

J.M.M. (2015). Factors associated with health-related quality of life among patients with liver cirrhosis in Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*, 90(1), 14–19.

6. Basal A, Kamel E, and Nafady H (2011). Studying the quality of life of chronic hepatitis C patients and the associated factors. *J Am Sci*, 12, 649–655.

7. Svrtlih N., Pavic S., Terzic D., et al. (2008). Reduced quality of life in patients with

chronic viral liver disease as assessed by SF12 questionnaire. *J Gastrointest Liver Dis JGLD*, 17(4), 405–409.

8. Teuber G., Schäfer A., Rimpel J., et al. (2008). Deterioration of health-related quality of life and fatigue in patients with chronic hepatitis C: Association with demographic factors, inflammatory activity, and degree of fibrosis. *J Hepatol*, 49(6), 923–929.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN

ĐỖ VĂN HẢI, CHU ĐỨC PHONG,  
PHẠM NGỌC ĐÌNH, NGUYỄN MẠNH KHÁNH  
*Khoa Phẫu thuật Chi trên & Y học Thể thao*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sau phẫu thuật nội soi điều trị trật khớp cùng đòn.

**Phương pháp:** Báo cáo gồm 9 nam, 3 nữ tuổi từ 24 - 53 (trung bình 43,67) được nội soi điều trị trật khớp cùng đòn. Phân độ trật khớp cùng đòn theo Rockwood: 3 ca độ III, 4 ca độ IV, 5 ca độ V. Tổn thương phối hợp: 3 ca hẹp khoang dưới mỏm cùng vai, 1 ca tổn thương Bankart, 1 ca cố định vít xỏ quạ - đòn thất bại lần 1. Đánh giá kết quả sử dụng thang điểm Constan, so sánh khoảng cách quạ đòn trước và sau mổ.

**Kết quả:** Thời gian theo dõi sau mổ trung bình 5,33 tháng (từ 3 - 10 tháng). Điểm Constant trung bình 96,67 (từ 90 - 100). Khoảng cách quạ đòn giảm từ 18,71 trước mổ xuống 10,16 sau mổ tại lần theo dõi cuối cùng. Điểm Constant trung bình 96,67. 1 ca trật lại, điểm Constant: 96.

**Kết luận:** Nội soi điều trị trật khớp cùng đòn cho kết quả khả quan.

**Từ khóa:** Trật khớp cùng vai đòn, khoảng cách quạ đòn.

### SUMMARY

RESULTS OF ARTHROSCOPIC TREATMENT FOR ACRMIOLAVICULAR(AC) JOINT DISCLOCATION

**Purpose:** To evaluate outcome after arthroscopic treatment for acromioclavicular (AC) joint dislocation.

Chịu trách nhiệm: Đỗ Văn Hải  
Email: bacsinoitru41@gmail.com  
Ngày nhận: 14/7/2021  
Ngày phản biện: 23/8/2021  
Ngày duyệt bài: 07/9/2021

**Methods:** Records of 9 men and 3 women aged 24 to 53 (mean, 43.67) years who underwent arthroscopic treatment for acromioclavicular (AC) joint dislocation of Rockwood type III (n=3), type IV (n = 4), and type V (n=5) were reviewed. Combined injury: 3 cases impingement subacromial, 1 case Bankart injury, 1 case the first coracoclavicular joint screw fixation was failed. Outcome was evaluated using the Constant score, the coracoclavicular (CC) distance before and after surgery was compared.

**Results:** The mean follow-up period was 5,33 (range, 3-10) months. The mean postoperative Constant score was 96.67 (range, 90-100). The CC distance decreased from 18.71 mm preoperatively to 10.16 mm at final follow-up. One case had loss of reduction, Constant: 96

**Conclusions:** Arthroscopic treatment for acromioclavicular joint dislocation achieves satisfactory outcome.

**Keywords:** Acromioclavicular dislocation, joint coracoclavicular distance.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật khớp cùng vai đòn là tổn thương hay gặp chiếm 9% chấn thương vai, chủ yếu hay gặp ở nam gấp khoảng 5 lần so với nữ. Với trật khớp cùng đòn độ I, II theo phân độ Rockwood đều được điều trị bảo. Chỉ định phẫu thuật đặt ra với trật cùng đòn độ III trở lên theo phân loại Rockwood. Hiện nay tại Việt Nam phẫu thuật chủ yếu trong điều trị trật cùng đòn sử dụng kỹ thuật cố định khớp không theo giải phẫu như cố định K-wire, nẹp khóa móc, vít quạ đòn. Các kỹ thuật này thường phải lấy bỏ dụng cụ sau mổ khoảng 6 - 12 tháng, điều này đôi khi dẫn đến mất vững khớp, trật lại khớp, bệnh nhân thêm 1 lần mổ lấy bỏ dụng cụ. Hiện nay với sự phát

triển của các kĩ thuật mổ ít xâm lấn đặc biệt là kĩ thuật nội soi khớp vai cho phép đạt lại và cố định vững chắc. Hơn nữa với kĩ thuật nội soi có thể xử lý được các thương tổn phối hợp trong khớp vai như tổn thương SLAP, chóp xoay, tính thẩm mỹ cao, bệnh nhân tập luyện sớm, không phải mổ tháo bỏ dụng cụ. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị trật khớp cùng đòn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

## **ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu**

12 Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị trật khớp cùng đòn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 10/2020 đến 6/2021.

#### **1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân trật khớp cùng đòn độ III trở lên theo phân độ Rockwood.
- Có các tổn thương phối hợp như chóp xoay, hẹp khoang dưới mỏm cùng vai, sụn

viền...

- Phẫu thuật nội soi cố định khớp cùng đòn.

### **1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Nhiễm trùng tại chỗ
- Tổn thương mạch máu, đám rối cánh tay, gãy xương vai.

### **2. Phương pháp nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Các chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới, cơ chế chấn thương.

Đặc điểm tổn thương phân độ Rockwood.

Thời gian nằm viện, biến chứng.

Đánh giá lâm sàng trước và sau mổ bằng thang điểm Constant.

Đánh giá kết quả cận lâm sàng bằng khoảng cách quạ đòn (khoảng cách đỉnh mỏm quạ và bờ dưới xương đòn trên X-quang vai thẳng).

Quy trình kĩ thuật

+ Bệnh nhân nằm tư thế Beach chair.



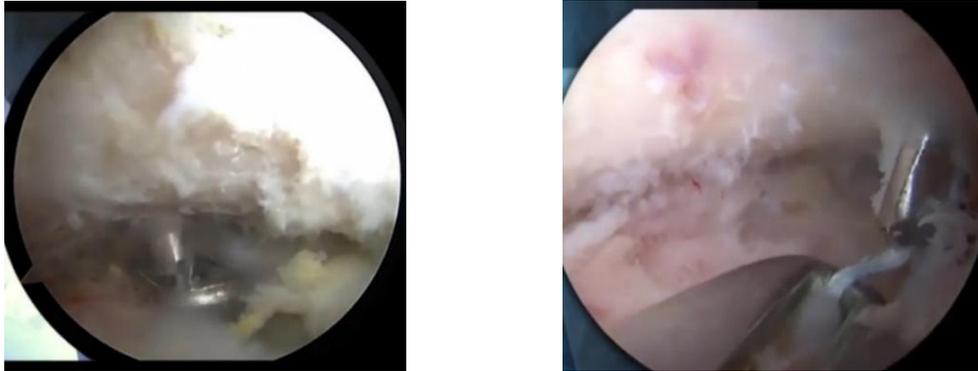
**Hình 1. Tư thế bệnh nhân, định vị chéo sau và K-wire 3mm**

- + Vào khoang dưới mỏm cùng vai với cổng tiêu chuẩn phía sau.
- + Cổng bên được tạo ra, qua cổng bên tiến hành làm sạch máu tụ trong khoang dưới mỏm cùng vai bằng bào và đầu đốt. Chú ý móc dây chằng cùng quạ là móc quan trọng giúp tìm đỉnh mỏm quạ.
- + Chuyển camera sang cổng bên và tạo thêm cổng trước bên (cổng này nên đặt cao hơn 1 chút thuận lợi hơn trong khi đặt định vị đường hầm không bị tỷ vào chỏm xương cánh tay.
- + Qua cổng trước bên bộc lộ nền mỏm quạ.



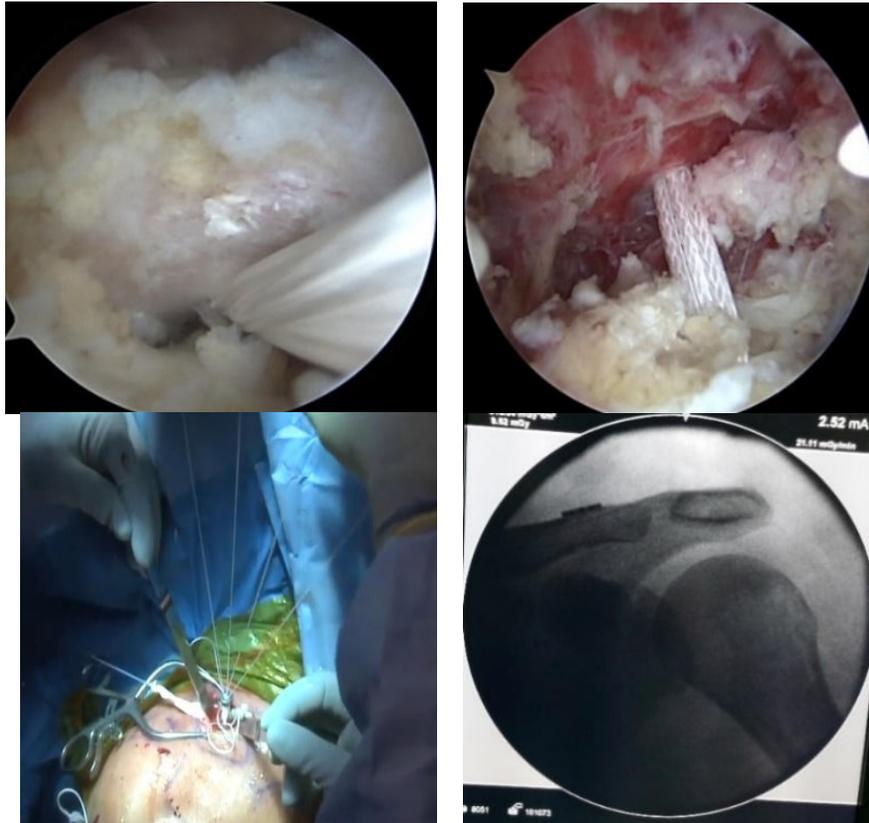
**Hình 2. Bộc lộ nền mỏm quạ và đặt định vị (tiếp cận ngoài khớp)**

- + Rạch da đầu ngoài xương đòn theo đường Langer, đặt định vị đường hầm mỏm quạ và xương đòn.



**Hình 3. Khoan đường hầm và luồn sợi dây dẫn đường**

- + Luồn dây dẫn đường qua đường hầm và gấp dây qua cổng bên.
- + Dùng dây dẫn đường kéo sợi chỉ bên không tiêu và Tightrope qua đường hầm chỉnh sao cho Tightrope vào dưới nền môm quạ.
- + Đặt Tightrope thứ 2 tại bờ trên đầu ngoài xương đòn.



**Hình 4. Luồn sợi chỉ bệnh, nắn chỉnh và cố định**

- + Nắn chỉnh bằng cách dạng vai và nâng cánh tay, siết chỉ giữa 2 Tightrope kiểm tra dưới màn hình tăng sáng.
- + Khâu da.

**5. Xử lý số liệu**

Bằng phần mềm SPSS 16.0.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật 12 trường hợp trong đó 9 nam và 3 nữ độ tuổi trung bình 43,67 (từ 24 - 53). Nguyên nhân do tai nạn thể thao: 2, tan nạn giao thông: 8, tai nạn sinh hoạt: 2, thời gian theo dõi trung bình 5,33 tháng (3 - 10 tháng).

Chức năng khớp vai sau mổ theo thang điểm Constant trung bình là 96,67. Bệnh nhân bắt đầu quay lại làm việc sau 2 tháng. 1 bệnh nhân có tổn thương sụn viền phổi hợp điểm Constant là 98, 4 bệnh nhân tổn thương hẹp khoang dưới mỏm cùng vai phổi hợp điểm constant trung bình là 96. Khoảng cách quạ đòn sau mổ trung bình 10,6 so với trước mổ 18,71. 1 bệnh nhân mổ thất bại. 1 trường hợp thất bại với kĩ thuật mổ mở cố định sử dụng vít xóp quạ đòn được mổ lại với kĩ thuật nội soi khớp vai điểm Constant là 96 và sau mổ khớp về giải phẫu, khoảng cách quạ đòn là 10.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân và kết quả

Tuổi	Giới	Cơ chế	Phân loại	Thời gian theo dõi (tháng)	Điểm Constant	Khoảng cách quạ đòn		Tổn thương phổi hợp, biến chứng
						Trước mổ	Sau mổ	
53	Nam	TNGT	IV	10	100	20,2	9,5	Hẹp khoang DMCV
52	Nữ	TNGT	III	9	98	17,3	9,7	Bankart
31	Nam	TNSH	V	7	95	22,1	10	Không
43	Nam	TNTT	III	7	98	18	9,4	Không
50	Nữ	TNGT	IV	6	95	20,3	15,7	Trật lại
50	Nam	TNSH	IV	6	98	20	9,8	Hẹp khoang DMCV
24	Nam	TNGT	V	5	100	23	9,7	Không
35	Nữ	TNGT	V	4	96	24	10	Thất bại mổ mở lần 1 vít xóp quạ đòn
36	Nam	TNTT	IV	4	100	19,4	9,5	Không
53	Nam	TNGT	V	3	96	23	9,4	Hẹp khoang DMCV
45	Nam	TNGT	V	3	94	22	9,8	Không
52	Nam	TNGT	III	3	90	18	9,5	Không



Hình 5. X-quang trước và sau mổ

## BÀN LUẬN

### 1. Kỹ thuật phẫu thuật nội soi điều trị trật khớp cùng đòn

Sự ổn định của khớp cùng vai đòn được duy trì bởi 2 hệ thống. Hệ thống tĩnh là bao khớp cùng vai đòn đặc biệt là phần dày lên của bao khớp ở phía sau và phía trên chủ yếu giúp chống lại sự di chuyển trước sau của đầu ngoài

xương đòn. Hệ thống động bao gồm 2 dây chằng thang và dây chằng nón chủ yếu chống lại sự di chuyển theo hướng trên dưới của đầu ngoài xương đòn. Khi trật khớp cùng đòn dẫn đến đứt dây chằng cùng đòn, bao khớp, dây chằng quạ đòn, cân cơ Delta- thang<sup>[3]</sup>. Cố định khớp sử dụng K-wire có nguy cơ gãy K- wire, di chuyển bất thường K-wire<sup>[4,5]</sup>, kĩ thuật sử dụng

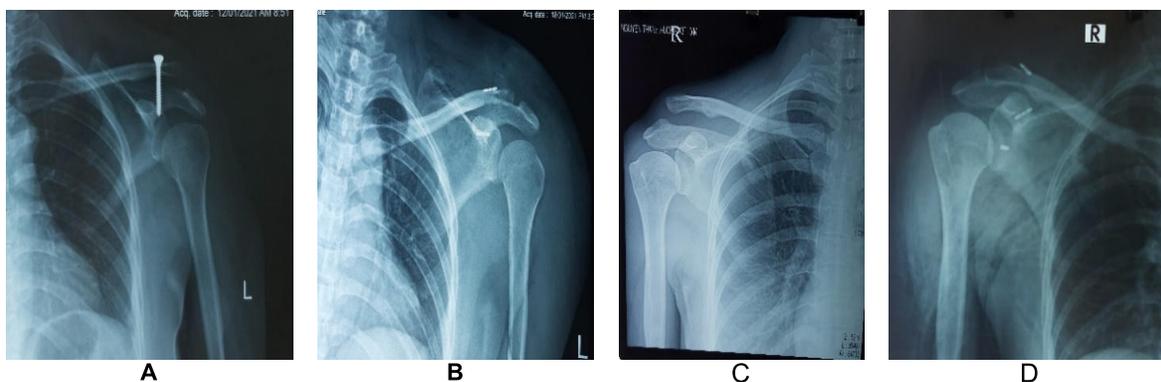
nẹp khóa móc, vít xóp quạ đòn nguy cơ nhiễm trùng, cứng khớp vai, khuyết xương, tiêu xương móm cùng vai. Sử dụng vít xóp quạ đòn thì lệ gãy vít và trật lại 32% [6]. Hơn nữa các kĩ thuật này bệnh nhân phải thêm cuộc mổ lấy bỏ dụng cụ điều này dễ dẫn đến mất vững khớp, trật lại khớp khi lấy bỏ dụng cụ. So với kĩ thuật mổ mở và kĩ thuật mổ nội soi giảm tỉ lệ cứng khớp, nhiễm trùng, dị ứng dụng cụ, cho phép cố định vững chắc mà không phải lấy bỏ dụng cụ, tính thẩm mỹ cao, xử lý những thương tổn phối hợp mà kĩ thuật mổ mở không cho phép can thiệp được. Nguyên tắc của phẫu thuật nội soi điều trị trật cùng đòn là khi khớp cùng đòn được đặt về giải phẫu thì dây chằng cùng đòn sẽ liền trong vòng 1 năm. Trong kĩ thuật nội soi điều quan trọng bậc nhất được mổ quạ, khoan đường hầm móm quạ để luồn hệ thống Tightrope qua nắn chỉnh và cố định khoảng quạ đòn. Sức chịu tải trọng của sợi chỉ trong hệ thống Tightrope 620 N cho phép cố định khoảng cách quạ đòn vững chắc. Điều này khác với kĩ thuật tái tạo dây chằng theo giải phẫu, dây chằng quạ đòn khi tái tạo phải mất 4 giai đoạn: Hoại tử, phân bố lại mạch, tăng sinh tế bào, tái tạo mô, sức mạnh dây chằng giảm từ 30 - 40%. Tightrope giúp ổn định sức tải trọng không thay đổi theo thời gian cho phép thay thế dây chằng quạ đòn, tạo điều kiện tốt cho dây chằng cùng đòn liền.

Trên lâm sàng thời gian liền hoàn toàn dây chằng thang và dây chằng nón từ 6 - 12 tuần [9,11]. Một số nghiên cứu trên thời gian liền dây chằng quá trình kéo dài vĩnh viễn cho nên dây chằng có thể chưa đạt được độ bền cơ học

sau 1 năm. Các nghiên cứu về cơ sinh học của sợi dây giữa 2 vòng treo Tightrope sức mạnh cũng như sức bền hơn so với dây chằng thang và dây chằng nón tự nhiên [13]. Như vậy, sợi dây giữa vòng treo là phương tiện gia cố vững chắc giúp bệnh nhân nhanh chóng tập luyện sau mổ, làm ổn định khớp cùng vai đòn tạo điều kiện cho dây chằng liền tốt hơn.

## 2. Xử lý tổn thương phối hợp

Trong chấn thương khớp vai ngoài tổn thương trật khớp cùng đòn có thể kèm theo tổn thương sụn viền, chóp xoay hoặc hẹp khoang dưới móm cùng vai kèm theo. Với kĩ thuật mổ cố định khớp cùng đòn không giải phẫu như K-wire, nẹp khóa móc, vít quạ đòn chủ yếu chú trọng đến việc đặt lại và cố định vững chắc khớp cùng đòn, với những tổn thương phối hợp khó phát hiện và xử lý trong mổ mở. Ưu điểm nội soi khớp vai có thể đánh giá, xử lý các tổn thương trên trong cùng 1 thì. Chúng tôi có 1 trường hợp trật vai kèm trật cùng đòn có tổn thương sụn viền được xử lý khâu lại sụn viền bao khớp phía trước 1 neo, 2 pushlock. 4 bệnh nhân có hẹp khoang dưới móm cùng vai, móm cùng vai biến dạng type III được tạo hình móm cùng vai. 1 bệnh nhân đã được mổ mở vít xóp quạ đòn nhưng thất bại do vít xóp bắt ra ngoài móm quạ 1 tuần, khám trước mổ dạng vai thụ động 30 độ, trong mổ kiểm tra bề mặt hoạt dịch chóp xoay xơ dính sát bờ dưới móm cùng vai, phải làm sạch khoang dưới móm cùng vai, vận động khớp hết tầm trong mổ, sau 2 tháng bệnh nhân đã quay trở lại làm việc và điểm Constant 96.



Hình 6.

(A, B) Hình ảnh trước và sau mổ bệnh nhân mổ mở vít xóp quạ đòn thất bại.  
(C, D) hình ảnh trước và sau mổ bệnh nhân có tổn thương sụn viền phối hợp.

### 3. Biến chứng của phẫu thuật

Có nhiều quan điểm khác nhau định nghĩa trật lại khớp, mất vững khớp, chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn trật lại khớp mất vững khớp khi khoảng cách quạ đòn tăng >25% so bên đối diện hoặc đầu ngoài xương đòn di động >50% ra trước hoặc sau so với bề rộng đầu ngoài xương đòn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân sau mổ 4 tuần trật lại khớp cùng đòn trên hình ảnh Xquang do bung nút chỉ giữ 2 Tightrope, tuy nhiên khám lâm sàng không có dấu hiệu phím đòn và không mất vững trước sau, điểm Constant 95 điểm, chức năng khớp vai tốt. Một số tác giả nghiên cứu cũng chỉ ra kết quả tương đồng (Bảng 2).

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật điều nội soi điều trị trật cùng đòn của 1 số tác giả

Báo cáo	N	Thời gian theo dõi (tháng)	Kết quả	Tỷ lệ thất bại	Biến chứng
El Sallhk (2012) [7]	10	24	CS: 86,8	10(%)	Trật lại: 1
Flinkkila (2014) [11]	56	31	DASH: 9 CS: 88	16(%)	31 bệnh nhân tăng khoảng cách quạ đòn > 5mm, 7 bệnh nhân mổ lại
Defoort and Verborgt(2010) [2]	16	17	VAS: 0,82	6,25%	Mất vững, trật lại khớp: 5
Chaudhary (2015) [12]	17	21,1	CS:84,4	5,88%	Mất vững, trật lại khớp: 2

Vỡ mòm quạ hay vỡ xương đòn là biến chứng xảy ra ngay trong mổ, nguyên nhân dẫn đến thất bại ngay trong cuộc mổ. Có 3 yếu tố chính dẫn đến gãy mòm quạ hoặc xương đòn. Thứ nhất, mũi khoan quá to so với mòm quạ, thứ 2 khoan đường hầm mòm quạ lệch vào trong hoặc ra ngoài dẫn đến yếu thành trong hoặc thành ngoài mòm quạ, thứ 3 khoan nhiều lần đường hầm mòm quạ do những lần trước khoan chưa chính xác dẫn đến yếu, vỡ mòm quạ. El- Sallhk (2012) có một trường hợp thất bại ngay trong mổ do khoan vỡ đường hầm mòm quạ và xương đòn [7]. Theo tác giả Rylander LS nghiên cứu trên xác cho rằng đường hầm khoan mòm quạ và xương đòn 4 mm mạnh hơn cơ ý nghĩa thống kê so với khoan đường hầm đường kính 6 mm [13]. Chúng tôi sử dụng mũi khoan (K-wire) 3mm giảm nguy cơ vỡ đường hầm trong mổ. Hơn nữa, chúng tôi sử dụng kỹ thuật bộc lộ mòm quạ ngoài khớp ở chảo cánh tay để quan sát toàn bộ nền mòm quạ khi khoan đường hầm chúng tôi có thể điều chỉnh, đánh giá được thành trong và ngoài của đường hầm mòm quạ. Khác với kỹ thuật tiếp cận mòm quạ qua khoảng trống chóp xoay khi khoan đường hầm quạ- đòn chỉ quan sát được vị trí đầu ra của mũi khoan tại bờ dưới mòm quạ khó đánh giá được thành bên trong - ngoài của đường hầm mòm quạ, dễ dẫn đến yếu, vỡ thành bên đường hầm mòm quạ.

So với báo cáo Yong-Min Chun và Yong-Min Kim cố định khớp cùng vai đòn không theo giải phẫu của bằng K-wire trên 38 trường hợp có 1 ca thoái hóa sớm khớp cùng vai đòn sau mổ, 1 ca nhiễm trùng sớm, 1 ca gãy K-wire, 1 ca K-wire

di chuyển bất thường, 3 ca trật lại khi lấy bỏ K-wire. Còn bằng nẹp khóa móc 23 ca thì cơ 6 ca ghi nhận mất xương mặt dưới mòm cùng vai và 3 ca hẹp khoang dưới mòm cùng vai, tỷ lệ cứng khớp vai sau mổ trong 2 nhóm lần lượt 13% và 18% [10].

### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 12 ca phẫu thuật nội soi điều trị trật khớp cùng đòn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian theo dõi từ 3 tuần đến 10 tháng sau phẫu thuật bước đầu cho kết quả tốt với điểm Constant trung bình 96,67 và khoảng cách quạ - đòn trung bình 10,16.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tapio E, Flinkkilä and Essi Ihanainen** (2014). Results of Arthroscopy-Assisted TightRope Repair of Acromioclavicular Dislocations, Shoulder Elbow, 6(1),18 - 22.
2. **Defoort S, Verborgt O** (2010). "Functional and radiological outcome after arthroscopic and open acromioclavicular stabilization using a doublebutton fixation system". Acta Orthop Belg 2010, 76, 585 - 91.
3. **Fukuda K, Craig EV, An KN, Cofield RH, Chao EY** (1986). "Biomechanical study of the ligamentous system of the acromioclavicular joint". J Bone Joint Surg Am 1986, 68:434 - 40.
4. **Norrell H Jr, Llewellyn RC** (1965). Migration of a threaded Steinmann pin from an acromioclavicular joint into the spinal canal: a case report". J Bone Joint Surg Am 1965, 47:1024 - 6.
5. **Sethi GK, Scott SM** (1976). Subclavian artery laceration due to migration of a Hagie pin", Surgery 1976, 80:644 - 6.
6. **Esenyel CZ, Oztürk K, Bülbül M, Ayanoğlu S, Ceylan HH** (2010). Coracoclavicular ligament

repair and screw fixation in acromioclavicular dislocations”, Acta Orthop Traumatol Turc 2010, 44:194 - 8.

7. **EI Sallakh SA** (2012). Evaluation of arthroscopic stabilization of acute acromioclavicular joint dislocation using the TightRope system, Orthopedics 2012, 35:e18 - 22.

8. **Thiel E, Mutnal A, Gilot GJ** (2011). Surgical outcome following arthroscopic fixation of acromioclavicular joint disruption with the tightrope device, Orthopedics 2011, 34:e267 - 74.

9. **Thornton GM, Leask GP, Shrive NG, Frank CB** (2000), “Early medial collateral ligament scars have inferior creep behavior”, J Orthop Res 2000, 18, 238 - 46.

10. **Young-Jun Kim, Yong-Min Chun** (2016). Treatment of Acute Acromioclavicular Joint Dislocation: Kirschner’s Wire Trans-acromial Fixation versus AO Locking Hook Plate Fixation, Clinics in Shoulder and Elbow Vol. 19, No. 3, September, 2016.

11. **Woo S L-Y, Abramowitch SD, Kilger R, Liang R** (2006). Biomechanics of knee ligaments: injury, healing, and repair”, J Biomech 2006, 39, 1 - 20.

12. **Deepak Chaudhary, Vineet Jain, Deepak Joshi, Jitesh Kumar Jain, Ankit Goyal, Nitin Mehta** (2015). Arthroscopic fixation for acute acromioclavicular joint disruption using the TightRope device”, Journal of Orthopaedic Surgery 2015, 23(3):309 - 14.

13. **Walz L, Salzmann GM, Fabbro T, Eichhorn S, Imhoff AB** (2008). The anatomic reconstruction of acromioclavicular joint dislocations using 2 TightRope devices: a biomechanical study. Am J Sports Med 2008, 36, 2398 - 406.

14. **Rylander LS, Baldini T, Mitchell JJ, et al** (2014). “Coracoclavicular ligament reconstruction: coracoid tunnel diameter correlates with failure risk”, Orthopedics, 37(6), e531 - e535.

## TỔNG QUAN VỀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT THỤY TUYẾN GIÁP Ở BỆNH NHÂN VI UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ

**NGUYỄN QUANG TRUNG<sup>1</sup>,  
NGUYỄN VĂN HÙNG<sup>1</sup>, TRẦN THẾ DIỆU<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội  
<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

### TÓM TẮT

*Mục tiêu:* Tổng quan này nhằm để đánh giá kết quả sau phẫu thuật cắt thùy giáp (tỷ lệ tử vong, tỷ lệ sống toàn bộ và tỷ lệ tái phát) và đưa ra các điều kiện để chỉ định phẫu thuật cắt thùy giáp ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú.

*Phương pháp:* Chúng tôi sử dụng cơ sở dữ liệu PUBMED và EMBASE để đánh giá kết quả và điều kiện chỉ định của phương pháp phẫu thuật cắt thùy giáp cho vi ung thư tuyến giáp thể nhú. *Kết quả:* Có 09 nghiên cứu gồm 5345 bệnh nhân trong tổng quan này, thời gian theo dõi trung bình 64,6 - 134,8 tháng. Trong các nghiên cứu này, chúng tôi không thấy trường hợp tử vong nào liên quan đến ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật cắt thùy giáp. Tỷ lệ sống không bệnh

theo phương pháp Kaplein-Meier của nhóm cắt thùy thấp hơn ở nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp. Tỷ lệ tái phát tổng thể sau phẫu thuật cắt thùy giáp là 2,5%, vị trí tái phát sau phẫu thuật này tại thùy giáp còn lại là 75,3%, tại giường tuyến giáp là 1,5% và di căn hạch cổ là 23,2%. Không có trường hợp di căn xa trong thời gian theo dõi.

*Kết luận:* Cắt thùy giáp có kết quả tương tự như cắt toàn bộ tuyến giáp trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú (tỷ lệ tử vong, thời gian sống toàn bộ, tỷ lệ tái phát). Do vậy có thể chỉ định cắt thùy giáp cho vi ung thư tuyến giáp với các điều kiện được thỏa mãn.

**Từ khóa:** kết quả sau cắt thùy giáp, vi ung thư tuyến giáp thể nhú.

### SUMMARY

*Objective:* This review evaluates the outcomes after lobectomy (mortality rate, overall survival rate, and recurrence rates) and give the standards of the indication for lobectomy in patients with papillary thyroid microcarcinoma.

*Chịu trách nhiệm:* Nguyễn Văn Hùng  
*Email:* drhungnt35ent@gmail.com  
*Ngày nhận:* 22/7/2021  
*Ngày phản biện:* 26/8/2021  
*Ngày duyệt bài:* 10/9/2021