

kể. Ngày thứ nhất sau mổ 87,6% người bệnh gặp vấn đề tê chân bên mổ; 88,8% người bệnh chưa thể ngồi dậy. Họ chỉ có thể vận động cổ bàn ngón chân một cách thụ động và chủ động một phần tại giường. Nguyên nhân có thể do NB đau sau mổ, chân mổ còn tê nên hạn chế khả năng vận động, tâm lý lo lắng di lệch khi vận động và thói quen sau mổ là phải nằm tại giường. Vào ngày thứ ba sau mổ khi đau và tê chân đã cải thiện, đồng thời được sự hỗ trợ của điều dưỡng và kỹ thuật viên tập phục hồi chức năng kết quả 69,7% người bệnh đã có thể ngồi dậy, 23% NB có thể đứng và 5,6% NB có thể đi lại dưới sự hỗ trợ của khung và nhân viên y tế. Đến ngày thứ năm sau mổ chỉ còn 1,7% người bệnh chưa thể ngồi dậy; 2,8% người bệnh chưa đứng lên được và 13,5% người bệnh chưa đi lại. Nguyên nhân là do một số người bệnh còn đau nhiều hoặc người bệnh cao tuổi khả năng đi lại kém hơn. Kết quả này khác với kết quả của tác giả Stowers và cộng sự cho thấy vận động sớm (<24 giờ) ở nhóm NB thực hiện ERAS đạt được ở 81% và trái ngược với nhóm đối chứng chỉ có 48% bệnh nhân vận động trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật [7].

V. KẾT LUẬN

Người bệnh sau thay khớp háng có sự cải thiện rõ rệt về triệu chứng đau và chức năng vận động trong giai đoạn sớm sau mổ. Việc theo dõi sát đặc điểm lâm sàng giúp phát hiện sớm biến

chứng, tối ưu hóa quá trình phục hồi chức năng và nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Minh Chúc, Nguyễn Thị Liên và Nguyễn Thị Huyền Thương.** Một số nhận xét về công tác chăm sóc điều dưỡng và hướng dẫn luyện tập phục hồi chức năng cho người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Tạp chí Y dược lâm sàng 108. 2020; 14-21.
2. **Mai Thị Vân Hằng, Nguyễn Đình Phúc và Lê Hải Yến.** Kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ gãy xương chi dưới tại Khoa Ngoại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên, Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 508(1), 146-150.
3. **Nguyễn Thị Huyền.** Kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ thay khớp háng nhân tạo và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Luận văn thạc sỹ điều dưỡng. 2022
4. **Nguyễn Đức Lam, Vũ Nguyễn Hà Ngân và Nguyễn Hữu Tú.** So sánh các tác dụng không mong muốn của giảm đau sau phẫu thuật nội soi khớp gối bằng gây tê thần kinh đùi và thần kinh hông to dưới hướng dẫn siêu âm với gây tê ngoài màng cứng, Tạp chí Y dược lâm sàng 108. 2019; 64-69.
5. **Markatos và K. Savvidou.** Hallmarks in the history and development of total hip arthroplasty, Surgical Innovation, 2020; 27(6), 691– 694.
6. **Chloe E. H. Scott et al.** Modern total hip arthroplasty: peak of perfection or room for improvement. 2022; 104-B(2), 189-192.
7. **Manuopangai L Stowers MD et al.** Enhanced Recovery After Surgery in elective hip and knee arthroplasty reduces length of hospital stay, ANZ journal of surgery. 2016.

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT HUỖNH QUANG CẬN HỒNG NGOẠI (NIRAF) TRONG PHẪU THUẬT TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Duy^{1,2}, Lê Thế Đường¹, Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật huỳnh quang cận hồng ngoại tự phát (NIRAF) trong nhận diện và bảo tồn tuyến cận giáp ở bệnh nhân phẫu thuật ung thư tuyến giáp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 10 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ vào tháng 7/2025 tại Bệnh viện K. Tất cả bệnh nhân được ứng dụng kỹ thuật NIRAF để nhận diện tuyến cận giáp trong mổ.

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Duy

Email: duyynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 15.10.2025

Đánh giá tỷ lệ nhận diện tuyến cận giáp, tỷ lệ cắt bỏ không chủ ý và biến chứng suy cận giáp sau mổ. **Kết quả:** 10 bệnh nhân có tổng cộng 40/40 tuyến cận giáp (100%) được nhận diện bằng NIRAF. Không có tuyến cận giáp nào bị cắt bỏ không chủ ý. Tỷ lệ suy cận giáp tạm thời chỉ 10% (1/10). Không có ca nào suy cận giáp vĩnh viễn. Thời gian thực hiện kỹ thuật trung bình $5,2 \pm 1,8$ phút. **Kết luận:** NIRAF là kỹ thuật an toàn, hiệu quả trong nhận diện và bảo tồn tuyến cận giáp. Với tỷ lệ suy cận giáp tạm thời chỉ 10%, kết quả nghiên cứu cho thấy NIRAF có hiệu quả trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp. Đây cũng là báo cáo đầu tiên tại Việt Nam ứng dụng kỹ thuật này giúp nâng cao hiệu quả điều trị ung thư tuyến giáp. **Từ khóa:** NIRAF, tuyến cận giáp, ung thư tuyến giáp, huỳnh quang cận hồng ngoại, phẫu thuật tuyến giáp

SUMMARY

APPLICATION OF NEAR-INFRARED

AUTOFLUORESCENCE (NIRAF) TECHNIQUE IN THYROID SURGERY AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the efficacy of Near-Infrared Autofluorescence (NIRAF) technique in identifying and preserving parathyroid glands in patients undergoing thyroid cancer surgery. **Patients and Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 10 thyroid cancer patients who underwent total thyroidectomy and neck dissection in July 2025 at K Hospital. All patients had NIRAF technique applied for intraoperative parathyroid gland identification. The study evaluated parathyroid identification rates, inadvertent resection rates, and postoperative hypoparathyroidism complications. **Results:** Among 10 patients, a total of 39/40 parathyroid glands (97.5%) were identified using NIRAF. No parathyroid glands were inadvertently resected. The temporary hypoparathyroidism rate was only 10% (1/10). No permanent hypoparathyroidism occurred. The average technique implementation time was 5.2 ± 1.8 minutes. **Conclusion:** NIRAF is a safe and effective technique for parathyroid gland identification and preservation. With a temporary hypoparathyroidism rate of only 10%, the study results demonstrate NIRAF's efficacy in thyroid cancer surgery. This is also the first report in Vietnam applying this technique to enhance thyroid cancer treatment outcomes.

Keywords: NIRAF, parathyroid glands, thyroid cancer, near-infrared fluorescence, thyroid surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy cận giáp là một trong những biến chứng thường gặp và nghiêm trọng nhất sau phẫu thuật tuyến giáp, với tỷ lệ suy cận giáp tạm thời dao động từ 20-30% và suy cận giáp vĩnh viễn khoảng 1-3% trong các báo cáo quốc tế [1]. Nguyên nhân chính gây suy cận giáp sau mổ bao gồm cắt bỏ tuyến cận giáp không chủ ý và tổn thương mạch máu nuôi dưỡng tuyến cận giáp trong quá trình phẫu thuật. Biến chứng này thường gặp hơn trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp, đặc biệt khi kèm theo vét hạch cổ trung tâm. Việc nhận diện chính xác tuyến cận giáp trong phẫu thuật là thách thức lớn đối với phẫu thuật viên. Phương pháp truyền thống dựa vào quan sát bằng mắt thường chỉ cho phép nhận diện khoảng 70-85% số tuyến, phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên và điều kiện giải phẫu trong mổ.

Trong những năm gần đây, kỹ thuật huỳnh quang cận hồng ngoại (Near-Infrared Autofluorescence - NIRAF) đã được phát triển như một công cụ hỗ trợ cho phẫu thuật viên [2]. McWade và cộng sự (2013) đã chứng minh rằng tín hiệu huỳnh quang từ tuyến cận giáp mạnh hơn 1,2-18 lần so với mô tuyến giáp, tạo độ tương phản cao giúp nhận diện dễ dàng [3]. Đây là đặc tính sinh học độc đáo của mô tuyến cận

giáp, cho phép phân biệt với các cấu trúc xung quanh mà không cần sử dụng bất kỳ chất cản quang nào.

Mặc dù kỹ thuật này đã được áp dụng thành công tại nhiều trung tâm trên thế giới, nhưng chưa có báo cáo nào về việc ứng dụng NIRAF trong phẫu thuật tuyến giáp tại Việt Nam. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá bước đầu hiệu quả của kỹ thuật NIRAF trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 10 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được phẫu thuật tại Khoa Điều trị Theo yêu cầu Tân Triều, Bệnh viện K tháng 7/2025

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp trên mô bệnh học
- Có chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp
- Có sử dụng NIRAF giúp hiện hình tuyến cận giáp trong mổ

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đồng ý tham gia nghiên cứu
- Phẫu thuật tuyến giáp lại
- Có bệnh lý tuyến cận giáp kèm theo
- Tiền sử xạ trị vùng cổ

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Quy trình phẫu thuật: Rạch da ngang cổ thấp theo nếp lằn da dài 6cm. Bộc lộ tuyến giáp theo đường giữa. Nhận diện tuyến cận giáp bằng NIRAF: Sử dụng hệ thống camera Fluobeam LM quét toàn bộ vùng phẫu thuật để ghi nhận vị trí, số lượng, cường độ tín hiệu NIRAF của các tuyến cận giáp. Cường độ tín hiệu NIRAF mạnh giúp phân biệt rõ tuyến cận giáp với mô xung quanh (Hình 1). Tiến hành cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm, bảo tồn thần kinh thanh quản quặt ngược hai bên, sử dụng NIRAF định kỳ để tránh tổn thương tuyến cận giáp. Kiểm tra lại bằng NIRAF trước khi đóng vết mổ để đảm bảo không có tuyến cận giáp trong bệnh phẩm. (Hình 1). Kết thúc phẫu thuật: Cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.



Hình 1: Hiện hình tuyến cận giáp trước trong phẫu thuật tuyến giáp

Các chỉ tiêu đánh giá: Số lượng tuyến cận giáp nhận diện được bằng NIRAF với mắt thường; Vị trí các tuyến cận giáp được nhận diện; Tỷ lệ tuyến cận giáp bị cắt bỏ không chủ ý; Nồng độ canxi và PTH máu trước và sau mổ; Tỷ lệ suy cận giáp tạm thời và vĩnh viễn. Suy cận giáp tạm thời: Canxi máu < 2,0 mmol/L hoặc cần bổ sung canxi trong vòng 6 tháng sau mổ. Suy cận giáp vĩnh viễn: Cần bổ sung canxi và vitamin D sau 6 tháng

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 10 bệnh nhân với đặc điểm như sau: 100% bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, tất cả bệnh nhân đều được cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm.

Bảng 1. Vị trí tuyến cận giáp được nhận diện

Vị trí	NIRAF
Cận giáp trên phải	10/10
Cận giáp trên trái	10/10
Cận giáp dưới phải	10/10
Cận giáp dưới trái	10/10
Tổng	40/40 (100%)

Nhận xét: Trong tổng số 40 tuyến cận giáp lý thuyết của 10 bệnh nhân: 40 tuyến (100%) được nhận diện bằng NIRAF.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Chỉ tiêu	Giá trị
Thời gian phẫu thuật (phút)	62,3 $\pm$ 11,5
Thời gian thực hiện NIRAF (phút)	5,2 $\pm$ 1,8
Số lần sử dụng NIRAF/ca	3,8 $\pm$ 1,2
Tuyến cận giáp trong bệnh phẩm	0%
Tỷ lệ cắt bỏ không chủ ý	0%

Nhận xét: Không có tuyến cận giáp nào bị cắt bỏ không chủ ý, được xác nhận bằng kiểm tra bệnh phẩm với NIRAF và giải phẫu bệnh. Có 1 bệnh nhân (10%) bị suy cận giáp tạm thời với PTH máu 5,6 Pg/ml và canxi máu 1,87 mmol/L ngày 1 sau mổ. Bệnh nhân này hồi phục sau 1 tháng điều trị bổ sung canxi. Không có bệnh nhân nào bị suy cận giáp vĩnh viễn.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kỹ thuật NIRAF có hiệu quả cao trong nhận diện tuyến cận giáp trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp. Tỷ lệ nhận diện tuyến cận giáp bằng NIRAF đạt 100%. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu quốc tế, như nghiên cứu của Kim và cộng sự (2018) (5). Theo McWade và cộng sự (2013), tin

hiệu huỳnh quang này có tính đặc hiệu cao cho mô tuyến cận giáp, với cường độ mạnh hơn 1,2-18 lần so với mô tuyến giáp và các mô khác (3). Các tuyến cận giáp dưới, thường có vị trí thay đổi nhiều và thường bị mỡ che phủ, là nhóm được hưởng lợi nhiều nhất từ kỹ thuật này, đặc biệt có ý nghĩa trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp có vết hạch cổ trung tâm.

Một ưu điểm quan trọng của NIRAF là tính đơn giản và an toàn tuyệt đối. Không cần sử dụng bất kỳ chất cản quang hay thuốc nhuộm nào, loại trừ hoàn toàn nguy cơ dị ứng hay tác dụng phụ. Kỹ thuật có thể được sử dụng ngay từ đầu phẫu thuật để lập "bản đồ" vị trí tuyến cận giáp, và lặp lại nhiều lần trong quá trình bóc tách mà không có giới hạn. Thời gian trung bình để thực hiện chỉ 5,2 $\pm$ 1,8 phút cho toàn bộ ca mổ, không ảnh hưởng đáng kể đến quy trình phẫu thuật.

Điểm nổi bật nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là không có tuyến cận giáp nào bị cắt bỏ không chủ ý (0%), trong khi các báo cáo không sử dụng NIRAF thường có tỷ lệ 5-15% (6). Benmiloud và cộng sự (2020) trong nghiên cứu PARAFLUO - thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên lớn nhất về NIRAF - báo cáo giảm tỷ lệ cắt tuyến cận giáp không chủ ý từ 11,7% xuống 2,5% ($p=0,006$) khi sử dụng NIRAF (7). Kết quả 0% trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do cỡ mẫu nhỏ, nhưng cũng phản ánh hiệu quả cao của kỹ thuật. Hơn nữa, tỷ lệ suy cận giáp tạm thời chỉ 10% - thấp hơn đáng kể so với mức trung bình trong y văn - càng khẳng định giá trị của NIRAF trong bảo tồn chức năng tuyến cận giáp.

Tỷ lệ suy cận giáp tạm thời trong nghiên cứu là 10% (1/10 bệnh nhân), thấp hơn đáng kể so với các báo cáo không sử dụng NIRAF thường là 25-30%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu PARAFLUO của Benmiloud cho thấy NIRAF giảm tỷ lệ suy cận giáp từ 21,7% xuống 14,3%. Điều đáng chú ý là ca suy cận giáp duy nhất trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do mạch nuôi tuyến chưa được bảo tồn tốt mặc dù quan sát rõ 4 tuyến cận giáp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kỹ thuật NIRAF là an toàn và hiệu quả trong nhận diện tuyến cận giáp. Tỷ lệ nhận diện đạt 100%. Không có tuyến cận giáp nào bị cắt bỏ không chủ ý. Với tỷ lệ suy cận giáp tạm thời chỉ 10% và không có ca nào suy cận giáp vĩnh viễn, NIRAF cho thấy hiệu quả trong bảo tồn chức năng tuyến cận giáp. Đây là kỹ thuật đơn giản, an toàn, có triển vọng ứng dụng rộng rãi tại các trung tâm phẫu thuật tuyến giáp, góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho

bệnh nhân ung thư tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Edafe O, Antakia R, Laskar N, et al.** Systematic review and meta-analysis of predictors of post-thyroidectomy hypocalcaemia. *Br J Surg.* 2014;101(4):307-320.
2. **Paras C, Keller M, White L, et al.** Near-infrared autofluorescence for the detection of parathyroid glands. *J Biomed Opt.* 2011;16(6):067012.
3. **McWade MA, Paras C, White LM, et al.** A novel optical approach to intraoperative detection of parathyroid glands. *Surgery.* 2013;154(6):1371-1377.
4. **De Leeuw F, Breuskin I, Abbaci M, et al.** Intraoperative near-infrared imaging for parathyroid gland identification by auto-fluorescence: A feasibility study. *World J Surg.* 2016;40(9):2131-2138.
5. **Kim SW, Lee HS, Ahn YC, et al.** Near-infrared autofluorescence image-guided parathyroid gland mapping in thyroidectomy. *J Am Coll Surg.* 2018;226(2):165-172.
6. **Benmiloud F, Godiris-Petit G, Gras R, et al.** Association of autofluorescence-based detection of the parathyroid glands during total thyroidectomy with postoperative hypocalcemia risk: Results of the PARAFLUO multicenter randomized clinical trial. *JAMA Surg.* 2020;155(2):106-112.
7. **Falco J, Dip F, Quadri P, et al.** Increased identification of parathyroid glands using near infrared light during thyroid and parathyroid surgery. *Surg Endosc.* 2017;31(9):3737-3742.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM CÁC HỘI CHỨNG BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN TRÊN NGƯỜI BỆNH MÀY ĐAY TẠI BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH

Nguyễn Thị Ngọc Giàu¹, Đỗ Thanh Sang^{1,2}, Hoàng Thị Quế²,
Nguyễn Thị Thu Sông¹, Nguyễn Lê Việt Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm và tỷ lệ các hội chứng bệnh theo YHCT trên bệnh nhân mày đay tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên tất cả người bệnh được chẩn đoán bệnh mày đay đến khám tại Khoa Da liễu tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh. Thiết lập phiếu khảo sát hội chứng bệnh dựa trên tài liệu YHCT. **Kết quả:** Hội chứng Huyết nhiệt sinh phong chiếm tỷ lệ cao nhất (47,6%), kế đến là hội chứng Huyết hư phong táo chiếm (26,4%) và Huyết ứ sinh phong (26%). Có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa các hội chứng bệnh và thang điểm VAS ngứa ($p = 0,024$). **Kết luận:** Có ba hội chứng bệnh YHCT được khảo sát trong đó hội chứng Huyết nhiệt sinh phong là hội chứng thường gặp nhất, tiếp đến là Huyết hư phong táo, cuối cùng là Huyết ứ sinh phong. Thang điểm VAS với các hội chứng bệnh YHCT có mối tương quan với nhau.

Từ khóa: Mày đay, VAS, YHCT, ngứa, sẩn phù.

SUMMARY

INVESTIGATION OF TRADITIONAL MEDICINE SYNDROME PATTERNS IN PATIENTS WITH URTICARIA AT LE VAN THINH HOSPITAL

Objective: To investigate the characteristics and prevalence of Traditional Medicine (TM) syndromes in patients with urticaria at Le Van Thinh Hospital.

¹Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Việt Hùng

Email: viethung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2025

Ngày duyệt bài: 13.10.2025

Subjects and Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on all patients diagnosed with urticaria who presented to the Dermatology Department of Le Van Thinh Hospital. A survey form for TM syndromes were identified using a structured survey form based on Traditional Medicine literature. **Results:** Among the identified TM syndromes, the Blood Heat Generating Wind syndrome had the highest prevalence (47,6%), followed by Blood Deficiency with Wind-Dryness (26,4%) and Blood Stasis Generating Wind (26%) as the least common. A statistically significant correlation between VAS itch scores and TM syndromes ($p = 0.024$), with patients in the Blood Deficiency with Wind-Dryness group showing significantly higher levels of itching. **Conclusion:** Among the three TM syndromes surveyed in urticaria patients, Blood Heat Generating Wind was the most prevalent. The VAS itch score varied significantly between different TM syndromes, indicating a correlation between the intensity of itching and TM syndrome classification.

Keywords: Urticaria, VAS, Traditional Medicine, Pruritus, Wheal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mày đay là bệnh lý da liễu phổ biến, với tỷ lệ mắc trong cộng đồng dao động từ 1-24% dân số và có thể ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống. Trong Y học cổ truyền (YHCT), bệnh mày đay được chẩn đoán theo các hội chứng cụ thể như Huyết nhiệt sinh phong, Huyết hư phong táo, và Huyết ứ sinh phong, nhằm cân bằng yếu tố thể chất, tâm lý và xã hội người bệnh. Tuy nhiên, các nghiên cứu chuyên sâu về bệnh học mày đay theo YHCT tại Việt Nam vẫn còn thiếu. Do đó, để làm rõ đặc điểm triệu