

truyền kết hợp với Y học hiện đại điều trị nhồi máu não tại Khoa Lão cho hiệu quả tốt, tuy nhiên để nâng cao hiệu quả điều trị cần: (1) Tăng cường dự phòng nhồi máu não thứ cấp bằng thuốc hạ huyết áp, statins và thuốc chống kết tập tiểu cầu; (2) Tăng cường phục hồi chức năng bằng vật lý trị liệu và vận động trị liệu; (3) Kết hợp sử dụng thuốc thang và các chế phẩm thuốc cổ truyền kết hợp với châm cứu và xoa bóp bấm huyệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amarenco P, Labreuche J.** Lipid management in the prevention of stroke: review and updated meta-analysis of statins for stroke prevention. *The Lancet Neurology*. 2009;8(5):453-463. doi:10.1016/S1474-4422(09)70058-4
2. **Belskaya GN, Stepanova SB, Makarova LD, Sergienko DA, Krylova LG, Antimonova KV.** [Acupuncture in the prevention and treatment of stroke: a review of foreign studies]. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult*. 2020;97(2):68-77. doi:10.17116/kurort20209702168
3. **Daniel G Hackam, J. David Spence.** Combining multiple approaches for the secondary prevention of vascular events after stroke: a quantitative modeling study. *Stroke*. 2007;38(6):1881-1885. doi:10.1161/STROKEAHA.106.475525
4. **Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al.** World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *International journal of stroke*. 2022; 17(1): 18-29. doi:10.1177/17474930211065917
5. **Hao DL, Li JM, Xie R, et al.** The role of traditional herbal medicine for ischemic stroke: from bench to clinic - A critical review. *Phytomedicine*. 2023;109:154609. doi:10.1016/j.phymed.2022.154609
6. **Mai DT, Đào XC, Lương NK, Nguyễn TK, Nguyễn HT, Nguyễn TN.** Current state of stroke care in Vietnam. *Stroke: Vascular and interventional neurology*. 2022;2(2):e000331. doi:10.1161/SVIN.121.000331
7. **Shahid J, Kashif A, Shahid MK.** A comprehensive review of physical therapy interventions for stroke rehabilitation: Impairment-based approaches and functional goals. *Brain Sci*. 2023;13(5):717. doi:10.3390/brainsci13050717
8. **Tikham S, Songthap A.** The treatment in stroke with Thai Traditional medicine. *Journal of Southern technology*. 2022;15(2):123-131.
9. **World Health Organization.** World Stroke Day 2022. Accessed March 28, 2023. <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>
10. **Yamanashi H, Ngoc MQ, Huy TV, et al.** Population-based incidence rates of first-ever stroke in central Vietnam. *Plos one*. 2016;11(8):e0160665. doi:10.1371/journal.pone.0160665

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM VỀ HÀM VÀ SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN ĐƯỢC LÀM PHỤC HÌNH THẢO LẤP TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

Chu Thị Quỳnh Hương^{1,2}, Đào Thị Dung²,
Trần Thùy Linh², Phạm Minh Trí³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mất răng gây biến đổi tại chỗ và toàn thân, đặc biệt mất răng toàn hàm gây biến đổi trầm trọng về giải phẫu, rối loạn chức năng tiêu hóa, phát âm thẩm mỹ, ảnh hưởng đến tâm lý sức khỏe, giao tiếp của người bệnh. Để hoàn thiện một PHTL cho bệnh nhân mất răng toàn hàm người bác sĩ cần phải hiểu biết về các giải phẫu liên quan, dựa vào các hình thái tiêu xương sống hàm có thể tiên lượng được mức độ bám dính của hàm giả. **Mục tiêu:** Nghiên cứu khảo sát các đặc điểm lâm sàng của hàm mất răng toàn hàm và sự hài lòng của bệnh nhân được điều trị bằng hàm giả tháo lắp toàn phần tại bệnh viện răng

hàm mặt Trung ương Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 20 bệnh nhân mất răng có 30 hàm toàn phần. **Kết quả:** Qua khảo sát các đặc điểm về hàm, sống hàm trên mức độ tiêu xương chiếm loại I, II là chủ yếu (85,7%), sống hàm dưới chiếm loại II, III chủ yếu (81,3%); hình thái tiêu xương sống hàm trên hình đối đa số (85,8%) hàm dưới sắc cạnh và phẳng chiếm nhiều hơn (56,2%). Kết quả về chức năng và thẩm mỹ đạt kết quả sau 1 tháng sử dụng hàm giả tốt: 100% hàm trên bám dính tốt, có 25% không bám dính tốt là ở các hàm dưới có sống hàm phẳng và tiêu xương độ III.

Từ khóa: Mất răng toàn hàm, phục hình tháo lắp toàn phần.

SUMMARY

REVIEW OF ARCH CHARACTERISTICS AND PATIENT SATISFACTION FOLLOWING TREATMENT WITH COMPLETE REMOVABLE DENTURES AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY, HANOI

¹Bệnh viện Răng hàm mặt Trung Ương Hà Nội

²Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Kinh Doanh Công Nghệ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Quỳnh Hương
Email: quynhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025

Background: Tooth loss leads to both local and systemic changes. Complete edentulism (complete tooth loss), in particular, causes severe anatomical alterations, functional digestive disorders, aesthetic and phonetic issues, and negatively affects the patient's psychology and social interactions. To create a well-fitted complete removable prosthesis for edentulous patients, dentists must have a thorough understanding of the relevant anatomical structures. The morphology of alveolar ridge resorption can help predict the level of denture retention. **Objective:** This study aims to evaluate the clinical characteristics of completely edentulous ridges and patient satisfaction with complete removable dentures at the National Hospital of Odonto-Stomatology in Hanoi. **Subjects and Methods:** this was a descriptive interventional clinical study without a control group, conducted on 20 edentulous patients with a total of 30 complete dentures. **Results:** Analysis of ridge characteristics showed that in the maxilla, alveolar ridge resorption was predominantly classified as Type I and II (85.7%), while in the mandible, it was mainly Type II and III (81.3%). The maxillary ridge commonly had a hill-shaped resorption pattern (85.7%), whereas the mandibular ridge was frequently more sharp-edged and flat patterns (56.2%). After one month of denture use, functional and aesthetic outcomes were positive. All maxillary dentures had good retention (100%), while 25% of mandibular dentures with flat ridges and Type III resorption exhibited poor retention.

Keywords: Edentulism, complete tooth loss, complete removable dental.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất răng toàn hàm gây biến đổi trầm trọng về giải phẫu rồi loạn chức năng tiêu hóa, phát âm thẩm mỹ, ảnh hưởng đến tâm lý sức khỏe, giao tiếp của người bệnh [1]. Để hoàn thiện một phục hình tháo lắp cho bệnh nhân mất răng toàn hàm ăn nhai được là rất khó. Sự thành công và ổn định của hàm giả phụ thuộc rất nhiều vào tình trạng tại chỗ, đặc biệt là sống hàm của bệnh nhân. Vì vậy, để làm được hàm giả tốt, đáp ứng đủ nhu cầu thẩm mỹ, ăn nhai, giao tiếp người bác sĩ cần phải hiểu biết về các giải phẫu liên quan, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: "Khảo sát đặc điểm về hàm và sự hài lòng trên bệnh nhân được làm phục hình tháo lắp toàn phần tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội" với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân mất răng toàn hàm và sự hài lòng của bệnh nhân tại Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Là sống hàm của bệnh nhân mất răng toàn hàm được làm hàm giả tháo lắp toàn phần đến khám và điều trị tại khoa Phục hình bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung

Ương Hà Nội

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Hàm mất răng toàn hàm được làm hàm giả tháo lắp toàn phần, hàm chưa qua phẫu thuật, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Hàm còn răng, hàm phẫu thuật, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thu được là 30 hàm trên 20 bệnh nhân

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ thuận tiện có chủ đích.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu
- Đánh giá kết quả phục hình tháo lắp toàn phần ngay sau khi mang phục hình, và sau khi mang phục hình 1 tháng.

Phương pháp thu thập số liệu: Nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi, giới tính

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới (n=20)

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 60	3	23,1%	2	28,5%	5	25%
>60	10	76,9%	5	71,5%	15	75%
Tổng	13	100%	7	100%	20	100%

Nhận xét: Tuổi bệnh nhân gặp chủ yếu là từ 60 tuổi trở lên chiếm 75%. Số bệnh nhân nam nhiều hơn số bệnh nhân nữ.

3.1.2. Mức độ tiêu xương sống hàm

Bảng 3.2: Mức độ tiêu xương sống hàm (n=30)

Mức độ	Vị trí	Hàm trên		Hàm dưới	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Độ I		3	21,4%	3	18,7%
Độ II		9	64,3%	6	37,5%
Độ III		2	14,3%	7	43,8%
Độ IV		0	0	0	0%
Tổng		14	100%	16	100%

Nhận xét: Ở hàm trên tiêu xương độ II chiếm tỷ lệ nhiều nhất (64,3%), sau đó là tiêu xương độ I chiếm tỉ lệ 21,4%. Ngoài ra ở tiêu xương độ III chiếm 14,3%.

Ở hàm dưới, mức độ tiêu xương nhìn chung nặng hơn hàm trên. Đa số hàm tiêu xương ở mức độ II (37,5%) và mức độ III (43,8%). Tiêu xương mức độ I chiếm tỷ lệ 18,7%. Không có trường hợp nào tiêu xương độ IV. Mức độ tiêu xương càng

hiều thì gây bất lợi khi làm hàm giả.

3.1.3. Hình thái tiêu xương sống hàm

Bảng 3.3: Hình thái tiêu xương (n=30)

	Hình đôi		Hình năm		Sắc cạnh		Phẳng		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Hàm trên	12	85,8%	1	7,1%	1	7,1%	0	0%	14	100%
Hàm dưới	7	43,8%	0	0%	3	18,7%	6	37,5%	16	100%
Tổng	19	63,3%	1	3,3%	4	13,3%	6	20,1%	30	100%

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có hình thái tiêu xương hình đôi 63,3%, thuận lợi cho phục hình. Bên cạnh đó, tiêu xương hình năm, sắc cạnh và phẳng lần lượt chiếm tỷ lệ 3,3%, 13,3% và 20,1%. Trong đó hàm trên đa số là tiêu xương hình đôi (85,8%), hàm dưới tiêu xương hình đôi (43,8%) hoặc dạng phẳng (37,5%) chiếm đa số. Hình thái tiêu xương ảnh hưởng đến sự bám dính của hàm giả, tiêu xương sắc cạnh và phẳng bất lợi cho phục hình.

3.1.4. Sự bám dính khi nhấc hàm giả ra khỏi sống hàm

Bảng 3.4: Sự bám dính của HGTL khi nhấc hàm giả khỏi sống hàm ngay khi lắp (n=30)

Dùng lực nhấc hàm ra	Mút		Không mút	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Hàm trên	13	92,9%	1	7,1%
Hàm dưới	7	43,8%	9	56,3%
Tổng	20	66,7%	10	33,3%

Nhận xét: Lực mút của hàm giả ngay khi lắp ở hàm trên chiếm tỷ lệ cao (92,9%), hàm dưới không mút chiếm tỷ lệ khá cao (56,3%) đều ở dạng tiêu xương sắc cạnh và phẳng.

Bảng 3.5: Sự bám dính của HGTL khi nhấc hàm giả khỏi sống hàm sau 1 tháng (n=30)

Dùng lực nhấc hàm ra	Mút		Không mút	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Hàm trên	14	100%	0	100%
Hàm dưới	12	75%	4	25%
Tổng	26	86,7%	4	13,3%

Nhận xét: Sự bám dính của phục hình có sự cải thiện theo thời gian. Sau 1 tháng tỷ lệ này có sự thay đổi: 86,7% hàm có độ mút và 13,3% hàm không có độ mút (các hàm không mút ở hàm dưới)

3.1.5. Chức năng phát âm

Bảng 3.6: Đánh giá chức năng phát âm

Đánh giá Thời gian	Tốt		Trung bình		Kém	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Ngay khi	14	46,7%	15	50%	1	3,3%

lắp	Sau 1 tuần		Sau 1 tháng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Sau 1 tuần	25	83,3%	5	16,7%
Sau 1 tháng	30	100%	0	0%

Nhận xét: Nhìn chung các bệnh nhân sau khi lắp hàm có sự thích nghi rất tốt, khả năng phát âm rõ ràng, sau khoảng 1 tháng tất cả bệnh nhân đã có thể phát âm một cách bình thường mà không gặp khó khăn gì.

3.1.6. Chức năng ăn nhai

Bảng 3.7: Đánh giá chức năng ăn nhai

Đánh giá	Sau lắp 1 tuần		Sau 1 tháng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	5	16,7%	27	90%
Trung bình	22	73,3%	3	10%
Kém	3	10%	0	0%
Tổng	30	100%	30	100%

Nhận xét: Sau khi lắp một tuần khả năng ăn nhai ở mức trung bình là 73,3%, sau 1 tháng khả năng ăn nhai ở mức tốt tăng lên (90%), không còn mức kém

3.1.7. Đánh giá về thẩm mỹ: sau khi lắp hàm đạt 100% mức độ đẹp

3.1.8. Sự hài lòng của bệnh nhân về kết quả điều trị

Bảng 3.8: Sự hài lòng của bệnh nhân sau điều trị

	Ngay sau lắp		Sau 1 tháng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	19	63,3%	27	90%
Trung bình	11	36,7%	3	10%
Tổng	30	100%	30	100%

Nhận xét: Mức độ hài lòng tăng sau 1 tháng lên 90% mức độ tốt, lúc này bệnh nhân đã quen với hàm giả hơn nên ăn nhai tốt hơn, phát âm bình thường.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi, giới tính: Đa số bệnh nhân mất răng toàn hàm đều lớn tuổi (trên 60 tuổi), cao nhất là 90 tuổi, thấp nhất là 48 tuổi. Trong đó, lứa tuổi phổ biến là từ 64 - 74 tuổi. Qua đó thấy rằng các

bệnh nhân ở Việt Nam mất răng tương đối sớm, ngay cả khi còn trong độ tuổi lao động, chưa đến tuổi nghỉ hưu. Điều này khá tương đồng với nhóm bệnh nhân của Ahmed [2] với độ tuổi trung bình là $58,28 \pm 7,02$ tuổi.

Mức độ tiêu xương sống hàm: Mức độ tiêu xương hàm trên ở mức độ II chiếm tỉ lệ nhiều nhất (64,3%) còn đối với hàm dưới đa số bệnh nhân tiêu xương độ II (37,5%) và độ III (43,8%). Không có tiêu xương độ IV, mức độ tiêu xương sống hàm càng nhiều gây bất lợi cho bám dính hàm giả. Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Huy Tùng [3], ở hàm trên gặp tỷ lệ tiêu xương trung bình nhiều nhất.

Hình thái tiêu xương sống hàm: Hình thái tiêu xương chủ yếu là tiêu xương hình hình đôi (63,3%). Bên cạnh đó, tiêu xương hình nấm, sắc cạnh và phẳng lần lượt chiếm tỷ lệ 3,3%, 13,3% và 20,1%. Trong đó hàm trên đa số là tiêu xương hình đôi (85,8%), hàm dưới tiêu xương hình đôi (43,8%) hoặc dạng phẳng (37,5%) chiếm đa số.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Phú Hòa [4], đa số bệnh nhân có hình thái tiêu xương hình đôi thuận lợi cho phục hình, có 19,7% bệnh nhân tiêu xương phẳng ở hàm dưới, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Trong các loại hình thái sống hàm: tiêu xương hình đôi là thuận lợi nhất cho phục hình tháo lắp toàn hàm, bề mặt tựa của hàm giả là rộng nhất và vững chắc nhất nên sự lưu giữ hàm giả khít sát nhất và có độ bám dính tốt nhất. Hình thái tiêu xương ảnh hưởng đến sự bám dính của hàm giả, tiêu xương sắc cạnh và phẳng bất lợi cho phục hình.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị phục hình tháo lắp toàn phần

Sự bám dính khi nhắc hàm ra khỏi sống hàm: Nghiên cứu cho thấy hàm trên có độ bám dính tốt ngay khi mang hàm đạt (92,9%), hàm dưới không mút chiếm tỷ lệ khá cao (56,3%) đều ở dạng tiêu xương sắc cạnh và phẳng, mức độ tiêu xương độ III.

Sự bám dính của phục hình có sự cải thiện theo thời gian. Sau 1 tháng tỉ lệ này có sự thay đổi: 86,7% hàm có độ mút và 13,3% hàm không có độ mút (các hàm không mút ở hàm dưới).

Tương tự như nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phú Hòa [4] đa số các phục hình tháo lắp toàn phần hàm trên đều có độ mút khi nhắc ra khỏi sống hàm và không rơi khi phát âm.

Chức năng phát âm: Khi lắp hàm, thời gian bệnh nhân luyện tập phát âm nhanh, nhìn chung các bệnh nhân sau khi lắp hàm có sự

thích nghi rất tốt, khả năng phát âm tròn tiếng sớm, sau khoảng 1 tháng hầu hết bệnh nhân đã có thể phát âm một cách bình thường mà không gặp khó khăn gì. Khá tương đồng nghiên cứu của tác giả Phạm Hoàng Huy [5] sau 1 tháng tất cả bệnh nhân đều phát âm bình thường.

Chức năng thẩm mỹ: Sau khi lắp tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với thẩm mỹ của phục hình. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thúy [6], đa số bệnh nhân hài lòng với thẩm mỹ và Nguyễn Huy Tùng [3] 100% bệnh nhân hài lòng với thẩm mỹ của phục hình.

Chức năng ăn nhai: Các bệnh nhân đều có hiệu quả ăn nhai tăng dần theo thời gian, sau 1 tháng lắp hàm tỉ lệ ăn nhai tốt chiếm 90%, điều này giúp cải thiện rất nhiều trong đời sống sinh hoạt hằng ngày. Theo nghiên cứu của Nguyễn Huy Tùng [3] sau 1 tháng bệnh nhân ăn nhai tốt với hàm giả tháo lắp toàn phần chiếm 90% và hàm tháo lắp toàn phần dưới chiếm 72,2% chỉ ra được khả năng ăn nhai của bệnh nhân răng đáng kể sau 1 tháng.

Sự hài lòng của bệnh nhân về kết quả điều trị:

Sau 1 tháng, ta thấy được sự tốt lên theo thời gian của bệnh nhân khi điều trị bằng hàm giả tháo lắp toàn phần, chiếm 90%, do lúc này bệnh nhân đã quen với hàm giả ăn nhai tốt hơn và phát âm bình thường trở lại. Tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hoàng Huy [5], ngay sau mang phục hình đạt tốt 55% và sau 1 tháng có 75% đạt loại tốt và 25% loại trung bình.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 30 hàm mất răng toàn hàm trên 20 bệnh nhân, chủ yếu là bệnh nhân trên 64 tuổi. Hình thái sống hàm trong nghiên cứu có hình đôi là chủ yếu ở hàm trên, đối với hàm dưới hình sắc cạnh và phẳng chiếm tỷ lệ cao, hình đôi của sống hàm sẽ ổn định và có sự bám dính và lưu giữ hàm giả tốt hơn là các loại phẳng và hình sắc cạnh. Hàm trên có bề mặt tựa rộng hơn và vững ổn hơn hàm dưới nên độ lưu giữ và lực mút của hàm giả tốt hơn hàm dưới. Phục hình tháo lắp toàn hàm thường có sự ổn định tốt hơn sau khi lắp 1 tháng lúc này bệnh nhân đã quen với cách sử dụng hàm giả và cách ăn với hàm giả tháo lắp. Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với hàm giả cao, sau một thời gian sử dụng hàm là tốt chiếm 90%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Thu Hải và cộng sự (2020), "Tình trạng mất răng và nhu cầu điều trị phục hình tại bệnh viện trung ương quân đội 108", Tạp chí y học Việt Nam.
2. Abdul Razzaq Ahmed, Muhammad Usman Muneer (2019), "Clinical analysis of Complete

- denture Satisfaction factors: Dentist and Patient Perspective", International Journal of Medical Research & Health Sciences
3. **Nguyễn Huy Tùng** (2013), Đánh giá kết quả phục hình tháo lắp trên bệnh nhân mất răng toàn phần, Luận án thạc sĩ Y học.
 4. **Nguyễn Phú Hòa** (2014). Nghiên cứu làm hàm giả tháo lắp toàn bộ có sử dụng kỹ thuật lấy dấu sơ khởi đệm và vành khít. Luận văn tiến sĩ y học
 5. **Phạm Hoàng Huy** (2022), "Đánh giá kết quả

- điều trị bệnh nhân mất răng toàn bộ bằng phục hình tháo lắp toàn hàm tại trường đại học y dược Cần Thơ", Tạp chí khoa học trường đại học quốc tế Hồng Bàng.
6. **Nguyễn Ngọc Thúy** (2018), Đánh giá kết quả cải thiện chức năng răng miệng và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân mất răng toàn bộ được phục hình tháo lắp toàn hàm tại bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ", Luận án Bác sĩ chuyên khoa II.

BÁO CÁO CHÙM CA BỆNH: PHẪU THUẬT NỘI SOI TUYẾN GIÁP ĐƯỜNG MIỆNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NANG

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2,3}, Nguyễn Xuân Hiền^{1,2},
Nguyễn Nhật Tân¹, Nguyễn Văn Hoàng¹, Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị ung thư tuyến giáp (UTT) thể nang bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng (TOETVA). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu chùm ca bệnh UTTG thể nang được điều trị bằng TOETVA tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội từ năm 2022-2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 31,4 tuổi (21-48 tuổi). Tất cả bệnh nhân là nữ giới. Kích thước trung bình của khối u là 25,9 mm (10,8-48mm). Tất cả trường hợp đều được chẩn đoán UTTG thể nang dựa vào giải phẫu bệnh sau mổ. Cả 5 bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt thùy hoặc cắt thùy và eo tuyến giáp bằng TOETVA. Không ghi nhận trường hợp tái phát với thời gian theo dõi trung bình là 28,2 tháng (18-33 tháng). **Kết luận:** UTTG thể nang ít gặp và tiên lượng kém hơn UTTG thể nhú. TOETVA có thể là lựa chọn phù hợp cho phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp hoặc cắt tuyến giáp hoàn thành trong UTTG thể nang.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp thể nang, TOETVA

SUMMARY

A CASE SERIES: TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH IN THE TREATMENT OF FOLLICULAR THYROID CANCER

Objective: To evaluate the clinical and subclinical characteristics and treatment results of transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) in the treatment of follicular thyroid cancer (FTC). **Methods:** A case series study of FTC patients treated with TOETVA at Hanoi Medical

University Hospital from 2022 to 2023. **Results:** The mean age was 31.4 (21-48 years). All patients were female. The mean tumor size was 25.9 mm (10-40.8 mm). All cases were diagnosed with FTC based on postoperative histopathology. All 5 patients underwent lobectomy or isthmus-removing lobectomy using TOETVA, with one patient undergoing central neck lympho nodes dissection. No recurrence was observed, with a mean follow-up time of 28.2 months (18-33 months). **Conclusion:** Follicular thyroid cancer is rare and has a worse prognosis compared to papillary thyroid cancer. TOETVA may be a suitable option for lobectomy and isthmusectomy or complete thyroidectomy in cases of FTC.

Keywords: follicular thyroid cancer, TOETVA

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTT) thể nang chiếm 6-10% trong UTTG biệt hóa, thường gặp thứ 2 sau UTTG thể nhú (80-85%). Đa số UTTG thể nang thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi với tỉ lệ mắc cao nhất ở nhóm 40-60 tuổi.¹ So với UTTG thể nhú, tỉ lệ di căn hạch cổ trong UTTG thể nang thấp hơn, chỉ khoảng 8-13%.² Di căn xa có thể là triệu chứng đầu tiên của bệnh với tỉ lệ 10-15%.³

Đa phần các trường hợp UTTG thể nang ban đầu có thể nhầm với u tuyến giáp lành tính và chỉ được chẩn đoán xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh sau mổ dựa trên bằng chứng về xâm lấn vỏ và/hoặc xâm lấn mạch máu. Do đó, đối với trường hợp u tuyến giáp kích thước lớn, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị ưu tiên. Bên cạnh phương pháp phẫu thuật mở mổ, phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua đường miệng (Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach – TOETVA) đang trở nên ngày càng phổ biến. Phương pháp này đã được áp dụng phổ biến trong điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú và u tuyến giáp lành tính, tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về điều trị ung thư tuyến giáp thể nang bằng phương pháp này. Chúng tôi

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiền

Email: dr.nguyentuanhien@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025