

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BƯỚU GIÁP NHÂN BẰNG DAO SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TỈNH BẮC GIANG

Lô Quang Nhật¹, Trần Minh Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật bướu giáp nhân bằng dao siêu âm tại bệnh viện Ung bướu Tỉnh Bắc Giang. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu và tiền cứu hàng loạt ca lâm sàng tại khoa Khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Ung bướu tỉnh Bắc Giang từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của cả hai giới là $50,9 \pm 5,25$. Tỷ lệ nữ/nam là 12/1. Thời gian mắc bệnh trung bình là $7,12 \pm 2,05$ tháng. Triệu chứng cơ năng: nuốt vướng chiếm tỉ lệ là 61,5%, khó thở chiếm tỉ lệ là 3,8%. Phân độ bướu: Bướu độ II chiếm 44,2%, độ IV chiếm 30,8%. Siêu âm: Bướu gặp ở thùy phải (34,6%), thùy trái (17,3%), vị trí ở eo (3,8%). Có 3 BN cắt bán phần tuyến giáp (5,8%), 27 BN cắt 1 thùy tuyến giáp (51,9%) chiếm nhiều nhất, 13 BN cắt toàn bộ tuyến giáp (25%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $52,88 \pm 11,57$ phút. Biến chứng sau mổ: Có 2 BN có dấu hiệu khàn tiếng sau mổ (3,8%), 5 BN có hạ calci máu với biểu hiện tê bì chân tay (9,6%), 1 BN ứ đọng dịch vết mổ (1,9%). Phân loại kết quả phẫu thuật: Kết quả tốt có 38 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 73,1%, kết quả trung bình có 14 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 26,9%. **Kết luận:** Phẫu thuật bướu giáp nhân bằng dao siêu âm là phẫu thuật an toàn và rút ngắn thời gian mổ.

Từ khóa: cắt tuyến giáp, dao siêu âm

SUMMARY

RESULTS OF SURGERY FOR THYROID GOITER WITH ULTRASONIC KNIFE AT BAC GIANG ONCOLOGY HOSPITAL

Objectives: Evaluate the results of goiter surgery using ultrasonic knife at Bac Giang Oncology Hospital. **Methods:** Retrospective and prospective description of a series of clinical cases at the Department of General Surgery - Bac Giang Oncology Hospital from January 2022 to June 2023. **Results:** The average age was 50.9 ± 5.25 years. The female/male ratio is 12/1. The average duration of illness is 7.12 ± 2.05 months. Symptoms of neck compression: Difficulty swallowing accounts for the highest rate of 61.5%, difficulty breathing accounts for the least rate of 3.8%. Tumor grade: Grade II tumors account for 44.2%, grade IV tumors account for 30.8%. Ultrasound: Tumors in the right lobe (34.6%), in the left (17.3%), waist location (3.8%). The majority encountered mixed images (61.5%), the rest were hypoechoic (30.8%), and hyperechoic (7.7%). There were 3

patients with partial thyroidectomy (5.8%), 27 patients with 1 thyroid lobe removed (51.9%), accounting for the most, and 13 patients total thyroidectomy (25%). The average duration is 52.88 ± 11.57 minutes. Postoperative complications: 2 patients had signs of hoarseness after surgery (3.8%), 5 patients had hypocalcemia with signs of numbness in the limbs (9.6%), 1 patient had fluid retention from the surgical wound (1.9%). Classification of surgical results: Good results were 38 patients, accounting for 73.1%, average results were 14 patients, accounting for 26.9%. **Conclusion:** Surgery for goiter with ultrasonic knife is a safe surgery and shortens surgery time.

Keywords: thyroidectomy, ultrasonic knife

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp nhân (BGN) là bệnh trong đó tuyến giáp to ra về kích thước mà nguyên nhân không phải do viêm hay do u và chức năng tuyến giáp vẫn bình thường. Các nhân hình thành do kết quả của các quá trình quá sản, thoái triển và tái tạo, hình thành các dải xơ chia cắt tuyến giáp thành nhiều cục, nhiều múi gọi là các nhân [7].

Bướu giáp nhân là bệnh lý nội tiết rất thường gặp, đứng hàng thứ hai sau bệnh đái tháo đường. Bướu giáp nhân thường gặp ở nữ, gặp 4-12 lần so với nam, tần suất bướu giáp nhân tăng theo tuổi và gặp nhiều ở vùng có thiếu hụt iod [10].

Tại Việt Nam, khi Phạm Gia Khải tiến hành siêu âm tuyến giáp đầu tiên vào năm 1987, đến nay trở thành một phương pháp cận lâm sàng thường quy trong việc chẩn đoán và theo dõi [1]. Chọc tế bào bằng kim nhỏ trở thành một trong những tiêu chuẩn quyết định để chọn lựa phương pháp điều trị [5].

Việc điều trị bướu giáp nhân có nhiều phương pháp khác nhau như nội khoa, ngoại khoa và đốt bướu bằng sóng cao tần... trong đó điều trị bằng ngoại khoa là phương pháp điều trị kinh điển. Phẫu thuật được chỉ định cho các trường hợp nhân có dấu hiệu chèn ép như: khó thở, khó nuốt, nhân ảnh hưởng đến thẩm mỹ hoặc điều trị nội khoa kéo dài mà bệnh nhân không có kết quả.

Ngày nay với sự phát triển của các phương tiện kỹ thuật cao trong đó có dao mổ siêu âm (Ultracision Harmonic Scalpel) giúp cho phẫu thuật trở nên thuận lợi: rút ngắn thời gian mổ, giảm tai biến và thời gian điều trị cho bệnh nhân [1], [6]. Nghiên cứu của nhóm Nguyễn Ngọc Bình trên 150 bệnh nhân tại Bệnh viện Bình Dân,

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Ung bướu Tỉnh Bắc Giang

Chịu trách nhiệm chính: Lô Quang Nhật

Email: nhatdhhk2007@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

phẫu thuật bướu giáp bằng kỹ thuật sử dụng dao siêu âm là kỹ thuật an toàn, giảm ngắn thời gian mổ, ít biến chứng hậu phẫu [1].

Năm 2017, bệnh viện Ung bướu tỉnh Bắc Giang được thành lập và triển khai thường phẫu thuật tuyến giáp nói chung trong đó có bướu giáp nhân. Đến nay, phẫu thuật tuyến giáp nói chung trong đó có bướu giáp nhân được thực hiện thường quy và ngày càng được áp dụng các phương tiện hiện đại như dao mổ siêu âm, Ligasure... đã đem lại nhiều lợi ích rõ rệt. Để đánh giá những ưu, nhược điểm, những thuận lợi cũng như khó khăn trong quá trình phẫu thuật chúng tôi thực hiện đề tài: "Kết quả phẫu thuật bướu giáp nhân bằng dao siêu âm tại Bệnh viện Ung bướu tỉnh Bắc Giang" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật bướu giáp nhân bằng dao siêu âm tại bệnh viện Ung bướu Bắc Giang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 52 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán bướu giáp nhân và điều trị phẫu thuật có sử dụng dao siêu âm tại Bệnh viện Ung bướu từ tháng 1/2022 đến 6/2023

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn. Có hồ sơ bệnh án rõ ràng, đầy đủ thông tin theo chỉ tiêu nghiên cứu; Được chẩn đoán xác định là bướu giáp nhân được chỉ định và tiến hành phẫu thuật cắt tuyến giáp (TG) có sử dụng dao siêu âm tại bệnh viện Ung bướu tỉnh Bắc Giang; Bướu độ II trở lên.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ. Không đưa vào nhóm nghiên cứu các trường hợp: Chẩn đoán mô bệnh học sau mổ không phải bướu giáp nhân hoặc như: Ung thư tuyến giáp, viêm tuyến giáp các thể; Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả; Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang

Các bước tiến hành: Thu thập thông tin qua bệnh án mẫu, lấy thông tin sau điều trị qua tái khám và gọi điện thoại.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi (nhóm tuổi), giới, một số triệu chứng, siêu âm vị trí theo thùy, phương pháp phẫu thuật (cắt bán phần tuyến giáp, cắt 1 thùy + lấy bướu 1 thùy, cắt toàn bộ tuyến giáp, cắt thùy tuyến giáp), thời gian phẫu thuật, biến chứng sau mổ...

Phân tích và xử lý số liệu: Thông tin được mã hóa và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính tỷ lệ %, các giá trị trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới tính

Nhóm tuổi \ Giới	Nhóm tuổi				Tổng n (tỷ lệ %)
	≤ 19 n (tỷ lệ %)	20- 39 n (tỷ lệ %)	40-59 n (tỷ lệ %)	≥ 60 n (tỷ lệ %)	
Nam	0	0	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (100)
Nữ	1 (2,1)	9 (18,8)	26 (54,1)	12 (25,0)	48 (100)
Tổng	1 (1,9%)	9 (17,3%)	29 (55,8%)	13 (25%)	52 (100)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 50,9 ± 5,25, thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 74 tuổi. Trong đó bệnh nhân nhóm tuổi 40 - 59 chiếm nhiều nhất là 55,8%. Giới nữ chiếm đa số, tỉ lệ nữ/nam là 12/1

Bảng 3.2. Triệu chứng của bệnh nhân nghiên cứu

Một số triệu chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Nuốt vướng	32	61,5
Khó thở	2	3,8
Nhìn hoặc sờ thấy u	13	25
Đi khám tình cờ	5	9,6
Tổng	52	100

Nhận xét: Có 32/52 BN có triệu chứng nuốt vướng chiếm tỉ lệ cao nhất là 61,5%, khó thở chiếm tỉ lệ ít nhất là 3.8%.

Bảng 3.3. Phân độ lớn của bướu và vị trí bướu

Vị trí	Phân độ			Tổng Số lượng (%)
	Độ II Số lượng (%)	Độ III Số lượng (%)	Độ IV Số lượng (%)	
Phải	7(38,9%)	5(27,8%)	6(33,3%)	18(100)
Trái	5(55,6%)	1(11,9%)	3(33,3%)	9(100%)
Eo	2(100%)	0	0	2(100%)
Cả 2 thùy	9(39,2%)	7(30,4%)	7(30,4%)	23(100%)
Tổng	23(44,2%)	13(25%)	16(30,8%)	52(100%)

Nhận xét: Bướu độ II có 23 bệnh nhân chiếm 44,2%. Độ IV chiếm 30,8%. Tất cả các BN đều được làm siêu âm tuyến giáp trước mổ. Không có trường hợp nào bướu to độ V, vị trí bướu gặp ở thùy phải 18 bệnh nhân (34,6%), bên trái 9 bệnh nhân (17,3%). 44,3% có bướu cả 2 thùy, vị trí ở eo gặp 2 bệnh nhân (3,8%). Hình ảnh siêu âm: hỗn hợp âm ở 32 bệnh nhân (61,5%), còn lại giảm âm 16 bệnh nhân (30,8%), tăng âm 4 bệnh nhân (7,7%)

Bảng 3.4. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng	Tỉ lệ %
Cắt bán phần TG (bóc nhân)	3	5,8
Cắt 1 thùy + lấy bướu 1 thùy	9	17,3
Cắt toàn bộ tuyến giáp	13	25

Cắt thùy tuyến giáp	27	51,9
Tổng	52	100

Nhận xét: Có 3 BN cắt bán phần tuyến giáp (5,8%), 27 BN cắt 1 thùy tuyến giáp (51,9%) chiếm nhiều nhất, 13 BN cắt toàn bộ tuyến giáp (25%).

Thời gian phẫu thuật trung bình là 52,88 phút. Ngắn nhất là 35 phút, dài nhất là 75 phút.

Bảng 3.5. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Số lượng	Tỉ lệ %
Ứ đọng dịch vết mổ	1	1,9
Nói khàn (tổn thương thần kinh)	2	3,8
Hạ calci máu	5	9,6
Không có biến chứng	44	84,7
Tổng	52	100

Nhận xét: Không có BN nào có biến chứng chảy máu hoặc suy hô hấp sau mổ. Có 2 BN có dấu hiệu khàn tiếng sau mổ (3,8%), 5 BN có hạ calci máu với biểu hiện tê bì chân tay (9,6%), 1 BN ứ đọng dịch vết mổ (1,9%).

Bảng 3.6. Kết quả điều trị sau mổ 3 tháng

Kết quả điều trị	Số lượng	Tỉ lệ %
Tốt	38	73,1
Trung bình	14	26,9
Tổng	52	100

Nhận xét: Kết quả tốt có 38/52 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 73,1%, kết quả trung bình có 14/52 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 26,9%.

Bảng 3.7. Mức độ hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật 3 tháng

Mức độ hài lòng	Số lượng	Tỉ lệ %
Rất hài lòng	11	21,2
Hài lòng	32	61,5
Bình thường	8	15,4
Không hài lòng	1	1,9
Tổng	52	100

Nhận xét: Rất hài lòng và hài lòng có 43/52 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 82,7%. Không hài lòng có 1 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 1,9 %.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là 40 -59, chiếm 55,8%. Đây là nhóm tuổi có hoạt động mạnh về thể lực và nội tiết cũng như là lực lượng lao động chính trong xã hội. Chỉ một tỉ lệ nhỏ (1,9%) ở nhóm tuổi dưới 20, số BN cao tuổi (trên 60) chiếm tỉ lệ 25%. Tuổi trung bình của cả hai giới là 50,9 ± 5,25. Đặc điểm phân bố về nhóm tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của nhiều tác giả khác. Nguyễn Đức Trường báo cáo tuổi trung bình hai giới là 47,4 ±

13,7, trong đó nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là 41 – 60 tuổi (55,6%), thấp nhất là nhóm dưới 20 tuổi (3%) [8]. Nguyễn Quang Trung báo cáo độ tuổi hay gặp nhất là từ 20 -60 tuổi (73,3%), không có bệnh nhân nào dưới 20 tuổi, nhóm bệnh nhân cao tuổi trên 60 ít (6,67%) [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi theo kết quả bảng 3.1, tỉ lệ bệnh nhân nữ là 92,3% và nam là 7,7%. Tỉ lệ nữ/nam là 12/1. Nghiên cứu của nhiều tác giả khác cũng cho thấy tỉ lệ nữ gặp nhiều hơn nam từ 5 -12 lần. Nguyễn Đức Trường thấy tỉ lệ nữ/nam là 6,15/1 [8]. Nguyễn Quang Trung tỉ lệ nữ/nam là 8/1 [2]. Nguyễn Văn Hậu tỉ lệ nữ/nam là 6/1 [4].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân có ghi nhận triệu chứng chèn ép vùng cổ, trong đó nuốt vướng chiếm tỉ lệ cao nhất là 61,5%, khó thở chiếm tỉ lệ ít nhất là 3,8%. Chỉ có 9,6% bệnh nhân khám do tình cờ phát hiện khi đi khám định kỳ. Theo nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng triệu chứng chèn ép vùng cổ do khối u tuyến giáp to, chèn ép vào thực quản gây khó nuốt, chèn ép vào khí quản gây khó thở...Mức độ chèn ép còn liên quan tới kích thước tuyến giáp, vị trí bướu nhân, thời gian bị bệnh...[1],[3]

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong số 52 BN được phẫu thuật thì bướu độ II chiếm 44,2%, độ III chiếm 25%. Tỉ lệ này thấp hơn của Nguyễn Đức Trường tỉ lệ bướu độ II - III là 98% [8]. Nguyễn Văn Hậu báo cáo tỉ lệ bướu độ III cao nhất với 89,7% [4]. Ngược lại trong nghiên cứu của chúng tôi bướu to độ IV gặp 16 BN chiếm 30,8%. Tỉ lệ độ II - III trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác, tuy nhiên vẫn chiếm cao nhất trong số BN nghiên cứu. Điều này thể hiện một xu hướng chung là khi BN đến khám bướu cổ ở các cơ sở ngoại khoa, thì tỉ lệ bướu giáp độ II- III vẫn là cao nhất và được phẫu thuật nhiều nhất, có thể là vì đến lúc đó người bệnh có cảm giác là bướu đã ảnh hưởng đến thẩm mỹ hoặc đến sức khỏe. Điều này phù hợp với chỉ định ngoại khoa các bướu giáp to từ độ II trở lên nếu điều trị nội khoa không kết quả.

Tất cả các BN đều được làm siêu âm tuyến giáp trước mổ, vị trí bướu gặp ở thùy phải (34,6%), cao hơn ở bên trái (17,3%). Trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Trường (2014) vị trí bướu ở thùy phải (34,2%), thùy trái (22,2%) [8]. Tương tự trong nghiên cứu của Lê Văn Thắng (2021), bướu ở thùy phải (53,3%), cao hơn so với thùy trái (20%) [5]. Các tác giả đều chỉ ra rằng các loại bệnh bướu giáp không nhiễm độc

đều có tỉ lệ bướu giáp phát triển chỉ ở một thùy phải hoặc chủ yếu ở thùy phải cao hơn. Điều này theo các tác giả lí giải là do thùy phải nhạy cảm với Thyrotropin hơn nên dễ nhạy cảm với tổn thương bệnh lý hơn.

Thời gian phẫu thuật trung bình theo nghiên cứu của chúng tôi là $52,88 \pm 11,57$ phút, ngắn nhất 35 phút, dài nhất 90 phút. Trong các bệnh nhân của chúng tôi tất cả các bệnh nhân đều được bộc lộ dây thần kinh thanh quản quặt ngược và tuyến cận giáp rõ ràng, chúng tôi nhận thấy việc sử dụng dao siêu âm giúp cho việc cắt đốt nhu mô, cầm máu các mạch máu tuyến giáp nhanh hơn và hiệu quả hơn so với việc sử dụng dao điện và phương pháp buộc thắt mạch máu bằng chỉ thông thường. Chính ưu điểm đó đã làm cho thời gian phẫu thuật trung bình ngắn hơn so với một số tác giả khác sử dụng phương pháp mổ thông thường tuy chưa có ý nghĩa thống kê: Nguyễn Đức Trường là $55 \pm 12,33$ phút [8], Nguyễn Văn Hậu là $87,95 \pm 24,25$ phút [4]. Nguyễn Quang Trung báo cáo 45 BN bướu giáp đơn thuần được phẫu thuật bằng dao siêu âm tại Bệnh Viện Ung Bướu Nghệ An thời gian phẫu thuật chủ yếu là 60 - 90 phút (33,33%) [2].

Theo quyết định 1119/2013/QĐ-BYT ban hành các phương pháp phẫu thuật BGN gồm: lấy nhân, cắt bán phần thùy, cắt bán phần 2 thùy, cắt 1 thùy, cắt gần toàn bộ TG, cắt eo TG, cắt toàn bộ TG, cắt bướu giáp thông [9]. Kết quả nghiên cứu có 3 BN cắt bán phần tuyến giáp (5,8%), 27 BN cắt 1 thùy tuyến giáp (51,9%) chiếm nhiều nhất, 13 BN cắt toàn bộ tuyến giáp (25%). Kết quả của chúng tôi tương đương với Nguyễn Đức Trường có tới 45 BN cắt 1 thùy (45,5%) chiếm nhiều nhất [8].

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi gặp 5 BN có Tetani thoáng qua với biểu hiện tê chân tay (9,6%), trong đó có 1 bệnh nhân mổ cũ và 3 bệnh nhân bướu hỗn hợp 2 thùy to độ III thời gian mổ kéo dài. Ở những bệnh nhân này theo chúng tôi nguyên nhân gây ra thiếu năng tuyến cận giáp do phù nề tại vết mổ chèn ép các mạch máu nuôi dưỡng tuyến cận giáp. Tất cả các bệnh nhân này được điều trị bằng biện pháp bổ xung canxi đường uống kết hợp với kháng sinh, chống viêm, sau 5 -10 ngày bệnh nhân hết triệu chứng. Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với Nguyễn Đức Trường tê tay chân gặp ở 3% BN [8], Nguyễn Ngọc Bình báo cáo 4% BN có tê tay chân [1]. Tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược sau mổ gặp 2 BN chiếm tỉ lệ 3,8% với biểu hiện nói khàn. Trong đó tất cả đều là tổn thương tạm thời do thần kinh thanh quản

quặt ngược chỉ bị sang chấn nhẹ trong mổ hoặc do phù nề chèn ép sau mổ. Điều trị bằng Corticoid đường tĩnh mạch, chống phù nề, khí dung sau 7-10 ngày giọng nói hồi phục. Chúng tôi có ghi nhận 1 bệnh nhân có tình trạng ứ đọng dịch vết mổ. Bệnh nhân này sau mổ ngày thứ 4 (sau khi đã rút dẫn lưu được 2 ngày) xuất hiện nề nhẹ tại vết mổ, không sưng đỏ. Bệnh nhân này chúng tôi có cho siêu âm lại kiểm tra ngay dưới vết mổ chỉ có ít dịch, do vậy chúng tôi không can thiệp thủ thuật gì thêm, bổ sung thêm kháng sinh, chống viêm kết hợp băng ép. Ngày thứ 7 BN hết nề tại vết mổ, ổn định ra viện.

Tất cả các bệnh nhân sau mổ đều được theo dõi và đánh giá theo một tiêu chí thống nhất tại các thời điểm ngay khi ra viện và tái khám sau mổ 3 tháng. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi: Kết quả tốt có 38/52 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 73,1%, kết quả trung bình có 14/52 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 26,9 %. Sau 3 tháng chúng tôi theo dõi tất cả 52/52 bệnh nhân đều tái khám. Đánh giá mức độ hài lòng (theo tiêu chuẩn của Trần Ngọc Lương [6]): Rất hài lòng và hài lòng có 43/52 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 82,7%. Không hài lòng có 1 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 1,9 % - đây là BN ứ đọng dịch vết mổ, tại thời điểm khám lại vết mổ còn nề, cứng, kèm theo tê bì chân tay. So với một số tác giả khác Nguyễn Đức Trường đạt kết quả rất tốt là 70,7%, tốt là 25,3%, trung bình là 4%, không có kết quả xấu [8]. Nguyễn Văn Hậu đạt kết quả tốt là 93,6%, trung bình là 6,4%, không có kết quả xấu [4]. Nguyễn Quang Trung báo cáo sau tuần đầu có 88,89% đạt kết quả tốt và sau 1 tháng có 97,78% đạt kết quả tốt [2].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 52 bệnh nhân bướu giáp nhân được phẫu thuật bằng dao siêu âm cho thấy những ưu điểm của dao siêu âm trong phẫu thuật tuyến giáp. Thời gian phẫu thuật ngắn, hạn chế được các biến chứng của phẫu thuật. Phẫu thuật tuyến giáp bằng dao siêu âm là an toàn trong phẫu thuật tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Bình và cs (2012), "Bước đầu nghiên cứu kĩ thuật mổ bướu tuyến giáp bằng dao siêu âm Harmonic", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. Tập 16-Phụ bản số 1-2012: 43-46 .
2. Nguyễn Quang Trung và cs (2017), "Đánh giá kết quả phẫu thuật bướu giáp khổng lồ bằng dao siêu âm tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An", Tạp chí Ung thu học Việt Nam. Số 4-2017.
3. Tạ Văn Trâm và cs (2016), "Đánh giá lợi ích của mổ hở tuyến giáp bằng dao siêu âm", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. Tập 20-số 2-2016: 512-516.

4. **Nguyễn Văn Hậu** (2019), Nguyên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật mở cắt gân toàn bộ tuyến giáp điều trị bướu giáp đa nhân 2 thủy tại Bệnh viện Quân Y 121, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y - Dược Cần Thơ.
5. **Lê Văn Thắng, Nguyễn Xuân Hậu** (2021), "Kết quả phẫu thuật u tuyến giáp lành tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội", Tạp chí Y học Việt Nam. Số 2-2021: 288-292.
6. **Trần Ngọc Lương** (2012), "Kết quả ban đầu phẫu thuật bướu giáp nhân bằng dao cắt đốt siêu âm", Tạp chí nghiên cứu y học số 11-2012:37-41.
7. **Trần Việt Thắng** (2014), "Tiếp cận chẩn đoán và điều trị bướu giáp nhân", Thời sự Y học.
8. **Nguyễn Đức Trường** (2014), Đánh giá kết quả phẫu thuật bướu giáp đơn thuần bằng đường mở dọc cơ ức giáp tại Bệnh viện A Thái Nguyên, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y - Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên.
9. **Quyết định 1119/QĐ-BYT** ngày 05/4/2013 của Bộ y tế về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nội tiết.
10. **Polyzos, S. A., Kita, M., and Avramidis, A.** (2007), "Thyroid nodules - stepwise diagnosis and management", Hormones (Athens). 6(2), pp. 101-19.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LÁC TRONG CƠ NĂNG CÓ ĐỘ LÁC LỚN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NĂM 2022-2023

Hoàng Hoa Quỳnh¹, Nguyễn Văn Huy², Vũ Thị Bích Thủy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lác trong cơ năng (LTCN) là hình thái lác hay gặp, có thể ảnh hưởng đến chức năng thị giác mà còn ảnh hưởng đến thẩm mỹ nếu không được điều trị kịp thời. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật lác trong cơ năng có độ lác lớn ở trẻ em tại bệnh viện Mắt Trung Ương năm 2022-2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 80 bệnh nhân tại bệnh viện Mắt Trung Ương từ tháng 8/2022 đến hết tháng 7 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả cân bằng trục nhãn cầu tốt khi ra viện đạt 73,8%, kết quả khá đạt 12,5%, kết quả kém đạt 13,8%. Sau 3 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có kết quả cân bằng trục nhãn cầu tốt đạt 85,0%, kết quả khá đạt 8,8%, kết quả kém đạt 6,3% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ cân bằng trục nhãn cầu tốt khi ra viện ở nhóm 50Δ-69Δ, nhóm 70Δ-89Δ và nhóm $\geq 90\Delta$ lần lượt là 77,2%, 66,7% và 60%. Tỷ lệ cân bằng trục nhãn cầu tốt sau 3 tháng ở 50Δ-69Δ, nhóm 70Δ-89Δ và nhóm $\geq 90\Delta$ lần lượt là 89,5%, 88,9% và 80%. ($p < 0,05$). **Kết luận:** Bệnh nhân có cải thiện tốt sau khi ra viện và sau 3 tháng. Cần có thêm nghiên cứu nhằm theo dõi và đánh giá phẫu thuật lác trong cơ năng có độ lác lớn ở trẻ em.

Từ khóa: trẻ em, lác trong cơ năng, bệnh viện Mắt Trung Ương.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES FOR LARGE ANGLE ESOTROPIA IN PEDIATRIC PATIENTS AT THE VIETNAM NATIONAL EYE HOSPITAL IN 2022-2023

¹Bệnh viện Nhi Thanh Hóa, Thanh Hóa

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hoa Quỳnh

Email: hhquynh1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

Background: large angle esotropia, a common ocular condition, not only affects visual function but also has aesthetic implications if not treated promptly. This study aims to assess the outcomes of surgery for large angle esotropia in children at the Vietnam National Eye Hospital in 2022-2023. **Method:** A prospective descriptive study was conducted on 80 patients at the Central Eye Hospital from August 2022 to July 2023. **Results:** Upon discharge, 73.8% of patients achieved good ocular alignment, 12.5% had fair outcomes, and 13.8% had poor results. After 3 months, the rates improved to 85.0%, 8.8%, and 6.3%, respectively, with statistically significant differences ($p < 0.05$). The success motor alignment at discharge in the groups with 50Δ-69Δ, 70Δ-89Δ, and $\geq 90\Delta$, with rates of 77.2%, 66.7%, and 60%, respectively. After 3 months, the success motor alignment in these groups was 89.5%, 88.9%, and 80%, respectively ($p < 0.05$). **Conclusion:** The patient showed significant improvement both during and after hospitalization and continued to do so three months later. Further research is needed to monitor and evaluate the surgery outcomes for large angle esotropia in children.

Keywords: children, large angle esotropia, Vietnam National Eye Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lác là một bệnh hay gặp, chiếm tỷ lệ khoảng 3 – 4% dân số. Trong đó tỷ lệ lác cơ năng chiếm khoảng 2% [1]. Bệnh không chỉ ảnh hưởng đến chức năng thị giác mà còn ảnh hưởng đến thẩm mỹ nếu không được điều trị kịp thời [2]. Lác trong cơ năng (LTCN) là hình thái lác hay gặp hơn lác ngoài cơ năng. Tỷ lệ nhược thị ở lác trong thường cao hơn lác ngoài, tuổi xuất hiện cũng sớm hơn lác ngoài, hay kèm theo viễn thị [2]. Việc điều trị lác trong cơ năng độ lác lớn có đặc trưng riêng và thường được điều trị bằng phẫu thuật hoặc can thiệp lên 2 cơ cùng 1 mắt