

bào, dịch nội bào, khối lượng dịch dư thừa; lượng dịch dư thừa tăng dần theo mức độ nặng của suy tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dickstein K., Cohen-Solal A., Filippatos G. et al.** (2008), "ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)", Eur J Heart Fail, 10(10), p. 933-989.
- Pellicori P et al** (2015), "Fluid Management in Patients with Chronic Heart Failure", Cardiac Failure Review, 01 Oct 2015, 1(2):90-95, DOI: 10.15420/cfr.2015.1.2.90.
- Hồ Xuân Minh** (2005), Nghiên cứu sự biến đổi nồng độ Natri máu, niệu ở bệnh nhân suy tim mạn tính, Luận văn Thạc sĩ, Học viện Quân y, Hà Nội.
- Phạm Ngọc Phúc** (2006), Nghiên cứu các chỉ số biến thiên nhịp tim bằng Holter điện tim 24 giờ ở bệnh nhân suy tim mạn tính, Luận văn chuyên khoa 2, Học viện Quân y, Hà Nội.
- Paul A. Heidenreich et al** (2022), "2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines", Circulation, Volume 145, Issue 18, 3 May 2022; Pages e895-e1032, <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>.
- Philipson H, Ekman I, Forslund HB, et al** (2013), "Salt and fluid restriction is effective in patients with chronic heart failure", Eur J Heart Fail. 2013;15:1304–1310. Crossref. PubMed.

ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP MỨC ĐỘ NẶNG THEO PHÂN ĐỘ CTSI TẠI TRUNG TÂM HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lương Quốc Chính^{1,2,3}, Nguyễn Anh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm và kết quả điều trị tụy cấp nặng để đưa ra một số nhận xét về điều trị của nhóm bệnh nhân này, hỗ trợ vào quá trình điều trị, tiên lượng bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm và kết quả điều trị của 46 bệnh nhân được viêm tụy cấp, được chụp cắt lớp vi tính bụng có tiêm thuốc cản quang và phân độ CTSI mức độ nặng, điều trị tại Trung tâm Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2021 đến năm 2022. **Kết quả:** Điểm SOFA trung bình của nhóm bệnh nhân là 7 ± 4, điểm APACHE II trung bình là 11 ± 6. Mức độ hoại tử dưới 30% chiếm 45,6%, từ 30 – 50% chiếm 26,1%, trên 50% chiếm 28,3%. 44 bệnh nhân được dẫn lưu dịch ổ bụng từ 1 đến 4 lần, phổ biến nhất là 1 và 2 lần dẫn lưu, chiếm 36,9% và 34,8%. 67,4% số bệnh nhân viêm tụy cấp nặng không có chỉ định phẫu thuật. Bệnh nhân được phẫu thuật nhiều nhất là 3 lần. 96% số bệnh nhân được dùng kháng sinh dự phòng. Số ngày điều trị trung bình là 22 ± 19. Tỷ lệ tử vong là 32,6%. Bệnh nhân được nuôi ăn sớm có tỷ lệ tử vong thấp hơn, bệnh nhân có nhiễm khuẩn từ trước có tỷ lệ tử vong cao hơn so với nhóm còn lại. **Kết luận:** Viêm tụy cấp nặng là bệnh lý có tỷ lệ tử

vong cao, lên đến trên 30%. Hầu hết bệnh nhân được dẫn lưu dịch ổ bụng và dùng kháng sinh dự phòng trong quá trình điều trị. Bệnh nhân nuôi ăn sớm và không có nhiễm khuẩn từ trước có tỷ lệ tử vong thấp hơn. **Từ khóa:** Viêm tụy cấp nặng, kết quả điều trị

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT PATIENTS WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS PATIENTS ACCORDING TO CTSI AT BACH MAI HOSPITAL CRITICAL CARE CENTER

Objective: Assess the characteristics and results of treatment patients with severe acute pancreatitis to support treatment, prognosis process. **Method:** Descriptive study on 46 severe acute pancreatitis patients, who were diagnosed and classified by computed tomography with contrast and CTSI score. Patients were received treatment at Bach Mai hospital Critical care center from 2021 to 2022. **Results:** Average SOFA score is 7 ± 4, APACHE II is 11 ± 6. Necrosis under 30% rate is 45,6%, 30 – 50% is 26,1%, above 50% is 28,3%. 44 patients receive abdominal drainage from 1- 4 times, most received 1 or 2 time, 36,9% and 34,8%. 67,4% of patients do not need surgery. Patients with most time surgery is 3 times. 96% of patients receive prophylaxis antibiotic. Average treatment time is 22 ± 19 days. Mortality rate is 32,6%. Patients who have oral nutrition early and without infection have smaller mortality rate. **Conclusion:** Severe acute pancreatitis is a high mortality - rate disease, up to 30%. Most patients received abdominal drainage and prophylaxis antibiotics during treatment. Patients who have oral

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Lương Quốc Chính

Email: luongquocchinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2023

Ngày phản biên khoa học: 13.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

nutrition early and without infection have smaller mortality rate.

Keywords: severe acute pancreatitis, results of treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là một bệnh thường được gặp ở khoa cấp cứu các bệnh viện với bệnh cảnh cơn đau bụng cấp. Ở Mỹ mỗi năm có khoảng 220000 bệnh nhân viêm tụy cấp được điều trị và số bệnh nhân viêm tụy cấp đã tăng gấp đôi trong 2 thập niên cuối. Ở Hà Lan từ 1992 đến 2004 số bệnh nhân viêm tụy cấp tăng 75%. Ở Anh bệnh nhân viêm tụy cấp tăng 3,1% mỗi năm. Khoảng 10 – 15% ca viêm tụy cấp có diễn tiến nặng và có thể dẫn đến tử vong¹.

Chụp cắt lớp vi tính là phương pháp có độ nhạy, đặt hiệu cao trong chẩn đoán và theo dõi điều trị viêm tụy cấp. Thang điểm CTSI được dùng từ năm 1990, là sự kết hợp của thang điểm Balthazar và đánh giá mức độ hoại tử. CTSI chính xác hơn thang điểm Balthazar trong tiên lượng bệnh nhân tụy nhiên thang điểm này chưa tương quan hoàn toàn với mức độ suy tạng. Nhiều nghiên cứu và đồng thuận gần đây cũng cho thấy vai trò của thang điểm CTSI trong tiên lượng mức độ nặng, nguy cơ phải phẫu thuật, nguy cơ suy đa tạng của bệnh nhân viêm tụy cấp².

Trong điều trị viêm tụy cấp, cần đánh giá đúng mức độ nặng của bệnh nhân, tiên lượng tử vong của các ca viêm tụy cấp nhẹ chỉ vào khoảng 1%, trong khi các ca viêm tụy cấp nặng có tỉ lệ tử vong từ 10-15% nếu không có nhiễm trùng và từ 30-35% khi có biến chứng nhiễm trùng. Điều trị gồm có 4 nguyên tắc chung, bao gồm: Điều trị kết hợp nội ngoại khoa gồm điều trị hồi sức nội khoa và theo dõi sát diễn tiến của viêm tụy cấp để chỉ định can thiệp ngoại khoa vào thời điểm thích hợp nhất, để tụy nghỉ, tránh kích thích tụy bài tiết bằng thuốc và bằng phương pháp nuôi ăn, điều trị nâng đỡ hỗ trợ toàn thân, điều trị các biến chứng.

Trên thế giới có nhiều nghiên cứu khác nhau về viêm tụy cấp, bao gồm nhiều mức độ bệnh lý từ nhẹ, trung bình đến nặng. Tuy nhiên nghiên cứu về nhóm bệnh nhân nặng nhất, đặc biệt những bệnh nhân cần lọc máu, thở máy, hồi sức tích cực chưa có nhiều. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên những bệnh nhân viêm tụy cấp nặng theo phân độ CTSI với mục tiêu đánh giá đặc điểm và kết quả điều trị tụy cấp nặng để đưa ra một số nhận xét về điều trị của nhóm bệnh nhân này, hỗ trợ vào quá trình điều trị, tiên lượng bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: 46 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp mức độ nặng theo CTSI điều trị tại Trung tâm Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2021 đến năm 2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân viêm tụy cấp không được chụp phim cắt lớp vi tính ổ bụng có thuốc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.

Cỡ mẫu được chọn cho nghiên cứu là phương pháp chọn cỡ mẫu thuận tiện.

Phương pháp chọn mẫu là lấy mẫu toàn bộ.

2.3. Thu thập số liệu và xử lý số liệu.

Công cụ thu thập số liệu.

- Phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu của đối tượng.

- Bộ câu hỏi gồm có 4 phần:

Phần 1: Thông tin cá nhân.

Phần 2: Đặc điểm lâm sàng.

Phần 3: Đặc điểm cận lâm sàng.

Phần 4: Kết quả điều trị.

Xử lý số liệu: Xử trí số liệu bằng phần mềm thống kê y học với giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

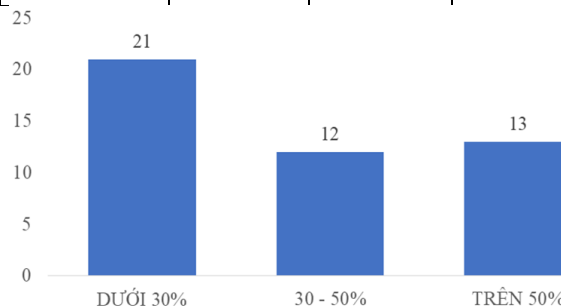
2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả hồi cứu trên các bệnh án có sẵn nên hoàn toàn không ảnh hưởng đến bệnh nhân. Các số liệu thu thập được giúp cho các nhà lâm sàng tiên lượng bệnh nhân tốt hơn, cải thiện hiệu quả điều trị và nâng cao thành công của can thiệp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong quá trình nghiên cứu 46 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, chúng tôi thu được các kết quả như sau.

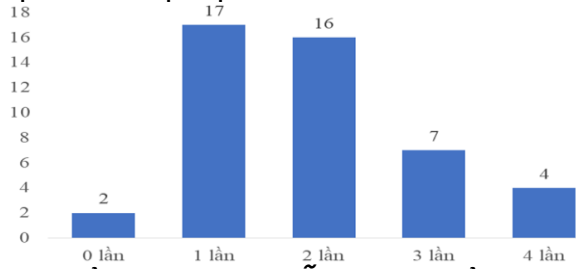
Bảng 1. Thang điểm SOFA và APACHE II của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Thang điểm	$X \pm s$	Nhỏ nhất	Lớn nhất
SOFA	7 ± 4	0	17
APACHE II	11 ± 6	3	24



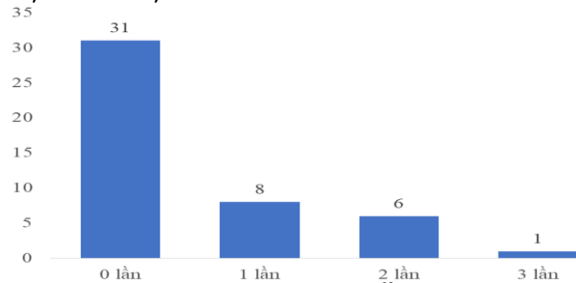
Biểu đồ 1. Mức độ hoại tử của bệnh nhân viêm tụy cấp nặng

Nhận xét: Đa số bệnh nhân viêm tụy cấp mức độ nặng điều trị tại Trung tâm Hồi sức tích cực có mức độ hoại tử dưới 30%.



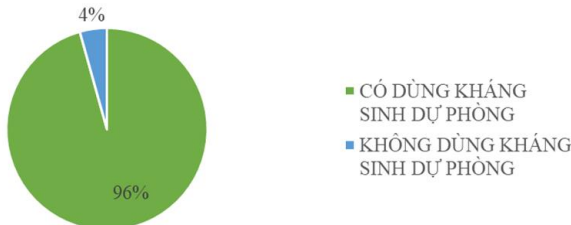
Biểu đồ 2. Số lần dẫn lưu dịch ổ bụng

Nhận xét: Chỉ có 2 bệnh nhân không phải dẫn lưu dịch ổ bụng trong quá trình điều trị. Các bệnh nhân còn lại được dẫn lưu từ 1 đến 4 lần, phổ biến nhất là 1 và 2 lần dẫn lưu, chiếm 36,9% và 34,8%.



Biểu đồ 3. Số lần phẫu thuật

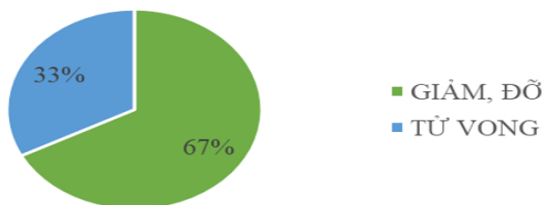
Nhận xét: Đa số bệnh nhân chiếm 67,4% số bệnh nhân viêm tụy cấp nặng không có chỉ định phẫu thuật. Bệnh nhân được phẫu thuật nhiều nhất là 3 lần.



Biểu đồ 4. Dùng kháng sinh dự phòng của nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp nặng

Bảng 2. Số ngày điều trị

	X ± s	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Số ngày điều trị	22 ± 19	7	88



Biểu đồ 5. Kết quả điều trị

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

		Kết quả điều trị		p
		Đổ, giảm N (%)	Tử vong N (%)	
Nuôi ăn sớm	Có	21(67,7%)	6 (40%)	0,14
	Không	10(32,3%)	9 (60%)	
Nhiễm khuẩn có trước	Có	12(38,7%)	10(66,7%)	0,14
	Không	19(61,3%)	5 (33,3%)	
Tổng số		31 (100%)	15 (100%)	

Nhận xét: Bệnh nhân được nuôi ăn sớm trong nhóm đổ, giảm (67,7%) nhiều hơn so với nhóm tử vong (40%), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bệnh nhân có nhiễm khuẩn từ trước trong nhóm đổ, giảm (38,7%) thấp hơn so với nhóm tử vong (66,7%), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 46 bệnh nhân viêm tụy cấp mức độ nặng điều trị tại Trung tâm Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai.

Qua nghiên cứu, trung bình điểm SOFA ở các bệnh nhân viêm tụy cấp nặng là 7 ± 4. Điểm SOFA có giá trị chẩn đoán viêm tụy cấp hoại tử, điểm cắt 8,5 có độ nhạy 45,5% và độ đặc hiệu 86,5%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của H. L. Husu với điểm SOFA ở nhóm viêm tụy cấp hoại tử nhiễm khuẩn là 10 (7 – 13)⁴. Nghiên cứu của Hong-Ze Chen, Liang Ji lại cho kết quả thấp hơn, điểm SOFA vào ngày thứ ba ở bệnh nhân là 3. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do thời gian diễn biến, nằm viện ở tuyến dưới khác nhau nên mức độ suy tạng tại thời điểm nghiên cứu cũng khác nhau.

Thang điểm APACHE II, chúng tôi thấy trung vị điểm APACHE II ở nhóm bệnh nhân là 11 (3 – 24). Kết quả này gần tương đương với nghiên cứu của R. Isenmann với điểm APACHE II ở nhóm viêm tụy cấp hoại tử nhiễm khuẩn là 12 (0 – 29)⁷. Nghiên cứu của M. W. Burchler cũng cho kết quả tương tự với điểm APACHE II ở nhóm viêm tụy cấp hoại tử là 13,2 (6 – 22)⁶. Chúng tôi thấy điểm APACHE II có giá trị chẩn đoán viêm tụy cấp hoại tử, điểm cắt 9,5 có độ nhạy 72,7% và độ đặc hiệu 65,4%. Nghiên cứu của Hong-Ze Chen cho thấy điểm APACHE II ở nhóm viêm tụy cấp hoại tử là 10 (7 – 12). Nghiên cứu của Yan Bo Zeng cho thấy điểm APACHE II ở nhóm viêm tụy cấp nhiễm khuẩn là 10,72 ± 6,02. Nghiên cứu của H. L. Husu cho thấy điểm APACHE II ở nhóm viêm tụy cấp hoại tử nhiễm khuẩn là 19 (12 – 23),

cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi⁵.

Về mức độ hoại tử tụy trên cắt lớp vi tính, theo nghiên cứu, tỷ lệ hoại tử mức độ nặng nhất, trên 50% là 28,3%. Tỷ lệ hoại tử trên 50% trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của H. L. Husu là 20% ở nhóm viêm tụy cấp hoại tử nhiễm khuẩn và 13,2% ở nhóm viêm tụy cấp hoại tử vô khuẩn⁴. Nghiên cứu của M. W. Burchler cho thấy tỷ lệ hoại tử trên 50% ở nhóm hoại tử nhiễm lên đến 80%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi⁶.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân viêm tụy cấp nặng đa số được dẫn lưu dịch ổ bụng từ 1 đến 2 lần, bệnh nhân nhiều nhất tới 4 lần. Kết quả này tương tự nghiên cứu của S. Singh với số lần dẫn lưu ở nhóm viêm tụy cấp hoại tử sống là $1,74 \pm 0,73$ và nhóm tử vong là $1,66 \pm 0,49$ ⁵. Bên cạnh kháng sinh thì các biện pháp loại bỏ ổ hoại tử nhiễm khuẩn đóng vai trò quan trọng, trong đó ưu tiên hàng đầu là dẫn lưu qua da. Nhược điểm của dẫn lưu qua da là đòi hỏi phải thực hiện nhiều lần do có thể có nhiều ổ tách biệt nhau và xuất hiện không đồng thời. Do vậy, cần thường xuyên đánh giá các ổ hoại tử nhiễm khuẩn bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính bụng có thuốc để dẫn lưu kịp thời khi có chỉ định.

Chúng tôi thấy đa số bệnh nhân viêm tụy cấp nặng chiếm 67,4% không có chỉ định phẫu thuật. Viêm tụy cấp là bệnh lý điều trị nội khoa là chủ yếu, phẫu thuật có tỷ lệ rất thấp, bệnh nhân chỉ có chỉ định phẫu thuật khi ổ tụy dịch không thể giải quyết bằng chọc dẫn lưu dưới hướng dẫn của siêu âm hay chụp cắt lớp vi tính. Vì vậy nhiều nghiên cứu cũng cho thấy điều tương tự, tuy nhiên có nghiên cứu của H. L. Husu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân cần can thiệp phẫu thuật có tỷ lệ tương đối cao. Theo nghiên cứu của H. L. Husu, 91,5% bệnh nhân viêm tụy cấp hoại tử nhiễm khuẩn cần phải phẫu thuật, tỷ lệ phẫu thuật ở nhóm viêm tụy cấp hoại tử vô khuẩn là 5,2%⁴. Tỷ lệ phẫu thuật trong nghiên cứu của H. L. Husu cao như vậy có thể do tác giả làm việc ở khoa phẫu thuật tiêu hóa, nên ưu tiên nghiên cứu trên những bệnh nhân có phẫu thuật.

Viêm tụy cấp nặng là một bệnh lý phức tạp, cần điều trị kéo dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung bình số ngày điều trị tại Trung tâm Hồi sức tích cực của nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp nặng là 22 ± 19 ngày. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Charlotte G. là 34,7 ngày³. Viêm tụy cấp là bệnh lý cấp tính, thường quá trình bệnh sinh của viêm tụy cấp chỉ kéo dài trong 10 ngày. Tuy nhiên những bệnh nhân viêm tụy cấp nặng, đặc biệt những bệnh nhân điều trị

hồi sức tích cực sẽ xuất hiện nhiều biến chứng trong quá trình hồi sức như viêm phổi thở máy, nhiễm nấm xâm lấn, nhiễm trùng dịch ổ bụng, huyết khối, biến chứng của truyền máu, suy thận cấp... Vì vậy thời gian điều trị có thể kéo rất dài sau giai đoạn bệnh sinh của viêm tụy cấp. Trong nghiên cứu đã có bệnh nhân điều trị tới 88 ngày.

Tỷ lệ sống của nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp nặng trong nghiên cứu là 67%. Tỷ lệ tử vong của lên đến 33%, cao hơn nghiên cứu của M. W. Burchler là 24%, của Yan Bo Zeng là 25%, của Charlotte G. là 14,8%, của H. L. Husu là 14,9%^{4,5,8}. Như vậy, tỷ lệ tử vong trong viêm tụy cấp nặng, đặc biệt là bệnh nhân viêm tụy cấp hoại tử nhiễm khuẩn còn cao. Tỷ lệ tử vong của nghiên cứu của chúng tôi cao hơn vì tất cả là những bệnh nhân nặng, điểm SOFA, APACHE II cao hơn, nằm điều trị tại Trung tâm Hồi sức tích cực. Hơn nữa về các nghiên cứu trên thực hiện tại các quốc gia phát triển, điều kiện về kỹ thuật, cơ sở vật chất, thuốc cũng ở mức cao hơn so với Việt Nam. Vì những nguyên nhân đó, tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu kể trên.

Nuôi ăn đường tiêu hóa sớm, trong nghiên cứu của, tỷ lệ nuôi ăn đường tiêu hóa sớm ở nhóm bệnh nhân tử vong là 40%, thấp hơn so với nhóm bệnh nhân sống (67%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Liang Ji cho thấy nuôi ăn đường tiêu hóa sớm là một yếu tố nguy cơ độc lập của viêm tụy cấp hoại tử với OR = 0,264; 95% CI (0,097-0,720).

V. KẾT LUẬN

Viêm tụy cấp nặng là bệnh lý có tỷ lệ tử vong cao, lên đến 32,6%. Hầu hết bệnh nhân được dẫn lưu dịch ổ bụng và dùng kháng sinh dự phòng trong quá trình điều trị. Bệnh nhân nuôi ăn sớm và không có nhiễm khuẩn từ trước có tỷ lệ tử vong thấp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vikesh K. Singh et al:** Early Systemic Inflammatory Response Syndrome is associated with Severe Acute Pancreatitis. *Clinical Gastroenterol & Hepatol.* 2009;7: 1247 – 1251.
2. **Raghuwanshi S, Gupta R, Vyas MM, Sharma R.** CT Evaluation of Acute Pancreatitis and its Prognostic Correlation with CT Severity Index. *J Clin Diagn Res JCDR.* 2016;10(6):TC06-11.
3. **Garret C, Péron M, Reignier J, et al.** Risk factors and outcomes of infected pancreatic necrosis: Retrospective cohort of 148 patients admitted to the ICU for acute pancreatitis. *United Eur Gastroenterol J.* 2018;6(6):910-918.
4. **Husu HL, Valkonen MM, Leppäniemi AK, Mentula PJ.** Occurrence and Risk Factors of Infected Pancreatic Necrosis in Intensive Care

- Unit-Treated Patients with Necrotizing Severe Acute Pancreatitis. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*. Published online May 13, 2021.
- Singh S, Prakash S, Kaushal D, Chahal H, Sood A. Percutaneous Catheter Drainage in Acute Infected Necrotizing Pancreatitis: A Real-World Experience at a Tertiary Care Hospital in North India. *Cureus*. 2022;14(8).
 - Büchler MW, Gloor B, Müller CA, Friess H, Seiler CA, Uhl W. Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection. *Ann Surg*. 2000;232(5):619-626.
 - Iisenmann R, Rau B, Beger HG. Bacterial infection and extent of necrosis are determinants of organ failure in patients with acute necrotizing pancreatitis. *Br J Surg*. 1999;86(8):1020-1024. doi:10.1046/j.1365-2168.1999.
 - Zeng YB, Zhan XB, Guo XR, et al. Risk factors for pancreatic infection in patients with severe acute pancreatitis: an analysis of 163 cases. *J Dig Dis*. 2014;15(7):377-385.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG MIỆNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ HAI THỤY TUYẾN GIÁP

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, Nguyễn Thị Phương Thảo²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi đường miệng điều trị ung thư hai thùy tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu trên 24 bệnh nhân ung thư 2 thùy tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2019 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Tất cả 24 bệnh nhân (100%) đều trải qua phẫu thuật nội soi đường miệng (TOETVA), cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch cổ trung tâm 2 bên. Thời gian phẫu thuật trung bình là 104,1 ± 33,7, lượng máu mất là 8,0 ± 4,8 ml. Chúng tôi ghi nhận 2 bệnh nhân (8,3%) suy tuyến cận giáp tạm thời và 1 bệnh nhân (4,1%) tổn thương TKTQQN tạm thời, không có bệnh nhân nào tổn thương thần kinh cảm hoặc nhiễm trùng vết mổ. Đánh giá về mức độ đau sau phẫu thuật, đa số bệnh nhân không đau sau phẫu thuật, ngày thứ 5 với điểm VAS là 0,6±0,4 (0 - 2) điểm. Phần lớn bệnh nhân đánh giá rất hài lòng sau mổ, chiếm 79,2%. Toàn bộ bệnh nhân đều là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú. Số hạch trung bình vét được là 7,5 ± 4,7 (0-15) hạch; di căn hạch cổ trung tâm sau mổ gặp ở 14 trường hợp (58,3%); số hạch di căn trung bình là 1,67 ± 1,7 (0-7) hạch. Kết quả tái khám sau mổ 1 tháng: 2 bệnh nhân ghi nhận nồng độ Tg >2ng/ml và 2 bệnh nhân khác có nồng độ anti-Tg cao sau mổ, chiếm 8,3%. Siêu âm sau 1 tháng không có bệnh nhân nào phát hiện tổn thương. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đường miệng đạt được an toàn, hiệu quả và bước đầu đảm bảo về mặt ung thư học trong điều trị ung thư 2 thùy tuyến giáp.

Từ khóa: ung thư hai thùy tuyến giáp, phẫu thuật nội soi đường miệng

SUMMARY

THE RESULTS OF TREATMENT BY THE

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyensexuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY BY VESTIBULAR APPROACH (TOETVA) FOR BILATERAL THYROID CANCER

Objectives: To evaluate the results of treatment by the transoral endoscopic thyroidectomy by vestibular approach (TOETVA) for bilateral thyroid cancer. **Methods:** A prospective study on 24 patients with bilateral thyroid cancer at Hanoi Medical University Hospital from January 2019 to December 2021. **Results:** 100% patients underwent transoral endoscopic thyroidectomy by vestibular approach (TOETVA) (total thyroidectomy and central lymph node dissection). The average surgery time was 104,1±33,7 minutes while the mean blood loss was 8,0±4,8ml. Transient hypoparathyroidism: 2 cases (8,3%); transient vocal cord palsy: 1 cases (4,1%). There were no cases of permanent hypoparathyroidism and permanent vocal cord palsy. Infection complications and numb chin did not occur in our patients. Most of patients were satisfied, 79,2% cases were extremely satisfied with the outcomes of operations. Histopathology after surgery was 100% papillary thyroid cancer. Metastasis of the central lymph nodes was detected in 14 cases (58,3%). The number of harvested and metastatic lymph node is 7,5±4,7 nodes and 1,67±1,7 nodes, respectively. After 1 month of surgery, high levels of Tg or anti-Tg after surgery were found in 2 cases (8,3%), while there was no remaining lesion detected by ultrasound after 1 month of surgery. **Conclusion:** TOETVA achieves safety, efficacy and initial oncological assurance in the treatment of bilateral thyroid cancer.

Keywords: bilateral thyroid cancer, the transoral endoscopic thyroidectomy by vestibular approach (TOETVA)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, trên toàn cầu, ung thư tuyến giáp đứng thứ 9 về tỉ lệ mắc mới và ghi nhận 43.646 ca tử vong do ung thư tuyến giáp trong đó tính riêng châu Á là 25.668 ca¹. Tuy nhiên, nếu xét riêng nhóm tuổi từ 20-50 ở nữ giới, ung thư tuyến giáp hay gặp thứ 3 sau