

- Q. Occult Central Lymph Node Metastasis in cN0 Papillary Thyroid Carcinoma Patients Undergoing TOETVA Procedure. J Thyroid Res. 2023;2023:4779409. doi:10.1155/2023/4779409
5. **Nguyen HX, Nguyen HX, Nguyen HV, Nguyen LT, Nguyen TTP, Le QV.** Transoral Endoscopic Thyroidectomy by Vestibular Approach with Central Lymph Node Dissection for Thyroid Microcarcinoma. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2021;31(4): 410-415. doi:10.1089/lap.2020. 0411
 6. **Is the Multifocality Rate in Thyroid Cancer Patients Increasing Over the Years |** Request PDF. ResearchGate. Published online October 22, 2024. doi:10.5505/ejm.2023.18853
 7. **Nguyen XH, Nguyen XH, Nguyen TL, Pham TD, Le VQ.** Transoral Endoscopic Thyroidectomy by Vestibular Approach for Differentiated Thyroid Cancer Intraoperatively Invading Strap Muscle. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2021; 32(2): 172-175. doi:10.1097/SLE.0000000000001020
 8. **Ahn J hyuk, Yi JW.** Transoral endoscopic thyroidectomy for thyroid carcinoma: outcomes and surgical completeness in 150 single-surgeon cases. Surg Endosc. 2020;34(2):861-867. doi:10.1007/s00464-019-06841-8
 9. **Nguyen HX, Nguyen HX, Nguyen TTP, Van Le Q.** Transoral endoscopic thyroidectomy by vestibular approach in Viet Nam: surgical outcomes and long-term follow-up. Surg Endosc. 2022;36(6):4248-4254. doi:10.1007/s00464-021-08759-6

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VIÊM PHÚC MẠC DO VỠ Ổ APXE CƠ THÀNH BỤNG NGUYÊN PHÁT VÀO Ổ BỤNG

Thái Nguyên Hưng¹, Trịnh Thành Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu (NC): 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) và kết quả phẫu thuật ca bệnh viêm phúc mạc (VPM) do apxe cơ thành bụng trước nguyên phát vỡ vào ổ bụng hiếm gặp. 2. Điểm lại Y văn. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Bệnh nhân (BN) nam 59 T, tiền sử (TS) ung thư (UT) lưỡi giai đoạn IV điều trị hóa xạ cách 3 tháng, phẫu thuật (PT) cắt ruột thừa năm 2002, uống nhiều rượu. Lâm sàng: Đau dưới sườn phải (DSP) 10 ngày. Đau nhiều lan ra khắp bụng 2 ngày, sốt, gai rét. Khám sốt dao động, T₀ 37,8-38,5 độ, niêm mạc ruột, bụng nhiều tuần hoàn bằng hệ (THBH), đau khắp bụng, phản ứng mạnh, cơ cứng. Sở thấy khối sưng đỏ kích thước (KT) 10-8 cm DSP ấn căng, đau, ít di động. Chọc hút nhiều mủ vàng đục, hôi. Xét nghiệm (XN) tế bào: tổ chức hoại tử, apxe, không có tế bào ác tính. Siêu âm bụng: Phần mềm thành bụng phải có khối hỗn hợp dạng ổ apxe kích thước 69-19mm, có lỗ thông vào ổ bụng thành lớp dịch dưới bao gan 16mm. Dịch tự do ổ bụng. Xét nghiệm Bạch cầu (BC) 25,34 G/L; BC đa nhân trung tính 88,3%; Albumin 20,3 mmol/L; creatinin 221mmol/L. Ure 15,9 mmol/L; AST 53,5U/L; ALT 43,7mmol/L. **Mổ cấp cứu:** Ổ bụng nhiều mủ và giả mạc trên gan, dưới gan, hố lách, rãnh đại tràng 2 bên, Douglas. Ổ apxe thành bụng kích thước 10-10 cm vỡ mủ vào ổ bụng, đường vỡ 3 cm đang chảy mủ vàng đục, hôi. Mổ làm sạch, lau rửa ổ bụng, trích rạch rộng, dẫn lưu apxe, để da hở. Cấy mủ: nhiều tổ

chức hoại tử, bạch cầu, cấy (-). Kháng sinh sau mổ: Meronem 3 g/24h, levofloxacin 1g/24h. BN ra viện sau 14 ngày. **Kết luận:** Apxe cơ thành bụng nguyên phát rất hiếm gặp, thường xảy ra trên BN có các bệnh lý mạn tính: giảm miễn dịch, sử dụng corticoide, đái tháo đường, xơ gan có nhiều tuần hoàn bàng hệ... Chẩn đoán nên phối hợp khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh (Siêu âm, chụp CLVT, cộng hưởng từ), xét nghiệm tế bào học. Xử trí phẫu thuật, trích rạch rộng, dẫn lưu apxe và mở bụng làm sạch, rửa bụng, dẫn lưu (khi ổ apxe đã vỡ vào ổ bụng hoặc các tạng lân cận) kết hợp điều trị kháng sinh.

SUMMARY

SURGICAL RESULT OF DIFFUSE PERITONITIS DUE TO PRIMARY ANTERIOR ABDOMINAL WALL ABSCESS PERFORATED INTO ABDOMINAL CAVITY

Aims of study: 1 Evaluation of clinic and paraclinic features of rare patient having diffuse peritonitis due to primary anterior abdominal wall abscess perforated into abdominal cavity. 2 Literature review. **Patient and method:** Retrospective study. **Results:** Male patients aged of 59 year old. Medical history: Alcohol abused, undergone appendectomy >20 year (Macburney), tongue cancer (at stage IV) treated by chemo-radiation therapy. Admission for abdominal pain for 10 days and got fever 37,8-38,5 degrees Celsius for 2 days. On physical examination he was conscious. There was swelling in upper right quadrant abdomen, measuring around 10-8 cm, irregular marging, adherent to abdominal muscles with redness. There was collateral circulation and diffuse abdominal tenderness. Abdominal ultrasound revealed fluid collection located in upper right anterior abdominal wall, measuring 69-19mm with a hole communicated with abdominal cavity. There were free intra abdominal fluid and supra hepatic fluid about 16mm. **Laboratory studies:** White blood cell count

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

(WBC) of 25,34 G/L. Albuminemia 20,3 mmol/L; creatinin at 221mmol/L. Blood ure nitrogen at 15,9 mmol/L; AST 53,5U/L; ALT 43,7mmol/L. Preoperative cytology showed necrotic tissues with WBC, no epithelial components. Peritonitis diffuse due to primary anterior abdominal wall abscess (PAAWA) was diagnosed and emergency operation performed. Intraoperative findings: diffuse peritonitis with pus and the abscess cavity located intra abdominal anterior muscles (right upper anterior muscles) perforated to abdominal cavity with 3cm hole. Lavage and drainage were performed and 6 drains were placed (2 drains placed supra hepatic, 2 other drains placed in the inferior hepatic area and 2 placed in the sac of douglas). Antibiotic therapy: Meronem 3 g/24h and levofloxacin 1g/24h were given during 14 days. Discharge postoperative 14 days. **Conclusion:** We concluded that primary anterior abdominal abscess is very rare diseases. Immunosuppression, diabetes mellitus, liver cirrhosis with abdominal collateral circulation could relate to infection (risk factors). The diagnosis should base on clinical manifestation, ultrasound or CT scanner, and cytology. Treatment should consist of surgical incision, drainage and laparotomy for lavage and drainage (abscess cavity communicated with abdominal cavity) in combination with antibiotic therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ap xe cơ thành bụng nguyên phát (ACTBNP) là bệnh lý rất hiếm gặp. Phần lớn ap xe cơ thành bụng thứ phát sau các bệnh ác tính hoặc ung thư đại tràng, các bệnh lý viêm (crohn, viêm túi thừa đại tràng...), Viêm tụy cấp hoại tử, ap xe gan, nhiễm trùng vết mổ... Do đó ACTBNP thường khó chẩn đoán, xử trí và phẫu thuật muộn. ACTBNP được điều trị bằng kháng sinh (KS), mổ trích rạch, dẫn lưu hoặc mổ bụng. Phương pháp điều trị còn nhiều vấn đề cần bàn luận bởi vậy chúng tôi xin báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp với mục tiêu:

1. Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ ca bệnh viêm phúc mạc toàn thể do vỡ ổ ap xe thành bụng trước nguyên phát vào ổ bụng.

2. Kết quả điều trị và phẫu thuật và điểm lại ý văn thể giới bệnh lý ap xe cơ thành bụng trước nguyên phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu mô tả (mô tả ca bệnh hiếm gặp)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

+ BN Nguyễn Văn Gi.59 T,

++ Tên sử (TS): Ung thư (UT) lưỡi giai đoạn IV đã điều trị hóa xạ đồng thời đã xuất viện cách 3 tháng (GPB: SCC, Phác đồ Ciplastin + tia xạ 70 Gy). BN có TS mổ cắt ruột thừa 2002 (đường Macburney), uống nhiều rượu.

++ Bệnh sử: 10 ngày trước BN sưng đau DSP, có sốt, gai rét. 2 ngày trước nhập viện BN đau bụng nhiều, đau khắp bụng, sốt gai rét.

++ Khám BN nhiễm trùng, nhiễm độc rõ; To 37,8 độ, M 90l/ph, HA 100/60, NT 18 l/phút.

Bụng: tuần hoàn bàng hệ (THBH), cơ cứng, đau khắp bụng. Khối ap xe thành bụng P: vị trí dưới sườn phải (DSP), ranh giới giữa cơ chéo lớn- cơ thẳng to phải, KT 10-8 cm, sưng đỏ, mặt độ mềm, ấn đau, ít di động

+ Xét nghiệm (XN): Công thức máu: Hồng cầu 3,92 T/L; Hb:115 g/L; Hematocrit 0,34 L/L; Bạch cầu (BC): 25,34 G/L. BC đa nhân trung tính 88,3%; Tiểu cầu 375 G/l

+Sinh hóa: Albumin máu 20,3 mmol/L; creatinin 221mmol/L. Ure 15,9 mmol/L; AST 53,5U/L; ALT 43,7mmol/L.

+ Cytology: Ổ viêm, hoại tử, nhiều bạch cầu.

+ SA bụng: Phần mềm thành bụng phải có khối hỗn hợp dạng ổ ap xe KT 69-19mm, có lỗ thông vào ổ bụng thành lớp dịch dưới bao gan 16mm. Dịch tự do ổ bụng.

+ Mổ cấp cứu 17 h/26/9/2023.



Ảnh 1: Ổ ap xe thành bụng (trước mổ)

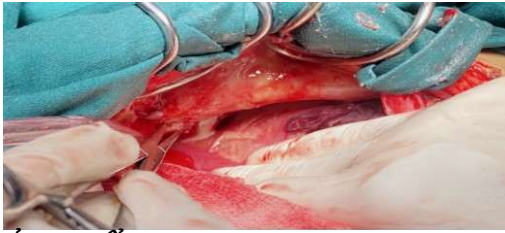
Ảnh 2: Dịch chọc hút ổ ap xe

Chọc hút ổ ap xe nhiều mủ màu vàng đục, hôi. Mở bụng đường giữa. Bụng nhiều mủ và giả mạc đóng thành bánh trên gan, dưới gan, hố lách, rãnh ĐT 2 bên, túi cùng douglas. Ổ ap xe thành bụng kích thước 10-10 cm vỡ mủ vào ổ bụng, đường vỡ 3 cm đang chảy mủ đục. Thăm dò ko thấy thủng ổ loét dạ dày tá tràng, không thấy ổ ap xe gan, tụy bình thường, không thấy ung thư đại tràng.

Mổ làm sạch, lau rửa ổ bụng. Trích rạch ổ ap xe, rạch rộng, để da hở.



Ảnh 3: Bụng nhiều dịch đục, giả mạc khắp bụng



Ảnh 4: Ổ apxe thành bụng thông với ổ bụng tự do (ổ apxe cơ TB vỡ vào ổ bụng)

Kháng sinh: Meronem 3g/24 h. Levofloxacin 1 g/24h.

Sau mổ BN ổn định, rửa ổ apxe cơ thành bụng (để hở da) = metronidazol.

+ Cấy mũ (-)

+ BN ra viện sau 14 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Apxe cơ thành bụng nguyên phát là bệnh lý hiếm gặp. Cơ thành bụng ít có nguy cơ bị nhiễm trùng do được cấp máu nhiều. Phần lớn apxe cơ thành bụng thứ phát sau các nhiễm trùng hoặc apxe trong ổ bụng: viêm tụy cấp hoại tử, ổ apxe gan vỡ, viêm túi thừa đại tràng, ung thư đại-trực tràng, bệnh crohn...

Điểm lại Y văn thế giới cho tới nay đã có 6 ca ACTBNP đã báo cáo [1].

Bảng 1: Các ca apxe thành bụng trước nguyên phát [1-2]

TT	Tác giả	Năm	Tuổi	Giới	Tiền sử bệnh	Cấy mũ	Điều trị
1	Weiner và CS	1975	54	Nữ	Đái tháo đường (ĐTĐ)	Streptococcus	Phẫu thuật
2	Tamura - CS	2002	40	Nam	Xơ gan	Streptococcus	Phẫu thuật
3	Malhotra	2012	62	Nam	Ko có gì đặc biệt	Mycobacterium tuberculosis	Chọc hút mũ + Kháng sinh
4	Mora-Guzman và CS	2017	45	Nam	Ko có gì ĐB	Actinomyces, Eikenella corrodens	
5	Shinohara - CS	2019	20	Nam	Ko có gì ĐB	Streptococcus aureus	Phẫu thuật
6	Masahiro	2021	81	Nam	ĐTĐ, suy thận mạn, rung nhĩ	citrobacter Koseri	Phẫu thuật

+ Thống kê cho thấy > 50% các ca ACTBNP ra trên BN có suy giảm miễn dịch, ĐTĐ, xơ gan và có nhiều bệnh lý phối hợp nhất là những BN có tuần hoàn bàng hệ (THBH).

+ BN của chúng tôi có các yếu tố nguy cơ cao: Tiền sử ung thư lưỡi, đã điều trị hóa xạ, uống nhiều rượu. Khám trước mổ bụng nhiều THBH, albumin máu 20,3 mmol/L, men gan cao, đường máu > 8 mmol/l (thử lần 1: 8,08, lần 2: 8,16 mmol/L); ure máu và creatinin tăng (nhiễm trùng nhiễm độc, suy thận), Procalcitonin 27.553 ng/ml.

Kết quả cấy mũ (-), chủ yếu là tổ chức mũ, chất hoại tử, BC thoái hóa, mặc dù mũ đục, hôi nhưng VK đã chết nên cấy ko thấy VK. Tình trạng NTND và suy thận rõ.

Mặt khác BN này không có tiền sử bệnh lý về bụng trong những năm gần đây. Thăm dò trong mổ không thấy ổ loét dạ dày tá tràng, không thấy ổ apxe gan, không thấy khối U đại trực tràng.

Chúng tôi mổ cấp cứu (viêm phúc mạc toàn thể do vỡ ổ apxe cơ thành bụng trước vào ổ bụng), làm sạch ổ bụng, rửa nhiều lần, đặt nhiều dẫn lưu ổ bụng, làm sạch ổ apxe thành bụng, để da hở. Sau mổ dùng Meronem và levofloxacin cho kết quả tốt, không sốt, DL ra ít dần, BN ra viện sau 14 ngày.

+ Allagadda báo cáo ca ACTBNP/BN nam 71 T, nhập viện vì sưng đau khối apxe lớn dưới sườn trái 15cm-10cm. Tiền sử ho kéo dài và sút cân.

Khám, siêu âm bụng, chụp CLVT khối cạnh trên rốn trái lan xuống hạ vị trước bàng quang, ranh giới không rõ (300-400ml mũ). BN này được trích rạch apxe, mở bụng lau rửa bụng (khối vỡ vào tiểu khung), hút ra 400ml mũ hôi, cấy mũ (-).

+ Shihara [4] báo cáo BN nam, 80 T, ko có TS ung thư hay chấn thương, điều trị ĐTĐ, suy thận mạn rung nhĩ (dùng chống đông), nhập viện vì đau dưới sườn phải; Bạch cầu 10,3 /L, CRP 13,9 mg/dL. CLVT khối apxe 70-40 mm trong cơ thẳng bụng phải. Cấy mũ Citrobacter diversus, biopsy không thấy tế bào biểu mô, cấy máu (-), mổ làm sạch, dẫn lưu và dùng kháng sinh (Tazobactam-levofloxacin), Bn ra viện sau 25 ngày.

+ Cơ chế gây ra apxe cơ thành bụng trước nguyên phát còn chưa rõ. Các nguyên nhân đã được báo cáo bao gồm: tổn thương cơ, ĐTĐ, xơ gan, suy dinh dưỡng là những điều kiện có thể mắc nhiễm trùng và nhấn mạnh đến xơ gan phối hợp với THBH là yếu tố có nguy cơ cao. Một số cấy máu (+) cho thấy nhiều khả năng là apxe đường máu [5-6].

+ Goodman [7] báo cáo đặc điểm về chẩn đoán hình ảnh là các viêm mô tế bào, khối dịch, 30% các trường hợp có khí. Tuy nhiên nghiên cứu đều cho rằng chẩn đoán cần phối hợp Δ hình ảnh, khám lâm sàng, cấy mũ, làm tế bào.

+ Xử trí nên phối hợp mổ trích, dẫn lưu, làm sạch và điều trị kháng sinh. Đối với ổ apxe lớn,

đã vỡ vào ổ bụng cần mở bụng, làm sạch. Dùng kháng sinh không phẫu thuật không có hiệu quả. Y vẫn cho thấy 5/6 BN (83,3%) dùng KS và phẫu thuật cho kết quả tốt. 1 BN dùng kháng sinh không mổ khối apxe không đỡ, phát triển nhanh, BN này sau đó được mổ trích, dẫn lưu.

V. KẾT LUẬN

Ap xe cơ thành bụng nguyên phát rất hiếm gặp, thường xảy ra ở BN có các bệnh lý mạn tính như giảm miễn dịch, sử dụng corticoide, đái tháo đường, xơ gan có nhiều tuần hoàn bàng hệ. Chẩn đoán nên phối hợp khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, chụp CLVT, cộng hưởng từ), xét nghiệm tế bào học. Xử trí phẫu thuật, trích rạch, làm sạch, dẫn lưu và mở bụng làm sạch, rửa bụng (khi khối apxe đã vỡ vào ổ bụng hoặc các tạng lân cận) phối hợp với điều trị kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Crum-Cianflone NF:** Infection and musculoskeletal condition: infectious myositis. Best

Pract Clin Rheumatol.2006;20:1083-97.10.1016/J.berth.2006.08.005.

2. **Weiner CL, Diaconis JN:** Primary abdominal wall abscess diagnosed by ultrasound. Arch Surg.1975;110:341-2.10.1001/archsurg.1975.01360090111023
3. **Allagadda et al:** Anterior abdominal wall abscess: A rare case report. International Journal of Scientific Research.2023;(1), 2277-8179.DOI: 10.361/ijrsr.
4. **Masahiro shiihara, Yasuhiro Sudo, Norimasa Matsushita:** Recurrent Primary Abdominal Wall Abscess: A case Report and Review of the Literature. Cureus 15(6): e41069: doi: 10.7759/Cureus.41069
5. **Chang CY, Teoh SC:** Primary iliopsoas abscess due to Staphylococcus aureus bacteremia. Rev Soc Bras Med Trop.2020, 54: e 20200264. 10.1590/0037-8682-0264-2020.
6. **Wells RD, Beberta VS:** Primary iliopsoas abscess caused by community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Am J Emerg Med.2006;24: 897-8.10.1016/J.ajem.2006.03.030
7. **Goodman P, Raval B:** CT of the abdominal wall. AJR Am J Roentgenol.1990;154:1207-11.102214/ajr.154.62140006

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ GIAI ĐOẠN CT1BN0M0 ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI TUYẾN GIÁP QUA ĐƯỜNG TIỀN ĐÌNH MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Duy^{1,2}, Trương Sỹ Du²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn cT1bN0M0 được phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 41 bệnh nhân chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn cT1bN0M0 được phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng tại Bệnh viện K từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $30,2 \pm 6,9$. Đa số bệnh nhân là nữ giới, chiếm 97,6%. Triệu chứng vào viện hay gặp nhất là khám sức khỏe định kỳ phát hiện có u giáp, chiếm 80,5%. Khối u chủ yếu ở 1 thùy với đường kính trung bình là $16,4 \pm 4,3$ mm. Tỷ lệ sờ thấy u qua khám lâm sàng là khoảng 56,1%, chủ yếu phát hiện u khi còn di động (91,3%), mật độ cứng chắc (86,9%). Kết quả siêu âm tuyến giáp cho thấy u có đặc điểm giảm âm hay gặp nhất chiếm trên 80,5%, vi vôi hóa chiếm 58,5%; chủ

yếu TIRADS 4,5 lần lượt chiếm 65,9% và 26,8%. Kết quả chọc hút tế bào cho thấy đa số bệnh nhân có kết quả ác tính, chiếm 70,7%. **Kết luận:** Phần lớn ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn cT1bN0M0 được phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng gặp ở nữ giới trẻ tuổi. Siêu âm và chọc hút tế bào kim nhỏ có giá trị quan trọng trong chẩn đoán xác định ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn cT1bN0M0.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, mổ nội soi tuyến giáp, toetva, ung thư tuyến giáp thể nhú, cT1bN0M0

SUMMARY

THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF cT1bN0M0 PAPILLARY THYROID CARCINOMA TREATED BY TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH IN VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objectives: To evaluate the clinical and subclinical characteristics of cT1bN0M0 papillary thyroid carcinoma treated by transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach in Vietnam National Cancer Hospital. **Patients and methods:** A retrospective study of 41 patients with cT1bN0M0 papillary thyroid carcinoma treated by transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach from January 2019 to December 2023 at Vietnam National

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Duy

Email: duyynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025