

dưỡng kém, cần chăm sóc và hồi sức sau mổ kéo dài hơn hoặc bị nhiễm trùng vết mổ [8].

Tai biến trong mổ, có 5 trường hợp rách thanh mạc ruột (chiếm 6,5%), không có trường hợp nào thủng ruột. Biến chứng sau mổ cũng xảy ra tỷ lệ thấp, 02 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ (chiếm 2,6%), 01 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ (chiếm 1,3%), có 03 trường hợp áp xe tổn dư (chiếm 3,9%) và không có trường hợp tử vong. Theo nghiên cứu của Krausz, M và cộng sự, tỷ lệ tử vong là 1,7%, nguyên nhân tử vong sau mổ do nhiễm trùng huyết và biến chứng hô hấp, 8,8% bệnh nhân có nhiễm trùng vết mổ. Tỷ lệ biến chứng sau mổ của tác giả Yang, S và cộng sự khá cao 20% BN. Một số nghiên cứu cũng cho thấy rằng nội soi ổ bụng làm giảm các biến chứng phẫu thuật qua đó giảm thời gian nằm viện và chi phí chữa bệnh [1-4].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 76 bệnh nhân được ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột do bã thức ăn nhận thấy đây là phương pháp điều trị khả thi, an toàn và tỷ lệ biến chứng thấp. Phẫu thuật nội soi có thể xác định được chính xác vị trí tắc, mức độ tổn thương ruột, qua đó đưa ra được phương pháp tối ưu, để xử trí nguyên nhân tắc là bã thức ăn, với những trường hợp có 2 bã thức ăn ở 2 vị trí thì phẫu thuật nội soi là một lợi

thế. Có 2 phương pháp là đẩy bã thức ăn xuống đại tràng và mổ ruột lấy bã thức ăn đều cho kết quả tốt. Kết quả sau mổ tốt, thời gian phục hồi sau mổ sớm, tỷ lệ biến chứng thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Franklin, M.E., Jr., et al., Laparoscopic diagnosis and treatment of intestinal obstruction. Surg Endosc, 2004. 18(1): p. 26-30.
2. Krausz, M.M., et al., Surgical aspects of gastrointestinal persimmon phytobezoar treatment. Am J Surg, 1986. 152(5): p. 526-30.
3. Yang, S. and M.J. Cho, Clinical Characteristics and Treatment Outcomes Among Patients With Gastrointestinal Phytobezoars: A Single-Institution Retrospective Cohort Study in Korea. Front Surg, 2021. 8: p. 691860.
4. Altintoprak, F., et al., Intestinal obstruction due to bezoars: a retrospective clinical study. Eur J Trauma Emerg Surg, 2012. 38(5): p. 569-75.
5. Yau, K.K., et al., Laparoscopic approach compared with conventional open approach for bezoar-induced small-bowel obstruction. Arch Surg, 2005. 140(10): p. 972-5.
6. Ganpathi, I.S. and W.K. Cheah, Laparoscopic-assisted management of small bowel obstruction due to phytobezoar. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2005. 15(1): p. 30-2.
7. de Menezes Ettinger, J.E., et al., Laparoscopic management of intestinal obstruction due to phytobezoar. Jsls, 2007. 11(1): p. 168-71.
8. Dirican, A., et al., Surgical treatment of phytobezoars causes acute small intestinal obstruction. Bratisl Lek Listy, 2009. 110(3): p. 158-61.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XẠ TRỊ HẬU PHẪU UNG THƯ TUYẾN ỨC BẰNG KỸ THUẬT IMRT TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Long<sup>1</sup>, Nguyễn Công Hoàng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả xạ trị hậu phẫu ung thư tuyến ức bằng kỹ thuật IMRT tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 45 bệnh nhân ung thư tuyến ức giai đoạn phẫu thuật được II, III, IVA. Được xạ trị hậu phẫu bằng kỹ thuật IMRT liều xạ 50 - 60 Gy. **Kết quả:** Bệnh nhân ung thư tuyến ức giai đoạn II 37,8%(n=17), giai đoạn III 57,8%(n=22), giai đoạn IVA 4,4%(n=6), trong đó type Thymoma chiếm 60%(n=27), Thymic carcinoma chiếm 40%(n=18). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ không bệnh sau 2 năm giai đoạn II là 100% , giai đoạn III là 95,5% và

giai đoạn IVA là 16,7%. Type Thymoma tỷ lệ sống thêm toàn bộ không bệnh là 100%, type Thymic carcinoma tỷ lệ chỉ là 66,7%. Tái phát, di căn xa gặp ở nhóm bệnh nhân giai đoạn III, IVA ở type Thymic carcinoma. **Kết luận:** Giai đoạn II cho tỷ lệ sống thêm không bệnh là 100%, III là 95,5% và IVA là 16,7%. Type Thymoma là 100%, Thymic carcinoma là 66,7%.

**Từ khóa:** Ung thư tuyến ức, Thymoma, Thymic carcinoma

### SUMMARY

#### EVALUATE THE RESULT OF RADIOTHERAPY IN POST OPERATIVE THYMUS CANCER BY IMRT TECHNOLOGY AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Objectives:** Evaluation of post-operative radiotherapy results for thymic cancer by IMRT technique at national cancer hospital. **Subjects and Methods:** Including 45 patients with thymic cancer stage II, III, IVA. Postoperative radiotherapy by IMRT

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Long

Email: nguyenvanlong7290@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2023

Ngày duyệt bài: 12.7.2023

with radiation dose of 50-60 Gy. **Result:** Patients with thymic cancer stage II 37.8%(n=17), stage III 57.8%(n=22), stage IVA 4.4%(n=6), in which type Thymoma accounted for 60%(n=27), Thymic carcinoma accounts for 40%(n=18). The disease-free overall survival rate after 2 year is 100% in stage II, 95.5% in stage III and 16.7% in stage IVA. Type Thymoma has a 100% disease-free overall survival rate, and the rate of thymic carcinoma is only 66.7%. Recurrence, distant metastases were found in patients with stage III, IVA in thymic carcinoma type. **Conclusion:** Stage II gives 100% disease-free survival, III 95,5%, and IVA 16,7%. Thymoma type 100%, Thymic carcinoma 66,7%.

**Keywords:** Thymic cancer, Thymoma, Thymic carcinoma

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến ức ác tính (Ts) và ung thư biểu mô tuyến ức (TCs) là những khối u hiếm gặp của trung thất với tỷ lệ mắc là 1,7 / triệu mỗi năm ở Châu Âu. Phân loại mô học dựa trên tỷ lệ tế bào biểu mô tuyến ức không ác tính xuất hiện và tỷ lệ tế bào lympho (A, AB, B1, B2, B3 và C), trong khi hệ thống phân loại liên quan đến việc định vị các khu vực liên quan. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính với tỷ lệ sống sót sau 10 năm là 80%, 78%, 75% và 42% đối với các giai đoạn I, II, III và IV, tương ứng với diện cắt R0. Xạ trị có vai trò trong các trường hợp được lựa chọn (bệnh nhân giai đoạn III hoặc còn lại là diện cắt R1-2) và hóa trị liệu dựa trên Cisplatin vẫn là tiêu chuẩn cho bệnh nhân mắc bệnh giai đoạn di căn. Theo thống kê của SEER 2012, tỷ lệ mắc u biểu mô tuyến ức tại Mỹ chỉ khoảng 0,15/100.000 dân, tỷ lệ mắc nam/nữ là 1:1. Tại các nước châu Á Thái Bình Dương, tỷ lệ mắc của bệnh cao hơn gấp 3 lần, khoảng 0,49/100.000 dân, tỷ lệ mắc ở nam/nữ là 1,2/1.

U biểu mô tuyến ức nói chung là loại ung thư phát triển chậm. Khi được điều trị ở giai đoạn sớm, bệnh nhân có kết quả điều trị rất tốt. Phẫu thuật, xạ trị và hóa trị đều có vai trò nhất định trong điều trị u biểu mô tuyến ức. Điều trị đa mô thức đang được áp dụng rộng rãi mang lại hiệu quả cao cho người bệnh. Giai đoạn sớm (giai đoạn I, II) phẫu thuật triệt căn. Giai đoạn III, IV xạ trị hậu phẫu làm tăng tỷ lệ sống thêm và giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ sau điều trị. Kỹ thuật 3D – CRT( Three Dimensional – Conformal Radiotherapy) thường được áp dụng trong điều trị ung thư tuyến ức, tuy nhiên kỹ thuật này vẫn chưa được xem là tối ưu. Hiện nay, trên thế giới có nhiều nghiên cứu về xạ trị IMRT cho kết quả tốt với việc tối ưu hóa liều tại u và giảm liều đáng kể lên các cơ quan nguy cấp.

Tại Việt Nam, kỹ thuật xạ trị IMRT mới được

áp dụng trong thời gian gần đây và chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả xạ trị hậu phẫu ung thư tuyến ức bằng kỹ thuật IMRT. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với 2 mục tiêu.

#### Mục tiêu nghiên cứu:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư tuyến ức được xạ trị hậu phẫu bằng kỹ thuật IMRT tại Bệnh viện K từ năm 2020- 2022.

2. Đánh giá kết quả xạ trị hậu phẫu bằng kỹ thuật IMRT nhóm bệnh nhân trên.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 45 bệnh nhân ung thư tuyến ức giai đoạn phẫu thuật được, được điều trị bằng phương pháp xạ trị hậu phẫu kỹ thuật IMRT tại Bệnh viện K từ 2020 – 2022.

#### • Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được chẩn đoán ung thư tuyến ức giai đoạn II - IVA
- Mô bệnh học sau phẫu thuật type: AB,B1,B2,B3, C
- Xạ trị sau phẫu thuật bằng máy gia tốc thẳng.
- Thể trạng chung tốt, ECOG=0,1 theo thang điểm của WHO.
- Có thể theo dõi được bệnh nhân trong và sau quá trình điều trị.
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

#### Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả hồi cứu
- Cỡ mẫu thuận tiện

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### Một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng

**Bảng 1: Một số đặc điểm bệnh học**

Tên chỉ số	Phân loại	N=45	Tỉ lệ %
<b>Tuổi</b>	< 40	7	15,6
	41 -50	13	28,9
	51 - 60	14	31,1
	>60	11	24,4
<b>Giới</b>	Nam	30	66,7
	Nữ	15	33,3
<b>Triệu chứng</b>	Đau tức ngực	39	86,7
	Sụp mí	3	6,7
	Ho	3	6,7
	Khàn tiếng	2	4,4
	Khó thở	1	2,2
	Nhược cơ	5	11,1
<b>Thể mô bệnh học</b>	Thymoma	27	60,0
	Thymic carcinoma	18	40,0
<b>Diện cắt</b>	R0	21	44,4
	R1	11	24,4
	R2	13	31,1
<b>Giai đoạn</b>	II	17	37,8

bệnh theo AJCC 2017	III	22	57,8
	IVA	6	4,4

**Nhận xét:** Tuổi thường gặp 51 - 60 tuổi chiếm 31,1%; Triệu chứng LS hay gặp: đau ngực chiếm tỉ lệ 86,7%; Thể MBH thymoma chiếm 60%.  
Tỉ lệ nam/nữ: 30/15 ~ 2/1

**Kết quả điều trị**

**Sống thêm toàn bộ theo Kaplan -Meier**  
**Bảng 2: Sống thêm toàn bộ**

Sống TB (tháng)	Tỷ lệ sống thêm (%)			
	6 tháng	12 tháng	18 tháng	24 tháng
24	100	100	100	100

**Nhận xét:** Sống thêm toàn bộ sau 24 tháng là 100%.

**Sống thêm không bệnh theo Kaplan -Meier**

**Bảng 3: Sống thêm không bệnh**

Sống TB (tháng)	Tỷ lệ sống thêm (%)			
	6 tháng	12 tháng	18 tháng	24 tháng
22,4	100	93,3	88,9	82,2

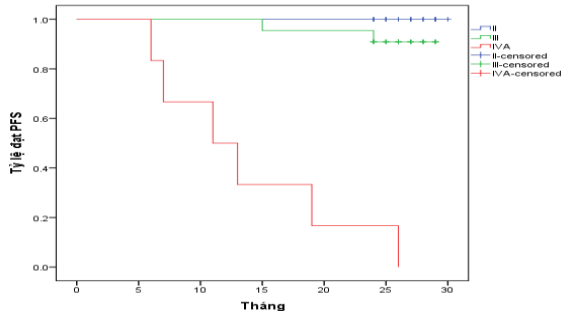
**Nhận xét:** Sống thêm trung bình 22,4 tháng; Sống thêm không bệnh 1 năm 93,3% và 2 năm là 82,2%.

**Sống thêm liên quan giai đoạn bệnh**

- Thời gian sống thêm không bệnh

**Bảng 4: Sống thêm không bệnh liên quan giai đoạn bệnh**

Giai đoạn bệnh	n	Sống TB (tháng)	Tỷ lệ sống thêm (%)				p
			6 tháng	12 tháng	18 tháng	24 tháng	
II	17	24	100	100	100	100	<0,001
III	22	23,6	100	100	95,5	95,5	
IVA	6	12,8	100	50,0	33,3	16,7	



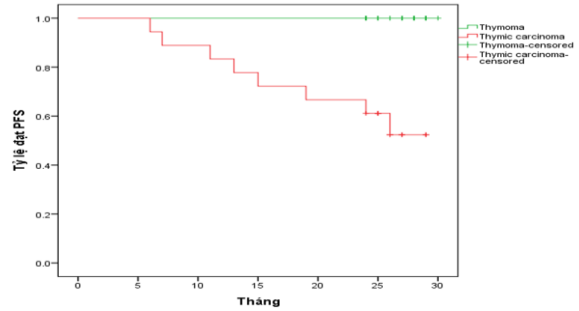
**Nhận xét:** Giai đoạn II,III sống thêm không bệnh 1 năm là 100%, giai đoạn IVA là 50%. Sống thêm không bệnh 2 năm giai đoạn II là 100%, giai đoạn III là 95,5%, giai đoạn IVA chỉ còn là 16,7%

**Sống thêm liên quan mô bệnh học**

**Bảng 5: Sống thêm không bệnh liên**

**quan mô bệnh học**

Mô bệnh học	n	Sống TB (tháng)	Tỷ lệ sống thêm (%)				p
			6 tháng	12 tháng	18 tháng	24 tháng	
Thymoma	27	24	100	100	100	100	0,002
Thymic carcinoma	18	19,8	100	83,3	72,2	66,7	

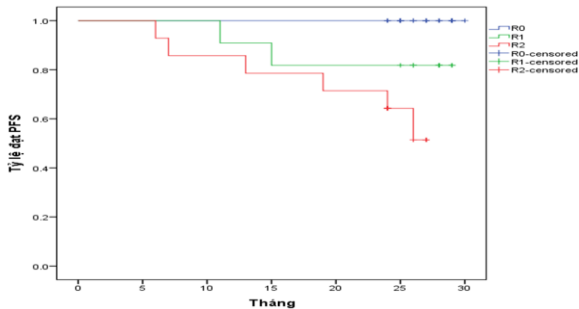


**Nhận xét:** Thymoma DFS 1 năm, 2 năm là 100%. Thymic carcinoma DFS 1 năm là 83,3% và 2 năm là 66,7%.

**Sống thêm liên quan diện cắt sau phẫu thuật (R0, R1, R2)**

**Bảng 6: Sống thêm không bệnh liên quan diện cắt**

Diện cắt	n	Sống TB (tháng)	Tỷ lệ sống thêm (%)				p
			6 tháng	12 tháng	18 tháng	24 tháng	
R0	20	24	100	100	100	100	0,047
R1	11	22	100	90,9	81,8	81,8	
R2	14	20,1	100	85,7	78,6	71,4	



**Nhận xét:** Diện cắt R0 DFS 1 năm, 2 năm là 100%. R1 DFS 1 năm, 2 năm là 90,9% và 81,8%. DFS R2 1 năm, 2 năm lần lượt là 85,7% và 71,4%.

**Liều trung bình của các thể tích và cơ quan nguy cấp**

**Bảng 7. Liều xạ trung bình và OARs**

Các thể tích	PTV 60	Tim (V40)	Phổi (V20)	Thực quản Dmax	Tủy sống Dmax
IMRT	95,25%	4,15%	15,5%	29,9 Gy	21Gy

**Nhận xét:** 95,25 thể tích PTV nhận liều xạ

là 60 Gy. Đối với cơ quan nguy cấp Dmax của tủy sống là 21 Gy, Dmax thực quản là 29,9%, V20 của phổi là 15,5%, V40 của tim là 4,15%.

**Độc tính do xạ trị**

**Bảng 8. Độc tính do xạ trị**

Cơ quan	Số bệnh nhân (n = 45)	Tỷ lệ %
<b>Viêm da</b>		
Độ 1	43	95,6
Độ 2	2	4,4
<b>Viêm thực quản</b>		
Độ 0	45	100
Độ 1	0	0
<b>Viêm xơ phổi</b>		
Độ 0	44	97,8
Độ 1	1	2,2
<b>Suy tim</b>		
Độ 0	45	100
Độ 1	0	0

**Nhận xét:** Viêm da độ 1 là 95,6%, độ 2 là 4,4%. Viêm xơ phổi độ 1 là 2,2%. Không gặp trường hợp nào viêm thực quản và suy tim do xạ trị.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm bệnh học.** Tuổi thường gặp trong nghiên cứu là 51- 60 tuổi, chiếm tỉ lệ 31,1%. Tuổi này khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Gia tuổi thường gặp 41-50 tuổi, nghiên cứu của Nguyễn Khắc Kiểm tuổi trung bình 45,6; tuổi thường gặp 30 – 50 tuổi chiếm đa số. Nghiên cứu của Safieddine (2014) tuổi trung bình 46,3 và tuổi thường gặp 16 - 71 tuổi. Tỉ lệ Nam/nữ là 2/1, kết quả này khá tương đồng với Lê Ngọc Thành là 2,1/1, nhưng cao hơn của Nguyễn Hoàng Gia là 1,25/1, Nguyễn Khắc Kiểm là 1,2/1. Đau ngực là triệu chứng thường gặp chiếm tỉ lệ 86,7%, Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với các nghiên cứu của các tác giả trong nước khác như Nguyễn Khắc Kiểm, Lê Ngọc Thành, Mai Văn Viện, Nguyễn Hoàng Gia. Nghiên cứu của các tác giả trên đều cho thấy triệu chứng đau tức ngực là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất chiếm > 80% các trường hợp.

**4.2. Kết quả điều trị.** Thời gian sống thêm toàn bộ và không tiến triển của chúng tôi cho kết quả lần lượt là 100% và 82,2% với thời gian theo dõi là 24 tháng.

**Bảng 9: Một số nghiên cứu nước ngoài**

Nghiên cứu	n	Liều xạ trị	Kiểm soát tại chỗ	OS 5 năm
BruniA et al	114	50 - 60	95 - 98 %	95% (Giai đoạn II -IVA)
Liao et al	150	50 - 60	95%	95,6% (Giai đoạn II - III)

Rimner et al	112	50 - 70	95%	95,7% (Giai đoạn III)
Ji Hyun Chang et al	76	50 - 54	95%	95,3% (Giai đoạn II -IVA)
Chen YD et al	66	60	97 - 98%	97,5% (Giai đoạn II)

Điểm chung trong nghiên cứu của các tác giả đều thấy rằng tỷ lệ sống không bệnh và thời gian sống trung bình của những bệnh nhân có khối u tuyến ức đã được cắt bỏ hoàn toàn (R0) không khác với những bệnh nhân có khối u được cắt bỏ hoàn toàn đã được xạ trị. Các tác giả kết luận xạ trị sau phẫu thuật có thể giúp kiểm soát tại chỗ, giảm tỷ lệ tái phát ở những bệnh nhân u tuyến ức không được cắt bỏ hoàn toàn (R1, R2). Tuy nhiên lợi ích mà xạ trị mang lại ít rõ rệt hơn ở những bệnh nhân giai đoạn IVA so với những bệnh nhân giai đoạn sớm hơn. Và type Thymic carcinoma có tiên lượng xấu hơn type Thymoma rất nhiều. Theo tác giả BruniA thì tỷ lệ sống sau 10 năm của nhóm Thymoma được xạ trị sau phẫu thuật từ 76% đến 100% so với nhóm Thymic carcinoma từ 0% đến 67%.

Thật thú vị, một phân tích hồi cứu gần đây của SEER đã đánh giá trên 2.234 bệnh nhân đã chứng minh lợi ích mà xạ trị sau phẫu thuật mang lại từ nhóm bệnh nhân giai đoạn III, IV đã làm tăng tỷ lệ OS và DFS. Vai trò của xạ trị trong ung thư tuyến ức giai đoạn xâm lấn( III, IVA) đã được chứng minh qua nghiên cứu của tác giả BruniA, Liao với tỷ lệ sống 5 năm và 10 năm OS lần lượt là 95% và 86%, 95,6 và 93,9% .

Các kỹ thuật xạ trị 3D – CRT và IMRT đều giúp đạt hiệu quả tốt hơn cho những bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt bỏ u tuyến ức. Điều thú vị là các tác giả đều thấy rằng sử dụng kỹ thuật IMRT giúp cho người bệnh kiểm soát tại diện mổ tốt hơn và giảm độc tính tại các tổ chức nguy cấp (đặc biệt là phổi) do xạ trị mang lại tốt hơn so với kỹ thuật 3D – CRT.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 95,6 % bệnh nhân viêm da độ I, viêm da ở độ II ghi nhận là 4,4% không ghi nhận các trường hợp viêm da độ từ III trở lên. Nghiên cứu này của chúng tôi cũng khá tương đồng với tác giả Jilong Wei và Cs những thay đổi về da gặp ở 95% các bệnh nhân được xạ trị, đó là các phản ứng cấp tính của da và điều trị chủ yếu dùng steroid, kem, thuốc mỡ.

Biến chứng viêm xơ phổi gặp 1/45 bệnh nhân, độc tính cũng chỉ xuất hiện ở mức độ I chiếm 2,2%. Không gặp trường hợp nào viêm thực quản, suy tim do xạ trị.

**V. KẾT LUẬN**

Nghiên cứu trên 45 bệnh nhân ung thư tuyến ức chúng tôi có một số kết luận sau: giai đoạn II chiếm tỉ lệ 37,8 % (n=17), giai đoạn III là 57,8% (n=22) và giai đoạn IVA là 4,4% (n=6).

Thời gian sống thêm toàn bộ sau 24 tháng của giai đoạn II, III, IVA là 100%. Sống thêm không bệnh của giai đoạn II, III, IVA lần lượt là 100%, 95,5% và 16,7%. Sống thêm toàn bộ diện cắt R0, R1, R2 sau 2 năm là 100%. Sống thêm không bệnh 1 năm diện cắt R0 là 100%, R1 là 90,9 % và R2 là 85,7%. Diện cắt R0 sống thêm không bệnh 2 năm là 100%. R1 là 81,8% và R2 sống 2 năm là 71,4%.

Thế tích PTV nhận liều xạ 60 Gy là 95,25. Đối với cơ quan nguy cấp Dmax của tủy sống là 21 Gy, Dmax thực quản là 29,9%, V20 của phổi là 15,5%, V40 của tim là 4,15%.

Viêm da độ I là 95,6%, độ II là 4,4%. Viêm xơ phổi độ I là 2,2%, không gặp trường hợp nào viêm xơ phổi độ II. Không gặp trường hợp nào viêm thực quản, suy tim.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Đặng Ngọc Hùng và Mai Văn Viện** (2009), Một số đặc điểm lâm sàng, X-quang và kết quả phẫu thuật cắt bỏ u tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ, Y học Việt Nam. 328, tr. 16.

2. **Bruni A, Stefani A, Perna M.** The role of postoperative radiotherapy for thymomas: a multicentric retrospective evaluation from three Italian centers and review of the literature. J Thorac Dis. 2020 Dec.
3. **Group International Thymic Malignancy Interest** (2010), Proceedings of the First International Conference on Thymic Malignancies. August 20-21, 2009. Bethesda, Maryland, USA, J Thorac Oncol. 5(10 Suppl 4), tr. S259-370.
4. **Wilkins K. B., Sheikh E., Green R. et al** (1999), Clinical and pathologic predictors of survival in patients with thymoma, Ann Surg. 230(4), tr. 562-72: discussion 572-4.
5. **Lim YJ, Kim HJ, Wu HG.** The role of postoperative radiotherapy in unclassified thymoma: a trend-fit analysis of the Surveillance, Epidemiology, and End Results Database. J Thorac Oncol 2015; 10 : 1357-63. 10.1097
6. **Liao, Tingting Liu,** The role of postoperative radiation therapy for completely resected stage III thymoma and effect of higher heart radiation dose on risk of cardiovascular disease: A retrospective cohort study May 2018, Pages 345-349
7. **Travis WD, Brambilla E, Muller-Hermelink HK, Harris CC** (2004), World Health Organization Classification of tumours, Pathology & genetics: Tumours of the lung, pleura, thymus and heart, IARC Press, Lyon, France.
8. **Rosenberg Vincent T. DeVita and Steven A.** (2015), Cancer-Principles & Practice of Oncology 10th edition, Chapter 43: Neoplasms of the Mediastinum, LWW, New York, 10, tr.561-570.

## **ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỐI LỆ QUẢN ĐỨT DO CHẤN THƯƠNG KẾT HỢP ĐẶT ỐNG SILICONE TẠI BỆNH VIỆN 19-8**

Lý Minh Đức<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

Phẫu thuật nối lệ quản đút do chấn thương bằng phương pháp đặt ống silicone trực tiếp vào lòng lệ quản đem lại kết quả cao cho việc phục hồi giải phẫu và chức năng cho lệ quản đút. Việc điều trị nhằm ngăn ngừa di chứng chảy nước mắt sau chấn thương, nên được thực hiện sớm để tránh làm ảnh hưởng đến cuộc sống của người bệnh. Kỹ thuật này đơn giản, dễ thực hiện với sự trợ giúp của sinh hiển vi phẫu thuật, bộ dụng cụ chuyên dụng. Vì vậy, có thể áp dụng rộng rãi tại các cơ sở nhãn khoa, các Bệnh viện có Khoa Mắt trên toàn quốc.

**SUMMARY****EVALUATION OF THE RESULTS OF THE**

<sup>1</sup>Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Lý Minh Đức

Email: drminhduc198@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2023

Ngày duyệt bài: 10.7.2023

### **SURGERY TO CONNECT THE TORN TEAR DUCTS DUE TO TRAUMA COMBINED WITH SILICON TUBE PLACEMENT AT THE 19-8 HOSPITAL**

Surgical anastomosis due to trauma by placing a silicone tube directly into the lumen of the tear duct brings high results for the anatomical and functional restoration of the ruptured tear duct. The treatment to prevent sequelae of lacrimation after trauma, should be done early to avoid affecting the patient's life. This technique is simple and easy to perform with the help of a surgical microscope and a specialized kit. Therefore, it can be widely applied at ophthalmology facilities, hospitals with ophthalmology departments nationwide.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Rách mi đút lệ quản do chấn thương là một cấp cứu nhãn khoa thường gặp, di chứng thường để lại là sẹo vùng góc mắt trong, chảy nước mắt làm ảnh hưởng đến cuộc sống của người bệnh. Trong những năm gần đây, việc điều trị chấn