

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

Cancer Hospital. **Results:** The mean age was $30,2 \pm 6,9$ years. Most patients were female, accounting for 97,6%. The accidental detection of thyroid nodules during physical examination was the most common reason for hospitalization, accounting for 80.5%. The rate of palpable tumors on clinical examination was about 56,1%. Mainly detect tumors when they were still mobile (91.3%), solid density (86.9%). On neck ultrasound, the most common hypoechoic image of tumor accounted for over 80,5%, microcalcification accounts for 58.5%. TIRADS 4,5 had the highest rate, accounting for 65.9% and 26.8% respectively. On FNA results, the majority of patients had malignant results, accounting for 70.7%. **Conclusions:** Most patients with cT1bN0M0 papillary thyroid carcinoma treated by transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach occur in young women. Neck ultrasound and thyroid fine needle aspiration biopsy played important roles in treating cT1bN0M0 papillary thyroid carcinoma. **Keywords:** endoscopic surgery, endoscopic thyroidectomy, toetva, papillary thyroid cancer, cT1bN0M0.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) là một trong những bệnh ung thư phổ biến và đang có xu hướng gia tăng trong những thập kỷ gần đây. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư tuyến giáp đứng hàng thứ 7 trong tổng số các ca ung thư ở cả hai giới với khoảng 821.214 ca mới mắc hàng năm.¹ Việt Nam nằm trong nhóm các nước có tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp cao, đứng hàng thứ 6 với 6.122 ca mới mắc, đứng thứ 5 ở nữ giới với tỷ lệ 8,3/100.000 dân.¹

Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú là thể mô bệnh học hay gặp nhất và có tiên lượng tốt.² UTTĐ thể nhú giai đoạn cT1bN0M0 bao gồm các khối u kích thước $> 1\text{cm}$ và $\leq 2\text{cm}$ chưa có xâm lấn cơ quan xung quanh, chưa di căn hạch, chưa di căn xa. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính trong điều trị UTTĐ. Trong đó, phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua tiền đình miệng (Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach – TOETVA) đã cho thấy hiệu quả điều trị bệnh và có nhiều ưu điểm vượt trội so với các đường tiếp cận khác như an toàn, đường tiếp cận ngắn nhất, có thể tiếp cận cả 2 thùy tuyến giáp, thuận lợi trong việc vét hạch cổ trung tâm và đặc biệt kết quả thẩm mỹ cao nhất (hoàn toàn không có sẹo mổ trên da).³ Do đặc điểm UTTĐ hay gặp ở nhóm phụ nữ trẻ tuổi,¹ tiên lượng tốt, thời gian sống thêm kéo dài nên việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp có vai trò quan trọng vừa an toàn về mặt ung thư học vừa nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Do đó, phương pháp phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua tiền đình miệng được áp dụng phổ biến cho UTTĐ thể nhú ở giai đoạn này.

Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về nhóm bệnh nhân này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 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*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 41 bệnh nhân được 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.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Chẩn đoán mô bệnh học là ung thư tuyến giáp thể nhú
- Siêu âm trước mổ có 1 hoặc nhiều u, u kích thước lớn nhất $> 1\text{cm}$ và $\leq 2\text{cm}$
- Bệnh nhân đồng ý phẫu thuật nội soi qua đường tiền đình miệng
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn để gây mê
- Bệnh nhân có tiền sử xạ trị vùng cổ, trung thất trên
- Bệnh nhân đã phẫu thuật vùng cổ trước
- Bệnh nhân có cường giáp chưa điều trị ổn định hoặc bướu giáp thông
- Bệnh nhân có áp xe, nhiễm trùng vùng khoang miệng

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

2.3. Xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Tuổi và giới

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi bệnh nhân (tuổi)	$30,2 \pm 6,9$ (14 – 45)	
Giới (n)		
Nam	1	2,4%
Nữ	40	97,6%

Nhận xét:

- Độ tuổi trung bình là $30,2 \pm 6,9$, trong đó BN nhỏ tuổi nhất và lớn tuổi nhất là 14 tuổi và 45 tuổi.

- Đa số BN là nữ giới chiếm tỷ lệ 97.6%, chỉ có 1 BN nam giới.

3.1.2. Các yếu tố nguy cơ

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Số BN	Tỷ lệ (%)
TS bệnh lý tuyến giáp	0	0
TS xạ trị vùng cổ	0	0
TS gia đình mắc UTTG	0	0
Không có TS liên quan	41	100
Tổng	41	100

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân không có tiền sử liên quan

3.1.3. Lý do vào viện

Bảng 3. Lý do vào viện

Triệu chứng	Số BN (N=41)	Tỷ lệ (%)
Sờ thấy u vùng cổ	3	7,3
Xuất hiện hạch cổ	0	0
Nuốt vướng	5	12,2
Khàn tiếng	0	0
Khám kiểm tra sức khỏe định kỳ	33	80,5
Tổng	41	100

Nhận xét:

- Khám sức khỏe định kỳ phát hiện có u giáp là lý do vào viện thường gặp nhất, chiếm 80,5%.

- Ngoài ra, có 3 BN đến viện vì sờ thấy u vùng cổ và 5 BN đến viện vì nuốt vướng, lần lượt chiếm 7,3% và 12,2% các trường hợp.

3.1.4. Đặc điểm u trên khám lâm sàng

Bảng 4. Các đặc điểm u trên khám lâm sàng

Đặc điểm u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Sờ thấy (N=41)		
Có thấy u	23	56,1
Không thấy u	18	43,9
Vị trí u (N=41)		
Thùy phải	30	73,2
Thùy trái	6	14,6
Eo tuyến giáp	5	12,2
Mật độ (N=23)		
Mềm	3	13,1
Cứng chắc	20	86,9
Di động u (N=23)		
Có di động	21	91,3
Di động hạn chế	2	8,7

Nhận xét: - Tỷ lệ sờ thấy u qua khám lâm sàng là khoảng 56,1%.

- Phần lớn các BN có khối u ở 1 thùy (87,8%), u ở eo chiếm 12,2%. Chủ yếu phát hiện u khi còn di động (91,3%), mật độ cứng chắc (86,9%).

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Siêu âm tuyến giáp

Bảng 5. Kết quả siêu âm tuyến giáp*

Chỉ số	Kết quả	Tỷ lệ (%)
Kích thước u (mm)	16,4 ± 4,3 (11 – 20)	
Số lượng u	Đơn ổ	37
	Đa ổ	4
		80,8
		9,8

Vị trí u	Thùy phải	30	73,2
	Thùy trái	6	14,6
	Eo tuyến giáp	5	12,2
Âm vang u	Giảm âm	33	80,5
	Tăng âm	6	14,6
	Hỗn hợp âm	2	4,9
Canxi hóa	Có vôi hoá	24	58,5
	Không vôi hoá	17	41,5
TIRADS	3	3	7,3
	4	27	65,9
	5	11	26,8

* Các thông tin về âm vang và canxi hóa lấy theo u nghi ngờ nhất trên siêu âm.

Nhận xét: - Chủ yếu các trường hợp phát hiện được 1 khối u, chiếm 80,8%. Trên siêu âm hình giảm âm hay gặp nhất chiếm trên 80,5%, vôi hóa chiếm 58,5%.

- Kích thước u trung bình là 16,4 ± 4,3 (11 – 20 mm).

- TIRADS 4, 5 có tỉ lệ cao nhất, chiếm lần lượt là 65,9% và 26,8%. Tuy nhiên có 7,3% trường hợp TIRADS 3.

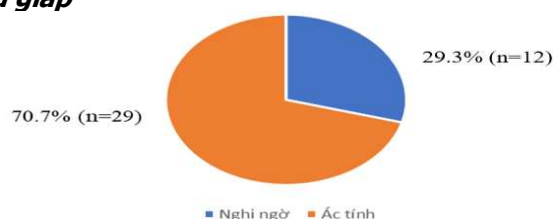
3.2.2. Hormon tuyến giáp trước phẫu thuật

Bảng 6. Xét nghiệm hormone tuyến giáp trước phẫu thuật

Hormon tuyến giáp	FT4		TSH	
	n	%	n	%
Bình thường	41	100	41	100
Tăng	0	0	0	0
Giảm	0	0	0	0
Tổng	41	100	41	100

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân đều có xét nghiệm hormon tuyến giáp bình thường.

3.2.3. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ tại u giáp



Biểu đồ 1. Kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ

Nhận xét: Đa số bệnh có kết quả ác tính, chiếm 70,7%. Còn lại khoảng 29,3% bệnh nhân có kết quả nghi ngờ ác tính.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi và giới. Nhóm nghiên cứu gồm 41 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 30,2 ± 6,9. Phần lớn bệnh nhân là nữ giới (97,6%), chỉ có 1 bệnh nhân là nam giới. Kết quả này tương đồng

với các tác giả Ngô Quốc Bảo (2010), Lê Văn Long (2018).^{4,5} Tuy tỉ lệ giới tính có sự khác nhau giữa các nghiên cứu, nhưng đều phản ánh UTTG chủ yếu gặp ở nữ giới. Điều này cũng phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng của ung thư tuyến giáp ở Việt Nam.⁶ Phần lớn nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này chủ yếu là nữ trẻ tuổi có nhu cầu phẫu thuật tuyến giáp đảm bảo kết quả thẩm mỹ cao.

Các yếu tố nguy cơ. Đa số bệnh nhân không có tiền sử liên quan. Không có bệnh nhân nào có tiền sử gia đình mắc UTTG; có tiền sử xạ trị vùng cổ. Các yếu tố nguy cơ của UTTG thường liên quan tới UTTG thể tuỷ có đặc tính di truyền. Tuy nhiên, các BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều là thể nhú nên ít có liên quan tới các yếu tố nguy cơ.

Lý do vào viện. Lý do vào viện thường gặp nhất là khám sức khỏe định kỳ phát hiện có u giáp, chiếm 80,5%. Ngoài ra, có 3 BN đến viện vì sờ thấy u vùng cổ và 5 BN đến viện vì nuốt vướng, lần lượt chiếm 7,3% và 12,2% các trường hợp. Trong các nghiên cứu trước đây, nguyên nhân chủ yếu để bệnh nhân đi khám là phát hiện khối u vùng cổ như trong nghiên cứu của tác giả Lê Văn Quảng (2002), Nguyễn Văn Hùng (2013), Chữ Quốc Hoàn (2013).⁷⁻⁹ Điều này có thể được giải thích do những tiến bộ gần đây trong siêu âm cũng như mức độ quan tâm đến sức khỏe của người dân tăng lên nên thường chủ động đi khám sức khỏe định kỳ và sàng lọc ung thư mặc dù bệnh chưa có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng.

Đặc điểm u trên khám lâm sàng. Qua khám lâm sàng, tỉ lệ sờ thấy u là khoảng 56,1%; phần lớn các bệnh nhân có khối u ở 1 thùy tuyến giáp; 86,9% u có mật độ cứng, chắc; 91,3% u di động theo nhịp nuốt. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Theo tác giả Lê Văn Quảng (2002), u có ranh giới rõ chiếm 83,1%.⁷ Theo Nguyễn Văn Hùng (2013) mật độ u cứng chắc chiếm tỉ lệ 94%, u kém di động hoặc không di động chiếm 11%.⁸ Điều này cho thấy mật độ cứng chắc là một yếu tố gợi ý cho một tổn thương ác tính, tuy nhiên cũng không được loại trừ với các trường hợp u có mật độ mềm, vì vậy ngoài thăm khám lâm sàng để chẩn đoán bệnh còn cần phải kết hợp với các biện pháp cận lâm sàng khác đặc biệt là siêu âm và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm siêu âm

Siêu âm u giáp: Siêu âm là công cụ chẩn đoán hình ảnh rất có giá trị trong chẩn đoán UTTG. Trên hình ảnh siêu âm, chủ yếu các

trường hợp phát hiện được 1 khối u, chiếm 80,8%, đa số các khối u giảm âm (80,5%), có vi vôi hóa (58,5%), ranh giới không rõ với nhu mô xung quanh (63,4%). Phân loại TIRADS: TIRADS 4, 5 có tỉ lệ cao nhất, chiếm lần lượt là 65,9% và 26,8%. Tuy nhiên, có 7,3% trường hợp TIRADS 3. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với các tác giả Hoàng Ngọc Giáp (2020), Nguyễn Xuân Hậu (2019).¹⁰ Như vậy, đặc điểm đặc trưng của u giáp ác tính trên siêu âm: u giảm âm, vi vôi hóa, ranh giới không rõ...

Siêu âm hạch cổ: Di căn hạch cổ là một đặc điểm phổ biến của ung thư tuyến giáp thể nhú. Vị trí di căn thường gặp là hạch cổ trung tâm, hạch cổ bên nhóm II, III, IV. Bình thường, siêu âm đánh giá tốt các hạch nhỏ ở vùng cổ. Nghiên cứu của Hafez cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu khi đánh giá di căn hạch nhóm trung tâm là 61,9% và 75%; trong khi tỷ lệ này theo Zhao là 33% và 93%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều không phát hiện hạch cổ bằng siêu âm đánh giá bản đồ hạch trước mổ.

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ tại u giáp. Chọc hút tế bào kim nhỏ là một xét nghiệm đơn giản, xâm lấn tối thiểu, có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán sớm UTTG, khi được thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm sẽ đạt được độ chính xác cao, cung cấp thông tin về đặc điểm tế bào học của khối u tuyến giáp giúp đưa ra quyết định điều trị tiếp theo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số BN có kết quả ác tính, chiếm 70,7%, còn lại khoảng 29,3% BN có kết quả nghi ngờ. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với các tác giả khác như Nguyễn Xuân Hậu (2017), Hoàng Ngọc Giáp (2020).¹⁰

Xét nghiệm hormon tuyến giáp. Hầu hết BN đều có xét nghiệm hormon tuyến giáp trong giới hạn bình thường. Tất cả BN có xét nghiệm FT4, TSH trong giới hạn bình thường. Đa số các nghiên cứu đều cho thấy UTTG chủ yếu ở tình trạng bình giáp, ít có mối liên quan với tình trạng thay đổi hormon tuyến giáp. Các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự.^{5,10}

V. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers

- in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834.
2. **Lam AK.** Papillary Thyroid Carcinoma: Current Position in Epidemiology, Genomics, and Classification. In: Lam AK, ed. Papillary Thyroid Carcinoma: Methods and Protocols. Springer US; 2022:1-15. doi:10.1007/978-1-0716-2505-7_1.
 3. **Russell J, Sahli Z, Shaeer M, Razavi C, Mohamed Ali K, Tufano R.** Transoral thyroid and parathyroid surgery via the vestibular approach—a 2020 update. Gland Surg. 2020;9:409-416. doi:10.21037/gs.2020.03.05.
 4. **Nguyễn Quốc Bảo** (2010). Ung Thư Tuyến Giáp, Điều Trị Phẫu Thuật Bệnh Ung Thư., Nhà Xuất Bản y Học.
 5. **Lê Văn Long** (2018). Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K năm 2017, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 6. **704-viet-nam-fact-sheet.pdf.** Accessed February 12, 2025. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>
 7. **Quảng Lê Văn** (2002). Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992 - 2000. Tạp chí Y học, 431, 323 - 326.
 8. **Nguyễn Văn Hùng** (2013). Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại BV Tai mũi họng TW và BV Bạch mai 2007-2013, Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
 9. **Hoàn Chữ Quốc** (2013). Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, tỉ lệ các nhóm mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K, Luận văn Bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
 10. **Hoàng Ngọc Giáp** (2020). Đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hoá ở người trẻ tuổi tại Bệnh viện K, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LÓT SÀN HỐC MẮT BẰNG LƯỚI TITANIUM TRONG ĐIỀU TRỊ GẦY SÀN HỐC MẮT

Nguyễn Thanh Nam¹, Biện Thị Cẩm Vân¹,
Lê Minh Tuấn¹, Tôn Tường Trí Hải²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật lốt sàn hốc mắt bằng lưới Titanium trong điều trị gãy sàn hốc mắt. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng hàng loạt ca không có nhóm chứng. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả và phân tích 75 trường hợp gãy sàn hốc mắt được phẫu thuật lốt sàn bằng lưới Titanium từ tháng 9/2017 đến tháng 3/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 36,1 ± 12,3 tuổi. Nam giới gấp 2 lần nữ giới (66,7% và 33,3%). Đa số chấn thương do tai nạn giao thông 68%. Thời gian từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật trung bình là 4,3 tuần. Có 34 (45,3%) trường hợp gãy sàn đơn thuần và 41 (54,7%) gãy sàn phối hợp. Sau 6 tháng theo dõi, tỷ lệ khỏi mắt thụt là 67,3%; mắt thấp là 68,9%, song thị là 74,2%; hạn chế vận nhãn lên và xuống lần lượt là 75% và 77,8%. Có 1,3% trường hợp tê theo sự chi phối thần kinh dưới hốc, 4% nhãn cầu cao, 1,3% lật mi và sẹo. **Kết luận:** Phẫu thuật lốt sàn bằng lưới Titanium có tính an toàn cao, giúp phục hồi vị trí nhãn cầu, vận nhãn và tính thẩm mỹ của người bệnh.

Từ khóa: gãy sàn hốc mắt, lưới Titanium.

SUMMARY

EVALUATION RESULTS OF ORBITAL

¹Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Tôn Tường Trí Hải

Email: trihaimd@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 25.6.2025

FLOOR RECONSTRUCTION WITH USING TITANIUM MESH FOR TREATMENT OF ORBITAL FLOOR FRACTURE

Purpose: To evaluate the efficacy and safety of the orbital floor reconstruction using the Titanium mesh. **Design:** This is a prospective cohort study. **Methods:** Description and analysis of seventy-five orbital-floor-fracture eyes, which were operated using Titanium mesh from September 2017 to March 2019. **Results:** The mean age of the patients was 36.1 ± 12.3 years. Men were twice as likely as women (66.7% and 33.3%). The majority of injuries were due to traffic accidents (68%). Injury-to-surgery mean time was 4.3 weeks. There were 34 (45.3%) cases with simple floor fractures and 41 (54.7%) of combined walls fracture. After 6 months of follow-up, the rate of recovery of enophthalmos was 67.3%; hypotropia was 68.9%, diplopia was 74.2%; restriction of upward and downward eye movement were 75% and 77.8% respectively. 1.3% cases presented infraorbital hypoesthesia, 4% of hypertropia, 1.3% of ectropion and scar. **Conclusions:** Orbital wall reconstruction using Titanium mesh is a highly safe and can preserve the globe position, ocular mobility, ensure the aesthetic effect. **Keywords:** orbital floor fracture, Titanium mesh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thành hốc mắt là một trong những chấn thương vùng mặt hay gặp chiếm 4%-16%, trong đó gãy sàn hốc mắt có tỷ lệ cao nhất, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng thị giác như song thị, giảm thị lực cũng như tính thẩm mỹ sâu sắc như mắt thụt, mắt thấp của người bệnh