhằm đánh giá sơ bộ bản chất, kích thước, vị trí, giai đoạn của bướu. CT scan hoặc MRI: đánh giá giai đoạn và di căn hạch, đánh giá tình trạng mạch máu (theo phân độ TNM). Xạ hình thận (trước mổ) để đánh giá chức năng hai thận.

Tất cả các phẫu thuật đều được tiến hành dưới gây mê toàn thân. Phẫu thuật thực hiện bằng đường vào qua phúc mạc. Đặt thông mũi dạ dày và thông tiểu. Tư thế bệnh nhân và lắp các vị trí trocar với cánh tay robot (docking). Đặt BN ở tư thế nghiêng về bên đối diện với bên cần phẫu thuật khoảng 60 - 90 độ, hông nằm nghiêng trên bàn, bàn có thể uốn cong khoảng 15 độ tại điểm giữa. Đem cánh tay và các điểm tựa, cố định vị trí BN vào bàn; kiểm tra bàn nghiêng để xác nhận BN vẫn ở vị trí an toàn nếu bàn di chuyển trong quá trình lắp các cánh tay robot.

Thiết lập các trocar, sau đó gắn các cánh tay thao tác sau cho tối đa hóa khoảng cách giữa tất cả các cánh tay robot (docking). Tiến hành thực hiện phẫu thuật.



Hình 1: Thiết lập các vị trí đặt trocar

Di động đại tràng về đường giữa: Tiến hành cắt phúc mạc (mạc Told) hạ đại tràng góc gan (bên phải) hoặc đại tràng góc lách (bên trái) về phía đường giữa để bộc lộ vùng cần phẫu thuật và tránh tổn thương đại tràng. Phẫu tích quanh vùng rốn thận: Bóc tách vào rốn thận có thể tìm thấy động mạch thận nhờ vào mạc đập. Hoặc

nếu khó, phía bên phải đi theo tĩnh mạch chủ dưới, phía bên trái đi theo tĩnh mạch sinh dục hoặc động mạch chủ lên trên để tìm rốn thận. Hoặc có thể đi dọc theo niệu quản, khi qua hết bể thận là đến vùng rốn thận.

Kẹp và cắt động tĩnh mạch thận: Bộc lộ rõ động mạch thận dài khoảng 1cm càng gần gốc càng tốt để tránh nhầm lẫn với nhánh của động mạch thận, kẹp bằng Hem - O - Lok và cắt động mạch. Làm tương tự với tĩnh mạch thận. Phẫu tích giải phóng cực trên, dưới và cắt đoạn niệu quản. Sau đó làm sạch phẫu trường và kiểm tra cầm máu toàn bộ. Trong trường hợp có hạch đại thể vùng quanh rốn thận, sẽ nạo hạch kèm theo sau khi đã cắt rời thận. Kiểm tra số lượng hạch. Đặt ODL tại hốc thận. Đánh giá lượng máu mất thông qua ước lượng hạch đã sử dụng, bình hút. Lấy bệnh phẩm ra ngoài với bao đựng bệnh phẩm, tháo các cánh tay robot và đóng các lỗ trocar.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

46 trường hợp PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc thỏa mãn các tiêu chí nghiên cứu.

Đặc điểm trước mổ của bệnh nhân được thể hiện trong bảng 1

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân

	Tuổi (năm)	58 + 6,24 (48-66)
Giới tính	Nam (%)	29 (63%)
	Nữ (%)	17 (37%)
Vị trí bướu	Phải (%)	18 (39%)
	Trái (%)	28 (61%)
	Kích thước bướu	68 + 18,5 mm
Giai đoạn lâm sàng	T1a	6 (13,1%)
	T1b	18 (39,1%)
	T2a	12 (26,1%)
	T2b	7 (15,2%)
	T3a	2 (4,3%)
	T3b	1 (2,2%)

Đặc điểm trong mổ của bệnh nhân được thể hiện qua bảng 2

Bảng 2. Phân tích trong mổ

Thời gian phẫu thuật	158+20,4 phút
Thời gian lắp cánh tay robot (docking)	14+5,2 phút
Thời gian điều khiển máy (console)	81+15 phút
Lượng máu mất	46+17,5 ml
Trường hợp cần truyền máu	0 trường hợp
Các biến chứng chính	0 biến chứng

Theo dõi hậu phẫu được ghi nhận ở bảng 3

Bảng 3. Theo dõi hậu phẫu

Biến chứng	Sốt sau mổ	3 (6,5%) trường hợp
	Tụ dịch hốc thận	2 (4,3%) trường hợp
	Thời gian rút dẫn lưu	4,2 + 2,1 ngày
	Thời gian nằm viện	6,8 + 3,4 ngày

Giải phẫu bệnh sau mổ	UTBMTBT	42 (91,3%) trường hợp
	Không phải UTBMTBT	4 (8,7%) trường hợp
	+ Bướu AML	1 trường hợp
	+ Sarcom	1 trường hợp
	+ Nang thận	2 trường hợp



Hình 2: Bướu thận và thận kèm mỡ quanh thận được lấy ra sau phẫu thuật robot

Biến chứng ghi nhận có 5 trường hợp. Trong đó có 3 trường hợp sốt sau mổ, bệnh nhân được thực hiện nuôi cấy vi khuẩn + kháng sinh đồ nước tiểu và máu, điều trị kháng sinh phổi hợp tĩnh mạch. Sau 3 ngày có kết quả âm tính với nước tiểu và 5 ngày âm tính với máu. Bạch cầu trong máu dẫn về bình thường. Có 2 trường hợp tụ dịch hốc thận, bệnh nhân đau hông lưng vào ngày hậu phẫu 3, được điều trị kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, bệnh nhân ổn định.

IV. BÀN LUẬN

Kể từ khi Klinger và đồng nghiệp giới thiệu PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc, tỉ lệ bệnh nhân mắc bướu thận, không phù hợp để cắt một phần thận được thực hiện loại phẫu thuật này được báo cáo tăng đáng kể⁽⁴⁾. Ví dụ, Jeong và đồng nghiệp thực hiện một nghiên cứu dựa trên dân số lớn để xem xét xu hướng sử dụng PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc tại Hoa Kỳ từ năm 2003 - 2015 và cho thấy việc sử dụng PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc tăng từ 1.5% lên đến 27% đối với toàn bộ đội ngũ phẫu thuật bướu thận trong khoảng thời gian này⁽¹⁰⁾.

Cho đến nay, nhiều nghiên cứu quan sát qui mô nhỏ về PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc đã được thực hiện tại một trung tâm duy nhất, và một số trong số chúng đã chỉ ra kết quả trong phẫu thuật tương đương với phẫu thuật nội soi đơn thuần cắt toàn bộ thận, mặc dù chi phí tăng đáng kể⁽⁹⁾. Trong những năm gần đây, đặc điểm lâm sàng của PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc đã được đặc trưng thêm bởi một số nghiên cứu quy mô lớn⁽⁸⁾. Ví dụ, Jeong và đồng nghiệp báo cáo rằng PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc không tăng nguy cơ của bất kỳ biến chứng nào hoặc biến chứng lớn, nhưng dẫn đến thời gian phẫu thuật kéo dài và chi phí bệnh viện cao hơn so với phẫu thuật nội soi đơn thuần⁽⁸⁾, trong khi Gershman cho

thấy so với phẫu thuật nội soi đơn thuần, PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc giúp giảm lệ biến chứng trong phẫu thuật cũng như biến chứng sau phẫu thuật nhưng viện phí thì cao hơn và không có sự khác biệt về truyền máu hoặc thời gian nằm viện⁽⁹⁾. Trong loạt bệnh nhân này, PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc có thể được thực hiện mà không cần truyền máu ở tất cả các trường hợp, thời gian phẫu thuật, thời gian docking, thời gian điều khiển máy trung bình tương ứng chỉ là 158, 14 và 81 phút, ngắn hơn so với những nghiên cứu trước đó⁽⁵⁾, và không có biến chứng trong phẫu thuật lớn nào xảy ra. Những kết quả tích cực trong phẫu thuật của nghiên cứu chúng tôi có thể được giải thích bởi những lý do sau đây: đánh giá cẩn thận trước phẫu thuật bằng phần mềm phân tích hình ảnh đã được thực hiện trong tất cả các trường hợp, và cuộc mổ được thực hiện bởi các Bác sĩ có kinh nghiệm trong phẫu thuật robot. Về thời gian phẫu thuật của PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc, một nghiên cứu trước đó của Anele và đồng nghiệp cũng cho thấy thời gian kéo dài hơn so với phẫu thuật nội soi đơn thuần, nhưng PTNS có hỗ trợ robot được thực hiện trong bối cảnh bệnh tình phức tạp và khó khăn cho phẫu thuật hơn so với nội soi đơn thuần⁽⁹⁾. Vì vậy, những kết quả này cho thấy nếu được thực hiện bởi Bác sĩ phẫu thuật robot có kinh nghiệm, PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc có thể mang lại kết quả phẫu thuật tương tự hoặc thậm chí là tốt hơn phẫu thuật nội soi đơn thuần mà không tăng nguy cơ biến chứng trong phẫu thuật.



Hình 3: Vết mổ trên bụng bệnh nhân sau phẫu thuật robot cắt thận tận gốc

Theo nguyên tắc, PTNS có hỗ trợ robot trong nên được áp dụng cho các bướu thận phức tạp, không thích hợp cho cắt một phần thận, không thể chỉ đơn giản xác định bằng kích thước bướu. Thực tế trong nghiên cứu này PTNS có hỗ trợ robot trong đã được thực hiện trong 6 trường hợp với bướu cT1a, các đặc điểm được xem xét một cách cẩn thận để tránh việc lạm dụng cắt thận tận gốc. Cụ thể các bướu T1a trong loạt nghiên cứu đều có điểm R.E.N.A.L (Bảng điểm đánh giá độ phức tạp của bướu) > 10 với 4

bướu vị trí trung tâm, gần như toàn bộ chìm hẳn trong nhu mô thận và nằm trọn giữa hai đường phân chia cực, 1 bướu nằm sát rốn thận và 1 bướu gần hệ thống đài bể thận.

Các đặc điểm riêng biệt của nền tảng robot có thể hữu ích trong việc thực hiện các phẫu thuật khó⁽³⁾, thường được thực hiện bằng phẫu thuật mở, như điều trị các bướu liên quan đến các mạch máu lớn. Trên thực tế, đã có một số báo cáo mô tả những kết quả tích cực về PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc và loại bỏ chồi ở tĩnh mạch chủ dưới⁽²⁾. Hơn nữa, trong loạt bệnh nhân này, bướu thận kèm theo huyết khối ở tĩnh mạch thận đã được loại bỏ thành công bằng công cụ khâu robot ENDOWRIST. Cụ thể, 2 trường hợp bướu giai đoạn cT3a có chồi nằm trong tĩnh mạch thận được cô lập, bảo tồn được trên 50% lòng ống tĩnh mạch chủ, điều này rất quan trọng vì giúp ngăn ngừa các biến chứng mạch máu hạ lưu liên quan đến việc giảm dòng chảy. 1 trường hợp bướu cT3b có chồi huyết khối mức độ II, trường hợp này khó khăn hơn, đòi hỏi phải kẹp tuần tự từ tĩnh mạch chủ dưới phần thấp, tĩnh mạch thận đối bên, tĩnh mạch chủ dưới phần trên cùng các tĩnh mạch thắt lưng. Sau đó vùng tĩnh mạch được mở và lấy chồi huyết khối. Với những bướu loại này khi huyết khối xâm lấn vào thành tĩnh mạch chủ, cần cắt bỏ phần tĩnh mạch liên quan và đạt được biên phẫu thuật âm tính để tránh nguy cơ tái phát. Vì vậy, khi xem xét những kết quả này, chỉ định của PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc có thể được mở rộng cho các bướu thận phức tạp hơn, bao gồm cả những trường hợp có chồi tĩnh mạch.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này bao gồm 46 bệnh nhân mắc bướu thận khu trú, bao gồm cả những trường hợp bướu thận khó phẫu thuật, PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc đã được thực hiện trong thời gian phẫu thuật, cũng như thời gian điều khiển chấp nhận được mà không có biến chứng lớn trong phẫu thuật. Do đó, kinh nghiệm ban đầu của chúng tôi với PTNS có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc sẽ là đề xuất gợi ý vai trò quan trọng của PTNS có hỗ trợ robot đối với các bướu thận phức tạp, không thích hợp cho phẫu thuật cắt một phần thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dagenais J, Bertolo R, Garisto J, et al.** Variability in partial nephrectomy outcomes: does your surgeon matter? *Eur Urol.* 2019;75:628-634.
2. **Shin TJ, Song C, Kim CS, et al.** Surgical details and renal function change after robot-assisted partial nephrectomy. *Int J Urol.* 2020;27:457-462.

- Motoyama D, Sato R, Watanabe K, et al.** Perioperative outcomes in patients undergoing robot-assisted partial nephrectomy: comparative assessments between complex and noncomplex renal tumors. *Asian J Endosc Surg.* 2021;14:379-385.
- Klingler DW, Hemstreet GP, Balaji KC.** Feasibility of robotic radical nephrectomy—initial results of single-institution pilot study. *Urology.* 2005;65:1086-1089.
- Jeong IG, Khandwala YS, Kim JH, et al.** Association of robotic-assisted vs laparoscopic radical nephrectomy with perioperative outcomes and health care costs, 2003 to 2015. *JAMA.* 2017;318:1561-1568.
- Gershman B, Bukavina L, Chen Z, et al.** The association of robot-assisted versus pure laparoscopic radical nephrectomy with perioperative outcomes and hospital costs. *Eur Urol Focus.* 2020;6:305-312.
- Anele UA, Marchioni M, Yang B, et al.** Robotic versus laparoscopic radical nephrectomy: a large multi-institutional analysis (ROSULA Collaborative Group). *World J Urol.* 2019;37:2439-2450.
- Asimakopoulos AD, Miano R, Annino F, et al.** Robotic radical nephrectomy for renal cell carcinoma: a systematic review. *BMC Urol.* 2014;14:75.
- Motoyama D, Matsushita Y, Watanabe H, et al.** Significant impact of three-dimensional volumetry of perinephric fat on the console time during robot-assisted partial nephrectomy. *BMC Urol.* 2019;19:132.
- Shen D, Du S, Huang Q, et al.** A modified sequential vascular control strategy in robot-assisted level III-IV inferior vena cava thrombectomy: initial series mimicking the open 'milking' technique principle. *BJU Int.* 2020;126:447-456.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CHỨNG THỪA MỠ MI DƯỚI

Phạm Văn Thương¹, Nguyễn Đức Thành², Bùi Phương Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng chứng thừa mỡ mi dưới được điều trị bằng phẫu thuật đường mổ qua da tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 9/2022 – 9/2023 và đánh giá kết quả phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán chứng thừa mỡ mi dưới và có chỉ định điều trị bằng phương pháp phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 9/2022 – 9/2023. Nghiên cứu mô tả lâm sàng không đối chứng, tiến cứu. **Kết quả:** 32 bệnh nhân được phẫu thuật mỡ thừa mi dưới chủ yếu là nữ (90%). 100% số mắt sau phẫu thuật mi mắt nhắm kín, không có lật mi, không có tổn thương bề mặt nhãn cầu, không có song thị, không sưng nề kết mạc mắt. 100% bệnh nhân hài lòng tuyệt đối sau 6 tháng phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ mỡ thừa mi dưới là phương pháp dễ thực hiện, cho kết quả tốt và an toàn. **Từ khóa:** Tạo hình thẩm mỹ mi mắt, mi dưới.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND SURGICAL RESULTS OF TREATMENT OF SYMPTOMS EXCESS LOWER EYELID FAT

Objectives: Describe the clinical characteristics of excess lower eyelid fat treated with percutaneous incision surgery at Viet Tiep Hospital from 9/2022 to 9/2023 and evaluate the surgical results of this group.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp – Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương

Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024

Material and method: 30 patients was diagnosed with excess lower eyelid fat and indicated for surgical treatment at Viet Tiep Hospital from 9/2022 – 9/2023. Non-controlled, prospective, clinical descriptive study.

Result: The 32 patients who had surgery for excess lower eyelid fat were mainly female (90%). After surgery, there was no patient reported lagophthalmos, ectropion or damage to the eyeball surface. 100% of patients were absolutely satisfied 6 months after surgery. **Conclusion:** Blepharoplasty lower eyelid is an easy method to perform, gives good and safe results. **Keywords:** Blepharoplasty, lower eyelid

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa mỡ mi dưới là sự tăng thể tích mỡ ở mi mắt dưới dẫn đến sự lồi lên của mi dưới [1]. Tình trạng lão hóa da, cơ vòng mi và vách ổ mắt suy yếu gây tình trạng thoát vị các túi mỡ mi dưới khỏi vị trí giải phẫu ban đầu, tạo nên một vùng lồi tại mi dưới ngay trên rãnh lệ. Sự thay đổi này ảnh hưởng rất lớn tới thẩm mỹ của bệnh nhân, khiến khuôn mặt trở nên mệt mỏi và già nua [2].

Thừa mỡ mi dưới gặp ở cả giới nam và nữ nhưng giới nữ thường thấy nhiều hơn, tỉ lệ nữ giới có độ tuổi trên 50 tuổi chiếm tới 64,3% [3]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ mi dưới. Năm 1920, trường hợp phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới đầu tiên do Madame Noël's tiến hành đã ghi chép lại [1]. Năm 2005, Paul S. Nassif đưa ra sự thay đổi cơ bản của tạo hình mí mắt dưới trước đó: tái định vị mỡ qua đường mổ kết mạc [4].

Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu và báo cáo trong các hội nghị khoa học cho thấy các phẫu