

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 Đức¹

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**

¹Bệnh 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

thương đứt lệ quản đã có những kết quả khả quan trên thế giới cũng như tại Việt Nam nhờ nghiên cứu và áp dụng các phương pháp điều trị tiên tiến [1],[2],[3]. Tại Bệnh viện 19-8 số lượng bệnh nhân đến điều trị do tai nạn giao thông ngày càng nhiều, đặc biệt là bệnh nhân đa chấn thương có rách mi đứt lệ quản. Vì vậy, việc nghiên cứu phương pháp điều trị và đánh giá kết quả phẫu thuật là một vấn đề cấp thiết.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng đứt lệ quản do chấn thương.
- Phương pháp điều trị.
- Kết quả điều trị nối lệ quản đứt kết hợp đặt ống silicone.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Là những bệnh nhân bị chấn thương rách mi, đứt lệ quản đến điều trị tại Bệnh viện 19-8 từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2021. Tổng số 30 bệnh nhân được điều trị đứt lệ quản do chấn thương.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có chấn thương rách giác mạc, vỡ nhãn cầu, phôi kẹt tổ chức nội nhãn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương tiện nghiên cứu

- Sinh hiển vi phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật: Que nong lệ đạo, kim bơm lệ đạo, thông đuôi lợn, kim mang kim, panh giác mạc, kéo Vannas...
- Máy đốt điện cầm máu.
- Ống silicone, chỉ vicryl 6/0, chỉ nylon 6/0.
- Băng băng gạc.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

Bệnh nhân được làm bệnh án nhập viện, làm các xét nghiệm cơ bản, khám toàn thân để xác định các chấn thương kèm theo. Mô tả chấn thương tại mắt để đưa ra biện pháp điều trị cấp cứu hay trì hoãn.

Các thủ thuật phẫu thuật:

- Thủ 1: Bộc lộ, làm sạch vết thương và tìm đầu đứt của lệ quản.
- Thủ 2: Nong điểm lệ, luồn ống silicone qua điểm lệ và đặt ống silicone vào trong lòng lệ quản bằng phương pháp trực tiếp.
- Thủ 3: Khâu nối hai đầu đứt lệ quản bằng chỉ vicryl 6/0, khâu phục hồi giải phẫu và tạo hình mi bằng chỉ nylon 6/0.

Đánh giá kết quả: Kết quả phẫu thuật được đánh giá sau phẫu thuật 1 tuần, 3 tháng và 6 tháng. Rút ống silicone sau 3 tháng.

Tiêu chí đánh giá:

- Kết quả chức năng:
 - + Tốt: Không chảy nước mắt (-/-).
 - + Đạt yêu cầu: Chỉ chảy nước mắt đôi lúc, khi có kích thích.
 - + Không đạt yêu cầu: Chảy nước mắt liên tục (+/+).

- Kết quả giải phẫu:

- + Đạt yêu cầu: Không tắc, bơm lệ quản đã nổi nước thoát xuống miệng tốt.
- + Không đạt yêu cầu: Có tắc, bơm lệ quản đã nổi nước trào tại chỗ, không xuống miệng.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê Y học, kết quả nghiên cứu được diễn giải thông qua các phép tính sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Độ tuổi. Tuổi trung bình trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 32,8. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 17, nhiều tuổi nhất là 72.

3.1.2. Đặc điểm giới tính

Giới	Nam	Nữ	Tổng số
Số lượng	27	3	30
Tỷ lệ	90%	10%	100%

3.1.3. Nghề nghiệp

- Học sinh, sinh viên: 7/30 = 23,33%.
- Lao động tự do: 18/30 = 60%.
- Công an: 5/30 = 16,67%.

3.1.4. Mắt chấn thương. Trong tổng số 30 bệnh nhân, có 30 mắt đứt lệ quản. Tỷ lệ MP/MT = 20/10 tương ứng 66,67% và 33,33%.

3.1.5. Nguyên nhân chấn thương

- Tai nạn giao thông: 22/30 = 73,33%.
- Tai nạn lao động: 3/30 = 10%.
- Tai nạn sinh hoạt, luyện tập võ thuật: 5/3 = 16,67%.

3.1.6. Thời gian xử trí vết thương. Thời gian trung bình xử trí vết thương kể từ khi bệnh nhân gặp chấn thương là 2,5 ngày.

3.1.7. Thời gian theo dõi. Thời gian theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật trung bình là 7,5 tháng.

3.2. Đặc điểm mắt đứt lệ quản

3.2.1. Vị trí đứt

Vị trí đứt	1/3 trong	1/3 giữa	1/3 ngoài	Tổng số
Lệ quản trên	1	0	0	1
Lệ quản dưới	25	3	0	28
Cả 2 lệ quản	1	0	0	1
Tổng số	27	3	0	30

3.2.2. Tổn thương kèm theo. Những tổn thương kèm theo bao gồm: rách mi, cung mày

20 bệnh nhân, dập nát tổ chức, rách sụn mi đứt bờ tự do 5 bệnh nhân, rách kết mạc, xuất huyết kết mạc 5 bệnh nhân.

3.3. Phương pháp mổ. Tất cả 30 ca phẫu thuật được thực hiện bằng phương pháp đặt ống silicone trực tiếp vào lệ quản đứt. Đây còn gọi là phương pháp Mono (Direct monocanalicular intubation).

3.4. Kết quả phẫu thuật

3.4.1. Kết quả giải phẫu

Giải phẫu	Thông	Tắc	Tổng số
Số lượng	27	3	30
Tỷ lệ	90%	10%	100%

Tỷ lệ phẫu thuật thành công là 90%, tỷ lệ thất bại là 10%. Cả 3 trường hợp đó đều gặp ở chấn thương đứt lệ quản 1/3 trong, sát lệ quản chung kèm theo tổn thương rách da mi đứt bờ tự do phức tạp.

3.4.2. Kết quả chức năng

Chảy nước mắt	Không	Không liên tục	Liên tục	Tổng số
Số lượng	27	1	2	30
Tỷ lệ	90%	3,33%	6,67%	100%

Trong số 3 bệnh nhân chảy nước mắt sau phẫu thuật, đều gặp ở những trường hợp thất bại về mặt giải phẫu. Tuy nhiên, những bệnh nhân này thường chảy nước mắt khi mắt gặp kích thích như khói bụi, cường độ ánh sáng cao...

3.5. Biến chứng sau phẫu thuật

- Kích thích do đầu ống silicone chạm vào nhãn cầu: 3/30 = 10%.
- Tụt đầu ống silicone ra ngoài: 2/30 = 6,67%.
- Tuột ống silicone ra ngoài: 1/30 = 3,33%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy, trong chấn thương đứt lệ quản, nguyên nhân thường gặp là do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ 73,33%. Phương tiện và mật độ tham gia giao thông ngày càng tăng cao tại các thành phố lớn kéo theo đó là tỷ lệ đứt lệ quản do chấn thương tai nạn giao thông ngày càng tăng. Bên cạnh đó tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt cũng là những nguyên nhân khác gây chấn thương đứt lệ quản. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [3],[4],[5].

Quan niệm trước đây cho rằng, chấn thương đứt lệ quản là một cấp cứu nhãn khoa, thường phải mổ cấp cứu ngay. Tuy nhiên hiện nay đa số các tác giả cho rằng có thể trì hoãn phẫu thuật trong vòng 48h mà không ảnh hưởng nhiều đến kết quả phẫu thuật sau này. Vì cơ chế chấn thương vùng hàm mắt, mắt thường liên quan đến chấn thương sọ não cần được theo dõi thêm [5].

Đặc điểm lâm sàng của đứt lệ quản do chấn thương rất phức tạp, đi kèm với nó là những tổn thương khác như dập nát lệ quản, rách da mi...đa số những tổn thương đó đều xuất phát từ nguyên nhân do tai nạn giao thông [1],[2].

Cơ chế chấn thương đứt lệ quản cũng rất đa dạng. Trong nghiên cứu này, phần lớn vị trí đứt lệ quản chủ yếu là ở 1/3 trong (90%), lệ quản đứt càng về phía trong càng khó khâu nối vì ở sâu. Hơn nữa, thời gian xử trí vết thương cũng ảnh hưởng đến kết quả, những tổn thương được xử trí sau 5 ngày chấn thương thì việc tìm kiếm nhận diện lỗ đứt lệ quản càng khó vì bị các mảnh mô đứt phủ lên bít lỗ. Đặc điểm vết thương có tổ chức dập nát, hoại tử mô cũng ảnh hưởng nhiều đến kết quả phẫu thuật.

Về kết quả điều trị, các tác giả khác nhau cho kết quả thành công về mặt giải phẫu dao động từ 30 đến 90%. Với kết quả thành công cao, nghiên cứu của chúng tôi khẳng định hiệu quả của việc sử dụng ống silicone trong điều trị bệnh lý lệ đạo. Kết quả phục hồi chức năng (90%) phần nào nói lên vai trò của việc phục hồi lệ đạo tổn thương trong chức năng dẫn nước mắt. Có 3 trường hợp (10%) số bệnh nhân chấn thương còn tắc lệ đạo sau phẫu thuật nhưng vẫn không chảy nước mắt hoặc chỉ chảy nước mắt trong điều kiện có các yếu tố kích thích của môi trường. Như vậy, trong số những ca được phục hồi cả về giải phẫu lệ đạo cũng như chức năng dẫn lưu nước mắt có thể có một tỷ lệ nhất định của những ca với lệ quản đứt phục hồi về mặt giải phẫu nhưng không phục hồi được chức năng. Những ca này không có chảy nước mắt nhờ dẫn lưu nước mắt qua lệ quản lành cùng bên. Tỷ lệ thành công về chức năng đã được công bố từ trước đến nay đều dựa trên đánh giá nhờ dẫn lưu nước mắt qua cả lệ quản đứt đã nối và lệ quản lành cùng bên. Trong khi đó có một số nghiên cứu cho rằng nhiều ca chỉ một lệ quản riêng rẽ cũng đủ đảm bảo dẫn lưu nước mắt. Cho đến nay, chưa có một nghiên cứu nào được tiến hành nhằm xác định tỷ lệ phục hồi chức năng trong số lệ quản đứt đã nối thành công về giải phẫu. Cần có một nghiên cứu chức năng lệ quản đứt đã nối riêng rẽ, sau khi đã loại trừ tạm thời và an toàn lệ quản lành cùng bên [2],[5].

Các biến chứng có thể gặp khi sử dụng kỹ thuật đặt ống silicone thường ít và không gây ảnh hưởng đến nhãn cầu cũng như lệ đạo. Đầu ống silicone dài, gây kích thích kết giác mạc có thể khắc phục dễ dàng bằng cách cắt ngắn khi bệnh nhân đến khám lại. Những trường hợp tụt

ống hoặc tuột ống ra ngoài, chúng ta có thể thực hiện lại kỹ thuật đặt ống lại theo đúng vị trí [2],[4],[6],[7].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nối lệ quản đứt do chấn thương kèm đặt ống silicone nhằm tái tạo và phục hồi chức năng dẫn lưu nước mắt là phẫu thuật quan trọng nhằm khắc phục tình trạng chảy nước mắt gây khó chịu cho bệnh nhân. Đứt lệ quản do chấn thương thường gặp ở bệnh nhân nam (90%). Hầu hết bệnh nhân ở độ tuổi lao động. Tổn thương thường phức tạp, dập nát, tổn thương tổ chức lân cận phổi hợp. Lệ đạo bị đứt tại vị trí 1/3 trong hay gặp nhất (90%). Vị trí đứt có ảnh hưởng đến kỹ thuật phẫu thuật. Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu gây nên đứt lệ quản (73,33%). Tiếp đến là tai nạn sinh hoạt (16,67%). Chức năng lưu thông nước mắt hồi phục sau phẫu thuật 6 tháng là (90%). Đánh giá qua các tiêu chí: bệnh nhân còn cảm nhận chảy nước mắt hay không, bơm lệ đạo. Như vậy phương pháp nối lệ quản với đặt ống silicone trực tiếp vào lệ quản đứt có kết quả khá tốt, nên được lựa chọn trong điều trị đứt lệ quản do chấn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Đợi (2001), Kết quả phẫu thuật phục hồi lệ quản chấn thương - So sánh hai phương pháp đặt chỉ và đặt ống silicon. Nội san nhãn khoa, số 4, trang 44-49.
2. Vương Văn Quý, Nguyễn Thị Đợi, Trần Nguyệt Thanh (2004). Đứt lệ quản do chấn thương: Đặc điểm lâm sàng, thái độ xử trí và kết quả điều trị, Tạp chí Nhân khoa Việt Nam, số 2 trang 9-17.
3. Đỗ Long, Bùi Quỳnh Phương, Phan Văn Năm (2013), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị đứt lệ quản do chấn thương, Tạp chí Y học Thực hành, số 6/2013 trang 83-85.
4. Trần Hữu Trọng (2018), Khảo sát lâm sàng đứt lệ quản do tai nạn giao thông và đánh giá kết quả nối lệ quản tại Bệnh viện Thống nhất Đồng Nai, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
5. Ranzco P.M.R, Osborne S.F (2010), Determination of function of a repaired canaliculus after monocanalicular injury by placing a punctual plug in the non-involved punctum on the affected side, Clinical and experimental ophthalmology, 38, pp. 786-789.
6. Wu S.Y, Ma L, Chen R.J, Tsai Y.J, Chu Y.C (2010), Analysis of bicanalicular nasal intubation in the repair of canalicular lacerations, Japanese journal ophthalmology, 54(1), pp 24-31.
7. Bedi K.D (2010), Lid and canalicular injuries- Pearls in the primary repair, Kerala journal of ophthalmology, pp. 236-239.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT GIAI ĐOẠN DI CĂN KHÁNG CẮT TINH HOÀN

Nguyễn Đình Lợi¹, Đỗ Anh Tú², Nguyễn Xuân Hậu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn kháng cắt tinh hoàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn kháng cắt tinh hoàn tại Bệnh viện K từ 1/2014 đến 3/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 70,12 ± 8,18 năm, tỉ lệ bệnh nhân được điều trị triệt căn tại thời điểm chẩn đoán ban đầu là 24,6%, thời gian trung vị ADT đến mCRPC là 16,0 tháng. Các triệu chứng gặp là đau xương (55,4%), mệt mỏi (43%), bí tiểu/ tiểu khó (35,4%), tiểu nhiều lần (29,2%). Xương là vị trí hay di căn nhất (87,7%), PSA trung vị là 34,7ng/mL, hemoglobin trung bình là 122,4 g/L. **Kết**

luận: Bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn kháng cắt tinh hoàn có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng không đồng nhất. Thời gian trung vị từ khi điều trị ADT đến khi CRPC là 16,0 tháng.

Từ khóa: ung thư tuyến tiền liệt, kháng cắt tinh hoàn, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER (MCRPC)

Objectives: Describe some clinical and subclinical characteristics of patients with castration-resistant metastatic prostate cancer. **Patients and methods:** A cross-sectional descriptive study on 65 patients with metastatic castration-resistant prostate cancer in Vietnam National Cancer Hospital from January 2014 through March 2023. **Results:** Mean age 70.12 ± 8.18 years, rate of patients receiving radical treatment at the time of initial diagnosis was 24.6%, median time from ADT to mCRPC was 16.0 months. Common symptoms were bone pain (55.4%), fatigue (43%),

¹Trường Đại học y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Lợi

Email: dinhloihpnu2015@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2023

Ngày duyệt bài: 11.7.2023