

ĐM gan (51%, 34%), nhóm chỉ cắt tĩnh mạch cửa (51%, 27%) và nhóm cắt cả ĐM và TM (40%, 20%) với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều đó cho thấy, việc cắt ĐM gan do u xâm lấn không phải là yếu tố tiên lượng xấu ảnh hưởng đến thời gian sống sau mổ. Tuy nhiên ở nhóm có mức CA 19-9 thấp (dưới 37 U/ml), thời gian sống thêm trung bình ở nhóm có cắt mạch máu dài hơn đáng kể (50 tháng so với 34 tháng), còn với mức CA 19-9 cao hơn, thời gian sống thêm trung bình tương đương nhau giữa 2 nhóm [3].

V. KẾT LUẬN

Ung thư đường mật quanh rốn gan là bệnh ác tính cao với tỉ lệ sống trên 5 năm thấp. Phẫu thuật cắt gan, đường mật ngoài gan, vét hạch kèm cắt mạch máu đồng thời trong điều trị ung thư đường mật quanh rốn gan xâm lấn mạch là phẫu thuật khó giúp kéo dài thời gian sống sau mổ cho bệnh nhân. Tuy nhiên, phẫu thuật viên phải nắm chắc giải phẫu gan, cổng gan, các kỹ thuật phẫu tích và xử lý mạch máu và cần nghiên cứu kỹ đánh giá đúng tổn thương trước mổ qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, lên phương án phẫu thuật hợp lý để có thể đạt được R0 – con đường quan trọng hàng đầu giúp kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Michelle L. DeOliveira et al., "Cholangiocarcinoma," *Annals of Surgery* 245, no.

5 (May 2007): 755–62, <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000251366.62632.d3>.

2. Jeroen L. A. van Vugt et al., "The Prognostic Value of Portal Vein and Hepatic Artery Involvement in Patients with Perihilar Cholangiocarcinoma," *HPB* 20, no. 1 (January 1, 2018): 83–92, <https://doi.org/10.1016/j.hpb.2017.08.025>.
3. T Sugiura et al., "Major Hepatectomy with Combined Vascular Resection for Perihilar Cholangiocarcinoma," *BJS Open* 5, no. 4 (August 5, 2021): zrab064, <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrab064>.
4. Gerald Klatskin, "Adenocarcinoma of the Hepatic Duct at Its Bifurcation within the Porta Hepatis," *The American Journal of Medicine* 38, no. 2 (February 1965): 241–56, [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(65\)90178-6](https://doi.org/10.1016/0002-9343(65)90178-6).
5. A Nakeeb et al., "Cholangiocarcinoma. A Spectrum of Intrahepatic, Perihilar, and Distal Tumors," *Annals of Surgery* 224, no. 4 (October 1996): 463–75.
6. T Ebata et al., "Proposal to Modify the International Union Against Cancer Staging System for Perihilar Cholangiocarcinomas," *British Journal of Surgery* 101, no. 2 (December 23, 2013): 79–88, <https://doi.org/10.1002/bjs.9379>.
7. Takehiro Noji et al., "Concomitant Hepatic Artery Resection for Advanced Perihilar Cholangiocarcinoma: A Narrative Review," *Cancers* 14, no. 11 (May 27, 2022): 2672, <https://doi.org/10.3390/cancers14112672>.
8. Hiroshi Shimada et al., "Hepatic Resection Combined with Portal Vein or Hepatic Artery Reconstruction for Advanced Carcinoma of the Hilar Bile Duct and Gallbladder," *World Journal of Surgery* 27, no. 10 (October 2003): 1137–42, <https://doi.org/10.1007/s00268-003-6801-6>.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT MỘNG THỊT GHEP KẾT MẠC RỜI BẰNG KEO FIBRIN TỰ THÂN

Phan Nhã Uyên¹, Phạm Như Vĩnh Tuyên¹,
Hồ Nhật Quang¹, Trần Xuân Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của mộng thịt và đánh giá hiệu quả cố định mảnh ghép kết mạc trong phẫu thuật điều trị mộng thịt của phương pháp tạo keo fibrin tự thân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 30 mắt của 30 bệnh nhân mộng thịt đến khám và phẫu thuật tại Khoa Mắt – Bệnh viện Trung ương Huế - Cơ sở 2 từ tháng 03/2023 đến tháng 08/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 54,36 ± 15,78

tuổi, có môi trường làm việc ngoài trời chiếm tỷ lệ 93,3% và đều cư trú ở khu vực nông thôn. Thị lực trung bình trước phẫu thuật, sau 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 0,57 ± 0,19; 0,68 ± 0,17; 0,70 ± 0,18; 0,71 ± 0,16. Độ loạn thị trung bình trước, sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng lần lượt là 1,58 ± 0,69; 1,02 ± 0,39 và 0,98 ± 0,36. 100% phục hồi giác mạc tốt sau phẫu thuật 1 tháng. Phục hồi thẩm mỹ vùng ghép vạt tốt sau 1 tuần chiếm 93,33% và 100% sau 1 tháng. Biến chứng sau phẫu thuật 1 ngày co rút mảnh ghép 3,33%, sau 1 tuần có phủ mảnh ghép chiếm 6,67% và hoàn toàn ổn định sau 1 tháng. **Kết luận:** Keo fibrin tự thân có khả năng cố định mảnh ghép tốt. Đây là phương pháp an toàn về phương diện y học. Bệnh nhân không còn cảm giác kích thích do chỉ khâu mảnh ghép gây nên. Kết quả hậu phẫu đạt hiệu quả cao về tính thẩm mỹ và ít biến chứng. **Từ khóa:** mộng thịt, keo fibrin tự thân, kết mạc tự thân.

¹Bệnh viện Trung ương Huế - Cơ sở 2
Chịu trách nhiệm chính: Phan Nhã Uyên
Email: phannhauyen15@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.4.2024
Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024
Ngày duyệt bài: 4.7.2024

SUMMARY**EVALUATION OF GRAFT ADHERENCE USING AUTOLOGOUS FIBRIN GLUE IN PTERYGIUM SURGERY**

Objective: To describe clinical signs of pterygium and evaluate the effectiveness of conjunctival graft fixation in pterygium treatment by autologous fibrin glue. **Subject and method:** Prospective descriptive no control study with clinical intervention in 30 eyes of 30 patients with pterygium in Hue Central Hospital 2nd branch from March 2023 to August 2023. **Result:** The mean age of patients was $54,36 \pm 15,78$. Outdoor working environment accounts for 93.3% and all reside in rural areas. The mean VA before and after surgery 1 week, 1 month, 3 months was in turn 0.57 ± 0.19 ; 0.68 ± 0.17 ; 0.70 ± 0.18 ; 0.71 ± 0.16 . The mean astigmatism before and after surgery 1 week, 1 month, 3 months was in turn 1.58 ± 0.69 ; 1.02 ± 0.39 và 0.98 ± 0.36 . All cases recovered the corneal surface well 1 month after surgery. Good aesthetic recovery of the grafting area after 1 week reached 93.33% and 100% after 1 month. Complication after surgery 1 week was only graft edema accounting for 6.67% and completely stabled after 1 month. **Conclusion:** Autologous fibrin glue has good graft fixation. This is a medically safe method. The patient no longer feels the irritation caused by the suture of the graft. Post-operative results were highly effective in terms of aesthetics and less complications. **Keywords:** pterygium, autologous fibrin glue, conjunctival autograft

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mộng thị là khối tăng sản xơ mạch của kết mạc nhãn cầu. Bệnh có thể tiến triển chậm nhưng cũng có thể xâm lấn rất nhanh vào trung tâm giác mạc gây ảnh hưởng trực tiếp đến thị lực cũng như thẩm mỹ mắt. Bệnh hay gặp trên những bệnh nhân sống ở vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới, nơi có khí hậu nóng ẩm, thời lượng nắng cao, đặc biệt ở nơi có nhiều gió cát [5].

Về điều trị, phẫu thuật là phương pháp chủ yếu. Hiện nay, ghép kết mạc tự thân và ghép màng ối là những phương pháp phẫu thuật điều trị mộng thị được ưa chuộng, trong đó, đa số tác giả nhận định phẫu thuật ghép kết mạc tự thân vẫn là phương pháp ưu việt nhất. Có nhiều phương pháp để cố định mảnh kết mạc ghép, như khâu bằng chỉ không tiêu hoặc tự tiêu, dán keo fibrin sinh học, vốn có nguồn gốc từ huyết tương người, hoặc bằng fibrin tự thân. Có thể thay thế chỉ khâu là dùng keo sinh học như keo fibrin để cố định mảnh ghép. Ưu điểm của phương pháp này là dễ dàng cố định mảnh ghép, thời gian phẫu thuật ngắn hơn và giảm biến chứng cũng như khó chịu sau mổ [5]. Tuy nhiên, vẫn có những trở ngại, nhất là giá thành cao và nguy cơ nhiễm trùng khi sử dụng keo. Ngoài ra, hợp chất fibrinogen trong keo sinh học

cũng rất dễ bị bất hoạt bởi iodine, vốn được sử dụng để sát trùng kết mạc trước phẫu thuật [6]. Bên cạnh những lựa chọn này, nhiều nghiên cứu đã chứng minh được kết quả thành công khi không dùng chỉ khâu lẫn keo sinh học mà dùng chính fibrin tự thân [3], [4]. Kết quả cho thấy kỹ thuật này có hiệu quả trong việc giảm đau và cảm giác châm chích sau phẫu thuật so với kỹ thuật khâu mảnh ghép truyền thống, giúp bệnh nhân duy trì các hoạt động hằng ngày một cách bình thường ngay sau phẫu thuật.

Đã có nhiều nghiên cứu quốc tế đánh giá về tỉ lệ thành phần tạo keo từ máu tự thân, áp dụng của keo fibrin từ máu tự thân đặc biệt trong lĩnh vực nhãn khoa. Alson và cộng sự đã nghiên cứu tạo keo từ máu tự thân từ 2007. Nghiên cứu gần nhất trong lĩnh vực nhãn khoa của nhóm tác giả Fernández-Vega-Cueto (2022) cho thấy rằng đây là một phương pháp đơn giản, an toàn và hiệu quả. Tại Việt Nam, các nghiên cứu của các tác giả Huỳnh Duy Thảo, Vũ Thị Kim Liên và cộng sự ... bước đầu cho thấy hiệu quả của phương pháp này [4],[2]. Do vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "*Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cắt mộng thị ghép kết mạc bằng keo fibrin tự thân*", nhằm 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng của mộng thị.*
2. *Đánh giá hiệu quả của phương pháp tạo keo fibrin tự thân cố định mảnh ghép kết mạc trong phẫu thuật điều trị mộng thị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân bị mộng thị được phẫu thuật bằng phương pháp cắt mộng và ghép kết mạc tự thân tại Khoa Mắt, Bệnh viện Trung ương Huế - Cơ sở 2 từ tháng 3/2023 đến tháng 8/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân bị mộng thị góc mũi nguyên phát độ II và độ III. Tuổi ≥ 20 . Các bệnh nhân hợp tác nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp sẹo kết mạc không lấy được vạt kết mạc.

- Các trường hợp có chống chỉ định: Những bệnh nhân có các viêm nhiễm cấp tính ở mắt như: viêm kết mạc, viêm loét giác mạc, viêm màng bồ đào, viêm túi lệ... Đang mắc bệnh toàn thân cần ưu tiên điều trị. Bệnh nhân không đủ điều kiện đến tái khám theo lịch hẹn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Các số liệu được ghi nhận, nhập số liệu và xử lý bằng chương trình SPSS 22.0

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả, tiến

cứ, có can thiệp lâm sàng, không có đối chứng.

2.2.2. Các bước nghiên cứu

- Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu
- Khai thác thông tin hành chính, bệnh sử, tiền sử

- Khám lâm sàng, cận lâm sàng
- Chuẩn bị keo fibrin trước phẫu thuật
- Tiến hành phẫu thuật
- Đánh giá, theo dõi hậu phẫu
- Thống kê, phân tích số liệu

2.2.3. Các bước tiến hành tạo keo

- Chuẩn bị keo dán tự thân fibrin: Keo dán tự thân được chuẩn bị trong vòng 6h trước phẫu thuật. Lấy khoảng 8.5 - 10ml máu, được chia vào 2 tube và được chống đông citrate. Mỗi tube sẽ được dùng để thu nhận fibrinogen và thrombin. Toàn bộ quá trình được tiến hành trong điều kiện vô trùng.

- Tiến hành thu nhận Fibrinogen

B1. Máu sau thu nhận đem quay ly tâm trong 05 phút, ở tốc độ (RCF) 2.500g, thu nhận khoảng 3-4 ml huyết tương nghèo tiểu cầu.

B2. Phần huyết tương thu được đem đông lạnh ở -20°C trong 1 giờ. Sau đó tiến hành rã đông mẫu ở 2-4°C trong khoảng thời gian 4-6 giờ.

Rã đông huyết tương ở 2-4°C để thu được fibrinogen ở dạng tủa lơ lửng trong huyết tương.

B3. Ly tâm phần huyết tương đã rã đông trong 05 phút, ở tốc độ (RCF) 2.500g. (để tủa fibrinogen lắng xuống đáy ống nghiệm)

B4. Sau khi quay ly tâm, loại bỏ phần dịch nổi, chứa lại khoảng 1 ml dịch trong ống nghiệm, trộn đều. (loại bỏ dịch nổi nghèo fibrinogen để tăng nồng độ fibrinogen thu được)

B5. Phần dung dịch này chứa fibrinogen nồng độ cao và bảo quản ở nhiệt độ -20°C, thời gian sử dụng trong vòng 1 tháng.

Kết quả: Dung dịch fibrinogen (1ml).

- Tiến hành thu nhận thrombin

B1. Máu sau thu nhận được để yên ở 4°C trong khoảng 3-4 giờ hoặc ly tâm nhẹ với tốc độ khoảng 100-300g trong 05 phút. (để thu huyết tương giàu tiểu cầu)

B2. Lấy 1,5 ml huyết tương giàu tiểu cầu tách được ở B1 và 0,06 ml canxi chloride 10% vào ống nghiệm vô trùng. Lắc đều hỗn dịch ủ trong nước 37°C khoảng 15 phút (hoặc để ở nhiệt độ phòng trong khoảng 30 phút) cho đến khi hình thành cục đông.

B3. Loại bỏ cục đông thu được dung dịch thrombin màu vàng rơm. Rút dịch thrombin cho vào tube bảo quản (1ml dung dịch thrombin).

B4. Các tube thrombin này được bảo quản ở nhiệt độ -200C, có thể sử dụng trong vòng 1 tháng.

Kết quả: Dung dịch thrombin (1ml).

- Phương thức sử dụng

Trước khi sử dụng thì các tube chứa fibrinogen và thrombin phải được rã đông ở nhiệt độ phòng khoảng 5 phút. Khi trộn đều hai thành phần này lại với nhau sẽ xuất hiện khối keo. Thời gian tạo keo nằm trong khoảng từ 1-5 phút, khối keo tạo thành có màu vàng chanh, trong suốt.

Nên trải đều lớp fibrinogen trước trên bề mặt cần dán dính (bề mặt vết thương), sau đó mới trải đều lớp thrombin lên phía trên bề mặt lớp fibrinogen.

Thời gian cần thiết để tạo được keo fibrin (từ lúc thu nhận máu đến lúc tạo thành sản phẩm) trong khoảng thời gian là 6 giờ. Nếu không sử dụng ngay có thể bảo quản hai thành phần tạo keo là fibrinogen và thrombin riêng lẻ ở nhiệt độ -200C, thời hạn sử dụng trong vòng 1 tháng

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	N(%)	
Giới tính	Nam	19 (63,3)
	Nữ	11 (36,7)
Tuổi	20-40	2 (6,7)
	40-60	22(73,3)
	>60	6(20)
Môi trường làm việc	Trong nhà	2 (6,7)
	Ngoài trời	28 (93,3)
Nơi sống	Nông thôn	30 (100)

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Thị lực, phân độ và hình thái mộng. Thị lực trung bình trước phẫu thuật, sau 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 0,57 ± 0,19; 0,68 ± 0,17; 0,70 ± 0,18; 0,71 ± 0,16.

Độ loạn thị trung bình trước và sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng lần lượt là 1,58 ± 0,69; 1,02 ± 0,39 và 0,98 ± 0,36.

Tỷ lệ mộng thịt độ II của nhóm nghiên cứu là 57.7% và mộng thịt độ III chiếm 43.3%. Tỷ lệ mộng trung gian chiếm nhiều nhất, đạt 53,3%. Tỷ lệ mộng teo và mộng dày lần lượt là 20% và 26,7%.

3.2.2. Triệu chứng cơ năng trước phẫu thuật. Cộm xốn 30 mắt (100%), Chảy nước mắt có 26 mắt (86,7%), Đỏ mắt có 28 mắt (93,3%)

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1. Kết quả về chức năng

Mức độ kích thích sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật 1 ngày kích thích nhẹ có 28 ca (93,3%), 2 ca kích thích trung bình (6,7%). Triệu chứng kích thích biến mất hoàn toàn sau 1 tuần trừ 2 ca có biểu hiện phù mảnh ghép thì

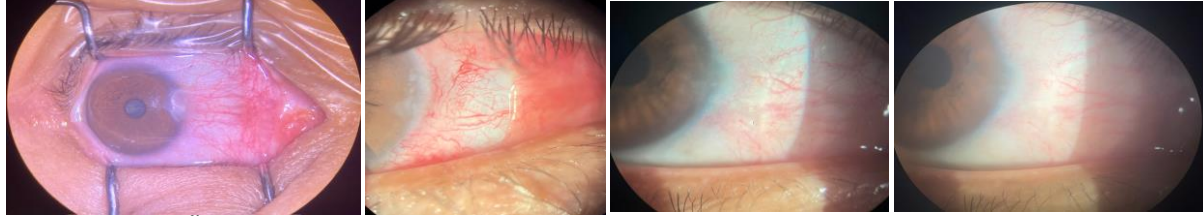
kích thích nhẹ. Và 100% không còn kích thích nào sau 1 tháng, 3 tháng.

3.3.2. Kết quả về cấu trúc giải phẫu. Sự phục hồi vùng giác mạc bị mộng thịt xâm lấn

Sau 3 tháng, mức độ phục hồi giác mạc trong, không sẹo chiếm 76,7%. Các trường hợp

còn lại có sẹo trắng mờ ở giác mạc.

Và 60% mắt có vạt ghép kết mạc đạt loại A (trong, mỏng, trơn láng, không cương tụ, không tân mạch, không sẹo). 40% mắt còn lại có vạt ghép đạt loại B (hồng, mỏng, trơn láng, không cương tụ, không tân mạch, không sẹo).



Trước phẫu thuật

Sau PT 1 ngày

Sau PT 1 tuần

Sau PT 1 tháng

Hình 3.1. Hình ảnh trước và sau phẫu thuật mộng thịt

3.4. Biến chứng. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào gặp tai biến trong phẫu thuật như thủng giác mạc, tổn thương cơ trực,...

Về biến chứng hậu phẫu thuật không có hiện tượng lệch mảnh ghép, mất mảnh ghép, dính mi cầu và u hạt viêm. Có 1 trường hợp co rút mảnh ghép ngay thứ nhất sau phẫu thuật, có 2 trường hợp phù mảnh ghép sau 1 tuần được điều trị bổ sung với corticoid nhỏ mắt và đường uống.

3.5. Tái phát. Sau 3 tháng, nhóm nghiên cứu chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát.

IV. KẾT LUẬN

Keo fibrin tự thân có khả năng cố định mảnh ghép tốt. Đây là phương pháp an toàn về phương diện y học. Bệnh nhân không còn cảm giác kích thích do chỉ khâu mảnh ghép gây nên. Kết quả hậu phẫu đạt hiệu quả cao về tính thẩm mỹ và ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Biên Cường** (2016), Đánh giá kết quả điều trị mộng thịt bằng phẫu thuật ghép kết mạc tự thân, Luận văn Bác sĩ Nội Trú chuyên ngành Nhãn khoa, Trường Đại học Y Dược Huế.
2. **Vũ Thị Kim Liên, Hoàng Thu Soan, Hoàng Thị Minh Châu, Nguyễn Huy Bình** (2018), "Phương pháp tạo keo fibrin từ huyết tương người", Tạp chí Y học Việt Nam, 472(11), tr. 753-760.
3. **Vũ Thị Kim Liên và cộng sự** (2021), "Phương pháp tạo keo fibrin tự thân cố định mảnh ghép trong phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 139 (3), tr. 170-179.
4. **Huỳnh Duy Thảo** (2015), "Bước đầu đánh giá hiệu quả tạo keo dán fibrin tự thân điều trị phẫu thuật mộng thịt trong nhãn khoa", Y học TP.Hồ Chí Minh. 19 (6), tr. 94-99.
5. **Fernández-Vega-Cueto L, Persinal-Medina M et al** (2022), "A Simple, Safe, and Effective Method for Preparing Autologous Bio-Based Fibrin Glue for Ophthalmic Use", Pharmaceuticals, 14(11), pp. 2325.
6. **Kanski J. J., Bowling B.** (2013), "Conjunctiva: Degenerations", Synopsis of Clinical Ophthalmology, Third Edition, Elsevier Saunders, pp. 86-88.

KẾT QUẢ HÓA TRỊ BỔ TRỢ PHÁC ĐỒ XELOX Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thùy Linh¹, Trần Bảo Ngọc¹, Nguyễn Thu Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ XELOX ở bệnh nhân ung thư dạ dày tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2021-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu

mô tả cắt ngang trên 27 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày giai đoạn II – III đã được hóa trị bổ trợ phác đồ XELOX tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 03/2021 đến tháng 03/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 2/1, tuổi mắc bệnh trung bình $62,63 \pm 6,06$ tháng. 51,85% bệnh nhân được vét dưới 16 hạch. UTBM tuyến tụy kém biệt hóa chiếm nhiều nhất với 55,56%. Phân giai đoạn u chủ yếu T4a chiếm tỷ lệ 40,74%, di căn hạch N1 chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,74%, giai đoạn bệnh hay gặp nhất là giai đoạn IIA chiếm tỷ lệ 37,04%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại và sống thêm không bệnh tại thời điểm 1 năm là 88,89% và 70,07%. Tỷ lệ sống

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thùy Linh

Email: thuylinhnguyendhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 3.7.2024