trường hợp tràn khí dưới da chiếm 6,1%.

Biến chứng sau mổ nhìn chung không gây hậu quả nghiêm trọng, 1BN (3%) chảy máu sau mổ nội soi cắt u bên phải do tụt Hemolock tĩnh mạch thượng thận chính sát TM chủ dưới, được mổ mở khâu TM chủ dưới ; 1BN (3%) hạ huyết áp điều trị ổn sau 2 ngày; không có biến chứng suy tuyến thượng thận. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Prudhomme[8] tỷ lệ biến chứng sau mổ ở 259BN nội soi sau phúc mạc là 3,9%, của Hallfeldt[4] là 12,5%.

Thời gian trung tiện của nhóm < 24 giờ là 45,5%; 24-48 giờ là 48,4% và > 48h là 6,1%, trung bình là 1,38 ± 0,39 ngày. Các tác giả cho rằng thời gian trung tiện của bệnh nhân với đường mổ sau phúc mạc là ngắn hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với đường mổ trong phúc mạc[9].

Diễn biến trong và sau mổ nhẹ, thời gian nằm viện giảm là một ưu điểm đặc thù của phẫu thuật nội soi, dẫn tới tiết kiệm chi phí điều trị . Trong nhóm nghiên cứu, thời gian hậu phẫu trung bình là 3.79 ± 0.70 ngày (3 - 6). Kết quả phù hợp với các nghiên cứu của Qing[6] là 4.8 ± 1.6 ngày, của Xu[9] là 6,2 ± 2,9 ngày.

Khám kiểm tra sau mổ: có 4 bệnh nhân huyết áp còn cao sau mổ (12,1%), trong đó cả 4 trường hợp huyết áp trước mổ >190 /140mmHg, sau mổ huyết áp có giảm, nhưng không trở về bình thường, luôn dao động ở mức 140/90-160/100mmHg. Kết quả của Nguyễn Huy Hoàng có 3,5% huyết áp còn cao sau mổ. Các biểu hiện lâm sàng khác có sự khác biệt rõ so trước mổ với p<0,05. Toàn bộ bệnh nhân tái khám có kết quả siêu âm không thấy u tái phát. Kết quả kiểm tra sau mổ tốt 80,9%; trung bình 19,1% và xấu là 0%.

V. KẾT LUẬN

Áp dụng phẫu thuật nội soi đường sau phúc mạc điều trị u tủy thượng thận có tính an toàn, khả thi với nhiều ưu điểm như: thời gian mổ ngắn, thời gian có trung tiện nhanh, hậu phẫu ngắn và nhẹ nhàng, tính thẩm mỹ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Constantinides VA, Christakis I, Touska P, et al.** Retroperitoneoscopic or laparoscopic adrenalectomy? A single-centre UK experience. Surg Endosc. 2013;27:4147-4152.
2. **Kiriakopoulos A, Economopoulos KP, Poulios E, et al.** Impact of posterior retroperitoneoscopic adrenalectomy in a tertiary care center: a paradigm shift. Surg Endosc. 2011;25:35849.
3. **Nguyễn Đức Tiến** (2007), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật nội soi cac u tuyến thượng thận lành tính tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 1998-2005. Luận án tiến sỹ y học trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Hallfeldt K.K.J., Mussack T., Trupka A., et al.** (2003). Laparoscopic lateral adrenalectomy versus open posterior adrenalectomy for the treatment of benign adrenal tumors. Surg Endosc, 17(2), 264–267.
5. **Bonjer H.J., Sorm V., Berends F.J., et al.** (2000). Endoscopic retroperitoneal adrenalectomy: lessons learned from 111 consecutive cases. Ann Surg, 232(6), 796–803.
6. **Qing Yuan Li** (2010), "Laparoscopic Adrenalectomy in Pheochromocytoma: Retroperitoneal Approach Versus Transperitoneal Approach". Journal of endourology, 24(9), 1441-1445.
7. **Lê Tuấn Anh.** Kết quả phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận lành tính đường sau phúc mạc tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
8. **Prudhomme T, et al.** Comparison between retroperitoneal and transperitoneal laparoscopic adrenalectomy: Are both equally safe? Journal of Visceral Surgery. 2021; 158, 204-210 .
9. **Xu W., Li H., Ji Z. et al.** Comparison of Retroperitoneoscopic Versus Transperitoneoscopic Resection of Retroperitoneal Paraganglioma. Medicine (Baltimore). 2015; 94(7), 156-178.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ TẠI VIỆN Y HỌC PHÓNG XẠ VÀ U BƯỚU QUÂN ĐỘI

Lê Ngọc Phúc[1], Nguyễn Xuân Hậu[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được điều trị tại Viện Y học phóng xạ và u bướu quân đội. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả trên 62 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp hoặc cắt thùy và eo tuyến giáp tại Viện Y học phóng xạ và u bướu quân đội từ 01/2018 đến 01/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 48,5 ± 12,2 tuổi, lứa tuổi hay gặp nhất là < 55 tuổi (77,4%). 95,2 % nữ giới, tỉ lệ nữ/ nam là 19,7/1. Phần lớn BN đi khám vì phát hiện u qua khám sức khỏe (46,8%) và sờ thấy u vùng cổ (27,4%). Thời điểm vào viện từ lúc có triệu chứng đầu tiên phần lớn là < 6 tháng. Vị trí u hay gặp ở thùy phải (46,5%); kích thước

[1]*Viện Y học Phóng xạ và U bướu Quân đội*
[2]*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu
Email: drnguyenxuanhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2022
Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022
Ngày duyệt bài: 21.11.2022

u trung bình 28 ± 16 mm. Phương pháp phẫu thuật phổ biến là phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp (69,4%), 100 % BN được nạo vét hạch cổ trung tâm, nạo vét hạch trung tâm và cổ bên chiếm 21%, Tỉ lệ di căn hạch là 66,1%; không có trường hợp nào di căn xa. Về xếp loại giai đoạn bệnh chủ yếu gặp ở giai đoạn I chiếm 82,3%. Biến chứng sớm sau mổ hay gặp là khàn tiếng (8,1%) và tê bì tay chân (17,7%), đều xảy ra trên BN cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch cổ bên. **Kết luận:** Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả đối với bệnh ung thư tuyến giáp thể nhú. Tại Viện Y học phóng xạ và u bướu quân đội phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm ưu thế tuy nhiên tỉ lệ phẫu thuật cắt thùy và eo giáp đang tăng dần do người bệnh đến khám sớm. Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả, ít biến chứng.

Từ khóa: Ung thư giáp trạng, thể nhú, cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF PAPILLARY THYROID CANCER AT THE MILITARY INSTITUTE OF RADIATION AND ONCOLOGY

Objective: Evaluation of surgical results of papillary thyroid carcinoma patients treated at the Military Institute of Radiation and Oncology. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study on 62 patients diagnosed with papillary thyroid carcinoma who underwent total thyroidectomy or lobectomy and isthmusectomy at the Military Institute of Radiation and Oncology from 01/2018 to 01/2021. **Results:** The average age is 48,5 ± 12,2 years old; the most common age was < 55 years old (77,4%). 95,2% female, female/male ratio is 19,7/1. Common symptoms are detected thyroid tumor through health check (46,8%) and palpable tumor of neck (27,4%). The time of admission from the first symptoms is mostly < 6 months. Tumor location is common in the right lobe (46,5%); average tumor size was 28 ± 16 mm. Total thyroidectomy accounted for 69,4%.100% of patients have central cervical lymph node dissection, central and lateral neck dissection accounted for 21%, The rate of lymph node metastasis is 66.1%. There were no cases of distant metastasis. In terms of stage, the disease is mainly seen in stage I, accounting for 82.3%. Common early postoperative complications were hoarseness (8.1%) and numbness of hands and feet (17.7%), both occurred in patients with total thyroidectomy and lateral cervical lymph node dissection. **Conclusions:** Surgery therapy is an effective treatment for papillary thyroid cancer. At the Military Institute of Radiology and Oncology, total thyroidectomy is predominant, however, the rate of lobectomy and isthmus surgery is increasing due to the early arrival of patients. Surgery is an effective treatment with few complications.

Keywords: Thyroid cancer, papillary, total thyroidectomy, neck dissection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là bệnh lý ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết, có tỉ lệ gia tăng nhanh chóng trên toàn thế giới. Theo GLOBOCAN 2020, ung thư tuyến giáp đứng thứ 9 ở cả hai giới, tỷ lệ nam/nữ là 1/3 với khoảng 586.202 ca mắc mới, tăng 2 bậc so với năm 2018[1].

Ung thư biểu mô tuyến giáp được chia thành hai nhóm mô bệnh học khác nhau về lâm sàng, phương pháp điều trị và tiên lượng là UTTG thể biệt hóa và UTTG thể không biệt hóa. Trong UTTG thể biệt hóa, UTTG thể nhú đứng đầu (80-85%)[2]. Điều trị UTTG thể nhú thì phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng nhất, có tính quyết định đến kết quả điều trị.

Trong những năm gần đây, phẫu thuật UTTG đã được triển khai tại nhiều cơ sở y tế trong cả nước, trong đó có Viện y học phóng xạ và u bướu quân đội. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được điều trị tại Viện Y học phóng xạ và u bướu quân đội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 62 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp hoặc cắt thùy và eo tuyến giáp tại Viện Y học phóng xạ và u bướu quân đội từ 01/2018 đến 01/2021.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Nhóm bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là UTTG thể nhú.
- Được phẫu thuật cắt tuyến giáp tại Viện YHPX và UBQĐ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- UTTG không phải thể nhú
- Bệnh nhân từ chối phẫu thuật.
- Bệnh nhân đã được phẫu thuật tuyến giáp tại cơ sở y tế khác.
- Bệnh nhân không có hồ sơ bệnh án đầy đủ, không đồng ý nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

2.3.1. Đặc điểm lâm sàng: Tuổi; giới; lý do vào viện; thời gian từ lúc có triệu chứng đến lúc nhập viện; khám u: vị trí u (thùy phải, thùy trái, eo), kích thước u (cm), mật độ u (mềm hay cứng, chắc), di động u (có hay không có di động); khám hạch cổ: sờ thấy hạch, mật độ hạch, di động hạch, vị trí hạch.

2.3.2. Cận lâm sàng: Siêu âm tuyến giáp đánh giá: số lượng u, vị trí u (thùy phải, thùy trái, eo), kích thước u, âm vang, vôi hóa, phân loại TIRADS

2.3.3. Phương pháp phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp hoặc cắt thùy và eo tuyến giáp

✓Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản

✓Dụng cụ phẫu thuật: dụng cụ phẫu thuật mở, dao Ligasure, dao điện.

✓Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, kê gối vai ngửa cổ tối đa. 2 tay khép.

✓Các bước phẫu thuật:

• Rạch da ngang nếp lằn cổ dưới, cách hõm ức khoảng hai khoát ngón tay, cắt cơ bám da cổ, bóc tách hai vạt da lên trên và xuống dưới. Mở dọc qua cân cổ trước khí quản, bộc lộ rõ thùy tuyến giáp chứa khối u.

• Phẫu tích bộc lộ động mạch giáp trên và giáp dưới. Sử dụng dao Ligasure cắt động mạch theo thứ tự.

• Tìm và bộc lộ các tuyến cận giáp và thần kinh thanh quản quặt ngược.

• Tiến hành cắt tuyến giáp phụ thuộc vào chỉ định điều trị: cắt toàn bộ tuyến giáp, cắt thùy và eo tuyến giáp. Kiểm tra, cầm máu. Đóng cân cơ, đóng da.

✓Các chỉ số phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật, thời gian hậu phẫu, đau sau mổ; tai biến, biến chứng: khàn tiếng, chảy máu, tụ máu, hạ canxi máu, nhiễm trùng.

2.3.4. Phương pháp phẫu thuật nạo vét hạch cổ

✓Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản

✓Dụng cụ phẫu thuật: dụng cụ phẫu thuật mở, dao siêu âm, dao điện.

✓Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, kê gối vai ngửa cổ tối đa, cổ quay về phía đối diện, hai tay khép.

✓Các bước phẫu thuật:

• Rạch da: Rạch da qua lớp cơ bám da cổ

• Nạo vét hạch:

- Khoang trung tâm: Giới hạn phía trong là trục khí quản và thực quản, giới hạn ngoài là động mạch cảnh trong, giới hạn trên là sụn giáp, giới hạn dưới là trung thất trên. Tách hạch dọc theo đường đi của dây thần kinh quặt ngược, lấy bỏ toàn bộ hạch gồm cả tổ chức mỡ từ trên xuống dưới bao gồm các hạch trước, cạnh bên khí quản.

- Khoang bên: Giới hạn phía ngoài động mạch cảnh trong. Loại bỏ toàn bộ tổ chức mỡ và hạch, bảo tồn cơ ức đòn chũm, tĩnh mạch cảnh trong, dây thần kinh X.

• Tiến hành lấy hạch cổ bên đối diện tương tự (nếu có di căn hạch cổ hai bên)

• Đóng vết mổ: Tiến hành khâu tổn thương và đặt dẫn lưu dịch tại các khoang nạo vét hạch cổ.

✓Các chỉ số phẫu thuật**:** thời gian hậu phẫu, thời gian rút dẫn lưu, đau sau mổ; tai biến, biến chứng: khàn tiếng, chảy máu, tụ máu, hạ canxi máu, nhiễm trùng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Tuổi và giới

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới tính

Đặc điểm		Giới tính		Tổng
		Nam	Nữ	
Độ tuổi	<55	3	45	48
	≥ 55	0	14	14
Tổng		3	59	62
Trung bình (min – max)		45,8 ±12,2 (17-70)		

Nữ giới chiếm 95,2%, tỉ lệ nữ/nam là 19,7/1. Phần lớn BN < 55 (77,4%)

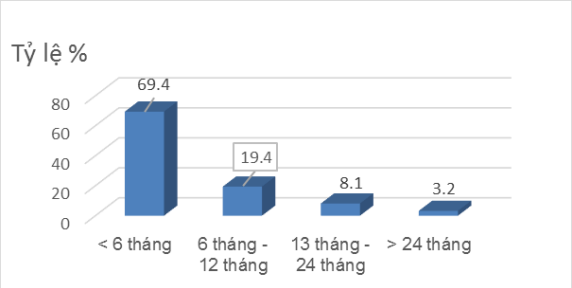
Tuổi trung bình là 45,8 ±12,2 tuổi, BN trẻ tuổi nhất là 17 tuổi, lớn tuổi nhất là 70 tuổi

Lý do vào viện:

Bảng 2. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số người bệnh	Tỉ lệ (%)
Khám sức khỏe định kỳ	29	46,8
Tự sờ thấy u vùng cổ	17	27,4
Triệu chứng di căn xa	0	0
Nuốt vướng	6	9,6
Khàn tiếng	5	8,1
Nổi hạch cổ	5	8,1
Tổng	**62**	**100**

Thời gian phát hiện bệnh



Biểu đồ 1. Thời gian phát hiện bệnh

Đặc điểm u trên lâm sàng:

Tỉ lệ sờ thấy u khi khám lâm sàng là 69,4%

U ở thùy phải chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 46,5%; Mật độ u cứng chắc chiếm 90,7%. U di động trên khám lâm sàng chiếm 83,7%

Đặc điểm u trên siêu âm

Về vị trí u: U thùy phải 53,2%. U thùy trái 37,1%. U eo giáp 3,2%. U 2 thùy 6,5%.

Về số lượng u: 88,7% người bệnh có 1 u. 11,3% người bệnh có từ 2 u trở lên.

Về phân loại TIRADS: Phân loại TIRADS 5 chiếm phần lớn (61,3 %), phân loại TIRADS 4 chiếm 35,5%; phân loại TIRADS 3 chỉ 3,2%.

3.2. Điều trị

Phương pháp phẫu thuật

Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật

Các phương pháp phẫu thuật		Số người bệnh	Tổng
Cắt thùy + eo giáp	Không vét hạch	0	19
	Có vét hạch	19	
Cắt tuyến giáp toàn bộ	Không vét hạch	0	43
	Có vét hạch	43	
Tổng			62

Tình trạng di căn hạch

66,1% người bệnh có di căn hạch cổ

Bảng 4. Mối liên quan giữa tỉ lệ di căn hạch cổ và các yếu tố nguy cơ

Đặc điểm		Tình trạng di căn hạch		Giá trị p
		Có di căn hạch	Không di căn hạch	
Tuổi	<55	38	8	p < 0,05
	≥ 55	3	13	
Giới	Nữ	39	19	p < 0,05
	Nam	2	2	
Ung thư 1 thùy		37	58	
Kích thước u	≤40 mm	39	21	p < 0,05
	>40mm	2	0	

Giai đoạn bệnh

Bảng 5. Phân loại giai đoạn bệnh sau phẫu thuật

Giai đoạn	Số người bệnh	Tỉ lệ (%)
T1	43	69,4
T2	17	27,4
T3	2	3,2
T4	0	0
N0	21	33,8
N1a	28	45,2
N1b	13	21
M0	62	100
M1	0	0
Giai đoạn I	51	82,3
Giai đoạn II	8	12,9
Giai đoạn III	3	4,8
Giai đoạn IV	0	0

Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 6. Biến chứng sớm

Các biến chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Khàn tiếng	5	8,1
Tê bì chân tay	11	17,7
Chảy máu	1	1,6
Nhiễm trùng	0	0
Các biến chứng khác (tụ máu, tràn khí dưới da, rò ống ngực, thủng thực quản)	0	0

Bảng 7. Biến chứng kéo dài

Các biến chứng	1 tháng	3 tháng	> 6 tháng
Khàn tiếng	3	1	1
Cơn co rút ngón tay, chân	8	2	0

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi, giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 45,8± 12,2; thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 70 tuổi, nhóm bệnh nhân <55 tuổi chiếm đa số với 77,4%, nhóm bệnh nhân ≥ 55 tuổi chiếm 22,6%. Độ tuổi và sự phân bố theo nhóm tuổi có sự khác biệt giữa các nghiên cứu. Theo Trần Văn Thông thì tuổi mắc bệnh trung bình 43,27 ± 14,71 tuổi, nhỏ nhất là 21 tuổi và cao nhất là 80 tuổi[3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nữ giới chiếm tỉ lệ 95,2%, nam giới chiếm tỉ lệ 4,8%, tỉ lệ nữ/nam là 19,7/1. Giới tính cũng là một yếu tố có ý nghĩa tiên lượng trong UTTG cũng như UTTG thể nhú. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tiến Lãng trong số 195 bệnh nhân có 22 nam chiếm 11,3%, 173 bệnh nhân nữ chiếm 88,7%[4].

Lý do vào viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi khám sức khỏe định kỳ tình cờ phát hiện khối u tuyến giáp là lý do vào viện chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 46,8 % trường hợp UTTG thể nhú. Bệnh nhân tự sờ thấy u vùng cổ chiếm tỉ lệ 27,4%. Tuy nhiên theo nghiên cứu của tác giả Lê Văn Quảng (2002) nguyên nhân thường gặp nhất là tự sờ thấy khối u vùng cổ, chiếm 68,5%[5]. Đa số bệnh nhân đều được phát hiện bệnh tình cờ, tỉ lệ tự sờ thấy khối u vùng cổ thấp hơn cho thấy ngày nay bệnh nhân đi khám sức khỏe định kì thường xuyên hơn và nhờ phương tiện chẩn đoán hình ảnh siêu âm đơn giản đã phát hiện bệnh sớm hơn khi chưa có triệu chứng lâm sàng.

Thời gian phát hiện bệnh. Trong nghiên cứu này phần lớn bệnh nhân đến viện tương đối sớm, sau khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến khi bệnh nhân đến viện, thì khoảng thời gian dưới 6 tháng chiếm 69,4%, kết quả nghiên cứu của của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tiến Lãng 51,3%[4]. Điều này cho thấy vấn đề nhận thức và quan tâm bệnh tật nói chung của người dân được đã được nâng cao cùng với sự phát triển mạnh của xã hội, đặc biệt là vấn đề truyền thông y tế cùng với chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế do vậy bệnh tật ngày càng được phát hiện sớm. Tuy nhiên vẫn còn một bộ phận người dân chưa thực sự quan tâm tới bệnh tật của mình, vẫn có 3,2% đến viện sau 2 năm.

Khám lâm sàng tuyến giáp. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ sờ thấy u trên lâm sàng là 69,4%.

Về vị trí của khối u, phần lớn các trường hợp gặp ở một thùy với tỉ lệ thùy phải và thùy trái lần lượt là 46,5% và 39,5%. U cũng có thể gặp ở eo giáp với tỉ lệ 4,7%. Tỷ lệ này gần tương tự so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tiến Lãng (2008), u ở thùy phải gặp 33,8% và u ở thùy trái gặp 32,3%, u hai thùy gặp 27,2%[4].

Mật độ khối u trong nghiên cứu này cho thấy 90,7% các trường hợp khối u có mật độ chắc, đây cũng là một đặc điểm quan trọng đánh giá tính chất của một ung thư. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, hầu hết các trường hợp khối u tuyến giáp có mật độ cứng chắc. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Phong (2011), mật độ cứng chắc là 93,3%[6].

Về độ di động của khối u: 83,7% trường hợp khối u di động. Kết quả này cũng tương tự ở các nghiên cứu trước đây. Theo tác giả Lê Văn Quảng (2002), u có ranh giới rõ chiếm 83,1%[5]. Điều này có thể giải thích là người bệnh đi khám và phát hiện bệnh sớm, khi khối u chưa xâm lấn ra tổ chức xung quanh nên khối u vẫn còn di động.

Siêu âm tuyến giáp. Vị trí u trên siêu âm: Đa số các trường hợp gặp u ở 1 thùy tuyến giáp với tỷ lệ 93,5%. Có 6,5% trường hợp có u ở cả 2 thùy, 3,2% gặp u ở eo giáp. Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Trần Văn Thông[3].

Phân độ TIRADS: Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân loại TIRADS 5 chiếm phần lớn (61,3 %), tiếp đến là phân loại TIRADS 4 chiếm 35,5%; phân loại TIRADS 3 chỉ 3,2%, không có trường hợp nào TIRADS 1 và 2. Kết quả của chúng tôi gần tương đương với nghiên cứu của Hoàng Huy Hùng[7]. Như vậy đa số các trường hợp UTTG sẽ có TIRADS 4 và 5 trên siêu âm, nhưng TIRADS 3 vẫn chưa thể loại trừ UTTG. Kết quả TIRADS 1 và 2 trên siêu âm có thể khẳng định gần như chắc chắn tổn thương đó là lành tính.

4.2. Kết quả điều trị

Phương pháp phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 69,4% là cắt toàn bộ tuyến giáp, 30,6% là cắt thùy và eo tuyến giáp. Tỷ lệ này của chúng tôi so sánh với tỉ lệ trong nghiên cứu của tác giả Trần Văn Thông với (81,43%) là cắt toàn bộ tuyến giáp, (12,86%) cắt gần toàn bộ tuyến giáp và chỉ có (5,71%) là cắt thùy và eo tuyến giáp[3].

Tình trạng di căn hạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi có toàn bộ bệnh nhân được vét hạch cổ, trong đó tỷ lệ vét hạch cổ trung tâm là 79%, tỷ lệ vét hạch cổ bên là 21%. Tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn với kết quả của tác giả Trần Văn Thông với (50%) bệnh nhân được vét hạch cổ, trong đó tỷ lệ vét hạch cổ một bên là (38,57%), hai bên là (11,4%)[3]

Giai đoạn bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu gặp ở giai đoạn I với tỷ lệ 82,3%, có 12,9% trường hợp ở giai đoạn II, 4,8% trường hợp ở giai đoạn III, không có trường hợp nào ở giai đoạn IV. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Văn Quảng, giai đoạn I là (65,6%) và giai đoạn IV là (4,2%)[5].

Biến chứng sau mổ. Trong số 62 bệnh nhân phẫu thuật của chúng tôi không có tai biến nào xảy ra trong phẫu thuật. Trong 24h đầu sau phẫu thuật có 8,1% khàn tiếng tạm thời sau mổ trong 24h đầu và 17,7% xuất hiện cơn co rút ngón tay, chân và có 1 trường hợp (1,6%) bị chảy máu phải mổ lại. Qua nghiên cứu của chúng tôi gặp tỷ lệ gặp bệnh nhân hạ calci máu sau mổ thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Pisanu và CS tỷ lệ hạ calci máu cao nhất sau 24h là (29,5%)[8]. Tình trạng hạ calci này có thể do phẫu thuật rộng gây phù nề tụ máu xung quanh vùng tuyến cận giáp hoặc do hạch di căn xung quanh dây thần kinh quặt ngược nên khi bóc tách dễ bị tổn thương tuyến cận giáp (đặc biệt là động mạch nuôi tuyến cận giáp). Ngoài ra tình trạng hạ calci máu còn phụ thuộc vào loại phẫu thuật và trình đô, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, nó tỷ lệ thuận với mức độ phẫu thuật rộng rãi, mức độ xâm lẫn của ung thư và nó tỷ lệ nghịch với trình độ, kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên.

Trong phẫu thuật UTTG các biến chứng hay gặp và kéo dài nhất vẫn là các biến chứng về tuyến cận giáp và tổn thương dây thần kinh quặt ngược. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ gặp biến chứng về dây thần kinh quặt ngược gặp cao nhất là sau phẫu thuật trong 24h đầu (8,1%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả của tác giả Trần Văn Thông (11,43%)[3]. Điều này có thể do phẫu thuật viên của chúng tôi đã có kinh nghiệm, phương tiện phẫu thuật được trang bị tốt, mặt khác số lượng bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn và ở giai đoạn sớm hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả đối với bệnh ung thư tuyến giáp thể nhú. Tại Viện Y học phóng xạ và u bướu quân đội phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm ưu thế tuy nhiên tỉ lệ phẫu thuật cắt thùy và eo giáp đang tăng dần do người bệnh đến khám sớm. Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả, ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018:** GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018. 68(6):394-424.
2. **Ricardo V L, Robert Y.Osamura et al.** WHO classification of tumours of endocrine organs: IARC; 2017.
3. **Trần Văn Thông** (2014), Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học 2014, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Tiến Lãng** (2008), "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp phối hợp với I131 điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa" Luận văn tốt nghiệp BS CK II, Hà Nội, 66 – 92. 34.
5. **Lê Văn Quảng.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992-2000. Tạp Chí Y Học. 2002.323-326.
6. **Nguyễn Xuân Phong.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm trong ung thư biểu mô tuyến giáp. 2011. Đại học Y Hà Nội
7. **Hoàng Huy Hùng** (2016), Đánh giá di căn hạch của ung thư biểu mô tuyến giáp, Luận văn tốt nghiệp BSNT, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Podda M, Saba A, Porru F, Reccia I, Pisanu A.** Follicular thyroid carcinoma: differences in clinical relevance between minimally invasive and widely invasive tumors. World journal of surgical oncology. 2015. 13(1):193.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BONG VÕNG MẠC DÙNG ĐÈN NỘI NHÃN CHANDELIER ĐIỀU TRỊ BONG VÕNG MẠC NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Đức Anh[1], Đặng Trần Đạt[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bong võng mạc nguyên phát bằng phương pháp phẫu thuật bong võng mạc kinh điển dùng đèn nội nhãn chandelier. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không có nhóm đối chứng trên 15 bệnh nhân được phẫu thuật bong võng mạc kinh điển dùng đèn nội nhãn chandelier điều trị bong võng mạc nguyên phát tại khoa Dịch kính - Võng mạc Bệnh viện Mắt Trung Ương từ 07/2021 đến 07/2022. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 15 mắt của 15 bệnh nhân. Tuổi trung bình bệnh nhân đến khám 51,40 ± 15,97 (17 - 75 tuổi) với nam 66,7%, nữ 33,3%. Thị lực chỉnh kính tối đa (BCVA) trung bình trước điều trị 1,54 ± 0,74 logMAR. Mức độ bong võng mạc 1 góc phần tư, 2 góc phần tư và 3 góc phần tư và toàn bộ lần lượt là 20%, 40%, 13,3% và 26,7%. Kết quả giải phẫu 80% (12/15 mắt) thành công sau 1 lần phẫu thuật và 100% (15/15 mắt) sau lần phẫu thuật cuối cùng. Kết quả thị lực tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật cải thiện đáng kể 0,62 ± 0,46 logMAR (p = 0,001). **Kết luận:** Phẫu thuật bong võng mạc kinh điển có dùng đèn nội nhãn chandelier là một phương pháp mới, cho kết quả khả quan trong điều trị bong võng mạc nguyên phát.

Từ khóa: phẫu thuật bong võng mạc kinh điển, bong võng mạc nguyên phát, đèn nội nhãn chandelier.

SUMMARY

CLINICAL OUTCOMES OF CHANDELIER-ASSISTED SCLERAL BUCKLING FOR MANAGEMENT OF PRIMARY RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT

Purpose: To evaluate the clinical outcome of chandelier-assisted scleral buckling for management of primary rhegmatogenous retinal detachment. **Methods:** This is a ramdomized uncontrolled interventional study of chandelier-assisted scleral buckling for management of primary rhegmatogenous retinal detachment in VINO from 07/2021 to 07/2022. **Outcomes:** This study include 15 eyes of 15 patients who were operated at vitreo-retinal department in VINO aged 17 – 75 years with a mean age of 51.40 ± 15.97 years old. 66.7% were male and 33.3% were female. Mean preoperative best-corrected visual acuity (BCVA) was 1.54 ± 0.74 logMAR units. Quadrants of RD were 20% with 1 quadrant, 40% with 2 quadrants, 13.3% with 3 quadrants and 26.7% with 4 quadrants (including total retinal detachment). Primary and final anatomical success rates were 80% (12/15 eyes) and 100% (15/15 eyes), respectively. The final BCVA was 0.62 ± 0.46 logMAR units (p = 0.001). **Conclusion:** Scleral buckle using a chandelier endoilluminator is a modified new technique and may be a valid option for the management of rhegmatogenous retinal detachments.

Keywords: scleral buckling, rhegmatogenous retinal detachment, chandelier endoilluminator

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong võng mạc có vết rách là bệnh lý nặng có khả năng gây mù loà cao và là một cấp cứu nhãn khoa cần được can thiệp phẫu thuật sớm. Có 2 nhóm phương pháp phẫu thuật bong võng mạc là phẫu thuật bong võng mạc kinh điển và phẫu thuật cắt dịch kính điều trị bong võng mạc.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Mắt Trung Ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Anh
Email: dukeank.vnio@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.9.2022
Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022
Ngày duyệt bài: 22.11.2022