

- the calyx of access make a difference", African Journal of Urology. 30(57), p. 60-70.
5. **Shakir S, Khidhur S** (2022), "Effects of single versus multiple tracts on Percutaneous Nephrolithotomy outcomes", Iraq Med J. 6(4).
 6. **K. K. Stamatelou, M. E. Francis, C. A. Jones, L. M. Nyberg, G. C. Curhan** (2003), "Time trends in reported prevalence of kidney stones in the United States: 1976-1994", Kidney Int. 63(5), p. 1817-23.
 7. **Ahmet Te, Fatih A, Kadir T, Aytul T** (2007), "Tubeless percutaneous nephrolithotomy in selected patients: a prospective randomized comparison", International Urology and Nephrology 39, p. 57-63.
 8. **W. Xue, D. Pacik, W. Boellaard, A. Breda, M. Botoca, J. Rassweiler, B. Van Cleynenbreugel, J. de la Rosette, Croes Pcnl Study Group** (2012), "Management of single large nonstaghorn renal stones in the CROES PCNL global study", J Urol. 187(4), p. 1293-7.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U NANG GIÁP LƯỖI THỂ LƯỖI TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG TRONG GIAI ĐOẠN 2022-2025

Đỗ Phương Linh¹, Nguyễn Thị Ngọc Anh², Nguyễn Quang Trung^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật u nang giáp lưỡi thể lưỡi (UNGLTL) tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương giai đoạn 2022–2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh có can thiệp hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 27 bệnh nhân UNGLTL được phẫu thuật bằng kỹ thuật Sistrunk hoặc qua đường miệng. Các biến số gồm: tuổi, giới, cơ năng, MRI, thời gian mổ, lượng máu mất, biến chứng, tái phát, sẹo. **Kết quả:** So với phẫu thuật Sistrunk, phẫu thuật qua đường miệng có thời gian mổ ngắn hơn (46,8 phút so với 77,1 phút; $p = 0,012$), lượng máu mất ít hơn đáng kể (6,0 ml so với 28,9 ml; $p < 0,001$) và không ghi nhận biến chứng nào. Tỷ lệ tái phát nhóm Sistrunk là 5/22 (22,7%), chủ yếu xảy ra ở bệnh nhân có tiền sử viêm kéo dài. Đánh giá thẩm mỹ bằng thang điểm POSAS cho thấy 86,4% vết mổ đạt kết quả tốt. Hình ảnh MRI có giá trị trong việc hỗ trợ lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp. **Kết luận:** Tỷ lệ tái phát chung sau phẫu thuật u nang giáp lưỡi thể lưỡi là 8/27 (29,6%), cao hơn so với các báo cáo quốc tế, trong đó nhóm Sistrunk chiếm 5/22 ca và nhóm phẫu thuật qua đường miệng 3/5 ca. Biến chứng được ghi nhận ở 6 ca, đều thuộc nhóm phẫu thuật Sistrunk. Cả hai phương pháp đều tương đối an toàn, tuy nhiên phẫu thuật qua đường miệng cho thấy ưu thế vượt trội về tính thẩm mỹ, ít biến chứng và thời gian hồi phục nhanh, là một lựa chọn tiềm năng trong điều trị u nang giáp lưỡi thể lưỡi. **Từ khóa:** U nang giáp lưỡi thể lưỡi; Kết quả phẫu thuật; phẫu thuật Sistrunk; phẫu thuật qua đường miệng, tái phát, POSAS.

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES FOR LINGUAL THYROGLOSSAL DUCT CYSTS (LTGDC) AT THE NATIONAL OTORHINOLARYNGOLOGY HOSPITAL OF VIETNAM, 2022-2025

Objective: To evaluate the surgical outcomes of lingual thyroglossal duct cysts (LTGDC) at the National Otorhinolaryngology Hospital during the period 2022–2025. **Methods:** A descriptive interventional case series was conducted on 27 patients with LTGDC who underwent surgery via either the Sistrunk technique or a transoral approach. Variables included age, sex, clinical symptoms, MRI findings, operative time, intraoperative blood loss, complications, recurrence, and scar assessment. **Results:** Compared to the Sistrunk procedure, the transoral approach was associated with a significantly shorter operative time (46.8 minutes vs. 77.1 minutes; $p = 0.012$), significantly less blood loss (6.0 mL vs. 28.9 mL; $p < 0.001$), and no recorded complications. The recurrence rate in the Sistrunk group was 5/22 (22.7%), mainly in patients with a history of chronic inflammation. Aesthetic outcomes assessed using the POSAS score showed that 86.4% of scars were rated as good. MRI proved valuable in guiding the choice of surgical approach. **Conclusion:** The overall recurrence rate after surgery for LTGDC was 8/27 (29.6%), higher than international reports, with 5/22 cases in the Sistrunk group and 3/5 cases in the transoral group. All six recorded complications occurred in the Sistrunk group. Both techniques were relatively safe; however, the transoral approach demonstrated significant advantages in cosmetic outcomes, fewer complications, and faster recovery, making it a promising option for managing LTGDC.

Keywords: Lingual thyroglossal duct cyst; Surgical outcomes; Sistrunk procedure; Transoral surgery; Recurrence; POSAS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nang giáp lưỡi thể lưỡi (UNGLTL) là bất

¹Trung tâm Y tế Thành phố Điện Biên Phủ

²Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

⁴Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: nguyenguangtrung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 2.7.2025

thường bẩm sinh hiếm gặp chiếm khoảng 0,5% đến 8,5% trong nhóm dị tật ống giáp-lưỡi.¹ Do vị trí nằm sâu trong khối cơ đáy lưỡi, u nang này có thể gây ra các triệu chứng như cảm giác vướng họng, khó nuốt, thậm chí khó thở, đặc biệt ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.²

Phẫu thuật là lựa chọn điều trị chủ yếu nhằm loại bỏ tổn thương, ngăn ngừa biến chứng và giảm nguy cơ tái phát². Tuy nhiên, cấu trúc giải phẫu phức tạp của vùng đáy lưỡi là một thách thức lớn cho việc bóc lột và loại bỏ triệt để khối u.² Hai phương pháp phổ biến hiện nay là phẫu thuật Sistrunk và phẫu thuật qua đường miệng.³ Mỗi phương pháp đều có ưu điểm và hạn chế nhất định liên quan đến mức độ xâm lấn, khả năng tiếp cận tổn thương, các biến chứng và tỷ lệ tái phát, việc lựa chọn phương pháp tối ưu cho từng trường hợp cụ thể vẫn còn nhiều tranh cãi.³

Tại Việt Nam, hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu cung cấp toàn diện dữ liệu lâm sàng về điều trị UNGLTL. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật u nang giáp lưỡi thể lưỡi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương giai đoạn 2022-2025 góp phần cung cấp dữ liệu thực tiễn, định hướng xu thế điều trị trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 27 bệnh nhân chẩn đoán xác định u nang giáp lưỡi thể lưỡi được phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW.

Trong đó:

- Hồi cứu: 19 bệnh nhân, từ tháng 09/2022 đến tháng 07/2024.

- Tiến cứu: 08 bệnh nhân, từ tháng 07/2024 đến tháng 04/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa bệnh nhân.

Bệnh nhân được lựa chọn theo tiêu chuẩn sau:

- Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u nang giáp lưỡi thể lưỡi và được phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương trong giai đoạn nghiên cứu.

- Kết quả giải phẫu bệnh là u nang giáp lưỡi thể lưỡi.

- Được theo dõi hậu phẫu ngày 1, 3, 7 và tái khám sau 1, 3, 6 tháng.

- Có ghi chép hồ sơ bệnh án đầy đủ.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Thời gian theo dõi hậu phẫu dưới 3 tháng.

- U nang giáp lưỡi không phải thể lưỡi điển hình.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh có can thiệp, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

2.3. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới.

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Triệu chứng cơ năng, thực thể, MRI (kích thước nang, các hình ảnh gợi ý tổn thương).

- Đánh giá kết quả phẫu thuật: Biến chứng, lượng máu mất, số ngày trung bình đặt dẫn lưu và sonde dạ dày, số ngày dung thuốc giảm đau, thời gian nằm viện sau phẫu thuật (là thời gian từ khi bệnh nhân phẫu thuật xong cho đến khi bệnh nhân xuất viện), tái phát, sẹo (POSAS).

2.4. Nhập và xử lý số liệu. Số liệu được mã hóa và xử lý trên phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các biến số định lượng (tuổi, thời gian nằm viện, theo dõi...) được biểu diễn dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn; các biến định tính (giới tính, tái phát, biến chứng,...) được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Phép kiểm Chi-square/Fisher test hoặc T-test được sử dụng để so sánh hiệu quả giữa các nhóm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu gồm 27 bệnh nhân (21 nam, 6 nữ; tỷ số nam:nữ = 3,5:1), tuổi trung bình $28,52 \pm 18,55$ (6-66 tuổi), trong đó có 8 bệnh nhân dưới 16 tuổi.

3.2. Triệu chứng lâm sàng. Trước phẫu thuật, nuốt vướng là triệu chứng phổ biến nhất, gặp ở 22/27 bệnh nhân (81,48%). Trong đó, có 3 bệnh nhân nuốt đau, chiếm 11,11%. Còn lại 18,52% bệnh nhân phát hiện bệnh tình cờ.

3.3. Các phương pháp phẫu thuật. Phẫu thuật Sistrunk chiếm ưu thế với 22/27 (81,48%) ca. Trong khi đó, phẫu thuật qua đường miệng chiếm tỷ lệ thấp hơn với các phương tiện hỗ trợ như: dao điện (7,41%), Coblator (3,7%), Ligasure (3,7%) và Laser CO₂ (3,7%).

3.4. Đánh giá kết quả phẫu thuật

3.4.1. Thời gian phẫu thuật

Bảng 1. So sánh thời gian phẫu thuật giữa hai phương pháp

Phương pháp phẫu thuật	Phẫu thuật qua đường miệng	Phẫu thuật Sistrunk	p-value
Thời gian phẫu thuật (phút)	46,80 ± 18,20	77,09 ± 26,69	0,012

Phẫu thuật qua đường miệng rút ngắn thời gian mổ đáng kể so với phẫu thuật Sistrunk ($p < 0,05$).

3.4.2. Mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật và kích thước u nang

Bảng 2. Mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật và kích thước u nang

Kích thước nang	10-20 mm	21-30 mm	>30 mm	p-value
-----------------	----------	----------	--------	---------

Thời gian phẫu thuật (phút) TB±SD	70,00 ±25,40	70,38 ±28,50	78,75 ±37,50	0,845
-----------------------------------	--------------	--------------	--------------	-------

Kích thước nang trên 30mm có thời gian phẫu thuật dài hơn so với nang có kích thước <30mm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.4.3. Lượng máu mất trong phẫu thuật

Bảng 3. Lượng máu mất trong phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Phẫu thuật qua đường miệng	Phẫu thuật Sistrunk	p-value
Lượng máu mất (ml)	6,0 ± 2,24	28,95 ± 6,85	<0,001

Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật Sistrunk là 28,95±6,85ml. Phẫu thuật qua đường miệng mất ít máu hơn, cụ thể 6,0±2,24ml (p<0,05).

3.3.4. Chăm sóc sau phẫu thuật. Nhóm phẫu thuật Sistrunk được đặt dẫn lưu 100% với thời gian trung bình 2,86 ± 0,99 ngày; có 7 ca đặt sonde dạ dày gồm: 2 ca phù nề vùng đáy lưỡi-sụn nắp, 3 ca rách niêm mạc họng và 2 ca đau nhiều, ăn uống kém.

Nhóm phẫu thuật qua đường miệng, có 1 bệnh nhân trên nền ung thư thanh quản, phẫu thuật bằng laser CO₂, được đặt sonde dạ dày trong 5 ngày.

Thời gian các bệnh nhân được ăn qua sonde dạ dày trung bình là 7,88 ± 5,06 ngày.

3.4.5. Tỷ lệ biến chứng trong và sau phẫu thuật

Bảng 4. Tỷ lệ biến chứng phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Phẫu thuật qua đường miệng	Phẫu thuật Sistrunk
Tỷ lệ biến chứng n(%)	0	6 (27,27)

Không ghi nhận biến chứng nào với phẫu thuật qua đường miệng. Với phẫu thuật sistrunk có 6 (27,27%) ca biến chứng rách niêm mạc trong mổ, trong đó 1 ca nhiễm trùng và 1 ca chảy máu sau mổ.

3.4.6. Số ngày dùng thuốc giảm đau

Bảng 5. Số ngày dùng thuốc giảm đau

Phương pháp phẫu thuật	Phẫu thuật qua đường miệng	Phẫu thuật Sistrunk	p-value
Số ngày uống thuốc giảm đau (ngày)	5,00±2,12	5,50±3,22	0,745

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về số ngày uống thuốc giảm đau giữa hai nhóm phẫu thuật Sistrunk và qua đường miệng (p>0,05).

3.4.7. So sánh các triệu chứng trước và sau phẫu thuật



Hình 1. So sánh triệu chứng cơ năng trước và sau phẫu thuật

Nuốt vướng là lý do phổ biến khiến bệnh nhân đi khám, chiếm 81,48%. Sau can thiệp, 26/27 bệnh nhân không còn triệu chứng; trường hợp còn lại vẫn cảm giác vướng nhẹ nhưng cải thiện rõ rệt so với ban đầu. Ngoài ra, 3/3 bệnh nhân có kèm nuốt đau đều không còn cảm giác khó chịu sau phẫu thuật.

3.4.8. Thời gian nằm viện

Bảng 6. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện (ngày)	Phẫu thuật qua đường miệng	Phẫu thuật Sistrunk	p-value
Mean ± SD	4,40 ± 2,51	7,36 ± 3,72	0,004

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật qua đường miệng ngắn hơn thời gian nằm viện sau phẫu thuật Sistrunk (4,40 ± 2,51 ngày so với 7,36 ± 3,72 ngày, p<0,05).

3.4.9. Tính thẩm mỹ theo thang điểm POSAS. The Patient and Observer Scar Assessment Scale (POSAS) là công cụ đáng tin cậy để đánh giá sẹo sau phẫu thuật, gồm 2 phần: thang điểm của bệnh nhân và của người quan sát.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật Sistrunk có hiệu quả thẩm mỹ tốt, với điểm trung bình theo đánh giá của người quan sát là 3,11 và của bệnh nhân là 2,57. Đa số bệnh nhân (86,4%) có sẹo đẹp và hài lòng, chỉ 13,6% ghi nhận sẹo xấu.



a. Sẹo lõm hình chân rết b. Sẹo lồi, không đồng màu với da

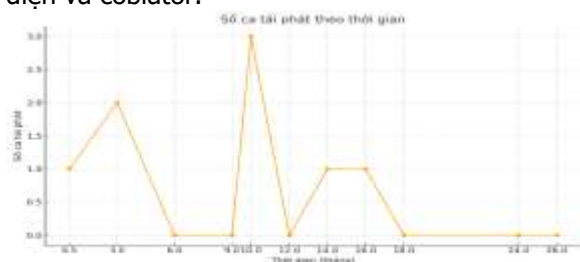


c. Không phát hiện ra sẹo

Hình 2. Sẹo sau phẫu thuật Sistrunk của bệnh nhân UNGLTL tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

3.4.10. Tỷ lệ tái phát u nang giáp lưỡi thể lưỡi. Bệnh nhân tái phát sớm nhất trong 2 tuần, có 2 ca tái phát muộn sau 12 tháng, cả 3 trường hợp này đều được phẫu thuật Sistrunk.

5 trong số 22 ca phẫu thuật Sistrunk tái phát. Trong khi đó, 5 ca phẫu thuật qua đường miệng có 3 ca tái phát sau phẫu thuật bằng dao điện và coblator.



Hình 3. Số ca tái phát theo thời gian

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tính an toàn của phẫu thuật. Phẫu thuật Sistrunk là kỹ thuật kinh điển để điều trị u nang giáp lưỡi thể lưỡi.^{6,7} Tuy nhiên, đối với u nang nằm sâu ở đáy lưỡi, phương pháp này có thể gây chấn thương đáng kể, đòi hỏi thời gian hồi phục lâu và tiềm ẩn các biến chứng như chảy máu, rách niêm mạc, rò ống họng,...² Với sự tiến bộ của công nghệ, các phương pháp tiếp cận qua đường miệng đã ngày càng trở nên phổ biến.¹ Bắt nhịp với sự phát triển quốc tế, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương triển khai phẫu thuật u nang giáp lưỡi thể lưỡi với cả 2 phương pháp trên.

Trong quá trình theo dõi, cả hai phương pháp phẫu thuật đều được chứng minh có tính an toàn tương đối, không ghi nhận trường hợp tử vong nào, lượng máu mất ít, thời gian phẫu thuật trung bình và ít tác dụng phụ liên quan đến gây mê.

Ở nhóm phẫu thuật Sistrunk, biến chứng sớm như rách niêm mạc, chảy máu và nhiễm trùng chiếm tỷ lệ 6/22 (27,27%), trong khi nghiên cứu của Li và cộng sự không ghi nhận biến chứng nào.⁶

Ngược lại, nhóm phẫu thuật qua đường miệng không ghi nhận biến chứng trong hoặc

sau mổ, phù hợp với các báo cáo của Niu và Ga cùng cộng sự.^{1,2}

Với các bệnh nhân được theo dõi trên 12 tháng, không xuất hiện biến chứng lâu dài như rối loạn vận động lưỡi, thay đổi vị giác, rối loạn phát âm, khó nuốt hay rò ống họng.

4.2. Tính hiệu quả của phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân đến khám với lý do nuốt vướng. Những bệnh nhân có nuốt đau đi kèm gợi ý một tình trạng viêm thâm lặn, qua khai thác bệnh sử, bệnh nhân được chẩn đoán nhầm hoặc bỏ qua điều trị trong thời gian dài. Đáng chú ý, các đối tượng nghiên cứu này cũng nằm trong nhóm bệnh nhân tái phát nang giáp lưỡi sau 1 thời gian ra viện. Điều này gợi ý, nhiễm trùng đường hô hấp trên tái diễn có thể kéo theo viêm nang giáp lưỡi⁴; gây dính nang vào các mô xung quanh, dẫn đến tăng tỷ lệ vỡ nang trong quá trình bóc tách, dẫn đến sót lại mô nang sau phẫu thuật⁵. Do đó, phẫu thuật cắt bỏ sớm UNGLTL được khuyến cáo để ngăn ngừa biến chứng, giải quyết nguyên nhân triệt để, giảm tỷ lệ tái phát.

Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật Sistrunk trong nghiên cứu này là 5/22 (22,73%) ca, cao hơn đáng kể so với mức 2–6% được báo cáo bởi Gao và cộng sự.¹ Phẫu thuật qua đường miệng có 3/5 trường hợp tái phát, trong khi Nicola và cộng sự chỉ ghi nhận tỷ lệ 1,9%.² Riêng phương pháp sử dụng coblator, một ca được thực hiện đã tái phát sau 10 tháng, khác với kết quả không có tái phát trong thời gian theo dõi trung bình 5,3 năm trên 29 bệnh nhân của tác giả Niu và cộng sự.²

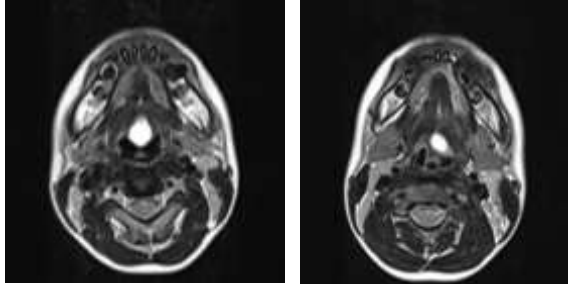
Dựa trên kết quả đánh giá bằng thang điểm POSAS, phẫu thuật Sistrunk cho thấy hiệu quả thẩm mỹ tổng thể ở mức độ tích cực. Tuy nhiên, để tối ưu hóa kết quả và hạn chế các trường hợp sẹo xấu, việc tuân thủ các nguyên tắc phẫu thuật là rất quan trọng. Các khuyến nghị chính từ chuyên gia nhấn mạnh việc tôn trọng giải phẫu, rạch da theo nếp lằn cổ tự nhiên, thao tác nhẹ nhàng, tối thiểu, hạn chế phản ứng viêm và ưu tiên kỹ thuật khâu vết dưới da để giảm nguy cơ hình thành sẹo dạng 'chân rết'. Hiệu quả thẩm mỹ đạt được cần được duy trì thông qua tư vấn và hướng dẫn chăm sóc sẹo sau mổ một cách đầy đủ.

4.3. Phẫu thuật liên quan đến thay đổi vị trí giải phẫu nang

Bảng 7. So sánh vị trí nang giáp lưỡi thể lưỡi ban đầu và vị trí tái phát sau phẫu thuật

STT	Vị trí ban đầu	Vị trí tái phát 1	Vị trí tái phát 2	Vị trí tái phát 3	Loại phẫu thuật
Case 1	Đường giữa	Đường giữa	0	0	Phẫu thuật Sistrunk
Case 2	Đường giữa	Đường giữa	0	0	Qua đường miệng bằng Dao điện

Case 3	Đường giữa	Lệch trái	0	0	Phẫu thuật Sistrunk
Case 4	Đường giữa	Đường giữa	Lệch phải	Lệch phải	Phẫu thuật Sistrunk
Case 5	Đường giữa	Đường giữa	0	0	Qua đường miệng bằng Dao điện
Case 6	Lệch phải	Đường giữa	0	0	Phẫu thuật Sistrunk
Case 7	Lệch phải	Đường giữa	0	0	Phẫu thuật Sistrunk
Case 8	Đường giữa	Đường giữa	0	0	Qua đường miệng bằng Coblator



a.Vị trí u nang ban đầu b.Vị trí u nang tái phát
Hình 6. Vị trí u nang giáp lưỡi thể lưỡi tái phát thay đổi sau phẫu thuật trên MRI

Do sự không thoái triển hoàn toàn của ống và các nhánh phụ, ống giáp lưỡi có thể còn tồn tại nhiều nhánh phức tạp.^{8,9} Phẫu thuật không triệt để có thể hình thành nang tái phát từ những đường rò phụ này⁹, gây nên tình trạng nang mọc gần vị trí ban đầu hoặc thay đổi vị trí sau phẫu thuật.

4.4. Mối tương quan giữa MRI và thời gian phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, MRI cho thấy 100% nang nằm trong khối cơ đáy lưỡi, dấu hiệu mô nhon thường gặp 19/27 (70,37%), dấu hiệu tiếp xúc xương móng ít gặp 7/27 (25,93%), hình ống 3/27 (11,11%), tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền.¹⁰

Bảng 8. Mối tương quan giữa MRI và thời gian phẫu thuật

Đặc điểm MRI	Dấu hiệu mô nhon	Dấu hiệu hình ống	Dấu hiệu tiếp xúc xương móng
Tgian PT (phút) TB±SD	69,47 ± 29,36	84,00 ± 22,65	69,67 ± 24,67

Dấu hiệu 'mô nhon' có giá trị định hướng vị trí nang nằm gần đỉnh chữ V lưỡi, gợi ý lựa chọn phẫu thuật qua đường miệng do ưu thế về thời gian mổ ngắn và tiếp cận thuận lợi. Ngược lại, dấu hiệu 'tiếp xúc xương móng' thường gặp ở nang nằm sát hoặc xâm lấn xương, khi đó, phẫu thuật Sistrunk cho phép bóc tách hiệu quả và hỗ trợ xác định đường rò xuất phát từ xương móng.¹⁰

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị u nang giáp lưỡi thể lưỡi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương đạt hiệu quả lâm sàng tương đối tốt, an toàn và cải thiện

triệu chứng rõ rệt. Tỷ lệ tái phát là 8/27, cao hơn so với các báo cáo quốc tế, trong đó nhóm phẫu thuật Sistrunk chiếm 5/22 ca và nhóm qua đường miệng 3/5 ca. Biến chứng được ghi nhận ở 6 ca, đều thuộc nhóm phẫu thuật Sistrunk. Việc triển khai đồng thời hai kỹ thuật giúp so sánh hiệu quả thực tiễn đồng thời cung cấp dữ liệu thực chứng về tổn thương hiếm gặp này trong bối cảnh lâm sàng tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gao K, Gao K, Han J, et al. A new transoral modality for the treatment of lingual thyroglossal duct cyst with suspension laryngoscopy by plasma coblation. Ann R Coll Surg Engl. 2021;103(6):438-443. doi:10.1308/rcsann.2020.7073.
2. Niu Y, Cui T, Li W, Jin X, Huo H, Wang J. Coblation-Assisted Transoral Endoscopic Excision of Lingual Thyroglossal Duct Cysts. J Otolaryngol.
3. Qin F, Ni Y, Chen W. The clinical characteristics and surgical strategy in infants with lingual thyroglossal duct cyst. Braz J Otorhinolaryngol. 2025; 91(2): 101536. doi:10.1016/j.bjorl.2024. 101536.
4. Deaver MJ, Silman EF, Lotfipour S. Infected Thyroglossal Duct Cyst. West J Emerg Med. 2009;10(3):205.
5. Muhialdeen AS, Salih AM, Ahmed MM, et al. Thyroglossal duct diseases: presentation and outcomes. J Int Med Res. 2023;51(2): 03000605231154392. doi:10.1177/03000605231154392
6. Li W, Ren Y peng, Shi Y yi, Zhang L, Bu R fa. Presentation, Management, and Outcome of Lingual Thyroglossal Duct Cyst in Pediatric and Adult Populations. J Craniofac Surg. 2019;30(5): e442-e446. doi:10.1097/SCS.00000000000005522
7. Li B, She C, Liu D. Comprehensive analysis and treatment of intraoral thyroglossal duct cysts with intraoperative techniques: a 7-case series review in a tertiary care center. Braz J Otorhinolaryngol. 2024; 90(5): 101460. doi:10.1016/j.bjorl.2024. 101460
8. Zhang LC, Zhang TY, Sha Y, Lin Y xin, Chen Q. Lingual thyroglossal duct cyst with recurrence after cystectomy or marsupialization under endoscopy: Diagnosis and modified sistrunk surgery: Lingual Thyroglossal Duct Cyst with Recurrence after Cystectomy. The Laryngoscope. 2011;121(9):1888-1892. doi:10.1002/lary.21909
9. Havaladar R, Mallapur S. Thyroglossal Duct Cysts: From Embryology to Clinical Practice. Published online 2025.
10. Nguyễn Thị Huyền, VDL Lê Văn Kháng. Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ trong chẩn đoán nang giáp lưỡi [luận văn thạc sỹ]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.

HIỆU QUẢ CỦA VECNI FLUOR TRONG PHÒNG NGỪA SÂU RĂNG Ở TRẺ 3 TUỔI TẠI TỈNH BÀ RỊA – VŨNG TÀU

Lê Trung Chánh¹, Tôn Thất Đàm Triều²,
Hồ Hữu Tiến¹, Hoàng Trọng Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của việc bôi vecni fluor định kỳ trong phòng ngừa tiến triển sâu răng sớm ở trẻ 3 tuổi đang tham gia chương trình nha học đường, tại các thời điểm sau 3, 6 và 9 tháng can thiệp. **Phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (RCT) được tiến hành trên 880 trẻ 3 tuổi từ 16 trường mầm non tại tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu. Sau sàng lọc, 768 trẻ có chỉ số sâu răng $s_{1mt-r} > 0$ được chọn và chia ngẫu nhiên thành hai nhóm: nhóm can thiệp ($n=406$) được bôi vecni fluor mỗi 3 tháng; nhóm chứng ($n=362$) không được bôi vecni fluor. Cả hai nhóm đều đang được hưởng lợi từ chương trình nha học đường hiện hành của tỉnh. Tình trạng sâu răng được đánh giá theo hệ thống ICDAS bởi 4 điều tra viên đã được huấn luyện và chuẩn hóa ($Kappa \geq 0,84$), ghi nhận ở hai mức độ: sang thương chưa tạo lỗ (s_1) và có tạo lỗ (s_3). Các chỉ số s_{1mt-r} , s_{3mt-r} và OHIS được thu thập tại các thời điểm T0, T1 (3 tháng), T2 (6 tháng) và T3 (9 tháng). Phân tích thống kê sử dụng kiểm định Chi bình phương, kiểm định T độc lập và kiểm định T bắt cặp. **Kết quả:** Chỉ số OHIS tăng ở cả hai nhóm theo thời gian nhưng không có sự khác biệt giữa nhóm ($p=0,786$). Từ T0 đến T3, chỉ số s_{1mt-r} ở nhóm can thiệp gần như không thay đổi ($\Delta = 0,02$; $p=0,928$), trong khi nhóm chứng tăng đáng kể ($\Delta = 0,81$; $p=0,007$); sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p=0,042$). Với chỉ số s_{3mt-r} , mức tăng từ T0 đến T3 ở nhóm can thiệp là 0,94 ($p<0,001$), thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng là 1,66 ($p<0,001$); sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,013$). **Kết luận:** Việc bôi vecni fluor định kỳ mỗi 3 tháng giúp làm chậm tiến triển sâu răng ở trẻ mầm non, kể cả khi trẻ đang được thụ hưởng chương trình nha học đường. Đây là một biện pháp dự phòng khả thi và hiệu quả, phù hợp để lồng ghép vào chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng học đường tại Việt Nam. **Từ khóa:** Bôi vecni fluor; sâu răng sữa; ICDAS; nha học đường; trẻ mầm non; RCT; s_{1mt-r} ; s_{3mt-r} .

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF FLUORIDE VARNISH IN PREVENTING DENTAL CARIES AMONG 3-YEAR-OLD CHILDREN IN BA RIA – VUNG TAU PROVINCE

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương, Tp. Hồ Chí Minh

²Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Hữu Tiến

Email: hohuutien@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 3.7.2025

Introduction – Objective: This study aimed to evaluate the effectiveness of regular fluoride varnish application in preventing the progression of dental caries in 3-year-old children who were already beneficiaries of a provincial school-based oral health program, with assessments conducted at 3-, 6-, and 9-months post-intervention. **Methods:** This randomized controlled trial (RCT) was conducted among 880 three-year-old children from 16 preschools in Ba Ria – Vung Tau Province. After screening, 768 children with d_{1mft} score > 0 were randomly assigned to either the intervention group ($n=406$), receiving fluoride varnish every 3 months, or the control group ($n=362$), who did not receive varnish. All participants benefited from the existing school-based oral health program. Dental caries status was recorded using the ICDAS system by four calibrated examiners ($Kappa \geq 0.84$), with lesions categorized into two levels: non-cavitated (d_1) and cavitated (d_3). Caries indices (d_{1mft} and d_{3mft}) and the OHIS were assessed at baseline (T0), 3 months (T1), 6 months (T2), and 9 months (T3). Data was analyzed using Chi-square test, independent samples t-test and paired t-test. **Results:** OHIS scores increased over time in both groups, with no significant differences between groups ($p=0.786$). From T0 to T3, the d_{1mft} index showed no significant change in the intervention group ($\Delta = 0.02$; $p=0.928$), while the control group had a significant increase ($\Delta = 0.81$; $p=0.007$); the between-group difference was statistically significant ($p=0.042$). For d_{3mft} , the increase was lower in the intervention group ($\Delta = 0.94$; $p<0.001$) compared to the control group ($\Delta = 1.66$; $p<0.001$), with a significant difference between groups ($p=0.013$). **Conclusion:** Quarterly application of fluoride varnish effectively slowed the progression of dental caries in preschool children, even among those already enrolled in a school-based oral health program. This preventive strategy is feasible and should be integrated into community-based dental care models for children.

Keywords: Fluoride varnish; Early childhood caries; ICDAS; School-based oral health; Preschool children; RCT; d_{1mft} ; d_{3mft} .

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng sớm (Early Childhood Caries – ECC) là một trong những bệnh lý răng miệng phổ biến và nghiêm trọng nhất ở trẻ em dưới 6 tuổi. Tình trạng này ảnh hưởng không chỉ đến chức năng ăn nhai, phát âm và thẩm mỹ, mà còn làm gia tăng nguy cơ viêm nhiễm, đau kéo dài, suy dinh dưỡng và ảnh hưởng tiêu cực đến sự phát triển toàn diện của trẻ nhỏ [1].

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tỷ lệ sâu răng sữa ở trẻ em đang có xu hướng gia tăng,