

- necrosis of the jaws: a growing epidemic. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2003;61(9):1115-1117. doi:10.1016/S0278-2391(03)00720-1
3. **Khan AA, Morrison A, Hanley DA, et al.** Diagnosis and management of osteonecrosis of the jaw: a systematic review and international consensus. *J Bone Miner Res*. 2015;30(1):3-23. doi:10.1002/jbmr.2405
 4. **Cosman F, de Beur SJ, LeBoff MS, et al.** Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporos Int*. 2014;25(10):2359-2381. doi:10.1007/s00198-014-2794-2
 5. **Abe T, Sato T, Kokabu S, et al.** Zoledronic acid increases the circulating soluble RANKL level in mice, with a further increase in lymphocyte-derived soluble RANKL in zoledronic acid- and glucocorticoid-treated mice stimulated with bacterial lipopolysaccharide. *Cytokine*. 2016;83:1-7. doi:10.1016/j.cyto.2016.03.012
 6. **Yamazaki T, Yamori M, Yamamoto K, et al.** Risk of osteomyelitis of the jaw induced by oral bisphosphonates in patients taking medications for osteoporosis: A hospital-based cohort study in Japan. *Bone*. 2012;51(5):882-887. doi:10.1016/j.bone.2012.08.115
 7. **Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, et al.** American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw—2014 Update. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2014;72(10):1938-1956. doi:10.1016/j.joms.2014.04.031
 8. **Hellstein JW, Adler RA.** Managing the care of patients receiving antiresorptive therapy for prevention and treatment of osteoporosis. Recommendations from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. 2011.
 9. **Adler RA, El-Hajj Fuleihan G, Bauer DC, et al.** Managing Osteoporosis in Patients on Long-Term Bisphosphonate Treatment: Report of a Task Force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res*. 2016;31(1):16-35. doi:10.1002/jbmr.2708

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI TUYẾN GIÁP QUA TIỀN ĐÌNH MIỆNG TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Duy^{1,2}, Ngô Xuân Quý¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua tiền đình miệng (TOETVA) là kỹ thuật cắt tuyến giáp mới và ngày càng được áp dụng rộng rãi trong điều trị ung thư tuyến giáp trên thế giới. Tuy nhiên ở Việt Nam còn rất ít báo cáo về kết quả điều trị ung thư tuyến giáp bằng cách tiếp cận này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp được phẫu thuật nội soi bằng phương pháp TOETVA tại Bệnh viện K từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2021. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 29,3 ± 7,4. Tất cả bệnh nhân đều là nữ giới. U bên phải chiếm 56,7%, bên trái chiếm 43,3%. 26 BN cắt thủy, eo và vét hạch nhóm 6 với thời gian mổ trung bình là 105,5 phút. Chỉ có 4 BN cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch nhóm 6 hai bên với thời gian mổ trung bình là 140,5 phút. Các biến chứng ít gặp và đa số là tạm thời, hồi phục sau 3 tháng. Tất cả bệnh nhân đều hài lòng về kết quả thẩm mỹ. **Kết luận:** TOETVA là một phương pháp an toàn, hiệu quả, đạt kết quả thẩm mỹ tối ưu và nên được áp dụng rộng rãi cho nhóm bệnh nhân phù hợp trên thực hành lâm sàng.

Từ khoá: Toetva, phẫu thuật nội soi, nội soi tuyến giáp, tiền đình miệng.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH IN MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PAPILLARY THYROID CANCER IN VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Introduction: Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) is a novel remote-access endoscopic approach. This method has applied in treating thyroid cancer worldwide. **Patients and Methods:** From May 2020 to May 2021, we performed 30 transoral endoscopic thyroidectomies via the vestibular approach for papillary thyroid cancer. Clinical features and outcomes were analyzed from a prospectively maintained database. **Results:** The average age was 29,3 ± 7,4 years. All patients were female. A tumor located in the right lobe accounted for 56,7% and in the left lobe contribute to 43,3%. 26 patients underwent hemithyroidectomy, ismuthectomy plus unilateral central neck dissection with 105,5 minutes for the mean operative time. While 4 patients had total thyroidectomy plus bilateral central neck dissection with 140,5 minutes for the mean operative time. The rate of complications was very low. All patients were highly satisfied with the surgical outcome, especially, cosmetic results. **Conclusion:** The TOETVA for treating papillary thyroid cancer is a safe and effective procedure. For selected patients, this technique is a viable alternative to conventional thyroidectomy.

¹Ngoại đầu cổ, Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Duy

Email: Duyyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2021

Ngày duyệt bài: 22.11.2021

Keywords: TOETVA, endoscopic surgery, transoral endoscopic thyroidectomy, vestibular approach

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTT) là bệnh hay gặp nhất trong các ung thư tuyến nội tiết (chiếm 92-95%), chiếm 3,6% các bệnh ung thư nói chung, có xu hướng ngày càng gia tăng và trẻ hoá. Phẫu thuật đóng vai trò chính trong điều trị ung thư tuyến giáp. Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua tiền đình miệng (Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach - TOETVA) là kỹ thuật cắt tuyến giáp mới. Phương pháp này 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 hai thùy tuyến giáp, thuận lợi trong việc vét hạch cổ trung tâm và đặc biệt đạt kết quả thẩm mỹ cao nhất (hoàn toàn không có sẹo mổ) [1]. Tuy nhiên ở Việt Nam còn rất ít báo cáo về kết quả điều trị ung thư tuyến giáp bằng cách tiếp cận này. Ở miền bắc Việt Nam, Bệnh viện K là cơ sở y tế đầu tiên áp dụng phương pháp này để điều trị ung thư tuyến giáp từ năm 2018. Do vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá đặc điểm bệnh nhân và kết quả phẫu thuật sớm trong điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú trên 30 bệnh nhân được áp dụng phương pháp TOETVA

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp được phẫu thuật nội soi bằng phương pháp TOETVA tại Bệnh viện K từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Kích thước tuyến giáp < 10 cm
- Thể tích tuyến giáp < 45 mm³
- Kích thước u < 6 cm với u lành và < 2 cm đối với ung thư
- Ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn cT1N0M0
- Bệnh nhân có mong muốn đạt kết quả thẩm mỹ tối ưu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN không đủ tiêu chuẩn cho cuộc gây mê
- Tiền sử xạ trị vùng cổ, trung thất trên
- Đã phẫu thuật vùng cổ trước
- Cường chức năng tuyến giáp
- Áp xe khoang miệng
- Ung thư tuyến giáp thể tuỷ hoặc thể không biệt hoá.

2.2. Kỹ thuật mổ nội soi tuyến giáp qua đường miệng

- Chuẩn bị trước mổ: Bệnh nhân được dùng kháng sinh dự phòng trước mổ 30 phút bằng

đường tĩnh mạch Amoxicillin 1g và Metronidazole 500mg.

- Gây mê: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản qua đường mũi.

- Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, đầu cố định với cổ duỗi tối đa có kê gối ở vai. Khoang miệng của bệnh nhân được sát khuẩn sạch bằng dung dịch betadin

- Kỹ thuật:

o Đường rạch niêm mạc: 3 đường được rạch ở giữa môi dưới và răng ở hàm dưới để đặt 3 trocars. Đường rạch đầu tiên nằm ngang, dài khoảng 10-15mm ở giữa môi dưới và răng hàm dưới. Hai đường rạch dài khoảng 5mm ở bên đường rạch giữa.

o Đặt trocars: Trocas 10 mm được đặt ở giữa với áp lực bơm CO₂ là 5-6mmHg. Trong khi đó 2 trocas 5mm được đặt ở hai bên. Vị trí đặt 2 trocar 5 mm được đặt sát với hàm dưới để tránh làm tổn thương thần kinh cằm.

o Tạo khoang phẫu thuật: Dùng đơn cực và dao siêu âm bóc tách tổ chức dưới da đến hõm ức và hai bên đến bờ trước cơ ức đòn chũm.

o Bộc lộ tuyến giáp và cắt tuyến giáp

▪ Mạc sâu được mở ở đường giữa và các cơ trước giáp được kéo sang hai bên bằng mũi kim khâu qua da xuyên vào cơ trước giáp kéo ra ngoài.

▪ Bộc lộ eo giáp và cắt eo giáp bằng dao siêu âm

▪ Bộc lộ thùy giáp có tổn thương và đánh giá tổn thương, tiến hành cắt thùy giáp trạng bằng dao siêu âm

▪ Trong trường hợp cắt thùy tuyến giáp cần tìm và bảo tồn tuyến cận giáp và thần kinh thanh quản quặt ngược trước.

o Vét hạch cổ trung tâm bằng dao siêu âm

o Lấy bệnh phẩm qua lỗ trocar 10mm

o Khâu lại đường giữa bằng chỉ Vicryl 3-0.

o Khâu lại đường rạch ở niêm mạc miệng bằng chỉ Vicryl 5-0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua tiến hành phẫu thuật 30 bệnh nhân bằng phương pháp TOETVA tại Bệnh viện K từ tháng 5/2020 đến tháng 11/2020. Chúng tôi rút ra một số kết quả như sau:

Đặc điểm nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi qua tiền đình miệng

Đặc điểm	Kết quả	Tỷ lệ phần trăm
Tuổi bệnh nhân (tuổi)	29,3 ± 7,4	(15 – 46)
Giới (n): Nữ	30	100%
Nam	0	0%
Vị trí u (n)		

Thùy phải	17	56,7%
Thùy trái	13	43,3%
Phương pháp phẫu thuật (n)		
Cắt thùy, eo và vết hạch nhóm 6	26	86,7%
Cắt toàn bộ tuyến giáp và vết hạch nhóm 6	4	13,3%
Kích thước u (mm)	7,4 ± 3,3	
Đặc điểm nhóm bệnh nhân ung thư (n=54)		
pT1a	26	86,7%
pT1b	4	13,3%
pN0	20	66,7%
pN1a	10	33,3%
Số lượng hạch vết được TB	4,9 ± 2,9	

Nhận xét: - Độ tuổi trung bình là 29,3 ± 7,4. Tất cả bệnh nhân đều là nữ giới, chiếm 100%
 - U bên phải chiếm 56,7%, bên trái chiếm 43,3%
 - Giải phẫu bệnh: 100% bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú.
 - Có 86,7% BN cắt thùy, eo tuyến giáp và vết hạch nhóm 6.
 - U chủ yếu ở giai đoạn T1a (chiếm 86,7%)
 - Tỷ lệ di căn hạch sau mổ ở nhóm cT1N0M0 là 33,3%.

Kết quả phẫu thuật sớm trong điều trị UTTG thể nhú tại Bệnh viện K

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)	
Cắt thùy, eo và vết hạch nhóm 6	105,5
Cắt toàn bộ tuyến giáp và vết hạch nhóm 6	140,5
Thời gian nằm viện trung bình	4,9 ± 0,7 (ngày)
Biến chứng (n, %)	
Chảy máu	0
Chuyển mổ mở	0
Khàn tiếng tạm thời	2 (6,7%)
Khàn tiếng vĩnh viễn	0
Hạ canxi tạm thời	0
Hạ canxi vĩnh viễn	0
Tê bì cảm, môi dưới tạm thời (≤ 3 tháng)	6 (20%)
Tê bì cảm, môi dưới vĩnh viễn (> 3 tháng)	1 (3,3%)
Thủng khí quản	0

Nhận xét: - 26 BN cắt thùy, eo và vết hạch nhóm 6 với thời gian mổ trung bình là 105,5 phút. Chỉ có 4 BN cắt toàn bộ tuyến giáp và vết hạch nhóm 6 hai bên với thời gian mổ trung bình là 140,5 phút.

- Các biến chứng ít gặp và đa số là tạm thời, hồi phục sau 3 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật tuyến giáp kinh điển với đường rạch da ở vùng cổ trước vẫn là cách tiếp cận cơ bản nhưng để lại vết sẹo dài vùng cổ trước ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống người bệnh đặc biệt ở phụ nữ trẻ tuổi. Do đó, gần đây đã có nhiều phương pháp phẫu thuật mới ít xâm lấn trong phẫu thuật tuyến giáp, thay thế cho mổ mở truyền thống: phẫu thuật nội soi tuyến giáp đường nách vú 1 bên, đường vú 2 bên, đường sau tai được phát triển để hạn chế những nhược điểm trên. Tuy nhiên các phương pháp này chỉ thay đổi vị trí rạch da, ít nhiều vẫn để lại sẹo trên cơ thể bệnh nhân.

Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp ít xâm lấn qua lỗ tự nhiên là một trong những phương pháp nội soi phổ biến đã được mô tả vào năm 2016 bởi Anuwong và đã được áp dụng tại một số nước trên thế giới, trong đó có Việt Nam [2]. So với các phương pháp khác, phương pháp này có ưu điểm riêng là ít xâm lấn hơn các phương pháp phẫu thuật nội soi khác, hoàn toàn không để lại sẹo trên da, tiếp cận cả 2 thùy tuyến giáp qua 1 đường mổ và thuận lợi trong việc vét hạch hạch cổ. Năm 2018, tác giả Lê Văn Quảng báo cáo trường hợp đầu tiên triển khai thành công kỹ thuật cắt tuyến giáp qua đường miệng [3]. Từ đó kỹ thuật này từng bước được áp dụng tại một số cơ sở y tế trong cả nước.

Đặc điểm nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi qua tiền đình miệng. Trong 30 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 29,3 ± 7,4. Tất cả bệnh nhân đều là nữ giới. Phần lớn bệnh nhân còn trẻ và là nữ giới đều có nhu cầu phẫu thuật tuyến giáp đảm bảo kết quả thẩm mỹ cao nhất. U bên phải chiếm 56,7%, bên trái chiếm 43,3%. Tất cả BN đều có mô bệnh học là UTTG thể nhú. Thời gian đầu mới bắt đầu triển khai kỹ thuật này, chúng tôi áp dụng chủ yếu cho những bệnh nhân lành tính. Hiện tại, chúng tôi đã áp dụng thường qui phương pháp này trong phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K. Trong 30 bệnh nhân, cắt một bên thùy tuyến giáp, eo kèm vét hạch nhóm 6 một bên được thực hiện trên 26 bệnh nhân ung thư tuyến giáp cT1N0M0 ở một thùy tuyến giáp và 4 bệnh nhân ung thư còn lại được thực hiện cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch nhóm 6 hai bên. Kích thước u giáp trung bình là 7,4 ± 3,3 mm. Tất cả các bệnh nhân đều không có biểu hiện hạch cổ nghi ngờ di căn trên khám lâm sàng và siêu âm (cN0). Tuy nhiên sau phẫu thuật có tới 10 bệnh nhân có vi di căn hạch nhóm 6 sau phẫu thuật (chiếm

33,3%). Số lượng hạch trung bình vét được là $4,9 \pm 2,9$ hạch. Các hạch nhóm 6 di căn sau mổ đều có kích thước nhỏ ($< 5\text{mm}$) và số lượng hạch di căn nhiều nhất là 4 hạch nên các bệnh nhân này đều có chỉ định theo dõi sau phẫu thuật.

Kết quả phẫu thuật sớm trong điều trị UTTG thể nhú tại Bệnh viện K. Thời gian cắt một thùy, eo giáp và vét hạch nhóm 6 cùng bên trung bình là 105,5 phút và cho nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch nhóm 6 hai bên trung bình là 140,5 phút. Theo Ahn và cộng sự khi tiến hành nghiên cứu trên 275 bệnh nhân, trong đó có 150 bệnh nhân được làm qua TOETVA và 125 bệnh nhân được mổ mở cổ điển [4]. Kết quả cho thấy thời gian phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân TOETVA cao hơn nhóm mổ mở. Điều này có thể dễ dàng giải thích là do phẫu thuật viên cần có thời gian để đặt trocars và tạo khoang khi phẫu thuật TOETVA. Rõ ràng, thời gian phẫu thuật TOETVA sẽ giảm dần theo thời gian khi phẫu thuật viên có kinh nghiệm. 30 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều không đặt dẫn lưu sau phẫu thuật và cũng không có bệnh nhân nào tử vong sau mổ.

Số lượng hạch cổ trung tâm vét được trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,9 \pm 2,9$ hạch. Theo Ahn và cộng sự (2020), kết quả cho thấy số lượng hạch nhóm 6 vét được giữa 2 nhóm không có sự khác biệt (3.19 ± 2.89 vs. 3.49 ± 2.41 , $p = 0.319$) [4].

Biến chứng sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào phải chuyển mổ mở trong phẫu thuật, không có bệnh nhân nào chảy máu hậu phẫu. Chỉ có 2 bệnh nhân khàn tiếng tạm thời sau mổ và không có bệnh nhân nào khàn tiếng vĩnh viễn. Ngoài ra cũng không có bệnh nhân nào hạ canxi tạm thời, vĩnh viễn. Điều này có thể dễ dàng lý giải khi trong số 30 bệnh nhân chỉ có 4 bệnh nhân được cắt toàn bộ và chưa có bệnh nhân nào hạ canxi tạm thời. Theo Kim và cộng sự (2020) khi tiến hành phân tích trên 132 bệnh nhân, chỉ có 6 bệnh nhân khàn tiếng tạm thời, không có bệnh nhân nào khàn tiếng vĩnh viễn, hạ canxi sau mổ. Không có bệnh nhân nào chảy máu, chuyển mổ mở [5].

Một trong những biến chứng khác với mổ mở khi tiến hành TOETVA đó là biến chứng nhiễm trùng và tổn thương thần kinh cảm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào nhiễm trùng sau mổ và tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thần kinh cảm tạm thời là 6 bệnh nhân (chiếm 20%) và chỉ có 1 bệnh nhân có tê bì vùng cảm và môi dưới kéo dài trên 3 tháng,

sau 6 tháng mức độ tê bì cũng giảm dần và không ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trong phân tích gộp khi so sánh 2 nhóm TOETVA và mổ mở thì cũng không có sự khác biệt giữa tình trạng nhiễm trùng sau mổ giữa hai nhóm. Lý do có thể là bệnh nhân TOETVA đã được dùng kháng sinh dự phòng và được sát khuẩn khoang miệng sạch sẽ trước, trong và sau mổ [6]. Theo Russell và cộng sự (2020) khi tiến hành TOETVA trên 200 bệnh nhân ở Mỹ, chỉ có 2,5% số bệnh nhân có tê bì ở cằm và môi dưới kéo dài trên 3 tháng [7]. Theo Wang và cộng sự khi tiến hành phân tích gộp trên 1151 bệnh nhân cũng cho kết quả tương tự khi tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thần kinh cảm vĩnh viễn chỉ dưới 1% [6]. Như vậy, phương pháp TOETVA là một phương pháp mới tương đối an toàn.

Về kết quả thẩm mỹ, tất cả 30 bệnh nhân của chúng tôi đều hài lòng về kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật. Đây là một trong những ưu điểm vượt trội của phương pháp này. Do đó, trong thời gian tới, TOETVA sẽ là một xu hướng của trong phẫu thuật tuyến giáp ở Việt Nam cũng như trên thế giới.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng là một phương pháp an toàn, hiệu quả, đạt kết quả thẩm mỹ tối ưu trong điều trị ung thư tuyến giáp. Tuy nhiên đối với BN ung thư tuyến giáp, cần có thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá về kết quả ung thư học. Mặc dù vậy, TOETVA là một cách tiếp cận đầy hứa hẹn và nên được triển khai rộng rãi trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Russell JO, Sahli ZT, Shaeer M, Razavi C, Ali K, Tufano RP. Transoral thyroid and parathyroid surgery via the vestibular approach—a 2020 update. *Gland Surg* 2020;9(2):409-416. doi: 10.21037/gs.2020.03.05
2. Anuwong A. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach: a series of the first 60 human cases. *World J Surg*. 2016;40(3):491-497.
3. Le QV, Ngo DQ, Ngo QX. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA): A case report as new technique in thyroid surgery in Vietnam. *Int J Surg Case Rep*. 2018;50:60-63
4. Ahn JH, Yi JW. Transoral endoscopic thyroidectomy for thyroid carcinoma: outcomes and surgical completeness in 150 single-surgeon cases. *Surg Endosc*. 2020 Feb;34(2):861-867
5. Kim SY, Kim SM, Makay O, Chang H, Kim BW, Lee YS, Park CS, Chang HS. Transoral endoscopic thyroidectomy using the vestibular approach with an endoscopic retractor in thyroid cancer: experience with the first 132 patients. *Surg Endosc*. 2020 Dec;34(12):5414-5420

6. Wang Y, Zhou S, Liu X, et al. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach vs conventional open thyroidectomy: Meta-analysis. Head & Neck. 2020; 1-9
7. Russell JO, Razavi CR, Shaear M, Liu RH,

Chen LW, Pace-Asciak P, Tanavde V, Tai KY, Ali K, Fondong A, Kim HY, Tufano RP. Transoral Thyroidectomy: Safety and Outcomes of 200 Consecutive North American Cases. World J Surg. 2021 Mar;45(3):774-781

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ BỔ SUNG LỢI KHUẨN LACTOBACILLUS CASEI SHIROTA (LcS) TRÊN TRẺ 3 – 5 TUỔI BỊ TÁO BÓN CHỨC NĂNG TẠI 4 XÃ, TỈNH THANH HÓA

Phạm Thị Thu¹, Trương Tuyết Mai², Nguyễn Ngọc Sáng¹, Hoàng Thị Hằng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả bổ sung lợi khuẩn Lactobacillus casei Shirota lên cải thiện tình trạng táo bón của trẻ 3 – 5 tuổi bị táo bón chức năng. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp cộng đồng, ngẫu nhiên, có đối chứng trên 216 trẻ bị táo bón chức năng tại 4 xã thuộc 2 huyện Yên Định và Nông Cống, tỉnh Thanh Hóa được chia làm 2 nhóm (nhóm can thiệp và nhóm chứng). Các triệu chứng táo bón được thu thập trước, trong và sau can thiệp. **Kết quả:** Sau 12 tuần can thiệp: số lần đại tiện/1 tuần ở nhóm can thiệp tăng lên 0,5 lần so với ban đầu, ở nhóm chứng không có sự cải thiện. Tỷ lệ trẻ có phân dạng 2 ở nhóm can thiệp là 5,6% và 35,2% phân dạng 3, nhóm chứng là 8,3% phân dạng 2 và 41,7% phân dạng 3. Tỷ lệ số phân của trẻ ở nhóm can thiệp là 2,8% và 3,7% ở nhóm chứng, có sự cải thiện tốt hơn về tỷ lệ nhìn đi đại tiện ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Tỷ lệ trẻ có triệu chứng phân cứng, phân to giảm rõ rệt so với nhóm chứng. **Kết luận:** Tình trạng táo bón của trẻ 3 - 5 tuổi bị mắc táo bón chức năng được cải thiện sau can thiệp bằng lợi khuẩn Lactobacillus casei Shirota.

Từ khóa: Lactobacillus casei chủng Shirota, táo bón chức năng, trẻ em.

SUMMARY

THE EFFECT OF LACTOBACILLUS CASEI SHIROTA (LCS) SUPPLEMENTED ON IMPROVEMENT CONSTIPATION IN CHILDREN 3-5 YEARS OLD SUFFERING FUNCTIONAL CONSTIPATION

Objectives: To evaluate the effect of lactobacillus casei shirota (lcs) supplemented on improvement constipation in children 3-5 years old suffering functional constipation. **Method:** A controlled field trial was conducted with 216 children with functional constipation in 4 communes in 2 districts of Yen Dinh and Nong Cong, Thanh Hoa province were divided into

2 groups (control group and intervention group). **Results:** After 12 weeks of intervention: the number of bowel movements/week in the intervention group increased by 0,5 times compared to baseline, in the control group there was no improvement. The percentage of children with type 2 stool consistency in the intervention group was 5,6% and 35,2% with type 3 stool consistency, the control group was 8,3% with type 2 stool consistency and 41,7% with type 3 stool consistency. The rate of fecal incontinence in the intervention group was 2,8% and 3,7% in the control group. There was a better improvement in the rate of excessive stool retention in the intervention group compared with the control group. The percentage of children with symptoms of hard stools and large stools was significantly reduced compared with the control group. **Conclusion:** Functional constipation in children with 3 to 5 years old was improved after intervening with Lactobacillus casei Shirota.

Keywords: Lactobacillus casei Shirota, functional constipation, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Táo bón là một tình trạng rối loạn tiêu hóa thường gặp ở trẻ em. Đây là vấn đề sức khỏe cộng đồng ngày càng tăng trên toàn thế giới có tác động đáng kể đến y tế, xã hội và kinh tế. Nguyên nhân gây táo bón rất đa dạng nhưng chủ yếu táo bón do nguyên nhân chức năng chiếm 90 - 95% [1]. Tỷ lệ mắc táo bón chức năng ở trẻ em dao động từ 0,7% - 29% ở cả các nước đã và đang phát triển [2]. Tại Việt Nam, táo bón trẻ em vẫn còn là một vấn đề chưa được quan tâm đúng mức. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Mai trên 137 trẻ táo bón đến khám tại bệnh viện Nhi Trung Ương có 92,5 % trẻ mắc bệnh táo bón chức năng [3]. Táo bón chức năng nếu không được theo dõi và điều trị hợp lý, tình trạng táo bón kéo dài sẽ dẫn đến trẻ bị suy dinh dưỡng. Lactobacillus casei chủng Shirota (LcS) được nghiên cứu tại nhiều quốc gia và hiệu quả của LcS trong phòng và điều trị táo bón cũng được ghi nhận ở nhiều nghiên cứu trên các đối tượng khác nhau. Tuy nhiên, hiệu quả của lợi

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu

Email: ptthu@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2021

Ngày duyệt bài: 24.11.2021