

- suture for transport and fixation in secondary IOL implantation after intracapsular extraction. *Int Ophthalmol.* 1986;9(2-3):151-160.doi: 10.1007/BF00159844
3. **Agrawal S, Singh V, Gupta SK, Misra N, Srivastava RM.** Transscleral fixation of closed loop haptic acrylic posterior chamber intraocular lens in aphakic nonvitrectomized eyes. *Indian J Ophthalmol.* 2015;63(8):649-653.
 4. **Ganne P, Baskaran P, Krishnappa NC. Re: Yamane et al.:** Flanged intrascleral intraocular lens fixation with double-needle technique (*Ophthalmology.* 2017;124:1136-1142). *Ophthalmology.* 2017;124(12):e90-e91.
 5. **Canabrava S, Bernardino L, Batisteli T, Lopes G, Diniz-Filho A.** Double-flanged-haptic and capsular tension ring or segment for sutureless fixation in zonular instability. *Int Ophthalmol.* 2018;38(6):2653-2662.
 6. **Belkin A, Yehezkeili V, Assia E.** Trans-optic suture fixation of malpositioned intraocular lenses. *Int Ophthalmol.* Published online April 1, 2022. doi:10.1007/s10792-022-02272-y
 7. **Mahmood A, Aljodaie M, Alsaati A.** Four-flanged prolene fixation for a toric trifocal intraocular lens of the double C-Loop design in an eye with severe capsular phimosis. *Am J Ophthalmol Case Rep.* 2021;21:101000. doi:10.1016/j.ajoc.2020.101000

TIÊM KEO QUA DA VÀ PHẪU THUẬT MỘT THÌ ĐIỀU TRỊ DẠNG TÍNH MẠCH THỂ KHU TRÚ VÙNG ĐẦU MẶT CỔ

Vũ Trung Trực^{1,2,3}, Đặng Văn Định¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bài báo nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý dị dạng tĩnh mạch (DDTM) vùng đầu mặt cổ và đánh giá kết quả điều trị của phương pháp tiêm keo qua da kết hợp phẫu thuật. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 19 bệnh nhân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2019 đến năm 2023. Đánh giá đặc điểm trước, trong và theo dõi sau điều trị 6 tháng. **Kết quả:** Khối DDTM phân bố chủ yếu ở vùng má (42,1%) và cổ (26,3%), 74% có xâm lấn vào cơ, 100% ranh giới rõ. Không gặp biến chứng nào do tiêm keo; 89,5% ca phẫu thuật mất máu tối thiểu trong mổ. Toàn bộ phẫu thuật cắt bỏ >75% kích thước khối dị dạng mà không tổn thương cơ quan xung quanh. Tỷ lệ tái phát sau 6 tháng là 0%. **Kết luận:** Phương pháp tiêm keo qua da kết hợp phẫu thuật là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả với khối dị dạng tĩnh mạch khu trú vùng đầu mặt cổ. **Từ khóa:** dị dạng tĩnh mạch, đầu mặt cổ, tiêm keo qua da, phẫu thuật

SUMMARY

PREOPERATIVE GLUE EMBOLIZATION AND SINGLE-STAGE EXCISION OF LOCALIZED HEAD AND NECK VENOUS MALFORMATIONS

Objective: The article aims to describe clinical, subclinical characteristics and results of treatment of localized head and neck venous malformations using preoperative glue embolization and excision. **Methods:** Our study was performed on 19 patients at Viet Duc hospital in the period of time between 2020

and 2023. The assessment was performed before operation, during operation and 6-month postoperation. **Results:** VMs contribute mainly at cheek (42,1%) and neck (26,3%) region, muscle layer was invaded in 74% of patients, 100% of VMs is well defined. There is no complication by glue embolization. 89,5% of cases had minimal blood loss during the operations. 100% of surgery had total resection of VMs without critical structures injury. The 6-month postoperative recurrent rate is 0%. **Conclusion:** Preoperative glue embolization following the single-stage excision is a safe and effective procedure for treatment of localized head and neck venous malformations.

Keywords: Venous malformation, head and neck, glue embolization, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng tĩnh mạch là bệnh lý bất thường mạch máu nằm trong nhóm dòng chảy thấp, thường gặp trong cộng đồng với tỉ lệ 1-4% [1]. Chẩn đoán thường dựa vào đặc điểm xuất hiện ngay sau sinh, không thoái triển, hình thái lâm sàng đặc trưng, kết hợp siêu âm hoặc MRI. Dị dạng tĩnh mạch có thể gặp ở nhiều vùng trên cơ thể, trong đó đầu mặt cổ là vùng thường gặp nhất (khoảng 40%), tổn thương có thể lan tỏa và xâm nhập vào các tổ chức như cơ cắn, tuyến nước bọt mang tai, cơ thái dương, hố chân bướm hàm, ổ mắt hay hầu họng [2]. Việc lựa chọn thời điểm, phương pháp điều trị để đạt được hiệu quả và an toàn vẫn còn nhiều khó khăn và bàn cãi trong y văn. Những phương pháp điều trị trước đây như áp lạnh, xạ trị hiện tại không còn được áp dụng do gặp nhiều biến chứng. Trong khi đó, tiêm xơ, laser và phẫu thuật được nhiều tác giả đánh giá là những phương pháp điều trị hiệu quả. Đối với khối dị dạng tĩnh mạch khu trú,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Định

Email: dangdinh0802@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 14.9.2023

phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối dị dạng được xem là điều trị tối ưu, tuy nhiên phẫu thuật gặp nhiều thách thức như chảy máu trong mổ, ranh giới tổn thương và tổ chức lành không rõ rệt. Tiêm keo qua da trước mổ kết hợp phẫu thuật cắt bỏ được một số tác giả trên thế giới mô tả như một phương pháp nhằm giải quyết những khó khăn nêu trên, tuy nhiên tại Việt Nam hiện nay có ít nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị dị dạng tĩnh mạch khu trú vùng đầu mặt cổ bằng phương pháp tiêm keo qua da kết hợp phẫu thuật.*

II, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 19 bệnh nhân được chẩn đoán dị dạng tĩnh mạch thể khu trú (Phân loại Goyal 1 và 2A [1]) vùng đầu mặt cổ, được điều trị tiêm keo qua da kết hợp phẫu thuật cắt bỏ khối dị dạng tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt-Tạo hình-Thẩm mỹ Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 7/2019 đến tháng 3/2023.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả lâm sàng loạt ca bệnh, theo dõi dọc.

- Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Ghi lại các đặc điểm: tuổi, giới, vị trí, hình thái, sự tiến triển của khối dị dạng, ảnh hưởng lên người bệnh. Đặc điểm hình ảnh trên siêu âm, phim MRI.

- Quy trình tiêm keo và phẫu thuật: Bệnh nhân được tiến hành tiêm keo n-BCA (n-butyl cyanoacrylate) trộn lẫn với Lipiodol với tỉ lệ 1:2 hoặc 1:3 qua da vào lòng khối dị dạng dưới màn tầng sáng. Người bệnh được mổ sớm trong vòng 48 giờ sau tiêm. Phẫu thuật bao gồm cắt bỏ toàn bộ khối dị dạng, cầm máu kỹ và đóng kín vết mổ bằng các kỹ thuật tạo hình.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật: Kết quả sau mổ đánh giá dựa trên sự cải thiện về kích thước, hình thể, màu sắc khối dị dạng, giảm cảm giác căng tức, cảm giác đau, các biến chứng sau phẫu thuật, tỷ lệ tái phát. Đồng thời đánh giá sự hài lòng của người bệnh và gia đình về yếu tố thẩm mỹ, chức năng và chất lượng cuộc sống. Kết quả chung được đánh giá theo thang điểm 10 (Bảng 1) được xây dựng dựa trên tham khảo y văn (Vũ Trung Trực. Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Xây Dựng Phác Đồ Điều Trị Dị Dạng Tĩnh Mạch. Đại học Y Hà Nội; 2021)

Bảng 1. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả

Tiêu chuẩn	Mức độ	Điểm
Giảm kích thước khối DDTM	≥75%	3
	≥50%, <75%	2

	<50%	1	
	Không giảm	0	
	Tăng kích thước	-1	
Giảm cảm giác căng tức	Có giảm	1	
	Không thay đổi	0	
	Căng hơn	-1	
Giảm cảm giác đau	Có giảm	1	
	Không thay đổi	0	
	Đau hơn	-1	
Cải thiện biến dạng hình thể	Có cải thiện	1	
	Không thay đổi	0	
	Biến dạng hơn	-1	
Cải thiện màu sắc da	Có cải thiện	1	
	Không thay đổi	0	
	Da sẫm màu hơn	-1	
Biến chứng sau điều trị	Không biến chứng	0	
	Có biến chứng	-1	
Bộ câu hỏi bệnh nhân và gia đình	Về thẩm mỹ	Có cải thiện	1
		Không thay đổi	0
		Xấu hơn	-1
	Về chức năng	Có cải thiện	1
		Không thay đổi	0
		Anh hưởng chức năng	-1
	Về chất lượng cuộc sống	Có cải thiện	1
		Không thay đổi	0
		Anh hưởng chất lượng cuộc sống	-1

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Nghiên cứu có 19 bệnh nhân, trong đó có 10 nam (52,6%) và 9 nữ (47,4%), chủ yếu thuộc nhóm 10-40 tuổi, chiếm 73,7%. Toàn bộ bệnh nhân thuộc thể dị dạng tĩnh mạch đơn thuần. Lý do chính phát hiện bệnh lý là biến dạng hình thể vùng mặt (36,8%) và ảnh hưởng đến chức năng (42,1%).

Phân bố vị trí khối dị dạng trên các đơn vị giải phẫu vùng mặt lần lượt là: vùng má 42,1%; vùng cổ 26,3%; vùng môi và thái dương đều là 10,5% và vùng góc hàm, mi mắt đều là 5,3%.

Trên siêu âm, tất cả các trường hợp đều cho hình ảnh khối giảm âm 100%. Phim chụp MRI cho hình ảnh đa số các khối giảm tín hiệu trên T1 (94,7%) và tăng tín hiệu trên T2 (100%), ngấm thuốc đối quang từ (100%). Tất cả khối dị dạng có ranh giới rõ, xâm lấn chủ yếu vào lớp cơ (74%). Đường kính khối trung bình là 43,5 ±21,9 mm, nhỏ nhất là 10mm và lớn nhất là 85mm. Theo phân loại Goyal, có 14 trường hợp (73,7%) giai đoạn 1, còn lại 5 trường hợp (26,3%) giai đoạn 2A (Bảng 2).

Bảng 2. Phân loại giai đoạn theo Goyal

Goyal	Ranh giới rõ, ≤5cm	14	73,7%
Goyal 2A	Ranh giới rõ, >5cm	5	26,3%

Goyal 2B	Ranh giới không rõ, ≤5cm	0	0%
Goyal 3	Ranh giới không rõ, >5cm	0	0%

Đặc điểm phẫu thuật. Toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu được tiến hành tiêm keo qua da một lần duy nhất. Liều lượng n-BCA trung bình là 2.3 ml (0.5-9.5ml). Có mối liên quan giữa kích thước khối dị dạng với liều n-BCA, cụ thể 5 khối (26%) kích thước trên 5cm có liều tiêm trung bình là 5,1ml; 14 khối (74%) dưới 5cm tiêm liều trung bình 1,32ml. Không trường hợp nào gặp biến chứng sau tiêm keo.

19/19 bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối dị dạng sớm nhất trong vòng 2 ngày đầu sau tiêm, trung bình sau 19,7 tiếng. Toàn bộ vết mổ được đóng trực tiếp.

Kết quả phẫu thuật

Kết quả gần: Biến chứng thường gặp nhất là mất cảm giác da bề mặt khối dị dạng, với 4/19 trường hợp, tuy nhiên theo dõi sau 6 tháng thấy cảm giác hồi phục hoàn toàn. Có 2/19 trường hợp khối dị dạng kích thước lớn, chảy máu trong mổ với lượng máu >10ml. 2 bệnh nhân này sau mổ có tụ máu, được xử trí bằng ép và tự tiêu đi mà không cần can thiệp gì thêm. Không có trường hợp nào nhiễm trùng hay chậm liền vết mổ.

Kết quả xa: Đánh giá kết quả sau 3-6 tháng theo các tiêu chí ở thang điểm ở bảng 1, 100% đạt kết quả tốt (trên 8 điểm), với tổng điểm trung bình là 9,8. Kết quả cải thiện cả về chức năng và thẩm mỹ, mức độ hài lòng của người bệnh cao. Không có trường hợp nào tái phát trong ít nhất 6 tháng theo dõi sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

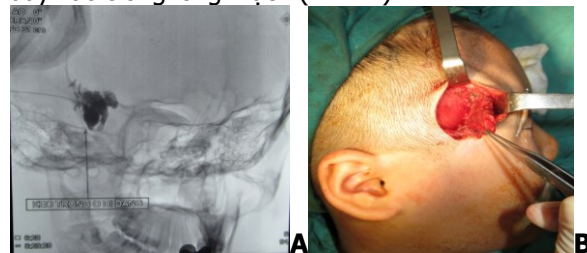
Không có khác biệt về giới tính bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, với độ tuổi thường gặp nhất nằm trong nhóm 10-40 tuổi, chiếm 73,7%. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác, bệnh lý tương khởi phát từ nhỏ nhưng đến độ tuổi này khối DDTM phát triển gây ảnh hưởng đến đời sống nên người bệnh mới đến thăm khám [3-5]. Toàn bộ khối dị dạng trong nghiên cứu đều là DDTM đơn thuần, nằm chủ yếu ở vùng má (42,1%) và cổ (26,3%), tất cả đều có ranh giới rõ, với phân chia giai đoạn theo Goyal từ 1 đến 2A, xâm lấn cơ là chủ yếu chiếm 74%. Theo nghiên cứu của Park H tiến hành trên 141 khối dị dạng, cũng cho những kết quả tương tự, với cách phân chia 9 vùng khuôn mặt, tác giả thấy rằng vùng má là vùng thường gặp nhất, tiếp theo là cằm, môi, cổ và trán, tỷ lệ xâm lấn vào cơ chiếm tới 98,7%. [3] Sự phân bố của khối DDTM nằm ở lớp sâu trong cơ, tập trung chủ yếu ở vùng má hoặc cổ là nơi tập trung nhiều cấu

trúc giải phẫu quan trọng như hệ thống mạch cảnh, thần kinh VII, tuyến và ống tuyến nước bọt mang tai gây ra nhiều thách thức cho phẫu thuật viên trong điều trị, đặc biệt là phẫu thuật.

Hai phương pháp phổ biến trong điều trị dị dạng tĩnh mạch hiện nay là phẫu thuật và tiêm xơ [2],[3],[5]. Tiêm xơ là phương pháp được yêu thích nhờ ưu điểm ít xâm lấn, có thể dùng đơn độc hoặc phối hợp trước phẫu thuật. Tuy nhiên, do không loại bỏ được khối dị dạng nên tỷ lệ tái phát sau tiêm xơ còn khá cao, đặc biệt với các khối DDTM lớn thường phải tiêm nhiều lần. Ngoài ra, còn gặp các biến chứng hoại tử da tại chỗ (28%) và một số độc tính toàn thân do thuốc tiêm xơ [6]. Vì vậy tiêm xơ chủ yếu được chỉ định cho khối dị dạng nằm gần các cấu trúc quan trọng vùng đầu mặt cổ mà phẫu thuật có nguy cơ gây tổn thương cao, với mục tiêu là làm giảm các triệu chứng lâm sàng gây khó chịu cho người bệnh [7], [8].

Phẫu thuật cắt bỏ là phương pháp giúp loại bỏ khối dị dạng, ngăn chặn tái phát, là điều trị lý tưởng cho các khối dị dạng khu trú [5]. Tuy nhiên vùng đầu mặt cổ là vùng có cấu trúc giải phẫu tương đối phức tạp với nhiều cơ quan và mạch máu, đặc biệt khối dị dạng tĩnh mạch lại thường nằm sâu, gây nhiều khó khăn cho phẫu thuật viên như chảy máu trong mổ, hoặc ranh giới không rõ ràng với các cấu trúc xung quanh. Tiêm keo là kĩ thuật sử dụng dạng keo sinh học để lấp đầy lòng mạch khối dị dạng. Kĩ thuật này lần đầu được Tieu DD và cộng sự mô tả năm 2013 điều trị dị dạng tĩnh mạch thể khu trú vùng đầu mặt cổ ở trẻ em, với nhiều ưu điểm giúp loại bỏ khối dị dạng trong một lần mổ thay vì phải gây mê nhiều lần ở trẻ em để tiêm xơ [1].

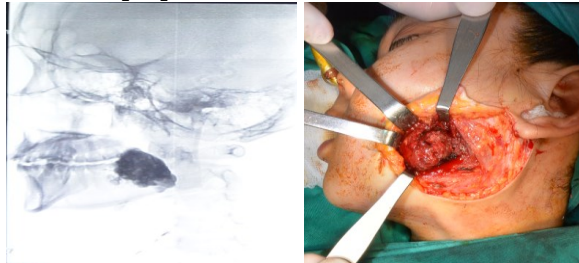
Keo sinh học được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi là n-BCA, dạng dung dịch bị polyme hóa khi tiếp xúc với nước hoặc máu, gây tắc mạch mà không phụ thuộc vào quá trình đông máu của từng người [2]. Toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu được tiêm keo sinh học qua da trước mổ bởi bác sĩ điện quang, quy trình được kiểm soát dưới màn tăng sáng để đảm bảo keo được tiêm đúng và đẩy vào trong lòng mạch (Hình 1).



Hình 1. BN nam 11 tuổi. (A) Tiêm keo trên

màn tăng sáng (B) Khối dị dạng trong mô

Đặc điểm của tĩnh mạch trong khối dị dạng là thành rất mỏng, quá trình phẫu tích rất dễ gây rách thành mạch và chảy máu, làm xẹp khối dị dạng, khó phân biệt với tổ chức lành xung quanh để lấy toàn bộ khối. Khi khối dị dạng được lấp đầy bởi keo sinh học, chúng tôi nhận thấy có hai biến đổi rõ rệt hỗ trợ quá trình phẫu thuật. Thứ nhất, n-BCA gây tắc các mạch máu khối dị dạng, giúp giảm chảy máu trong quá trình phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 89,5% ca mổ không có biến chứng chảy máu trong mổ, với lượng máu chảy < 10ml, dù cho khối dị dạng nằm sâu trong cơ cắn, tạo thuận lợi cho quá trình mổ, đặc biệt với vùng đầu mặt cổ - vị trí không thể garo. (Hình 2). Nhiều nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự, chưa có báo cáo về trường hợp nào phải truyền máu trong mổ khi sử dụng phương pháp này [1],[2],[4],[9]. Tương ứng sau mổ tỉ lệ tụ máu rất thấp, chỉ ghi nhận ở 2 trường hợp, tương đồng nghiên cứu Uller W tiến hành với dị dạng tĩnh mạch ở nhiều vùng trên cơ thể. Nghiên cứu của Jame C cho thấy tiêm xơ trước mổ cũng cho kết quả khả quan trong việc hạn chế chảy máu trong mổ so với nhóm phẫu thuật đơn độc, tuy nhiên sự kết hợp phẫu thuật sau tiêm xơ vẫn phải một số ý kiến trái chiều [10].

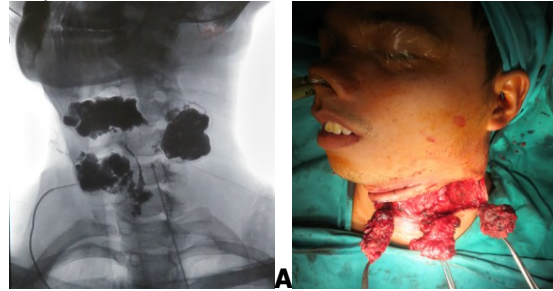


Hình 2. BN nữ 28 tuổi, sau khi tiêm keo trong mô hầu như không chảy máu

Ưu điểm thứ hai, khi keo sinh học đông cứng do tiếp xúc với máu, khối dị dạng cũng sẽ trở nên cứng hơn, tạo nên ranh giới rõ ràng với các cấu trúc mềm xung quanh, tạo thuận lợi cho việc cắt bỏ toàn bộ khối dị dạng nhưng vẫn bảo đảm an toàn cho hệ thống thần kinh, mạch máu xung quanh kể cả khi chúng đi xuyên qua khối (Hình 3). Sau mổ, kiểm tra lại bằng MRI cho thấy phẫu thuật loại bỏ > 75% kích thước khối dị dạng với toàn bộ bệnh nhân và tỉ lệ tái phát trong ít nhất 6 tháng theo dõi là 0%.

Tiêm keo sinh học sử dụng n-BCA được đánh giá là an toàn, tỷ lệ biến chứng rất thấp [1], [2], [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào gặp biến chứng sau tiêm keo

như tắc mạch hệ thống, loét da, liệt thần kinh hay nhiễm trùng, người bệnh chủ yếu phàn nàn về việc sưng và đau tại khối dị dạng trong quá trình chờ đợi phẫu thuật, sau mổ không còn tình trạng này. Biến chứng sau mổ thường gặp nhất là mất cảm giác da bề mặt khối dị dạng (31,6%), có thể giải thích do quá trình bóc tách khối u làm tổn thương sợi thần kinh cảm giác ở nông dưới da, tuy nhiên theo dõi sau 6 tháng thấy cảm giác hồi phục hoàn toàn.



Hình 3. Ranh giới khối dị dạng rõ trong mổ, giúp bảo tồn cấu trúc quan trọng xung quanh

A. Hình ảnh tiêm keo trên màn tăng sáng, B. Phẫu thuật cắt khối bảo tồn các nhánh mạch vùng cổ

Nhờ việc loại bỏ được khối dị dạng và phối hợp các kĩ thuật tạo hình để đóng vết mổ, tất cả người bệnh đều hài lòng với sự cải thiện sau mổ, không còn biến dạng do khối dị dạng gây ra mà vẫn đảm bảo dấu được sẹo mổ vào các đường ranh giới thẩm mỹ. Đồng thời nhờ loại bỏ triệt để nguyên nhân, các triệu chứng như căng tức, đau hay chèn ép do khối dị dạng gây ra cũng giảm rõ rệt, giúp cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp tiêm keo qua da trước mổ kết hợp phẫu thuật cắt bỏ khối dị dạng khu trú vùng đầu mặt cổ là phương pháp hiệu quả giúp loại bỏ toàn bộ khối dị dạng và hạn chế các biến chứng trong và sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tieu D. D., Ghodke B. V., Vo N. J., and Perkins J. A.** "Single-stage excision of localized head and neck venous malformations using preoperative glue embolization," *Otolaryngol. Head Neck Surg. Off. J. Am. Acad. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, vol. 148, no. 4, pp. 678–684, Apr. 2013, doi: 10.1177/0194599813475586.
2. **Uller W. et al.** "Preoperative Embolization of Venous Malformations Using n-Butyl Cyanoacrylate," *Vasc. Endovascular Surg.*, vol. 52, no. 4, pp. 269–274, May 2018, doi: 10.1177/1538574418762192.
3. **Park H. et al.** "Venous malformations of the head and neck: A retrospective review of 82

- cases," Arch. Plast. Surg., vol. 46, no. 1, pp. 23–33, Jan. 2019, doi: 10.5999/aps.2018.00458.
4. **Polites S. F. et al.**, "Single-stage embolization with n-butyl cyanoacrylate and surgical resection of venous malformations," *Pediatr. Blood Cancer*, vol. 67, no. 3, p. e28029, Mar. 2020, doi: 10.1002/pbc.28029.
 5. **Steiner F., FitzJohn T., and Tan S. T.** "Surgical treatment for venous malformation," *J. Plast. Reconstr. Aesthetic Surg. JPRAS*, vol. 66, no. 12, pp. 1741–1749, Dec. 2013, doi: 10.1016/j.bjps.2013.07.033.
 6. **Bowman J., Johnson J., McKusick M., Głowiczki P., and Driscoll D.** "Outcomes of sclerotherapy and embolization for arteriovenous and venous malformations," *Semin. Vasc. Surg.*, vol. 26, no. 1, pp. 48–54, Mar. 2013, doi: 10.1053/j.semvascsurg.2013.04.001.
 7. **Ryu J. Y. et al.**, "Surgical approach for venous malformation in the head and neck," *Arch. Craniofacial Surg.*, vol. 20, no. 5, pp. 304–309, Oct. 2019, doi: 10.7181/acfs.2019.00416.
 8. **Nakamura M. et al.** "Percutaneous sclerotherapy for venous malformations in the extremities: clinical outcomes and predictors of patient satisfaction," *SpringerPlus*, vol. 3, p. 520, 2014, doi: 10.1186/2193-1801-3-520.
 9. **Chewning R. H. et al.** "Combined glue embolization and excision for the treatment of venous malformations," *CVIR Endovasc.*, vol. 1, p. 22, Oct. 2018, doi: 10.1186/s42155-018-0028-y.
 10. **James C. A. et al.** "Preoperative sclerotherapy of facial venous malformations: impact on surgical parameters and long-term follow-up," *J. Vasc. Interv. Radiol. JVIR*, vol. 22, no. 7, pp. 953–960, Jul. 2011, doi: 10.1016/j.jvir.2011.03.004.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Ngô Vi Tiên¹, Nguyễn Quang Trung¹, Phạm Hữu Lưu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được điều trị tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 289 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 6/2021 đến 6/2022. **Kết quả:** tuổi trung bình $42,5 \pm 11,7$ tuổi, lứa tuổi thường gặp là ≤ 55 tuổi (84,78%). Tỷ lệ nữ/nam là 6,5/1, đa số bệnh nhân đi khám vì phát hiện u qua khám sức khỏe (89,3%). Kích thước u trung bình là $1,25 \pm 0,86$ cm. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm 61,2%. Xếp loại giai đoạn bệnh chủ yếu gặp ở giai đoạn I chiếm 67,7%. Biểu chứng sớm thường gặp là khản tiếng 5,2%, tê bì tay chân 5,5%, rò bạch huyết 2,3%. **Kết luận:** Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả đối với ung thư tuyến giáp thể nhú.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, cắt toàn bộ tuyến giáp, cắt thuỳ tuyến giáp

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PAPILLARY THYROID CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Purpose: Evaluation of surgical results of papillary thyroid carcinoma patients treated at the Nghe An Oncology Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study on 289 patients with

papillary thyroid cancer were operated at Nghe An Oncology Hospital from 06/2021 to 06/2022. **Results:** mean age: $42,5 \pm 11,7$. The most common age was ≤ 55 years old (84,78%), female/male ratio is 6,5/1. Common symptoms are detected thyroid tumor through health check (89,3%). The mean of thyroid tumor size is $1,25 \pm 0,86$ cm. Total thyroidectomy accounted for 61,2%. In terms of stage, the disease is mainly seen in stage I, accounting for 67,7%. Common early postoperative complications were hoarseness (5,2%), numbness of hands and feet (5,5%), chyle leak 2,3%. **Conclusion:** Surgery therapy is an effective treatment for papillary thyroid cancer.

Keywords: papillary thyroid cancer, total thyroidectomy, thyroid lobectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTT) chỉ chiếm 3,6% trong tất cả các loại ung thư, nhưng chiếm đến 92 - 95% ung thư của hệ nội tiết, trong đó UTT thể nhú là thể bệnh thường gặp nhất chiếm 70-90%¹. Theo GLOBOCAN 2020, UTT đứng thứ 9 trong tổng số các ca ung thư ở cả hai giới với 586202 ca mới mắc, đứng thứ 5 trong số các loại ung thư ở nữ giới, tỷ lệ mắc ở nữ giới là 10,1/100000 nữ, cao gấp 3 lần so với nam giới. Việt Nam nằm trong nhóm các nước có tỷ lệ mắc UTT cao, đứng thứ 10 với 5471 ca mới mắc và 642 ca tử vong mỗi năm¹. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính UTT thể nhú, đóng vai trò chủ đạo cải thiện thời gian sống còn và ảnh hưởng đến điều trị I¹³¹ sau phẫu thuật cũng như ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân (BN). Tuy nhiên phẫu thuật vẫn còn có những

¹Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm nội dung: Phạm Hữu Lưu

Email: phamhuulu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2023

Ngày duyệt bài: 13.9.2023