

## V. KẾT LUẬN

Kết quả ban đầu phẫu thuật điều trị bệnh lý bất thường trở về tĩnh mạch phổi hoàn toàn có tắc nghẽn tại Bệnh viện Nhi Trung ương là khả quan. Một nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi lâu dài hơn là hoàn toàn cần thiết nhằm đánh giá chính xác kết quả lâu dài sau phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kelle AM, Backer CL, Gossett JG et al (2010). Total anomalous pulmonary venous connection: results of surgical repair of 100 patients at a single institution. J Thorac Cardiovasc Surg.;139(6):1387-1394.
2. Karamlou T, Gurofsky R, Al Sukhni E et al (2007). Factors associated with mortality and reoperation in 377 children with total anomalous pulmonary venous connection. Circulation.;115(12):1591-8.
3. Husain SA, Maldonado E, Rasch D, et al (2012). Total anomalous pulmonary venous connection: factors associated with mortality and

- recurrent pulmonary venous obstruction. Ann Thorac Surg.;94(3):825-31
4. Kirshbom PM, Myung RJ, Gaynor JW, et al (2002). Preoperative pulmonary venous obstruction affects long-term outcome for survivors of total anomalous pulmonary venous connection repair. Ann Thorac Surg.;74(5):1616-20.
  5. Yun TJ, Coles JG, Konstantinov IE, et al (2005). Conventional and sutureless techniques for management of the pulmonary veins: Evolution of indications from postrepair pulmonary vein stenosis to primary pulmonary vein anomalies. J Thorac Cardiovasc Surg.;129(1):167-74.
  6. Meadows J, Marshall AC, Lock JE, et al (2006). A hybrid approach to stabilization and repair of obstructed total anomalous pulmonary venous connection in a critically ill newborn infant. J Thorac Cardiovasc Surg.;131(4):e1-2.
  7. Kanter KR (2006). Surgical repair of total anomalous pulmonary venous connection. Semin Thorac Cardiovasc Surg Pediatr Card Surg Annu.: 40-4.
  8. Zheng Jinghao, Gao Botao, Xu Zhiwei, et al. The Research on Operation of Obstructed Total Anomalous Pulmonary Venous Connection in Neonates. ScientificWorldJournal. 2014; 2014: 576569.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NANG

Nguyễn Xuân Hậu<sup>1</sup>, Lê Văn Quảng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả phẫu thuật trong ung thư tuyến giáp thể nang tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 48 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang được phẫu thuật tại bệnh viện K từ 1/2016 đến 7/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và cắt thùy + eo tuyến giáp là 75% và 25%, trong mỗi nhóm tỉ lệ vết hạch cổ kèm theo lần lượt là 66,7% và 0%. Phân loại giai đoạn bệnh chủ yếu là giai đoạn I (75%), giai đoạn IV chiếm 12,5%. Tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược và hạ canxi máu tạm thời là hai biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật 72 giờ với tỉ lệ 14,6% và 18,8%, sau đó giảm dần. Có 1 bệnh nhân bị suy tuyến cận giáp vĩnh viễn sau 14 tháng theo dõi. Vết hạch cổ làm tăng nguy cơ hạ canxi sau mổ có ý nghĩa thống kê với  $p=0,024$ . **Kết luận:** Phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nang an toàn, hiệu quả.

**Từ khóa:** ung thư tuyến giáp thể nang, kết quả phẫu thuật

### SUMMARY

#### SURGICAL OUTCOMES OF FOLLICULAR THYROID CANCER

**Objective:** to evaluate the surgical outcomes of follicular thyroid cancer at K Hospital. **Subjects and Methods:** a retrospective combined with prospective cohort study of 48 follicular thyroid carcinoma patients treated by surgery at K Hospital from January 2016 to July 2020. **Results:** The percentage of patients who had undergone total thyroidectomy and lobectomy were 75% and 25%, in each group neck dissection had been performed in 66.7% and 0% respectively. Most patients had stage I postoperative (75%), 12.5% patients in stage IV. The most common complications were transient recurrent laryngeal nerve injury and hypocalcemia, with the incidence at 72 hours after surgery were 14.6% and 18.8%. One patient had been persistent hypoparathyroidism after 14 months of follow-up. Cervical lymph node dissection increased the risk of hypocalcemia postoperative significantly ( $p<0.05$ ). **Conclusion:** Surgery of follicular thyroid carcinoma is safe and effective.

**Keyword:** follicular thyroid cancer, surgical outcome

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) thể nang là thể thường gặp thứ 2 trong nhóm UTTĐ biệt hóa sau UTTĐ thể nhú<sup>1</sup>. So với thể nhú, UTTĐ thể nang thường gặp ở nhóm tuổi lớn hơn, tỉ lệ di căn hạch thấp hơn thể nhú<sup>2,3</sup> và di căn xa có thể là

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội,

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyensexuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022

triệu chứng đầu tiên của bệnh<sup>4,5</sup>. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA) ít có vai trò trong chẩn đoán UTTG thể nang vì rất khó để phân biệt giữa u tuyến thể nang và ung thư thể nang. Chẩn đoán xác định cần bằng chứng về xâm lấn mạch máu và/hoặc xâm lấn vỏ trên mô bệnh học<sup>6</sup>. Hiện nay, điều trị UTTG thể nang gần tương tự như UTTG thể nhú với phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng nhất. Điều trị I131 sau đó được chỉ định cho từng trường hợp cụ thể, dựa vào giai đoạn bệnh, tình trạng di căn hạch và di căn xa. Tùy theo mức độ phẫu thuật cắt tuyến giáp và vét hạch mà tỉ lệ các biến chứng xảy ra sau mổ cũng khác nhau.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 48 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang được phẫu thuật tại bệnh viện K từ tháng 1/2016 đến tháng 7/2020.

### Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp được phẫu thuật theo phác đồ có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh khẳng định là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ kết quả: khám lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau mổ.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại tuyến trước.

- Bệnh nhân cũ đến điều trị tiếp vì tái phát, di căn hoặc lý do khác.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

### 2.3. Các chỉ số nghiên cứu

- Khai thác các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng (siêu âm tuyến giáp đánh giá kích thước u, số lượng u, phân loại TIRADS, tình trạng di căn hạch cổ và chọc hút tế bào trước mổ).

- Phương pháp phẫu thuật: Cắt thùy + eo

### Bảng 2. Mối liên quan giữa tỉ lệ khả năng và các yếu tố

Đặc điểm		Khả năng sau mổ n (%)		Giá trị p
		Có	Không	
Phẫu thuật	Cắt TGTB	6 (16,7)	30 (83,3)	0,662
	Cắt thùy+eo	1 (8,3)	11 (91,7)	
Nạo vét hạch cổ	Không vét hạch	2 (8,7)	21 (91,3)	0,419
	Có vét hạch	5 (20)	20 (40)	
Di căn xa	Có	3 (33,3)	6 (66,7)	0,111
	Không	4 (10,3)	35 (89,7)	

### Bảng 3. Mối liên quan giữa tỉ lệ tê bì cơ rút tay chân và các yếu tố

Đặc điểm		Tê bì cơ rút tay chân n (%)		Giá trị p
		Có	Không	
Phẫu thuật	Cắt TGTB	9 (25)	27 (75)	0,088

tuyến giáp hay cắt tuyến giáp toàn bộ (TGTB), chỉ định dựa trên khuyến cáo của Hiệp hội phòng chống Ung thư Hoa Kỳ, phương pháp vét hạch cổ (không vét hạch, vét hạch cổ trung tâm, vét hạch cổ 1 hoặc 2 bên) được chỉ định theo lựa chọn của từng phẫu thuật viên dựa trên các phác đồ hiện hành.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, khám theo dõi định kỳ sau mổ.

- Các tai biến, biến chứng xảy ra trong và sau phẫu thuật: chảy máu, nhiễm trùng...

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Phương pháp phẫu thuật và giai đoạn bệnh

#### Bảng 1. Phân loại theo phương pháp phẫu thuật tuyến giáp và vét hạch cổ

Các phương pháp phẫu thuật		n (%)
Cắt thùy + eo giáp	Không vét hạch	12 (100)
	Có vét hạch	0
Cắt tuyến giáp toàn bộ	Không vét hạch	12 (33,3)
	Có vét hạch	24 (66,7)
<b>Vét hạch cổ (n=24)</b>		
Chỉ vét hạch nhóm trung tâm		9 (37,5)
Nhóm trung tâm và hạch cổ bên		15 (62,5)

Đa số bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp

**Phân loại giai đoạn bệnh sau phẫu thuật:** Đa số bệnh nhân ở giai đoạn I chiếm 75%

### 3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật

**Thời gian nằm viện sau phẫu thuật:** Phần lớn bệnh nhân nằm viện sau phẫu thuật từ 6-10 ngày (68,8%).

**Thời gian rút dẫn lưu sau phẫu thuật:** Đa số bệnh nhân được rút dẫn lưu sau phẫu thuật 3 – 5 ngày chiếm 83,3%.

**Các biến chứng sau phẫu thuật:** Khàn tin chứng sau phẫu thuật lưu sau phẫu thuật 3 – 5 ngày chiếm được chỉ định t

Mối quan hệ giữa các biến chứng và một vài yếu tố.

	Cắt thùy+eo	0	12 (100)	
Nạo vét hạch cổ	Không vét hạch	1 (4,3)	22 (95,7)	<b>0,024</b>
	Có vét hạch	8 (32,0)	17 (68,0)	
Di căn xa	Có	3 (33,3)	6 (66,7)	0,340
	Không	33 (86,4)	6 (15,4)	

#### IV. BÀN LUẬN

Do ung thư tuyến giáp thể nang chỉ được chẩn đoán khi có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật tuyến giáp (trừ trường hợp di căn xa đã sinh thiết) nên chỉ định cắt thùy và eo giáp được đặt ra đầu tiên với các bệnh nhân có kết quả chọc hút tế bào không xác định. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp sẽ được đặt ra nếu bệnh nhân có một trong các yếu tố nguy cơ. Các trường hợp còn lại, phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ sẽ được đặt ra sau khi có kết quả mô bệnh học là UTTG thể nang xâm nhập (bao gồm cả xâm nhập tối thiểu và xâm nhập rộng). Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ cắt tuyến giáp toàn bộ khá cao (75%). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2002) rất nhiều (28,9%)<sup>7</sup>. Nguyên nhân là do trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ có từ 2 u trở lên, có di căn xa, giai đoạn T3, T4 cao hơn rõ rệt. Vai trò của nạo vét hạch cổ dự phòng vẫn còn nhiều tranh cãi. Nhất là khi tỉ lệ di căn hạch cổ ở nhóm UTTG thể nang thấp hơn nhiều so với UTTG thể nhú, theo nghiên cứu của Zaydfudim (2008) tỉ lệ di căn hạch cổ trong UTTG thể nang chỉ từ 3-8%<sup>3</sup>. Trong nhóm nghiên cứu, có 24 bệnh nhân được nạo vét hạch cổ, tỉ lệ vét hạch cổ ở nhóm cắt tuyến giáp toàn bộ là 66,7% và ở nhóm cắt thùy và eo giáp là 0%. Có thể thấy, trong nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp đa số các trường hợp đều được chỉ định vét hạch cổ, điều này được giải thích là những bệnh nhân được chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp đều được kiểm tra hạch cổ trong mổ, nếu nghi ngờ hạch di căn sẽ vét hạch điều trị, hoặc vét hạch dự phòng. Đa số các bệnh nhân đều có khối u còn giới hạn trong tuyến thuộc phân loại T1 chiếm tỷ lệ 52,1%, sau đó là u phân loại T3 chiếm 25% và 2 trường hợp T4 xâm lấn vào thần kinh thanh quản ngược. Tỉ lệ bệnh nhân ở giai đoạn I, II và III lần lượt là 75%, 8,3% và 4,2%. Kết quả này cũng gần tương tự với nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2002), giai đoạn I, II, III, IV có tỷ lệ tương ứng là 65,6%, 7,8%, 22,4%, 4,2%<sup>7</sup>. Như vậy có thể thấy mặc dù tỉ lệ di căn xa ở nhóm nghiên cứu khá cao (18,8%) nhưng hầu hết các trường hợp UTTG thể nang đã được chẩn đoán và điều trị sớm từ giai đoạn I hoặc II, là các giai đoạn có tiên lượng rất tốt. Thời gian nằm viện sau phẫu

thuật trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là 6–10 ngày (68,8%), có 22,9% bệnh nhân nằm viện sau phẫu thuật dưới 6 ngày (đây chủ yếu là những bệnh nhân được cắt thùy và eo giáp). Trong nhóm nghiên cứu có 4 bệnh nhân nằm viện >10 ngày, đây là các bệnh nhân có di căn xa, thời gian nằm viện lâu hơn vì bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ kèm nạo vét hạch cổ bên đồng thời bệnh nhân có thể trạng kém hơn và đau nhiều.

Về biến chứng khàn tiếng sau mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có biểu hiện khàn tiếng trong vòng 72 giờ là 14,6%. Đa phần các trường hợp là khàn tiếng tạm thời, sau 1 tháng tỉ lệ khàn tiếng là 8,3% và thời điểm 3 tháng chỉ còn 1 trường hợp (2,1%) được ghi nhận, không có bệnh nhân nào còn biểu hiện khàn tiếng tại thời điểm theo dõi 6 tháng. Tỉ lệ khàn tiếng cao hơn ở bệnh nhân cắt tuyến giáp toàn bộ so với bệnh nhân cắt thùy và eo (16,7% so với 8,3%), ở bệnh nhân có vét hạch cổ cao hơn so với bệnh nhân không vét hạch cổ (20% so với 8,7%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân hạ canxi máu có biểu hiện lâm sàng cơ thể bị co rút đầu ngón tay ngón chân trong vòng 72h là 18,8%. Tỉ lệ tê bì co rút đầu ngón tay ngón chân ở nhóm có vét hạch cổ cao hơn so với nhóm không vét hạch cổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,024$ . Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân có biến chứng hạ canxi máu kéo dài > 6 tháng. Đây là bệnh nhân lớn tuổi, có di căn cột sống thắt lưng được chỉ định cắt tuyến giáp toàn bộ và nạo vét hạch cổ nhóm trung tâm và nhóm cổ bên. Sau phẫu thuật 14 tháng, bệnh nhân vẫn có các cơn co rút tay chân tay và phải bổ sung canxi hàng ngày.

#### V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và cắt thùy +eo tuyến giáp là 75% và 25%, trong mỗi nhóm tỉ lệ vét hạch cổ kèm theo lần lượt là 66,7% và 0%.

Khàn tiếng và cơn co rút tay chân là hai biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật 72 giờ với tỉ lệ 14,6% và 18,8%, sau đó giảm dần và hầu hết tổn thương này là tạm thời. Có 1 bệnh nhân bị hạ canxi máu vĩnh viễn. Vết hạch cổ làm tăng

nguy cơ hạ canxi máu sau mổ có ý nghĩa thống kê với  $p=0,024$ .

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ricardo VL, Y.Osamura R.** WHO classification of tumours of endocrine organs. IARC. 2017.
2. **Alfalah H, Cranshaw I, Jany T, et al.** Risk factors for lateral cervical lymph node involvement in follicular thyroid carcinoma. *World J Surg.* 2008;32(12):2623-2626.
3. **Zaydfudim V, Feurer ID, Griffin MR, Phay JE.** The impact of lymph node involvement on survival in patients with papillary and follicular thyroid carcinoma. *Surgery.* 2008;144(6):1070-1077; discussion 1077-1078.
4. **Aschebrook-Kilfoy B, Grogan RH, Ward MH,**

**Kaplan E, Devesa SS.** Follicular thyroid cancer incidence patterns in the United States, 1980-2009. *Thyroid.* 2013;23(8):1015-1021.

5. **Vuong HG, Duong UNP, Pham TQ, et al.** Clinicopathological Risk Factors for Distant Metastasis in Differentiated Thyroid Carcinoma: A Meta-analysis. *World J Surg.* 2018;42(4):1005-1017.
6. **Grani G, Lamartina L, Durante C, Filetti S, Cooper DS.** Follicular thyroid cancer and Hurthle cell carcinoma: challenges in diagnosis, treatment, and clinical management. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018;6(6):500-514.
7. **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 Việt Nam.* 2002:323-326.

## KẾT QUẢ LASER TẠO HÌNH VÙNG BÈ CHỌN LỌC THÌ ĐẦU TRÊN BỆNH NHÂN GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

Đỗ Tấn\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả tạo hình vùng bè chọn lọc bằng laser trên bệnh nhân Glôcôm góc mở nguyên phát thì đầu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp trên 36 mắt trên 18 bệnh nhân Glôcôm góc mở nguyên phát, được tạo hình vùng bè chọn lọc bằng laser 360°. Theo dõi sau điều trị 2 tuần, 1 tháng và 2 tháng. Số thuốc tra được sử dụng được đánh giá tại các thời điểm sau điều trị 1 tháng và 2 tháng. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là:  $61.67 \pm 12.61$ , tỷ lệ nam/nữ là: (67%/34%), tất cả bệnh nhân ở giai đoạn trung bình và nặng (25%/75%). Nhãn áp trung bình trước điều trị là:  $31.24 \pm 11.50$  mmHg, giảm xuống  $20.91 \pm 7.30$  mmHg sau 2 tuần, sau 1 tháng  $21.04 \pm 9.02$  mmHg, sau 2 tháng  $18.34 \pm 4.45$  mmHg với tỷ lệ hạ NA tương ứng là: 27.63%, 28.22% và 31.96%. Số thuốc tra trung bình cần điều trị bổ sung ở thời điểm sau điều trị 1 tháng là:  $0.46 \pm 0.78$  thuốc, sau 2 tháng là:  $0.18 \pm 0.40$  thuốc. Biến chứng ít gồm cộm vướng (14%), cương tụ kết mạc (8%) xuất hiện nhẹ, thoáng qua, đáp ứng tốt với điều trị. **Kết luận:** Laser tạo hình vùng bè chọn lọc là phương pháp điều trị đầu tay tương đối an toàn, hiệu quả trong điều trị bệnh nhân Glôcôm góc mở nguyên phát.

**Từ khóa:** Glôcôm góc mở nguyên phát, laser tạo hình vùng bè chọn lọc thì đầu, nhãn áp

### SUMMARY

#### RESULTS OF PRIMARY SELECTIVE LASER TRABECULOPLASTY FOR PRIMARY OPEN

\*Bệnh Viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn

Email: dotan20042005@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2022

Ngày duyệt bài: 7.2.2022

### ANGLE GLAUCOMA

**Objectives:** To evaluate the effectiveness of primary selective laser trabeculoplasty (SLT) on primary open angle glaucoma (POAG). **Patients and Methods:** no control interventional study on 36 eyes of 18 POAG patients who were treated with primary SLT on 360°. All patients then were followed at 2 weeks, 1 month and 2 months. Additional IOP lowering medications were noted at 1 month and 2 months. Results: Mean age was  $61.67 \pm 12.61$  year old. Male accounted for 67%. All eyes were at advanced (25%) or severe (75%) stages. Pre-treatment IOP was  $31.24 \pm 11.50$  mmHg, that was lowered to  $20.91 \pm 7.30$  mmHg at 2 weeks,  $21.04 \pm 9.02$  mmHg at 1 month and  $18.34 \pm 4.45$  mmHg at 2 months after 360° SLT. The IOP reduction rate was 27.63%, 28.22% and 31.96% respectively. The additional IOP lowering medications was  $0.46 \pm 0.78$  at 1 month,  $0.18 \pm 0.40$  at 2 months. There were few complications such as superficial irritation (14%), conjunctival hyperemia (8%) which were usually mild, transient. **Conclusion:** SLT proved to be effective and safe as primary treatment for POAG.

**Key words:** POAG, primary SLT, IOP

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm góc mở nguyên phát là một tình trạng bệnh lý của thị thần kinh, tiến triển mạn tính, có sự tham gia của nhiều yếu tố, đặc trưng bởi sự chết của các tế bào hạch võng mạc, biểu hiện bằng tổn hại lớp sợi thần kinh võng mạc, teo lõm đĩa thị giác và tổn thương thị trường điển hình, có sự tham gia của nhiều yếu tố song thường liên quan với một tình trạng nhãn áp cao<sup>1</sup>. Lựa chọn hàng đầu trong điều trị Glôcôm góc mở vẫn là sử dụng thuốc tra tại chỗ. Tuy nhiên, việc điều trị bằng thuốc có nhiều nhược điểm là giá thành cao, có thể gặp những tác dụng phụ của thuốc,