

Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp nhân lành tính tại Bệnh viện Quân y 105

Results of endoscopic thyroidectomy for benign thyroid nodules in 105 Military Hospital

Trần Hồng Đức

Bệnh viện Quân y 105

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi và an toàn của phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp nhân lành tính tại Bệnh viện Quân y 105. **Đối tượng và phương pháp:** 31 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp nhân lành tính tại Bệnh viện Quân y 105 từ tháng 8 năm 2014 đến tháng 5 năm 2018. **Kết quả:** Trong 31 bệnh nhân đã được mổ có 4 bệnh nhân nam (12,9%), 27 nữ (81,7%), tuổi trung bình $35,94 \pm 10,93$ (16 - 58 tuổi). Kích thước nhân trung bình $2,45 \pm 0,91\text{cm}$ (0,6 - 4,5cm). 11 bệnh nhân bướu ở thùy phải, 17 bệnh nhân bướu ở thùy trái, 3 bệnh nhân bướu ở eo tuyến. Thời gian phẫu thuật trung bình $86,45 \pm 22,44$ phút (50 - 150 phút). Lượng máu mất trung bình $13,68 \pm 10,30\text{ml}$ (2 - 40ml). Có 1 trường hợp phải chuyển mổ mở. Không có tai biến trong mổ, không có biến chứng sau mổ. Ngày nằm viện trung bình là $6,97 \pm 2,30$ (3 - 15 ngày). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, có tính thẩm mỹ cao.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi bướu giáp, bướu giáp.

Summary

Objective: To assess the feasibility and safety of endoscopic surgery for benign thyroid nodule at the 105 Military Hospital. **Subject and method:** 31 patients had undergone endoscopic treatment for benign thyroid nodule from August 2014 to June 2018. **Result:** 31 patients underwent endoscopic thyroidectomy with 4 male patients and 27 female patients. The mean age was: 35.94 ± 10.93 years (16 - 58 years). The mean nodular size was: $2.45 \pm 0.91\text{cm}$ (0.6 - 4.5cm). There were 11 (35.5%) case of right lobectomy and 17 (54.8%) case of left lobectomy. The mean operating time was 86.45 ± 22.44 minutes (50 - 150 minutes). The mean blood lost was $13.68 \pm 10.30\text{ml}$ (2 - 40ml). Change to open procedure was 1 (3.2%). There was no case of complications. The mean treatment time was 6.97 ± 2.30 days (3 - 15 days). The cosmetic results were considered good and excellent in all patients. **Conclusion:** Endoscopic thyroid surgery is increasingly common. It could bring a safe and effective treatment. Patients gained sense of cosmetic and comfort.

Keywords: Endoscopic thyroidectomy, thyroid nodule.

1. Đặt vấn đề

Tỷ lệ người dân có nhân giáp trong cộng đồng từ 3 - 7% [6]. Trong đó, bướu giáp đơn thuần thể

nhân còn chiếm tỷ lệ đáng kể, thường được phát hiện tình cờ vì ít gây ảnh hưởng toàn thân. Hiện nay, điều trị bệnh bướu giáp đơn nhân có các phương pháp: Nội khoa, ngoại khoa và xạ trị. Mỗi phương pháp có chỉ định cũng như ưu, nhược điểm khác nhau. Trong phẫu thuật tuyến giáp sẹo mổ ở cổ luôn lộ ra bên ngoài, dễ nhìn thấy nhất là khi sẹo mổ dài và sẹo lồi. Bệnh nhân bị bướu giáp, đặc biệt là phụ

Ngày nhận bài: 15/9/2018, ngày chấp nhận đăng: 15/10/2018

Người phản hồi: Trần Hồng Đức

Email: drtranduc@gmail.com - Bệnh viện Quân y 105

nữ khi đến cơ sở ngoại khoa, ngoài nỗi lo về về bệnh còn băn khoăn về sẹo mổ ở cổ. Năm 1997, Huscher là người đầu tiên trên thế giới phẫu thuật nội soi cắt thủy tuyến giáp. Cho đến nay, điều trị bệnh lý tuyến giáp bằng phẫu thuật nội soi đã trở nên phổ biến và ngày càng phát triển khắp các châu lục. Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi tuyến giáp được thực hiện đầu tiên tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương tháng 4/2003, Bệnh viện Bình Dân - Thành phố Hồ Chí Minh năm 2005... Mục tiêu nghiên cứu nhằm: *Đánh giá tính khả thi và an toàn của phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp tại Bệnh viện Quân y 105.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng gồm 31 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp tại Bệnh viện Quân y 105 từ tháng 8 năm 2014 đến tháng 5 năm 2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là bướu giáp đơn thuần đơn nhân.

Nhân tuyến giáp có đường kính lớn nhất xác định trên siêu âm ≤ 5 cm.

Kết quả mô bệnh học sau mổ là lành tính.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bướu giáp tái phát, có sẹo co kéo vùng cổ trước hoặc chiếu xạ vùng cổ.

Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật nội soi.

2.2. Phương pháp

Phương pháp hồi cứu, can thiệp lâm sàng, mô tả cắt ngang và không đối chứng.

Phương tiện nghiên cứu:

Hệ thống máy phẫu thuật nội soi.

Hệ thống camera, nguồn sáng, hệ thống hút, hệ thống bơm khí CO₂.

Ống kính quang học với mặt phẳng 0 độ, 30 độ.

Dao điện, dao siêu âm.

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi thông thường: Trocar loại 10mm và 5mm có van, kẹp phẫu tích (kelly), móc đốt (Hook), kéo, ống hút...

Bộ dụng cụ mổ mở tuyến giáp: Để phòng phải chuyển mổ mở.

Quy trình phẫu thuật (theo đường ngực - nách):

Đặt trocar: Đặt trocar 10mm vị trí đường nách giữa giao với bờ trên của vú bên có bướu. Đưa trocar vào đúng lớp lỏng lẻo dưới da, trên lớp cân nông. 1 trocar ở rãnh delta - ngực cùng bên có bướu, 1 trocar ở quầng vú cùng bên bướu tại điểm 2 giờ (nếu mổ bên phải) hay 10 giờ (nếu mổ bên trái). Đặt 2 trocar 5mm dưới sự quan sát của camera sao cho dễ đưa vào đường bóc tách của khí CO₂ và cách đều trocar 10mm.

Tạo khoang phẫu thuật: Dùng móc đốt để bóc tách giữa lớp mỡ dưới da và lớp cân cơ ngực từ dưới lên trên từ ngoài vào trong theo hướng từ hõm ức tới vị trí bướu. Bóc tách bóc lộ toàn bộ cơ ức đòn chũm cùng bên đến mức trên sụn giáp.

Tách cơ, bóc lộ bướu giáp: Vén bờ trước cơ ức đòn - chũm ra ngoài, cơ vai - móng lên trên ra ngoài, tách dọc cơ ức giáp để vào bóc lộ bướu giáp.

Đánh giá tổn thương cắt bướu: Cắt tuyến giáp theo thứ tự: Cắt giải phóng cực dưới trước, cắt eo tuyến giáp, tách khoảng vô mạch, cắt cực trên tuyến giáp, cắt dây chằng berry có thể thấy và tránh thần kinh quặt ngược thanh quản. Cũng có thể cắt theo thứ tự: Cực trên trước, cực dưới và eo, tìm thần kinh thanh quản quặt ngược, rồi mới cắt dây chằng berry. Chú ý cắt sát bướu để tránh tổn thương cận giáp, khí quản và dây thần kinh quặt ngược.

Cầm máu, lấy bệnh phẩm, đặt dẫn lưu, đóng vết mổ: Kiểm tra lại thần kinh quặt ngược, tuyến cận giáp, rửa sạch trường mổ và cầm máu kỹ. Lấy bệnh phẩm bằng túi nylon qua trocar 10mm. Đặt dẫn lưu hút áp lực âm qua chân trocar 10mm. Đóng các vết mổ chân trocar và băng vô khuẩn.

Đánh giá kết quả phẫu thuật:

Đánh giá kết quả phẫu thuật theo Trịnh Minh Tranh [3] chia làm 4 mức độ dựa trên các tiêu chuẩn sau:

Tốt: Cắt được bướu theo đúng chỉ định, không có biến chứng sau mổ, xuất viện trước 5 ngày.

Khá: Cắt được bướu theo đúng chỉ định, có 1, 2 biến chứng nhẹ như: Vùng mổ hơi nề, đỏ, số lượng dịch dẫn lưu ≥ 50 ml/24 giờ đầu. Xuất viện trong vòng 7 ngày.

Trung bình: Cắt được bướu theo đúng chỉ định, vùng mổ nề hoặc bầm da.

Có các biến chứng như khàn tiếng tạm thời (hết sau vài ngày), soi thanh quản không liệt dây thanh âm, tê tay chân hơn 7 ngày, thời gian nằm viện trên 7 ngày.

Xấu: Còn sót nhân, khàn tiếng sau khi xuất viện, khi soi thanh quản có liệt dây thanh âm. Nhiễm trùng vết mổ.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là: $35,94 \pm 10,93$

Kích thước nhân giáp trung bình trên siêu âm là $2,45 \pm 0,91\text{cm}$ (Min - Max: 0,6 - 4,5cm).

Tính chất và vị trí nhân giáp

Bảng 2. Tính chất và vị trí nhân giáp trên siêu âm

Tính chất và vị trí nhân	Số lượng (n = 31)	Tỷ lệ %
Đặc	12	38,7
Hỗn hợp	9	29,0
Nang	10	32,3
Tổng	31	100,0
Thùy phải	11	35,5
Thùy trái	17	54,8
Eo giáp	3	9,7
Tổng	31	100,0

Bảng 3. Nồng độ hormone tuyến giáp và TSH huyết thanh trước mổ

Chỉ số (đơn vị)	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình $\bar{X} \pm SD$
FT3 (pmol/L)	4,34	15,96	$7,03 \pm 2,54$
FT4 (pmol/L)	8,07	18,06	$12,63 \pm 2,58$
TSH ($\mu\text{UI/ml}$)	0,08	2,06	$0,84 \pm 0,49$

3.2. Kết quả phẫu thuật

Phương pháp mổ

Bảng 4. Phương pháp mổ

Phương pháp mổ	Eo giáp	Thùy phải	Thùy trái	Tổng
Cắt gần hoàn toàn thùy	0	11	17	28
Cắt nhân giáp	3	0	0	3
Tổng	3	11	17	31

năm (16 - 58 tuổi). Trong số 31 bệnh nhân thì có 27 nữ giới (chiếm 85,2%) và 4 nam giới (chiếm 14,8%).

Bảng 1. Các phương pháp điều trị trước phẫu thuật

Các phương pháp	Số lượng (n = 31)	Tỷ lệ %
Nội khoa	2	6,5
Chọc hút	1	3,2
Chưa điều trị gì	28	90,3
Tổng	31	100,0

Thời gian phẫu thuật trung bình: $86,45 \pm 22,44$ phút, ngắn nhất là 50 phút, dài nhất là 150 phút.

Lượng máu mất trong mổ

Bảng 5. Lượng máu mất trong mổ

	Số lượng	Ít nhất	Nhiều nhất	Trung bình
Nhóm cắt gân hoàn toàn thùy	28	5	40	$13,89 \pm 10,71$
Nhóm cắt nhân giáp	3	2	15	$11,67 \pm 5,77$

Tai biến trong mổ

Bảng 6. Các tai biến trong mổ

Tai biến	Số lượng (n = 31)	Tỷ lệ %
Chảy máu	0	0
Thủng thực quản	0	0
Thủng khí quản	0	0
Bỏng da	0	0
Chuyển mổ mở	1	3,2

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm nghiên cứu là $5,57 \pm 1,30$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 11 ngày.

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật theo Trịnh Minh Tranh

Bảng 7. Đánh giá kết quả theo Trịnh Minh Tranh

	Số lượng (n = 31)	Tỷ lệ %
Tốt	18	58,06
Khá	11	35,48
Trung bình	2	6,46
Xấu	0	0

3.4. Sự hài lòng của bệnh nhân

Bảng 8. Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân

	Số lượng (n = 31)	Tỷ lệ %
Hài lòng	29	93,55
Bình thường	2	6,45
Không hài lòng	0	0

4. Bàn luận

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Giới tính: Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong số 31 bệnh nhân thì có 27 nữ giới (chiếm 85,2%) và 4 nam giới (chiếm 14,8%). Điều này phù hợp với bệnh bướu giáp đơn thuần là bệnh lý gặp ở nữ giới nhiều

hơn nam giới và nhu cầu về thẩm mỹ của nữ giới có lúc cao hơn nam giới

Tuổi: Tuổi trung bình của nghiên cứu là: $35,94 \pm 10,93$ (16 - 58 tuổi). Bệnh lý bướu giáp có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tuổi cũng là một yếu tố quan trọng để tiên lượng và điều trị bướu giáp. Thời gian đầu mới triển khai kỹ thuật chúng tôi chưa có nhiều kinh nghiệm, kỹ thuật chưa thành thạo nên chỉ định những bệnh nhân còn trẻ tuổi. Phẫu thuật nội soi tuyến giáp có ưu điểm ít xâm lấn, có kết quả thẩm mỹ cao vì sẹo mổ nhỏ, ở những vị trí được che khuất người đối diện khó có thể biết được bệnh nhân đã được phẫu thuật, không ảnh hưởng đến giao tiếp. Do vậy, đa số bệnh nhân ở nhóm tuổi này lựa chọn phương pháp phẫu thuật nội soi là điều tất yếu.

Các phương pháp điều trị trước mổ: Có 28 trường hợp bệnh nhân chưa điều trị gì, 2 trường hợp điều trị nội khoa đơn thuần, 1 trường hợp chọc hút đơn thuần. Các trường hợp chưa điều trị gì thì đa số là có chỉ định phẫu thuật không có trường hợp điều trị nội khoa. Các bệnh nhân được điều trị chọc hút thì chúng tôi thấy trong cuộc mổ bướu giáp có dính vào tổ chức xung quanh nhiều hơn, đặc biệt là dính nhiều vào cơ ức giáp khiến cho quá trình tách tổ chức bướu giáp. Có thể là quá trình chọc hút làm thủng bao giáp tạo phản ứng tại chỗ nên gây ra tình trạng trên.

Chỉ định phẫu thuật

Đa số các tác giả tiến hành phẫu thuật nội soi với những bướu giáp có đường kính nhân $\leq 4\text{cm}$ [3], [8]. Tuy nhiên, có những tác giả chỉ định phẫu thuật cho những trường hợp nhân giáp to hơn nữa [4], [5]. Chúng tôi bước đầu thực hiện kỹ thuật nên chọn những bệnh nhân có đường kính nhân giáp $\leq 5\text{cm}$. Nhưng hiện nay theo chúng tôi thấy đường kính nhân giáp lớn không phải là yếu tố gây khó khăn nhất cho cuộc mổ mà còn những vấn đề khác như: Chiều dài của cổ bệnh nhân, độ cao của xương đòn, độ di động của bướu giáp, kỹ năng thành thạo của phẫu thuật viên... Nếu chúng ta thành thạo kỹ thuật, độ di động của bướu tốt... thì hoàn toàn có thể phẫu thuật nội soi được cho các nhân giáp có đường kính lớn hơn nữa.

Thời gian mổ

Thời gian mổ là khoảng thời gian được tính từ lúc rạch da đến lúc đóng vết mổ xong. Thời gian mổ bị ảnh hưởng bởi rất nhiều yếu tố như: Lựa chọn bệnh nhân, sự phối hợp của vô cảm và dụng cụ viên, kỹ năng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, trang thiết bị... Tuy nhiên, các tác giả trong và ngoài nước đều thống nhất là đối với một phẫu thuật viên thì càng những trường hợp mổ về sau thì thời gian mổ sẽ ngắn hơn và thời gian mổ giữa các tác giả cũng khác nhau. Theo tác giả Trần Ngọc Lương phẫu thuật cho 2.194 trường hợp thì trước năm 2005 thời gian mổ trung bình là $98,6 \pm 28,6$ phút, năm 2010 thì thời gian mổ trung bình là $26,39 \pm 5,12$ phút [2].

Lượng máu mất trong mổ

Nhờ sự phóng đại và hình ảnh rõ nét của đèn nội soi giúp chúng ta nhận rõ các cấu trúc giải phẫu, việc phẫu tích đúng lớp, đúng khoang thì rất ít bị chảy máu. Khi tiến hành cắt bướu chúng tôi dùng dao siêu âm có tác dụng vừa cắt, vừa đốt, do vậy lượng máu mất rất ít. Có những trường hợp hầu như không có chảy máu do tổn thương mạch trong suốt quá trình mổ, chỉ có thấm ít máu khi rạch da, hoặc trong khi tạo khoang thì đều được cầm máu ngay. Theo kinh nghiệm của chúng tôi trong quá trình tạo khoang có 2 vùng dễ chảy máu là vùng trên xương đòn và khi phẫu tích ở đường giữa. Nguyên nhân là do góc nhìn của phẫu thuật viên hẹp và ranh giới giải phẫu không hoàn toàn rõ ràng. Trong nghiên cứu này không có trường hợp nào phải truyền máu trong mổ, sau mổ.

Các tai biến và biến chứng

Trong 31 bệnh nhân phẫu thuật nội soi của chúng tôi có 1 trường hợp (3,2%) phải chuyển mổ mở do tổ chức bướu bị vỡ nhiều mảnh nhỏ xen lẫn vào tổ chức, không thể lấy hết được nên chúng tôi quyết định mổ mở để lấy được hết toàn bộ nhân. Đây là trường hợp xảy ra trong thời gian đầu chúng tôi triển khai kỹ thuật nên chưa có kinh nghiệm xử lý tình huống này. Các tai biến hay gặp trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp là chảy máu, tổn thương khí quản, thực quản, dây thần kinh quặt ngược hoặc bóng vùng da trên khoang phẫu thuật. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi thấy có 2 thời điểm có thể dễ gây tổn thương dây thần kinh quặt ngược. Một là quá trình phẫu tích bộc lộ thủy tuyến mà bướu giáp to có thể gây thay đổi giải phẫu, nhất là trường hợp bướu có nhiều nhân, trường hợp này dây thần kinh có thể đi ra phía trước ngoài bướu giáp nên khi bộc lộ phẫu thuật viên vô tình làm tổn thương nó. Trường hợp thứ hai là khi tiến hành cắt dây chằng bery, dây thần kinh quặt ngược đi vào dây chằng và có trường hợp đi cả vào nhu mô tuyến, khi cắt bướu có thể gây tổn thương dây thần kinh. Theo chúng tôi những trường hợp này nên bộc lộ dây thần kinh trước khi cắt bướu và sau khi tách dây thần kinh đến đâu thì mới cắt bướu đến đó thì sẽ tránh được làm tổn thương thần kinh quặt ngược.

Tác giả Trần Ngọc Lương phẫu thuật 2194 trường hợp thì có 2 trường hợp thủng khí quản chiếm 0,09% [2]. Nguyễn Phi Hùng và cộng sự mổ 178 trường hợp thì bỏng da 2 trường hợp chiếm 1,12% [1]. Trong 336 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ở 4 trung tâm mà Miccoli tổng hợp thì tỷ lệ nói khàn tạm thời là 2,08%, tỷ lệ nói khàn vĩnh viễn xảy ra ở 1 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 0,29% hạ canxi tạm thời 9 bệnh nhân (2,76%) và hạ canxi vĩnh viễn 2 bệnh nhân (0,59%) [8]. Tác giả Hakim Darail và cộng sự trên 1.085 trường hợp thấy tỷ lệ biến chứng nói chung là 13,5% các biến chứng gặp là: Giảm canxi thoáng qua là 6,3%, khàn tiếng thoáng qua là 3,9%, tụ máu là 0,4% [7]. Tác giả Chen J và cộng sự mổ 122 trường hợp có 9 trường hợp hạ canxi máu tạm thời, 6 trường hợp khàn giọng [9].

Kết quả phẫu thuật

Có 29 trường hợp phẫu thuật đạt khá và tốt chiếm 93,55%. Có 2 trường hợp có kết quả trung bình chiếm 6,45%. Không có trường hợp nào kết quả xấu.

Sự hài lòng của bệnh nhân

Đa số bệnh nhân sau mổ hài lòng với kết quả phẫu thuật, tự tin khi giao tiếp. Phẫu thuật nội soi tuyến giáp đã giải quyết được vấn đề thẩm mỹ, tránh được sẹo vùng cổ và đây cũng là ưu điểm lớn nhất của phương pháp này.

5. Kết luận

Qua 31 trường hợp phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp đơn nhân lành tính tại Bệnh viện Quân y 105 chúng tôi rút ra kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp đơn nhân lành tính là phương pháp khả thi, an toàn, hiệu quả với những tai biến, biến chứng trong và sau mổ rất thấp. Có 1 trường hợp phải chuyển mổ mở. Không có tai biến trong mổ, không có biến chứng sau mổ. Kết quả đạt khá và tốt chiếm 93,55%. Đạt hiệu quả cao về mặt thẩm mỹ mà phương pháp mổ mở không thể có được.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Phi Hùng, Trần Quốc Tuấn và Châu Phú Vinh (2011) *Đánh giá bước đầu phẫu thuật bướu giáp nhân lành tính bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hoàn mỹ Cửu Long*. Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, Tập 1 (Số 02), tr. 16-19.
2. Trần Ngọc Lương (2011) *Phẫu thuật nội soi tuyến giáp sau 8 năm thực hiện*. Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, tập 1 (số 02), tr. 5-10.
3. Trịnh Minh Tranh (2013) *Nghiên cứu chỉ định điều trị bướu giáp đơn nhân bằng phẫu thuật nội soi*, Luận án tiến sỹ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Anuwong A, Sasanakietkul T, Jitpratoom P et al (2018) *Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA): indications, techniques and results*. Surg Endosc 32(1): 456-465.
5. Chand G, Mishra SK, Kumar A et al (2017) *Endoscopic thyroidectomy: Experience of breast and axillary approach*. Journal of Universal Surgery 5(3),
6. Gharib H, Papini E, Valcavi R et al (2006) *American association of clinical endocrinologists and associazione medici endocrinologi medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules*. Endocr Pract 12(1): 63-102.
7. Hakim Darail NA, Lee SH, Kang SW et al (2014) *Gasless transaxillary endoscopic thyroidectomy: A decade on*. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 24(6): 211-215.
8. Miccoli P, Bellantone R, Mourad M et al (2002) *Minimally invasive video-assisted thyroidectomy: multiinstitutional experience*. World J Surg 26(8): 972-975.
9. Chen J, Zheng H, Jiang L et al (2015) *122 cases of endoscopic thyroidectomies through modified chest and mammary areola approach*. Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi 29(7): 603-606.