

nhều hơn ở u ác tính 29%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Giảm âm chiếm 89%.

Phân loại mô bệnh học: Với u lành, u tuyến đa hình hay gặp nhất 92,85%, điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Triệu Hoàng Đạo (2015) [6]. Với u ác tính, ung thư biểu mô dạng tuyến nang hay gặp nhất 34,37%, tiếp đến là ung thư biểu mô biểu bì nhầy 25%, tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của Robert JL (2015) [7] UTBM thể tuyến nang là 36%; UTBM biểu bì nhầy 16,9%; và UTBM tuyến 13,7%.

4.3. Kết quả điều trị

Phương pháp phẫu thuật: Phẫu thuật là phương pháp ưu tiên có vai trò quan trọng trong điều trị u TDH. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ cắt toàn bộ u + tuyến cao 64,3% với u lành tính và 96,9% với u ác tính. Có 1 BN u ác tính không được cắt toàn bộ tuyến do khó chẩn đoán phân biệt trên lâm sàng và có thể mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến đa hình. Rõ ràng chỉ định phẫu thuật không phụ thuộc vào tính chất u (vị trí, kích thước, mật độ, ranh giới) mà còn theo thói quen, kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Vết hạch cổ có vai trò quan trọng trong ung thư tuyến dưới hàm, tỷ lệ này trong nghiên cứu là 53,1% thấp hơn so nghiên cứu của Huỳnh Văn Dương 83,87% [4].

Biến chứng sau phẫu thuật: Tỷ lệ tổn thương nhánh hàm dưới của TK VII là 10,8%, tỷ lệ này thấp hơn với nghiên cứu của Huỳnh Văn Dương (2009) 13,76% [4]. Hầu hết các bệnh nhân liệt môi dưới đều hồi phục sau 6 tháng, có thể giải thích là do nhánh hàm dưới TK VII tạm thời tổn thương trong mổ khi phẫu tích, sau một thời gian dây thần kinh hồi phục thì các triệu chứng cũng mất, chỉ có 1 BN còn liệt do u xâm lấn thần kinh nên không bảo tồn được. Tỷ lệ

chảy máu sau mổ 1.35%, tê lưỡi 2,7%, hiếm xảy ra, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Mriganka (2007) [8] tỉ lệ chảy máu 2%, tê lưỡi 2%.

V. KẾT LUẬN

U tuyến dưới hàm có đặc điểm mô bệnh học đa dạng. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có thể định hướng chẩn đoán và tiên lượng điều trị. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, hiệu quả điều trị cao và ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Surgical Pathology Of The Head And Neck, Crc Press** (2019)
2. **Witt R.L.** (2020), Surgery of the salivary glands, Elsevier, Philadelphia.
3. **Aegisdottir A.L., Tryggvason G., Jonsdottir A.M. và cộng sự.** (2021). Salivary gland tumours in Iceland 1986-2015: a nationwide epidemiological analysis over a 30-year time period. *APMIS*, 129(2), 55–60.
4. **Huỳnh Văn Dương** (2009), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh và kết quả điều trị u tuyến dưới hàm tại bệnh viện răng hàm mặt quốc gia từ 1999-2009" Luận văn thạc sỹ y học chuyên ngành răng hàm mặt, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Duy Cường** (2003). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị của u tuyến dưới hàm tại Bệnh Viện K", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện, trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Triệu Hoàng Đạo** (2015). "Đánh giá kết quả điều trị u lành tính tuyến dưới hàm tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội từ năm 2010 đến 2015", Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội
7. **Lee R.J., Tan A.P., Tong E.L. và cộng sự.** (2015). Epidemiology, Prognostic Factors, and Treatment of Malignant Submandibular Gland Tumors: A Population-Based Cohort Analysis. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN LO ÂU Ở NGƯỜI BỆNH BASEDOW

Nguyễn Quốc Trí^{1,2}, Nguyễn Doãn Phương³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu ở người bệnh Basedow. **Đối tượng và phương pháp**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia

³Bệnh viện Xây dựng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Trí

Email: quoctri.171196@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.11.2022

Ngày duyệt bài: 7.11.2022

nghiên cứu: Mô tả cắt ngang người bệnh Basedow điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/ 2021 đến 10/ 2022. **Kết quả:** 48,2% người bệnh Basedow có rối loạn lo âu. Triệu chứng kích thích thần kinh thực vật và các triệu chứng không đặc hiệu khác là triệu chứng hay gặp nhất ở nhóm người bệnh này, gặp ở 100% số người bệnh. Triệu chứng hồi hộp, tim đập nhanh, tim đập mạnh thường gặp nhất, gặp ở 100% người bệnh. Các triệu chứng khác như chóng mặt (95,1%), run tay chân (92,7%), khó tập trung, cảm giác trống rỗng (90,2%), cơn nóng bừng, đỏ mặt hoặc cơn ớn lạnh (87,8%), vã mồ hôi (85,4%) cũng thường gặp. Phần lớn người

bệnh triệu chứng các triệu chứng này ở mức độ nhẹ và vừa. **Kết luận:** Rối loạn lo âu là bệnh lý thường gặp đi kèm với Basedow và cần lưu ý ở nhóm người bệnh này.

Từ khóa: Basedow, rối loạn lo âu

SUMMARY

CLINICAL SYMPTOMS OF ANXIETY DISORDERS IN PATIENTS WITH BASEDOW DISEASE

Objectives: Describe anxiety disorders clinical symptoms in patients with Basedow disease. **Subjects and methods:** Cross-sectional description of outpatients with Basedow disease at Outpatient Department - Bach Mai Hospital from August 2021 to October 2022. **Results:** 48.2% of Graves' outpatients suffer comorbid anxiety disorder. Autonomic arousal symptoms and other non-specific symptoms are the most common symptoms in this group of patients, encountered in 100% of patients. Symptoms of palpitations or pounding heart, or accelerated heart rate are the most common, occurring in 100% of patients. Other symptoms such as dizziness (95.1%), tremor (92.7%), difficulty in concentrating, or mind going blank, because of worrying or anxiety (90.2%), hot flushes or cold chills (87.8%), sweating (85.4%) is also common. In the majority of patients, these symptoms present to be mild to moderate. **Conclusion:** Anxiety disorder is a common disease associated with Basedow disease and should be noticed in this group of patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Basedow (bệnh Graves) là một bệnh tự miễn chủ yếu ảnh hưởng đến tuyến giáp. Nó là nguyên nhân phổ biến nhất của cường giáp và xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng đặc biệt là ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản¹. Theo Tổ chức Quốc gia Hoa Kỳ về rối loạn hiếm gặp (National Organization for Rare Disorders: NORD), Basedow là bệnh lý cường giáp phổ biến nhất, hiện nay ước tính tỷ lệ Basedow trên toàn thế giới là 2-3%². Basedow ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống, gánh nặng bệnh tật của cộng đồng. Bệnh lý Basedow ở Việt Nam thường được phát hiện thông qua xét nghiệm thường quy sau khi người bệnh đi khám vì các triệu chứng điển hình của Basedow như mệt mỏi, sụt cân ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống. Nhóm người bệnh Basedow đa số dưới 50 tuổi, có bước cổ và được điều trị với thuốc kháng giáp trạng tổng hợp Thiamazole.

Một số nghiên cứu đã chứng minh rằng những người bệnh cường giáp có nhiều khả năng có các triệu chứng trầm cảm và lo âu hơn những người khỏe mạnh³. Triệu chứng lo âu thường gặp ở người bệnh Basedow, tỷ lệ chiếm tới 61,1%⁴. Khi xuất hiện cùng với Basedow, các triệu chứng lo âu thường làm tăng mức độ bệnh tật ở người bệnh. Nhiều nghiên cứu trên thế giới

cũng đã chỉ ra các mối liên quan giữa lo âu và Basedow. Các triệu chứng lo âu có xu hướng cải thiện đồng thời với tình trạng cường giáp, khi chỉ số thyroxine tự do giảm đi, triệu chứng lo âu cũng giảm. Việc xác định các triệu chứng lo âu trên nhóm người bệnh Basedow là cần thiết để tăng hiệu quả điều trị, tăng chất lượng cuộc sống ở người bệnh. Tuy nhiên, các triệu chứng lo âu trên người bệnh Basedow thường khó phân biệt với các triệu chứng thần kinh thực vật trong Basedow, gây khó khăn cho bác sĩ trong phát hiện triệu chứng và chẩn đoán rối loạn lo âu trên các người bệnh Basedow, làm chậm trễ trong điều trị, ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Với mong muốn tìm hiểu và phân tích các triệu chứng lâm sàng rối loạn lo âu ở người bệnh Basedow điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu ở người bệnh Basedow.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: 85 người bệnh được chẩn đoán Basedow điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ tháng 8/ 2021 tháng đến 10/ 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh Basedow được chẩn đoán bởi các bác sĩ chuyên khoa Nội tiết. Gia đình và bản thân người bệnh đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có tiền sử mắc các rối loạn tâm thần, hạn chế khả năng giao tiếp hoặc mắc các bệnh lý nội ngoại khoa nặng không thể tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang.

2.3. Phân tích, xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh và gia đình. Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

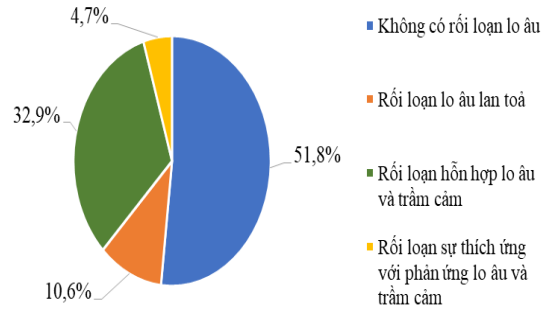
Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		n	%
Giới	Nam	15	17,6
	Nữ	70	82,4

Nhóm tuổi	Dưới 20	2	2,4
	Từ 20 đến 50	66	77,6
	Trên 50	17	20,0
Trình độ học vấn	Tiểu học, trung học cơ sở	3	3,5
	Trung học phổ thông	46	54,1
	Trung cấp, cao đẳng, đại học, sau đại học	36	42,4
Nghề nghiệp	Nông dân, công nhân	38	44,7
	Công viên chức	22	25,9
	Kinh doanh	9	10,6
	Hưu trí	11	12,9
	Tự do, khác	5	5,9
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	11	12,9
	Đã kết hôn	73	85,9
	Goá	1	1,2
Phương pháp điều trị	Thuốc kháng giáp trạng	32	37,6
	Thuốc kháng giáp trạng, thuốc chẹn thụ thể beta	52	61,2
	Thuốc kháng giáp trạng, phẫu thuật	1	1,2

Hầu hết người bệnh trong nhóm nghiên cứu là nữ giới, 82,4% so với 17,6% là nam giới. Phần lớn các đối tượng trong nhóm nghiên cứu nằm trong độ tuổi 20-50 tuổi, chiếm tỷ lệ 77,6%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $40,1 \pm 12,7$. Nhóm người bệnh phần lớn có trình độ học vấn mức trung học phổ thông 54,1% và mức trung cấp, cao đẳng, đại học, sau đại học 42,4%. Người bệnh làm công việc thuộc nhóm nông dân, công nhân có tỷ lệ cao nhất 44,7%, nhóm nghề nghiệp khác (chưa đi làm, thất nghiệp) chiếm 5,9%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh đã kết hôn chiếm tỷ lệ cao nhất 85,9%, chưa kết hôn chiếm tỷ lệ 12,9% và goá chiếm 1,2%. Trong nhóm người bệnh, đa số được điều trị với thuốc kháng giáp trạng (Thiamazol) kết hợp với thuốc chẹn thụ thể beta-adrenergic (Bisoprolol) chiếm tỷ lệ 61,2%, nhóm người bệnh

chỉ điều trị với thuốc kháng giáp trạng tổng hợp chiếm 37,6%, chỉ có 1 người bệnh đã từng phẫu thuật tuyến giáp.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn lo âu ở người bệnh Basedow

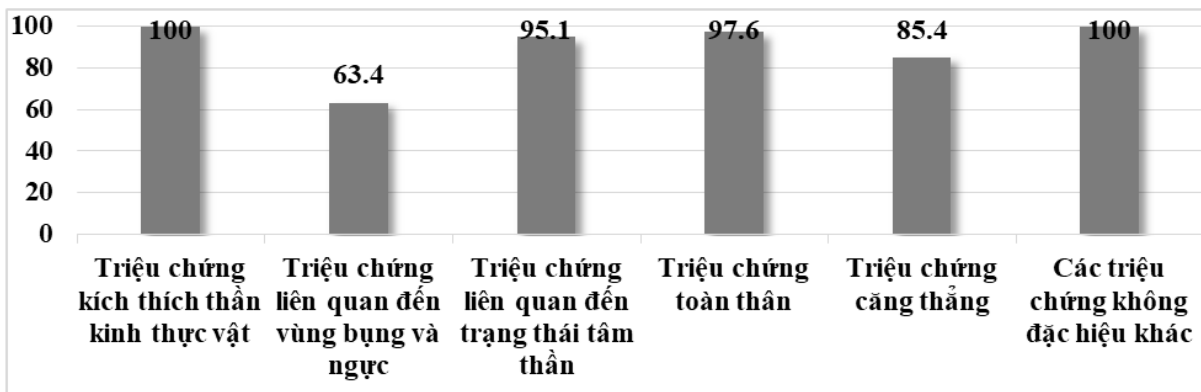
Tỷ lệ người bệnh có rối loạn lo âu chiếm 48,2% trong nhóm người bệnh Basedow, trong đó rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm chiếm tỷ lệ cao nhất với 32,9%.

3.2. Đặc điểm triệu chứng lo âu ở người bệnh Basedow:

Bảng 2. Điểm HARS của nhóm đối tượng nghiên cứu

HARS		n	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Nhóm	Có rối loạn lo âu	41	7	23	$16,88 \pm 3,43$
	Không có rối loạn lo âu	44	0	10	$3,27 \pm 2,46$
Tổng		85	0	23	$9,84 \pm 7,45$

Theo thang đo HARS, nhóm người bệnh Basedow có điểm HARS tương ứng mức độ không có lo âu đến mức độ lo âu trung bình. Điểm HARS trung bình của nhóm người bệnh Basedow là $9,84 \pm 7,45$, nhóm người bệnh Basedow có rối loạn lo âu là $16,88 \pm 3,43$.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ xuất hiện của các nhóm triệu chứng lo âu

Các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật và các triệu chứng không đặc hiệu khác gặp ở tất cả các người bệnh Basedow có lo âu. Các triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần, triệu chứng toàn thân và các triệu chứng căng thẳng tâm thần vận động xảy ra phổ biến ở các người bệnh Basedow có lo âu (lần lượt là 95,1%, 97,6% và 85,4%).

3.3. Đặc điểm nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật:

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật (n=41)

Triệu chứng	n (%)	Tần suất			Mức độ	
		Thỉnh thoảng n (%)	Trung bình n (%)	Thường xuyên n (%)	Nhẹ n (%)	Vừa n (%)
Hồi hộp, tim đập nhanh, mạnh	41(100)	5(12,2)	34(82,9)	2(4,9)	11(26,8)	30(73,2)
Vã mồ hôi	35(85,4)	12(34,3)	23(65,7)	0	13(37,1)	22(62,9)
Run tay chân	38(92,7)	16(42,1)	22(57,9)	0	23(60,5)	15(39,5)
Khô miệng	35(85,4)	29(82,9)	6(17,1)	0	29(82,9)	6(17,1)

Các triệu chứng tim đập nhanh, tim đập mạnh, trống ngực gặp ở tất cả người bệnh. Các triệu chứng vã mồ hôi, run tay chân, khô miệng cũng gặp ở đa số người bệnh. Người bệnh gặp các triệu chứng này với tần suất từ thỉnh thoảng đến thường xuyên, phần lớn ở tần suất trung bình (82,9% đối với triệu chứng tim đập nhanh, tim đập mạnh, hồi hộp trống ngực, 65,7% đối với triệu chứng vã mồ hôi, 59,5% đối với triệu

chứng run tay chân) và ở mức độ nhẹ đến vừa, phần lớn là mức độ vừa (73,2% đối với triệu chứng tim đập nhanh, tim đập mạnh, hồi hộp trống ngực, 62,9% đối với triệu chứng vã mồ hôi). Triệu chứng khô miệng xuất hiện tần suất thấp và mức độ nhẹ hơn các triệu chứng còn lại.

3.4. Đặc điểm nhóm triệu chứng không đặc hiệu khác

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng nhóm triệu chứng không đặc hiệu khác (n=41)

Triệu chứng	n (%)	Tần suất		Mức độ		
		Thỉnh thoảng n (%)	Trung bình n (%)	Nhẹ n (%)	Vừa n (%)	Nặng n (%)
Dễ giật mình	37(90,2)	27(73,0)	10(27,0)	25(67,6)	12(32,4)	0
Khó tập trung	37(90,2)	22(59,5)	15(40,5)	18(48,6)	19(51,4)	0
Cáu kỉnh	34(82,9)	23(67,6)	11(32,4)	22(64,7)	12(35,3)	0
Khó ngủ vì lo lắng	36(87,8)	19(52,8)	17(47,2)	15(41,7)	20(55,6)	1(2,8)

Các triệu chứng dễ giật mình – phản ứng quá mức đối với những bất ngờ nhỏ và cáu kỉnh xuất hiện nhiều trong nghiên cứu của chúng tôi, lần lượt với tỷ lệ là 90,2%, và 82,9% và thường triệu chứng mức độ chủ yếu là nhẹ. Hầu hết các người bệnh đều có triệu chứng khó tập trung – đầu óc trống rỗng vì lo lắng và khó ngủ vì lo lắng với tỷ lệ 90,2% và 87,8%. Đánh giá về mức độ khó chịu của triệu chứng khó tập trung và khó ngủ của nhóm người bệnh chủ yếu ở mức độ nhẹ đến vừa, với tổng tỷ lệ 100% và 97,2%.

IV. BÀN LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng tỷ lệ người bệnh nam và nữ lần lượt là 17,6% và 82,4%, có sự khác biệt giữa hai giới ($p=0,000$). Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu dịch tễ Basedow của Antonelli với tỷ lệ mắc Basedow ở nữ/ nam là 5-10/1⁵. Kết quả này cũng phù hợp với các kết quả của nhiều nghiên cứu khác trên thế giới. Có rất nhiều giả thuyết để giải thích cho nguyên nhân tại sao tỷ lệ mắc phổ biến hơn ở

nữ, có lẽ bắt nguồn từ sự khác biệt về chức năng sinh lý giữa nam và nữ. Hầu hết phụ nữ trải qua nhiều thay đổi nội tiết tố hơn nam giới, chẳng hạn như dậy thì, chu kỳ kinh nguyệt, mang thai, sinh con, cho con bú và mãn kinh, đồng thời có sự ảnh hưởng lẫn nhau giữa hormone tuyến giáp và các hormone dao động trong chu kỳ kinh nguyệt. Cùng với đó quan điểm cho rằng estrogen và sự bất hoạt X ở phụ nữ làm suy giảm hệ thống miễn dịch và có thể là nguyên nhân chiếm ưu thế của phụ nữ trong bệnh Basedow. Nhóm tuổi phổ biến nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 20-50 tuổi (77,6%). Tỷ lệ này phù hợp với dịch tễ chung của Basedow trong nhiều nghiên cứu trên thế giới. Nhóm người bệnh phần lớn có trình độ học vấn mức trung học phổ thông 55,3% và mức trung cấp, cao đẳng, đại học, sau đại học 42,3%. Người bệnh làm công việc thuộc nhóm nông dân, công nhân có tỷ lệ cao nhất 44,7%, nhóm nghề nghiệp khác (chưa đi làm, thất nghiệp) chiếm 5,9%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người

bệnh đã kết hôn chiếm tỷ lệ cao nhất 85,9%, chưa kết hôn chiếm tỷ lệ 12,9% và góa chiếm 1,2%. Trong nhóm người bệnh, đa số được điều trị với thuốc kháng giáp trạng (Thiamazole) kết hợp với thuốc chẹn thụ thể beta-adrenergic (Bisoprolol) chiếm tỷ lệ 61,2%, nhóm người bệnh chỉ điều trị với thuốc kháng giáp trạng tổng hợp chiếm 37,6%, chỉ có 1 người bệnh đã từng phẫu thuật tuyến giáp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 48,2% số người bệnh Basedow mắc rối loạn lo âu, kết quả này tương tự nghiên cứu của Chattopadhyay và cộng sự với tỷ lệ 41,7% và thấp hơn nghiên cứu của Zhu Jie và cộng sự với tỷ lệ 61,1%^{4,6}. Theo thang đo HARS, nhóm người bệnh Basedow có điểm HARS tương ứng mức độ không có lo âu đến mức độ lo âu trung bình. Điểm HARS trung bình của nhóm người bệnh Basedow là $9,84 \pm 7,45$. Điểm HARS trung bình của nhóm người bệnh Basedow có rối loạn lo âu là $16,88 \pm 3,43$.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng kích thích thần kinh thực vật và các triệu chứng không đặc hiệu khác xảy ra ở tất cả các người bệnh Basedow có lo âu. Các triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần, triệu chứng toàn thân và các triệu chứng căng thẳng tâm thần vận động xảy ra phổ biến ở các người bệnh Basedow có lo âu (lần lượt là 95,1%, 97,6% và 85,4%). Triệu chứng kích thích thần kinh thực vật, lo lắng căng thẳng là triệu chứng cốt lõi của rối loạn lo âu, đồng thời ở người bệnh Basedow, các rối loạn hormone do Basedow có thể gây các triệu chứng tương tự như các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật đối với người bệnh.

Trong các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật, triệu chứng về tim mạch xuất hiện nhiều nhất ở nhóm người bệnh, các triệu chứng này bao gồm cảm giác hồi hộp, trống ngực, cảm giác như tim đập hẫng một nhịp, tim đập mạnh hơn bình thường. Các triệu chứng này càng làm người bệnh lo lắng và càng kích thích thần kinh thực vật mạnh hơn, chúng đôi lúc đi kèm với triệu chứng đường hô hấp do kích thích thần kinh thực vật. Các triệu chứng thần kinh cơ như run tay chân xảy ra nhiều (92,7%) đây là triệu chứng run cơ ngoài ý muốn, người bệnh run ở đầu ngón tay, run với tần số cao, biên độ thấp và đều, tuy nhiên run có lúc tăng lên và không đều ở các hoàn cảnh căng thẳng hơn, triệu chứng này ảnh hưởng đến nhiều hoạt động của người bệnh đặc biệt là các người bệnh có làm các công việc đòi hỏi đến độ khéo léo, tỉ mỉ và tập trung cao. Về mặt ảnh hưởng toàn thân của các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật,

triệu chứng vã mồ hôi là hay gặp nhất (85,4%), người bệnh than phiền da ẩm hơn bình thường, cảm giác khó chịu, đặc biệt vào ngày hè, người bệnh vã mồ hôi kể cả thời tiết lạnh, có thể khiến gián đoạn giấc ngủ do cảm giác khó chịu, xuất hiện không liên quan đến gắng sức. Có nhiều người bệnh bị các cơn tê bì, tê cóng, cảm giác kim châm (78,0%), đây là rối loạn cảm giác đi kèm với cơn kích thích thần kinh thực vật. Các người bệnh thường than phiền có những triệu chứng tê bì một hoặc nhiều bộ phận trong cơ thể như cánh tay, bàn tay, chân. Các cảm giác như bị kiến cắn, kiến bò, kim châm, tê, ngứa, buồn buồn từ tận trong xương hiếm gặp.

Trong các triệu chứng nhóm triệu chứng không đặc hiệu khác, các triệu chứng dễ giật mình – phản ứng quá mức đối với những bất ngờ nhỏ và cấu kính xuất hiện nhiều tuy nhiên thường ở mức độ nhẹ, không thường xuyên và không ảnh hưởng nhiều đến người bệnh, không khiến người bệnh phải chú ý đến, hay than phiền nhiều. Hầu hết các người bệnh có rối loạn lo âu đều có triệu chứng khó tập trung – đầu óc trống rỗng vì lo lắng và khó ngủ vì lo lắng với tỷ lệ 90,2% và 87,8%, với mức độ khó chịu của triệu chứng chủ yếu ở mức độ nhẹ đến vừa. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Ubaidullaeva, cho thấy đặc trưng của tình trạng tâm thần ở người bệnh nữ giới mắc Basedow là mức độ lo lắng cao (cả tự cá nhân và trong các hoàn cảnh), lơ đãng, nóng nảy, rối loạn chú ý, rối loạn giấc ngủ, trong khi các chỉ số trí nhớ vẫn còn nguyên vẹn⁷.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn lo âu là bệnh lý thường gặp ở người bệnh Basedow (48,2%).

Triệu chứng phổ biến nhất ở người bệnh Basedow gặp rối loạn lo âu là triệu chứng kích thích thần kinh thực vật và các triệu chứng không đặc hiệu khác (100%). Các triệu chứng này có thể gây khó chịu, giảm chất lượng cuộc sống, trùng lặp với các triệu chứng của Basedow.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Davies TF, Andersen S, Latif R, et al.** Graves' disease. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):52. doi:10.1038/s41572-020-0184-y
2. **Basedow's coma.** NORD (National Organization for Rare Disorders). <https://rarediseases.org/gard-rare-disease/basedows-coma/>
3. **Fukao A, Takamatsu J, Arishima T, et al.** Graves' disease and mental disorders. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*. 2020; 19:100207. doi:10.1016/j.jcte.2019.100207
4. **Zhu Jie, Jiang Yi, Ren Jianmin, et al.** Anxiety and the Risk Factors in Graves' Disease. *Chinese Journal of Mental Health*. 2004;18(7):495-497.

5. **Antonelli A, Ferrari SM, Ragusa F, et al.** Graves' disease: Epidemiology, genetic and environmental risk factors and viruses. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism.* 2020;34(1):101387. doi:10.1016/j.beem.2020.101387
6. **Chattopadhyay C, Chakrabarti N, Ghosh S.** An assessment of psychiatric disturbances in Graves disease in a medical college in eastern India. *Nigerian Journal of Clinical Practice.* 2012;15(3):276-279. doi:10.4314/njcp.v15i3
7. **Ubaidullaeva NB, Allayarova GI, Nasyrkhodzhaev YB, et al.** The level of anxiety in women with Graves' disease. *Endocrinol Metab Int J.* 2018;6(6):423-425. doi:10.15406/emij.2018.06.00227

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC CẮT TUYẾN ỨC CÓ KẾT HỢP ĐƯỜNG MỔ DƯỚI MŨI ỨC

Lê Thị Thiên Nga^{1,2}, Hồ Tất Bằng^{1,2},
Nguyễn Đình Phát¹, Trần Thanh Vỹ^{1,2}, Trần Minh Bảo Luân^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ngắn hạn phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức kết hợp đường mổ dưới mũi ỨC. **Đối tượng - Phương pháp:** Đây là nghiên cứu tiền cứu mô tả loạt ca các trường hợp phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức mở rộng có kết hợp đường mổ dưới mũi ỨC tại khoa Lồng ngực Mạch máu, bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Có 19 trường hợp phẫu thuật cắt tuyến ức tại bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2022. Giới nữ chiếm ưu thế (68%), phần lớn bệnh nhân nhập viện với triệu chứng nhược cơ (57,9%), u tuyến ức chiếm 68,4% trong sang thương trung thất trước. Trong và sau phẫu thuật ghi nhận một trường hợp thủng hoành phải sau vô trocar (5,3%), có mổ ngực thám sát, khâu phục hồi cơ hoành, một trường hợp suy hô hấp hỗn hợp sau mổ (5,3%) cần thở oxy lưu lượng cao qua ống thông mũi trong 5 ngày, tình trạng hô hấp cải thiện, xuất viện 3 ngày sau đó. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức kết hợp đường mổ dưới mũi ỨC là một phương pháp tiếp cận mới trong bệnh lý nhược cơ không u cũng như có u tuyến ức, giúp cung cấp tầm nhìn tốt ở vùng trung thất trước, quan sát rõ thần kinh hoành 2 bên, tạo điều kiện cho phẫu thuật cắt tuyến ức mở rộng, tăng hiệu quả điều trị ngoại khoa trong bệnh lý nhược cơ cũng như đạt diện cắt rộng trong u tuyến ức.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức; đường mổ dưới mũi ỨC

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF ENDOSCOPIC THYMECTOMY COMBINED SUBXIPHOID INCISION

Objectives: To evaluate the short term results of

endoscopic thymectomy combined subxiphoid approach. **Methods:** This is a prospective case series study of endoscopic thymectomy using subxiphoid incision at Thoracovascular department, University medical center, Ho Chi Minh City. **Results:** There were 19 cases of endoscopic thymectomy combined subxiphoid incision at University medical center from January 2021 to June 2022. Female is predominant (68%), majority chief complaints with symptoms of myasthenia gravis (57.9%), thymoma is accounted for 68.4% of anterior mediastinal lesions. Complication during and after surgery, there was 1 case of right diaphragmatic perforation (accounting for 5.3%), we had to do thoracotomy for diaphragmatic restoration; 1 case of postoperative respiratory failure (accounting for 5.3%), patient was ventilated by high-flow nasal cannula for 5 days. Respiratory condition was improved, patient was discharged 3 days later. **Conclusion:** Endoscopic thymectomy combined with subxiphoid incision is a new approach in non-tumor myasthenia gravis as well as thymoma, providing good vision in the anterior mediastinum, important for clearly seeing the bilateral diaphragmatic nerve, creating good condition for extended thymectomy, increasing the effectiveness of surgical treatment in myasthenia gravis as well as achieving a wide resection in thymoma.

Keywords: Endoscopic thymectomy; subxiphoid incision.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức là phương pháp điều trị ít xâm lấn, giúp người bệnh sớm phục hồi và giảm bớt các biến chứng so với mổ mở qua đường mổ ngực hoặc đường mổ giữa xương ức [1]. Tuy nhiên, hiện nay phẫu thuật nội soi lồng ngực đường bên kinh điển lại gặp khó khăn trong việc quan sát rõ thần kinh hoành đối diện khiến cuộc phẫu thuật không đạt được diện cắt mở rộng, đòi hỏi các phẫu thuật viên phải tìm tòi các đường mổ khác giúp đạt được tầm nhìn tốt hơn ở vùng trung thất trước với các trường hợp cắt rộng tuyến ức bệnh lý não

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Chịu trách nhiệm chính:

Email: tranminhbaoluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.11.2022

Ngày duyệt bài: 8.11.2022