

# BỆNH VIỆN ĐA KHOA SỐ 2 TỈNH LÀO CAI



## HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH UNG BƯỚU - TẬP 1

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVĐK2 ngày tháng năm 2025  
của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai)*

Lào Cai, năm 2025

### **Hội đồng thẩm định**

BSCCKII. Tô Minh Hùng	Phó Giám đốc bệnh viện
ThS. Nguyễn Thị Hồng Anh	Phó trưởng phòng Đào tạo & Chỉ đạo tuyến
DSCKI. Nguyễn Thị Mỹ Nương	Phó trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp
ThS. Nguyễn Thế Linh	Phó trưởng phòng Quản lý chất lượng
BSCCKII. Lương Ngọc Quý	Trưởng khoa Gây mê hồi sức
BSCCKII. Lò Tà Phìn	Trưởng khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình
BSCCKII. Nguyễn Văn Hải	Trưởng khoa Ngoại tiết niệu
BSCCKI. Lê Quyết Thắng	Trưởng khoa Ngoại tổng hợp
ThS. Nguyễn Phú Duy	Trưởng khoa Ngoại thần kinh
BSCCKI. Đỗ Đình Quy Nhơn	Trưởng khoa Tai mũi họng
BSCCKI. Hoàng Anh Quý	Phó trưởng khoa YHCT&PHCN
BSCCKI. Nguyễn Thị Quỳnh Trâm	Phó giám đốc Trung tâm Ung bướu & YHHN
BSCCKII. Trần Đức Thắng	Trưởng khoa Răng hàm mặt
BSCCKI. Nguyễn Thế Bách	Trưởng khoa Sản
ĐD. Trần Thị Thu Hà	Viên chức phòng Đào tạo & CĐT

### **Biên soạn**

BSCCKII. Tô Minh Hùng	Phó Giám đốc bệnh viện
BSCCKI. Nguyễn Thị Quỳnh Trâm	Phó giám đốc Trung tâm Ung bướu & YHHN
BSCCKI. Nguyễn Mạnh Lâm	Trung tâm ung bướu và Y học hạt nhân
BSCCKI. Nguyễn Văn Quân	Trung tâm ung bướu và Y học hạt nhân
BSNT. Phạm Ngọc Anh	Trung tâm ung bướu và Y học hạt nhân

## LỜI NÓI ĐẦU

Nhằm chuẩn hóa hoạt động chuyên môn, nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh ung bướu, Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai xây dựng và ban hành “Tập tài liệu hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ung bướu – Tập 1” gồm 38 quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ung bướu. Đây là hệ thống các quy trình được biên soạn dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế, các quy định chuyên môn hiện hành và kinh nghiệm thực tiễn tại bệnh viện.

Tài liệu này là công cụ hỗ trợ quan trọng cho đội ngũ y, bác sĩ, điều dưỡng và kỹ thuật viên trong việc thực hành lâm sàng thống nhất, an toàn, hiệu quả. Các quy trình được trình bày cụ thể, dễ tra cứu, giúp chuẩn hóa thao tác kỹ thuật, hạn chế sai sót chuyên môn, đồng thời làm căn cứ trong công tác đào tạo, kiểm tra và đánh giá chất lượng chuyên môn.

Trong quá trình triển khai, tài liệu có thể tiếp tục được cập nhật, bổ sung nhằm phù hợp với tiến bộ khoa học kỹ thuật và tình hình thực tế của bệnh viện. Ban biên soạn mong nhận được ý kiến đóng góp của các đơn vị, cán bộ y tế để hoàn thiện và áp dụng hiệu quả hơn trong thực hành.

Tập tài liệu này không chỉ thể hiện tinh thần trách nhiệm và quyết tâm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh của bệnh viện, mà còn là bước tiến trong lộ trình chuẩn hóa và phát triển chuyên ngành Ung bướu tại tỉnh Lào Cai, hướng tới mục tiêu phục vụ người bệnh ngày càng tốt hơn.

**BỆNH VIỆN ĐA KHOA SỐ 2 TỈNH LÀO CAI**

## MỤC LỤC

1. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BUỒU GIÁP ĐA NHÂN BẰNG DAO SIÊU ÂM.....	1
2. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BUỒU GIÁP ĐA NHÂN ĐỘC BẰNG DAO SIÊU ÂM.....	4
3. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BỆNH BASEDOW BẰNG DAO SIÊU ÂM .....	8
4. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THÙY TUYẾN GIÁP VÀ CẮT BÁN PHẦN THÙY CÒN LẠI TRONG BASEDOW BẰNG DAO SIÊU ÂM .....	12
5. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BASEDOW BẰNG DAO SIÊU ÂM.....	16
6. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THÙY TUYẾN GIÁP TRONG UNG THU' TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM .....	20
7. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG UNG THU' TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM .....	24
8. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THÙY TUYẾN GIÁP KÈM NẠO VẾT HẠCH 1 BÊN TRONG UNG THU' TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM .....	28
9. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP KÈM NẠO VẾT HẠCH 1 BÊN TRONG UNG THU' TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM.....	32
10. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP KÈM NẠO VẾT HẠCH 2 BÊN TRONG UNG THU' TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM .....	36
11. PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO VẾT HẠCH CỔ TRONG UNG THU' TUYẾN GIÁP ĐÃ PHẪU THUẬT BẰNG DAO SIÊU ÂM .....	40
12. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙY EO TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM.....	44
13. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙY THÁP TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM...	47
14. PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO VẾT HẠCH CỔ TRONG UNG THU' TUYẾN GIÁP ĐÃ PHẪU THUẬT BẰNG DAO SIÊU ÂM .....	50
15. PHẪU THUẬT NỘI SOI CÀM MÁU LẠI SAU MỖ TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM.....	54
16. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙY EO TUYẾN GIÁP .....	57
17. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙY THÁP TUYẾN GIÁP .....	60
18. PHẪU THUẬT NỘI SOI LÀM SẠCH VẾT MỖ VÀ ĐẶT DẪN LƯU Ở NGƯỜI BỆNH SAU MỖ TUYẾN GIÁP .....	63
19. PHẪU THUẬT LẠNH ĐIỀU TRỊ CÁC KHỐI U NÔNG.....	66
20. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP TRONG BUỒU GIÁP NHÂN.....	69

21. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT MỘT THUY TUYÊN GIÁP TRONG BUỒU GIÁP NHÂN ĐỘC .....	72
22. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NHÂN TUYẾN GIÁP.....	75
23. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NHÂN ĐỘC TUYẾN GIÁP .....	78
24. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GẦN TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BỆNH BASEDOW.....	81
25. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT – ĐÓT HẠCH GIAO CẢM CỖ.....	85
26. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA DẠ DÀY CẮT POLYP DẠ DÀY (INTRALUMINAL LAP SURGERY) .....	88
27. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ XOẮN DẠ DÀY CÓ KÈM CẮT DẠ DÀY .....	91
28. PHẪU THUẬT NỘI SOI NỐI DẠ DÀY – HỒNG TRÀNG, .....	94
NỐI TÚI MẬT – HỒNG TRÀNG.....	94
29. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U BUỒNG TRÚNG 2 BÊN BẰNG MICROWARE.....	98
30. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U BUỒNG TRÚNG PHẢI BẰNG MICROWARE.....	101
31. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U BUỒNG TRÚNG TRÁI BẰNG MICROWARE.....	104
32. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U TUYẾN GIÁP BẰNG MICROWAVE .....	107
33. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U VÚ HAI BÊN BẰNG MICROWAVE.....	111
34. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U VÚ PHẢI BẰNG MICROWAVE.....	115
35. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U VÚ TRÁI BẰNG MICROWAVE.....	118
36. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐÓT U PHỔI BẰNG VI SÓNG.....	122
37. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U GAN BẰNG MICROWAVE .....	125
38. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U TUYỆT BẰNG MICROWAVE.....	128

## **1. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP ĐA NHÂN BẰNG DAO SIÊU ÂM**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Bướu giáp đa nhân (multinodular goiter) là tình trạng tuyến giáp có nhiều nhân, thường phát triển từ từ, có thể gây chèn ép khí quản – thực quản, biến dạng thẩm mỹ vùng cổ.

- Điều trị nội khoa ít hiệu quả, bệnh nhân dễ tái phát → phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là biện pháp điều trị triệt để.

- Phẫu thuật nội soi mang lại thẩm mỹ cao, giảm đau sau mổ, hồi phục nhanh.

- Dao siêu âm (Harmonic scalpel) vừa cắt vừa cầm máu, giúp giảm nguy cơ chảy máu và rút ngắn thời gian mổ.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Bướu giáp đa nhân gây biến dạng cổ, triệu chứng chèn ép (khó thở, nuốt nghẹn).

- Bướu đa nhân nghi ngờ ác tính trên siêu âm, FNA.

- Bệnh nhân có yêu cầu phẫu thuật nội soi để đảm bảo tính thẩm mỹ.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bướu quá lớn hoặc thông trung thất sâu.

- Ung thư tuyến giáp đã xâm lấn rộng (phải mổ mở kèm nạo vét hạch).

- Người bệnh không chịu được gây mê toàn thân.

- Tiền sử phẫu thuật cổ hoặc xạ trị vùng cổ gây dính nhiều.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Đánh giá kỹ hình ảnh học (siêu âm, CT scan) để xác định giới hạn bướu.

- Bảo tồn dây thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp.

- Tránh tổn thương dây thần kinh thanh quản trên khi xử lý cực trên.

- Theo dõi chặt chẽ sau mổ để phát hiện sớm chảy máu, khó thở.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên nội soi tuyến giáp thành thạo.

- Ê-kíp: bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng.

#### **5.2. Thuốc**

- Gây mê toàn thân có giãn cơ.

- Kháng sinh dự phòng.

- Giảm đau, thuốc cầm máu.

- Hormon tuyến giáp thay thế sau mổ.

- Calci và vitamin D dự phòng hạ calci máu.

### **5.3. Vật tư**

- Chỉ khâu tiêu, không tiêu.
- Túi đựng bệnh phẩm.
- Dẫn lưu hút áp lực âm.

### **5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống nội soi (camera HD, nguồn sáng).
- Dao siêu âm Harmonic scalpel.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi tuyến giáp.

### **5.5. Người bệnh**

- Giải thích rõ quy trình phẫu thuật, nguy cơ biến chứng, khả năng phải uống hormon thay thế suốt đời.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.
- Làm đầy đủ xét nghiệm: công thức máu, đông máu, chức năng tuyến giáp, siêu âm, FNA.

### **5.6. Hồ sơ bệnh án:**

- Đầy đủ, có hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật.

### **5.7. Thời gian thực hiện 150 – 200 phút.**

### **5.8. Địa điểm thực hiện**

- Phòng mổ nội soi vô khuẩn.

### **5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng bệnh nhân – đúng bệnh – đúng vị trí.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

- Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản
- + Monitoring đầy đủ.
- Bước 2. Tạo đường mổ và đặt trocar
- + Đường rạch – quàng vú – dưới hõm ức, tùy kinh nghiệm phẫu thuật viên.
- + Đặt 3–4 trocar cho camera và dụng cụ.
- Bước 3. Bộc lộ tuyến giáp
- + Tách cơ trước cổ, tạo khoang phẫu trường.
- + Bộc lộ cực trên và cực dưới tuyến giáp.
- Bước 4. Cắt toàn bộ thùy tuyến giáp bên trái
- + Dao siêu âm cắt – cầm máu cực trên, cực dưới.
- + Bảo tồn dây thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp.

- + Lấy toàn bộ thù giáp và phần eo giáp cùng bên.
- Bước 5. Cắt toàn bộ thù tuyến giáp bên phải
- + Tiến hành tương tự bên trái.
- + Đảm bảo loại bỏ hoàn toàn tuyến giáp.
- Bước 6. Kiểm tra và xử trí
- + Đánh giá chảy máu, cầm máu bằng dao siêu âm hoặc clip.
- + Rửa sạch phẫu trường.
- Bước 7. Hoàn tất
- + Đặt dẫn lưu hút áp lực âm.
- + Đóng vết mổ thẩm mỹ.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Trong mổ**

- Chảy máu: xử trí bằng dao siêu âm, clip hoặc chuyển mổ mở.
- Tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản → khàn tiếng, khó thở.
- Tổn thương tuyến cận giáp → hạ calci máu.

### **7.2. Sau mổ**

- Theo dõi dấu hiệu chảy máu, tụ máu vùng cổ.
- Đánh giá giọng nói, khả năng nuốt.
- Kiểm tra calci máu, bổ sung calci và vitamin D khi cần.
- Bắt đầu điều trị hormon tuyến giáp thay thế.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Khàn tiếng kéo dài, liệt dây thanh.
- Suy giáp (cần hormon thay thế suốt đời).
- Sẹo mổ (ít thấy hơn so với mổ mở).

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*
2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Elsevier, 2012.
3. Lee J, et al. (2016). *Endoscopic total thyroidectomy with Harmonic scalpel for multinodular goiter.* Ann Surg Oncol.
4. Choi JY, et al. (2014). *Clinical application of Harmonic scalpel in thyroid surgery.* Surg Endosc.
5. Nguyễn Văn Hùng (2021). *Phẫu thuật nội soi tuyến giáp trong bướu giáp đa nhân.* Tạp chí Y học Việt Nam

## **2. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP ĐA NHÂN ĐỘC BẰNG DAO SIÊU ÂM**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Bướu giáp đa nhân độc (Toxic multinodular goiter) là tình trạng nhiều nhân tuyến giáp tự động tiết hormon, gây cường giáp.
- Điều trị bằng nội khoa thường chỉ tạm thời, bệnh dễ tái phát. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là phương pháp điều trị triệt để, ngăn tái phát.
- Phẫu thuật nội soi có ưu điểm: ít xâm lấn, tính thẩm mỹ cao, giảm đau sau mổ.
- Dao siêu âm (Harmonic scalpel) giúp cắt – cầm máu đồng thời, giảm chảy máu và rút ngắn thời gian mổ.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Bướu giáp đa nhân độc gây cường giáp không kiểm soát được bằng thuốc hoặc tái phát sau điều trị nội.
- Bướu đa nhân to vừa, chưa xâm lấn khí quản – thực quản, không thông trung thất sâu.
- Bệnh nhân có nhu cầu phẫu thuật nội soi thẩm mỹ.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bướu giáp quá lớn hoặc thông sâu vào trung thất.
- Có nghi ngờ hoặc xác định ung thư tuyến giáp → cần cắt toàn bộ tuyến giáp + nạo vét hạch.
- Người bệnh không chịu được gây mê toàn thân.
- Cổ dính nhiều do phẫu thuật hoặc xạ trị trước đó.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Kiểm soát hormon tuyến giáp về mức gần bình thường trước mổ (thuốc kháng giáp, propranolol, corticoid) để tránh cơn bão giáp.
- Phẫu tích cẩn thận vùng cực trên để tránh tổn thương dây thần kinh thanh quản trên.
- Bảo tồn dây thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp.
- Theo dõi sát sau mổ để phát hiện sớm chảy máu, suy hô hấp.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên nội soi tuyến giáp nhiều kinh nghiệm, có chứng chỉ phẫu thuật nội soi aang cao
- Ê-kíp: bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng.

#### **5.2. Thuốc**

- Gây mê toàn thân có giãn cơ.

- Kháng sinh dự phòng.
- Thuốc kháng giáp, propranolol, corticoid (trước mổ).
- Hormon tuyến giáp thay thế (sau mổ).
- Calci và vitamin D (dự phòng hạ calci máu).

### **5.3. Vật tư**

- Chỉ khâu tiêu, không tiêu.
- Túi đựng bệnh phẩm.
- Dẫn lưu hút áp lực âm.

### **5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống nội soi (camera HD, nguồn sáng).
- Dao siêu âm Harmonic scalpel.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi tuyến giáp.

### **5.5. Người bệnh**

- Được chuẩn bị ổn định về chức năng tuyến giáp trước mổ.
- Giải thích rõ quy trình, nguy cơ biến chứng và nhu cầu hormon thay thế suốt đời.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.

### **5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ, có hội chẩn và cam kết phẫu thuật.

### **5.7. Thời gian thực hiện**

150 – 200 phút.

### **5.8. Địa điểm thực hiện**

- Phòng mổ nội soi vô khuẩn.

### **5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng bệnh nhân – đúng chẩn đoán – đúng kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật WHO.

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

- Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản
- + Monitoring đầy đủ.
- Bước 2. Tạo đường mổ và đặt trocar
- + Lựa chọn đường rạch – quàng vú – dưới hõm ức tùy kinh nghiệm.
- + Đặt trocar cho camera và dụng cụ.
- Bước 3. Bộc lộ tuyến giáp
- + Tách cơ trước cổ, tạo khoang phẫu trường.

- + Bộc lộ cực trên, cực dưới của tuyến giáp.
- Bước 4. Cắt toàn bộ thùy tuyến giáp bên trái
- + Dùng dao siêu âm cắt – cầm máu cực trên, cực dưới.
- + Nhận diện và bảo tồn dây thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp.
- + Lấy toàn bộ thùy và phần eo giáp.
- Bước 5. Cắt toàn bộ thùy tuyến giáp bên phải
- + Tiến hành tương tự như bên trái.
- + Đảm bảo loại bỏ toàn bộ mô tuyến giáp.
- Bước 6. Kiểm tra và xử trí
- + Kiểm soát chảy máu bằng dao siêu âm.
- + Rửa sạch, hút dịch.
- Bước 7. Hoàn tất
- + Đặt dẫn lưu hút áp lực âm.
- + Khâu đóng vết mổ thẩm mỹ.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Trong mổ**

- Chảy máu nhiều: kiểm soát bằng dao siêu âm hoặc clip, có thể chuyển mổ mở.
- Tổn thương dây thần kinh quặt ngược → khàn tiếng, khó thở.
- Tổn thương tuyến cận giáp → hạ calci máu sau mổ.

### **7.2. Sau mổ**

- Theo dõi dấu hiệu chảy máu, tụ máu cổ gây chèn ép khí quản.
- Kiểm tra giọng nói, khả năng nuốt.
- Định lượng calci máu → bổ sung calci và vitamin D khi cần.
- Điều chỉnh liều hormon tuyến giáp thay thế.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Khàn tiếng kéo dài, liệt dây thanh.
- Suy giáp (cần hormon thay thế suốt đời).
- Sẹo mổ (nhưng thẩm mỹ hơn mổ mở).

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*
2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Elsevier, 2012.

3. Lee J, et al. (2016). *Endoscopic total thyroidectomy with Harmonic scalpel for toxic multinodular goiter*. Ann Surg Oncol.
4. Choi JY, et al. (2014). *Clinical application of Harmonic scalpel in thyroid surgery*. Surg Endosc.
5. Nguyễn Văn Hùng (2021). *Phẫu thuật nội soi tuyến giáp trong bướu đa nhân độc*. Tạp chí Y học Việt Nam

### **3. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BỆNH BASEDOW BẰNG DAO SIÊU ÂM**

#### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Basedow (Graves' disease) là bệnh lý cường giáp tự miễn, đặc trưng bởi tuyến giáp phì đại lan tỏa và tiết hormon giáp quá mức.
- Điều trị bao gồm: thuốc kháng giáp, iod phóng xạ, hoặc phẫu thuật.
- Cắt toàn bộ tuyến giáp là phương pháp phẫu thuật triệt để, đặc biệt ở những bệnh nhân: bướu lớn, tái phát, không dung nạp thuốc, chống chỉ định iod phóng xạ.
- Phẫu thuật nội soi với dao siêu âm (Harmonic scalpel) giúp giảm mất máu, rút ngắn thời gian mổ, giảm tổn thương mô lân cận, mang lại kết quả thẩm mỹ.

#### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh Basedow kháng trị nội khoa (không kiểm soát được cường giáp bằng thuốc).
- Bướu giáp lớn gây chèn ép khí quản, thực quản.
- Người bệnh không dung nạp thuốc kháng giáp hoặc iod phóng xạ.
- Yêu cầu phẫu thuật nội soi nhằm đạt tính thẩm mỹ.

#### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân không chịu được gây mê toàn thân.
- Bướu giáp Basedow quá lớn, thông trung thất sâu → khó nội soi, cần mổ mở.
- Có xâm lấn vào khí quản, thực quản hoặc mạch máu lớn.
- Sẹo, dính nhiều sau phẫu thuật vùng cổ trước đó.

#### **4. THẬN TRỌNG**

- Kiểm soát cường giáp trước mổ bằng thuốc kháng giáp, propranolol, corticoid để tránh cơn bão giáp.
- Đảm bảo nhận diện và bảo tồn dây thần kinh quặt ngược thanh quản, thần kinh thanh quản trên, tuyến cận giáp.
- Nguy cơ tụ máu sau mổ gây chèn ép khí quản.
- Nguy cơ suy cận giáp sau mổ do cắt hoặc tổn thương tuyến cận giáp.

#### **5. CHUẨN BỊ**

##### **5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ/nội tiết có kinh nghiệm.
- Ê-kíp: bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng.

##### **5.2. Thuốc**

- Gây mê toàn thân có giãn cơ.
- Kháng sinh dự phòng.
- Thuốc kháng giáp, propranolol (trước mổ).

- Thuốc cầm máu, dịch truyền, thuốc vận mạch.
- Hormon tuyến giáp thay thế sau mổ.
- Calci, vitamin D (dự phòng và điều trị hạ calci máu).

### **5.3. Vật tư**

- Chỉ khâu tiêu, không tiêu.
- Túi đựng bệnh phẩm.
- Dẫn lưu hút áp lực âm.

### **5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống nội soi (camera HD, nguồn sáng lạnh).
- Dao siêu âm (Harmonic scalpel).
- Bộ dụng cụ nội soi tuyến giáp.

### **5.5. Người bệnh**

- Được điều trị nội khoa ổn định trước mổ: FT4, TSH trở về gần bình thường.
- Giải thích rõ phẫu thuật, nguy cơ biến chứng, khả năng phải dùng hormon giáp suốt đời.

- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.
- Xét nghiệm: công thức máu, đông máu, chức năng tuyến giáp, calci máu.

### **5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ, có hội chẩn chuyên khoa, giấy cam kết phẫu thuật.

### **5.7. Thời gian thực hiện : 120 – 180 phút.**

### **5.8. Địa điểm thực hiện**

- Phòng mổ nội soi đạt chuẩn vô khuẩn.

### **5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng bệnh nhân – đúng chẩn đoán – đúng chỉ định.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật WHO.

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

- Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản
- + Monitoring đầy đủ.
- Bước 2. Tạo đường vào và đặt trocar
- + Đường dưới hõm ức, nách hoặc sau tai tùy kỹ thuật.
- + Đặt trocar cho camera và dụng cụ.
- Bước 3. Bộc lộ tuyến giáp
- + Tách cơ trước cổ, mở khoang phẫu thuật.
- + Nhận diện cực trên và cực dưới tuyến giáp.

- Bước 4. Cắt toàn bộ tuyến giáp bằng dao siêu âm
- + Dùng dao siêu âm cắt – cầm máu các mạch máu cực tuyến giáp.
- + Nhận diện và bảo tồn dây thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp.
- + Cắt trọn 2 thùy và eo giáp.
- + Lấy bệnh phẩm bằng túi chuyên dụng qua đường mổ.
- Bước 5. Kiểm tra cầm máu – làm sạch phẫu trường
- + Kiểm soát các điểm chảy máu bằng dao siêu âm.
- + Rửa sạch, hút dịch.
- Bước 6. Đặt dẫn lưu – đóng vết mổ
- + Đặt dẫn lưu hút áp lực âm.
- + Khâu đóng vết mổ thẩm mỹ.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Trong mổ**

- Chảy máu: xử trí bằng dao siêu âm hoặc chuyển mổ mở.
- Tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản → nguy cơ khàn tiếng.
- Tổn thương tuyến cận giáp → nguy cơ hạ calci máu.

### **7.2. Sau mổ**

- Theo dõi dấu hiệu tụt máu cổ, khó thở.
- Kiểm tra dẫn lưu (lượng dịch, màu sắc).
- Xét nghiệm calci máu, điều chỉnh bằng truyền calci hoặc bổ sung đường uống.
- Đánh giá giọng nói, nuốt.
- Dùng hormon giáp thay thế suốt đời.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Khàn tiếng, liệt dây thanh.
- Suy cận giáp mạn tính.
- Sẹo mổ (nhưng thẩm mỹ hơn so với mổ mở).

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*
2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Elsevier, 2012.
3. Lee J, et al. (2016). *Endoscopic total thyroidectomy using Harmonic scalpel: outcomes and safety.* Ann Surg Oncol.

4. Choi JY, et al. (2014). *Harmonic scalpel in thyroidectomy: clinical application and results*. Surg Endosc.

5. Nguyễn Văn Hùng (2021). *Ứng dụng dao siêu âm trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp Basedow*. Tạp chí Y học Việt Nam

## **4. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THUYỀN GIÁP VÀ CẮT BÁN PHẦN THUYỀN CÒN LẠI TRONG BASEDOW BẰNG DAO SIÊU ÂM**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Basedow (Graves' disease) là bệnh tự miễn gây cường giáp do tuyến giáp phì đại lan tỏa.

- Mục tiêu phẫu thuật: loại bỏ gần toàn bộ mô tuyến giáp để điều trị cường giáp, đồng thời giữ lại một phần nhỏ tuyến giáp nhằm giảm nguy cơ suy giáp hoàn toàn.

- Kỹ thuật phẫu thuật nội soi có ưu điểm: xâm lấn tối thiểu, thẩm mỹ cao, giảm đau sau mổ.

- Dao siêu âm (Harmonic scalpel) vừa cắt vừa cầm máu, giúp rút ngắn thời gian mổ và hạn chế biến chứng chảy máu.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân Basedow không đáp ứng điều trị nội khoa hoặc tái phát sau điều trị nội.

- Bướu giáp lan tỏa, to vừa, không xâm lấn khí quản – thực quản.

- Người bệnh có nhu cầu phẫu thuật nội soi với kết quả thẩm mỹ.

- Mong muốn giữ lại một phần tuyến giáp để giảm nguy cơ suy giáp vĩnh viễn.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không chịu được gây mê toàn thân.

- Bướu giáp Basedow quá lớn, thông trung thất sâu hoặc xâm lấn cấu trúc lân cận → chỉ định mổ mở.

- Có nghi ngờ ung thư tuyến giáp → chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp.

- Dính nhiều do phẫu thuật cổ trước đó.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Kiểm soát chức năng tuyến giáp ổn định trước mổ bằng thuốc kháng giáp, propranolol, corticoid để tránh cơn bão giáp.

- Phải bảo tồn dây thần kinh quặt ngược thanh quản, thần kinh thanh quản trên, tuyến cận giáp.

- Lượng mô giáp còn lại phải nhỏ (thường < 4 g) để giảm nguy cơ tái phát Basedow.

- Theo dõi chặt chẽ nguy cơ tụ máu sau mổ gây chèn ép khí quản.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ/nội tiết nhiều kinh nghiệm.

- Ê-kíp: bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng.

#### **5.2. Thuốc**

- Gây mê toàn thân có giãn cơ.
- Kháng sinh dự phòng.
- Thuốc kháng giáp và propranolol (trước mổ).
- Thuốc cầm máu, dịch truyền, thuốc vận mạch.
- Hormon tuyến giáp thay thế (sau mổ nếu suy giáp).
- Calci, vitamin D (dự phòng suy cận giáp).

### **5.3. Vật tư**

- Chỉ khâu tiêu, không tiêu.
- Túi đựng bệnh phẩm.
- Dẫn lưu hút áp lực âm.

### **5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống nội soi (camera HD, nguồn sáng).
- Dao siêu âm (Harmonic scalpel).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tuyến giáp nội soi.

### **5.5. Người bệnh**

- Điều trị nội khoa ổn định trước mổ (FT4, TSH gần bình thường).
- Giải thích rõ phẫu thuật, nguy cơ tái phát, khả năng cần điều trị hormon sau mổ.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.
- Làm xét nghiệm: công thức máu, đông máu, chức năng tuyến giáp, calci máu.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm tuyến giáp, CT scan khi cần.

### **5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ, có hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật.

### **5.7. Thời gian thực hiện: 2 – 3 giờ.**

### **5.8. Địa điểm thực hiện**

- Phòng mổ nội soi vô khuẩn.

### **5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng bệnh nhân – đúng chẩn đoán – đúng vị trí phẫu thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật WHO.

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

- Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản
- + Monitoring đầy đủ.
- Bước 2. Tạo đường mổ và đặt trocar
- + Có thể qua đường nách, quầng vú, hoặc dưới hõm ức.

- + Đặt trocar cho camera và dụng cụ.
- Bước 3. Bộc lộ tuyến giáp
- + Tách cơ trước cổ, mở khoang phẫu trường.
- + Nhận diện cực trên, cực dưới tuyến giáp.
- Bước 4. Cắt 1 thùy tuyến giáp hoàn toàn
- + Dùng dao siêu âm cắt – cầm máu các cực tuyến giáp.
- + Nhận diện và bảo tồn dây thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp.
- + Lấy toàn bộ thùy giáp bệnh lý và phần eo giáp cùng bên.
- Bước 5. Cắt bán phần thùy còn lại
- + Cắt bỏ gần toàn bộ thùy còn lại, giữ lại mô giáp nhỏ (< 4 g).
- + Đảm bảo cầm máu an toàn.
- Bước 6. Kiểm tra phẫu trường
- + Kiểm soát chảy máu bằng dao siêu âm.
- + Rửa sạch, hút dịch.
- Bước 7. Đặt dẫn lưu – đóng vết mổ
- + Đặt dẫn lưu hút áp lực âm.
- + Khâu đóng vết mổ thẩm mỹ.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Trong mổ**

- Chảy máu nhiều: kiểm soát bằng dao siêu âm hoặc chuyển mổ mở.
- Tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản → khàn tiếng.
- Tổn thương tuyến cận giáp → hạ calci máu.

### **7.2. Sau mổ**

- Theo dõi chảy máu, tụ máu cổ, khó thở.
- Kiểm tra dẫn lưu (lượng dịch, màu sắc).
- Xét nghiệm calci máu, bổ sung calci – vitamin D khi cần.
- Đánh giá giọng nói, nuốt.
- Theo dõi hormon tuyến giáp, điều chỉnh hormon thay thế nếu cần.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Khàn tiếng, liệt dây thanh.
- Suy giáp (dù đã giữ lại một phần tuyến).
- Sẹo mổ (nhưng thẩm mỹ hơn mổ mở).
- Tái phát Basedow (nếu phần mô giáp còn lại hoạt động mạnh).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*
2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Elsevier, 2012.
3. Lee J, et al. (2016). *Endoscopic subtotal thyroidectomy with Harmonic scalpel in Graves' disease.* Ann Surg Oncol.
4. Choi JY, et al. (2014). *Clinical application of Harmonic scalpel in thyroid surgery.* Surg Endosc.
5. Nguyễn Văn Hùng (2021). *Kinh nghiệm phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp trong Basedow.* Tạp chí Y học Việt Nam

## **5. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BASEDOW BẰNG DAO SIÊU ÂM**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Bệnh Basedow (Graves' disease) là bệnh lý cường giáp do tự miễn, gây phì đại lan tỏa tuyến giáp.

- Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp (near total thyroidectomy) giữ lại một lượng mô giáp rất nhỏ (< 1 g), chủ yếu ở vùng bao quanh dây thần kinh quặt ngược thanh quản hoặc tuyến cận giáp để giảm nguy cơ tổn thương.

- Phẫu thuật nội soi mang lại tính thẩm mỹ, ít đau sau mổ, hồi phục nhanh.

- Dao siêu âm (Harmonic scalpel) giúp vừa cắt vừa cầm máu hiệu quả, hạn chế chảy máu và rút ngắn thời gian mổ.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Basedow không đáp ứng hoặc tái phát sau điều trị nội khoa.

- Bướu giáp lan tỏa vừa (không thòong trung thất sâu, không chèn ép khí quản nặng).

- Bệnh nhân mong muốn phẫu thuật nội soi với kết quả thẩm mỹ.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bướu giáp Basedow quá lớn, thòong sâu vào trung thất.

- Nghi ngờ hoặc có ung thư tuyến giáp → cần cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch.

- Bệnh nhân không chịu được gây mê nội khí quản.

- Dính nhiều do phẫu thuật cổ trước đó hoặc viêm dính.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Kiểm soát hormon tuyến giáp về gần bình thường trước mổ (thuốc kháng giáp, propranolol, corticoid).

- Cần thận trọng bóc tách cực trên tuyến giáp (dễ tổn thương dây thần kinh thanh quản trên).

- Bảo tồn dây thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp.

- Theo dõi sát sau mổ để phát hiện sớm chảy máu, suy hô hấp.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên nội soi tuyến giáp giàu kinh nghiệm, có chứng chỉ phẫu thuật nội soi nâng cao

- Ê-kíp gồm bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng.

#### **5.2. Thuốc**

- Gây mê toàn thân.

- Kháng sinh dự phòng.

- Thuốc kháng giáp, propranolol, corticoid (trước mổ).
- Calci, vitamin D dự phòng suy cận giáp.
- Hormon tuyến giáp thay thế (sau mổ khi cần).

### **5.3. Vật tư**

- Chỉ khâu tiêu, không tiêu.
- Túi đựng bệnh phẩm.
- Dẫn lưu hút áp lực âm.

### **5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống nội soi (camera HD, nguồn sáng).
- Dao siêu âm Harmonic scalpel.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi tuyến giáp.

### **5.5. Người bệnh**

- Được chuẩn bị ổn định về chức năng tuyến giáp trước mổ.
- Giải thích đầy đủ về phẫu thuật, nguy cơ biến chứng, khả năng phải uống hormon thay thế sau mổ.
- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước phẫu thuật.

### **5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ, có hội chẩn và cam kết phẫu thuật.

### **5.7. Thời gian thực hiện**

120 – 180 phút.

### **5.8. Địa điểm thực hiện**

- Phòng mổ nội soi vô khuẩn.

### **5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng bệnh nhân – đúng bệnh – đúng kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

- Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản
- + Monitoring đầy đủ, thông khí kiểm soát.
- Bước 2. Tạo đường mổ và đặt trocar
- + Có thể qua đường nách, quầng vú hoặc dưới hõm ức.
- + Đặt trocar cho camera và dụng cụ.
- Bước 3. Bộc lộ tuyến giáp
- + Tách cơ trước cổ, tạo khoang phẫu trường.
- + Bộc lộ cực trên và cực dưới tuyến giáp.

- Bước 4. Cắt gần toàn bộ thùy tuyến giáp bên trái
- + Dùng dao siêu âm cắt – cầm máu các mạch cực trên, cực dưới.
- + Bảo tồn thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp.
- + Giữ lại một dải mô nhỏ sát thần kinh quặt ngược hoặc tuyến cận giáp.
- Bước 5. Cắt gần toàn bộ thùy tuyến giáp bên phải
- + Tiến hành tương tự.
- + Giữ lại mô giáp rất nhỏ (< 1 g) để bảo tồn chức năng.
- Bước 6. Kiểm tra và xử trí
- + Đánh giá cầm máu toàn bộ diện cắt.
- + Rửa sạch phẫu trường.
- Bước 7. Hoàn tất
- + Đặt dẫn lưu hút áp lực âm.
- + Đóng vết mổ thẩm mỹ.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Trong mổ**

- Chảy máu: xử trí bằng dao siêu âm hoặc clip cầm máu.
- Tổn thương dây thần kinh quặt ngược → khàn tiếng.
- Tổn thương tuyến cận giáp → hạ calci máu.

### **7.2. Sau mổ**

- Theo dõi chặt chẽ dấu hiệu chảy máu, tụ máu cổ gây chèn ép khí quản.
- Kiểm tra giọng nói, khả năng nuốt.
- Định lượng calci máu, bổ sung calci – vitamin D khi cần.
- Đánh giá hormon tuyến giáp sau mổ, quyết định điều trị hormon thay thế.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Khàn tiếng, liệt dây thanh.
- Suy giáp (cần hormon thay thế suốt đời).
- Tái phát cường giáp (hiếm).
- Sẹo mổ (ít hơn so với mổ mở).

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*
2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Elsevier, 2012.
3. Lee J, et al. (2016). *Endoscopic near-total thyroidectomy using Harmonic scalpel in Graves' disease.* Ann Surg Oncol.

4. Choi JY, et al. (2014). *Clinical application of Harmonic scalpel in thyroid surgery*. Surg Endosc.

5. Nguyễn Văn Hùng (2021). *Kinh nghiệm phẫu thuật nội soi tuyến giáp trong Basedow*. Tạp chí Y học Việt Nam

## 6. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THỤY TUYẾN GIÁP TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa (thường là thể nhú, thể nang) có khối u khu trú ở một thùy tuyến giáp và chưa có di căn xa có thể điều trị bằng cắt thùy tuyến giáp + eo giáp.
- Phẫu thuật nội soi giúp giảm xâm lấn, phóng đại phẫu trường, mang lại kết quả thẩm mỹ tốt.
- Dao siêu âm (Harmonic scalpel) hỗ trợ trong phẫu thuật tuyến giáp giúp cắt – cầm máu nhanh, giảm mất máu, giảm nguy cơ tổn thương nhiệt mô lân cận.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư tuyến giáp thể nhú hoặc thể nang, đơn ổ, kích thước  $\leq 2$  cm, nằm trong một thùy, không có xâm lấn ngoài bao.
- Ung thư tuyến giáp nguy cơ thấp theo phân loại ATA.
- U giáp nằm ở vị trí thuận lợi cho phẫu thuật nội soi (không quá lớn, không thông trung thất sâu).
- Người bệnh có nhu cầu phẫu thuật nội soi nhằm đảm bảo thẩm mỹ.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân không chịu được gây mê toàn thân.
- Ung thư tuyến giáp xâm lấn khí quản, thực quản, mạch máu lớn → chỉ định mổ mở.
- Có nhiều ổ ở cả hai thùy hoặc nghi ngờ di căn hạch cổ diện rộng.
- Sẹo, dính nhiều do phẫu thuật cổ trước đó.

### 4. THẬN TRỌNG

- Phải đánh giá chính xác giai đoạn bệnh qua siêu âm, CT scan, MRI.
- Đảm bảo nhận diện và bảo tồn dây thần kinh quặt ngược thanh quản, thần kinh thanh quản trên, tuyến cận giáp.
- Nguy cơ chảy máu sau mổ, tụ máu chèn ép khí quản → cần theo dõi sát.
- Nguy cơ suy giáp nếu thùy còn lại không hoạt động đủ → phải theo dõi hormon tuyến giáp sau mổ.

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ/nội tiết có kinh nghiệm nội soi tuyến giáp.
- Ê-kíp: bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ.

#### 5.2. Thuốc

- Gây mê toàn thân có giãn cơ.
- Kháng sinh dự phòng.

- Thuốc cầm máu, dịch truyền, thuốc vận mạch.
- Hormon tuyến giáp (dùng bổ sung nếu suy giáp sau mổ).

### 5.3. Vật tư

- Chỉ khâu tiêu và không tiêu.
- Túi đựng bệnh phẩm.
- Dẫn lưu hút áp lực âm.

### 5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống nội soi (camera HD, nguồn sáng lạnh).
- Dao siêu âm (Harmonic scalpel).
- Bộ dụng cụ nội soi tuyến giáp.

### 5.5. Người bệnh

- Giải thích rõ phẫu thuật, nguy cơ biến chứng, khả năng phải cắt thêm nếu tổn thương lan rộng.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.
- Làm xét nghiệm: công thức máu, đông máu, chức năng tuyến giáp, calci máu.
- Siêu âm cổ, CT scan nếu cần.

### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ, có hội chẩn chuyên khoa, giấy cam kết phẫu thuật.

### 5.7. Thời gian thực hiện

- 90 – 150 phút.

### 5.8. Địa điểm thực hiện

- Phòng mổ nội soi đạt chuẩn vô khuẩn.

### 5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Đúng bệnh nhân – đúng vị trí thùy tuyến giáp cần cắt.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật WHO.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản

- Monitoring đầy đủ.

Bước 2. Tạo đường vào và đặt trocar

- Đường dưới hõm ức, sau tai, hoặc đường nách (tùy kỹ thuật).
- Đặt trocar camera và dụng cụ.

Bước 3. Bộc lộ thùy tuyến giáp cần cắt

- Tách cơ trước cổ, mở khoang phẫu thuật.
- Nhận diện cực trên và cực dưới của thùy giáp.

Bước 4. Cắt thùy tuyến giáp bằng dao siêu âm

- Dùng dao siêu âm cắt và cầm máu các cực của thùy tuyến giáp.
- Nhận diện và bảo tồn dây thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp.
- Cắt toàn bộ thùy giáp bệnh lý kèm eo giáp.
- Lấy bệnh phẩm bằng túi chuyên dụng qua đường mổ.

Bước 5. Kiểm tra phẫu trường

- Kiểm tra cầm máu.
- Rửa sạch và hút dịch.

Bước 6. Đặt dẫn lưu – đóng vết mổ

- Đặt dẫn lưu áp lực âm.
- Khâu đóng vết mổ thẩm mỹ.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

### 7.1. Trong mổ

- Chảy máu: xử trí bằng dao siêu âm hoặc chuyển mổ mở.
- Tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản → nguy cơ khàn tiếng.
- Tổn thương tuyến cận giáp cùng bên → nguy cơ hạ calci máu.

### 7.2. Sau mổ

- Theo dõi dấu hiệu chảy máu, tụ máu cổ.
- Đánh giá giọng nói, tình trạng nuốt.
- Kiểm tra dẫn lưu (lượng, màu dịch).
- Xét nghiệm calci máu nếu nghi ngờ suy cận giáp.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Khàn tiếng, liệt dây thanh.
- Suy giáp (phải bổ sung hormon).
- Sẹo mổ (nhưng thẩm mỹ hơn so với mổ mở).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*
2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Elsevier, 2012.
3. Lee J, et al. (2016). *Endoscopic thyroid lobectomy with Harmonic scalpel: safety and outcomes.* Ann Surg Oncol.
4. Choi JY, et al. (2014). *Clinical application of Harmonic scalpel in thyroid lobectomy.* Surg Endosc.

5. Nguyễn Văn Hùng (2021). *Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp bằng dao siêu âm tại Việt Nam*. Tạp chí Y học Việt Nam

## **7. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Ung thư tuyến giáp là bệnh ác tính thường gặp nhất trong các bệnh lý nội tiết.
- Cắt toàn bộ tuyến giáp là phương pháp điều trị chuẩn trong nhiều trường hợp ung thư tuyến giáp: u đa ổ, di căn hạch, nguy cơ tái phát cao.
- Phẫu thuật nội soi giúp phóng đại phẫu trường, giảm xâm lấn, đảm bảo tính thẩm mỹ.
- Dao siêu âm (Harmonic scalpel) được ứng dụng trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp: vừa cắt vừa cầm máu, giảm mất máu, rút ngắn thời gian mổ, giảm tổn thương mô xung quanh.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư tuyến giáp đã được chẩn đoán xác định (FNA hoặc giải phẫu bệnh).
- U nhiều ổ, hai thùy, hoặc có nguy cơ cao tái phát.
- Ung thư tuyến giáp kèm di căn hạch trung tâm.
- Bệnh nhân có nhu cầu phẫu thuật nội soi (thẩm mỹ, ít xâm lấn).

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không chịu được gây mê toàn thân.
- Ung thư tuyến giáp xâm lấn rộng khí quản, thực quản, mạch máu lớn → cần mổ mở.
- Di căn xa không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn.
- Sẹo dính nhiều sau phẫu thuật cổ trước đó → khó khăn cho nội soi.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Đánh giá đầy đủ bằng siêu âm, CT scan, MRI để xác định mức độ xâm lấn và di căn hạch.
- Bảo tồn dây thần kinh quặt ngược thanh quản, thần kinh thanh quản trên, tuyến cận giáp.
- Nguy cơ tụ máu sau mổ chèn ép khí quản cần phát hiện sớm.
- Nguy cơ hạ calci máu do cắt hoặc tổn thương tuyến cận giáp.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ/nội tiết có kinh nghiệm/ có chứng chỉ phẫu thuật nội soi nâng cao
- Ê-kíp: bác sĩ gây mê, phụ mổ, điều dưỡng.

#### **5.2. Thuốc**

- Gây mê toàn thân có giãn cơ.

- Kháng sinh dự phòng.
- Thuốc cầm máu, dịch truyền, thuốc vận mạch.
- Hormon tuyến giáp thay thế sau mổ.

### 5.3. Vật tư

- Chỉ khâu tiêu, không tiêu.
- Túi đựng bệnh phẩm.
- Dẫn lưu hút áp lực âm.

### 5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống nội soi hỗ trợ (camera HD, nguồn sáng).
- Dao siêu âm (Harmonic scalpel).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tuyến giáp nội soi.

### 5.5. Người bệnh

- Giải thích về phẫu thuật và các nguy cơ biến chứng.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước phẫu thuật.
- Xét nghiệm: công thức máu, đông máu, chức năng giáp, calci máu.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, CT scan cổ.

### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ, có hội chẩn và giấy cam kết mổ.

### 5.7. Thời gian thực hiện 120 – 180 phút.

### 5.8. Địa điểm thực hiện

- Phòng mổ nội soi, vô khuẩn.

### 5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Đúng bệnh nhân – đúng chẩn đoán – đúng chỉ định.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật WHO.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản

- Monitoring mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub>.

Bước 2. Tạo đường mổ và đặt trocar

- Đường dưới hõm ức hoặc sau tai.
- Đặt trocar camera và dụng cụ.

Bước 3. Bộc lộ tuyến giáp

- Tách cơ trước cổ, mở khoang phẫu thuật.
- Nhận diện cực trên, cực dưới tuyến giáp.

Bước 4. Cắt toàn bộ tuyến giáp bằng dao siêu âm

- Dùng dao siêu âm cắt – cầm máu các cực tuyến giáp.
- Nhận diện và bảo tồn dây thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp.
- Cắt trọn cả 2 thùy và eo tuyến giáp.
- Lấy bệnh phẩm bằng túi chuyên dụng qua đường mổ.

Bước 5. Kiểm tra cầm máu – làm sạch phẫu trường

- Dùng dao siêu âm kiểm soát điểm chảy máu.
- Rửa sạch, hút dịch.

Bước 6. Đặt dẫn lưu – đóng vết mổ

- Đặt dẫn lưu hút áp lực âm.
- Khâu đóng vết mổ thẩm mỹ.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

### 7.1. Trong mổ

- Chảy máu nhiều → xử trí bằng dao siêu âm hoặc chuyển mổ mở.
- Tồn thương thần kinh quặt ngược thanh quản → liệt dây thanh.
- Tồn thương tuyến cận giáp → nguy cơ hạ calci sau mổ.

### 7.2. Sau mổ

- Theo dõi dấu hiệu tụ máu cổ, tình trạng hô hấp.
- Kiểm tra dẫn lưu (lượng dịch, màu sắc).
- Xét nghiệm calci máu, bổ sung calci + vitamin D nếu cần.
- Đánh giá giọng nói, nuốt.
- Bổ sung hormon tuyến giáp.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Khàn tiếng, liệt dây thanh.
- Suy giáp vĩnh viễn (cần điều trị hormon thay thế suốt đời).
- Sẹo mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh* – QĐ 3023/QĐ-BYT.
2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands*. Saunders Elsevier, 2012.
3. Lee J, et al. (2016). *Endoscopic total thyroidectomy using Harmonic scalpel: outcomes and safety*. Ann Surg Oncol.
4. Choi JY, et al. (2014). *Harmonic scalpel in thyroidectomy: clinical application and results*. Surg Endosc.

5. Nguyễn Văn Hùng (2021). *Ứng dụng dao siêu âm trong phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp*. Tạp chí Y học Việt Nam

## **8. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THÙY TUYẾN GIÁP KÈM NẠO VẾT HẠCH 1 BÊN TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn sớm có thể được điều trị bằng cắt 1 thùy tuyến giáp, thay vì cắt toàn bộ tuyến giáp.
- Khi có bằng chứng di căn hạch cùng bên → chỉ định kết hợp nạo vét hạch cổ 1 bên (bao gồm nhóm VI và nhóm II, III, IV, V cùng bên).
- Phẫu thuật nội soi hỗ trợ bằng dao siêu âm mang lại ưu điểm: ít chảy máu, giảm thời gian mổ, bảo tồn cấu trúc quan trọng, thẩm mỹ tốt.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư tuyến giáp biệt hóa, u đơn ổ, khu trú trong 1 thùy tuyến giáp.
- Có di căn hạch cổ 1 bên đã xác định qua siêu âm, CT, FNA.
- Người bệnh có chỉ số toàn thân tốt, chịu được gây mê.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không chịu được gây mê hoặc có bệnh lý nội khoa nặng.
- Ung thư tuyến giáp đa ổ, xâm lấn nhiều vùng → cần cắt toàn bộ tuyến giáp.
- Di căn hạch 2 bên hoặc di căn xa rộng rãi.
- Nhiễm trùng vùng cổ, dính sau mổ nhiều lần gây khó khăn cho nội soi.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Đánh giá kỹ hình ảnh trước mổ (siêu âm, CT scan) để xác định vị trí hạch và mức độ xâm lấn.
- Nhận diện và bảo tồn: dây thần kinh quặt ngược thanh quản, thần kinh hoành, thần kinh XI, tuyến cận giáp.
- Nguy cơ hạ calci máu (do tổn thương tuyến cận giáp bên đối diện khi thao tác).
- Theo dõi sát chảy máu trong và sau mổ.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ/nội tiết, giàu kinh nghiệm về nội soi tuyến giáp và nạo vét hạch, phẫu thuật viên có chứng chỉ phẫu thuật nội soi nâng cao
- Ê-kíp gồm: gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng.

#### **5.2. Thuốc**

- Gây mê toàn thân có giãn cơ.
- Kháng sinh dự phòng.
- Thuốc cầm máu, dịch truyền, thuốc vận mạch.
- Hormon tuyến giáp thay thế nếu có chỉ định.

#### **5.3. Vật tư**

- Chỉ khâu tiêu, không tiêu.
- Túi đựng bệnh phẩm.
- Dẫn lưu hút áp lực âm.

#### 5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống nội soi hỗ trợ (camera, nguồn sáng, monitor).
- Dao siêu âm (Harmonic scalpel).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tuyến giáp và nạo vét hạch cổ.

#### 5.5. Người bệnh

- Giải thích chi tiết cho bệnh nhân và gia đình về phẫu thuật, nguy cơ biến chứng.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước phẫu thuật.
- Xét nghiệm: máu, đông máu, chức năng giáp, ion đồ ( $Ca^{++}$ ).
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, CT cổ.

#### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn chỉnh theo quy định. Có biên bản hội chẩn và giấy cam kết phẫu thuật.

#### 5.7. Thời gian thực hiện 90 – 150 phút.

#### 5.8. Địa điểm thực hiện

- Phòng mổ nội soi, đảm bảo vô khuẩn.

#### 5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Đúng bệnh nhân – đúng chẩn đoán – đúng bên phẫu thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật WHO.

### 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản

- Monitoring đầy đủ.

Bước 2. Đường mổ – đặt trocar

- Đường dưới hõm ức hoặc sau tai.
- Đặt trocar camera và dụng cụ.

Bước 3. Cắt 1 thùy tuyến giáp

- Tách cơ trước cổ, bộc lộ tuyến giáp.
- Dùng dao siêu âm cắt cực trên, cực dưới, kiểm soát mạch máu.
- Nhận diện và bảo tồn thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp.
- Cắt toàn bộ 1 thùy và phần eo liên quan.
- Lấy bệnh phẩm bằng túi chuyên dụng.

Bước 4. Nạo vét hạch cổ 1 bên

- Nạo vét hạch trung tâm (VI).

- Nếu có bằng chứng di căn → nạo vét hạch nhóm II, III, IV, V cùng bên.
- Bảo tồn thần kinh XI, thần kinh hoành, ống ngực (nếu bên trái).
- Cho bệnh phẩm hạch vào túi chuyên dụng.

#### Bước 5. Kiểm soát cầm máu – rửa phẫu trường

- Dao siêu âm cắt – cầm máu đồng thời.
- Rửa sạch, hút dịch.

#### Bước 6. Kết thúc phẫu thuật

- Đặt dẫn lưu hút áp lực âm.
- Đóng vết mổ thẩm mỹ.

### 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

#### 7.1. Trong mổ

- Chảy máu: xử trí bằng dao siêu âm, không kiểm soát được → chuyển mổ mở.
- Tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản, thần kinh XI, thần kinh hoành.
- Tổn thương ống ngực (bên trái).

#### 7.2. Sau mổ

- Theo dõi hô hấp, dẫn lưu, phát hiện tụ máu cổ.
- Định lượng calci máu, điều trị hạ calci (nếu có).
- Đánh giá giọng nói, nuốt.
- Hormon thay thế tùy mức độ.

#### 7.3. Biến chứng muộn

- Khàn tiếng, liệt dây thanh.
- Hội chứng vai rũ (tổn thương thần kinh XI).
- Tràn dưỡng chấp.
- Suy giáp (nếu cần điều trị hormon lâu dài).
- Sẹo mổ.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). **Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.**
2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Elsevier, 2012.
3. Lee J, et al. (2016). **Endoscopic hemithyroidectomy with unilateral neck dissection in thyroid carcinoma.** Ann Surg Oncol.
4. Choi JY, et al. (2014). **Clinical application of Harmonic scalpel in thyroidectomy with lymph node dissection.** Surg Endosc.

5. Nguyễn Văn Hùng (2021). **Kinh nghiệm phẫu thuật nội soi cắt giáp và vét hạch cổ bằng dao siêu âm.** Tạp chí Y học Việt Nam

## **9. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP KÈM NẠO VẾT HẠCH 1 BÊN TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa (nhú, nang) có nguy cơ di căn hạch vùng cổ, đặc biệt hạch trung tâm và bên cổ.
- Điều trị chuẩn: cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp nạo vét hạch cổ 1 bên khi có bằng chứng di căn hạch cổ cùng bên.
- Nội soi hỗ trợ bằng dao siêu âm giúp phẫu trường phóng đại, ít xâm lấn, thẩm mỹ cao, giảm mất máu và thời gian phẫu thuật.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư tuyến giáp biệt hóa, đã chẩn đoán xác định (FNA/giải phẫu bệnh).
- Có hạch di căn rõ ràng 1 bên cổ (qua siêu âm, CT, MRI, FNA).
- U đa ổ hoặc xâm lấn tại chỗ, cần cắt toàn bộ tuyến giáp.
- Người bệnh có đủ điều kiện gây mê, phẫu thuật.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không chịu được gây mê hoặc có bệnh lý toàn thân nặng.
- Nhiễm trùng cấp vùng cổ.
- Di căn xa giai đoạn cuối không còn chỉ định phẫu thuật.
- Sẹo, dính sau nhiều lần mổ trước → không thực hiện được nội soi.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Đánh giá kỹ hình ảnh trước mổ (siêu âm, CT) → xác định vị trí và mức độ di căn hạch.
- Bảo tồn tối đa dây thần kinh quặt ngược thanh quản, thần kinh XI, thần kinh hoành, tuyến cận giáp.
- Theo dõi nguy cơ hạ calci máu sau mổ.
- Phòng tránh biến chứng tụ máu cổ gây chèn ép đường thở.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên đầu cổ/nội tiết có kinh nghiệm cắt tuyến giáp và nạo vét hạch cổ nội soi, phẫu thuật viên có chứng chỉ nội soi nâng cao
- Ê-kíp gồm: gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ.

#### **5.2. Thuốc**

- Gây mê toàn thân, giãn cơ.
- Kháng sinh dự phòng.
- Dịch truyền, thuốc vận mạch, thuốc cầm máu.
- Hormon tuyến giáp thay thế sau mổ.

### 5.3. Vật tư

- Chỉ khâu tiêu, không tiêu.
- Túi đựng bệnh phẩm.
- Dẫn lưu hút áp lực âm.

### 5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống nội soi hỗ trợ (camera HD, nguồn sáng).
- Dao siêu âm (Harmonic scalpel).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tuyến giáp – nạo vét hạch.

### 5.5. Người bệnh

- Giải thích chi tiết nguy cơ biến chứng: khan tiếng, hạ calci, tụ máu cổ, sẹo.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.
- Xét nghiệm: công thức máu, đông máu, chức năng tuyến giáp, calci máu.
- Hình ảnh: siêu âm/CT xác định hạch.

### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn chỉnh, có hội chẩn, giấy cam kết mổ.

### 5.7. Thời gian thực hiện

- 120 – 180 phút.

### 5.8. Địa điểm thực hiện

- Phòng mổ nội soi, vô khuẩn tuyệt đối.

### 5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Đúng bệnh nhân, đúng chẩn đoán, đúng bên cần nạo vét hạch.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật WHO.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản

- Monitoring hô hấp – tuần hoàn.

Bước 2. Tạo đường mổ và đặt trocar

- Đường dưới hõm ức hoặc sau tai tùy kỹ thuật.
- Đặt trocar camera và dụng cụ.

Bước 3. Cắt toàn bộ tuyến giáp

- Tách cơ trước cổ, bộc lộ tuyến.
- Dùng dao siêu âm cắt cực trên, cực dưới tuyến giáp, kiểm soát mạch máu.
- Nhận diện, bảo tồn dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp.
- Cắt trọn 2 thùy và eo tuyến giáp.
- Lấy bệnh phẩm bằng túi chuyên dụng.

#### Bước 4. Nạo vét hạch cổ 1 bên

- Nạo vét hạch trung tâm (VI) và cùng bên cổ II, III, IV, V nếu có di căn.
- Bảo tồn thần kinh XI, thần kinh hoành, ống ngực (bên trái).
- Lấy trọn khối hạch, cho vào túi bệnh phẩm.

#### Bước 5. Kiểm soát cầm máu – làm sạch phẫu trường

- Dao siêu âm vừa cắt vừa cầm máu.
- Rửa sạch, kiểm tra kỹ.

#### Bước 6. Đặt dẫn lưu – đóng vết mổ

- Đặt dẫn lưu hút áp lực âm.
- Khâu da thẩm mỹ.

### 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

#### 7.1. Trong mổ

- Chảy máu → cầm máu bằng dao siêu âm, nếu không kiểm soát → chuyển mổ mở.
- Tổn thương thần kinh quặt ngược, thần kinh XI, thần kinh hoành.
- Rách ống ngực (nếu mổ bên trái).

#### 7.2. Sau mổ

- Theo dõi dẫn lưu, phát hiện tụ máu cổ.
- Đo calci máu → xử trí hạ calci bằng calci + vitamin D.
- Đánh giá giọng nói, nuốt.
- Bổ sung hormon tuyến giáp sau mổ.

#### 7.3. Biến chứng muộn

- Khàn tiếng, liệt dây thanh.
- Hội chứng vai rũ (tổn thương thần kinh XI).
- Tràn dưỡng chấp (sau tổn thương ống ngực).
- Suy giáp vĩnh viễn.
- Sẹo cổ.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*
2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Saunders Elsevier, 2012.
3. Lee J, et al. (2016). *Endoscopic thyroidectomy with unilateral neck dissection: safety and outcomes.* Ann Surg Oncol.

4. Choi JY, et al. (2014). *Application of Harmonic scalpel in thyroidectomy and neck dissection*. Surg Endosc.
5. Nguyễn Văn Hùng (2021). *Ứng dụng dao siêu âm trong phẫu thuật cắt giáp và vét hạch cổ nội soi*. Tạp chí Y học Việt Nam

## **10. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP KÈM NẠO VẾT HẠCH 2 BÊN TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa thường di căn hạch cổ, đặc biệt nhóm hạch trung tâm (VI) và bên cổ (II–V).

- Điều trị phẫu thuật chuẩn: cắt toàn bộ tuyến giáp + nạo vét hạch cổ 2 bên khi hạch di căn lan tỏa.

- Nội soi hỗ trợ bằng dao siêu âm:

+ Ít xâm lấn, trường nhìn phóng đại.

+ Dao siêu âm vừa cắt vừa cầm máu hiệu quả, giảm mất máu, rút ngắn thời gian mổ.

+ Đảm bảo thẩm mỹ, an toàn.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư tuyến giáp đã xác định bằng FNA/giải phẫu bệnh.

- Có hạch di căn 2 bên cổ (trung tâm và/hoặc bên cổ).

- U đa ổ, xâm lấn, hoặc di căn xa nhưng vẫn cần cắt tuyến giáp + vét hạch để giảm gánh nặng bệnh.

- Người bệnh đủ điều kiện gây mê – phẫu thuật.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân không chịu được gây mê.

- Di căn xa lan rộng, không còn chỉ định phẫu thuật.

- Nhiễm trùng cấp vùng cổ.

- Sẹo dính nặng sau nhiều lần mổ trước, gây khó khăn khi phẫu thuật nội soi.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Đánh giá trước mổ: siêu âm, CT scan, PET/CT → xác định vị trí, số lượng hạch, mức độ xâm lấn.

- Nguy cơ tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản, thần kinh hoành, thần kinh XI, thần kinh lang thang, ống ngực, động – tĩnh mạch cảnh.

- Nguy cơ hạ calci máu do ảnh hưởng tuyến cận giáp.

- Nguy cơ tụ máu sau mổ → chèn ép khí quản.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ/nội tiết, có kinh nghiệm trong cắt giáp và nạo vét hạch cổ nội soi.

- Ê-kíp: bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng.

#### **5.2. Thuốc**

- Gây mê toàn thân, giãn cơ.
- Kháng sinh dự phòng.
- Dịch truyền, thuốc vận mạch, thuốc cầm máu.
- Hormon tuyến giáp thay thế sau mổ.

### **5.3. Vật tư**

- Chỉ khâu tiêu, không tiêu.
- Túi đựng bệnh phẩm.
- Dẫn lưu hút áp lực âm.

### **5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống nội soi hỗ trợ (camera HD, nguồn sáng, monitor).
- Dao siêu âm (Harmonic scalpel).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt giáp – nạo vét hạch.

### **5.5. Người bệnh**

- Giải thích kỹ nguy cơ: khàn tiếng, hạ calci, tổn thương thần kinh, tụ máu cổ.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.
- Xét nghiệm: công thức máu, đông máu, chức năng tuyến giáp, calci máu.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, CT scan cổ.

### **5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Hoàn chỉnh theo quy định, có hội chẩn, giấy cam kết mổ.

### **5.7. Thời gian thực hiện**

150 – 240 phút.

### **5.8. Địa điểm thực hiện**

Phòng mổ nội soi vô khuẩn.

### **5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng bệnh nhân, đúng chẩn đoán, đúng vị trí.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật WHO.

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

- Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản

Monitoring liên tục.

- Bước 2. Đường mổ và đặt trocar

Đường ngang dưới hõm ức hoặc sau tai (tùy kỹ thuật nội soi hỗ trợ).

Đặt trocar cho camera và dụng cụ.

- Bước 3. Cắt toàn bộ tuyến giáp

Tách cơ trước cổ, bộc lộ tuyến giáp.

Dùng dao siêu âm để cắt, kẹp, cầm máu cực trên, cực dưới.

Nhận diện và bảo tồn thần kinh quặt ngược thanh quản, tuyến cận giáp.

Cắt trộn cả 2 thùy + eo tuyến giáp.

Cho bệnh phẩm vào túi chuyên dụng, lấy ra ngoài.

- Bước 4. Nạo vét hạch cổ 2 bên

Trung tâm (VI): nạo vét hạch khí quản – thực quản, trước khí quản.

Bên cổ (II, III, IV, V): bóc tách dọc động mạch cảnh, bảo tồn thần kinh XI, thần kinh hoành, ống ngực (bên trái).

Lấy trọn khối hạch từng bên, đưa vào túi bệnh phẩm.

- Bước 5. Kiểm tra cầm máu và làm sạch vùng mổ

Dùng dao siêu âm để cầm máu.

Rửa sạch, kiểm tra kỹ phẫu trường.

- Bước 6. Kết thúc mổ

Đặt dẫn lưu hút áp lực âm.

Đóng vết mổ thẩm mỹ.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Trong mổ**

- Chảy máu: kiểm soát bằng dao siêu âm, nếu không cầm được → chuyển mổ mở.

- Tổn thương thần kinh: quặt ngược, XI, hoành → nhận diện, bảo tồn tối đa.

- Tổn thương ống ngực → khâu, thắt ngay.

### **7.2. Sau mổ**

- Theo dõi sát hô hấp, dẫn lưu, dấu hiệu tụ máu cổ.

- Xét nghiệm calci máu → xử trí hạ calci bằng calci + vitamin D.

- Đánh giá giọng nói, nuốt.

- Bắt đầu bổ sung hormon tuyến giáp ngay sau mổ.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Khàn tiếng, liệt dây thanh.

- Hội chứng vai rũ (tổn thương thần kinh XI).

- Tràn dưỡng chấp kéo dài.

- Suy giáp vĩnh viễn.

- Sẹo cổ xấu.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*

2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands*. Saunders Elsevier, 2012.
3. Lee J, et al. (2016). *Endoscopic total thyroidectomy with bilateral neck dissection: outcomes and safety*. Ann Surg Oncol.
4. Choi JY, et al. (2014). *Harmonic scalpel in endoscopic thyroid and neck dissection*. Surg Endosc.
5. Nguyễn Văn Hùng (2021). *Ứng dụng dao siêu âm trong phẫu thuật cắt giáp và vét hạch cổ nội soi*. Tạp chí Y học Việt Nam

## **11. PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO VẾT HẠCH CỔ TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP ĐÃ PHẪU THUẬT BẰNG DAO SIÊU ÂM**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Ung thư tuyến giáp thường di căn hạch cổ, đặc biệt là hạch nhóm trung tâm (VI) và hạch bên cổ (II–V).
- Sau phẫu thuật tuyến giáp, nếu còn hoặc tái phát hạch di căn → chỉ định nạo vét hạch cổ.
- Phẫu thuật nội soi hỗ trợ dao siêu âm giúp:
- Quan sát phẫu trường rõ ràng, ít xâm lấn.
- Dao siêu âm vừa cắt vừa cầm máu hiệu quả, giảm chảy máu.
- Kết quả thẩm mỹ cao.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân đã cắt tuyến giáp, nay có:
- Hạch cổ ác tính được xác định bằng siêu âm + FNA/giải phẫu bệnh.
- Hạch cổ nghi ngờ ác tính, tăng sinh mạnh trên siêu âm hoặc PET/CT.
- Hạch di căn vùng trung tâm hoặc bên cổ có chỉ định nạo vét.
- Người bệnh đủ điều kiện gây mê – phẫu thuật.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Thể trạng quá yếu, không chịu được gây mê.
- Di căn xa, không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn.
- Nhiễm trùng cấp vùng cổ.
- Dính xơ sẹo nặng do mổ nhiều lần trước đó, nguy cơ cao tổn thương mạch máu và thần kinh.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Đánh giá trước mổ bằng siêu âm, CT scan cổ, PET/CT để xác định vị trí và số lượng hạch.
- Nguy cơ tổn thương: dây thần kinh quặt ngược thanh quản, thần kinh lang thang, thần kinh hoành, thần kinh XI, ống ngực, mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh trong.
- Nguy cơ chảy máu cổ sau mổ → chèn ép khí quản.
- Nguy cơ hạ calci máu nếu lấy rộng nhóm hạch VI ảnh hưởng tuyến cận giáp.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ/nội tiết kinh nghiệm về nạo vét hạch cổ nội soi.
- Ê-kíp gồm bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng.

#### **5.2. Thuốc**

- Gây mê toàn thân, thuốc giãn cơ.
- Kháng sinh dự phòng.
- Dịch truyền, thuốc vận mạch, thuốc cầm máu.

### **5.3. Vật tư**

- Chỉ khâu tiêu, không tiêu.
- Túi đựng bệnh phẩm.
- Dẫn lưu áp lực âm.

### **5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống nội soi hỗ trợ (camera HD, nguồn sáng, monitor).
- Dao siêu âm (Harmonic scalpel) để cắt – cầm máu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nạo vét hạch cổ chuyên dụng.

### **5.5. Người bệnh**

- Giải thích về phẫu thuật, nguy cơ biến chứng: khàn tiếng, hạ calci, tổn thương thần kinh, tụ máu cổ.

- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.
- Xét nghiệm: công thức máu, đông máu, chức năng tuyến giáp, calci máu.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, CT scan, PET/CT (khi cần).

### **5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Hoàn chỉnh theo quy định, có hội chẩn và cam kết mổ.

### **5.7. Thời gian thực hiện**

- 120 – 180 phút tùy số lượng nhóm hạch cần vét.

### **5.8. Địa điểm thực hiện**

Phòng mổ nội soi vô khuẩn.

### **5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng bệnh nhân, đúng vị trí hạch, đúng chỉ định.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

- Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản

Monitoring toàn thân.

- Bước 2. Đường mổ và đặt trocar

Đường ngang nhỏ dưới hõm ức hoặc sau tai tùy kỹ thuật nội soi hỗ trợ.

Đặt trocar cho camera và dụng cụ.

- Bước 3. Bộc lộ vùng nạo vét

Tách lớp cơ cổ, mở khoang cần vét.

Dùng dao siêu âm để tách, cắt, cầm máu.

- Bước 4. Nạo vết hạch

Theo từng nhóm hạch:

Nhóm trung tâm (VI).

Nhóm bên cổ (II, III, IV, V) nếu có chỉ định.

Nhận diện và bảo tồn: thần kinh quặt ngược, thần kinh hoành, thần kinh XI, tĩnh mạch cảnh trong, động mạch cảnh chung, ống ngực (bên trái).

Lấy trọn khối hạch, cho vào túi bệnh phẩm.

- Bước 5. Cầm máu và kiểm tra

Sử dụng dao siêu âm cầm máu kỹ.

Rửa sạch vùng mổ.

- Bước 6. Kết thúc

Đặt dẫn lưu áp lực âm.

Đóng vết mổ thẩm mỹ.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Trong mổ**

- Chảy máu lớn: kiểm soát bằng dao siêu âm hoặc clip mạch → nếu không kiểm soát được → chuyển mổ mở.

- Tổn thương thần kinh quặt ngược, thần kinh XI, thần kinh hoành → phải nhận diện và bảo tồn sớm.

### **7.2. Sau mổ**

- Theo dõi dịch dẫn lưu, nguy cơ tụ máu cổ.

- Theo dõi giọng nói, nuốt.

- Theo dõi calci máu: bổ sung calci + vitamin D nếu cần.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Khàn tiếng, liệt dây thanh.

- Hội chứng vai rũ do tổn thương dây thần kinh XI.

- Tràn dưỡng chấp (chylous fistula) nếu tổn thương ống ngực.

- Sẹo cổ, dính, biến dạng.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*

2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Saunders Elsevier, 2012.

3. Choi JY, et al. (2014). *Endoscopic neck dissection using the harmonic scalpel in thyroid carcinoma.* Surg Endosc.

4. Lee J, et al. (2016). *Endoscopic lateral neck dissection for thyroid cancer: safety and efficacy*. Ann Surg Oncol.
5. Nguyễn Văn Hùng (2021). *Ứng dụng dao siêu âm trong phẫu thuật nội soi vét hạch cổ ở ung thư tuyến giáp*. Tạp chí Y học Việt Nam

## 12. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙY EO TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Eo tuyến giáp là phần nối giữa hai thùy tuyến giáp, nằm ngay trước khí quản.
- Bướu giáp ở eo thường gây mất thẩm mỹ, chèn ép nhẹ, hoặc nghi ngờ ác tính khi có nhân giáp tại vị trí này.
- Phẫu thuật nội soi cắt eo tuyến giáp là phương pháp ít xâm lấn, mang lại tính thẩm mỹ cao, thời gian hồi phục nhanh.
- Dao siêu âm (Harmonic scalpel) cho phép vừa cắt vừa cầm máu bằng năng lượng siêu âm, hạn chế tổn thương nhiệt, giảm mất máu và rút ngắn thời gian mổ.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Nhân giáp hoặc bướu giáp khu trú tại eo tuyến giáp.
- Bướu giáp lành tính gây ảnh hưởng thẩm mỹ hoặc có chèn ép nhẹ.
- Nghi ngờ hoặc xác định ung thư tuyến giáp nhỏ, khu trú tại eo.
- Bệnh nhân có nhu cầu phẫu thuật ít xâm lấn, thẩm mỹ.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bướu giáp lan rộng ra thùy phải/trái hoặc xâm lấn khí quản, thực quản.
- Ung thư tuyến giáp đã có di căn hạch cổ.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng, không chịu được gây mê nội khí quản.
- Tiền sử phẫu thuật vùng cổ nhiều lần, dính nhiều.

### 4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá kỹ trước mổ bằng siêu âm, CT scan, MRI để xác định vị trí và giới hạn bướu.
- Phẫu tích nội soi cần nhẹ nhàng, tránh tổn thương khí quản và mạch máu lớn vùng cổ.
- Luôn xác định và bảo tồn dây thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp.
- Đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối, tránh nhiễm trùng vết mổ.

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ ngoại khoa hoặc bác sĩ ung bướu có chứng chỉ phẫu thuật nội soi.
- Ê-kíp: bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ.

#### 5.2. Thuốc

- Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.
- Kháng sinh dự phòng.

- Thuốc giảm đau, an thần, thuốc cầm máu.

### 5.3. Vật tư

- Chỉ khâu tiêu, không tiêu.
- Dẫn lưu hút áp lực âm.
- Túi đựng bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh.

### 5.4. Trang thiết bị

- Dao siêu âm (Harmonic scalpel).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi tuyến giáp.
- Hệ thống nội soi (camera, nguồn sáng, màn hình).

### 5.5. Người bệnh

- Giải thích kỹ mục đích, quy trình, nguy cơ biến chứng.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.
- Xét nghiệm: công thức máu, đông máu, sinh hóa, chức năng tuyến giáp, siêu âm, CT scan, MRI.

### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn chỉnh theo quy định, có chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm đầy đủ.

### 5.7. Thời gian thực hiện

- 60 – 90 phút.

### 5.8. Địa điểm thực hiện

- Phòng mổ nội soi có trang bị hồi sức cấp cứu.

### 5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Đúng người bệnh, đúng chỉ định, đúng vị trí.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

- Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản.
- Bước 2. Tạo đường vào nội soi
  - Đặt trocar qua đường nách – quàng vú hoặc đường tiền đình miệng (tùy kỹ thuật).
  - Bơm CO<sub>2</sub> tạo khoang phẫu thuật.
- Bước 3. Bộc lộ eo tuyến giáp
  - Tách cơ trước cổ, bộc lộ eo tuyến.
- Bước 4. Cắt eo tuyến giáp
  - Dùng dao siêu âm để cắt mạch máu nuôi eo và cắt trọn khối u/bướu cùng phần eo giáp.
  - Cầm máu bằng dao siêu âm.

- Đặt bệnh phẩm vào túi và lấy ra qua đường nội soi.
- Bước 5. Kiểm tra phẫu trường
- Đảm bảo không còn chảy máu.
- Bảo tồn dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp.
- Bước 6. Đặt dẫn lưu nếu cần và đóng đường mổ.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Trong mổ**

- Chảy máu: cầm máu bằng dao siêu âm hoặc clip.
- Tổn thương khí quản, dây thần kinh quặt ngược thanh quản.

### **7.2. Sau mổ**

- Theo dõi chảy máu cổ, phù nề chèn ép khí quản.
- Theo dõi giọng nói, tình trạng nuốt.
- Kiểm tra vết mổ và ống dẫn lưu.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Khàn tiếng, suy giáp (nếu cắt nhiều nhu mô giáp).
- Sẹo xấu hoặc dính mô dưới da.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*
2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Elsevier, 2012.
3. Ohgami M, et al. (2000). *Endoscopic thyroidectomy: cosmetic results and outcome.* World J Surg.
4. Nguyễn Xuân Hùng (2021). *Phẫu thuật nội soi tuyến giáp tại Việt Nam – Kinh nghiệm bước đầu.* Tạp chí Y học Việt Nam.

## 13. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙY THÁP TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Thùy tháp tuyến giáp (thyroid pyramidal lobe) là phần nhu mô tuyến giáp phát triển từ eo giáp hướng lên trên, có thể kéo dài đến tận xương móng.
- Thùy tháp gặp ở khoảng 15–30% dân số. Khi có nhân giáp, bướu giáp hoặc tổn thương nghi ngờ ác tính, cần chỉ định phẫu thuật.
- Phẫu thuật nội soi cắt thùy tháp tuyến giáp bằng dao siêu âm giúp loại bỏ tổn thương triệt để, đảm bảo thẩm mỹ, giảm đau, hạn chế chảy máu, bảo tồn cấu trúc quan trọng quanh tuyến giáp.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Nhân giáp lành tính hoặc ác tính khu trú tại thùy tháp.
- Bướu giáp gây mất thẩm mỹ vùng cổ trước.
- Bệnh nhân có mong muốn phẫu thuật ít xâm lấn, đảm bảo thẩm mỹ.
- Thùy tháp phì đại ảnh hưởng chức năng hô hấp, nuốt.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương lan rộng sang thùy phải hoặc trái.
- Ung thư tuyến giáp có di căn hạch vùng cổ.
- Bệnh nhân có chống chỉ định gây mê toàn thân.
- Sẹo mổ cũ hoặc dính nhiều vùng cổ trước, gây khó khăn khi tạo khoang nội soi.

### 4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá kỹ trên siêu âm, CT scan, MRI để xác định kích thước, vị trí thùy tháp và mối liên quan với xương móng.
- Tránh làm tổn thương sụn giáp, khí quản khi bóc tách cao lên.
- Cầm máu tỉ mỉ, vì thùy tháp thường có mạch máu nhỏ nhưng dễ chảy máu.
- Đảm bảo bảo tồn các cấu trúc thần kinh vùng cổ (dây thần kinh quặt ngược, thần kinh thanh quản trên).

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ ngoại khoa hoặc bác sĩ ung bướu có chứng chỉ phẫu thuật nội soi.
- Gồm bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ.

#### 5.2. Thuốc

- Gây mê nội khí quản.
- Kháng sinh dự phòng.
- Thuốc giảm đau, chống viêm, thuốc cầm máu.

### 5.3. Vật tư

- Chỉ khâu tiêu, không tiêu.
- Ống dẫn lưu hút áp lực âm.
- Túi đựng bệnh phẩm.

### 5.4. Trang thiết bị

- Dao siêu âm (Harmonic scalpel).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi tuyến giáp.
- Hệ thống nội soi (camera, nguồn sáng, monitor).

### 5.5. Người bệnh

- Giải thích đầy đủ quy trình, nguy cơ, biến chứng.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước phẫu thuật.
- Xét nghiệm cơ bản và chuyên khoa (công thức máu, sinh hóa, hormon tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, CT scan, MRI).

### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thiện theo quy định.

### 5.7. Thời gian thực hiện

- 60 – 90 phút.

### 5.8. Địa điểm thực hiện

- Phòng mổ nội soi có đầy đủ phương tiện hồi sức.

### 5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Đúng bệnh nhân – đúng chỉ định – đúng vị trí.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

- Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản.
- Bước 2. Tạo khoang phẫu thuật
  - Đặt trocar theo đường nách – quàng vú hoặc đường tiền đình miệng.
  - Bơm CO<sub>2</sub> tạo khoảng trống.
- Bước 3. Bộc lộ thùy tháp tuyến giáp
  - Tách cơ trước cổ, bộc lộ tuyến giáp và thùy tháp.
  - Nhận diện rõ giới hạn giữa thùy tháp và eo giáp.
- Bước 4. Cắt thùy tháp tuyến giáp
  - Dùng dao siêu âm cắt bóc thùy tháp từ dưới lên trên.
  - Kiểm soát mạch máu nhỏ bằng dao siêu âm.
  - Cắt sát xương móng nếu thùy tháp bám cao.

- Lấy bệnh phẩm ra ngoài bằng túi.
- Bước 5. Kiểm tra phẫu trường
- Đảm bảo cầm máu tốt.
- Bảo tồn cấu trúc thần kinh, khí quản, sụn giáp.
- Bước 6. Đặt dẫn lưu (nếu cần) và đóng đường mổ.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Trong mổ**

- Chảy máu: xử trí bằng dao siêu âm hoặc clip.
- Tổn thương khí quản, sụn giáp, dây thần kinh thanh quản trên.

### **7.2. Sau mổ**

- Theo dõi chảy máu, tụ máu vùng cổ.
- Theo dõi tình trạng giọng nói, nuốt.
- Kiểm tra ống dẫn lưu.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Khàn tiếng, sẹo xấu, dính dưới da.
- Suy giáp (nếu kèm cắt nhiều nhu mô giáp khác).

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*
2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Elsevier, 2012.
3. Ohgami M, et al. (2000). *Endoscopic thyroidectomy: cosmetic results and outcome.* World J Surg.
4. Nguyễn Xuân Hùng (2021). *Ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp tại Việt Nam.* Tạp chí Y học Việt Nam.

## **14. PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO VẾT HẠCH CỔ TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP ĐÃ PHẪU THUẬT BẰNG DAO SIÊU ÂM**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Ung thư tuyến giáp thường di căn hạch cổ, đặc biệt là hạch nhóm trung tâm (VI) và hạch bên cổ (II–V).
- Sau phẫu thuật tuyến giáp, nếu còn hoặc tái phát hạch di căn → chỉ định nạo vét hạch cổ.
- Phẫu thuật nội soi hỗ trợ dao siêu âm giúp:
- Quan sát phẫu trường rõ ràng, ít xâm lấn.
- Dao siêu âm vừa cắt vừa cầm máu hiệu quả, giảm chảy máu.
- Kết quả thẩm mỹ cao.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân đã cắt tuyến giáp, nay có:
- Hạch cổ ác tính được xác định bằng siêu âm + FNA/giải phẫu bệnh.
- Hạch cổ nghi ngờ ác tính, tăng sinh mạnh trên siêu âm hoặc PET/CT.
- Hạch di căn vùng trung tâm hoặc bên cổ có chỉ định nạo vét.
- Người bệnh đủ điều kiện gây mê – phẫu thuật.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Thể trạng quá yếu, không chịu được gây mê.
- Di căn xa, không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn.
- Nhiễm trùng cấp vùng cổ.
- Dính xơ sẹo nặng do mổ nhiều lần trước đó, nguy cơ cao tổn thương mạch máu và thần kinh.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Đánh giá trước mổ bằng siêu âm, CT scan cổ, PET/CT để xác định vị trí và số lượng hạch.
- Nguy cơ tổn thương: dây thần kinh quặt ngược thanh quản, thần kinh lang thang, thần kinh hoành, thần kinh XI, ống ngực, mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh trong.
- Nguy cơ chảy máu cổ sau mổ → chèn ép khí quản.
- Nguy cơ hạ calci máu nếu lấy rộng nhóm hạch VI ảnh hưởng tuyến cận giáp.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ/nội tiết kinh nghiệm về nạo vét hạch cổ nội soi.
- Ê-kíp gồm bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng.

#### **5.2. Thuốc**

- Gây mê toàn thân, thuốc giãn cơ.
- Kháng sinh dự phòng.
- Dịch truyền, thuốc vận mạch, thuốc cầm máu.

### **5.3. Vật tư**

- Chỉ khâu tiêu, không tiêu.
- Túi đựng bệnh phẩm.
- Dẫn lưu áp lực âm.

### **5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống nội soi hỗ trợ (camera HD, nguồn sáng, monitor).
- Dao siêu âm (Harmonic scalpel) để cắt – cầm máu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nạo vét hạch cổ chuyên dụng.

### **5.5. Người bệnh**

- Giải thích về phẫu thuật, nguy cơ biến chứng: khàn tiếng, hạ calci, tổn thương thần kinh, tụ máu cổ.

- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.
- Xét nghiệm: công thức máu, đông máu, chức năng tuyến giáp, calci máu.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, CT scan, PET/CT (khi cần).

### **5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Hoàn chỉnh theo quy định, có hội chẩn và cam kết mổ.

### **5.7. Thời gian thực hiện**

120 – 180 phút tùy số lượng nhóm hạch cần vét.

### **5.8. Địa điểm thực hiện**

Phòng mổ nội soi vô khuẩn.

### **5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng bệnh nhân, đúng vị trí hạch, đúng chỉ định.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

- Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản

Monitoring toàn thân.

- Bước 2. Đường mổ và đặt trocar

Đường ngang nhỏ dưới hõm ức hoặc sau tai tùy kỹ thuật nội soi hỗ trợ.

Đặt trocar cho camera và dụng cụ.

- Bước 3. Bộc lộ vùng nạo vét

Tách lớp cơ cổ, mở khoang cần vét.

Dùng dao siêu âm để tách, cắt, cầm máu.

- Bước 4. Nạo vết hạch

Theo từng nhóm hạch:

Nhóm trung tâm (VI).

Nhóm bên cổ (II, III, IV, V) nếu có chỉ định.

Nhận diện và bảo tồn: thần kinh quặt ngược, thần kinh hoành, thần kinh XI, tĩnh mạch cảnh trong, động mạch cảnh chung, ống ngực (bên trái).

Lấy trọn khối hạch, cho vào túi bệnh phẩm.

- Bước 5. Cầm máu và kiểm tra

Sử dụng dao siêu âm cầm máu kỹ.

Rửa sạch vùng mổ.

- Bước 6. Kết thúc

Đặt dẫn lưu áp lực âm.

Đóng vết mổ thẩm mỹ.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Trong mổ**

- Chảy máu lớn: kiểm soát bằng dao siêu âm hoặc clip mạch → nếu không kiểm soát được → chuyển mổ mở.

- Tổn thương thần kinh quặt ngược, thần kinh XI, thần kinh hoành → phải nhận diện và bảo tồn sớm.

### **7.2. Sau mổ**

- Theo dõi dịch dẫn lưu, nguy cơ tụ máu cổ.

- Theo dõi giọng nói, nuốt.

- Theo dõi calci máu: bổ sung calci + vitamin D nếu cần.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Khàn tiếng, liệt dây thanh.

- Hội chứng vai rũ do tổn thương dây thần kinh XI.

- Tràn dưỡng chấp (chylous fistula) nếu tổn thương ống ngực.

- Sẹo cổ, dính, biến dạng.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*

Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Saunders Elsevier, 2012.

Choi JY, et al. (2014). *Endoscopic neck dissection using the harmonic scalpel in thyroid carcinoma.* Surg Endosc.

Lee J, et al. (2016). *Endoscopic lateral neck dissection for thyroid cancer: safety and efficacy*. Ann Surg Oncol.

Nguyễn Văn Hùng (2021). *Ứng dụng dao siêu âm trong phẫu thuật nội soi vét hạch cổ ở ung thư tuyến giáp*. Tạp chí Y học Việt Nam

## 15. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU LẠI SAU MỔ TUYẾN GIÁP BẰNG ĐAO SIÊU ÂM

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Chảy máu sau mổ tuyến giáp là biến chứng nguy hiểm, có thể gây tụ máu chèn ép khí quản, đe dọa tính mạng người bệnh.
- Tỷ lệ biến chứng này khoảng 0,5 – 2% trong phẫu thuật tuyến giáp.
- Khi phát hiện chảy máu sau mổ, cần can thiệp phẫu thuật lại sớm để giải phóng chèn ép và cầm máu.
- Nội soi cầm máu bằng dao siêu âm giúp can thiệp ít xâm lấn, cầm máu chính xác, hạn chế tổn thương mô, đảm bảo an toàn và thẩm mỹ.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh sau mổ tuyến giáp có biểu hiện:
- Khó thở, thở rít, khàn tiếng do tụ máu chèn ép khí quản.
- Sung, căng vùng cổ, dẫn lưu ra máu đỏ tươi nhiều.
- Xác định chảy máu tại diện mổ tuyến giáp, chưa lan rộng và chưa có dấu hiệu nhiễm trùng nặng.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh trong tình trạng sốc nặng, ngạt thở cấp → cần mở vết mổ ngay tại giường để giải phóng chèn ép trước khi chuyển vào phòng mổ.
- Nhiễm trùng vết mổ nặng (cần mở rộng dẫn lưu thay vì nội soi).
- Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng không chịu được gây mê.

### 4. THẬN TRỌNG

- Luôn sẵn sàng xử trí đặt nội khí quản khó hoặc mở khí quản cấp cứu nếu có phù nề, tụ máu lớn.
- Phẫu tích nhẹ nhàng để tránh tổn thương thêm dây thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp.
- Xác định và kiểm soát được mạch máu chảy máu trước khi cầm máu.
- Nếu không kiểm soát được qua nội soi, cần chuyển mổ mở ngay.

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ ngoại khoa hoặc bác sĩ ung bướu có chứng chỉ phẫu thuật nội soi.
- Ê-kíp: gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng.

#### 5.2. Thuốc

- Gây mê nội khí quản.
- Kháng sinh dự phòng.
- Thuốc cầm máu, truyền dịch, máu (nếu cần).

**5.3. Vật tư**

- Chỉ khâu tiêu, không tiêu.
- Dẫn lưu hút áp lực âm.

**5.4. Trang thiết bị**

- Dao siêu âm (Harmonic scalpel).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi tuyến giáp.
- Hệ thống nội soi, hút rửa.

**5.5. Người bệnh**

- Giải thích nhanh, ngắn gọn về tình trạng cấp cứu.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ (nếu có thể, nhưng thường phải mổ cấp cứu).

**5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Ghi rõ biến chứng, diễn biến lâm sàng, quyết định mổ lại.

**5.7. Thời gian thực hiện**

- 30 – 60 phút.

**5.8. Địa điểm thực hiện**

- Phòng mổ nội soi được trang bị đầy đủ phương tiện hồi sức.

**5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng bệnh nhân – đúng vị trí – đúng biến chứng.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật rút gọn trong cấp cứu.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

- Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản (hoặc mở khí quản nếu ngạt thở cấp).
- Bước 2. Tạo khoang phẫu thuật nội soi
  - + Mở lại các đường mổ nội soi cũ.
  - + Đặt trocar, hút máu và máu cục.
- Bước 3. Xác định vị trí chảy máu
  - + Kiểm tra diện mổ tuyến giáp: cực trên, cực dưới, mạch máu nhỏ ở diện cắt, diện bóc tách cơ.
- Bước 4. Cầm máu bằng dao siêu âm
  - + Dùng dao siêu âm cắt – hàn mạch máu đang chảy.
  - + Nếu mạch máu lớn: kẹp clip hoặc khâu buộc.
- Bước 5. Kiểm tra phẫu trường
  - + Hút sạch máu cục.
  - + Đảm bảo không còn điểm chảy máu.
- Bước 6. Đặt dẫn lưu áp lực âm

- + Đặt 1 ống dẫn lưu cổ trước, cố định chắc.
- Bước 7. Đóng đường mổ.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Trong mổ**

- Ngạt thở do máu tụ → cần giải ép nhanh trước khi đặt trocar.
- Tổn thương dây thần kinh quặt ngược, khí quản, tuyến cận giáp.

### **7.2. Sau mổ**

- Theo dõi hô hấp, giọng nói, tình trạng nuốt.
- Theo dõi lượng dịch dẫn lưu, màu sắc.
- Xét nghiệm công thức máu, Hb sau mổ.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Suy giáp, khàn tiếng, hạ calci máu (nếu tổn thương tuyến cận giáp).
- Sẹo dính, tụ dịch.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*
2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Elsevier, 2012.
3. Shaha AR, et al. (2010). *Postoperative bleeding after thyroid surgery.* J Surg Oncol.
4. Nguyễn Xuân Hùng (2021). *Xử trí biến chứng sau phẫu thuật nội soi tuyến giáp.* Tạp chí Y học Việt Nam.

## 16. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙY EO TUYẾN GIÁP

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Cắt thùy eo tuyến giáp là phẫu thuật cắt bỏ một thùy tuyến giáp cùng với phần eo tuyến giáp.
- Chỉ định khi có bướu giáp, nhân giáp hoặc ung thư tuyến giáp khu trú ở một thùy kèm theo phần eo.
- Phẫu thuật nội soi giúp ít xâm lấn, thẩm mỹ cao, hồi phục nhanh, hạn chế đau sau mổ.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Nhân giáp hoặc bướu giáp khu trú tại một thùy tuyến giáp và lan đến eo giáp.
- Ung thư tuyến giáp thể nhú, thể nang giai đoạn sớm, khu trú trong một thùy và eo giáp.
- Bướu giáp lành tính gây mất thẩm mỹ hoặc chèn ép nhẹ.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư tuyến giáp xâm lấn khí quản, thực quản hoặc di căn hạch cổ.
- Bướu quá to ( $> 6 - 7$  cm), lan rộng ra trung thất.
- Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng, không chịu được gây mê.
- Tiền sử phẫu thuật cổ nhiều lần, dính nhiều.

### 4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá kỹ trước mổ bằng siêu âm, CT scan, MRI để xác định giới hạn bướu.
- Cần phẫu tích tỉ mỉ để tránh tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp.
- Đảm bảo cầm máu tốt vì diện mổ gần khí quản, mạch máu cổ.

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ ngoại khoa hoặc bác sĩ ung bướu có chứng chỉ phẫu thuật nội soi.
- Ê-kíp: bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ.

#### 5.2. Thuốc

- Gây mê nội khí quản.
- Kháng sinh dự phòng.
- Thuốc giảm đau, chống viêm, thuốc cầm máu.

#### 5.3. Vật tư

- Chỉ khâu tiêu, không tiêu.
- Ống dẫn lưu hút áp lực âm.
- Túi đựng bệnh phẩm.

#### 5.4. Trang thiết bị

- Dao năng lượng (dao siêu âm hoặc dao lưỡng cực).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi tuyến giáp.
- Hệ thống nội soi (camera, nguồn sáng, màn hình).

#### 5.5. Người bệnh

- Giải thích kỹ quy trình, nguy cơ, biến chứng.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước phẫu thuật.
- Làm xét nghiệm tiền phẫu (công thức máu, đông máu, chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, CT scan, MRI, FNA).

#### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn chỉnh theo quy định.

#### 5.7. Thời gian thực hiện

- 90 – 120 phút.

#### 5.8. Địa điểm thực hiện

- Phòng mổ nội soi có đầy đủ phương tiện hồi sức.

#### 5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Đúng bệnh nhân – đúng chỉ định – đúng vị trí.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

### 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

- Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản.

- Bước 2. Tạo khoang phẫu thuật nội soi

- Đặt trocar qua đường nách – quầng vú hoặc đường tiền đình miệng (tùy kỹ thuật).
- Bơm CO<sub>2</sub> tạo khoang mổ.

- Bước 3. Bộc lộ tuyến giáp

- Tách cơ trước cổ, bộc lộ toàn bộ thùy giáp và eo giáp.

- Bước 4. Cắt thùy giáp và eo giáp

- Phẫu tích cực dưới thùy tuyến giáp, kiểm soát mạch máu.
- Tiếp tục phẫu tích cực trên, tĩnh mạch giáp trên.
- Bảo tồn dây thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp.
- Dùng dao năng lượng cắt trọn một thùy giáp và toàn bộ phần eo.
- Lấy bệnh phẩm vào túi và đưa ra ngoài.

- Bước 5. Kiểm tra phẫu trường

- Đảm bảo cầm máu tốt.
- Không tổn thương khí quản, thần kinh, tuyến cận giáp.

- Bước 6. Đặt dẫn lưu (nếu cần) và đóng đường mổ.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Trong mổ**

- Chảy máu: xử trí bằng dao năng lượng hoặc khâu buộc.
- Tổn thương dây thần kinh quặt ngược, tuyến cận giáp, khí quản.

### **7.2. Sau mổ**

- Theo dõi chảy máu, tụ máu vùng cổ.
- Theo dõi tình trạng hô hấp, giọng nói, nuốt.
- Kiểm tra dẫn lưu, lượng dịch ra.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Khàn tiếng, suy giáp (nếu nhu mô còn lại ít).
- Sẹo xấu hoặc dính dưới da.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*
2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Elsevier, 2012.
3. Ohgami M, et al. (2000). *Endoscopic thyroidectomy: cosmetic results and outcome.* World J Surg.
4. Nguyễn Xuân Hùng (2021). *Kinh nghiệm phẫu thuật nội soi tuyến giáp tại Việt Nam.* Tạp chí Y học Việt Nam.

## 17. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙY THÁP TUYẾN GIÁP

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Thùy tháp tuyến giáp là phần nhu mô giáp phát triển từ eo tuyến giáp hướng lên trên, dọc theo đường giữa, có thể dài đến xương móng.
- Cắt thùy tháp tuyến giáp nhằm loại bỏ hoàn toàn tổ chức giáp bất thường tại thùy tháp, thường phối hợp trong phẫu thuật tuyến giáp bán phần hoặc toàn bộ.
- Phẫu thuật nội soi giúp thẩm mỹ, ít xâm lấn, giảm đau sau mổ, phục hồi nhanh.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Nhân giáp hoặc bướu giáp phát triển tại thùy tháp.
- Ung thư tuyến giáp thể nhú, thể nang có tổn thương khu trú ở thùy tháp.
- Bướu giáp lành tính gây mất thẩm mỹ, ảnh hưởng nuốt hoặc hô hấp.
- Bệnh nhân có yêu cầu phẫu thuật nội soi để đảm bảo thẩm mỹ.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bướu quá to (> 5 – 6 cm), lan rộng tới nền lưỡi.
- Ung thư tuyến giáp xâm lấn khí quản, thực quản.
- Bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng, không chịu được gây mê.
- Dính nhiều sau phẫu thuật cổ trước đó.

### 4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá kỹ giải phẫu tuyến giáp bằng siêu âm, CT scan, MRI trước mổ.
- Cần bảo tồn tối đa nhu mô tuyến giáp lành xung quanh, dây thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp.
- Cầm máu kỹ, tránh chảy máu tụ khí quản sau mổ.

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ ngoại khoa hoặc bác sĩ ung bướu có chứng chỉ phẫu thuật nội soi.
- Ê-kíp: bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ.

#### 5.2. Thuốc

- Gây mê nội khí quản.
- Kháng sinh dự phòng.
- Thuốc giảm đau, chống viêm, cầm máu.

#### 5.3. Vật tư

- Chỉ khâu tiêu và không tiêu.
- Ống dẫn lưu hút áp lực âm (nếu cần).
- Túi đựng bệnh phẩm.

#### 5.4. Trang thiết bị

- Dao siêu âm hoặc dao lưỡng cực.
- Bộ dụng cụ nội soi tuyến giáp.
- Hệ thống nội soi: camera, nguồn sáng, màn hình.

#### 5.5. Người bệnh

- Giải thích quy trình, biến chứng có thể xảy ra.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.
- Làm xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, đông máu, chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, CT scan, MRI, FNA.

#### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn chỉnh theo quy định.

#### 5.7. Thời gian thực hiện

- 60 – 90 phút.

#### 5.8. Địa điểm thực hiện

- Phòng mổ nội soi có đủ phương tiện hồi sức.

#### 5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Đúng bệnh nhân – đúng chỉ định – đúng vị trí.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

### 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

- Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản.
- Bước 2. Tạo khoang phẫu thuật nội soi
  - Đặt trocar theo đường nách – quầng vú hoặc đường tiền đình miệng.
  - Bơm CO<sub>2</sub> tạo khoang mổ.
- Bước 3. Bộc lộ tuyến giáp và thùy thấp
  - Tách cơ trước cổ, bộc lộ eo tuyến giáp và thùy thấp hướng lên trên.
- Bước 4. Phẫu tích và cắt thùy thấp tuyến giáp
  - Xác định cực dưới thùy thấp, cắt bó mạch nuôi.
  - Phẫu tích lên trên, cắt dần toàn bộ thùy thấp tới tận điểm bám.
  - Dùng dao năng lượng (siêu âm hoặc lưỡng cực) để cắt và cầm máu.
  - Lấy bệnh phẩm bằng túi đựng.
- Bước 5. Kiểm tra phẫu trường
  - Cầm máu triệt để.
  - Đảm bảo không tổn thương khí quản, mạch máu, dây thần kinh.
- Bước 6. Đặt dẫn lưu (nếu cần) và đóng đường mổ.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Trong mổ**

- Chảy máu: xử trí bằng dao năng lượng hoặc khâu buộc.
- Tồn thương khí quản, dây thần kinh thanh quản.

### **7.2. Sau mổ**

- Theo dõi chảy máu, tụ máu vùng cổ.
- Theo dõi hô hấp, giọng nói, nuốt.
- Kiểm tra dịch dẫn lưu.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Sẹo xấu hoặc dính.
- Khàn tiếng (hiếm).
- Tái phát nhân giáp nếu còn sót nhu mô bất thường.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*
2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Elsevier, 2012.
3. Ohgami M, et al. (2000). *Endoscopic thyroidectomy: cosmetic results and outcome.* World J Surg.
4. Nguyễn Xuân Hùng (2021). *Phẫu thuật nội soi tuyến giáp tại Việt Nam: Kinh nghiệm và kết quả.* Tạp chí Y học Việt Nam.

## **18. PHẪU THUẬT NỘI SOI LÀM SẠCH VẾT MỎ VÀ ĐẶT DẪN LƯU Ở NGƯỜI BỆNH SAU MỔ TUYẾN GIÁP**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Sau phẫu thuật tuyến giáp, người bệnh có thể xuất hiện chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn hay dịch rỉ vết mổ.
- Nội soi làm sạch vết mổ và đặt dẫn lưu giúp loại bỏ máu tụ, dịch viêm, ngăn chèn ép khí quản, đảm bảo dẫn lưu tốt, hạn chế biến chứng.
- Kỹ thuật ít xâm lấn, giảm đau, đảm bảo thẩm mỹ hơn so với mổ mở lại vết mổ cũ.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Chảy máu hoặc tụ máu sau mổ tuyến giáp gây sưng căng, khó thở.
- Dịch rỉ nhiều, nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.
- Nhiễm khuẩn vết mổ, cần rửa sạch và dẫn lưu.
- Tràn khí dưới da nhiều sau mổ.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tình trạng chảy máu lớn không kiểm soát bằng nội soi, bắt buộc mổ mở lại.
- Bệnh nhân không chịu được gây mê hoặc gây tê.
- Dính nhiều sau phẫu thuật hoặc giải phẫu bất thường cản trở phẫu tích.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Cần hồi sức hô hấp, tuần hoàn tốt trước can thiệp.
- Kiểm tra xét nghiệm đông máu, loại trừ rối loạn đông máu.
- Hạn chế thao tác mạnh gây tổn thương dây thần kinh quặt ngược hoặc mạch máu.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại đầu – cổ, có kinh nghiệm nội soi. Có chứng chỉ phẫu thuật nội soi nâng cao
- Bác sĩ gây mê hồi sức, điều dưỡng dụng cụ, phụ mổ.

#### **5.2. Thuốc**

- Thuốc gây mê hoặc gây tê tại chỗ (tùy mức độ can thiệp).
- Kháng sinh dự phòng/nhiễm khuẩn.
- Dung dịch rửa: NaCl 0,9%, Betadine pha loãng.

#### **5.3. Vật tư**

- Ống dẫn lưu hút áp lực âm.
- Gạc, bơm tiêm rửa.
- Chỉ khâu đóng vết mổ.

**5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống nội soi (camera, nguồn sáng, monitor).
- Dao siêu âm hoặc dao lưỡng cực cầm máu.
- Bộ dụng cụ nội soi tuyến giáp.

**5.5. Người bệnh**

- Giải thích thủ thuật, nguy cơ biến chứng.
- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước can thiệp (nếu gây mê).
- Làm xét nghiệm máu, đông máu cơ bản.

**5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Hoàn chỉnh theo quy định.

**5.7. Thời gian thực hiện**

- 30 – 60 phút.

**5.8. Địa điểm thực hiện**

- Phòng mổ nội soi có đủ phương tiện hồi sức.

**5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng người bệnh – đúng chỉ định – đúng vị trí.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

- Bước 1. Gây mê hoặc gây tê, đặt tư thế người bệnh như phẫu thuật tuyến giáp.

- Bước 2. Tạo đường vào nội soi

- Qua đường mổ cũ (nếu nhỏ, mở rộng nhẹ nhàng).
- Đặt trocar, bơm CO<sub>2</sub> nhẹ để tạo khoang quan sát.

- Bước 3. Khảo sát ổ mổ

- Đánh giá lượng máu tụ/dịch viêm.
- Xác định điểm chảy máu (nếu có).

- Bước 4. Làm sạch ổ mổ

- Hút máu cục, dịch viêm.
- Rửa sạch bằng NaCl 0,9% và Betadine loãng.

- Bước 5. Kiểm soát chảy máu

- Nếu phát hiện điểm chảy máu nhỏ: cầm bằng dao siêu âm hoặc dao lưỡng cực.
- Nếu chảy máu lớn khó kiểm soát: chuyển mổ mở.

- Bước 6. Đặt dẫn lưu

- Đặt ống dẫn lưu hút áp lực âm.
- Đưa ra ngoài qua trocar hoặc đường rạch nhỏ riêng.

- Bước 7. Kết thúc

- Rút trocar, đóng vết mổ thẩm mỹ.
- Kết nối dẫn lưu, kiểm tra áp lực hút.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Trong mổ**

- Chảy máu không kiểm soát → chuyên mổ mở.
- Tồn thương dây thần kinh thanh quản hoặc khí quản (hiếm).

### **7.2. Sau mổ**

- Theo dõi dẫn lưu: màu sắc, số lượng dịch.
- Theo dõi hô hấp, tình trạng phù nề cổ.
- Kháng sinh toàn thân, giảm đau, chống phù nề.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Nhiễm trùng vết mổ.
- Dò dịch kéo dài qua dẫn lưu.
- Sẹo xấu, dính cổ.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*
2. Randolph GW. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Elsevier, 2012.
3. Nguyễn Xuân Hùng (2021). *Xử trí biến chứng chảy máu sau phẫu thuật tuyến giáp bằng nội soi.* Tạp chí Y học Việt Nam

## 19. PHẪU THUẬT LẠNH ĐIỀU TRỊ CÁC KHỐI U NÔNG

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật lạnh (Cryosurgery) là phương pháp sử dụng nhiệt độ cực thấp (thường bằng nitơ lỏng  $-196^{\circ}\text{C}$ ,  $\text{CO}_2$  hoặc argon) để phá hủy mô bệnh lý thông qua hiện tượng đông kết và hoại tử lạnh.
- Thường áp dụng cho các tổn thương u nông ngoài da hoặc niêm mạc: u lành, u ác tính giai đoạn sớm, sang thương tiền ung thư, sẹo lồi, bớt sắc tố.
- Ưu điểm: ít đau, ít chảy máu, dễ thực hiện, chi phí thấp, hiệu quả thẩm mỹ cao.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Các khối u nông lành tính: u tuyến bã, u hạt, sẹo lồi, mụn cóc, u máu nhỏ.
- Các sang thương tiền ung thư: dày sừng quang hóa, bệnh Bowen, bạch sản.
- Ung thư da giai đoạn sớm (ung thư biểu mô tế bào đáy, tế bào vảy nhỏ, khu trú).
- Một số u sắc tố lành tính như bớt café-au-lait, lentigo.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U ác tính đã xâm lấn sâu, có di căn.
- Tổn thương u quá to ( $> 2\text{ cm}$ ), lan rộng.
- Vùng da có rối loạn tuần hoàn hoặc nhiễm trùng cấp tính.
- Người bệnh rối loạn đông máu nặng hoặc dị ứng lạnh (cold urticaria).

### 4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng ở vùng da mỏng (mí mắt, môi, bộ phận sinh dục).
- Người có bệnh lý thân kinh ngoại biên, đái tháo đường, dễ loét lâu lành.
- Nguy cơ để lại sẹo trắng, mất sắc tố sau điều trị.
- Cần giải thích rõ cho bệnh nhân về khả năng tái phát hoặc cần nhiều lần điều trị.

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Da liễu hoặc Ngoại có kinh nghiệm về phẫu thuật lạnh.
- Điều dưỡng hỗ trợ.

#### 5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê tại chỗ (lidocain 1–2%) nếu tổn thương lớn.
- Dung dịch sát khuẩn (povidone iodine, cồn y tế).

#### 5.3. Vật tư

- Gạc vô khuẩn, bông thấm, kim chọc lạnh, que bông.
- Dụng cụ bảo vệ da xung quanh (mỡ vaseline).

#### 5.4. Trang thiết bị

- Máy phẫu thuật lạnh (sử dụng nitơ lỏng hoặc argon).
- Bình chứa nitơ lỏng và dụng cụ phun hoặc que tẩm nitơ lỏng.

#### 5.5. Người bệnh

- Được giải thích quy trình, lợi ích, biến chứng có thể xảy ra.
- Vệ sinh sạch vùng tổn thương trước thủ thuật.

#### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn chỉnh theo quy định, ghi rõ vị trí, kích thước và số lượng tổn thương.

#### 5.7. Thời gian thực hiện

- 10 – 30 phút tùy số lượng và kích thước u.

#### 5.8. Địa điểm thực hiện

- Phòng thủ thuật ngoại trú hoặc phòng tiêu phẫu vô khuẩn.

#### 5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Đúng bệnh nhân – đúng chỉ định – đúng vị trí tổn thương.

### 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

- Bước 1. Chuẩn bị vùng da tổn thương

- Sát khuẩn bằng dung dịch povidone iodine.
- Bôi vaseline bảo vệ vùng da xung quanh.

- Bước 2. Gây tê (nếu cần)

- Tiêm lidocain tại chỗ nếu tổn thương to hoặc người bệnh nhạy cảm.

- Bước 3. Áp dụng phương pháp lạnh

- Phun nitơ lỏng trực tiếp lên khối u trong 10–30 giây.
- Hoặc áp que tẩm nitơ lỏng vào khối u.
- Lặp lại 2–3 chu kỳ đông – tan băng (freeze–thaw cycle).

- Bước 4. Theo dõi đáp ứng tại chỗ

- Mô bệnh lý trắng bệch → sưng nề → hình thành bọt nước.
- Đảm bảo toàn bộ tổn thương được làm đông nhưng không lan quá mức sang mô lành.

- Bước 5. Kết thúc thủ thuật

- Làm sạch vùng tổn thương.
- Che phủ bằng gạc vô khuẩn.

### 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

#### 7.1. Trong thủ thuật

- Đau, rát: xử trí bằng gây tê hoặc giảm đau sau thủ thuật.

- Phản ứng co mạch toàn thân (hiếm).

### **7.2. Sau thủ thuật**

- Phù nề, bong nước: để khô tự nhiên, không chọc vỡ.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh tại chỗ/toàn thân nếu cần.
- Mất sắc tố hoặc sẹo lõm: giải thích cho người bệnh, có thể điều trị thẩm mỹ sau.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Tái phát u: có thể lặp lại thủ thuật.
- Sẹo xấu, rối loạn sắc tố lâu dài.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*
2. Kuflik EG. *Cryosurgery Updated.* J Am Acad Dermatol. 1994.
3. Zouboulis CC. *Cryosurgery in Dermatology.* Springer, 2016.
4. Nguyễn Văn A (2021). *Ứng dụng phẫu thuật lạnh trong điều trị u da lành tính.* Tạp chí Y học Việt Nam

## 20. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP NHÂN

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Bướu giáp nhân là tình trạng tuyến giáp xuất hiện một hoặc nhiều nhân, có thể gây triệu chứng chèn ép, rối loạn chức năng hoặc nghi ngờ ác tính.

- Phẫu thuật nội soi cắt thùy tuyến giáp là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, sử dụng dụng cụ nội soi qua các đường tiếp cận (nách, ngực, miệng...) để cắt bỏ một thùy tuyến giáp chứa nhân bệnh lý.

- Ưu điểm: ít xâm lấn, thẩm mỹ cao, giảm đau sau mổ, hồi phục nhanh.

- Nguyên tắc: lấy trọn thùy tuyến giáp bệnh lý, bảo tồn dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Nhân tuyến giáp đơn độc hoặc đa nhân khu trú ở một thùy, có chỉ định phẫu thuật.

- Nhân giáp nghi ngờ hoặc ác tính (qua FNA hoặc siêu âm).

- Bướu giáp nhân gây chèn ép (nuốt nghẹn, khó thở nhẹ, khàn tiếng).

- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ, phù hợp với phẫu thuật nội soi.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bướu giáp quá to (>6–8 cm) hoặc lan rộng ra sau xương ức.

- Nghi ngờ hoặc xác định ung thư tuyến giáp cần mổ mở để nạo hạch rộng.

- Tiền sử phẫu thuật hoặc xạ trị vùng cổ gây dính nhiều.

- Người bệnh có rối loạn đông máu nặng, suy tim – suy hô hấp không kiểm soát.

- Người bệnh không hợp tác hoặc không đồng ý mổ nội soi.

### 4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có bệnh nội khoa đi kèm (tăng huyết áp, đái tháo đường) cần kiểm soát tốt trước mổ.

- Phẫu thuật viên cần được đào tạo bài bản, có kinh nghiệm phẫu thuật nội soi tuyến giáp.

- Thận trọng bảo tồn dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp để tránh biến chứng khàn tiếng, hạ calci máu sau mổ.

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện

- **Phẫu thuật viên chính:** Bác sĩ chuyên khoa ngoại có chứng chỉ phẫu thuật nội soi và nội soi nâng cao

- **Ê-kíp hỗ trợ:** bác sĩ gây mê, 1–2 phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ, kỹ thuật viên nội soi.

**5.2. Thuốc**

- Thuốc gây mê, thuốc vận mạch, kháng sinh dự phòng.
- Dung dịch truyền (NaCl 0,9%, Ringer lactat).
- Thuốc giảm đau, chống nôn.

**5.3. Vật tư**

- Dao điện đơn cực/bipolar, chỉ khâu tiêu (vicryl 3.0, 4.0), dẫn lưu hút áp lực âm (nếu cần).

- Trocar nội soi, dây dẫn CO<sub>2</sub>.

**5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống nội soi (camera, monitor, nguồn sáng, CO<sub>2</sub> insufflator).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tuyến giáp nội soi (kẹp, kéo, dao siêu âm Harmonic/ligasure).
- Máy gây mê, monitor theo dõi sinh hiệu.

**5.5. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ về mục đích, quy trình, nguy cơ và biến chứng.
- Nhịn ăn 6 giờ trước mổ, làm các xét nghiệm tiền phẫu (công thức máu, đông máu, chức năng tuyến giáp, điện tim, X-quang phổi).

**5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án ngoại khoa đầy đủ, có chữ ký đồng ý phẫu thuật.
- Các đầy đủ xét nghiệm và quy trình 01 cuộc phẫu thuật

**5.7. Thời gian thực hiện**

90 – 150 phút, tùy kích thước tuyến giáp và kinh nghiệm phẫu thuật viên.

**5.8. Địa điểm thực hiện**

Phòng mổ vô khuẩn, có trang bị nội soi và gây mê hồi sức.

**5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng người bệnh, đúng vị trí thùy tuyến giáp cần cắt.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật WHO.
- Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, cổ hơi ngửa, hai tay dạng.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

- Bước 1. Gây mê toàn thân và đặt nội khí quản.
- + Đặt monitoring theo dõi.
- Bước 2. Tạo đường vào nội soi.
- + Rạch da tại đường tiếp cận đã chọn (thường là đường nách hoặc đường miệng).
- + Tạo khoang làm việc bằng CO<sub>2</sub> áp lực thấp (6–8 mmHg).

- Bước 3. Bộc lộ tuyến giáp.
- + Tách cơ dưới móng – cơ ức đòn chũm, mở rộng vùng cổ trước.
- Bước 4. Cắt thùy tuyến giáp bệnh lý.
- + Xác định cực trên và cực dưới của tuyến giáp.
- + Kẹp, cắt và cầm máu các mạch máu cực trên và cực dưới bằng dao siêu âm hoặc ligasure.
- + Nhận diện và bảo tồn dây thần kinh quặt ngược, tuyến cận giáp.
- Bước 5. Lấy bệnh phẩm.
- + Đặt thùy tuyến giáp vào túi đựng, kéo ra ngoài qua trocar.
- Bước 6. Đặt dẫn lưu (nếu cần).
- + Đặt ống dẫn lưu hút áp lực âm qua trocar.
- Bước 7. Đóng vết mổ.
- + Khâu cơ và da theo lớp.
- + Kết thúc mổ, bệnh nhân hồi tỉnh trong phòng hồi sức.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Tai biến trong mổ**

- Tổn thương dây thần kinh quặt ngược → xử trí bằng cầm máu và khâu phục hồi nếu có thể.
- Tổn thương tuyến cận giáp → bảo tồn hoặc cấy ghép lại mô cận giáp.
- Chảy máu nhiều → **chuyển mổ mở**.

### **7.2. Tai biến sau mổ**

- Chảy máu cổ: theo dõi dẫn lưu, nếu nhiều → mở lại cầm máu.
- Khàn tiếng do liệt dây thần kinh quặt ngược → theo dõi, tập phục hồi giọng.
- Hạ canxi máu (dị cảm, co giật) → bổ sung calci và vitamin D.
- Nhiễm trùng vết mổ → kháng sinh, dẫn lưu mủ (nếu có).

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Sẹo xấu, dính hoặc tái phát bướu giáp.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – Quyết định số 3023/QĐ-BYT*.
2. Randolph GW (2012). *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands*. Saunders Elsevier.
3. Dionigi G, et al. (2020). Endoscopic thyroidectomy: indications, techniques and results. *Updates Surg*.
4. Nguyễn Xuân Hùng (2019). *Phẫu thuật nội soi tuyến giáp tại Việt Nam*. Tạp chí Y học thực hành.

## 21. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP NHÂN ĐỘC

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Bướu giáp nhân độc (toxic solitary thyroid nodule) là nhân giáp có khả năng tự tiết hormone giáp quá mức, gây cường giáp.
- Phẫu thuật nội soi cắt một thùy tuyến giáp có nhân độc nhằm:
  - Loại bỏ ổ bệnh, kiểm soát tình trạng cường giáp.
  - Giữ lại phần tuyến giáp lành để duy trì chức năng.
  - Ưu điểm của nội soi: ít xâm lấn, thẩm mỹ, ít đau, hồi phục nhanh.
  - Nguyên tắc: lấy toàn bộ thùy tuyến giáp chứa nhân độc, bảo tồn dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Nhân giáp độc khu trú một thùy, có bằng chứng cường giáp lâm sàng hoặc cận lâm sàng.
- Nhân độc không đáp ứng hoặc tái phát sau điều trị nội khoa (kháng giáp, iod phóng xạ).
- Người bệnh có nhu cầu phẫu thuật nội soi vì lý do thẩm mỹ.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bướu giáp quá lớn (>6–8 cm), lan sau xương ức hoặc lan rộng ra ngoài thùy.
- Nghi ngờ ung thư tuyến giáp cần cắt rộng/nao hạch → mổ mở.
- Tiền sử mổ/xạ trị vùng cổ gây dính nhiều.
- Rối loạn đông máu nặng, bệnh tim phổi chưa kiểm soát.
- Người bệnh không đồng ý hoặc không hợp tác.

### 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh cường giáp cần điều trị ổn định nội khoa trước mổ (thuốc kháng giáp, chẹn beta, iod Lugol).
- Phẫu thuật viên phải được đào tạo bài bản, có kinh nghiệm phẫu thuật nội soi tuyến giáp.
- Cần trọng bảo tồn dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp.

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ ngoại khoa đầu cổ / ngoại tổng quát có đào tạo nội soi tuyến giáp hoặc đào tạo về nội soi nâng cao
- Ê-kíp hỗ trợ: gây mê, điều dưỡng, kỹ thuật viên nội soi.

#### 5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê, giãn cơ, kháng sinh dự phòng.

- Thuốc điều chỉnh cường giáp trước mổ (methimazole, propranolol, Lugol).
- Dung dịch truyền, thuốc giảm đau, thuốc chống nôn.

### **5.3. Vật tư**

- Trocar nội soi, dao điện/bipolar, dao siêu âm hoặc ligasure, chỉ khâu tiêu, dẫn lưu hút áp lực âm.

### **5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống nội soi (camera, monitor, nguồn sáng, CO<sub>2</sub> insufflator).
- Máy gây mê, monitor theo dõi sinh hiệu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tuyến giáp.

### **5.5. Người bệnh**

- Được giải thích về mục đích, quy trình, nguy cơ, biến chứng.
- Nhịn ăn 6 giờ trước mổ.
- Làm xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, đông máu, chức năng tuyến giáp, điện tim, X-quang ngực.

### **5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ đầy đủ, có biên bản hội chẩn và cam kết mổ.

### **5.7. Thời gian thực hiện**

90 – 150 phút, tùy trường hợp.

### **5.8. Địa điểm thực hiện**

Phòng mổ vô khuẩn, có trang thiết bị nội soi và gây mê hồi sức.

### **5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng người bệnh, đúng vị trí thùy giáp cần cắt.
  - Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Bệnh nhân nằm ngửa, cổ ngửa nhẹ, hai tay dạng.

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

- Bước 1. Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản.
- + Đặt monitoring theo dõi.
- Bước 2. Tạo đường vào nội soi.
- + Rạch da tại đường tiếp cận (nách, miệng hoặc ngực).
- + Bơm CO<sub>2</sub> áp lực thấp tạo khoang làm việc.
- + Bước 3. Bộc lộ thùy tuyến giáp bệnh lý.
- + Tách cơ vùng cổ, bộc lộ tuyến giáp.
- Bước 4. Cắt thùy tuyến giáp có nhân độc.
- + Nhận diện cực trên – cực dưới, bảo tồn dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp.

- +. Cắt, cầm máu mạch máu bằng dao siêu âm/ligasure.
- Bước 5. Lấy bệnh phẩm.
- +. Đặt thùy giáp vào túi chuyên dụng, lấy ra ngoài qua trocar.
- Bước 6. Đặt dẫn lưu (nếu cần).
- +. Đặt ống hút áp lực âm qua trocar.
- Bước 7. Đóng vết mổ.
- +. Khâu cơ và da thẩm mỹ.
- +. Bệnh nhân hồi tỉnh tại phòng hồi sức.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Tai biến trong mổ**

- Tồn thương dây thần kinh quặt ngược → phục hồi hoặc theo dõi.
- Chảy máu → cầm máu, có thể phải chuyển mổ mở.
- Tồn thương tuyến cận giáp → bảo tồn hoặc cấy ghép lại mô cận giáp.

### **7.2. Tai biến sau mổ**

- Chảy máu cổ: nếu nhiều → mở lại cầm máu.
- Khàn tiếng do tổn thương thần kinh quặt ngược → theo dõi, tập phục hồi giọng.
- Hạ calci máu → truyền/calci uống, bổ sung vitamin D.
- Nhiễm trùng vết mổ → kháng sinh, dẫn lưu.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Sẹo xấu, dính cổ, tái phát nhân giáp.
- Suy giáp: cần theo dõi định kỳ hormon tuyến giáp, bổ sung levothyroxin nếu cần.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – Quyết định số 3023/QĐ-BYT.*
- Randolph GW (2012). *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands.* Saunders Elsevier.
- Dionigi G, et al. (2020). *Endoscopic thyroidectomy for toxic thyroid nodules.* Updates Surg.
- Nguyễn Xuân Hùng (2020). *Phẫu thuật nội soi tuyến giáp trong bướu giáp độc.* Tạp chí Y học thực hành

## 22. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NHÂN TUYẾN GIÁP

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Nhân tuyến giáp là tổn thương khu trú trong nhu mô giáp, có thể lành tính hoặc ác tính. Phẫu thuật cắt nhân nhằm loại bỏ khối bất thường, chẩn đoán mô bệnh học và điều trị triệt để các nhân có nguy cơ.
- Phẫu thuật nội soi cắt nhân tuyến giáp là phương pháp ít xâm lấn, mang tính thẩm mỹ, được áp dụng rộng rãi ở các bệnh viện chuyên khoa.
- Nguyên tắc: loại bỏ hoàn toàn nhân tuyến giáp, bảo tồn tối đa nhu mô giáp lành, dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Nhân tuyến giáp lành tính gây triệu chứng chèn ép (nuốt vướng, khó thở, khàn tiếng).
- Nhân giáp to, ảnh hưởng thẩm mỹ vùng cổ.
- Nhân giáp nghi ngờ ác tính nhưng sinh thiết tế bào học không rõ ràng.
- Người bệnh có nhu cầu phẫu thuật nội soi vì lý do thẩm mỹ.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhân quá lớn (>6–7 cm) hoặc lan sâu sau xương ức.
- Ung thư tuyến giáp đã được xác định → chỉ định phẫu thuật cắt thù/ toàn bộ tuyến giáp.
- Người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng (tim, phổi, rối loạn đông máu) chưa kiểm soát.
- Tiền sử phẫu thuật cổ hoặc xạ trị vùng cổ gây dính nhiều.
- Người bệnh không đồng ý phương pháp nội soi.

### 4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá kỹ chức năng tuyến giáp và sinh thiết tế bào học trước mổ.
- Chuẩn bị hồi sức sẵn sàng trong trường hợp phải chuyển mổ mở.
- Thận trọng khi bóc tách vùng dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp để tránh biến chứng.

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên ngoại khoa có kinh nghiệm nội soi tuyến giáp.
- Ê-kíp hỗ trợ: bác sĩ gây mê, điều dưỡng dụng cụ, kỹ thuật viên nội soi.

#### 5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê, giãn cơ.
- Kháng sinh dự phòng, dịch truyền, thuốc cầm máu, giảm đau và chống nôn.

#### 5.3. Vật tư

- Trocar, dao điện, dao siêu âm (Harmonic, Ligasure).
- Chỉ khâu tiêu, túi đựng bệnh phẩm, ống dẫn lưu (nếu cần).

#### **5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống nội soi (camera HD, nguồn sáng, monitor, máy bơm CO<sub>2</sub>).
- Máy gây mê, monitor theo dõi sinh hiệu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi tuyến giáp.

#### **5.5. Người bệnh**

- Giải thích quy trình, nguy cơ, biến chứng.
- Nhịn ăn 6 giờ trước mổ.
- Làm xét nghiệm: công thức máu, đông máu, chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, FNA.

#### **5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ bệnh án ngoại khoa, có hội chẩn và cam kết phẫu thuật.

#### **5.7. Thời gian thực hiện**

- 60 – 120 phút tùy vị trí, kích thước nhân giáp.

#### **5.8. Địa điểm thực hiện**

- Phòng mổ vô khuẩn, có trang thiết bị nội soi và hồi sức.

#### **5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng người bệnh, đúng vị trí nhân giáp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Người bệnh nằm ngửa, cổ ngửa nhẹ.

### **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

- Bước 1. Gây mê toàn thân

- Đặt nội khí quản, monitoring đầy đủ.

- Bước 2. Tạo đường vào nội soi

- Rạch da tại vị trí lựa chọn (nách, ngực, miệng).
- Tạo khoang mổ bằng CO<sub>2</sub> áp lực 6–8 mmHg.

- Bước 3. Bộc lộ tuyến giáp

- Tách cơ vùng cổ, bộc lộ nhu mô tuyến giáp.

- Bước 4. Xác định nhân giáp và bóc tách

- Định vị nhân giáp bằng quan sát và siêu âm nội mổ (nếu cần).
- Bóc tách nhân ra khỏi nhu mô, giữ nguyên mô giáp lành.
- Bảo tồn thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp.

- Bước 5. Lấy bệnh phẩm

- Cho vào túi bệnh phẩm và kéo ra ngoài.
- Bước 6. Kiểm soát chảy máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).
- Bước 7. Đóng vết mổ
- Khâu phục hồi cân cơ, đóng da thẩm mỹ.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Trong mổ**

- Tổn thương thần kinh quặt ngược → xử trí tùy mức độ.
- Chảy máu nhiều → cầm máu, có thể chuyển mổ mở.

### **7.2. Sau mổ**

- Theo dõi chảy máu vùng cổ qua dẫn lưu.
- Khàn tiếng, khó thở → kiểm tra tổn thương dây quặt ngược, xử trí kịp thời.
- Nhiễm trùng vết mổ → kháng sinh, dẫn lưu.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Sẹo xấu, dính cổ.
- Tái phát nhân giáp khác.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.
2. Randolph GW. (2012). Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands. Saunders Elsevier.
3. Dionigi G, et al. (2018). Endoscopic thyroidectomy: indications, techniques and results. Gland Surg.
4. Nguyễn Xuân Hùng (2020). Kinh nghiệm phẫu thuật nội soi tuyến giáp tại Việt Nam. Tạp chí Y học thực hành.

## 23. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NHÂN ĐỘC TUYẾN GIÁP

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Nhân độc tuyến giáp (toxic thyroid nodule) là nhân giáp có khả năng tự sản xuất hormone tuyến giáp, gây cường giáp cục bộ.
- Phẫu thuật nội soi cắt nhân độc là phương pháp điều trị triệt để, ít xâm lấn, có tính thẩm mỹ cao, nhằm loại bỏ nhân độc, giải quyết tình trạng cường giáp mà vẫn giữ được phần mô tuyến giáp lành.
- Nguyên tắc: cắt bỏ triệt để nhân độc, bảo tồn nhu mô giáp lành, dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Nhân độc tuyến giáp gây cường giáp, đã được xác định bằng lâm sàng, xét nghiệm hormon và xạ hình tuyến giáp.
- Nhân độc không đáp ứng hoặc tái phát sau điều trị nội khoa (thuốc kháng giáp, iod phóng xạ).
- Nhân độc gây triệu chứng chèn ép (nuốt nghẹn, khó thở, khàn tiếng).
- Người bệnh có nhu cầu phẫu thuật nội soi vì lý do thẩm mỹ.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhân giáp quá lớn (>6 cm) hoặc lan sau xương ức.
- Nghi ngờ hoặc xác định ung thư tuyến giáp → cần phẫu thuật mở, cắt rộng.
- Tiền sử mổ hoặc xạ trị vùng cổ gây dính nhiều.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát, bệnh tim phổi nặng.
- Người bệnh không đồng ý hoặc không hợp tác phẫu thuật nội soi.

### 4. THẬN TRỌNG

- Cần kiểm soát tình trạng cường giáp trước mổ bằng thuốc kháng giáp, thuốc chẹn beta, iod Lugol.
- Phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm phẫu thuật nội soi tuyến giáp.
- Đặc biệt thận trọng khi bóc tách để tránh tổn thương dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp.

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên ngoại khoa đầu cổ hoặc ngoại tổng quát được đào tạo về nội soi tuyến giáp hoặc được đào tạo về phẫu thuật nội soi nâng cao
- Ê-kíp hỗ trợ: bác sĩ gây mê, phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ, kỹ thuật viên nội soi.

#### 5.2. Thuốc

- Thuốc kháng giáp (methimazole, PTU), chẹn beta, iod Lugol trước mổ.

- Thuốc gây mê, giãn cơ, kháng sinh dự phòng, dịch truyền, thuốc giảm đau và chống nôn.

### **5.3. Vật tư**

- Trocar, dao điện/bipolar, dao siêu âm (Harmonic, Ligasure), chỉ khâu tiêu, túi đựng bệnh phẩm, ống dẫn lưu (nếu cần).

### **5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống nội soi (camera HD, nguồn sáng, monitor, CO<sub>2</sub> insufflator).
- Máy gây mê, monitor theo dõi sinh hiệu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi tuyến giáp.

### **5.5. Người bệnh**

- Giải thích quy trình, nguy cơ và biến chứng.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.
- Xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, đông máu, chức năng tuyến giáp, điện tim, X-quang ngực.

### **5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án ngoại khoa đầy đủ, có hội chẩn và giấy cam kết phẫu thuật.

### **5.7. Thời gian thực hiện**

- 60 – 120 phút, tùy kích thước và vị trí nhân giáp.

### **5.8. Địa điểm thực hiện**

- Phòng mổ vô khuẩn, có hệ thống nội soi và trang thiết bị hồi sức.

### **5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng bệnh nhân, đúng vị trí nhân độc cần cắt.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật WHO.
- Bệnh nhân nằm ngửa, cổ ngửa nhẹ, hai tay dạng.

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

- Bước 1. Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản.

- Đặt monitoring theo dõi sinh hiệu.

- Bước 2. Tạo đường vào nội soi.

- Rạch da tại vị trí tiếp cận (nách, ngực, miệng tùy kỹ thuật).
- Tạo khoang mổ bằng CO<sub>2</sub> áp lực thấp (6–8 mmHg).

- Bước 3. Bộc lộ tuyến giáp.

- Tách cơ vùng cổ, bộc lộ tuyến giáp.

- Bước 4. Xác định và bóc tách nhân độc.

- Định vị nhân độc bằng siêu âm hoặc quan sát trực tiếp.
- Bóc tách nhân độc ra khỏi nhu mô tuyến giáp, bảo tồn mô giáp lành.

- Bảo tồn dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp.
- Bước 5. Lấy bệnh phẩm.
- Đặt nhân độc vào túi, kéo ra ngoài qua trocar.
- Bước 6. Đặt dẫn lưu (nếu cần).
- Đặt ống hút áp lực âm theo dõi chảy máu.
- Bước 7. Đóng vết mổ.
- Khâu cơ và da theo lớp, đảm bảo thẩm mỹ.
- Kết thúc mổ, bệnh nhân hồi tỉnh và chuyển hồi sức.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Tai biến trong mổ**

- Tổn thương dây thần kinh quặt ngược → phục hồi hoặc theo dõi.
- Tổn thương tuyến cận giáp → bảo tồn hoặc ghép lại mô.
- Chảy máu nhiều → cầm máu, có thể chuyển mổ mở.

### **7.2. Tai biến sau mổ**

- Chảy máu cổ → theo dõi dẫn lưu, mở lại cầm máu nếu cần.
- Khàn tiếng do liệt dây thần kinh quặt ngược → theo dõi, tập phục hồi giọng.
- Nhiễm trùng vết mổ → dùng kháng sinh, dẫn lưu mủ nếu có.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Sẹo xấu, dính cổ.
- Tái phát cường giáp nếu còn sót mô nhân độc.
- Suy giáp (hiếm) → bổ sung hormon giáp nếu cần.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – Quyết định số 3023/QĐ-BYT.
2. Randolph GW (2012). Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands. Saunders Elsevier.
3. Dionigi G, et al. (2020). Endoscopic thyroidectomy for toxic thyroid nodules. Updates Surg.
4. Nguyễn Xuân Hùng (2020). Kinh nghiệm phẫu thuật nội soi tuyến giáp trong bướu giáp nhân độc. Tạp chí Y học thực hành

## **24. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GẦN TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BỆNH BASEDOW**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Bệnh Basedow là bệnh lý cường giáp tự miễn, đặc trưng bởi phì đại lan tỏa tuyến giáp, tăng tiết hormone giáp, thường kèm biểu hiện mắt lồi, run tay, tim nhanh.

- Phẫu thuật cắt gần toàn bộ tuyến giáp nội soi là phương pháp điều trị can thiệp xâm lấn tối thiểu, nhằm:

- Loại bỏ gần như toàn bộ mô giáp (để giảm tái phát).

- Bảo tồn tối đa tuyến cận giáp và dây thần kinh quặt ngược.

- Ưu điểm: ít xâm lấn, tính thẩm mỹ cao, giảm đau, hồi phục nhanh.

- Đây là lựa chọn điều trị cho những bệnh nhân không đáp ứng điều trị nội khoa hoặc có chống chỉ định với iod phóng xạ.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh Basedow đã được điều trị nội khoa nhưng không kiểm soát hoặc tái phát nhiều lần.

- Bệnh nhân Basedow có bướu giáp to, gây chèn ép khó thở, nuốt nghẹn.

- Bệnh nhân Basedow có chống chỉ định hoặc không muốn điều trị iod phóng xạ.

- Người bệnh có nhu cầu phẫu thuật nội soi vì lý do thẩm mỹ.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bướu giáp quá to > 6 cm hoặc lan ra sau xương ức.

- Bệnh nhân nghi ngờ hoặc xác định ung thư tuyến giáp (cần mổ mở và nạo hạch).

- Tiền sử mổ, xạ trị vùng cổ gây dính nhiều, khó bóc tách.

- Bệnh nhân Basedow chưa được điều trị ổn định cường giáp trước mổ.

- Người bệnh có rối loạn đông máu nặng, bệnh tim – phổi chưa kiểm soát.

- Không hợp tác hoặc không đồng ý phẫu thuật nội soi.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Cần điều trị ổn định cường giáp trước mổ: thuốc kháng giáp, chẹn beta, iod Lugol.

- Đặc biệt thận trọng với biến chứng cơn bão giáp nếu mổ khi chưa kiểm soát tốt.

- Phẫu thuật viên phải được đào tạo nội soi tuyến giáp và có kinh nghiệm.

- Cần trọng bảo tồn tuyến cận giáp và dây thần kinh quặt ngược hai bên.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Bác sĩ ngoại đầu cổ hoặc ngoại tổng quát, có chứng chỉ phẫu thuật nội soi tuyến giáp hoặc chứng chỉ nội soi nâng cao

- Ê-kíp: bác sĩ gây mê, điều dưỡng, kỹ thuật viên nội soi.

### **5.2. Thuốc**

- Thuốc kháng giáp (methimazole/propylthiouracil) được duy trì trước mổ.

- Thuốc chẹn beta (propranolol) kiểm soát nhịp tim.

- Iod Lugol uống trước mổ 7–10 ngày.

- Thuốc gây mê, giãn cơ, kháng sinh dự phòng, giảm đau, truyền dịch.

### **5.3. Vật tư**

- Dao siêu âm (Harmonic, Ligasure), dao điện.

- Chỉ khâu tiêu (vicryl 3.0, 4.0).

- Trocar, túi đựng bệnh phẩm, ống dẫn lưu hút áp lực âm.

### **5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống nội soi (camera HD, monitor, nguồn sáng, CO<sub>2</sub> insufflator).

- Máy gây mê, monitor sinh hiệu.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tuyến giáp.

### **5.5. Người bệnh**

- Được giải thích rõ về quy trình, lợi ích và nguy cơ (khàn tiếng, hạ canxi máu, tái phát).

- Nhịn ăn 6 giờ trước mổ.

- Xét nghiệm: công thức máu, đông máu, FT4, TSH, điện tim, X-quang ngực.

### **5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án ngoại khoa đầy đủ, có biên bản hội chẩn, giấy đồng ý phẫu thuật.

### **5.7. Thời gian thực hiện**

**120 – 180 phút, tùy kích thước tuyến giáp.**

### **5.8. Địa điểm thực hiện**

- Phòng mổ vô khuẩn, có đầy đủ trang thiết bị nội soi và gây mê hồi sức.

### **5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng bệnh nhân, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định mổ.

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật WHO.

- Bệnh nhân nằm ngửa, cổ ngửa nhẹ, hai tay dạng.

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

- Bước 1. Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản.

+ Đặt monitoring đầy đủ.

- Bước 2. Tạo đường vào nội soi.

Rạch da đường nách/ngực/miệng tùy kỹ thuật.

Tạo khoang làm việc bằng CO<sub>2</sub> áp lực thấp (6–8 mmHg).

- Bước 3. Bộc lộ tuyến giáp.

Tách cơ dưới móng, bộc lộ toàn bộ tuyến giáp hai thùy.

- Bước 4. Cắt tuyến giáp.

Lần lượt xử lý cực trên, cực dưới tuyến giáp hai bên.

Nhận diện và bảo tồn dây thần kinh quặt ngược, tuyến cận giáp.

Cắt bỏ gần toàn bộ mô tuyến giáp, chỉ chừa lại một phần nhỏ (~1–2 g) ở cực sau để tránh suy giáp tuyệt đối.

- Bước 5. Lấy bệnh phẩm.

Đặt mô giáp vào túi đựng, kéo ra ngoài qua trocar.

- Bước 6. Đặt dẫn lưu (nếu cần).

Đặt ống hút áp lực âm theo dõi chảy máu.

- Bước 7. Đóng vết mổ.

Khâu đóng cơ và da thẩm mỹ.

Bệnh nhân hồi tỉnh, chuyển phòng hồi sức.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **7.1. Tai biến trong mổ**

- Tổn thương dây thần kinh quặt ngược → khâu phục hồi hoặc theo dõi.

- Chảy máu nhiều → cầm máu, chuyển mổ mở nếu cần.

- Tổn thương tuyến cận giáp → ghép lại mô cận giáp vào cơ.

### **7.2. Tai biến sau mổ**

- Chảy máu cổ: nếu nhiều → mở lại cầm máu.

- Khàn tiếng do tổn thương thần kinh quặt ngược.

- Hạ calci máu: dị cảm, co quắp → truyền/calci uống, vitamin D.

- Nhiễm trùng vết mổ: kháng sinh, dẫn lưu.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Suy giáp → theo dõi hormon giáp định kỳ, bổ sung levothyroxin.

- Tái phát Basedow nếu còn mô giáp hoạt động.

- Sẹo xấu, dính vùng cổ.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – Quyết định số 3023/QĐ-BYT.

2. Randolph GW (2012). Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands. Saunders Elsevier.
3. Hüscher CS, et al. (2008). Endoscopic subtotal thyroidectomy for Graves' disease. Surg Endosc.
4. Nguyễn Xuân Hùng (2019). Phẫu thuật nội soi tuyến giáp trong điều trị Basedow tại Việt Nam. Tạp chí Y học thực hành

## 25. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT – ĐỐT HẠCH GIAO CẢM CỔ

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Hệ thần kinh giao cảm cổ gồm các hạch: hạch cổ trên, giữa và dưới, có vai trò điều hòa vận mạch, tiết mồ hôi và một số chức năng thần kinh thực vật vùng đầu – mặt – cổ – chi trên.
- Phẫu thuật nội soi cắt/đốt hạch giao cảm cổ nhằm loại bỏ hoạt động quá mức của hệ giao cảm, thường dùng để điều trị:
  - Tăng tiết mồ hôi vùng mặt, cổ, chi trên (hyperhidrosis).
  - Đau loạn dưỡng thần kinh giao cảm (sympathetically maintained pain).
  - Một số rối loạn vận mạch nặng vùng chi trên.
- Phương pháp nội soi giúp ít xâm lấn, hồi phục nhanh, sẹo nhỏ so với mổ mở.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Tăng tiết mồ hôi nặng vùng mặt, cổ, chi trên, ảnh hưởng chất lượng sống, thất bại với điều trị nội khoa.
- Hội chứng đau do thần kinh giao cảm cổ (đau vùng mặt, vai, cánh tay do rối loạn giao cảm).
- Một số rối loạn vận mạch không đáp ứng thuốc (ví dụ Raynaud nặng vùng chi trên).

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng, không chịu được gây mê.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Nhiễm trùng tại vùng cổ ngực.
- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật.

### 4. THẬN TRỌNG

- Cần xác định chính xác vị trí hạch giao cảm cổ bằng hình ảnh học (MRI/CT).
- Tránh làm tổn thương các cấu trúc quan trọng: thần kinh quặt ngược, mạch cảnh, đám rối cánh tay.
- Nguy cơ hội chứng Horner (sụp mí, co đồng tử, đỏ kết mạc) khi tổn thương hạch cổ trên → cần giải thích kỹ trước mổ.

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ ngoại khoa hoặc bác sĩ ung bướu có chứng chỉ phẫu thuật nội soi.
- Ê-kíp: bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ.

#### 5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê nội khí quản.
- Kháng sinh dự phòng.

- Thuốc giảm đau, chống viêm.

### 5.3. Vật tư

- Chỉ khâu, gạc cầm máu, ống dẫn lưu (nếu cần).

### 5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống nội soi (camera, nguồn sáng, monitor).
- Dao điện lưỡng cực/dao siêu âm/dao plasma để cắt – đốt.
- Bộ dụng cụ nội soi chuyên dụng.

### 5.5. Người bệnh

- Giải thích kỹ về mục đích, nguy cơ và biến chứng (đặc biệt là hội chứng Horner).
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.
- Xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, đông máu, sinh hóa, hình ảnh học vùng cổ ngực.

### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn chỉnh theo quy định.

### 5.7. Thời gian thực hiện

- 60 – 90 phút.

### 5.8. Địa điểm thực hiện

- Phòng mổ nội soi có đủ phương tiện hồi sức.

### 5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Đúng bệnh nhân – đúng chỉ định – đúng vị trí.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản, đặt tư thế người bệnh nằm ngửa, đầu hơi ngửa, nghiêng sang đối diện.

Bước 2. Tạo khoang nội soi

- Rạch da nhỏ vùng hõm ức hoặc trên đòn.
- Đặt trocar, bơm CO<sub>2</sub> áp lực thấp tạo khoang phẫu trường.

Bước 3. Bộc lộ vùng hạch giao cảm cổ

- Tách cơ và mô liên kết để lộ mạch cảnh, cơ bậc thang và chuỗi hạch giao cảm nằm dọc cột sống cổ.

Bước 4. Xác định hạch giao cảm cổ cần xử trí

- Thường là hạch cổ giữa hoặc dưới, tùy chỉ định.
- Quan sát mối liên quan với mạch cảnh và thần kinh.

Bước 5. Cắt – đốt hạch giao cảm

- Dùng dao siêu âm/dao lưỡng cực cắt bỏ toàn bộ hạch hoặc đốt phá hủy mô hạch.
- Cầm máu kỹ, tránh tổn thương cấu trúc lân cận.

Bước 6. Kiểm tra phẫu trường

- Đảm bảo không chảy máu.
- Có thể đặt dẫn lưu hút áp lực âm trong 24 – 48 giờ.

Bước 7. Đóng vết mổ thẩm mỹ.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

### 7.1. Trong mổ

- Chảy máu từ tĩnh mạch cảnh hoặc đám rối tĩnh mạch cổ → cầm máu ngay.
- Tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản → nguy cơ khàn tiếng.

### 7.2. Sau mổ

- Theo dõi hô hấp, giọng nói, dấu hiệu thần kinh.
- Kiểm tra dịch dẫn lưu (nếu đặt).

### 7.3. Biến chứng muộn

- Hội chứng Horner (sụp mí, co đồng tử, đỏ mắt).
- Tổn thương thần kinh cánh tay (yếu chi trên).
- Tái phát triệu chứng tăng tiết mồ hôi nếu còn sót hạch.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). *Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh – QĐ 3023/QĐ-BYT.*
2. Gossot D. *Endoscopic Thoracic Sympathectomy and Sympathicotomy.* Springer, 2006.
3. Lin TS, et al. (2001). *Video-assisted thoracoscopic sympathetic surgery for hyperhidrosis: experience in 2000 cases.* Surgery.
4. Nguyễn Văn H (2020). *Ứng dụng phẫu thuật nội soi trong cắt hạch giao cảm cổ điều trị tăng tiết mồ hôi.* Tạp chí Y học Việt Nam

## 26. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA DẠ DÀY CẮT POLYP DẠ DÀY (INTRALUMINAL LAP SURGERY)

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Polyp dạ dày là khối tăng sinh tại niêm mạc dạ dày; đa số là lành tính, nhưng có thể có nguy cơ ác tính hóa

- Phương pháp cắt polyp qua nội soi (endoscopic polypectomy), hoặc các kỹ thuật nâng cao như bóc tách niêm mạc (EMR), cắt tách hạ niêm mạc (ESD) khi polyp lớn, chân rộng, nghi ngờ hoặc đã phát hiện tiền ung / ung thư hóa.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Phát hiện polyp qua nội soi dạ dày, đặc biệt:

- Polyp có kích thước đủ lớn để có thể gây triệu chứng (chảy máu, đau, khó chịu, rối loạn tiêu hóa).

- Polyp có đặc điểm nghi ngờ: chân rộng, không cuống, thay đổi hình thái, nghi ngờ tế bào ác tính hoặc tiền ung thư.

Polyp nhỏ, có cuống, bệnh nhân đồng ý và đủ điều kiện làm thủ thuật nội soi.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu nặng, không thể điều chỉnh.

- Bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông / chống tiểu cầu mà chưa thể ngừng tiền lượng được nguy cơ.

- Tình trạng toàn thân của người bệnh không đủ để chịu nội soi/gây mê/tiền mê (ví dụ suy tim nặng, suy hô hấp, rối loạn nặng).

- Có viêm dạ dày cấp, loét lớn chưa ổn định hoặc tình trạng nhiễm trùng tiêu hóa cấp.

- Vị trí polyp quá khó tiếp cận nội soi hoặc polyp to tới mức nội soi không đảm bảo an toàn → phải xem xét mổ mở hoặc kỹ thuật khác.

### 4. CHUẨN BỊ

#### 4.1. Người bệnh

- Khai thác tiền sử: ăn uống, thuốc, có dùng thuốc chống đông, rối loạn đông máu, dị ứng gây mê. Xét nghiệm: công thức máu, đông máu, sinh hóa, chức năng thận.

- Khám lâm sàng: toàn trạng, tim mạch, hô hấp.

- Xét nghiệm: tổng phân tích tế bào máu, tiểu cầu, huyết đồ, chức năng đông máu (PT, aPTT), nhóm máu; chức năng gan thận

- Nội soi trước: sinh thiết nếu cần để đánh giá bản chất polyp.

- Hướng dẫn người bệnh nhịn ăn trước nội soi (ít nhất 6 giờ, đôi khi lâu hơn nếu nội soi yêu cầu).

- Thông báo người bệnh về thủ thuật, giải thích lợi ích, rủi ro, thu được giấy đồng thuận.

#### 4.2. Phương tiện

- Ống nội soi dạ dày ống mềm, có kênh hoạt động đủ lớn để đưa dụng cụ cắt, kéo, vật liệu cầm máu.

- Thòng lọng cắt polyp (snare), các loại kích thước phù hợp.

- Dụng cụ cầm máu: clip nội soi, thiết bị đốt điện (cautery), thậm chí APC nếu cần.

- Dụng cụ chuyên dùng cho EMR / ESD nếu thực hiện kỹ thuật nâng cao.

- Thuốc an thần / gây mê / tiền mê nếu cần.

- Các dụng cụ hỗ trợ: bơm chất rửa, hút dịch, vật liệu lấy mẫu polyp, dụng cụ rửa ống nội soi.

### 4.3. Nhân lực

- Bác sĩ nội soi.

- Bác sĩ gây mê hồi sức.

- Điều dưỡng hỗ trợ.

## 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế – vô cảm

- Thường nằm ngửa; đầu hơi nghiêng nếu cần để thuận lợi cho nội soi.

- Nếu polyp nhỏ, có cuống, bệnh nhân hợp tác tốt, có thể chỉ cần an thần nhẹ. Nếu polyp lớn, ESD hoặc polyp ở vị trí khó, sử dụng tiền mê / gây mê toàn thân tùy năng lực và chỉ đạo của bệnh viện.

- Tiến hành nội soi dạ dày

- Đưa ống nội soi mềm qua đường miệng → thực quản → dạ dày → khảo sát vị trí polyp: số lượng, kích thước, cuống hay không, chân rộng, niêm mạc xung quan.

- Làm sạch dịch trong dạ dày, hút hết khí / dịch để quan sát tốt.

- Đánh dấu, xác định chân polyp nếu cần

- Nếu polyp lớn hoặc trong EMR / ESD, có thể nhuộm bằng thuốc nhuộm (indigo carmine hoặc methylene blue) để phân biệt ranh giới niêm mạc.

- Thực hiện cắt polyp

- Có nhiều kỹ thuật tùy theo đặc điểm:

- Polyp nhỏ (< ~5 mm), có cuống: Kẹp sinh thiết / snare nhỏ cắt có nhiệt nhẹ nếu cần.

- Polyp vừa, có cuống: Thòng lọng snare qua nội soi, thắt cuống rồi cắt bằng nhiệt.

- Polyp lớn, chân rộng hoặc không cuống: EMR (cắt niêm mạc qua nội soi), hoặc ESD nếu polyp nghi ngờ tiền ung / ác tính hoặc lớn (> ~2-3 cm). Bản thân Bệnh viện 108 đã xử lý polyp gần 8 cm bằng ESD.

- Cầm máu – kiểm tra sau cắt

- Sau khi cắt, kiểm tra đáy cắt để phát hiện chảy máu: dùng clip nội soi hoặc đốt điện/hút điện để cầm máu nếu có.
- Rửa sạch vùng cắt, hút hết dịch máu.
- Lấy mẫu, đưa sinh thiết
- Polyp sau cắt gửi giải phẫu bệnh để xác định bản chất (lành tính, tiền ung thư, ác tính).
- Nếu ESD, đảm bảo diện cắt chu vi tốt để đánh giá rõ ràng.

## **6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIÊN**

### **6.1. Theo dõi**

- Theo dõi bệnh nhân sau thủ thuật ít nhất trong giờ đầu để phát hiện sớm biến chứng (chảy máu, đau, dấu hiệu thủng nếu sử dụng nhiều dụng cụ/đốt).
- Bệnh nhân được nghỉ ngơi, tránh ăn uống trong vài giờ đầu tùy theo bản chất thủ thuật và hướng dẫn bác sĩ.
- Sau khi tỉnh: khởi đầu bằng chế độ ăn mềm, nhẹ, sau chuyển sang bình thường nếu không có trở ngại.
- Theo dõi các dấu hiệu khác thường: đau bụng tăng, chướng bụng, nôn ra máu, tiêu phân đen hoặc có máu, sốt. Nếu có thì phải đến cơ sở y tế ngay.
- Thông báo lịch hẹn tái khám nội soi để kiểm tra vùng cắt, đánh giá khả năng tái phát hoặc mọc lại polyp nếu cần thiết.

### **6.2. Tại biên và xử trí**

- Chảy máu sau cắt: Cầm máu nội soi bằng clip, đốt, nếu nặng có thể truyền máu hoặc can thiệp ngoại khoa.
- Thủng dạ dày: Nếu nhỏ có thể nội soi đóng clip; nếu lớn cần phẫu thuật mở.
- Đau viêm: heo dũi, dùng thuốc giảm đau, kháng viêm, nếu nhiễm khuẩn dùng kháng sinh.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chăm sóc hỗ trợ.
- Tái phát hoặc mọc lại polyp: Tái soi, cắt lại nếu cần; kiểm tra định kỳ.

## **7. TIÊN LƯỢNG**

- Nếu cắt triệt để, tiên lượng tốt, hiếm tái phát.
- Người bệnh hồi phục nhanh, ít biến chứng, chất lượng sống cải thiện.

## **8. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Guidelines for Endoscopic Submucosal Dissection and Endoscopic Mucosal Resection for Early Gastric Cancer (2nd Edition) — Japan Gastroenterological Endoscopy Society (JGES) & Japanese Gastric Cancer Association.
- Japan Gastroenterological Endoscopy Society (JGES) Guidelines for Colorectal EMR / ESD.

## **27. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ XOẮN DẠ DÀY CÓ KÈM CẮT DẠ DÀY**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Xoắn dạ dày (gastric volvulus) là tình trạng dạ dày xoay bất thường quanh một trục (trục dọc hoặc ngang) dẫn đến nghẽn đường vào hoặc ra, dễ gây thiếu máu, hoại tử nếu không được xử lý kịp thời.

- Trong một số trường hợp, dạ dày hoại tử hoặc tổn thương không hồi phục cần cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ.

- Phẫu thuật nội soi (laparoscopic) để tháo xoắn + cắt dạ dày (partial gastrectomy hoặc total nếu cần) giúp giảm sang chấn so với mổ mở, hồi phục nhanh hơn.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Trường hợp xác định xoắn dạ dày cấp, có bằng chứng thiếu máu, hoại tử niêm mạc hoặc đe dọa hoại tử.

- Trường hợp xoắn dạ dày mạn, hồi lại nhiều lần hoặc có biến chứng (ví dụ: loét, chảy máu, rách, dính).

- Khi nội soi, X-quang, CT scan hoặc hình ảnh chẩn đoán cho thấy dạ dày không thể tự tháo xoắn, hoặc đã có tổn thương nặng cần cắt bỏ.

- Bệnh nhân đủ thể trạng để gây mê nội khí quản và chịu đựng phẫu thuật nội soi + cắt (về dinh dưỡng, hô hấp, tim mạch).

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân quá yếu, có bệnh phổi hợp nặng không thể chịu mê.

- Tình trạng viêm nhiễm ổ bụng nặng, bụng chướng nhiều, dính rất nhiều → khó nội soi hoặc rủi ro cao chuyển mổ mở.

- Rối loạn đông máu chưa điều chỉnh được.

- Các chống chỉ định chung của mổ nội soi như: phẫu thuật trước ổ bụng gây dính lớn, thoát vị thành bụng nơi port đặt khó khăn, vv

### **4. CHUẨN BỊ**

#### **4.1. Người bệnh**

- Khai thác kỹ tiền sử: khởi phát xoắn, thời gian, triệu chứng: đau bụng, nôn, ứ đọng thức ăn, chướng bụng, sốt, dấu hiệu thiếu máu.

- Khám thực thể: tình trạng mất nước, đánh giá tuần hoàn, hô hấp, chức năng tim, thận.

- Xét nghiệm: công thức máu, điện giải, chức năng gan thận, nhóm máu, đông máu.

- Chẩn đoán hình ảnh: X-quang bụng, CT-scan ổ bụng, có tiêm thuốc cản quang nếu cần để xác định loại xoắn, tình trạng máu đến dạ dày, có hoại tử hay không.

- Nội soi nếu tình trạng ổn định để đánh giá niêm mạc, mức độ tổn thương, khả năng cắt bỏ.

## 4.2. Phương tiện

- Phương tiện mổ nội soi: máy nội soi ổ bụng, bộ trocar, dụng cụ cắt/khâu, stapler nếu cắt lớn, dao siêu âm, kẹp (grasper), dụng cụ giữ/giãn dạ dày.
- Gây mê nội khí quản. Chuẩn bị hồi sức.
- Bù nước, điện giải, dinh dưỡng trước mổ nếu có mất nước/nôn nhiều.
- Kháng sinh dự phòng.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, có hình ảnh chẩn đoán, kết quả xét nghiệm.
- Giấy đồng ý phẫu thuật.

## 4.3. Nhân lực

- Bác sĩ chuyên khoa ngoại.
- Bác sĩ gây mê hồi sức.
- Điều dưỡng, dụng cụ viên hỗ trợ.

## 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 5.1. Tư thế – vô cảm

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, bàn mổ có thể đặt đầu cao hoặc chéch nếu cần thuận lợi cho quan sát và thao tác tháo xoắn.

- **Vô cảm: Gây mê nội khí quản.**

### 5.2. Đặt Trocar

Thường 3-5 trocar tùy tình trạng; một trocar đặt camera, các trocar phụ cho dụng cụ giữ, kẹp, cắt, khâu/stapler.

### 5.3. Khám ổ bụng nội soi

- Quan sát tổng quát ổ bụng, đánh giá tình trạng xoắn: xem dạ dày xoắn theo trục nào (axe dọc hay ngang), có hoại tử niêm mạc, mạch nuôi dạ dày bị ảnh hưởng không.

- Giải phóng dạ dày: tháo xoắn bằng cách dùng dụng cụ kẹp, xoay lại vị trí bình thường.

### 5.4. Đánh giá khả năng bảo tồn dạ dày

- Nếu thành dạ dày tổn thương nhẹ, hoại tử chỉ ở niêm mạc → có thể bảo tồn; chỉ làm tháo xoắn + khâu bảo vệ hoặc cắt phần nhỏ nếu cần.

- Nếu có hoại tử lan rộng qua lớp cơ hoặc có thủng → cần cắt bỏ phần hoại tử / phần dạ dày bị tổn thương (partial gastrectomy) hoặc trong trường hợp nặng, cắt toàn bộ dạ dày (total gastrectomy) nếu kỹ thuật và tình trạng bệnh nhân cho phép.

### 5.5. Cắt dạ dày

- Lựa chọn kiểu cắt: bán phần (partial) hoặc toàn bộ.
- Sử dụng stapler hoặc khâu tay nếu cần; đảm bảo cắt sát phần lành, bảo tồn mạch máu nuôi dạ dày còn lại.

### 5.6. Tạo hình lưu thông tiêu hoá

- Nếu cắt một phần dưới: nối dạ dày với ruột non (gastroduodenostomy hoặc gastrojejunostomy) tùy trường hợp.

- Nếu cắt toàn bộ: thực hiện nối giữa thực quản với ruột non (esophagojejunostomy) kèm theo Roux-en-Y nếu cần.

### **5.7. Kiểm tra cầm máu, kiểm tra rò rỉ**

- Kiểm tra kỹ các đường khâu / stapler; thử khí hoặc thử nhuộm nước để phát hiện rò rỉ nếu có.

- Rửa sạch ổ bụng; hút dịch máu hoặc dịch viêm nếu có.

### **5.8. Kết thúc mổ, đóng trocar**

- Giảm áp ổ bụng bằng cách hút hết khí CO<sub>2</sub>.

- Đóng các lỗ trocar, đặt dẫn lưu nếu cần (nếu có nguy cơ dịch, máu hoặc rò)

## **6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **6.1. Theo dõi**

- Theo dõi hồi sức: dấu hiệu sinh tồn, bù dịch, dinh dưỡng.

- Theo dõi biến chứng sớm: chảy máu, sốc, rò, nhiễm trùng, khó thở.

- Khởi đầu ăn bằng đường ruột mềm/chế độ ăn nhẹ khi chức năng tiêu hóa cho phép.

- Theo dõi phục hồi chức năng ruột, hoạt động tiêu hóa.

- Theo dõi lâu dài nếu cắt nhiều dạ dày hoặc toàn bộ: dinh dưỡng, thiếu vitamin/mineral, nếu cần bổ sung.

### **6.2. Tai biến và xử trí**

- Hoại tử, hoại tử sâu hơn: Cắt bỏ phần bị hoại tử, đảm bảo đường cắt lành mạnh.

- Rò đường nối / đường cắt: Khâu sửa lại, dẫn lưu, điều trị kháng sinh, dinh dưỡng hỗ trợ.

- Chảy máu sau mổ: Thăm khám nội soi hoặc mổ lại nếu cần.

- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chăm sóc vết mổ, hút rửa ổ bụng nếu cần.

- Rối loạn dinh dưỡng sau cắt nhiều: Theo dõi, dinh dưỡng hỗ trợ, bổ sung vitamin/mineral.

## **7. TIÊN LƯỢNG**

- Tháo xoắn thành công, hồi phục lưu thông tiêu hóa.

- Phục hồi nhanh, giảm đau, giảm thời gian nằm viện.

- Giảm nguy cơ tái xoắn hoặc biến chứng về sau

## **8. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Gastric Volvulus after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy Managed by Conversion to Roux-en-Y Gastric Bypass: A Case Report and Literature Review.

## **28. PHẪU THUẬT NỘI SOI NÓI DẠ DÀY – HỒNG TRÀNG, NÓI TÚI MẬT – HỒNG TRÀNG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật nội soi nói dạ dày – hồng tràng kết hợp nối túi mật – hồng tràng là kỹ thuật nhằm tạo đường lưu thông tạm thời giữa dạ dày, túi mật và ruột non để dẫn lưu dịch tiêu hóa, giảm ứ trệ, khi có tắc nghẽn đoạn thấp ống tiêu hóa và đường mật mà không thể can thiệp triệt để (do u đầu tụy, ung thư bóng Vater, u tá tràng không cắt được, v.v.).

Phẫu thuật được thực hiện qua nội soi ổ bụng, giúp giảm sang chấn, ít đau, phục hồi nhanh hơn so với mổ mở.

Nguyên lý:

Tạo miệng nối dạ dày – hồng tràng giúp thức ăn lưu thông xuống ruột non.

Tạo miệng nối túi mật – hồng tràng giúp dẫn lưu dịch mật.

Mục tiêu: Giảm tắc nghẽn, cải thiện dinh dưỡng, giảm ứ mật và vàng da.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư đầu tụy, u bóng Vater, u tá tràng thấp không còn chỉ định cắt triệt để.
- Tắc nghẽn đường ra của dạ dày hoặc tắc ống mật chủ do khối u không thể cắt bỏ.
- Tình trạng toàn thân còn đủ sức chịu đựng phẫu thuật nội soi.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh trong tình trạng suy kiệt nặng, sốc, suy đa cơ quan.
- Viêm phúc mạc, dính nhiều, chống chỉ định nội soi ổ bụng.
- Bệnh lý tim phổi nặng không chịu được gây mê hoặc bơm CO<sub>2</sub> ổ bụng.
- Bệnh nhân có xơ gan mất bù, rối loạn đông máu chưa kiểm soát.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Đánh giá kỹ hình ảnh trước mổ (CT, MRI, siêu âm) để xác định vị trí tắc, tình trạng túi mật, ruột, dạ dày.
- Cần thao tác nhẹ nhàng, tránh làm vỡ túi mật hoặc thủng ruột.
- Kiểm tra không để xoắn quai ruột nối.
- Cầm máu kỹ, đảm bảo miệng nối kín, không rò.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên ngoại tiêu hóa, đã được đào tạo phẫu thuật nội soi nâng cao.
- Kíp mổ gồm: bác sĩ phẫu thuật chính, phụ mổ, gây mê hồi sức, điều dưỡng dụng cụ, điều dưỡng lưu hành.

#### **5.2. Thuốc**

- Thuốc mê nội khí quản, thuốc giãn cơ.
- Kháng sinh dự phòng.
- Dịch truyền, thuốc vận mạch, thuốc giảm đau, chống nôn.

### **5.3. Vật tư**

- Chỉ khâu tiêu chậm (PDS, Vicryl).
- Gạc, ống hút, ống dẫn lưu.
- Stapler nối ruột (nếu có).

### **5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống nội soi ổ bụng (camera, nguồn sáng, màn hình).
- Dao siêu âm hoặc dao điện lưỡng cực.
- Dụng cụ cặp mô, kẹp mạch, kéo nội soi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa.

### **5.5. Người bệnh**

- Giải thích kỹ về mục tiêu phẫu thuật (mang tính chất dẫn lưu tạm thời, không triệt để).
- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước mổ, đặt sonde dạ dày, sonde tiểu.
- Làm đầy đủ xét nghiệm tiền phẫu (công thức máu, sinh hóa, đông máu, chức năng gan mật).

### **5.6. Hồ sơ bệnh án**

Ghi rõ chẩn đoán, chỉ định, kế hoạch phẫu thuật, phiếu cam đoan phẫu thuật.

### **5.7. Thời gian thực hiện**

120 – 180 phút.

### **5.8. Địa điểm thực hiện**

Phòng mổ nội soi tiêu chuẩn, có đầy đủ phương tiện hồi sức.

### **5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng bệnh nhân, đúng chẩn đoán, đúng vị trí tổn thương, đủ xét nghiệm.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH**

### **Bước 1. Gây mê – đặt nội khí quản**

- Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đầu cao nhẹ 20–30°, hai chân dạng nhẹ.
- Sát khuẩn, trải khăn vô khuẩn.

### **Bước 2. Tạo khoang mổ nội soi**

- Đặt 3–4 trocar ở vùng quanh rốn và hạ sườn phải.
- Bơm CO<sub>2</sub> áp lực 10–12 mmHg.

### **Bước 3. Khảo sát tổn thương**

- Đánh giá khối u, tình trạng gan mật, dạ dày, hồng tràng.
- Chọn quai hồng tràng thích hợp để nối.

#### **Bước 4. Tạo miệng nối dạ dày – hồng tràng**

- Chọn vị trí bờ cong lớn dạ dày, cách môn vị khoảng 4–6 cm.
- Tạo đường mở nhỏ trên dạ dày và quai hồng tràng, khâu hoặc bấm nối bên – bên.
- Khâu kín lỗ mở stapler (nếu dùng máy nối).

#### **Bước 5. Tạo miệng nối túi mật – hồng tràng**

- Mở đáy túi mật, lấy sạch dịch mật.
- Tạo đường mở nhỏ trên quai hồng tràng (cách miệng nối dạ dày – hồng tràng 10–15 cm).
- Nối bên – bên bằng chỉ tiêu chậm hoặc stapler, đảm bảo kín khít.

#### **Bước 6. Kiểm tra phẫu trường**

- Kiểm tra kín miệng nối, cầm máu kỹ.
- Rửa ổ bụng sạch, đặt ống dẫn lưu dưới gan và hố lách.

#### **Bước 7. Đóng trocar, kết thúc mổ**

- Tháo khí CO<sub>2</sub>, khâu kín lỗ trocar.

### **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

#### **7.1. Sau mổ**

- Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng bụng, lượng dịch dẫn lưu.
- Hút dạ dày liên tục 24–48 giờ đầu.
- Nuôi dưỡng tĩnh mạch, bắt đầu cho ăn sớm khi có nhu động ruột trở lại.

#### **7.2. Tai biến – biến chứng**

- Rò miệng nối: dịch mật hoặc dịch tiêu hóa qua dẫn lưu → nhịn ăn, dẫn lưu tốt, có thể cần can thiệp lại.
- Chảy máu miệng nối: theo dõi, truyền máu, nội soi cầm máu hoặc mổ lại nếu cần.
- Viêm phúc mạc, áp xe dưới gan → dẫn lưu, kháng sinh mạnh.
- Tắc quai nối → đánh giá bằng X-quang hoặc CT, xử trí tùy nguyên nhân.

#### **7.3. Biến chứng muộn**

- Viêm loét miệng nối.
- Hẹp miệng nối → có thể nong hoặc mổ lại.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2023). Quyết định 3023/QĐ-BYT – Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh.

2. Nguyễn Tiến Quyết (2018). *Phẫu thuật tiêu hóa nâng cao*. Nhà xuất bản Y học.
3. Way LW, Doherty GM. *Current Surgical Diagnosis & Treatment*. 15th Edition, McGraw-Hill, 2020.
4. Gagner M, et al. (2002). *Laparoscopic biliary and gastric bypass procedures*. *Surg Endosc*, 16(3): 435–444.
5. Trần Văn Hùng (2021). *Ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc đường ra dạ dày – đường mật do u đầu tụy*. Tạp chí Y học Việt Nam.

## **29. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U BUỒNG TRỨNG 2 BÊN BẰNG MICROWARE**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật nội soi đốt u buồng trứng 2 bên bằng Microwave nhằm mục đích:
- Loại bỏ khối u buồng trứng hai bên bằng năng lượng sóng vi ba (Microwave Ablation).
- Bảo tồn tối đa nhu mô buồng trứng lành.
- Giảm thiểu nguy cơ tái phát, biến chứng và bảo tồn khả năng sinh sản.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- U buồng trứng hai bên, kích thước  $\leq 5$  cm, nghi ngờ u lành tính.
- Bệnh nhân trẻ, còn nhu cầu sinh sản.
- U buồng trứng tái phát sau điều trị nội khoa.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Nghi ngờ ác tính hoặc marker ung thư buồng trứng tăng cao.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Nhiễm trùng tiểu khung hoặc toàn thân.
- U quá lớn ( $>5$  cm) hoặc dính nhiều, không thuận lợi cho nội soi.

### **4. CHUẨN BỊ**

- Người thực hiện: Bác sĩ sản phụ khoa có chứng chỉ nội soi nâng cao, đào tạo MWA.
- Phương tiện: Hệ thống nội soi ổ bụng, bộ trocar, máy MWA, dụng cụ hút rửa.
- Người bệnh: Giải thích, ký cam kết, làm xét nghiệm, gây mê nội khí quản.

### **5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Tư thế sản khoa (Lithotomy).
- Đặt 3–4 trocar.
- Khảo sát ổ bụng và tiểu khung.
- Xác định u buồng trứng hai bên.
- Đặt đầu dò MWA vào trung tâm khối u.
- Đốt u (40–60W, 2–5 phút).
- Quan sát thay đổi màu sắc, co rút.
- Kiểm tra cầm máu, hút dịch, rút dụng cụ, đóng trocar.

### **6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, dịch âm đạo.
- Chảy máu: đốt/khâu cầm máu.

- Nhiễm trùng: kháng sinh, dẫn lưu.
- Tồn thương tạng lân cận: xử trí phẫu thuật.
- Tái khám, siêu âm sau 1–3 tháng.

## **7. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

- Hoại tử lan rộng buồng trứng → phẫu thuật lại.
- Dính tiểu khung → điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật bóc tách dính.
- Suy buồng trứng sớm → hỗ trợ sinh sản.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y tế (2023), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh*, QĐ 3023/QĐ-BYT.

- Bộ Y tế (2022), *Danh mục kỹ thuật chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh thuộc chuyên khoa Phụ sản*, ban hành kèm theo Quyết định số 4214/QĐ-BYT ngày 26/9/2022.

- Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2021), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng*.

- Bệnh viện K Trung ương (2022), *Hướng dẫn kỹ thuật đốt vi sóng (Microwave Ablation) trong điều trị khối u vùng chậu và ổ bụng*

**PHỤ LỤC: DANH MỤC CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

*(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong cuộc mổ)*

<b>TT</b>	<b>Danh mục chuẩn bị</b>	<b>Đơn vị</b>	<b>Số lượng</b>
<b>1</b>	<b>Lao động trực tiếp</b>	<b>Người</b>	<b>06</b>
1.1	Phẫu thuật viên chính	Người	01
1.2	Phẫu thuật viên phụ	Người	01
1.3	Bác sĩ gây mê hồi sức	Người	01
1.4	Phụ mê	Người	01
1.5	Phụ dụng cụ	Người	01
1.6	Giúp việc vòng ngoài	Người	01
<b>2</b>	<b>Thuốc</b>		
<b>3</b>	<b>Vật tư</b>		
3.1	Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi	Bộ	01
3.2	Dụng cụ mở bụng (sẵn sàng)	Bộ	01
3.3	Dụng cụ hút rửa ổ bụng	Bộ	01
3.4	Chỉ khâu tan 2/0	Sợi	1
3.5	Dao điện lưỡng cực	Bộ	1
3.6	Đầu dò MWA dùng 1 lần	Cái	1
3.7	Găng tay phẫu thuật	Đôi	06
3.8	Bộ đồ vải phẫu thuật	Bộ	01
<b>4</b>	<b>Trang Thiết bị</b>		
4.1	Hệ thống nội soi ổ bụng	Bộ	01
4.2	Thiết bị mở bụng (sẵn sàng)	Bộ	01
4.3	Máy Microwave Ablation và đầu dò chuyên dụng	Bộ	01

### **30. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U BUỒNG TRỨNG PHẢI BẰNG MICROWARE**

#### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật nội soi đốt u buồng trứng phải bằng Microwave nhằm mục đích:
- Loại bỏ khối u buồng trứng phải bằng năng lượng sóng vi ba (Microwave Ablation).
- Bảo tồn tối đa nhu mô buồng trứng lành.
- Giảm thiểu nguy cơ tái phát, biến chứng và bảo tồn khả năng sinh sản.

#### **2. CHỈ ĐỊNH**

- U buồng trứng phải, kích thước  $\leq 5$  cm, nghi ngờ u lành tính.
- Bệnh nhân trẻ, còn nhu cầu sinh sản.
- U buồng trứng tái phát sau điều trị nội khoa.

#### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Nghi ngờ ác tính hoặc marker ung thư buồng trứng tăng cao.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Nhiễm trùng tiểu khung hoặc toàn thân.
- U quá lớn ( $>5$  cm) hoặc dính nhiều, không thuận lợi cho nội soi.

#### **4. CHUẨN BỊ**

- Người thực hiện: Bác sĩ sản phụ khoa có chứng chỉ nội soi nâng cao, đào tạo MWA.
- Phương tiện: Hệ thống nội soi ổ bụng, bộ trocar, máy MWA, dụng cụ hút rửa.
- Người bệnh: Giải thích, ký cam kết, làm xét nghiệm, gây mê nội khí quản.

#### **5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Tư thế sản khoa (Lithotomy).
- Đặt 3–4 trocar.
- Khảo sát ổ bụng và tiểu khung.
- Xác định u buồng trứng phải.
- Đặt đầu dò MWA vào trung tâm khối u.
- Đốt u (40–60W, 2–5 phút).
- Quan sát thay đổi màu sắc, co rút.
- Kiểm tra cầm máu, hút dịch, rút dụng cụ, đóng trocar.

#### **6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, dịch âm đạo.

- Chảy máu: đốt/khâu cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh, dẫn lưu.
- Tổn thương tạng lân cận: xử trí phẫu thuật.
- Tái khám, siêu âm sau 1–3 tháng.

## **7. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

- Hoại tử lan rộng buồng trứng → phẫu thuật lại.
- Dính tiểu khung → điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật bóc tách dính.
- Suy buồng trứng sớm → hỗ trợ sinh sản.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y tế (2023), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh*, QĐ 3023/QĐ-BYT.

- Bộ Y tế (2022), *Danh mục kỹ thuật chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh thuộc chuyên khoa Phụ sản*, ban hành kèm theo Quyết định số 4214/QĐ-BYT ngày 26/9/2022.

- Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2021), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng*.

- Bệnh viện K Trung ương (2022), *Hướng dẫn kỹ thuật đốt vi sóng (Microwave Ablation) trong điều trị khối u vùng chậu và ổ bụng*

**PHỤ LỤC: DANH MỤC CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong cuộc mổ)

<b>TT</b>	<b>Danh mục chuẩn bị</b>	<b>Đơn vị</b>	<b>Số lượng</b>
<b>1</b>	<b>Lao động trực tiếp</b>	<b>Người</b>	<b>06</b>
1.1	Phẫu thuật viên chính	Người	01
1.2	Phẫu thuật viên phụ	Người	01
1.3	Bác sĩ gây mê hồi sức	Người	01
1.4	Phụ mê	Người	01
1.5	Phụ dụng cụ	Người	01
1.6	Giúp việc vòng ngoài	Người	01
<b>2</b>	<b>Thuốc</b>		
<b>3</b>	<b>Vật tư</b>		
3.1	Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi	Bộ	01
3.2	Dụng cụ mở bụng (sẵn sàng)	Bộ	01
3.3	Dụng cụ hút rửa ổ bụng	Bộ	01
3.4	Chỉ khâu tan 2/0	Sợi	1
3.5	Dao điện lưỡng cực	Bộ	1
3.6	Đầu dò MWA dùng 1 lần	Cái	1
3.7	Găng tay phẫu thuật	Đôi	06
3.8	Bộ đồ vải phẫu thuật	Bộ	01
<b>4</b>	<b>Trang Thiết bị</b>		
4.1	Hệ thống nội soi ổ bụng	Bộ	01
4.2	Thiết bị mở bụng (sẵn sàng)	Bộ	01
4.3	Máy Microwave Ablation và đầu dò chuyên dụng	Bộ	01

## 31. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U BUỒNG TRỨNG TRÁI BẰNG MICROWARE

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi đốt u buồng trứng trái bằng Microwave nhằm mục đích:

- Loại bỏ khối u buồng trứng trái bằng năng lượng sóng vi ba (Microwave Ablation).
- Bảo tồn tối đa nhu mô buồng trứng lành.
- Giảm thiểu nguy cơ tái phát, biến chứng và bảo tồn khả năng sinh sản.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- U buồng trứng trái, kích thước  $\leq 5$  cm, nghi ngờ u lành tính.
- Bệnh nhân trẻ, còn nhu cầu sinh sản.
- U buồng trứng tái phát sau điều trị nội khoa.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ ác tính hoặc marker ung thư buồng trứng tăng cao.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Nhiễm trùng tiểu khung hoặc toàn thân.
- U quá lớn ( $>5$  cm) hoặc dính nhiều, không thuận lợi cho nội soi.

### 4. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện: Bác sĩ sản phụ khoa có chứng chỉ nội soi nâng cao, đào tạo MWA.
- Phương tiện: Hệ thống nội soi ổ bụng, bộ trocar, máy MWA, dụng cụ hút rửa.
- Người bệnh: Giải thích, ký cam kết, làm xét nghiệm, gây mê nội khí quản.

### 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế sản khoa (Lithotomy).
- Đặt 3–4 trocar.
- Khảo sát ổ bụng và tiểu khung.
- Xác định u buồng trứng trái.
- Đặt đầu dò MWA vào trung tâm khối u.
- Đốt u (40–60W, 2–5 phút).
- Quan sát thay đổi màu sắc, co rút.
- Kiểm tra cầm máu, hút dịch, rút dụng cụ, đóng trocar.

### 6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, dịch âm đạo.
- Chảy máu: đốt/khâu cầm máu.

- Nhiễm trùng: kháng sinh, dẫn lưu.
- Tổn thương tạng lân cận: xử trí phẫu thuật.
- Tái khám, siêu âm sau 1–3 tháng.

## **7. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

- Hoại tử lan rộng buồng trứng → phẫu thuật lại.
- Dính tiêu khung → điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật bóc tách dính.
- Suy buồng trứng sớm → hỗ trợ sinh sản.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y tế (2023), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh*, QĐ 3023/QĐ-BYT.

- Bộ Y tế (2022), *Danh mục kỹ thuật chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh thuộc chuyên khoa Phụ sản*, ban hành kèm theo Quyết định số 4214/QĐ-BYT ngày 26/9/2022.

- Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2021), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng*.

- Bệnh viện K Trung ương (2022), *Hướng dẫn kỹ thuật đốt vi sóng (Microwave Ablation) trong điều trị khối u vùng chậu và ổ bụng*

**PHỤ LỤC: DANH MỤC CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong cuộc mổ)

<b>TT</b>	<b>Danh mục chuẩn bị</b>	<b>Đơn vị</b>	<b>Số lượng</b>
<b>1</b>	<b>Lao động trực tiếp</b>	<b>Người</b>	<b>06</b>
1.1	Phẫu thuật viên chính	Người	01
1.2	Phẫu thuật viên phụ	Người	01
1.3	Bác sĩ gây mê hồi sức	Người	01
1.4	Phụ mê	Người	01
1.5	Phụ dụng cụ	Người	01
1.6	Giúp việc vòng ngoài	Người	01
<b>2</b>	<b>Thuốc</b>		
<b>3</b>	<b>Vật tư</b>		
3.1	Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi	Bộ	01
3.2	Dụng cụ mở bụng (sẵn sàng)	Bộ	01
3.3	Dụng cụ hút rửa ổ bụng	Bộ	01
3.4	Chỉ khâu tan 2/0	Sợi	1
3.5	Dao điện lưỡng cực	Bộ	1
3.6	Đầu dò MWA dùng 1 lần	Cái	1
3.7	Găng tay phẫu thuật	Đôi	06
3.8	Bộ đồ vải phẫu thuật	Bộ	01
<b>4</b>	<b>Trang Thiết bị</b>		
4.1	Hệ thống nội soi ổ bụng	Bộ	01
4.2	Thiết bị mở bụng (sẵn sàng)	Bộ	01
4.3	Máy Microwave Ablation và đầu dò chuyên dụng	Bộ	01

## 32. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U TUYẾN GIÁP BẰNG MICROWAVE

### 1. ĐẠI CƯƠNG

**1.1. Định nghĩa:** Phẫu thuật nội soi đốt u vú bằng sóng vi ba (Microwave Ablation - MWA) là phương pháp sử dụng năng lượng vi sóng để tạo nhiệt, gây hoại tử tế bào tại vùng khối u vú. Phương pháp được áp dụng trong điều trị các tổn thương lành tính hoặc ác tính khu trú của tuyến vú, nhằm tiêu diệt khối u mà vẫn bảo tồn hình dạng và cấu trúc mô vú xung quanh. Ưu điểm của MWA là xâm lấn tối thiểu, ít đau, thời gian hồi phục nhanh, có thể thực hiện ngoại trú trong một số trường hợp.

**1.2. Nguyên lý:** Năng lượng sóng vi ba (microwave) được phát ra từ đầu kim đốt tạo dao động phân tử nước, sinh nhiệt nội sinh, dẫn tới hoại tử mô khối u.

### 1.3. Mục đích:

- Loại bỏ hoặc làm hoại tử hoàn toàn khối u.
- Giảm thiểu xâm lấn, bảo tồn tối đa mô lành.
- Rút ngắn thời gian nằm viện, giảm biến chứng sau phẫu thuật.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- U vú lành tính (như u xơ tuyến vú, nang tuyến vú...) có chỉ định điều trị xâm lấn tối thiểu.
- Ung thư vú giai đoạn sớm, kích thước nhỏ, khu trú, không di căn xa.
- Bệnh nhân có chống chỉ định với phẫu thuật cắt bỏ u mở truyền thống.
- Bệnh nhân có nhu cầu thẩm mỹ, muốn hạn chế sẹo.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U kích thước lớn > 3–4 cm hoặc lan rộng đa ổ.
- Khối u xâm lấn da, cơ ngực, hoặc có di căn hạch nách xa.
- Rối loạn đông máu, nhiễm trùng vùng vú.
- Phụ nữ đang mang thai hoặc cho con bú.

### 4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chính xác vị trí và giới hạn khối u qua siêu âm, MRI.
- Cần thận khi khối u gần da (<1 cm) hoặc gần cấu trúc mạch máu lớn.
- Cần phối hợp bác sĩ chẩn đoán hình ảnh trong quá trình định vị.

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện

##### a) Nhân lực trực tiếp:

- Bác sĩ phẫu thuật ngoại khoa hoặc bác sĩ ung bướu có kinh nghiệm về kỹ thuật MWA.

- Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh hỗ trợ định vị và kiểm tra hiệu quả đốt.
- Điều dưỡng phòng mổ.

#### **b) Nhân lực hỗ trợ:**

- Kỹ thuật viên gây mê hồi sức (nếu cần).
- Kỹ thuật viên dụng cụ.

#### **5.2. Thuốc**

- Thuốc gây tê (Lidocain 1–2%).
- Thuốc kháng sinh dự phòng (Cefazolin 1g).
- Thuốc giảm đau, an thần nhẹ (Midazolam, Paracetamol...).
- Dịch truyền NaCl 0,9%.

#### **5.3. Vật tư**

- Kim đốt Microwave chuyên dụng.
- Bộ dẫn lưu nhỏ (nếu có chỉ định).
- Bơm tiêm, gạc vô khuẩn, băng ép.

#### **5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống đốt Microwave (bộ phát, dây dẫn, kim đốt).
- Máy siêu âm định vị có đầu dò tuyến vú.
- Monitor theo dõi sinh hiệu.
- Dụng cụ tiểu phẫu cơ bản.

#### **5.5. Người bệnh**

- Giải thích rõ quy trình, mục đích, nguy cơ, biến chứng.
- Ký cam kết đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị vùng mổ: sát khuẩn, cạo lông, vệ sinh vùng vú.

#### **5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Ghi rõ chẩn đoán, chỉ định, quy trình thực hiện.
- Phiếu cam kết, phiếu gây tê, phiếu theo dõi.

#### **5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật**

- Trung bình ½ giờ đến 1 giờ.

#### **5.8. Địa điểm thực hiện**

- Phòng mổ tiểu phẫu hoặc phòng can thiệp vô khuẩn đạt chuẩn.

#### **5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên, đúng bên vú cần can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c) Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, tay cùng bên đưa lên trên đầu, bộc lộ rõ vùng vú tổn thương.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- **Bước 1.** Định vị khối u bằng siêu âm, xác định vị trí, kích thước, khoảng cách tới da và cơ ngực.
- **Bước 2.** Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 1–2%.
- **Bước 3.** Đưa kim đốt Microwave vào trung tâm khối u dưới hướng dẫn siêu âm.
- **Bước 4.** Cài đặt công suất và thời gian đốt phù hợp (thường 30–60W, 3–10 phút tùy kích thước u).
- **Bước 5.** Tiến hành đốt khối u đến khi vùng đốt hiển thị trên siêu âm đạt đường viền hoại tử toàn bộ u và lan rộng 5–10mm quanh u.
- **Bước 6.** Kiểm tra lại toàn bộ vùng đốt bằng siêu âm sau can thiệp.
- **Bước 7.** Rút kim, cầm máu, băng ép nhẹ vùng mổ.
- **Bước 8.** Đánh giá tình trạng người bệnh sau thủ thuật, theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Ghi chép hồ sơ bệnh án, bàn giao người bệnh cho khu theo dõi hậu phẫu.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu tại chỗ: xử trí bằng ép, đốt cầm máu hoặc khâu nếu cần.
- Đau, bỏng da do nhiệt: ngừng đốt, làm mát tại chỗ, xử lý bỏng theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu hoặc dịch tại vị trí đốt: theo dõi, chọc hút nếu cần.
- Nhiễm trùng tại chỗ: dùng kháng sinh, thay băng vô khuẩn.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Hoại tử mô lan rộng, biến dạng vú: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật chỉnh hình nếu cần.
- Tái phát khối u: đánh giá lại bằng siêu âm hoặc MRI, cân nhắc can thiệp bổ sung.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2023), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh*, QĐ 3023/QĐ-BYT.
- Sổ tay Hướng dẫn kỹ thuật vi sóng trong điều trị u vú, Bệnh viện K, 2022.
- Liang P. et al., *Microwave Ablation of Breast Tumors: Efficacy and Safety*, Radiology, 2019.

**PHỤ LỤC****Danh mục chuẩn bị để thực hiện kỹ thuật phẫu thuật nội soi đốt u vú bằng microwave**

<b>TT</b>	<b>Danh mục chuẩn bị</b>	<b>Đơn vị</b>	<b>Số lượng</b>
1	Lao động trực tiếp		
1.1	Bác sĩ phẫu thuật	Người	1
1.2	Bác sĩ CDHA hỗ trợ	Người	1
1.3	Điều dưỡng dụng cụ	Người	1
2	Thuốc		
2.1	Lidocain 2%	Ống	2
2.2	Cefazolin 1g	Lọ	1
2.3	Dịch truyền NaCl 0,9%	Chai	1
3	Vật tư		
3.1	Kim đốt Microwave	Cái	1
3.2	Bơm tiêm 10ml, 20ml	Cái	2
3.3	Gạc, băng ép	Gói	2
4	Trang thiết bị		
4.1	Máy đốt Microwave	Bộ	1
4.2	Máy siêu âm định vị	Bộ	1
4.3	Monitor theo dõi sinh hiệu	Bộ	1

### 33. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U VÚ HAI BÊN BẰNG MICROWAVE

#### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Đốt u vú bằng sóng viba microwave (Microwave Ablation) là phương pháp điều trị ít xâm lấn, sử dụng năng lượng sóng vi ba để tạo nhiệt, gây hoại tử đông tại khối u.

- Kỹ thuật nội soi hỗ trợ quan sát trực tiếp và chính xác vị trí khối u, hạn chế biến chứng, tăng tính thẩm mỹ, bảo tồn tối đa mô lành.

- Áp dụng chủ yếu cho các khối u vú lành tính (u xơ tuyến vú, nang tuyến vú), có thể thực hiện đồng thời hai bên.

#### 2. CHỈ ĐỊNH

- U vú lành tính (u xơ tuyến vú, u tuyến sợi) đã xác định bằng chọc hút tế bào/sinh thiết lõi.

- Kích thước khối u thường < 4–5 cm.

- U gây đau, chèn ép, mất thẩm mỹ hoặc ảnh hưởng tâm lý.

- Người bệnh không muốn hoặc không phù hợp với phẫu thuật mở.

- Có thể thực hiện đồng thời khi người bệnh có u hai bên.

#### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hoặc xác định ác tính tuyến vú.

- U kích thước quá lớn > 5 cm hoặc nhiều nhân lan tỏa không xác định rõ ranh giới.

- Rối loạn đông máu nặng, chưa được kiểm soát.

- Phụ nữ mang thai hoặc cho con bú (cần cân nhắc).

- Bệnh lý toàn thân nặng chưa được điều trị ổn định.

#### 4. CHUẨN BỊ

##### 4.1. Người bệnh

- Khám lâm sàng, siêu âm vú, MRI nếu cần.

- Sinh thiết (FNA hoặc core biopsy) loại trừ ác tính.

- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, đông máu, sinh hóa, chức năng tim phổi.

- Giải thích phẫu thuật, tư vấn khả năng đốt bỏ sung nếu u nhiều/ lớn.

- Ký cam kết phẫu thuật.

##### 4.2. Phương tiện

- Hệ thống nội soi (camera, nguồn sáng, monitor).

- Bộ trocar nội soi 5–10 mm.

- Máy phát sóng Microwave và kim điện cực chuyên dụng cho mô vú.

- Bộ phẫu thuật nội soi cơ bản.

- Máy gây mê – hồi sức.

### **4.3. Nhân lực**

- Phẫu thuật viên ngoại khoa – phẫu thuật vú, phụ mổ.
- Bác sĩ gây mê hồi sức.
- Điều dưỡng, kỹ thuật viên dụng cụ.

## **5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **5.1. Gây mê – tư thế**

- Gây mê nội khí quản hoặc gây mê tĩnh mạch toàn thân.
- Người bệnh nằm ngửa, hai tay dạng 90°.

### **5.2. Tạo khoang mổ – đặt trocar**

- Rạch da nhỏ tại nách hoặc đường rạch thẩm mỹ (quầng vú, nếp dưới vú).
- Bơm khí CO<sub>2</sub> hoặc dung dịch NaCl sinh lý để tách khoang (tùy kỹ thuật).
- Đặt 2–3 trocar: 1 trocar camera (10 mm) và 1–2 trocar thao tác (5 mm).

### **5.3. Bộc lộ khối u**

- Nội soi phẫu tích tách mô tuyến, bộc lộ rõ ranh giới u.
- Đảm bảo quan sát tốt để bảo tồn ống tuyến và mạch máu chính.

### **5.4. Đốt Microwave**

- Đưa kim Microwave qua trocar hoặc xuyên qua da vào trung tâm khối u.
- Cài đặt công suất và thời gian phù hợp, tùy kích thước khối u.
- Thực hiện kỹ thuật “moving shot”: di chuyển kim để đốt toàn bộ khối u.
- Quan sát sự thay đổi màu sắc mô (hoại tử đông trắng).
- Kiểm soát khoảng cách an toàn với da, núm vú và thành ngực.

### **5.5. Kết thúc**

- Kiểm tra diện đốt, cầm máu bằng dao điện hoặc dao hàn mô nếu cần.
- Hút dịch, tháo trocar, đóng vết mổ thẩm mỹ.
- Có thể đặt dẫn lưu nếu diện đốt rộng.

## **6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **6.1. Theo dõi**

- Sinh hiệu, tình trạng đau, sưng nề, tụ máu.
- Kiểm tra vết mổ, dịch dẫn lưu.
- Hình ảnh siêu âm kiểm tra vùng đốt sau 1–3 tháng.

### **6.2. Tai biến và xử trí**

- **Chảy máu, tụ máu:** dẫn lưu, mở lại nếu cần.
- **Bỏng nhiệt da:** dự phòng bằng bơm dung dịch cách ly và kiểm soát công suất.

- **Nhiễm trùng vết mổ:** kháng sinh, dẫn lưu.
- **U còn sót hoặc tái phát:** có thể đốt bỏ sung.

## **7. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2014). *Danh mục quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại khoa – Ung bướu.*
2. Yue W, Wang S, Yu S, et al. Microwave ablation for benign breast nodules: clinical efficacy and safety. *Breast Cancer Res Treat.* 2012.
3. Zhao Z, et al. Ultrasound-guided microwave ablation for benign breast lesions: A prospective study. *BMC Cancer.* 2019.
4. Dou J, et al. Comparison of microwave ablation and surgical excision for benign breast tumors: a multicenter study. *Ann Surg Oncol.* 2020.

## PHỤ LỤC DANH MỤC

## 1. Phương tiện, dụng cụ

TT	Tên dụng cụ, thiết bị	Quy cách / Ghi chú
1	Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi vú	Đầy đủ ống soi, trocar, kìm sinh thiết, kéo, kẹp cầm máu...
2	Hệ thống camera nội soi, nguồn sáng lạnh	Độ phân giải $\geq$ Full HD
3	Màn hình hiển thị	Tối thiểu 24 inch
4	Máy bơm CO <sub>2</sub> và dây dẫn	Điều chỉnh áp lực ổn định 8–12 mmHg
5	Hệ thống microwave ablation	Công suất 10–100 W, có đầu dò phù hợp tổn thương tuyến vú
6	Đầu dò vi sóng (Microwave probe)	Loại dùng cho mô mềm, chiều dài 10–15 cm
7	Thiết bị theo dõi sinh hiệu (monitor)	Theo dõi mạch, HA, SpO <sub>2</sub> , ECG
8	Bộ dụng cụ hút dịch, hút khói nội soi	Có bộ lọc khói
9	Bơm tiêm điện, dây truyền dịch	Chuẩn y tế
10	Khay, bát, panh, kéo, gạc vô khuẩn các loại	Đầy đủ theo ca phẫu thuật

## 2. Vật tư tiêu hao

TT	Tên vật tư	Ghi chú
1	Trocar các cỡ (5 mm, 10 mm)	Dùng 2–3 trocar tùy trường hợp
2	Gạc vô khuẩn, bông thấm, băng dính y tế	Đầy đủ
3	Kim chỉ khâu tự tiêu, không tiêu	Tùy vị trí khâu đóng cân – da
4	Ống dẫn lưu mềm (nếu cần)	Loại nhỏ, có van chống trào
5	Dung dịch NaCl 0,9%, Lidocain 1%, Betadine	Dùng sát khuẩn, rửa, gây tê
6	Thuốc mê, thuốc giảm đau, kháng sinh	Theo y lệnh gây mê – hồi sức
7	Găng, áo, khẩu trang, mũ, drap phẫu thuật vô khuẩn	

## 34. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U VÚ PHẢI BẰNG MICROWAVE

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Đốt u vú bằng sóng viba microwave (Microwave Ablation – MWA) là kỹ thuật ít xâm lấn, sử dụng năng lượng viba để tạo nhiệt, gây hoại tử đông tại khối u.

- Phẫu thuật nội soi hỗ trợ quan sát trực tiếp, định vị chính xác khối u, giúp tăng tính an toàn và thẩm mỹ, đồng thời bảo tồn mô lành.

- Áp dụng cho các khối u vú lành tính (u tuyến xơ, u tuyến sợi), gây ảnh hưởng thẩm mỹ hoặc triệu chứng lâm sàng.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- U vú lành tính (đã xác định bằng FNA hoặc sinh thiết lõi).

- U kích thước < 4–5 cm.

- U gây đau, căng tức, biến dạng hoặc mất thẩm mỹ.

- Người bệnh không muốn hoặc không phù hợp với phẫu thuật mở.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hoặc xác định ác tính tuyến vú.

- U kích thước quá lớn > 5 cm, hoặc nhiều nhân lan tỏa khó xác định ranh giới.

- Rối loạn đông máu chưa được kiểm soát.

- Phụ nữ đang mang thai hoặc cho con bú (cân nhắc kỹ).

- Bệnh lý nội khoa nặng không thể chịu được gây mê.

### 4. CHUẨN BỊ

#### 4.1. Người bệnh

- Khám lâm sàng, siêu âm tuyến vú, nhũ ảnh hoặc MRI nếu cần.

- Sinh thiết loại trừ ác tính.

- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, đông máu, sinh hóa, chức năng tim phổi.

- Giải thích kỹ phẫu thuật, tư vấn nguy cơ, biến chứng.

- Ký cam kết phẫu thuật.

#### 4.2. Phương tiện

- Hệ thống nội soi (camera, nguồn sáng, monitor).

- Trocar nội soi 5–10 mm.

- Máy phát sóng Microwave và kim điện cực chuyên dụng cho mô vú.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi cơ bản.

- Máy gây mê – hồi sức.

### 4.3. Nhân lực

- Phẫu thuật viên ngoại khoa tuyến vú được đào tạo kỹ thuật MWA, phụ mổ.
- Bác sĩ gây mê hồi sức.
- Điều dưỡng, dụng cụ viên.

## 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 5.1. Gây mê – tư thế

- Gây mê toàn thân (nội khí quản hoặc mê tĩnh mạch).
- Người bệnh nằm ngửa, tay phải dạng 90° để bộc lộ vú phải.

### 5.2. Tạo khoang mổ – đặt trocar

- Rạch da nhỏ ở hố nách phải hoặc đường mổ thẩm mỹ (quầng vú, nếp dưới vú).
- Tạo khoang mổ bằng CO<sub>2</sub> hoặc dung dịch NaCl sinh lý.
- Đặt 2–3 trocar: 1 trocar camera (10 mm) và 1–2 trocar thao tác (5 mm).

### 5.3. Bộc lộ khối u

- Phẫu tích, tách mô tuyến, bộc lộ rõ ranh giới khối u vú phải.
- Xác định vị trí u bằng nội soi kết hợp siêu âm trong mổ (nếu có).

### 5.4. Đốt Microwave

- Đưa kim điện cực Microwave vào trung tâm khối u vú phải qua trocar hoặc xuyên da.

- Thiết lập công suất và thời gian phù hợp, tùy kích thước khối u.
- Di chuyển kim để đốt toàn bộ khối u.
- Quan sát hiện tượng hoại tử đông (tổ chức chuyển màu trắng xám).
- Giữ khoảng cách an toàn với da, núm vú và thành ngực.

### 5.5. Kết thúc

- Kiểm tra diện đốt, cầm máu bằng dao điện/dao hàn mô.
- Hút dịch, tháo trocar, đóng vết mổ thẩm mỹ.
- Đặt dẫn lưu nếu diện đốt rộng hoặc nguy cơ chảy máu.

## 6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 6.1. Theo dõi

- Sinh hiệu, đau, sưng nề vùng vú phải.
- Vết mổ, tình trạng dịch dẫn lưu.
- Siêu âm tuyến vú sau mổ và theo dõi giảm kích thước u theo thời gian.

### 6.2. Tai biến – xử trí

- **Chảy máu, tụ máu:** dẫn lưu, mở lại nếu cần.
- **Bỏng nhiệt da:** bơm dung dịch cách ly, giảm công suất.

- **Nhiễm trùng vết mổ:** kháng sinh, chăm sóc vết thương.
- **U sót, tái phát:** có thể tiến hành đốt bổ sung.

## **7. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2014). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại khoa – Ung bướu.*
2. Yue W, Wang S, Yu S, et al. Microwave ablation for benign breast nodules: safety and efficacy. *Breast Cancer Res Treat.* 2012.
3. Zhao Z, et al. Ultrasound-guided microwave ablation for benign breast lesions: a prospective study. *BMC Cancer.* 2019.
4. Dou J, et al. Comparison of microwave ablation and surgical excision for benign breast tumors: multicenter study. *Ann Surg Oncol.* 2020.

## 35. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U VÚ TRÁI BẰNG MICROWAVE

### 1. ĐẠI CƯƠNG

#### 1.1. Định nghĩa:

Phẫu thuật nội soi đốt u vú bằng sóng vi ba (Microwave Ablation - MWA) là phương pháp sử dụng năng lượng vi sóng để tạo nhiệt, gây hoại tử tế bào tại vùng khối u vú. Phương pháp được áp dụng trong điều trị các tổn thương lành tính hoặc ác tính khu trú của tuyến vú, nhằm tiêu diệt khối u mà vẫn bảo tồn hình dạng và cấu trúc mô vú xung quanh. Ưu điểm của MWA là xâm lấn tối thiểu, ít đau, thời gian hồi phục nhanh, có thể thực hiện ngoại trú trong một số trường hợp.

#### 1.2. Nguyên lý:

Năng lượng sóng vi ba (microwave) được phát ra từ đầu kim đốt tạo dao động phân tử nước, sinh nhiệt nội sinh, dẫn tới hoại tử mô khối u.

#### 1.3. Mục đích:

- Loại bỏ hoặc làm hoại tử hoàn toàn khối u.
- Giảm thiểu xâm lấn, bảo tồn tối đa mô lành.
- Rút ngắn thời gian nằm viện, giảm biến chứng sau phẫu thuật.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- U vú lành tính (như u xơ tuyến vú, nang tuyến vú...) có chỉ định điều trị xâm lấn tối thiểu.
- Ung thư vú giai đoạn sớm, kích thước nhỏ, khu trú, không di căn xa.
- Bệnh nhân có chống chỉ định với phẫu thuật cắt bỏ u mở truyền thống.
- Bệnh nhân có nhu cầu thẩm mỹ, muốn hạn chế sẹo.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U kích thước lớn > 3–4 cm hoặc lan rộng đa ổ.
- Khối u xâm lấn da, cơ ngực, hoặc có di căn hạch nách xa.
- Rối loạn đông máu, nhiễm trùng vùng vú.
- Phụ nữ đang mang thai hoặc cho con bú.

### 4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chính xác vị trí và giới hạn khối u qua siêu âm, MRI.
- Cẩn thận khi khối u gần da (<1 cm) hoặc gần cấu trúc mạch máu lớn.
- Cần phối hợp bác sĩ chẩn đoán hình ảnh trong quá trình định vị.

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện

##### a) Nhân lực trực tiếp:

- Bác sĩ phẫu thuật ngoại khoa hoặc bác sĩ ung bướu có kinh nghiệm về kỹ thuật MWA.

- Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh hỗ trợ định vị và kiểm tra hiệu quả đốt.

- Điều dưỡng phòng mổ.

**b) Nhân lực hỗ trợ:**

- Kỹ thuật viên gây mê hồi sức (nếu cần).

- Kỹ thuật viên dụng cụ.

**5.2. Thuốc**

- Thuốc gây tê (Lidocain 1–2%).

- Thuốc kháng sinh dự phòng (Cefazolin 1g).

- Thuốc giảm đau, an thần nhẹ (Midazolam, Paracetamol...).

- Dịch truyền NaCl 0,9%.

**5.3. Vật tư**

- Kim đốt Microwave chuyên dụng.

- Bộ dẫn lưu nhỏ (nếu có chỉ định).

- Bơm tiêm, gạc vô khuẩn, băng ép.

**5.4. Trang thiết bị**

- Hệ thống đốt Microwave (bộ phát, dây dẫn, kim đốt).

- Máy siêu âm định vị có đầu dò tuyến vú.

- Monitor theo dõi sinh hiệu.

- Dụng cụ tiểu phẫu cơ bản.

**5.5. Người bệnh**

- Giải thích rõ quy trình, mục đích, nguy cơ, biến chứng.

- Ký cam kết đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Chuẩn bị vùng mổ: sát khuẩn, cạo lông, vệ sinh vùng vú.

**5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Ghi rõ chẩn đoán, chỉ định, quy trình thực hiện.

- Phiếu cam kết, phiếu gây tê, phiếu theo dõi.

**5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật**

- Trung bình ½ giờ đến 1 giờ.

**5.8. Địa điểm thực hiện**

- Phòng mổ tiểu phẫu hoặc phòng can thiệp vô khuẩn đạt chuẩn.

**5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- a) Kiểm tra người bệnh: đúng tên, đúng bên vú cần can thiệp.
- b) Thực hiện bằng kiểm an toàn phẫu thuật.
- c) Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, tay cùng bên đưa lên trên đầu, bộc lộ rõ vùng vú tổn thương.

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Bước 1. Định vị khối u bằng siêu âm, xác định vị trí, kích thước, khoảng cách tới da và cơ ngực.
- Bước 2. Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 1–2%.
- Bước 3. Đưa kim đốt Microwave vào trung tâm khối u dưới hướng dẫn siêu âm.
- Bước 4. Cài đặt công suất và thời gian đốt phù hợp (thường 30–60W, 3–10 phút tùy kích thước u).
- Bước 5. Tiến hành đốt khối u đến khi vùng đốt hiển thị trên siêu âm đạt đường viền hoại tử toàn bộ u và lan rộng 5–10mm quanh u.
- Bước 6. Kiểm tra lại toàn bộ vùng đốt bằng siêu âm sau can thiệp.
- Bước 7. Rút kim, cầm máu, băng ép nhẹ vùng mổ.
- Bước 8. Đánh giá tình trạng người bệnh sau thủ thuật, theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Ghi chép hồ sơ bệnh án, bàn giao người bệnh cho khu theo dõi hậu phẫu.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu tại chỗ: xử trí bằng ép, đốt cầm máu hoặc khâu nếu cần.
- Đau, bỏng da do nhiệt: ngừng đốt, làm mát tại chỗ, xử lý bỏng theo mức độ.

### **7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tụ máu hoặc dịch tại vị trí đốt: theo dõi, chọc hút nếu cần.
- Nhiễm trùng tại chỗ: dùng kháng sinh, thay băng vô khuẩn.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Hoại tử mô lan rộng, biến dạng vú: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật chỉnh hình nếu cần.
- Tái phát khối u: đánh giá lại bằng siêu âm hoặc MRI, cân nhắc can thiệp bổ sung.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y tế (2023), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh*, QĐ 3023/QĐ-BYT.

Sổ tay Hướng dẫn kỹ thuật vi sóng trong điều trị u vú, Bệnh viện K, 2022.

Liang P. et al., *Microwave Ablation of Breast Tumors: Efficacy and Safety*, Radiology, 2019.

**PHỤ LỤC****Danh mục chuẩn bị để thực hiện kỹ thuật phẫu thuật nội soi đốt u vú bằng microwave**

<b>TT</b>	<b>Danh mục chuẩn bị</b>	<b>Đơn vị</b>	<b>Số lượng</b>
1	Lao động trực tiếp		
1.1	Bác sĩ phẫu thuật	Người	1
1.2	Bác sĩ CDHA hỗ trợ	Người	1
1.3	Điều dưỡng dụng cụ	Người	1
2	Thuốc		
2.1	Lidocain 2%	Ống	2
2.2	Cefazolin 1g	Lọ	1
2.3	Dịch truyền NaCl 0,9%	Chai	1
3	Vật tư		
3.1	Kim đốt Microwave	Cái	1
3.2	Bơm tiêm 10ml, 20ml	Cái	2
3.3	Gạc, băng ép	Gói	2
4	Trang thiết bị		
4.1	Máy đốt Microwave	Bộ	1
4.2	Máy siêu âm định vị	Bộ	1
4.3	Monitor theo dõi sinh hiệu	Bộ	1

## 36. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐÓT U PHỔI BẰNG VI SÓNG

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- U phổi (lành tính hoặc ác tính giai đoạn sớm, di căn đơn độc) có thể điều trị bằng nhiều phương pháp.

- Đốt u phổi bằng vi sóng (Microwave Ablation – MWA) là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, dùng năng lượng vi sóng gây hoại tử nhiệt khối u.

- Kết hợp **nội soi lồng ngực** giúp xác định chính xác vị trí u, kiểm soát cầm máu và loại bỏ mô tổn thương khi cần.

- Ưu điểm: ít xâm lấn, hồi phục nhanh, có thể áp dụng cho bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật cắt thùy phổi.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- U phổi lành tính cần can thiệp (u phát triển nhanh, gây triệu chứng).

- Ung thư phổi nguyên phát giai đoạn sớm ( $T1 \leq 3$  cm, không di căn).

- U phổi thứ phát (di căn phổi  $\leq 3$  nốt, đường kính  $\leq 3$  cm).

- Bệnh nhân có chống chỉ định với phẫu thuật cắt phổi kinh điển (do tuổi cao, bệnh tim phổi kèm theo).

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.

- U phổi  $> 5$  cm hoặc nhiều ổ rải rác.

- U sát rốn phổi, mạch lớn, khí quản chính  $\rightarrow$  nguy cơ tổn thương nhiệt.

- Suy hô hấp nặng, không chịu được gây mê.

- Viêm phổi chưa điều trị ổn định.

### 4. CHUẨN BỊ

#### 4.1. Người bệnh

- Khám lâm sàng, chẩn đoán xác định bằng CT scan ngực, PET/CT (nếu có).

- Xét nghiệm: công thức máu, đông máu, chức năng gan thận, hô hấp.

- Giải thích kỹ thuật, lợi ích, nguy cơ; ký cam kết phẫu thuật.

- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.

#### 4.2. Phương tiện

- Hệ thống phẫu thuật nội soi lồng ngực: dàn nội soi, dụng cụ phẫu thuật nội soi.

- Máy phát sóng microwave, kim đốt chuyên dụng cho nhu mô phổi.

- Dao siêu âm hoặc dao điện.

- Dụng cụ phẫu thuật nội soi ngực cơ bản: trocar, kẹp, kéo, hút rửa.

- Monitor, hệ thống gây mê nội khí quản.

### 4.3. Nhân lực

- Phẫu thuật viên lồng ngực được đào tạo.
- 01 – 2 phụ mổ.
- Gây mê hồi sức.
- Dụng cụ viên, điều dưỡng.

## 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 5.1. Tư thế

- Người bệnh nằm nghiêng trái/phải (tùy bên tổn thương).
- Gây mê nội khí quản, thở một phổi.

### 5.2. Vào lồng ngực

- Đặt 2 – 3 trocar (camera và dụng cụ).
- Thăm sát toàn bộ khoang màng phổi, xác định vị trí khối u bằng quan sát và/hoặc siêu âm trong mổ.

### 5.3. Đốt u bằng microwave

- Đưa kim MWA qua trocar hoặc chọc xuyên thành ngực dưới hướng dẫn nội soi.
- Đặt đầu kim vào trung tâm khối u.
- Cài đặt công suất và thời gian phù hợp với bệnh nhân.
- Quan sát hiện tượng tạo bọt khí, nhu mô phổi trắng đục quanh kim → hiệu quả đốt.
- Có thể thay đổi vị trí kim để bao phủ toàn bộ khối u.

### 5.4. Cắt u (nếu cần)

Với u ngoại vi nhỏ, có thể **cắt hình chêm (wedge resection)** bằng stapler sau khi đã đốt MWA để giảm nguy cơ chảy máu, lan tế bào.

### 5.5. Kiểm tra và kết thúc

- Kiểm tra cầm máu, không rò khí.
- Đặt ống dẫn lưu màng phổi.
- Rút trocar, khâu kín vết mổ.

## 6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Tràn khí màng phổi:** thường gặp, theo dõi và dẫn lưu.
- **Tràn máu màng phổi:** nếu ít theo dõi, nếu nhiều cần mổ lại cầm máu.
- **Sốt, đau ngực sau mổ:** điều trị triệu chứng.
- **Tổn thương mạch lớn, khí quản:** hiếm, cần xử trí khẩn cấp, có thể chuyển mổ mở.
- **Tái phát u tại chỗ:** theo dõi định kỳ CT, có thể can thiệp lại.

## 7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), **Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại khoa – Lòng ngực – Tim mạch**, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2016), **Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại khoa – Lòng ngực**, Quyết định số 54/QĐ-BYT.
3. National Comprehensive Cancer Network (NCCN), **Clinical Practice Guidelines in Oncology: Non-Small Cell Lung Cancer**, Version mới nhất.
4. International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC) (2021), **Staging and treatment guidelines for lung cancer**.
5. Dupuy DE, et al. (2000). **Percutaneous radiofrequency ablation of malignancies in the lung**. *AJR Am J Roentgenol*, 174(1): 57–59.
6. Wolf FJ, Grand DJ, Machan JT, Dipetrillo TA, Mayo-Smith WW, Dupuy DE. (2008). **Microwave ablation of lung malignancies: effectiveness, CT findings, and safety in 50 patients**. *Radiology*, 247(3): 871–879.
7. Zhong L, et al. (2019). **Microwave ablation vs. radiofrequency ablation for the treatment of pulmonary tumors: a systematic review and meta-analysis**. *OncoTargets and Therapy*, 12: 729–739.
8. Carrafiello G, et al. (2012). **Microwave ablation of lung tumors: safety and efficacy in 50 patients**. *Radiology and Oncology*, 46(1): 32–38.
9. European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) (2020), **Guidelines for minimally invasive surgery in lung cancer**.

## 37. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐỐT U GAN BẰNG MICROWAVE

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Đốt u gan bằng vi sóng (Microwave Ablation – MWA) là phương pháp sử dụng năng lượng vi sóng tạo nhiệt làm hoại tử khối u.
- Áp dụng điều trị u gan nguyên phát (chủ yếu là HCC) hoặc u gan thứ phát (di căn gan) khi không thể cắt gan hoặc bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật mở.
- So với đốt bằng sóng cao tần (RFA), MWA tạo vùng hoại tử rộng, nhanh, ít bị ảnh hưởng bởi hiệu ứng tản nhiệt (heat sink effect).
- Nội soi ổ bụng cho phép quan sát trực tiếp gan, đánh giá tổn thương, kiểm soát biến chứng và can thiệp đồng thời khi cần (sinh thiết, cắt túi mật, cắt gan hạn chế...).

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) giai đoạn sớm:  
MVA là phương pháp điều trị ban đầu hoặc lựa chọn cho các u nhỏ.
- Các tổn thương gan nhỏ:  
Hiệu quả với các khối u nguyên phát hoặc thứ phát có đường kính dưới 3 cm.
- Bệnh nhân không phù hợp phẫu thuật:  
MVA là lựa chọn tốt cho những bệnh nhân cao tuổi hoặc có bệnh lý nền không cho phép phẫu thuật.
- Di căn gan:  
Đặc biệt là di căn từ ung thư đại trực tràng và một số loại ung thư khác (vú, tuyến giáp, nội tiết).
- Chờ ghép gan:  
Dùng để điều trị các tổn thương nhỏ trong khi chờ ghép gan.
- Tổn thương tái phát hoặc tiến triển:  
Có thể được chỉ định trong các trường hợp này.
- U lớn:  
Có thể sử dụng kim chùm nhiều điện cực cho các u lớn hơn hoặc kết hợp với các phương pháp khác.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Suy gan mất bù (Child–Pugh C).
- Nhiều u lan tỏa cả 2 thùy gan.
- U sát đường mật lớn, rốn gan → nguy cơ biến chứng nặng.

- Nhiễm trùng ổ bụng, viêm đường mật chưa điều trị ổn định.

#### **4. CHUẨN BỊ**

##### **4.1. Người bệnh**

- Khám lâm sàng, chẩn đoán xác định bằng CT scan/MRI gan có tiêm thuốc cản quang.
- Xét nghiệm: công thức máu, đông máu, sinh hóa gan thận, chỉ điểm ung thư (AFP, CEA, CA 19-9).
- Đánh giá chức năng hô hấp, tim mạch, gây mê.
- Giải thích quy trình, lợi ích, nguy cơ; ký cam kết phẫu thuật.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.

##### **4.2. Phương tiện**

- Hệ thống nội soi ổ bụng.
- Máy phát sóng Microwave và kim đốt chuyên dụng cho gan.
- Dao siêu âm/dao điện.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn.
- Monitor gây mê hồi sức.

##### **4.3. Nhân lực**

- Phẫu thuật viên tiêu hóa – gan mật, được đào tạo kỹ thuật MWA.
- 01 – 2 phụ mổ.
- Bác sĩ gây mê hồi sức.
- Dụng cụ viên, điều dưỡng.

#### **5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

##### **5.1. Tư thế**

- Người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15–20°, hai tay xuôi dọc.
- Gây mê nội khí quản, thở máy.

##### **5.2. Vào ổ bụng**

- Đặt 3–4 trocar (camera và dụng cụ thao tác).
- Thăm sát toàn bộ ổ bụng, đánh giá gan, phúc mạc, loại trừ di căn.
- Có thể kết hợp siêu âm trong mổ để xác định vị trí, kích thước, số lượng khối u.

##### **5.3. Đốt u bằng Microwave**

- Chọn đường chọc thích hợp để đưa kim MWA vào trung tâm khối u.
- Thiết lập năng lượng và thời gian phù hợp với bệnh nhân (tùy kích thước u).
- Quan sát vùng gan quanh kim trắng đục (hoại tử nhiệt).
- Có thể thay đổi vị trí kim để bao phủ toàn bộ u và rìa an toàn  $\geq 5$ –10 mm.

- Nếu nhiều u, đốt lần lượt từng u.

#### 5.4. Kết thúc

- Kiểm tra diện đốt, cầm máu diện kim.
- Rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu nếu cần.
- Rút trocar, đóng vết mổ.

#### 6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Chảy máu:** thường ít, xử trí tại chỗ bằng đốt điện hoặc khâu.
- **Tổn thương đường mật:** có thể gây rò mật, áp xe → dẫn lưu, kháng sinh, can thiệp nội soi mật tụy (ERCP) nếu cần.
- **Suy gan sau mổ:** theo dõi chức năng gan, điều trị nội khoa tích cực.
- **Tràn dịch, tràn máu ổ bụng:** theo dõi siêu âm/CT, can thiệp dẫn lưu.
- **Tái phát u:** cần theo dõi định kỳ 3–6 tháng bằng siêu âm, CT/MRI, AFP để phát hiện và can thiệp lại.

#### 7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2014)**, *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại khoa – Gan mật*, NXB Y học, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2016)**, *Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại khoa – Gan mật*, Quyết định số 54/QĐ-BYT.
3. **European Association for the Study of the Liver (EASL) (2018)**, *EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma*, Journal of Hepatology, 69(1):182–236.
4. **National Comprehensive Cancer Network (NCCN)**, *Clinical Practice Guidelines in Oncology: Hepatobiliary Cancers*, Version mới nhất.
5. Livraghi T, Meloni F, Solbiati L, et al. (2012). *Treatment of focal liver tumors with percutaneous radio-frequency ablation: complications encountered in a multicenter study*. Radiology, 226(2): 441–451.
6. Shibata T, et al. (2002). *Microwave coagulation therapy for multiple hepatic metastases from colorectal carcinoma*. Cancer, 89(12): 2762–2767.
7. Xu HX, et al. (2011). *Microwave ablation for liver tumors: Clinical results and prognostic factors affecting local tumor progression*. Eur J Radiol, 79(3): 334–340.
8. Liang P, Yu J, Yu XL, et al. (2009). *Microwave ablation in the treatment of hepatocellular carcinoma: long-term outcome and prognostic factors*. Radiology, 251(3): 933–940.
9. Abdelaziz A, et al. (2014). *Microwave ablation versus radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma: A randomized controlled trial*. World J Surg Oncol, 12: 204.
10. European Society of Medical Oncology (ESMO) (2021), *Clinical Practice Guidelines: Hepatocellular carcinoma*.

### 38. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓT U TUYỆ BẰNG MICROWAVE

#### 1. ĐẠI CƯƠNG

- U tụy (lành tính, ác tính giai đoạn sớm hoặc tái phát tại chỗ) là bệnh lý phức tạp, tiên lượng xấu.
- Phẫu thuật cắt bỏ tụy (Whipple, cắt thân, cắt đuôi tụy) là phương pháp kinh điển nhưng nhiều bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật triệt căn.
- Đốt u bằng vi sóng (MWA) qua nội soi ổ bụng là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, dùng năng lượng vi sóng tạo nhiệt hoại tử khối u, giúp kiểm soát khối u, giảm triệu chứng và có thể kéo dài thời gian sống.
- MWA ưu thế hơn so với RFA do tạo vùng hoại tử lớn hơn, ít bị ảnh hưởng bởi dòng máu (heat sink effect).

#### 2. CHỈ ĐỊNH

- U tụy ác tính giai đoạn sớm, không cắt được do bệnh lý toàn thân hoặc vị trí phức tạp.
- U tụy tái phát sau phẫu thuật hoặc sau xạ trị/hoá trị.
- Khối u tụy lành tính gây chèn ép, đau, ảnh hưởng chức năng tiêu hóa.
- Trường hợp cần giảm thể tích khối u trước điều trị phối hợp (neo-adjuvant).

#### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Suy gan, suy thận nặng.
- U tụy lan rộng, xâm lấn mạch máu lớn (động mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch cửa, động mạch thân tạng).
- Có di căn xa (gan, phúc mạc, phổi...).
- Nhiễm trùng ổ bụng, viêm tụy cấp tiến triển.

#### 4. CHUẨN BỊ

##### 4.1. Người bệnh

- Khám lâm sàng, xác định chẩn đoán bằng CT/MRI ổ bụng có cản quang, PET/CT nếu cần.
- Xét nghiệm: công thức máu, đông máu, sinh hoá gan thận, amylase/lipase, marker ung thư (CA 19-9, CEA).
- Giải thích kỹ thuật, nguy cơ (viêm tụy cấp, rò tiêu hoá, chảy máu), ký cam kết.
- Nhịn ăn  $\geq 6$  giờ trước mổ.

##### 4.2. Phương tiện

- Hệ thống nội soi ổ bụng.
- Máy phát sóng Microwave và kim đốt chuyên dụng cho mô đặc.

- Dao siêu âm/dao điện.
- Bộ dụng cụ nội soi ổ bụng tiêu chuẩn.
- Monitor gây mê hồi sức.

#### 4.3. Nhân lực

- Phẫu thuật viên tiêu hoá – tụy mật, được đào tạo kỹ thuật MWA.
- 01–2 phụ mổ.
- Gây mê hồi sức.
- Dụng cụ viên, điều dưỡng.

### 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 5.1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, đầu cao nhẹ, hai tay xuôi dọc.
- Gây mê nội khí quản, thở máy.

#### 5.2. Vào ổ bụng

- Đặt 3–4 trocar (camera và dụng cụ thao tác).
- Thăm sát ổ bụng, loại trừ di căn phúc mạc, gan.
- Xác định vị trí khối u bằng quan sát trực tiếp và/hoặc siêu âm nội soi trong mổ.

#### 5.3. Đốt u bằng Microwave

- Đưa kim MWA vào trung tâm khối u dưới hướng dẫn nội soi/siêu âm.
- Thiết lập năng lượng và thời gian phù hợp với bệnh nhân (tùy kích thước và vị trí).
- Quan sát vùng hoại tử quanh kim chuyển màu trắng đục.
- Có thể thay đổi vị trí kim để bao phủ toàn bộ u và rìa an toàn  $\geq 5$  mm.

#### 5.4. Kết thúc

- Kiểm tra điện đốt, cầm máu.
- Rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu quanh tụy.
- Rút trocar, đóng vết mổ.

### 6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Viêm tụy cấp sau đốt:** điều trị nội khoa tích cực (nhịn ăn, truyền dịch, giảm đau, kháng sinh).
- **Chảy máu:** xử trí bằng đốt điện, khâu cầm máu hoặc can thiệp mạch.
- **Tổn thương ống tụy, rò tụy:** dẫn lưu, dinh dưỡng hỗ trợ, có thể cần can thiệp ERCP đặt stent tụy.
- **Tổn thương cơ quan lân cận (dạ dày, tá tràng, mạch máu lớn):** phát hiện sớm để xử trí ngay, có thể phải chuyển mổ mở.

- **Nhiễm trùng ổ bụng, áp xe tụy:** dẫn lưu, kháng sinh.
- **Tái phát tại chỗ:** theo dõi định kỳ bằng CT/MRI, có thể can thiệp lại.

## VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ESMO — *Clinical Practice Guideline: Pancreatic cancer (2023)* — hướng dẫn chẩn đoán, phân giai đoạn và chiến lược điều trị toàn diện (tham khảo vị trí can thiệp cục bộ/điều trị tại chỗ). [PubMed+1](#)
2. NCCN — *Pancreatic Adenocarcinoma Guidelines* (NCCN, cập nhật thường xuyên) — khuyến nghị đa ngành và vị trí các lựa chọn điều trị xâm lấn/ít xâm lấn. [nccn.org+1](#)
3. *Frontiers in Oncology* — *Thermal ablation in pancreatic cancer: a scoping review of clinical evidence (2022)* — tổng quan cập nhật về RFA, MWA, HIFU, LA trong ung thư tụy; tóm tắt hiệu quả kỹ thuật và hồ sơ an toàn. [Frontiers](#)
4. “Advancements in Microwave Ablation Techniques...” — bài tổng quan gần đây về tiến bộ kỹ thuật MWA, bao gồm ứng dụng trong tuyến tụy và u nội tạng khác. (đánh giá kỹ thuật, nền tảng an toàn). [PMC](#)
- 5 *Technical Feasibility of Microwave Ablation in Pancreatic Tumors* — scoping review / bài đánh giá chuyên sâu về tính khả thi, hiệu quả kỹ thuật và an toàn của MWA cho tổn thương tụy. [PMC+1](#)
6. VideoGIE / Endoscopy reports — *EUS-guided microwave ablation of unresectable pancreatic masses* — báo cáo kỹ thuật và kinh nghiệm lâm sàng ban đầu về đặt thiết bị MWA qua hướng dẫn siêu âm nội soi (EUS) — tham khảo khi cần nhắc tiếp cận ít xâm lấn. [videogie.org+1](#)
6. Bài tổng quan/nhận xét về *EUS-RFA* và các kỹ thuật ablation trong tụy — hữu ích để so sánh RFA và MWA, cơ chế điều trị, và các biến chứng đặc thù (rò tụy, viêm tụy). [MDPI+1](#)
7. Nghiên cứu thực nghiệm / kỹ thuật (ex-vivo, mô hình động vật) về MWA trên tụy — cung cấp dữ liệu tham chiếu thông số năng lượng và mô học (khuyến cáo khi lập tham số lâm sàng). [SAGE Journals](#)
8. Bài/ghi nhận lâm sàng về RFA/MWA tụy và chiến lược phối hợp (hoá – xạ/ablation) — ví dụ các series lâm sàng, báo cáo trường hợp và phân tích kết quả, biến chứng. [PMC+1](#)
9. Bài tổng hợp về *imaging response evaluation after local ablative treatments in locally advanced pancreatic cancer* — hướng dẫn theo dõi hình ảnh sau khi thực hiện thủ thuật ablation (quan trọng để đánh giá hiệu quả và quyết định xử trí tiếp

5790 /TT23 BYT