

Kỳ) chấp thuận, khuyến cáo ứng dụng trong chẩn đoán UTT, nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ CA 19.9 trung bình là $535,7 \pm 612,7$ U/ml. Nồng độ CA 19.9 phân phối không chuẩn, có khoảng biến thiên rất rộng (nhỏ nhất 0,6 và lớn nhất 1972U/ml). Về kích thước u trên SANS: kích thước u trung bình quan sát trên siêu âm nội soi là $3,5 \pm 1,5$ cm. Theo Tổ chức Y tế thế giới WHO, kích thước trung bình ung thư tụy từ 2,5 - 3,5 (cm). U đầu tụy 76,9%, thân tụy 15,4% và u đuôi tụy 7,7%. Theo báo cáo của WHO [5], u đầu tụy chiếm tỷ lệ 60% - 70%, còn lại là u thân và đuôi tụy. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: Cấu trúc giảm âm thường gặp trên siêu âm nội soi với 65,4%, các trường hợp ung thư đầu tụy là 65,0% và 75,0% ung thư thân tụy, cấu trúc tăng âm ít gặp, bờ không đều (96,15%) và là u đặc (92,31%). Hầu hết các trường hợp có u dưới 4 cm có cấu trúc giảm âm trên siêu âm nội soi. U có kích thước > 4cm thường gặp cấu trúc tăng âm và hỗn hợp chiếm tỉ lệ cao.

V. KẾT LUẬN

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẤT THƯỜNG TRỞ VỀ HOÀN TOÀN CÁC TĨNH MẠCH PHỔI CÓ TẮC NGHẼN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Lý Thịnh Trường*, Mai Đình Duyên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật chuyển các tĩnh mạch phổi về nhĩ trái ở các bệnh nhân bất thường trở về tĩnh mạch phổi hoàn toàn có tắc nghẽn tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng-phương pháp:** Từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 2 năm 2016, tổng số 35 trường hợp bất thường tĩnh mạch phổi có tắc nghẽn đã được phẫu thuật chuyển các tĩnh mạch phổi về nhĩ trái trong tổng số 179 trường hợp bất thường tĩnh mạch phổi đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong chung trong nhóm bệnh là 14,3% (5/35) với tỷ lệ tử vong sớm sau phẫu thuật là 11,4% (4/35) và tỷ lệ tử vong muộn sau phẫu thuật là 2,9% (1/35). Kết quả kiểm tra sau phẫu thuật với thời gian theo dõi trung bình là $14,96 \pm 15,99$ tháng cho thấy tất cả các bệnh nhân đều ổn định, không có trường hợp nào xuất hiện hẹp miệng nối hoặc hẹp các tĩnh mạch phổi ngoại biên sau phẫu thuật. **Kết luận:** Kết quả điều trị phẫu thuật bệnh lý bất thường trở về tĩnh mạch phổi

siêu âm nội soi là kỹ thuật chẩn đoán tương đối chính xác và khá an toàn trong chẩn đoán ung thư tụy. Kỹ thuật này nên được phổ biến rộng rãi cho các bác sỹ chuyên ngành Tiêu hóa - Gan mật, Ngoại khoa và Ung bướu để phục vụ cho công tác chẩn đoán và định hướng kế hoạch điều trị cho các bệnh nhân ung thư tụy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Howes, N., et al.**, Clinical and genetic characteristics of hereditary pancreatitis in Europe. Clin Gastroenterol Hepatol, 2004. **2**(3): p. 252-61.
2. **Ansari, D., et al.**, Pancreatic cancer: yesterday, today and tomorrow. Future Oncol, 2016. **12**(16): p. 1929-46.
3. **Chari, S.T.** Detecting early pancreatic cancer: problems and prospects. in Seminars in oncology. 2007. Elsevier.
4. **Ultrasonographic diagnostic criteria for pancreatic cancer. J Med Ultrason (2001)**, 2013. **40**(4): p. 497-504.
5. **Hamilton, S.R. and L.A. Aaltonen**, Pathology and genetics of tumours of the digestive system. Vol. 2. 2000: IARC press Lyon:.
6. **Furukawa, H., et al.**, Clinicopathologic features of small pancreatic adenocarcinoma: A collective study. 1996. **78**(5): p. 986-990.

hoàn toàn có tắc nghẽn là khả quan.

Từ khóa: Bất thường trở về hoàn toàn tĩnh mạch phổi, tắc nghẽn, phẫu thuật chuyển các tĩnh mạch phổi về nhĩ trái

SUMMARY

OUTCOMES OF SURGICAL REPAIR OF OBSTRUCTED TOTAL ANOMALOUS PULMONARY VENOUS CONNECTION AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objects: Evaluation outcome after surgery of obstructed total anomalous pulmonary venous connection in National Hospital of Pediatrics, Hanoi, Viet Nam. **Methods:** From January 2011 to February 2016, a total of 35 consecutive patients of obstructed total anomalous pulmonary venous connection underwent surgery in National Hospital of Pediatrics, Hanoi, Viet Nam. **Results:** The mortality was 14,3% (5/35) with hospital mortality was 11,4% and late mortality was 2,9%. Follow-up was complete with all survivors showing no postoperative pulmonary venous obstruction. **Conclusions:** Mid-term results after surgery of obstructed total anomalous pulmonary venous connection are favorable.

Keywords: total anomalous pulmonary venous connection, obstructed, surgical repair of drainage the anomalous pulmonary vein to the left atrium.

*Trình bày tại Hội thảo Trẻ em, Bệnh viện Nhi Trung Ương.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nlttruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất thường trở về tĩnh mạch phổi hoàn toàn là bệnh tim bẩm sinh hiếm gặp với tỷ lệ 2% tổng số trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh. Tỷ lệ bệnh nhân có tắc nghẽn trên đường trở về của tĩnh mạch phổi của bệnh lý này dao động từ 29-48% tùy theo từng nghiên cứu [1,2]. Phẫu thuật cấp cứu chuyển các tĩnh mạch phổi về nhĩ trái là chỉ định tuyệt đối nhằm cứu sống tính mạng bệnh nhân. Tuy vậy yếu tố tắc nghẽn đường trở về của các tĩnh mạch phổi vẫn là một trong các yếu tố nguy cơ tiên lượng tử vong [3,4]. Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật của các bệnh nhân bất thường trở về tĩnh mạch phổi hoàn toàn có tắc nghẽn tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ năm 2007 cho tới 2016, tổng số 179 bệnh nhân bất thường trở về tĩnh mạch phổi hoàn toàn đã được phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương, trong đó có 35 trường hợp tắc nghẽn đường trở về của tĩnh mạch phổi được tiến hành nghiên cứu từ tháng 1 năm 2011 tới tháng 2 năm 2016. Nghiên cứu được tiến hành dựa trên kết quả phân tích hồ sơ lưu trữ về nhận khẩu, lâm sàng, cận lâm sàng, quá trình phẫu thuật cũng như hậu phẫu. Theo dõi lâu dài sau phẫu thuật được thực hiện trên tất cả các bệnh nhân sống sót sau phẫu thuật.

Kỹ thuật mổ. Các bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật qua đường giữa xương ức kèm theo hạ thân nhiệt mức độ trung bình (26°C-28°C), nếu dự kiến cần ngừng tuần hoàn thì thân nhiệt sẽ được hạ sâu xuống 20°C-22°C. Trong quá trình ngừng tuần hoàn, lưu lượng ôxy não và ôxy mô được theo dõi liên tục qua máy đo lưu lượng ôxy mô qua da (NIRS).

Đối với những trường hợp bất thường tĩnh mạch phổi trên tim, chúng tôi sử dụng ba phương pháp tiếp cận tùy theo từng trường hợp. Phương pháp tiếp cận thứ nhất qua xoang ngang giữa tĩnh mạch chủ trên và động mạch chủ lên qua trần nhĩ trái. Phương pháp tiếp cận thứ hai được thực hiện qua đường bên khi bóc tách khoảng giữa nhĩ phải với mặt sau của màng tim. Phương pháp tiếp cận cuối cùng được thực hiện khi kết hợp giữa phương pháp thứ nhất và đường mở qua nhĩ phải tiếp cận với mặt sau nhĩ trái qua lỗ thông liên nhĩ. Mặt trước của hợp lưu các tĩnh mạch phổi được mở sát tới gốc của các tĩnh mạch phổi, đồng thời đường mở mặt sau nhĩ trái được mở tương ứng song song với đường mở trên hợp lưu tĩnh mạch phổi. Cần đặc biệt

lưu ý tránh mở hai đường chéo và lệch nhau vì sẽ gây xoắn vặn miệng nối sau mổ. Để đánh dấu vị trí mở trên nhĩ trái tương đương với đường mở dọc theo hợp lưu, chúng tôi dùng 2 sợi chỉ đánh dấu ở mặt sau nhĩ trái khi tim còn đập. Miệng nối giữa hợp lưu tĩnh mạch phổi và nhĩ trái được sử dụng chỉ Corolene 8.0 khâu vát 1 lớp. Tĩnh mạch thẳng được chúng tôi để lại trong phần lớn các trường hợp nhằm giảm áp phổi trong trường hợp miệng nối có tắc nghẽn.

Đối với bất thường tĩnh mạch phổi thể trong tim, nóc xoang vành được cắt bỏ tới sát vị trí đổ vào của hợp lưu các tĩnh mạch phổi. Vách liên nhĩ được tạo hình lại bằng màng tim tự thân, có để lại lỗ bầu dục nếu trước mổ tình trạng huyết động không ổn định và bệnh nhân có phù phổi trên phim Xquang.

Bất thường tĩnh mạch phổi thể dưới tim được tiếp cận qua đường bên phải giữa nhĩ phải và mặt sau màng tim hoặc qua đường dưới tim-trên cơ hoành sau khi vén mòm tim lên. Tĩnh mạch thẳng nối giữa hợp lưu các tĩnh mạch phổi và tĩnh mạch cửa thường được thắt và cắt rời. Mặt trước của hợp lưu được mở dọc lên tới gốc các tĩnh mạch phổi, toàn bộ hợp lưu các tĩnh mạch phổi được nối vào mặt sau nhĩ trái nhằm đảm bảo miệng nối rộng nhất có thể đồng thời mở rộng thể tích nhĩ trái.

Trường hợp duy nhất thể hỗn hợp có tắc nghẽn là bệnh nhân có các tĩnh mạch phổi phải và tĩnh mạch phổi dưới trái đổ vào hợp lưu dưới tim, tĩnh mạch phổi trái trên đổ trực tiếp vào tĩnh mạch vô danh, phẫu thuật được tiến hành nối hợp lưu với mặt sau nhĩ trái và tĩnh mạch phổi trên trái vẫn được giữ nguyên đổ vào tĩnh mạch vô danh.

Dữ liệu được biểu diễn dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, trung vị với tối đa và tối thiểu và tần suất tương thích. Các biến định lượng được phân tích với khi bình phương test, các biến định tính được phân tích với Fisher test. Đồ thị Kaplan Meier được dùng để biểu diễn cho tỷ lệ sống sót sau phẫu thuật cũng như tần suất bệnh nhân cần can thiệp mổ lại. Giá trị p được xác định nhỏ hơn hoặc bằng 0.05 được coi là có ý nghĩa thống kê. Phân tích hồi quy đa biến được sử dụng nhằm xác định yếu tố nguy cơ tử vong sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 35 bệnh nhân bất thường trở về tĩnh mạch phổi hoàn toàn có tắc nghẽn, tỷ lệ nam/nữ là 20/15. Tuổi trung bình là 65,11 ± 70,72 ngày, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 1 ngày tuổi, nhiều

tuổi nhất là 9,5 tháng tuổi. Cân nặng trung bình là 3,94 ± 0,98 kg, bệnh nhân cân nặng thấp nhất là 2,8kg và cao nhất là 6,8kg. Tỷ lệ bệnh nhân có suy hô hấp trước mổ là 69% (24/35) với 14 bệnh nhân phải thở máy trước mổ (40%). Trong nhóm nghiên cứu, có 18 bệnh nhân (51%) có hình ảnh Xquang phù phổi trước khi phẫu thuật, 15 (43%) bệnh nhân có tình trạng huyết động không ổn định và 13 bệnh nhân có tình trạng huyết áp tụt kẹt với 12 (34%) trường hợp phải sử dụng thuốc vận mạch trước mổ. Giải phẫu của các bệnh nhân bất thường trở về tĩnh mạch phổi tắc nghẽn có 17 trường hợp thể trên tim (48,5%), 7 trường hợp thể trong tim (20%), 10 trường hợp thể dưới tim (28,6%) và 1 trường hợp thể hỗn hợp (2,9%). Trong nhóm nghiên cứu có 34 trường hợp tiến hành phẫu thuật sửa chữa hai thất với 1 trường hợp có kèm theo thương tổn hẹp eo-thông liên thất-thiếu sản quai động mạch chủ, 1 trường hợp chuyển các tĩnh mạch phổi về nhĩ trái kèm theo làm BT Shunt trung tâm (bệnh nhân teo phổi-thông liên thất-bất thường trở về tĩnh mạch phổi dưới tim tắc nghẽn). Chi tiết về thông tin trước phẫu thuật được chúng tôi mô tả trong Bảng 1.

Bảng 1: Thông tin trước phẫu thuật

Đặc điểm chung	Tổng số
Tuổi (ngày)	65,11 ± 70,72
<i>Giới, n (%)</i> : Nam	20 (57,1%)
Nữ	15 (42,9%)
Tổng	35
Cân nặng (kg)	3,94 ± 0,98
<i>Thể bệnh</i>	
TAPVC thể trên tim	17
TAPVC thể trong tim	7
TAPVC thể dưới tim	10
TAPVC thể hỗn hợp	1
Bệnh nhân cần thở máy trước phẫu thuật	14
Bệnh nhân cần dùng vận mạch trước mổ	12
Lỗ PFO hạn chế	14
Thất trái bé tương đối trên siêu âm	20
Thương tổn khác trong tim phổi hợp	
Teo phổi-thông liên thất	1
Hẹp eo-thiếu sản quai động mạch chủ-thông liên thất	1

Phẫu thuật chuyển các tĩnh mạch phổi về nhĩ trái được thực hiện qua đường giữa xương ức với hạ thân nhiệt chỉ huy mức độ trung bình cho tất cả các bệnh nhân. Thời gian phẫu thuật trung

bình là 205,43 ± 52,95 phút, thời gian chạy máy tim phổi nhân tạo trung bình là 115,06 ± 40,33 phút, và thời gian cặp động mạch chủ trung bình là 66,26 ± 26,35 phút. Trong nhóm nghiên cứu có 10 trường hợp (28,6%) sử dụng ngừng tuần hoàn với thời gian ngừng tuần hoàn trung bình là 19,4 ± 13,3 phút, 5 trường hợp (14,3%) được sử dụng kỹ thuật chạy máy hạ flow. Tĩnh mạch thẳng được thắt trên 13 trường hợp (37,1%). Chi tiết về quá trình phẫu thuật và các yếu tố có liên quan được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2: Thông tin trong phẫu thuật

Đặc điểm chung	Tổng
Thời gian cặp động mạch chủ (phút)	66,26 ± 26,35
Thời gian chạy máy (phút)	115,06 ± 40,33
Thời gian phẫu thuật (phút)	205,43 ± 52,95
Ngừng tuần hoàn ,n (%)	10 (28,6)
Thời gian ngừng tuần hoàn trung bình (phút)	19,4 ± 13,3
Chạy flow thấp, n (%)	5 (14,3)
Theo dõi tưới máu não bằng NIRS, n (%)	13 (37,1)
Thắt tĩnh mạch thẳng, n (%)	12 (34,3)
Sửa chữa thương tổn phổi hợp	
Tạo hình quai và eo ĐMC, vá thông liên thất 1 thì	1
Tạo hình chạc ba động mạch phổi, BT shunt trung tâm	1

Có 5 bệnh nhân tử vong trong nhóm nghiên cứu (14,3%) trong đó 4 bệnh nhân tử vong trong thời gian nằm viện (11,4%) và 1 bệnh nhân tử vong ngoại viện sau phẫu thuật 1 tháng (2,9%). Phân tích yếu tố nguy cơ tử vong giữa 4 nhóm giải phẫu cho thấy không có sự khác biệt về thể giải phẫu ảnh hưởng tới nguy cơ tiên lượng tử vong. Phân tích đơn biến và đa biến hồi quy cho thấy yếu tố hẹp miệng nối sau phẫu thuật có liên quan rất chặt tới nguy cơ tử vong và là yếu tố tiên lượng tử vong cho các bệnh nhân sau phẫu thuật (p<0,0001). Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy đối với nhóm bệnh nhân tử vong có thời gian phẫu thuật dài hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân sống sót, mặc dù chưa đạt đến ngưỡng có ý nghĩa thống kê (p=0,096). Qua thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật là 14,96 ± 15,99 tháng, không có trường hợp nào phải mổ lại (thời gian theo dõi tối đa là 58 tháng và tối thiểu là 3 tháng). Các yếu tố liên quan sau phẫu thuật được trình bày chi tiết trong Bảng 3.

Bảng 3: Các yếu tố liên quan sau phẫu thuật

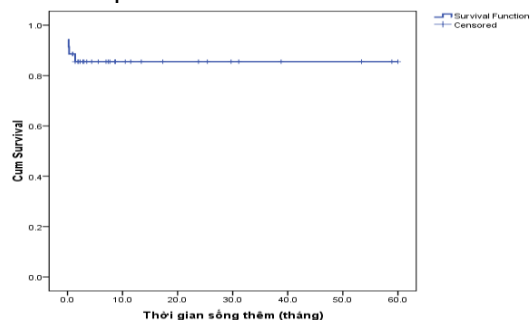
Các yếu tố liên quan sau phẫu thuật	Tổng số
Thời gian thở máy (giờ)	78,23±68,68
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	6,49 ± 6,91
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	17,71 ± 13,52
Thời gian điều trị (ngày)	27,51±15,08
Các vấn đề khác	
Để hở xương ức sau phẫu thuật, n (%)	2 (5,8)
Loạn nhịp, n (%)	2 (5,8)
Chảy máu phải mổ lại, n (%)	1 (2,9)
Suy thận cần thẩm phân phúc mạc, n (%)	4 (11,4)
Nhiễm trùng vết mổ, n (%)	3 (8,7)
Viêm ruột hoại tử gây thủng ruột	1 (2,9)
Tăng áp lực động mạch phổi sau mổ, n (%)	24 (68,6)
Nhiễm trùng hô hấp sau mổ, n (%)	11 (31,4)
Chênh áp qua hợp lưu miệng nối, n (%)	
< 4mmHg	26 (74,2)
4 – 8mmHg	6 (17,1)
> 8mmHg	3 (8,7)
Tử vong trong thời gian nằm viện, n (%)	4 (11,4)
Tử vong sau khi ra viện, n (%)	1 (2,9)

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật điều trị bệnh lý bất thường trở về tĩnh mạch phổi hoàn toàn có tắc nghẽn là một phẫu thuật khó với nguy cơ tử vong cao. Tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh này trong các nghiên cứu khác trên thế giới dao động từ 31%-38,5% [1,3]. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác là 14,3%. Tuy vậy trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chưa có những trường hợp bất thường trở về tĩnh mạch phổi hoàn toàn trong bệnh cảnh sinh lý 1 thất. Những trường hợp này thường có tiên lượng sớm cũng như lâu dài sau phẫu thuật là rất tồi. 4 trường hợp tử vong sớm sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi có liên quan trực tiếp tới yếu tố hẹp miệng nối sau phẫu thuật. Trong số 4 bệnh nhân tử vong sớm sau mổ, có 2 bệnh nhân thể trên tim, 1 bệnh nhân thể trong tim và 1 bệnh nhân thể dưới tim kèm theo teo phổi và thông liên thất. Bệnh nhân tử vong muộn thuộc nhóm bất thường tĩnh mạch phổi thể trong tim.

Các nghiên cứu gần đây cho thấy xu hướng ít sử dụng ngừng tuần hoàn trong phẫu thuật sửa chữa bất thường tĩnh mạch phổi [3,8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ngừng tuần hoàn được sử dụng trong 10 trường hợp (28,6%) với thời gian ngừng tuần hoàn trung bình 19,4 ±

13,3phút. Mặc dù có nhiều lo ngại về tổn thương thần kinh về lâu dài khi sử dụng ngừng tuần hoàn, nhưng các nghiên cứu về phát triển trí tuệ và vận động sau khi ngừng tuần hoàn đã cho thấy thời gian an toàn khi sử dụng ngừng tuần hoàn là 40 phút.



Hình 1: Biểu đồ Kaplan Meier biểu diễn tỷ lệ sống sót sau phẫu thuật

Chúng tôi áp dụng ngừng tuần hoàn cho những trường hợp có tĩnh mạch phổi bé, thương tổn giải phẫu phức tạp nhằm làm sạch phẫu trường, giúp phẫu thuật viên có đủ thời gian tạo ra miệng nối rộng và không bị xoắn vặn. Không có trường hợp nào trong nghiên cứu này xuất hiện các biểu hiện sớm của tổn thương hệ thần kinh như co giật hoặc liệt cục bộ. Tuy vậy những trường hợp có thể sử dụng flow thấp vẫn được chúng tôi ưu tiên áp dụng nhằm hạn chế tối đa sử dụng ngừng tuần hoàn.

Tỷ lệ bệnh nhân cần phẫu thuật lại do thương tổn hẹp miệng nối hoặc hẹp các tĩnh mạch phổi ở các nghiên cứu dao động từ 9-19% [1,2,4]. Xu hướng hiện nay nhằm giảm tỷ lệ hẹp miệng nối và hẹp các tĩnh mạch phổi là sử dụng kỹ thuật khâu mặt sau nhĩ trái với mặt sau màng tim (sutureless) mà không khâu trực tiếp lên đường mở hợp lưu tĩnh mạch phổi [5,6]. Tuy chúng tôi đây là kỹ thuật sẽ trở thành chuẩn mực của phẫu thuật chuyển các tĩnh mạch phổi về nhĩ trái, nhưng đối với các phẫu thuật viên chưa được chứng kiến tận mắt thì kỹ thuật này vẫn rất khó để áp dụng. Tỷ lệ bệnh nhân cần phẫu thuật lại do hẹp miệng nối hoặc hẹp tĩnh mạch phổi ngoại biên giảm rõ rệt khi áp dụng kỹ thuật sutureless so với những kỹ thuật khác nhằm nối trực tiếp tĩnh mạch phổi với nhĩ trái [5,8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp được sử dụng kỹ thuật này và bệnh nhân ra viện ổn định mặc dù tĩnh mạch phổi trên trái và dưới trái bé (đường kính 1,5mm và 2mm). Trong tương lai chúng tôi sẽ mở rộng áp dụng kỹ thuật này cho toàn bộ các bệnh nhân của nhóm bệnh này nhằm giảm thiểu tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mổ lại.

V. KẾT LUẬN

Kết quả ban đầu phẫu thuật điều trị bệnh lý bất thường trở về tĩnh mạch phổi hoàn toàn có tắc nghẽn tại Bệnh viện Nhi Trung ương là khả quan. Một nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi lâu dài hơn là hoàn toàn cần thiết nhằm đánh giá chính xác kết quả lâu dài sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kelle AM, Backer CL, Gossett JG et al (2010). Total anomalous pulmonary venous connection: results of surgical repair of 100 patients at a single institution. J Thorac Cardiovasc Surg.;139(6):1387-1394.
2. Karamlou T, Gurofsky R, Al Sukhni E et al (2007). Factors associated with mortality and reoperation in 377 children with total anomalous pulmonary venous connection. Circulation.;115(12):1591-8.
3. Husain SA, Maldonado E, Rasch D, et al (2012). Total anomalous pulmonary venous connection: factors associated with mortality and

- recurrent pulmonary venous obstruction. Ann Thorac Surg.;94(3):825-31
4. Kirshbom PM, Myung RJ, Gaynor JW, et al (2002). Preoperative pulmonary venous obstruction affects long-term outcome for survivors of total anomalous pulmonary venous connection repair. Ann Thorac Surg.;74(5):1616-20.
 5. Yun TJ, Coles JG, Konstantinov IE, et al (2005). Conventional and sutureless techniques for management of the pulmonary veins: Evolution of indications from postrepair pulmonary vein stenosis to primary pulmonary vein anomalies. J Thorac Cardiovasc Surg.;129(1):167-74.
 6. Meadows J, Marshall AC, Lock JE, et al (2006). A hybrid approach to stabilization and repair of obstructed total anomalous pulmonary venous connection in a critically ill newborn infant. J Thorac Cardiovasc Surg.;131(4):e1-2.
 7. Kanter KR (2006). Surgical repair of total anomalous pulmonary venous connection. Semin Thorac Cardiovasc Surg Pediatr Card Surg Annu.: 40-4.
 8. Zheng Jinghao, Gao Botao, Xu Zhiwei, et al. The Research on Operation of Obstructed Total Anomalous Pulmonary Venous Connection in Neonates. ScientificWorldJournal. 2014; 2014: 576569.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NANG

Nguyễn Xuân Hậu¹, Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật trong ung thư tuyến giáp thể nang tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 48 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang được phẫu thuật tại bệnh viện K từ 1/2016 đến 7/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và cắt thùy + eo tuyến giáp là 75% và 25%, trong mỗi nhóm tỉ lệ vết hạch cổ kèm theo lần lượt là 66,7% và 0%. Phân loại giai đoạn bệnh chủ yếu là giai đoạn I (75%), giai đoạn IV chiếm 12,5%. Tổn thương thần kinh thanh quản ngược và hạ canxi máu tạm thời là hai biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật 72 giờ với tỉ lệ 14,6% và 18,8%, sau đó giảm dần. Có 1 bệnh nhân bị suy tuyến cận giáp vĩnh viễn sau 14 tháng theo dõi. Vết hạch cổ làm tăng nguy cơ hạ canxi sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p=0,024$. **Kết luận:** Phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nang an toàn, hiệu quả.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp thể nang, kết quả phẫu thuật

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF FOLLICULAR THYROID CANCER

Objective: to evaluate the surgical outcomes of follicular thyroid cancer at K Hospital. **Subjects and Methods:** a retrospective combined with prospective cohort study of 48 follicular thyroid carcinoma patients treated by surgery at K Hospital from January 2016 to July 2020. **Results:** The percentage of patients who had undergone total thyroidectomy and lobectomy were 75% and 25%, in each group neck dissection had been performed in 66.7% and 0% respectively. Most patients had stage I postoperative (75%), 12.5% patients in stage IV. The most common complications were transient recurrent laryngeal nerve injury and hypocalcemia, with the incidence at 72 hours after surgery were 14.6% and 18.8%. One patient had been persistent hypoparathyroidism after 14 months of follow-up. Cervical lymph node dissection increased the risk of hypocalcemia postoperative significantly ($p<0.05$). **Conclusion:** Surgery of follicular thyroid carcinoma is safe and effective.

Keyword: follicular thyroid cancer, surgical outcome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) thể nang là thể thường gặp thứ 2 trong nhóm UTTĐ biệt hóa sau UTTĐ thể nhú¹. So với thể nhú, UTTĐ thể nang thường gặp ở nhóm tuổi lớn hơn, tỉ lệ di căn hạch thấp hơn thể nhú^{2,3} và di căn xa có thể là

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyensexanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022