

liên quan có ý nghĩa thống kê với chu vi vòng đầu và chu vi vòng eo của các đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Đường kính bao dây thần kinh thị giác có ý nghĩa và giá trị hơn đường kính thần kinh thị giác trong theo dõi và chẩn đoán tăng áp lực nội sọ. Có mối tương quan mạnh mẽ có ý nghĩa thống kê giữa ONSD và áp lực nội sọ với hệ số tương quan r là 0.826 và p nhỏ hơn 0.05.

Giá trị 5.55 mm của đường kính bao dây thần kinh thị giác được sử dụng để chẩn đoán tăng áp lực nội sọ (≥ 20 mmHg) với độ nhạy 96.4% và độ đặc hiệu 63.3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Neeraj B, Nancy C.** Guidelines for Prehospital Management of Traumatic Brain Injury. In: Brain Trauma Foundation. Vol 2.; 2007.
2. **Hawryluk GWJ, Rubiano AM, Totten AM, et al.** Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury: 2020 Update of the Decompressive Craniectomy Recommendations, Neurosurgery 2020;87(3):427-434. doi:10.1093/

- neuros/nyaa278
3. **Lưu Quang Thuỳ.** Nghiên Cứu Vai Trò Của Doppler Xuyên Sọ Trong Xác Định Áp Lực Nội Sọ và Xử Trí Cơ Thất Mạch Não ở Bệnh Nhân Chấn Thương Sọ Não Nặng. Luận án Tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2016.
 4. **Vương Xuân Trung.** Nghiên Cứu Ứng Dụng Đo Đường Kính Bao Dây Thần Kinh Thị Giác Sau Nhấn Cầu Bằng Siêu Âm Trong Theo Dõi Áp Lực Nội Sọ ở Bệnh Nhân Tai Biến Mạch Não. Luận văn Thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2017.
 5. **Chan PY và Mok KL** (2008). Transorbital sonographic evaluation of optic nerve sheath diameter in normal Hong Kong Chinese adults. Hong Kong J Emerg Med, (1), 197-204.
 6. **Nguyễn Thị Cúc.** Siêu âm đo đường kính bao dây thần kinh thị giác bình thường ở người Việt Nam trưởng thành. Tạp chí y học Việt Nam, tập 591, 2022 (320-327).
 7. **Thomas Geeraerts, Yoann Launey, Laurent Martin và cộng sự** (2007). Ultrasonography of the optic nerve sheath may be useful for detecting raised intracranial pressure after severe brain injury. Intensive Care Med, (33), 1704-1711.
 8. **Nguyễn Văn Huy.** Các thần kinh sọ. In: Giải Phẫu Người. Vol 1. Nhà xuất bản Y học; 2006: 336-337.

BÁO CÁO CA PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN PHẾ QUẢN GỐC TRÁI CÓ TÁI TẠO PHẾ QUẢN, BẢO TỒN PHỔI HOÀN TOÀN ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ PHẾ QUẢN GỐC TRÁI TẠI BỆNH VIỆN K CƠ SỞ TÂN TRIỀU

Nguyễn Khắc Kiểm¹, Nguyễn Đức Thái¹

TÓM TẮT

Phẫu thuật cắt đoạn phế quản gốc có tái tạo phế quản hay còn gọi là phẫu thuật sleeve lobectomy/sleeve resection, là một phương pháp phẫu thuật phức tạp trong lĩnh vực phẫu thuật lồng ngực, đây là một kỹ thuật tiên tiến nhằm loại bỏ khối u phổi mà không cần cắt bỏ toàn bộ phổi. Thay vào đó, phần phế quản bị xâm lấn bởi khối u được cắt bỏ, sau đó phần còn lại của phổi được tái tạo bằng cách nối lại phần phế quản lành. Phẫu thuật thường được chỉ định trong các trường hợp ung thư phổi thể trung tâm, khi khối u đã xâm lấn tới cựa phế quản thùy hoặc các phân nhánh của phế quản, hẹp phế quản, các tổn thương phế quản bẩm sinh hoặc mắc phải. Phẫu thuật sleeve giúp bảo tồn tối đa chức năng hô hấp, tăng tỷ lệ sống sót, giảm nguy cơ biến chứng hô hấp, đặc biệt có lợi cho bệnh nhân cao tuổi, có chức năng tim phổi kém [1][2]. **Trường hợp lâm sàng:** Bệnh nhân nữ

63 tuổi, đi khám vì ho kéo dài, qua khám cận lâm sàng và nội soi phế quản, phát hiện tổn thương u sùi phế quản gốc trái. Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt đoạn phế quản gốc trái và tái tạo phế quản, bảo tồn hoàn toàn phổi trái.

SUMMARY

REPORT OF A SURGERY OF BRONCHITIS, BRONCHAL RECONSTRUCTION, COMPLETE LUNG PRESERVATION TREATMENT OF A PATIENT WITH LEFT GENITAL BRONCH CANCER AT TAN TRIEU K HOSPITAL

The bronchial resection with bronchial reconstruction, also known as sleeve lobectomy/sleeve resection, is a complex surgical technique in the field of thoracic surgery. This advanced technique aims to remove a lung tumor without having to remove the entire lung. Instead, the portion of the bronchus invaded by the tumor is excised, and the remaining lung is reconstructed by reconnecting the healthy bronchial segments. This surgery is typically indicated in cases of central-type lung cancer when the tumor has invaded the bronchial carina of the lobe or its branches, bronchial stenosis, congenital or acquired bronchial lesions. Sleeve surgery helps to maximally preserve respiratory function, increase survival rates,

¹Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Đức Thái

Email: drthainguyenduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.11.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024

and reduce the risk of respiratory complications, especially benefiting elderly patients or those with poor cardiopulmonary function [1] [2]. **Clinical case:** 63-year-old female patient went to the doctor because of a persistent cough. Through paraclinical examination and bronchoscopy, a wart lesion was discovered in the left main bronchus. We performed surgery to remove the left main bronchus and reconstruct the bronchus, completely preserving the left lung.

Keywords: sleeve lobectomy, sleeve resection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

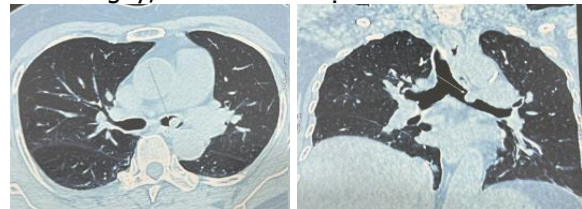
Ung thư phổi là ung thư gây tử vong hàng đầu trên thế giới với tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong ngày càng cao ở cả hai giới. Tỷ lệ bệnh phát hiện ở giai đoạn sớm ngày càng cao do sự quan tâm sức khỏe, an sinh xã hội và các phương tiện hiện đại chuyên sâu trong chẩn đoán. Ở các bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn sớm, phẫu thuật cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch hệ thống là phương pháp điều trị ưu tiên. Tuy nhiên đối với các trường hợp u trung tâm phế quản gốc, các khối u có xâm lấn sát cửa phế quản, chỉ định phẫu thuật cắt thùy phổi sẽ không đảm bảo triệt căn vì diện cắt tiếp cận R1 và R2, đặc biệt là các bệnh nhân cao tuổi, chức năng tim phổi kém không phù hợp để cắt toàn bộ phổi. Phẫu thuật cắt thùy phổi hoặc/và cắt đoạn phế quản có tái tạo phế quản (sleeve lobectomy/sleeve resection) được chỉ định trong các trường hợp này, khắc phục tốt trong việc bảo tồn các phần phổi còn lại. Phẫu thuật này đã được giới thiệu từ những năm 1950 để điều trị các bệnh như bệnh lao, mãi đến những năm 1970, phẫu thuật mới được chấp nhận rộng rãi hơn trong điều trị ung thư phổi. Sự phát triển và tiến bộ thực sự của phẫu thuật vào những năm 1980 và 1990, do những cải tiến trong kỹ thuật tái tạo phế quản, các bác sĩ phẫu thuật đã phát triển các phương pháp tốt hơn để nối lại phế quản sau khi cắt bỏ đoạn phế quản hoặc/và thùy phổi ung thư. Phẫu thuật đã làm giảm được các tai biến, biến chứng như hẹp phế quản, tăng tỷ lệ sống sót tốt hơn, giảm tỷ lệ tử vong so với cắt toàn bộ phổi, đặc biệt lợi ích cho các bệnh nhân cao tuổi, có chức năng tim phổi kém, không chịu được cắt thùy hoặc cắt phổi. Phẫu thuật sleeve hiện được coi rộng rãi là phương pháp ưa chuộng để điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ vị trí trung tâm [3]. Đây là một phẫu thuật chuyên sâu, khó và phức tạp trong phẫu thuật lồng ngực. Mức độ phức tạp của phẫu thuật xuất phát từ một số yếu tố, những thách thức về mặt kỹ thuật do gần các cấu trúc giải phẫu quan trọng, các mạch máu lớn, tổn thương thường nằm sâu, đánh giá đoạn cắt phế quản để thuận lợi trong việc cắt

nối phế quản, đặc biệt là trong việc tái tạo đường thở và bảo tồn chức năng phổi cần sự tỉ mỉ chính xác, tránh các biến chứng như hẹp/rò phế quản.

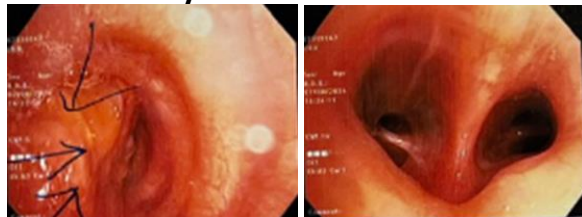
II. GIỚI THIỆU BỆNH NHÂN

Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật sleeve trên 1 bệnh nhân nữ 63 tuổi, bệnh nhân đi khám bệnh vì ho kéo dài, trên cắt lớp vi tính lồng ngực phát hiện tổn thương khối u lõi vào trong lòng phế quản gốc trái. Qua nội soi phế quản ống mềm, phát hiện u sùi kích thước 1cm nằm trong lòng phế quản ở 1/3 trên của phế quản gốc trái cách carina 1,2cm gây hẹp gần như hoàn toàn lòng phế quản, ống soi đi qua được khối u và quan sát được phế quản thùy trên và thùy dưới. Chẩn đoán mô bệnh học sinh thiết trong nội soi là ung thư biểu mô tuyến xâm nhập. Bệnh nhân đã được hội chẩn các chuyên gia về lồng ngực và gây mê đánh giá đây là ca bệnh phức tạp cần cắt bỏ và tái tạo, tạo hình phế quản gốc để khôi phục chức năng đường thở, đây là kỹ thuật khó nhất trong phẫu thuật điều trị ung thư phổi.

Bệnh nhân sau mổ được hồi sức tích cực, an thần thở máy trong 48 giờ để hạn chế kích thích gây tổn thương miệng nối phế quản. Bệnh nhân được điều trị kháng sinh, chống viêm, long đờm, dinh dưỡng đường tĩnh mạch, hướng dẫn ho khạc nhẹ nhàng. Bệnh nhân được rút dẫn lưu sau 05 ngày, sức khỏe ổn định.



Hình ảnh 2.1: U sùi phế quản gốc trái trên phim CT scanner



Hình ảnh 2.2: U sùi phế quản gốc trái trên nội soi phế quản

III. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

3.1. Phương pháp phẫu thuật. Chúng tôi thực hiện phẫu thuật mở ngực đường bên, không cắt cơ vào thành ngực. Bệnh nhân được gây mê toàn thân bằng ống nội khí quản 2 nòng Carlens, lập các đường truyền tĩnh mạch trung

tâm và huyết áp động mạch xâm lấn

- Tư thế bệnh nhân: tư thế nằm nghiêng 90 độ
- Phẫu thuật: bệnh nhân được mở ngực đường bên, làm xẹp phổi trái, tiến hành phẫu tích bộc lộ tĩnh mạch phổi trên, động mạch phổi trái. Phẫu tích bộc lộ phế quản gốc trái từ chỗ chia phế quản thùy trên đến sát carina, đánh giá tổn thương thấy khối u cứng chắc nằm trong lòng phế quản gốc trái đường kính 1cm, chưa xâm lấn ra thành phế quản gốc trái, khối u cách carina 1,2cm, các thùy phổi trên và dưới mềm mại, không có tổn thương, tiến hành cắt đoạn phế quản gốc trái dài 3cm, đầu trên sát carina, đầu dưới cắt sát chỗ chia phế quản thùy trên, lấy diện cắt phế quản gốc trái trên và dưới đoạn cắt làm GPB tức thì trong mổ, trong quá trình phẫu tích nạo vét hạch nhóm 5 dưới quai động mạch chủ và nạo vét hạch nhóm 7 dưới carina.

Tiến hành tái tạo phế quản gốc trái: khâu miệng nối phế quản tận – tận mũi rời bằng chỉ prolene 4/0, quá trình khâu nối phế quản khó khăn do 2 đầu phế quản còn lại ngắn và cong, vị trí động mạch phổi trái bắt chéo trước trên, phẫu trường sâu tới sát carina. Trong quá trình phẫu tích, lượng máu mất không đáng kể. Sau khi cắt và tái tạo phế quản, cầm máu kỹ và lau rửa khoang màng phổi, nở phổi kín không xì khí, đặt 1 dẫn lưu khoang màng phổi, đóng ngực theo lớp giải phẫu, cuộc mổ kéo dài 3 giờ.



Hình 3.1: Tái tạo phế quản – khâu nối tận tận

3.2. Kết quả. Bệnh nhân sau mổ ổn định, được rút dẫn lưu khoang màng phổi sau 05 ngày, giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến, chưa di căn hạch, diện cắt phế quản 2 đầu đều âm tính, bệnh nhân ổn định và ra viện



Hình 3.2: Bệnh nhân sau mổ, sức khỏe ổn định

IV. BÀN LUẬN

Ung thư phổi là bệnh ung thư với tỷ lệ mắc cao nhất thế giới, theo Globocan 2022, ung thư phổi đứng thứ nhất với tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong (mắc hơn 2,4 triệu người chiếm 23,6%, tử vong hơn 1,8 triệu người chiếm 16,8%).

Phẫu thuật sleeve lobectomy/sleeve resection là phương pháp cho thấy những ưu điểm vượt trội so với phẫu thuật cắt toàn bộ phổi trong điều trị cho các trường hợp ung thư phổi có các khối u trung tâm phế quản gốc, khối u có xâm lấn sát cửa phế quản, hẹp phế quản, đặc biệt trên các bệnh nhân cao tuổi, chức năng tim phổi kém. Luca voltolini và CS báo cáo, so sánh các biến chứng xảy ra trong phẫu thuật sleeve và phẫu thuật cắt toàn bộ phổi trong điều trị các khối u trung tâm, tỷ lệ xảy ra biến chứng và tử vong của phẫu thuật sleeve giảm rõ rệt so với phẫu thuật cắt toàn bộ phổi [4]

Đây là một kỹ thuật khó và chuyên sâu trong phẫu thuật lồng ngực. Báo cáo của Bedrettin Yildizeli và cộng sự được công bố trên tạp chí phẫu thuật lồng ngực Châu Âu đã nêu bật đây là kỹ thuật khó và chuyên sâu, nhưng đem lại rất nhiều lợi ích về chức năng phổi [3]. Báo cáo của Yiming He và CS cũng đã báo cáo đây là một kỹ thuật cần kỹ năng cao và chuyên sâu trong việc tái tạo phế quản và mạch máu, đặc biệt là các khối u nằm trung tâm [5].

Các báo cáo cũng cho thấy, ngoài những lợi ích mà phẫu thuật sleeve đem lại trong điều trị các khối u trung tâm tốt hơn so với phẫu thuật cắt thùy phổi/cắt toàn bộ phổi, các biến chứng lớn hay xảy ra như chảy máu, hẹp phế quản, rò phế quản, rò mạch máu phế quản, tổn thương động mạch phổi và các biến chứng khác. Trong báo cáo của Yiming He và CS cũng đã hồi cứu trên 691 bệnh nhân được can thiệp phẫu thuật sleeve, có đến khoảng 33% bệnh nhân có biến chứng sau mổ, trong đó có khoảng 5% bệnh nhân xảy ra các biến chứng lớn như rò phế quản, tổn thương động mạch phổi. Ngoài ra các yếu tố như bệnh nhân trên 70 tuổi, có hút thuốc cũng là những yếu tố làm tăng nguy cơ biến chứng [5].

Dimitrios E. Magouliotis và CS cũng đã báo cáo so sánh OS và DFS của các bệnh nhân phẫu thuật sleeve và phẫu thuật cắt toàn bộ phổi. Trọng nghiên cứu cho thấy OS và DFS của nhóm phẫu thuật sleeve cao hơn đáng kể so với nhóm phẫu thuật cắt toàn bộ phổi. Các biến chứng phổ biến nhất trong nhóm phẫu thuật sleeve là rò phế quản màng phổi (4,6%), hẹp (3,1%), rò khí kéo dài (7,3%), ứ đờm (4,6%), viêm phổi (7,7%) và

huyết khối động mạch phổi (1,5%). Phẫu thuật sleeve có liên quan đến tỷ lệ tái phẫu thuật thấp (1,5%) và tỷ lệ tử vong do phẫu thuật (1,2%) [6].

V. KẾT LUẬN

Qua báo cáo ca bệnh và các tài liệu, chúng ta thấy những ưu điểm của phẫu thuật sleeve trong điều trị những khối u trung tâm, u xâm lấn phế quản gốc so với phẫu thuật cắt toàn bộ phổi. Các lợi ích về giảm tỷ lệ biến chứng, tỷ lệ tử vong, OS và DFS của nhóm phẫu thuật sleeve cao hơn đáng kể so với nhóm phẫu thuật cắt toàn bộ phổi. Phẫu thuật sleeve đặc biệt có lợi cho các bệnh nhân cao tuổi, các bệnh nhân có chức năng tim phổi kém. Tuy nhiên đây là một phẫu thuật khó, kỹ thuật cần phải được thực hiện ở các trung tâm phẫu thuật lớn, phải được chuẩn bị trước mổ kỹ lưỡng, với các bác sĩ phẫu thuật được đào tạo bài bản và chuyên sâu, đội ngũ bác sĩ gây mê chuyên nghiệp. Song song với những ưu điểm mà phẫu thuật sleeve đem lại so với phẫu thuật cắt toàn bộ phổi đối với các khối u trung tâm, cũng có những tỷ lệ xảy ra những biến chứng sau mổ (biến chứng sớm/biến chứng muộn) như hẹp phế quản, rò phế quản, tổn thương động mạch phổi..., chính vì vậy việc điều trị và theo dõi sát bệnh nhân là điều rất quan trọng để phòng, phát hiện sớm các biến chứng

để có những xử lý kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Michel Gonzalez, Louis - Emmanuel Chriqui.** "Sleeve lobectomy in patients with non-small-cell lung cancer: a report from the European Society of Thoracic Surgery database 2021." *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, Volume 62, Issue 6. December 2022. ezac502
2. **Zhengjun Li, Wei Chen.** "Sleeve lobectomy compared with pneumonectomy for operable centrally located non-small cell lung cancer: a meta-analysis". *Transl Lung Cancer Res.* 2019 Dec; 8(6): 775-786. xem tại đây
3. **Bedrettin Yildizeli, Elie Fadel, Sacha Mussot.** "Morbidity, mortality, and long-term survival after sleeve lobectomy for non-small cell lung cancer" *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. Volume 31. Issue 1, January 2007, Pages 95-102 xem tại đây
4. **Luca Voltolini.** "Complex Sleeve Lobectomy Has Lower Postoperative Major Complications Than Pneumonectomy in Patients with Centrally Located Non-Small-Cell Lung Cancer" *Cancers* 2024. 16(2). 261; xem tại đây
5. **Yiming He, Lin Huang.** "Predicting complication risks after sleeve lobectomy for non-small cell lung cancer". *TLCR Vol 13, No 6 (June 30, 2024)* xem tại đây
6. **Dimitrios E. Magoulitis.** "Long-Term Survival after Extended Sleeve Lobectomy (ESL) for Central Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC): A Meta-Analysis with Reconstructed Time-to-Event Data" *J Clin Med.* 2023 Jan; 12(1): 204. xem tại đây

KHẢO SÁT SỰ KHÁC BIỆT VỀ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VÂY NẸN ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC SINH HỌC SO VỚI NHÓM SỬ DỤNG CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ KHÁC

Nguyễn Thị Hồng Chuyên¹, Nguyễn Thị Mai Xuân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của bệnh nhân vảy nến mảng điều trị bằng thuốc sinh học và so sánh với nhóm sử dụng các phương pháp điều trị khác. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 253 bệnh nhân vảy nến mảng mức độ trung bình - nặng tại bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 03/2024 đến 06/2024. **Kết quả:** Bệnh nhân vảy nến mảng mức độ trung bình - nặng điều trị bằng thuốc sinh học có độ tuổi trung bình lớn hơn, tỉ lệ nam/nữ cao hơn, trình độ học vấn và thu nhập gia đình cao hơn so với nhóm điều trị phương pháp khác. Bệnh nhân vảy nến mảng

mức độ trung bình - nặng điều trị thuốc sinh học có thời gian bệnh dài hơn, hiệu quả điều trị cao hơn với điểm số PASI (Psoriasis Area Surface Index), BSA (Body Surface Area) và DLQI (Dermatology Life Quality Index) thấp hơn đáng kể so với nhóm điều trị phương pháp khác. Bệnh nhân điều trị phương pháp khác chủ yếu sử dụng thuốc thoa tại chỗ (97,5%) và thuốc hệ thống cổ điển (60,8%). Nguyên nhân chủ yếu khiến bệnh nhân chưa điều trị thuốc sinh học là chi phí cao (75,8%). **Kết luận:** Thuốc sinh học là phương pháp điều trị hiệu quả và mang lại sự hài lòng cao cho bệnh nhân. Nghiên cứu cho thấy sự khác biệt của đặc điểm kinh tế xã hội và hiệu quả điều trị của bệnh nhân điều trị thuốc sinh học so với nhóm sử dụng các phương pháp điều trị khác. **Từ khóa:** đặc điểm kinh tế xã hội, vảy nến, thuốc sinh học

¹Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Chuyên

Email: chuyennghuyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.11.2024

Ngày duyệt bài: 2.12.2024

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PSORIASIS TREATED WITH BIOLOGICAL