

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TUYẾN CẬN GIÁP QUA ĐƯỜNG TIỀN ĐÌNH MIỆNG: KỸ THUẬT MỚI TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Duy^{1,2}, Lê Thế Đường¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Phẫu thuật nội soi tuyến cận giáp qua đường tiền đình miệng (TOEPVA) là một kỹ thuật mới có nhiều ưu điểm trong phẫu thuật tuyến cận giáp. Nghiên cứu này báo cáo một trong những ca đầu tiên tại Việt Nam được thực hiện thành công bằng phương pháp này tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân nữ 43 tuổi, vào viện vì khối u vùng cổ trái phát hiện 1 tháng. Qua thăm khám và các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm siêu âm, định lượng PTH (329,3 pg/mL), calci máu (2,73 mmol/L), chẩn đoán xác định u tuyến cận giáp dưới trái. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến cận giáp nội soi qua đường tiền đình miệng. Thời gian phẫu thuật 95 phút. Sau mổ 10 phút, PTH giảm xuống 29,62 pg/mL và duy trì ở mức 63,91 pg/mL vào ngày thứ hai. Kết quả giải phẫu bệnh xác định u tuyến cận giáp lành tính. Sau mổ và tại thời điểm 6 tháng, 1 năm sau mổ, bệnh nhân hoàn toàn ổn định, không có biến chứng, hài lòng với kết quả thẩm mỹ. **Kết luận:** Kết quả này cho thấy TOEPVA là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị u tuyến cận giáp. Phương pháp này không những đảm bảo nguyên tắc điều trị về mặt ung thư học mà còn mang lại kết quả thẩm mỹ tối ưu. Tuy nhiên, để đạt được kết quả tốt nhất, TOEPVA cần được thực hiện tại các trung tâm chuyên sâu, bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và trên nhóm bệnh nhân được lựa chọn phù hợp. **Từ khóa:** u tuyến cận giáp, phẫu thuật nội soi, đường tiền đình miệng, TOEPVA.

SUMMARY

TRANSORAL ENDOSCOPIC PARATHYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH: A NOVEL TECHNIQUE AT K HOSPITAL

Background: Transoral Endoscopic Parathyroidectomy Vestibular Approach (TOEPVA) represents a novel surgical innovation that offers significant advantages in parathyroid surgery. This study presents one of the initial cases successfully performed using this methodology at K Hospital in Vietnam. **Methods and Materials:** The subject was a 43-year-old female who presented with a left-sided neck mass discovered one month prior. Comprehensive clinical evaluation, including ultrasonography, parathyroid hormone assessment (329.3 pg/mL), and serum calcium measurement

(2.73mmol/L), established the diagnosis of left inferior parathyroid adenoma. The patient underwent TOEPVA utilizing a vestibular approach. The operative duration was 95 minutes. Post-operative PTH levels demonstrated significant reduction to 29.62 pg/mL at 10 minutes and stabilized at 63.91 pg/mL on the second day. Histopathological examination confirmed benign parathyroid adenoma. Follow-up evaluations at 6 months and 1 year post-operatively demonstrated excellent clinical outcomes, with no complications and high patient satisfaction regarding cosmetic results. **Conclusions:** This case demonstrates that TOEPVA represents a safe and efficacious approach for parathyroid surgery, successfully integrating oncological principles while optimizing aesthetic outcomes. However, optimal results necessitate implementation at specialized centers by experienced surgeons with careful patient selection. This technique shows promise for expanding the surgical armamentarium for treating parathyroid disorders in appropriately selected cases.

Keywords: parathyroid adenoma, endoscopic surgery, vestibular approach, TOEPVA

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến cận giáp là một bệnh lý nội tiết tương đối phổ biến, với tỷ lệ mắc ước tính khoảng 0,1-0,4% dân số. Trong nhóm bệnh lý này, u tuyến cận giáp lành tính chiếm phần lớn, chiếm khoảng 85-90% các trường hợp cường cận giáp nguyên phát [1]. Hiện nay, điều trị phẫu thuật vẫn là phương pháp chủ đạo và hiệu quả nhất đối với bệnh lý này [1],[2].

Sự phát triển không ngừng của y học hiện đại đã mang lại những tiến bộ đáng kể trong phẫu thuật tuyến cận giáp. Từ phẫu thuật mở kinh điển do Felix Mandl thực hiện lần đầu năm 1925, đến phẫu thuật nội soi do Gagner tiên phong năm 1996, các phương pháp này đã góp phần cải thiện đáng kể kết quả điều trị [3],[4]. Tuy nhiên, chúng vẫn để lại sẹo mổ trên vùng cổ, gây ảnh hưởng không nhỏ đến thẩm mỹ, đặc biệt đối với bệnh nhân nữ và người trẻ tuổi.

Phẫu thuật nội soi tuyến cận giáp qua đường tiền đình miệng (Transoral Endoscopic Parathyroidectomy Vestibular Approach - TOEPVA) là một kỹ thuật mới được phát triển dựa trên nền tảng phẫu thuật nội soi. Phương pháp này không để lại sẹo vùng cổ do đường vào phẫu thuật được thực hiện qua niêm mạc tiền đình miệng, đồng thời vẫn đạt được kết quả phẫu thuật [5]. Tại Việt Nam, mặc dù phẫu thuật nội soi tuyến cận giáp qua đường miệng đã được triển khai thành công, nhưng có rất ít báo cáo

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Duy

Email: duyynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2025

Ngày duyệt bài: 9.6.2025

nào về ứng dụng kỹ thuật này trong phẫu thuật tuyến cận giáp.

Trong bài viết này, chúng tôi xin giới thiệu ca lâm sàng đầu tiên tại Bệnh viện K về phẫu thuật nội soi cắt u tuyến cận giáp qua đường tiền đình miệng. Đây cũng là một trong những ca đầu tiên triển khai thành công tại Việt Nam. Qua đó, chúng tôi mong muốn chia sẻ những kinh nghiệm bước đầu trong việc triển khai kỹ thuật mới này, đồng thời góp phần mở rộng các lựa chọn điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân u tuyến cận giáp tại Việt Nam.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân là nữ, 43 tuổi, đến khám tại Bệnh viện K - cơ sở Tân Triều với triệu chứng chính là khối u vùng cổ trái, xuất hiện và tăng kích thước trong vòng 1 tháng, không kèm đau hay khó thở. Bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý đáng chú ý.

Thăm khám lâm sàng ghi nhận khối u vùng cổ trái có kích thước 1,5 x 2 cm, mềm, ẩm, di động theo tuyến giáp khi nuốt. Siêu âm cho thấy thùy trái tuyến giáp bình thường, không phát hiện u, nhưng phía sau thùy trái có một khối giảm âm kích thước 10 x 25 mm, ranh giới không rõ với nhu mô tuyến giáp, có tín hiệu mạch bên trong. Xét nghiệm sinh hóa ghi nhận nồng độ PTH tăng cao (329,3 pg/mL) và calci máu 2,73 mmol/L. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ không phát hiện tế bào bất thường. Chẩn đoán là u tuyến cận giáp dưới trái. Sau khi thảo luận kỹ với bệnh nhân và gia đình, bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi qua đường tiền đình miệng (TOEPVA).

Kỹ thuật mổ:

- **Tư thế và gây mê:** Bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm ngửa, có kê gối dưới vai. Gây mê nội khí quản qua đường miệng. Sát trùng khoang miệng bằng dung dịch betadine.

- **Đặt trocar:** Rạch niêm mạc môi dưới theo đường giữa, dài 10mm, tại vị trí giữa dây hãm môi và bờ vermillion. Sử dụng kẹp phẫu tích để tạo đường hầm xuống bờ dưới xương hàm dưới. Đưa trocar 10mm qua đường rạch giữa, đồng thời đặt hai trocar 5mm tại vị trí hai bên cách mép khoảng 1cm. Bơm hơi CO₂ vào khoang phẫu thuật với áp lực 6mmHg, tốc độ 8L/phút (Hình 1).

- **Tạo khoang làm việc:** Sử dụng dao điện đơn cực hoặc dao siêu âm để tạo khoang làm việc đến hõm ức và giới hạn bên của khoang là cơ ức đòn chũm. Bộc lộ tuyến giáp và tuyến cận giáp theo đường giữa (Hình 2). Khâu treo cơ trước giáp bằng chỉ tiêu 3.0 xuyên da để duy trì trường phẫu thuật.

- **Tiến hành phẫu tích:** bộc lộ thùy trái

tuyến giáp nhằm tiếp cận tuyến cận giáp. Phát hiện khối u tuyến cận giáp dưới trái có kích thước 2x3cm, ranh giới rõ ràng với tuyến giáp. (Hình 3)

- **Cắt bỏ u:** Tiến hành bóc tách khối u khỏi các tổ chức xung quanh bằng dao siêu âm, có bộc lộ thần kinh thanh quản ngược trái. (Hình 4) Cầm máu kỹ. Đưa khối u vào túi đựng bệnh phẩm và lấy ra qua trocar 10mm.

- **Kiểm tra và đóng vết mổ:** Rửa sạch khoang phẫu thuật, kiểm tra cầm máu kỹ. Khâu đường giữa bằng chỉ tiêu. Đóng niêm mạc bằng chỉ vicryl 4.0.

Kết quả phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu:

Thời gian phẫu thuật là 95 phút. Sau phẫu thuật, nồng độ PTH giảm nhanh xuống 29,62 pg/mL sau 10 phút và duy trì ở mức 63,91 pg/mL vào ngày thứ 2, trong giới hạn bình thường. Kết quả giải phẫu bệnh xác định đây là u tuyến cận giáp biến thể tế bào ái toan, kích thước 2,5 x 1,5 x 1 cm, có vỏ xơ liên kết rõ. Bệnh nhân hoàn toàn không có tai biến, biến chứng như chảy máu, nhiễm trùng, tổn thương thần kinh thanh quản ngược, không có hạ canxi sau mổ, không có hội chứng xương đối. Sau 3 tháng theo dõi, bệnh nhân ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn bình thường và vết sẹo trong miệng liền tốt (Hình 5). Bệnh nhân hoàn toàn hài lòng với kết quả phẫu thuật.



Hình 1: Đặt 3 trocars qua đường tiền đình miệng



Hình 2: Bộc lộ tuyến giáp và tuyến cận giáp theo đường giữa



Hình 3: Bộc lộ u tuyến cận giáp dưới trái



Hình 4: Hình ảnh sau khi cắt tuyến cận giáp



Hình 5: Hình ảnh cổ bệnh nhân sau mổ 3 tháng

III. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi tuyến cận giáp qua đường tiền đình miệng (TOEPVA) là một kỹ thuật tiên bộ trong phẫu thuật đầu cổ nói chung, phẫu thuật tuyến cận giáp nói riêng. Về chỉ định, TOEPVA phù hợp với các trường hợp u tuyến cận giáp đơn độc có định vị rõ ràng trước mổ. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công của phương pháp này dao động từ 91,4% đến 96%, tương đương với phẫu thuật kinh điển. Tiêu chí loại trừ quan trọng bao gồm các trường hợp có tiền sử phẫu thuật vùng cổ, xạ trị vùng cổ, nghi ngờ ung thư và các trường hợp cường cận giáp thứ phát hoặc đa u. Điều này cho thấy việc lựa chọn bệnh nhân đóng vai trò quan trọng trong thành công của phương pháp. Về kỹ thuật thực hiện, TOEPVA đòi hỏi một đường cong học tập nhất định. Thời gian phẫu thuật trung bình dao động từ 116 phút (nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ) [6] đến 149 phút (theo một phân tích gộp), dài hơn so với phẫu thuật mở kinh điển [7]. Tuy nhiên, thời gian này có xu hướng giảm dần theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Đặc biệt, phương pháp này đòi hỏi kỹ năng nội soi thành thạo, đặc biệt là kỹ thuật phẫu thuật nội soi qua đường miệng.

Về biến chứng, các nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ biến chứng tổng thể khoảng 3,8-19%, chủ yếu là các biến chứng tạm thời như bầm tím, tụ dịch, nhiễm trùng vết mổ. Đáng chú ý, không ghi nhận các biến chứng nặng như tổn thương thần kinh quặt ngược hay tổn thương thần kinh cảm [6], [7]. Điều này khẳng định tính an toàn của phương pháp khi được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Ưu điểm nổi bật nhất của TOEPVA là không để lại sẹo vùng cổ, đáp ứng nhu cầu thẩm mỹ cao của người bệnh, đặc biệt là phụ nữ trẻ. Tuy nhiên, cần cần nhắc một số hạn chế như thời gian phẫu thuật kéo dài hơn [8]. Một vấn đề cần thảo luận là liệu có nên "biến một phẫu thuật đơn giản thành phức tạp" khi áp dụng TOEPVA. Quan điểm của nhiều chuyên gia cho rằng với những trường hợp u đơn độc, định vị rõ, phẫu thuật mở tối thiểu vẫn là lựa chọn hợp lý. Tuy nhiên, TOEPVA mang lại một lựa chọn mới cho những bệnh nhân có nhu cầu thẩm mỹ cao. Báo cáo ca lâm sàng của chúng tôi cũng đem lại kết quả rất tốt, bệnh nhân hoàn toàn hài lòng về kết quả thẩm mỹ.

Khi triển khai kỹ thuật mới này, TOEPVA nên được triển khai tại các cơ sở y tế có kinh nghiệm trong phẫu thuật tuyến giáp, đặc biệt là kinh nghiệm phẫu thuật nội soi qua đường miệng với đội ngũ nhân viên y tế được đào tạo bài bản.

Ngoài ra, việc theo dõi kết quả lâu dài và đánh giá chi phí-hiệu quả của phương pháp này cũng cần được đánh giá trong thời gian tới. Bên cạnh đó, cần phân tích thêm dữ liệu từ các nghiên cứu đa trung tâm, có đối chứng sẽ giúp đánh giá toàn diện hơn vai trò của phương pháp này trong điều trị u tuyến cận giáp. Tại Việt Nam, việc triển khai TOEPVA cần được thực hiện một cách thận trọng, có kế hoạch và lộ trình phù hợp. Kinh nghiệm từ các nghiên cứu quốc tế cho thấy tầm quan trọng của việc tích lũy số lượng ca bệnh, đặc biệt là phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp, tuyến cận giáp qua tiền đình miệng và đào tạo có hệ thống cho đội ngũ phẫu thuật viên. Việc theo dõi và đánh giá kết quả dài hạn cũng cần được chú trọng để khẳng định vai trò của phương pháp này trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

IV. KẾT LUẬN

Báo cáo thành công một trong những ca bệnh đầu tiên của Việt Nam về phẫu thuật nội soi tuyến cận giáp qua đường tiền đình miệng (TOEPVA) đã mở ra một cách tiếp cận mới trong phẫu thuật tuyến cận giáp ở Việt Nam. Tuy nhiên, phương pháp này cần được thực hiện trên nhiều bệnh nhân hơn nữa tại các trung tâm chuyên sâu, phẫu thuật viên có kinh nghiệm và trên nhóm bệnh nhân được lựa chọn phù hợp để đánh giá tốt hơn về hiệu quả phương pháp này trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wilhelm SM, Wang TS, Ruan DT, Lee JA, Asa SL, Duh QY, Doherty GM, Herrera MF, Pasiaka JL, Perrier ND, Silverberg SJ, Solorzano CC, Sturgeon C, Tublin ME, Udelsman R, Carty SE** (2016). The American association of endocrine surgeons guidelines for definitive management of primary hyperparathyroidism. *JAMA Surg* 151:959-968
2. **Stephen AE, Mannstadt M, Hodin RA** (2017). Indications for surgical management of hyperparathyroidism: a review. *JAMA Surg* 152:878-882
3. **Noueldine SI, Gooi Z, Tufano RP** (2015). Minimally invasive parathyroid surgery. *Gland Surg* 4:410-419
4. **Brunaud L, Zarnegar R, Wada N, Ituarte P, Clark OH, Duh QY** (2003). Incision length for standard thyroidectomy and parathyroidectomy: when is it minimally invasive? *Arch Surg* 138:1140-1143
5. **Anuwong A** (2016). Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach: a series of the first 60 human cases. *World J Surg* 40:491-497
6. **Makay O, Sabuncuoğlu MZ, Turan Mİ, Sormaz IC, Özdemir M, Aygün N, Buldur S, Türk Y, Sarıdemir D, Sezer A, Teksöz S, Uludağ M, Zihni İ, Tunca F, Hacıyanlı M,**

- Arici C, Giles Şenyürek Y.** Transoral endoscopic parathyroidectomy vestibular approach (TOEPVA) for primary hyperparathyroidism: Turkey's experience. *Surg Endosc.* 2022 Feb;36(2):1037-1043. doi: 10.1007/s00464-021-08368-3. Epub 2021 Mar 3. PMID: 33660120.
7. **Entezami P, Boven L, Ware E, Chang BA.** Transoral endoscopic parathyroidectomy vestibular approach: A systematic review. *Am J Otolaryngol.* 2021 Jan-Feb;42(1):102810. doi: 10.1016/j.amjoto.2020.102810. Epub 2020 Oct 25. PMID: 33202327.
8. **Grogan RH, Khafif AK, Nidal A, Anuwong A, Shaear M, Razavi CR, Russell JO, Tufano RP.** One hundred and one consecutive transoral endoscopic parathyroidectomies via the vestibular approach for PPTH: a worldwide multi-institutional experience. *Surg Endosc.* 2022 Jul;36(7):4821-4827. doi: 10.1007/s00464-021-08826-y. Epub 2021 Nov 5. PMID: 34741203.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẴNG CHÉO TRƯỚC BẰNG KỸ THUẬT TẮT CẢ BÊN TRONG SỬ DỤNG GÂN MÁC DÀI TỰ THÂN

Phan Sỹ Thái¹, Vũ Trường Thịnh^{2,3},
Lê Thị Thanh Lam⁴, Dương Đình Toàn^{2,3}

ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION USING AN ALL-INSIDE TECHNIQUE WITH PERONEUS LONGUS TENDON WERE EVALUATED

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật tắt cả bên trong sử dụng gân mạc dài tự thân tại Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 60 bệnh nhân. **Kết quả:** Nguyên nhân chủ yếu là do TNTT (63,3%), nam giới chiếm nhiều hơn nhóm nguyên nhân này. 100% bệnh nhân đến với triệu chứng lỏng khớp, các dấu hiệu Lachmann, Pivot Shift và ngăn kéo trước biểu hiện rõ (100% độ II và độ III). Chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm và độ vững khớp gối theo thang điểm IKDC ở mức trung bình và kém trước khi phẫu thuật (Điểm Lysholm trung bình trước phẫu thuật là $66,8 \pm 4,26$). Kết quả chung chức năng khớp gối đạt mức rất tốt và tốt sau phẫu thuật (Điểm Lysholm trung bình là $96,5 \pm 2,53$), độ vững khớp gối sau phẫu thuật cải thiện rõ thang điểm IKDC sau phẫu thuật có: mức A: 78,35% và mức B: 21,7%. **Kết luận:** Phẫu thuật bằng phương pháp tắt cả bên trong, với ưu điểm mảnh ghép lớn hơn đảm bảo được đường kính cần thiết của mảnh ghép, vít treo điều chỉnh độ dài giúp làm căng dây mảnh ghép được như DCCT nguyên thủy, ngoài ra khoan đường hầm từ phía trong ra, phẫu thuật viên chủ động vị trí khoan phù hợp với điểm bám của dây chằng, đảm bảo đúng vị trí. Tất cả những ưu điểm đó giúp cải thiện nhiều về lâm sàng và độ vững của khớp gối.

Từ khóa: Dây chằng chéo trước, gân mạc dài.

SUMMARY

THE OUTCOMES OF ENDOSCOPIC

¹Bệnh viện đa khoa 115 Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 10.6.2025

Objective: This study aimed to assess the outcomes of endoscopic anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction using an all-inside technique with peroneus longus tendon at 115 Hospital in Nghe An province, spanning from January 2020 to July 2021.

Methods: We conducted a retrospective descriptive study involving 60 patients. **Results:** Sports-related injuries were the predominant cause (63.3%), with males comprising the majority of this group. All patients exhibited symptoms of knee laxity, and clinical signs of Lachmann, Pivot Shift, and anterior drawer tests were universally present (100% grade II and III). Preoperatively, knee function, as measured by the Lysholm score, and knee stability, assessed by the IKDC score, were suboptimal (mean preoperative Lysholm score was 66.8 ± 4.26). Postoperatively, there was a marked improvement in knee function (mean Lysholm score postoperatively was 96.5 ± 2.53), and knee stability showed significant enhancement with IKDC scores of grade A: 78.35% and grade B: 21.7%. **Conclusion:** The all-inside ACL reconstruction technique offers several advantages, including a larger graft size ensuring the required diameter, an adjustable suspensory fixation system that allows graft tensioning akin to the native double-bundle ACL, and the drilling of tunnels from the inside out, enabling precise positioning of the drill hole at the ligament's attachment point. These advantages collectively contribute to substantial clinical and stability improvements in knee function.

Keywords: Anterior cruciate ligament, peroneus longus tendon.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp gối là một khớp lớn trong cơ thể, được giữ vững nhờ hệ thống dây chằng, bao khớp, sụn chêm và các cơ bọc xung quanh. Dây chằng chéo trước đóng vai trò quan trọng trong hoạt động khớp gối, có vai trò chính trong chống