

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA GIAI ĐOẠN CN1 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Ngọc Thắng¹, Nguyễn Xuân Hậu^{1,2,3},
Nguyễn Xuân Hiền³, Phạm Thái Dương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ở người bệnh ung thư tuyến giáp thể biệt hóa có di căn hạch vùng trên lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 112 người bệnh ung thư tuyến giáp thể biệt hóa di căn hạch vùng trên lâm sàng được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội (3/2023-6/2024). **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam là 3/1, tuổi trung bình là 42,24±12,36. Đa số người bệnh tình cờ khám phát hiện u (66,69%). Trên siêu âm, phần lớn u giáp đa ổ (60,71%), kích thước ≤20mm (73,21%), chủ yếu TIRADS 5 (74,11%). Siêu âm trước mổ phát hiện hạch cổ trung tâm (42,86%), hạch cổ bên một bên (38,39%) và hạch cổ bên hai bên (7,14%). 100% người bệnh được cắt toàn bộ và vét hạch cổ trung tâm, đa số người bệnh được thực hiện vét hạch cổ bên một bên (52,68%). Mô bệnh học sau phẫu thuật: đa số ung thư tuyến giáp thể nhú (94,64%), di căn hạch cổ trung tâm (92,86%), di căn hạch cổ bên một bên (53,7%) và di căn hạch cổ hai bên (10,19%). U còn khu trú trong bao giáp (67,86%), u phá vỡ xâm lấn cơ chiếm 20,54% và 11,6% xâm lấn vào một số cơ quan như khí thực quản, TKTQQN. Biến chứng khó thở không được ghi nhận. Các biến chứng chủ yếu sau phẫu thuật: khàn tiếng, tê bì và co rút tay chân. Biến chứng tụ dịch (4,47%), biến chứng rò bạch huyết có can thiệp (1,78%) đều được can thiệp và kiểm soát hiệu quả. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa có di căn hạch vùng trên lâm sàng cho kết quả sớm khả quan và tính an toàn cao. **Từ khóa:** ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, di căn hạch cổ bên, di căn hạch cổ trung tâm

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA WITH CLINICAL N1 STAGE AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics and evaluate the early outcomes of surgery in patients with differentiated thyroid cancer and clinical regional lymph node metastasis. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was

conducted on 112 patients with differentiated thyroid cancer and clinical regional lymph node metastasis who underwent surgery at Hanoi Medical University Hospital from March 2023 to June 2024. **Results:** The male-to-female ratio was 1:3, and the mean age was 42.24±12.36. The majority of patients were incidentally diagnosed with a tumor during a check-up (66.69%). On ultrasound, most thyroid tumors were multifocal (60.71%), with a size of ≤20 mm (73.21%), and were primarily classified as TIRADS 5 (74.11%). Preoperative ultrasound detected metastasis to the central neck lymph nodes (42.86%), unilateral lateral neck lymph nodes (38.39%), and bilateral lateral neck lymph nodes (7.14%). One hundred percent of patients underwent total thyroidectomy and central neck dissection. The majority of patients also underwent unilateral lateral neck dissection (52.68%). Postoperative pathology showed that most were papillary thyroid carcinoma (94.64%), with metastasis to the central neck lymph nodes (92.86%), unilateral lateral neck lymph nodes (53.7%), and bilateral lateral neck lymph nodes (10.19%). The tumor was confined within the thyroid capsule in 67.86% of cases, with capsular invasion into muscle in 20.54%, and invasion into organs such as the trachea, esophagus, and recurrent laryngeal nerve in 11.6%. No cases of dyspnea were recorded. The main postoperative complications were hoarseness, numbness, and tingling in the extremities (hypocalcemia). Seroma (4.47%) and lymphatic fistula (1.78%) were effectively managed and controlled. **Conclusion:** Surgical treatment for differentiated thyroid carcinoma with clinical regional lymph node metastasis yields favorable early outcomes and high safety. **Keywords:** differentiated thyroid cancer, lateral neck lymph node metastasis, central neck lymph node metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTG) là một trong những bệnh ung thư vùng đầu cổ thường gặp, đứng thứ 7 về tỷ lệ mắc ở cả 2 giới nam và nữ, với 821.214 ca mắc mới mỗi năm.¹ UTTG thể biệt hóa thuộc một trong các thể lâm sàng của UTTG, có đặc điểm thường tiến triển chậm, khả năng phát hiện sớm và loại bỏ là rất cao, giúp tăng tỷ lệ sống 5 năm sau phẫu thuật lên tới 98%.² Tuy nhiên, tỷ lệ sống không bệnh sau 10 năm của UTTG lại có sự khác biệt đáng kể giữa các giai đoạn, đặc biệt là giai đoạn bệnh đã có tiến triển tại chỗ, xâm lấn cơ quan lân cận và di căn hạch vùng.³ Điều này chứng tỏ việc chẩn đoán sớm và chiến lược điều trị đối với các người bệnh UTTG di căn hạch vùng có giá trị lớn đối với chất lượng cuộc sống của người bệnh. Xuất

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Thắng

Email: lengocthng1998@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

phát từ thực tế ứng dụng điều trị ung thư tuyến giáp chúng tôi tiến hành làm nghiên cứu đề tài "*Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn cN1 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh ung thư tuyến giáp thể biệt hóa di căn hạch vùng trên lâm sàng được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 3/2023 đến tháng 6/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Người bệnh được chẩn đoán Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Người bệnh được chẩn đoán giai đoạn cN1 bằng khám lâm sàng, siêu âm, chọc tế bào trước mổ hoặc đánh giá trong mổ.

Người bệnh được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ xác nhận có di căn hạch vùng

Hồ sơ bệnh án có đủ thông tin nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Ung thư tuyến giáp các thể mô bệnh học khác thể biệt hóa.

Ung thư tuyến giáp tái phát.

Bệnh nhân có ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nhưng kèm ung thư khác đồng thời có di căn hạch cổ

Bệnh nhân có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán (M1)

Bệnh nhân không được phẫu thuật triệt căn

Đánh giá giai đoạn sau mổ, không có di căn hạch vùng

Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng ảnh hưởng đến các biến chứng có thể gặp phải sau phẫu thuật

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Trong khoảng thời gian từ tháng 3/2023 đến tháng 6/2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện

Cỡ mẫu thu thập được là 112 người bệnh

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu dựa trên một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.6. Xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được mã hóa, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 và sử dụng các thuật toán phù hợp.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật cho người bệnh và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên

cứ không làm thay đổi những giá trị về mặt điều trị theo hướng xấu đi đối với người bệnh. Kết quả nghiên cứu đảm bảo trung thực, khách quan, góp phần trong việc điều trị người bệnh UTTG.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh học u tuyến giáp.

Trong 112 người bệnh, tỷ lệ nữ/nam chiếm khoảng 3/1. Độ tuổi trung bình là $42,24 \pm 12,36$, nhỏ nhất là 15 tuổi, lớn nhất là 76 tuổi. Lý do đến khám đa số là tình cờ thông qua khám sức khỏe (66,69%).

Bảng 1. Đặc điểm bệnh học u tuyến giáp trước mổ (N=112)

Đặc điểm		n	%
Số lượng khối u ác tính	Đơn ổ	44	39,29
	Đa ổ	68	60,71
Kích thước khối u lớn nhất	$\leq 20\text{mm}$	82	73,21
	20-40 mm	28	25
	$>40\text{mm}$	2	1,79
Vị trí khối u	Một thùy/eo	61	54,46
	Hai thùy	51	45,54
TIRADS	3	2	1,79
	4	26	23,21
	5	83	74,11
	6	1	0,89
FNA	Ung thư	82	73,21
	Nghi ngờ ung thư	27	24,11
	AUS	2	1,79
	Không thấy	1	0,89

Nhận xét: Trong 112 người bệnh, đặc điểm u giáp trên siêu âm cho thấy, phần lớn u giáp ác tính có tính chất đa ổ (60,71%), được phát hiện với kích thước sớm $\leq 20\text{mm}$ (73,21%). Ngoài ra, đa số u được xếp vào TIRADS 5 (74,11%).

Bảng 2: Đặc điểm hạch cổ trước mổ (N=112)

Đặc điểm		n	%
Hạch cổ trung tâm	Hạch nghi ngờ di căn trên siêu âm	48	42,86
	Không phát hiện hạch nghi ngờ trên siêu âm	64	54,14
Hạch cổ bên	Hạch nghi ngờ di căn trên siêu âm	Một bên 43	38,39
		Hai bên 8	7,14
	Không phát hiện hạch nghi ngờ trên siêu âm	61	54,46

Nhận xét: Trong 112 người bệnh, trên siêu âm hạch cổ trung tâm có tỷ lệ không phát hiện tổn thương lớn hơn (54,14%) so với phát hiện tổn thương (42,86%). Tỷ lệ hạch cổ bên không phát hiện tổn thương (54,46%) lớn hơn so với phát hiện tổn thương (45,53%), trong số người bệnh phát hiện tổn thương có 38,39% hạch cổ bên một bên và 7,14% hạch cổ bên hai bên.

3.2. Kết quả sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình là $6,99 \pm 2,09$ ngày. Thời gian phẫu thuật trung bình là $87,48 \pm 30,55$, ngắn nhất là 30 phút, dài nhất là 165 phút. Thời gian rút dẫn lưu trung bình là $3,31 \pm 3,23$ ngày, rút dẫn lưu lâu nhất là 15 ngày, rút dẫn lưu ngắn nhất 2 ngày

Bảng 3. Kết quả sau phẫu thuật

Đặc điểm			n	%
Phương pháp phẫu thuật	Cắt toàn bộ tuyến giáp, vết hạch cổ trung tâm		42	37,5
	Cắt toàn bộ tuyến giáp, vết hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên một bên		59	52,68
	Cắt toàn bộ tuyến giáp, vết hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên hai bên		11	9,82
Dẫn lưu	Có đặt		67	59,82
	Không đặt		45	40,18
Di căn hạch cổ trung tâm	Có		104	92,86
	Không		8	7,14
Di căn hạch cổ bên (N=108)	Có	Một bên	58	53,7
		Hai bên	11	10,19
	Không		39	36,11
Mô bệnh học sau mổ	Ung thư nhú		106	94,64
	Ung thư nhú biến thể có vỏ		1	0,89
	Ung thư nhú biến thể nang		5	4,46
Giai đoạn T	1		60	53,57
	2		16	14,29
	3b		23	20,54
	4a		12	10,71
	4b		1	0,89

Nhận xét: 100% người bệnh được vét hạch cổ trung tâm, người bệnh được thực hiện vét hạch cổ một bên (52,68%). Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật cho thấy, ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm 94,64%, tỷ lệ hạch cổ trung tâm di căn chiếm 92,86%, tỷ lệ hạch cổ bên di căn một bên (53,7%) và di căn hạch cổ hai bên (10,19%). Tỷ lệ u còn khu trú trong bao giáp (T1-2) chiếm 67,86%, u phá vỏ xâm lấn cơ chiếm 20,54% và 11,6% u đã xâm lấn vào một số cơ quan như khí thực quản, TKTQQN.

3.3. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 4: Các biến chứng sau phẫu thuật (N=112)

Các biến chứng sau phẫu thuật			n	%
Tụ dịch	Có	Chọc hút dịch	3	2,68
		Không can thiệp	2	1,79
	Không	107	95,54	
Khó thở	Không	112	100	
Khàn tiếng	Có	52	46,43	
	Không	60	53,57	

Tê bì và co rút tay chân	Có		43	38,39
	Không		69	61,61
Rò bạch huyết	Có	Nút mạch	1	0,89
		Nội khoa	1	0,89
	Không		110	98,21
Nhiễm trùng vết mổ (N=109)	Có		1	0,92
	Không		108	99,08

Nhận xét: Biến chứng khó thở không được ghi nhận, nhiễm trùng vết mổ chiếm 0,92%. Biến chứng khàn tiếng, tê bì và co rút tay chân là các biến chứng chủ yếu sau phẫu thuật. Biến chứng tụ dịch có can thiệp chọc hút dịch chiếm 2,68%, biến chứng rò bạch huyết có can thiệp nút mạch và nội khoa chiếm 0,89%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình là $42,24 \pm 12,36$, dao động từ 15 đến 76 tuổi. Tỷ lệ nữ/ nam chiếm khoảng 3/1, tương đồng với tỷ lệ giới tính trong UTG thể biệt hóa của tác giả Nguyễn Xuân Hậu (2024) phần lớn là nữ.⁴ Điều này cho thấy không có sự khác biệt về phân bố giới tính trên nhóm người bệnh UTG di căn hạch cổ. Lý do đến khám đa số là tình cờ thông qua khám sức khỏe (66,69%).

Trên siêu âm, cho thấy phần lớn u giáp có tính chất đa ổ (60,71%), chủ yếu là khối u có kích thước $\leq 20\text{mm}$ (73,21%), khu trú ở một thùy (54,46%), với TIRADS 5 chiếm tỷ lệ cao nhất (74,11%). Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu (2024) về UTG thể biệt hóa nói chung có tỷ lệ u đơn ổ (76,47%), u $\leq 20\text{mm}$ chiếm 78,43%, phân nhóm TIRADS 4 nhiều nhất (62,75%).⁴ Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu và cỡ mẫu khác nhau, nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào người bệnh UTG giai đoạn cN1 (N=112), nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu lựa chọn người bệnh ở các giai đoạn khác (N=51). Chọc hút tế bào kim nhỏ trước mổ cho thấy tỷ lệ tế bào ung thư (73,21%), khẳng định giá trị của phương pháp trong định hướng chẩn đoán và chỉ định điều trị.

4.2. Kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, 100% người bệnh được cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm, đa số người bệnh được vét hạch cổ một bên (52,68%). Chỉ định vét hạch cổ bên hai được áp dụng ở 11 người bệnh (9,82%), trong khi siêu âm trước mổ chỉ phát hiện 8 người bệnh (7,14%). Như vậy, có thêm 3 trường hợp di căn hạch cổ đối bên được xác định trong quá trình phẫu thuật mà các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trước đó chưa phát hiện. Với nhóm hạch cổ trung tâm, siêu âm

trước mổ chỉ phát hiện 42,86% tổn thương, trong khi kết quả sau mổ cho thấy có tới 92,86% người bệnh có di căn hạch nhóm này. Sự chênh lệch lớn này phản ánh hạn chế của siêu âm trong phát hiện di căn hạch cổ trung tâm, có thể do đặc điểm giải phẫu phức tạp, kích thước hạch nhỏ và dễ bị che khuất bởi tuyến giáp hoặc khí quản.

Về di căn hạch cổ vùng sau phẫu thuật, di căn hạch cổ trung tâm đạt tới 92,86%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu(2021).⁵ Di căn hạch cổ bên xuất hiện ở 63,89% người bệnh, chủ yếu là di căn hạch cổ bên một bên (53,7%). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu và Lê Văn Quảng.⁶ Sự khác biệt này có thể do khác nhau về giai đoạn bệnh, đối tượng nghiên cứu, phương pháp chẩn đoán trước mổ và phạm vi vết hạch trong phẫu thuật.

Sau phẫu thuật, 59,82% người bệnh được đặt dẫn lưu với thời gian rút trung bình $3,31 \pm 3,23$ ngày (dao động 2-15 ngày). Hai trường hợp rút dẫn lưu muộn nhất đều do biến chứng rò bạch huyết. Đây là biến chứng hiếm nhưng nguy hiểm, có thể kéo dài thời gian liên vết mổ và ảnh hưởng dinh dưỡng của người bệnh. Trong đó, một trường hợp được xử trí nội khoa bằng dẫn lưu kéo dài, chế độ ăn rò dưỡng chấp và một trường hợp còn lại được can thiệp nút mạch. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Cường, cho thấy việc xử trí can cá thể hóa từng người bệnh.⁷

Mô bệnh học, UTTG thể nhú chiếm tỷ lệ chủ yếu (94,64%), tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu (94,12%).⁴ UTTG thể nang (4,46%) và UTTG thể có vỏ (0,89%) có tỷ lệ thấp nhưng cần quan tâm, do đặc điểm xâm lấn mạnh, tiên lượng phức tạp. Về giai đoạn T, phần lớn người bệnh ở giai đoạn T1-2 (74,1%), phản ánh khối u được phát hiện sớm khi còn trong giới hạn tuyến giáp hoặc mới xâm lấn tối thiểu. Tuy nhiên, tỷ lệ giai đoạn T3-4 (25,9%), cho thấy một số trường hợp đến khám, làm tăng nguy cơ tái phát và biến chứng.

Trong nghiên cứu này, không có người bệnh nào có biến chứng khó thở sau phẫu thuật, phản ánh hiệu quả của kỹ thuật bảo tồn thần kinh thanh quản quặt ngược và khí quản. Biến chứng thường gặp nhất là biến chứng khàn tiếng (46,43%) cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hải Hà (6%).⁸ Sự khác biệt này có thể do liên quan đến tỷ lệ phẫu thuật vét hạch cổ cao hơn, vốn tiềm ẩn nguy cơ ảnh hưởng thần kinh quặt ngược thanh quản và thần kinh thanh quản trên. Biến chứng tê bì và co rút tay chân chiếm 38,39% cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hải Hà (6,7%).⁸ Sự khác biệt có thể do phạm vi phẫu

tích rộng ở nhóm người bệnh có giai đoạn cN1 làm tăng nguy cơ tổn thương hoặc suy giảm chức năng tuyến cận giáp. Các biến chứng nặng như tụ dịch (4,47%), rò bạch huyết (1,78%) đều được can thiệp. Biến chứng nặng có tỷ lệ thấp và được kiểm soát hiệu quả, cho thấy phẫu thuật an toàn khi được theo dõi và xử trí kịp thời.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 112 người bệnh UTTG thể biệt hóa giai đoạn cN1 cho thấy đa số người bệnh là nữ với tỷ lệ nữ/nam khoảng 3/1, độ tuổi trung bình $42,24 \pm 12,36$. Đa số khối u chủ yếu là đa ổ (60,71%), kích thước $\leq 20\text{mm}$ (73,21%), vị trí thường gặp ở một thùy (54,46%) và có đặc điểm ác tính trên siêu âm TIRADS 5 (74,11%). Ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm đa số (94,64%), phần lớn phát hiện ở giai đoạn sớm (T1-2) (67,86%). Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên, vừa giúp kiểm soát bệnh tốt vừa phát hiện thêm một số trường hợp di căn mà chẩn đoán hình ảnh chưa ghi nhận. Tỷ lệ biến chứng sau mổ ở mức thấp, chủ yếu là khàn tiếng (46,43%) và tê bì tay chân (38,39%). Các biến chứng nặng như rò bạch huyết (1,78%), tụ dịch có can thiệp (4,47%) có tỷ lệ hiếm gặp và xử trí thành công. Kết quả khẳng định vai trò then chốt của phẫu thuật trong điều trị UTTG thể biệt hóa di căn hạch vùng, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của phát hiện sớm và nâng cao kỹ thuật nhằm giảm thiểu biến chứng, cải thiện tiên lượng lâu dài cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. **Hundahl SA, Fleming ID, Fremgen AM, Menck HR.** A National Cancer Data Base report on 53,856 cases of thyroid carcinoma treated in the U.S., 1985-1995 [see comments]. *Cancer.* 1998;83(12):2638-2648. doi:10.1002/(sici)1097-0142(19981215)83:12<2638::aid-cnrc31%3E3.0.co;2-1
3. **Kunjumohamed FP, Al Rawahi A, Al Busaidi NB, Al Musalhi HN.** Disease-free Survival of Patients with Differentiated Thyroid Cancer: A Study from a Tertiary Center in Oman. *Oman Med J.* 2021;36(2):e246. doi:10.5001/omj.2021.54
4. **Phạm Xuân Cường, Nguyễn Xuân Hậu.** Kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa Tại Trung Tâm Ung Bướu Bệnh Viện đa Khoa Tỉnh Hải Dương. *Tạp Chí Y Học Việt Nam.* 2024;536 (1). <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/8650/7647>
5. **Nguyễn Xuân Hậu.** Đặc điểm lâm sàng và tình trạng di căn hạch của vi ung thư tuyến giáp thể

- nhú. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2021;507 (1). <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/1362/1204>
6. **Nguyễn Xuân Hậu, Lê Văn Quảng.** Tình trạng di căn hạch cổ của bệnh nhân ung thư tuyến giáp. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2022;515(1). <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/2705/2501>
7. **Nguyễn Ngọc Cương, Phạm Hồng Cảnh, Lê Tuấn Linh.** Đánh giá kết quả nút tắc ống ngực điều trị biến chứng rò đường chấp sau mổ ung thư tuyến giáp. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2021;147(11). <https://tapchinghiencuuyhoc.vn/index.php/tcncyh/article/view/491/298>
8. **Nguyễn Hải Hà, Vũ Ngọc Tú, Bùi Huy Mạnh.** Kết quả sớm phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại Bệnh viện nội tiết Thanh Hóa. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2024;540 (3). <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/10449/9137>

KẾT QUẢ THỊ GIÁC LÂU DÀI CỦA PHẪU THUẬT GHÉP NỘI MÔ GIÁC MẠC VỚI ĐƯỜNG RẠCH NHỎ KHÔNG KHÂU TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN THÁNG 1/2018 ĐẾN THÁNG 12/2020

Nguyễn Thị Kim Dung¹, Lê Xuân Cung², Nguyễn Thị Thu Thủy²

TÓM TẮT

Mục Tiêu: Đánh giá kết quả thị giác lâu dài của phương pháp ghép nội mô giác mạc bằng đường rạch nhỏ không khâu tại viện Mắt Trung Ương từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang và hồi cứu bệnh án của 30 mắt đã được ghép nội mô giác mạc bằng đường rạch nhỏ không khâu giai đoạn tháng 1/2018 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Thời gian theo dõi trung bình là 60.56 ± 10.04 tháng. Thị lực ở mức mù loà (dưới DNT 3m) là 26/30 mắt ở thời điểm trước mổ chiếm 86,6% đã giảm xuống còn 21/30 mắt (70%) khi ra viện và giảm xuống còn 9/30 mắt (30%) ở thời điểm nghiên cứu. Thị lực trên mức mù loà thời điểm trước mổ là 4/30 mắt chiếm 13,3% đã tăng lên 9/30 mắt (30%) ở thời điểm ra viện và đạt 70% tại thời điểm nghiên cứu. Thị lực chính kính tối ưu cao nhất tại thời điểm nghiên cứu là 20/40. Độ loạn thị trung bình sau ra viện 1 tháng là $2.32 \pm 0.82D$ và thời điểm nghiên cứu là $1.50 \pm 0.63D$. Sau 1 tháng ra viện có 11/30 mắt loạn thị nhẹ ($0.25-2.00D$) chiếm 36,6% đã tăng lên 21/26 mắt chiếm 80,7% tại thời điểm nghiên cứu; tỷ lệ loạn thị trung bình ($2.00-3.00D$) là 13/30 mắt chiếm 43,3% giảm xuống còn 4/26 mắt tương đương 15,3%; tỷ lệ loạn thị cao lúc ra viện có 6/30 mắt (20%) giảm xuống còn 1/26 mắt (3,8%). **Kết luận:** Thị lực tăng nhanh tại thời điểm ra viện, tăng dần và ổn định ở thời gian dài. Chất lượng thị giác được cải thiện và duy trì cao hơn có ý nghĩa so với phương pháp DSAEK thông thường

Từ khóa: Ghép nội mô giác mạc, thị lực, loạn thị.

SUMMARY

LONG-TERM VISUAL OUTCOMES OF DSAEK SUTURELESS SMALL INCISION AT THE

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Dung

Email: nguyenkimdung010676@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025

NATIONAL HOSPITAL OF

OPHTHALMOLOGY FROM 2018 TO 2020

Objectives: To evaluate the long-term visual outcomes of Descemet's stripping automated endothelial keratoplasty sutureless small incision (DSAEK-SI) at the Vietnam National Eye Hospital from January 2018 to December 2020. **Subjects and Methods:** A cross-sectional and retrospective study was conducted on the medical records of 30 eyes that underwent DSAEK sutureless small incision between January 2018 and December 2020. **Results:** The mean follow-up time was 60.56 ± 10.04 months. Preoperatively, 26/30 eyes (86.6%) were classified as blind (VA less than count finger at 3 meters). This number decreased to 21/30 eyes (70%) at hospital discharge and reduced to 9/30 eyes (30%) at Present. The number of eyes with vision better than the blindness threshold increased from 4/30 (13.3%) preoperatively to 9/30 (30%) at hospital discharge, and obtain 70% at present. The highest of best-corrected visual acuity (BCVA) at the present is 20/40. Mild astigmatism ($0.25-2.00D$) was 11/30 eyes (36,6%) at 1 month after hospital discharge and increased to 21/26 eyes (80.7%) at present. Moderate astigmatism ($2.00-3.00D$) decreased from 13/30 eyes (43,3) to 4/26 eyes (15,3%). High astigmatism in 6/30 eyes (20%) decreased to 1/26 eyes (3,8%). The visual quality was significantly higher compared to conventional DSAEK ($p < 0,05$). **Conclusion:** Visual acuity improved shortly after surgery of DSAEK-SI and keep increasing and stabilize at the long term of follow-up. The visual quality was significantly higher compared to conventional DSAEK. **Keywords:** DSAEK Sutureless small incision visual acuity, astigmatism

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép nội mô giác mạc để điều trị bệnh lý nội mô giác mạc ngày càng rộng rãi. Mặc dù hiện nay Phẫu thuật ghép nội mô DSAEK và DMEK được thực hiện ngày càng nhiều nhưng phẫu thuật DSAEK (Descemet Stripping Automated Endothelial Keratoplasty) vẫn là phương pháp được áp dụng phổ biến trên thế giới do chỉ định