Lung India: official organ of Indian Chest Society. 2012;29(Suppl 2):S27.
5. **Peters L, Olson L, Khu DT, et al.** Multiple antibiotic resistance as a risk factor for mortality and prolonged hospital stay: a cohort study among neonatal intensive care patients with hospital-acquired infections caused by gram-negative bacteria in Vietnam. PloS one. 2019;14(5):e0215666.
6. **Shahid ASMSB, Alam T, Shahrin L, et al.** Risk Factors and Outcomes of Hospital Acquired Pneumonia in Young Bangladeshi Children. Life. 2021;11(10):1030.
7. **UNICEF.** UNICEF Analysis Based on WHO and Maternal and Child Epidemiology Estimation Group Interim Estimates Produced in September 2019, Applying Cause Fractions for the Year 2017 to United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation Estimates for the Year 2018.

ĐIỀU TRỊ HẸP ĐƯỜNG MẬT LÀNH TÍNH KHU TRÚ BẰNG PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT XUYÊN GAN QUA DA ỨNG DỤNG LASER THULIUM

Lê Tuấn Linh[1,2], Quách Lương Thiện[1], Nguyễn Thái Bình[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu phương pháp can thiệp nội soi đường mật xuyên gan qua da điều trị hẹp đường mật lành tính khu trú (HĐMLTKT) bằng LASER Thulium. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu mô tả 13 ca bệnh được chẩn đoán HĐMLTKT và điều trị bằng phương pháp nội soi xuyên gan qua da điều trị HĐMLTKT bằng LASER Thulium từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2022 và khám lại từ thời điểm sau điều trị 6 tháng. **Kết quả**: Có 10 nữ, 3 nam, độ tuổi trung bình 46±19 tuổi, 5/13 BN hẹp ống gan phải, 4/13 BN hẹp ống gan trái, 2/13 BN hẹp nhánh phân thùy sau, 2/13 BN hẹp nhánh hạ phân thùy III. 8/12 BN tán sạch sỏi trước đốt hẹp và 4/12 BN chỉ tán hết sỏi sau khi đốt hẹp đường mật thành công. Đường kính trung bình vị trí hẹp trước đốt: 2.04 ±1.35 mm, đường kính trung bình vị trí hẹp ngay sau thủ thuật: 8.48 ± 2.28 mm, sử dụng kiểm định Wilcoxon để so sánh đường kính trước và sau hẹp cho kết quả sự rộng ra của đường mật là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99%. Đau trong thủ thuật theo VAS ≤ 3 điểm, chỉ có 2/13 BN có biến chứng chảy máu nhẹ và được điều trị hết bằng nội khoa, có 2/13 BN tái hẹp sau khoảng thời gian can thiệp lần lượt là 795 ngày và 634 ngày. **Kết luận**: Thủ thuật nội soi xuyên gan qua da điều trị HĐMLTKT bằng LASER thulium là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị HĐMLTKT với tỷ lệ biến chứng trong thủ thuật thấp (2/13 BN), tỷ lệ thành công ngay sau can thiệp cao (13/13 BN), tỷ tái phát hẹp đường mật thấp (2/13 BN). ***Từ khóa:*** Hẹp đường mật lành tính khu trú, hẹp đường mật, thulium laser, nội soi đường mật xuyên gan qua da.

SUMMARY

PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC CHOLANGIOSCOPY USING THULIUM FIBER LASER MANAGEMENT OF FOCAL BENIGN BILIARY STRICTURES

Objective: To evaluate the initial results of percutaneous transhepatic cholangioscopic laser therapy (PTCLT) with Thulium laser for the treatment of benign focal biliary strictures (FBS). **Subjects and methods**: A retrospective and prospective observational study was conducted on 13 patients diagnosed with FBS and treated with PTCLT with Thulium laser from August 2020 to August 2022. Patients were evaluated at 6 months after treatment. **Results**: There were 10 females and 3 males, with a mean age of 46±19 years. The distribution of stricture location was as follows: 5/13 right hepatic duct, 4/13 left hepatic duct, 2/13 posterior segmental branch, and 2/13 inferior third branch. In 8/12 patients, stones were cleared before stricture ablation, and in 4/12 patients, stones were cleared after successful stricture ablation. The mean diameter of the stricture site before ablation was 2.04 ±1.35 mm, and the mean diameter of the stricture site immediately after the procedure was 8.48 ± 2.28 mm. Wilcoxon's test for comparing the diameters before and after stricture showed that the widening of the bile duct was statistically significant with a confidence level of 99%. Pain during the procedure was ≤3 points on the Visual Analogue Scale (VAS). Only 2/13 patients had mild bleeding complications that were successfully treated with medication. Two patients (2/13) had recurrent strictures after the intervention at 795 days and 634 days, respectively. **Conclusion**: PTCLT with Thulium laser is a safe and effective method for the treatment of FBS, with a low complication rate during the procedure (2/13 patients), a high success rate immediately after intervention (13/13 patients), and a low recurrence rate (2/13 patients).

Keywords: Benign biliary strictures, focal benign biliary strictures, thulium fiber laser, percutaneous transhepatic cholangioscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp đường mật được định nghĩa là sự chít

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Linh
Email: linhdhyhn2017@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.9.2023
Ngày phản biện khoa học: 19.10.2023
Ngày duyệt bài: 8.11.2023

hẹp từng đoạn của hệ thống ống mật trong hoặc ngoài gan, dẫn đến cản trở sự lưu thông của dịch mật, gây giãn thứ phát đoạn trên vị trí tắc. Trên nội soi đường mật ống soi đường kính 5mm không thể qua hoặc cần phải nong mới có thể qua được vị trí hẹp. Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn đường mật và nguyên nhân gây hẹp. Có nhiều nguyên nhân gây HĐMLTKT, đặc biệt ở khu vực Đông Nam Á HĐMLTKT có liên quan chặt chẽ với sỏi mật, hình thành nên vòng xoắn bệnh lý giữa sỏi – viêm đường mật – và chít hẹp đường mật. Các phương pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu điều trị HĐMLTKT đang được áp dụng và nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ biến chứng thấp, được các bác sỹ điện quang can thiệp thực hiện bao gồm duy trì ống dẫn lưu cỡ lớn, nong bằng bóng[1], đặt stent đường mật[3,4], đốt sóng cao tần nội đường mật[5] và đốt LASER nội đường mật[6]. HĐMLTKT là một bệnh lý còn tồn tại nhiều khó khăn trong điều trị đòi hỏi phải tiếp cận đa chuyên khoa để điều trị, ghi nhận 30% bệnh nhân (BN) HĐMLTKT có diễn tiến bệnh lý dai dẳng, điều trị phức tạp kèm theo gánh nặng lớn về chi phí chăm sóc y tế[2]. Từ những quan sát điều trị HĐMLTKT tại Việt nam cho thấy, các phương pháp điều trị hiện nay còn tồn tại tỷ lệ đáng kể các BN sau điều trị có thời gian tái phát ngắn và yêu cầu lặp lại các can thiệp hoặc phẫu thuật. Thực trạng này cho thấy cần phải phát triển các nghiên cứu trên đối tượng người Việt Nam để tiếp tục hoàn thiện các kỹ thuật đã có hoặc phát triển kỹ thuật mới đáp ứng yêu cầu thực tế điều trị HĐMLTKT. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả bước đầu điều trị hẹp đường mật lành tính khu trú bằng phương pháp nội soi đường mật xuyên gan qua da ứng dụng LASER Thulium.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 13 bệnh nhân được chẩn đoán HĐMLTKT được điều trị bằng phương pháp can thiệp qua da sử dụng LASER bốc hơi Thulium tại Bệnh viện đại học y Hà Nội từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các BN được chẩn đoán HĐMLTKT ở mức độ nặng chẩn đoán dựa trên các triệu chứng lâm sàng và hóa sinh, siêu âm, MRI, NSĐMQD, chẩn đoán nguyên nhân lành tính dựa vào marker ung thư, sinh thiết trong lúc NSĐMQD (nếu có nghi ngờ ác tính hoặc chưa loại trừ được nguyên nhân ác tính). BN được can thiệp bằng phương pháp can thiệp qua da điều trị HĐMLTKT bằng LASER bốc hơi Thulium tại Bệnh viện đại học y Hà Nội từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 8 năm 2022. Bệnh nhân được theo dõi tại thời điểm từ 6 tháng sau can thiệp.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân tử vong sau can thiệp vì các nguyên nhân khác. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu ở bất kỳ thời điểm nào sau đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu mô tả chùm ca bệnh

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thời gian: Từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và can thiệp điện quang - Bệnh viện đại học y Hà Nội

Kỹ thuật:

- Chuẩn bị dụng cụ: Máy nội soi ống cứng Olympus, hệ thống xử lý hình ảnh, nguồn sáng và monitor. Máy LASER thulium: YAG bước sóng 2000nm, dây truyền quang kích thước 50 micromet hoặc lớn hơn. Máy chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) hãng Philip và máy siêu âm. Bộ ống nong có kích thước lớn dần (Từ 6Fr đến 18 Fr). Dây dẫn ưa nước 0.035 inch, rọ lấy sỏi, …
- Tiếp cận và đánh giá vị trí hẹp: Tiếp cận đường mật bằng Angiocath 16G, bộ nong đường mật các cỡ. Chụp đường mật qua da dưới DSA. Đánh giá mức độ hẹp đường mật trên hình ảnh nội soi. Đánh giá bề mặt niêm mạc đường mật và sinh thiết nếu thấy nghi ngờ U.
- Xử lý hẹp đường mật bằng LASER, đối chiếu vị trí giải phẫu của tĩnh mạch cửa và động mạch gan trên MRI, đốt sâu mở rộng vị trí hẹp theo hướng ngược lại với 2 thành phần động mạch gan và tĩnh mạch cửa, đảm bảo hết hẹp (So với đường kính ngay trên và dưới chỗ hẹp). Tán hết sỏi bằng LASER và/hoặc lấy sỏi bằng rọ (nếu có).
- Đặt ống dẫn lưu cỡ 8-14 Fr vào đường mật ra da. Chụp kiểm tra cây mật qua sonde dẫn lưu đánh giá lại lần cuối cây đường mật dưới DSA.

Thu thập và xử lý số liệu: Thu thập số liệu theo bệnh án nghiên cứu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Tuổi: Tuổi trung bình là: 46±19 tuổi. Nhỏ nhất là 27 tuổi và lớn nhất là 64 tuổi.

- Giới: 3 BN nam và 10 BN nữ.

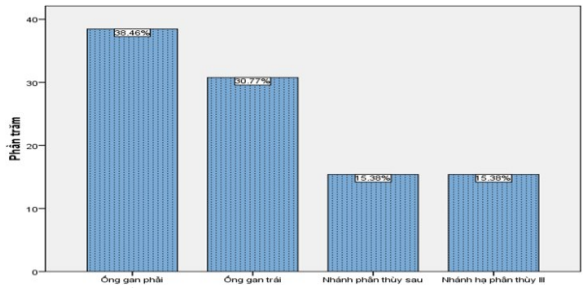
- Đặc điểm lâm sàng: 13/13 BN đau bụng

hạ sườn phải, 7/13 BN sốt, 2/13 BN vàng da, 9/13 BN tiền sử sỏi mật.

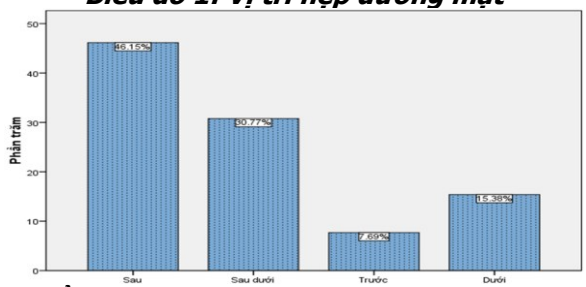
3.2. Đặc điểm hình ảnh trước can thiệp

Bảng 1: Đặc điểm sỏi mật

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Hình dạng sỏi	Đúc khuôn	9	69.2
	Rải rác	3	23.1
	Không có sỏi	1	7.7
Vị trí sỏi	Gan phải	9	75.0
	Gan trái	7	58.3
	Ống gan chung	3	25.0
	Ống mật chủ	4	33.3

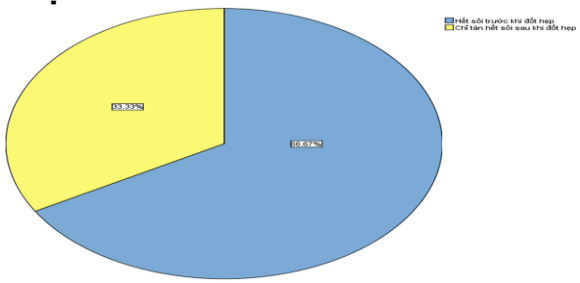


Biểu đồ 1: Vị trí hẹp đường mật



Biểu đồ 2: *Vị trí tương đối của ĐM gan và TM cửa so với vị trí đường mật hẹp trên MRI*

3.3. Một số đặc điểm kỹ thuật của thủ thuật



Biểu đồ 3: Kết quả sau tán sỏi nội soi

Bảng 2: Một số đặc điểm kỹ thuật của thủ thuật

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ (%)
Số thì can thiệp	1	4	30.8
	2	8	61.5
	3	1	7.7
Kích thước cổng đốt hẹp	14Fr	4	30.8
	16Fr	9	69.2
Hướng đốt	Trước trên	5	38.5
	Trước	5	38.5
	Trên	2	15.4
	Sau	1	7.7
Biến chứng	Không	11	84.6
	Chảy máu nhẹ	2	15.4
Đường kính trung bình vị trí hẹp trước đốt: 2.04 ±1.35 mm			
Đường kính trung bình vị trí hẹp ngay sau thủ thuật: 8.48 ± 2.28 mm			
Thời gian thủ thuật trung bình: 58.2±5.8 phút, ít nhất là 22 phút và nhiều nhất là 90 phút.			
Thời gian nằm viện sau thủ thuật: 3.6 ±0.6 ngày, ít nhất là 1 ngày và nhiều nhất là 8 ngày.			
Đau trong thủ thuật theo VAS ≤ 3 điểm.			

3.4. Đặc điểm của nhóm BN sau thời gian theo dõi

Bảng 3: Đặc điểm của nhóm BN sau thời gian theo dõi

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	2	15.4
Sốt	1	7.7
Vàng da	0	0
Tái phát sỏi mật	4	30.8
Viêm đường mật	2	15.4
Hẹp đường mật	2	15.4
Thời gian khám lại: 511 ± 222 ngày (17±7.4 tháng), ít nhất là 188 ngày và nhiều nhất là 886 ngày		

IV. BÀN LUẬN

Tổng cộng có 13 bệnh nhân (3 nam và 10 nữ - tỷ lệ nữ 76.92%) được đốt hẹp đường mật bằng LASER Thulium. Độ tuổi trung bình 46±13 tuổi, nhỏ nhất là 27 tuổi và lớn nhất là 64 tuổi, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Lou, J. và các cộng sự (2019)[6], Cantwell, C. P. và các cộng sự (2008)[1], tuy nhiên ở nghiên cứu của De Gregorio, M. A. và các cộng sự (2020)[3], có tỷ lệ nam là 61% do lựa chọn nhóm bệnh nhân nghiên cứu có chiếm 63,3% các trường hợp hẹp đường mật sau phẫu thuật nội soi và ghép gan.

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của hẹp đường mật là đau hạ sườn phải, sốt và vàng da. Nghiên cứu của chúng tôi 13/13 BN đau hạ sườn phải, 7/13 BN sốt và 2/13 BN vàng da. Trong đó, tiền sử bệnh lý hẹp đường mật liên quan chặt chẽ với tiền sử sỏi mật 9/13 BN, 6/13 BN có tiền sử mổ sỏi mật, 3/13 BN có tiền sử viêm gan B.

Chẩn đoán HĐMLTKT ở tất cả các bệnh nhân đã được xác nhận trong quá trình nội soi, sinh thiết. Vị trí hẹp đường mật cần can thiệp chủ yếu là vị trí ống gan phải chiếm 5/13 BN (38.5%) và hẹp ống gan trái chiếm 4/13 BN (30.8%), hẹp

nhánh phân thùy sau và hẹp nhánh hạ phân thùy III cùng chiếm 2/13 BN (15.4%). Cùng với đó là xác vị trí tương đối của động mạch gan và tĩnh mạch cửa so với vị trí hẹp của ống mật trên MRI trước đốt hẹp là vô cùng quan trọng, vì bộ 3 khoảng cửa này luôn đi kèm cùng nhau, việc xác định chính xác vị trí tương đối của động mạch gan và tĩnh mạch cửa sẽ giúp xác định chính xác hướng đốt và mở rộng đường mật trong quá trình thực hành lâm sàng, giúp tránh biến chứng chảy máu trong can thiệp. Đây thực sự là điểm mới trong kỹ thuật đốt hẹp đường mật, vì chúng tôi chưa ghi nhận nghiên cứu nào có đề cập đến nghiên cứu vị trí tương đối của động mạch gan và tĩnh mạch cửa so với vị trí hẹp của đường mật trên các chuỗi xung MRI tiêm thuốc từ đó đưa ra hướng đốt hẹp tối ưu nhất. Trong nghiên cứu này, vị trí tương đối của ĐM gan và TM cửa ở phía sau chiếm tỷ lệ lớn nhất 6/13 BN (46.2%), phía sau dưới 4/13 BN (30.8%), phía dưới 2/13 BN (15.4%) và chiếm tỷ lệ nhỏ nhất là phía trước 1/13 BN (7.7%). Sỏi mật và hẹp đường mật có liên quan mật thiết với nhau, trong nghiên cứu của chúng tôi 12/13 BN có sỏi mật, trong đó 9/12 BN sỏi đúc khuôn, 3/12 BN có sỏi rải rác trong các nhánh đường mật, chỉ có 1/13 BN là không có sỏi mật. Vị trí của sỏi nằm ở gan phải 9/12 BN, ở gan trái chiếm 7/12 BN, sỏi ở ống gan chung 3/12 BN và sỏi ở ống mật chủ 4/12 BN.

Về một số đặc điểm kỹ thuật của thủ thuật, trong tổng số BN có hẹp đường mật thì 12 BN có sỏi mật kèm theo, trong đó 8/12 BN tán sạch sỏi hoàn toàn trước khi đốt hẹp và 4/12 BN chỉ tán hoàn toàn hết sỏi sau khi đốt hẹp cho thấy vai trò của đốt hẹp trong quá trình tán sỏi nội soi đường mật, vì các trường hợp hẹp đường mật có thể làm cản trở con đường tiếp cận sỏi mật. Số thì can thiệp phụ thuộc vào vị trí, số lượng sỏi và sự dễ dàng trong tiếp cận sỏi, nếu số lượng sỏi ít và dễ tiếp cận thì số thì can thiệp ít và có thể kết hợp với đốt hẹp để làm cùng một thì, ngược lại số lượng sỏi nhiều, ở nhiều nhánh phức tạp và khó tiếp cận thì cần thiết chia thành nhiều thì khác nhau để giải quyết hết vấn đề sỏi và hẹp đường mật cho bệnh nhân hiệu quả và an toàn nhất, trong đó 4/13 BN can thiệp một thì, 8/13 BN can thiệp 2 thì và 1/13 BN can thiệp 3 thì. Kích thước cổng đốt hẹp chủ yếu là 16Fr chiếm 9/13 BN và cổng đốt hẹp 14Fr chiếm 4/13 BN, trong đó cổng đốt hẹp lớn sẽ giúp thao tác tán sỏi dễ dàng và nhanh hơn tuy nhiên có thể làm tăng biến chứng chảy máu. Về hướng đốt hẹp chúng tôi chọn mở rộng đường mật theo hướng ngược lại với vị trí tương đối của động mạch gan và tĩnh mạch cửa đã được xác định trước đó trên MRI, cụ thể đốt theo hướng trước trên chiếm 5/13 BN, hướng trước chiếm 5/13 BN, hướng trên chiếm 2/13 BN và hướng dưới 1/13 BN. Đường kính trung bình vị trí hẹp trước đốt: 2.04 ±1.35 mm; đường kính trung bình vị trí hẹp ngay sau thủ thuật: 8.48 ± 2.28 mm, sử dụng kiểm định Wilcoxon để so sánh đường kính trước và sau hẹp cho kết quả sự rộng ra của đường mật là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99%. Sự thành công về mặt kỹ thuật lên đến 100% cũng tương đồng với các nghiên cứu của Lou, J. và các cộng sự[6] về đốt hẹp đường mật bằng LASER Holmium, nghiên cứu của Cantwell, C. P. và các cộng sự[1] về nong bóng điều trị hẹp đường mật, nghiên cứu của Hu, B. và các cộng sự[5] về điều trị đốt hẹp bằng radiofrequency, và của Gwon, D. I. và các cộng sự[4] về điều trị hẹp đường mật bằng stents. Thủ thuật thực hiện an toàn, 11/13 BN không có biến chứng, chỉ có 2/13 BN có biến chứng chảy máu nhẹ chỉ cần theo dõi, ép bằng cổng tán sỏi và điều trị nội khoa, không phải truyền máu và thực hiện các can thiệp hay phẫu thuật khác; thời gian thủ thuật trung bình: 58.2±5.8 phút, ít nhất là 22 phút và nhiều nhất là 90 phút; thời gian nằm viện sau thủ thuật: 3.6 ±0.6 ngày, ít nhất là 1 ngày và nhiều nhất là 8 ngày; đau trong thủ thuật theo VAS ≤ 3 điểm.

Về kết quả của thủ thuật sau theo dõi, thời gian trung bình từ sau can thiệp là 511 ± 222 ngày (17±7.4 tháng), trong đó có 11/13 BN (84.6%) là không có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của hẹp đường mật, 2/13 BN có tái hẹp đường mật kèm tái phát sỏi vào viện ở thời điểm cách thủ thuật đốt hẹp là 795 ngày và 634 ngày, và 2/13 BN bệnh nhân có tái phát sỏi đơn thuần quan sát được ghi nhận trên siêu âm, MRI mà không có triệu chứng lâm sàng. Sự tái hẹp đường mật là tương đối thấp khi so sánh với nghiên cứu của Lou, J. và các cộng sự[6] về đốt hẹp đường mật bằng LASER Holmium cho thấy tỷ lệ không tái phát 73% sau 2 năm, 67% sau 5 năm, nghiên cứu của Cantwell, C. P. và các cộng sự[1] về nong bóng điều trị hẹp đường mật tỷ lệ bệnh nhân không tai phát sau 5, 10 năm lần lượt là 52% và 49%, nghiên cứu của Hu, B. và các cộng sự[5] về điều trị đốt hẹp bằng radiofrequency tỷ lệ không tái phát sau 12.6 tháng là 66.67%, và theo nghiên cứu của Gwon, D. I. và các cộng sự[4] về điều trị hẹp đường mật bằng stents tỷ lệ không tái phát (về mặt lâm sàng) sau thời gian theo dõi trung bình 36 tháng là 80%.

V. KẾT LUẬN

Thủ thuật nội soi xuyên gan qua da đốt hẹp đường mật bằng LASER Thulium là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị HĐMLTKT với tỷ lệ thành công ngay sau can thiệp cao, tỷ lệ biến chứng trong thủ thuật thấp, tỷ tái phát hẹp đường mật thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cantwell, C. P. và các cộng sự.** (2008), "Thirty years' experience with balloon dilation of benign postoperative biliary strictures: long-term outcomes", Radiology. 249(3), tr. 1050-7.
2. **Dadhwal, U. S. và Kumar, V.** (2012), "Benign bile duct strictures", Med J Armed Forces India. 68(3), tr. 299-303.
3. **De Gregorio, M. A. và các cộng sự.** (2020), "Absorbable stents for treatment of benign biliary strictures: long-term follow-up in the prospective Spanish registry", Eur Radiol. 30(8), tr. 4486-4495.
4. **Gwon, D. I. và các cộng sự.** (2013), "Percutaneous transhepatic treatment using retrievable covered stents in patients with benign biliary strictures: mid-term outcomes in 68 patients", Dig Dis Sci. 58(11), tr. 3270-9.
5. **Hu, B. và các cộng sự.** (2014), "Intraductal radiofrequency ablation for refractory benign biliary stricture: pilot feasibility study", Dig Endosc. 26(4), tr. 581-5.
6. **Lou, J. và các cộng sự.** (2019), "A novel approach with holmium laser ablation for endoscopic management of intrahepatic biliary stricture", BMC Gastroenterol. 19(1), tr. 172.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THANH HÓA

Đào Hữu Dũng[1], Lê Chính Đại[2], Ngô Xuân Quý[3], Nguyễn Quang Hưng[1], Lưu Xuân Thông[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: 142 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được phẫu thuật tại Bệnh Viện Ung Bướu Thanh Hóa từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 3 năm 2023. Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. **Kết quả**: Tỉ lệ nữ/nam là 7,8/1, độ tuổi trung bình 47,4 ± 13 tuổi, chủ yếu nhóm tuổi < 55 tuổi 67,6%. Lý do vào viện chủ yếu là tình cờ phát hiện u tuyến giáp qua kiểm tra sức khỏe 61,3%. Tỉ lệ sờ thấy u qua khám lâm sàng (78,9%), đánh giá u trên siêu âm chủ yếu là TIRADS 4 77,5%, tỉ lệ chọc hút tế bào kim nhỏ chẩn đoán ác tính là (52,8%) nghi nghờ là (39%). Tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy eo giáp và cắt tuyến giáp toàn phần là (23,9%) và (76,1%), trong mỗi nhóm tỉ lệ vét hạch kèm theo là (17,6%) và (96,3%), tỉ lệ di căn hạch (45,8%) tỉ lệ di căn hạch tiềm ẩn là (24,6%) trong đó giới tính nam, ung thư 2 thùy và u phá vỡ võ có ý nghĩa thống kê với tình trạng di căn hạch (P<0,05). Tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược và tuyến cận giáp với biểu hiện khàn tiếng và cơn co rút tay chân là hai biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật 72 giờ với tỉ lệ (26,8%) và (24,6%), sau đó giảm dần và hầu hết tổn thương này là tạm thời.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp, di căn hạch ung thư tuyến giáp, phẫu thuật ung thư tuyến giáp

SUMMARY

EARLY RESULTS OF THYROID CANCER SURGERY AT THANH HOA ONCOLOGY HOSPITAL

Objectives: To study clinicopathological characteristics and result of surgery in papillary thyroid carcinoma. **Patients and method**: 142 thyroid cancer patients were operated on at Thanh Hoa Oncology Hospital from March 2020 to March 2023. Retrospective and cross-sectional descriptive study. **Results**: Female/Male ratio was 7,8/1, mean age was 47.4 ± 13 years old, popular in age < 55 years old at 67.6%. The main reason for admission to the hospital was by chance detection of thyroid (61.3%). The rate of palpating the tumor on clinical examination (78.9%), evaluating the tumor on ultrasound is mainly TIRADS 4 (77.5%), the rate of fine needle aspiration cytology to diagnose malignancy is (52,8%) doubt it is (39%). The rate of patients undergoing isthmic lobectomy and total thyroidectomy was 23.9% and 76.1%, in each group the rate of accompanying lymph node dissection was 17.6% and 96.3%, respectively lymph node metastasis (45.8%), the rate of potential lymph node metastasis is (24.6%), in which male gender, 2 lobe cancer and tumor breaking the margin have statistical significance with lymph node metastasis (P<0.05). Most of surgical complications at 72 hours were transient hoarse voice and transient hypocalcemia were 26,8% and 24,6%.

Keywords: Thyroid cancer, thyroid cancer lymph node metastasis, thyroid cancer surgery

[1]Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa
[2]Đại học Y Hà Nội
[3]Bệnh viện K
Chịu trách nhiệm chính: Đào Hữu Dũng
Email: daohuudung1992@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023
Ngày phản biện khoa học: 18.10.2023
Ngày duyệt bài: 9.11.2023