

viện sau 7 ngày tuổi ít có bệnh kèm theo hơn nhóm trẻ vàng da trong 7 ngày đầu, nồng độ bilirubin cũng thấp nhất, nên thời gian chiếu đèn ngắn nhất. Điều này càng chứng tỏ việc theo dõi và phát hiện trẻ vàng da có ý nghĩa quan trọng hàng đầu trong điều trị. Kết quả nghiên cứu này cho thấy thời gian chiếu đèn ở nhóm trẻ sinh non tháng là 77,1 giờ, dài hơn nhóm trẻ đủ tháng là 71,4 giờ. Trẻ sanh non tháng có thời gian chiếu đèn lâu hơn vì diễn biến giảm nồng độ bilirubin trong máu trẻ sanh non thường chậm hơn trẻ sanh đủ tháng, kèm theo chức năng gan kém hơn, khả năng đào thải phân su chậm hơn, chức năng tiêu hoá kém và quá trình tái hấp thu bilirubin tại ruột tăng hơn so với trẻ sanh đủ tháng. Thời gian chiếu đèn có mối liên quan một cách có ý nghĩa thống kê với nồng độ bilirubin GT trong máu trước chiếu đèn ($p < 0,05$). Đối với mỗi một $\mu\text{mol/l}$ nồng độ bilirubin GT tăng lên, thời gian chiếu đèn sẽ là 0,172 giờ. Theo nghiên cứu của tác giả Jonhanna Viau Colindres và cộng sự năm 2012 trên 45 trẻ sơ sinh đủ tháng vàng da có chỉ định chiếu đèn ở Mỹ ghi nhận mỗi giờ chiếu đèn LED sẽ giảm $0,057 \pm 0,045$ mg/dl bilirubin.⁷

V. KẾT LUẬN

Điều trị vàng da tăng bilirubin GT ở trẻ sơ sinh bằng chiếu đèn mang lại hiệu quả cao, cần lưu ý những trẻ có các đặc điểm lâm sàng như trẻ sinh mổ, vàng da sớm <7 ngày tuổi để rút

ngắn thời gian chiếu đèn và nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alkén J, Håkansson S, Ekéus C, Gustafson P, Norman M.** Rates of Extreme Neonatal Hyperbilirubinemia and Kernicterus in Children and Adherence to National Guidelines for Screening, Diagnosis, and Treatment in Sweden. *JAMA network open.* 2019;2(3):e190858.
2. **Nguyễn Thị Thanh Bình, Trần Thị Phương Thảo, Phan Hùng Việt.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của vàng da tăng bilirubin gián tiếp ở trẻ sơ sinh. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế.* 2017;7(1):84-89.
3. **Mitra S, Rennie J.** Neonatal jaundice: aetiology, diagnosis and treatment. *British journal of hospital medicine (London, England : 2005).* 2017; 78(12):699-704.
4. **Dipak Kumar, et al.** A Prospective Investigation of the Aetiology and Clinical Characteristics of Newborn Jaundice in Bihar, India. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research.* 2021;13(4):272-276.
5. **Khairy MA, Abuelhamd WA, Elhawary IM, Mahmoud Nabayel AS.** Early predictors of neonatal hyperbilirubinemia in full term newborn. *Pediatr Neonatol.* 2019;60(3):285-290.
6. **Bùi Thị Bạch Huệ, Nguyễn Thanh Đại.** Đánh giá hiệu quả và an toàn trong chiếu đèn và truyền máu trẻ vàng da tán huyết tại Bệnh viện Phụ Sản Quốc tế Sài Gòn *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh.* 2010;14(4):1-5.
7. **Viau Colindres J, Rountree C, Destarac MA, et al.** Prospective randomized controlled study comparing low-cost LED and conventional phototherapy for treatment of neonatal hyperbilirubinemia. *J Trop Pediatr.* 2012;58(3):178-183.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DẪY VÁCH NGĂN CHÍNH XOANG BƯỚM VÀ VAI TRÒ TRONG TIẾP CẬN HỐ YÊN QUA ĐƯỜNG XUYÊN XOANG BƯỚM

Hoàng Đình Âu¹, Mã Mai Hiền²

TÓM TẮT

Mục đích: Có rất nhiều biến thể giải phẫu của xoang bướm như khí hóa xoang bướm, tế bào bướm sàng sau (Onodi cell), vách ngăn xoang bướm và mối liên quan đến các cấu trúc mạch máu thần kinh. Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm mục đích đánh giá chiều cao của vách ngăn chính xoang bướm, cũng như loại của nó (xương, màng hoặc hỗn hợp) và tần

suất gặp ở nhóm bệnh nhân trước phẫu thuật nội soi chức năng xoang tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang phân tích vách ngăn chính xoang bướm trên 149 bệnh nhân (75 nữ, 74 nam) trước PTNS chức năng xoang, được chụp MSCT xoang không tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch nhằm đo chiều cao vách ngăn chính của xoang bướm và loại vách ngăn chính. Quy trình chụp MSCT từ xoang trán đến hết xoang bướm với các lớp mỏng 0.625mm, tái tạo theo mặt phẳng coronal vuông góc với khẩu cái cứng và axial song song với khẩu cái cứng. Chiều cao vách ngăn chính được đo trên mặt phẳng coronal từ thành dưới đến thành trên, đo theo đường thẳng (nếu vách ngăn chính thẳng) hoặc cong (nếu vách ngăn chính không đều). Vách ngăn chính xoang bướm được chia làm 3 loại: xương hoàn toàn, bán phần xương- màng

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023

và màng hoàn toàn. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 46.6 ± 15 , tuổi thấp nhất là 8, cao nhất là 77. Chiều cao trung bình của vách ngăn chính xoang bướm là 19.7 ± 6.4 mm, thấp nhất là 7 mm, cao nhất là 33 mm. Trong số 149 bệnh nhân, có 67 BN (chiếm 45 %) vách ngăn chính thuộc loại xương hoàn toàn. Có 77 BN (chiếm 51%) vách ngăn chính loại hỗn hợp (bán xương-màng). Chỉ có 6 BN (chiếm 4%) vách ngăn chính xoang bướm là loại màng hoàn toàn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chiều cao vách ngăn chính xoang bướm loại xương hoàn toàn với loại xương hoặc loại bán màng. Tuy nhiên có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.026$) về chiều cao giữa vách ngăn chính xoang bướm loại xương hoàn toàn với loại bán màng. **Kết luận:** Vách ngăn chính xoang bướm cần phải được đánh giá đầy đủ trên MSCT xoang trước phẫu thuật xuyên xoang bướm tiếp cận cận hố yên để tránh các biến chứng tiềm ẩn do các thay đổi về mặt giải phẫu này.

Từ khóa: phẫu thuật xuyên xoang bướm, chụp cắt lớp vi tính đa dãy, vách ngăn chính xoang bướm

SUMMARY

CHARACTERIZATION OF MAIN SEPTUM OF THE SPENOIDAL SINUS ON MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY AND ITS ROLE DURING TRANSPSPENOIDAL APPROACHES TO THE SELLA TURCICA

Purposes: There were many anatomical variations of the sphenoidal sinus such as sphenoid sinus pneumatization, posterior ethmoid sphenoid cells (Onodi cells), sphenoidal septum and its involvement of neurovascular structures. This study aimed to evaluate the height of the main septum of the sphenoid sinus, as well as its type (bone, membranous, or mixed) and frequency in the pre-endoscopic functional sinus surgery on the group of patients at Hanoi Medical University Hospital.

Material and methods: A retrospective descriptive cross-sectional analysis of the main sphenoidal septum on 149 patients (75 women, 74 men) before functional endoscopic sinus surgery who underwent MSCT without intravenous contrast to measure the height of the main septum of the sphenoid sinus and the main septum type. MSCT imaging procedure from frontal sinus to the end of sphenoid sinus with 0.625mm thin layers, reconstructed in coronal plane perpendicular to hard palate and axial parallel to hard palate. The main septum height was measured on the coronal plane from the inferior wall to the superior wall, measured in a straight line (if the main septum is straight) or curved (if the main septum is irregular). The main septum of the sphenoid sinus was divided into 3 types: completely bony, semi-membranous, and completely membranous. **Results:** The mean age of the group of patients was 46.6 ± 15 , the lowest age was 8, the highest was 77. The average height of the main septum of the sphenoid sinus was 19.7 ± 6.4 mm, the lowest was 7 mm, the highest was 33 mm. Among 149 patients, there were 67 patients (accounting for 45%) the main septum was completely bone type. There were 77 patients (accounting for 51%) with mixed main septum (semi-membranous). Only 6

patients (4%) of the main septum of the sphenoid sinus were completely membranous. There was no statistically significant difference in the height of the main septum of the fully membranous sinus with the bony or semi-membranous type. However, there was a statistically significant difference ($p=0.026$) in height between the main septum of the sphenoid sinus of the fully bony type and the semi-membranous type.

Conclusions: The main septum of sphenoidal sinus needs to be fully evaluated on sinus MSCT before transsphenoidal surgery to access the pituitary to avoid potential complications from these anatomical changes. **Keywords:** transsphenoidal surgery, multi-slice computed tomography, main septum of sphenoid sinus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp phẫu thuật nội soi xuyên xương bướm qua mũi để tiếp cận cận hố yên là một phương pháp có nhiều ưu điểm, cung cấp trường nhìn rõ hơn, làm giảm bớt sang chấn, có thời gian hồi phục ngắn hơn¹, do đó có tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp hơn so với phẫu thuật mở hộp sọ cổ điển. Ngày nay, phương pháp này còn được mở rộng về phía trên để cắt bỏ tổn thương trên yên, phía dưới để cắt bỏ tổn thương mặt dốc và phía bên đối với các tổn thương xoang hang².

Vách ngăn chính xương bướm là một điểm mốc quan trọng trong quá trình phẫu thuật nội soi do liên quan với các cấu trúc quan trọng như động mạch cảnh, ống thị giác và nền sọ³. Trong quá trình phẫu thuật nội soi xuyên xương bướm, vách ngăn chính xoang bướm và niêm mạc xoang bướm cần phải được loại bỏ để bộc lộ đáy hố yên.

Chụp cắt lớp vi tính đang trở thành tiêu chuẩn vàng trong việc đánh giá trước phẫu thuật những bệnh nhân có kế hoạch phẫu thuật cắt bỏ khối u tuyến yên bằng phương pháp phẫu thuật nội soi xuyên xương bướm⁴. Mặc dù có một số báo cáo về các biến thể giải phẫu xoang bướm nhưng chưa có báo cáo nào đo chiều cao vách ngăn chính của xoang bướm cũng như các loại cấu hình của nó. Do vị trí và các mối liên quan với các cấu trúc mạch máu và thần kinh quan trọng, việc đánh giá đầy đủ các biến thể này trước phẫu thuật bằng chụp cắt lớp vi tính là rất cần thiết, là chìa khóa để phẫu thuật thành công và an toàn⁵.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được thực hiện trên 149 bệnh nhân (75 nữ, 74 nam) trong thời gian từ tháng 09/2020 đến tháng 9/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân được bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng chỉ

định chụp MSCT nhằm đánh giá các bệnh lý viêm mũi xoang mạn tính trước PTNS xoang

Tiêu chuẩn loại trừ: Tất cả các bệnh nhân có khối u xương bướm/xoang sàng đã biết, hoặc có chấn thương hoặc tiền sử can thiệp phẫu thuật đã bị loại trừ.

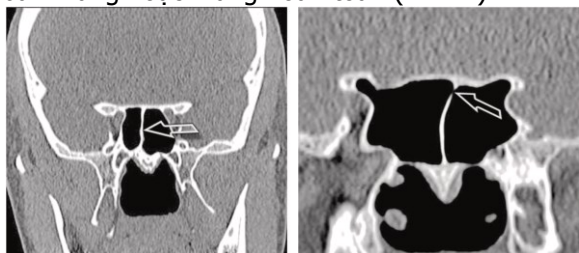
Quy trình nghiên cứu:

- Khám lâm sàng và nội soi mũi xoang: Các dữ liệu như tuổi, giới, dấu hiệu lâm sàng, kết quả nội soi...được khai thác và lưu vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Chụp MSCT xoang: được thực hiện trên máy Optima CT660 (GE Medical Systems) 128 dãy hoặc MX 16 dãy (Philips). Chụp với lát cắt ngang axial mặt phẳng cắt song song và trùng với bờ trên xương hàm dưới; giới hạn từ bờ trên xương hàm dưới đến hết xương trán. Độ dày lát cắt: 1,5mm, tái tạo 0,625mm. Sau đó tái tạo hình ảnh theo các mặt phẳng coronal vuông góc với khẩu cái cứng và sagittal song song với đường giữa ở cửa sổ xương và phần mềm. Chụp MSCT xoang không tiêm cản quang tĩnh mạch, chỉ tiêm khi nghi ngờ có biến chứng vào ổ mắt, nội sọ hoặc có khối bất thường kèm theo.

- Đo chiều cao vách ngăn chính xoang bướm: Chiều cao vách ngăn chính được đo trên mặt phẳng coronal từ thành dưới đến thành trên, đo theo đường thẳng (nếu vách ngăn chính thẳng) hoặc cong (nếu vách ngăn chính không đều).

- Các loại vách ngăn chính xoang bướm: đo tỷ trọng vách ngăn chính sau đó phân loại. Nếu toàn bộ vách ngăn chính có tỷ trọng >200 đơn vị Housfield (UH) thì được xếp loại vách ngăn xương hoàn toàn, nếu có một phần hoặc toàn bộ có tỷ trọng <200 UH thì được xếp loại vách ngăn bán màng hoặc màng hoàn toàn (hình 1).



Hình 1: Vách ngăn chính xoang bướm loại xương hoàn toàn (trái) và loại bán màng (phải)

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả được biểu diễn dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, tỷ lệ %. Kiểm định t-test về chiều cao vách ngăn chính xoang bướm giữa các loại vách ngăn xương hoàn toàn, bán màng hoặc màng hoàn toàn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nếu p < 0.05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Tuổi: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 46.6±15, tuổi thấp nhất là 8, cao nhất là 77. Tuổi của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu có phân bố chuẩn.

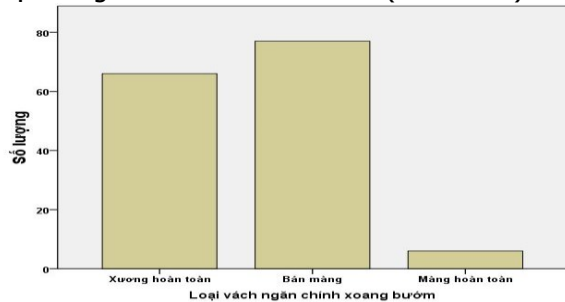
- Giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là như nhau (74 nam/75 nữ)

- Các loại vách ngăn chính xoang bướm

Bảng 1: Tỷ lệ gặp các loại vách ngăn chính xoang bướm

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Xương hoàn toàn	66	45
Bán màng	77	51
Màng hoàn toàn	6	4
Tổng	149	100%

Trong nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu, loại vách ngăn chính xoang bướm xương hoàn toàn có 66 BN (chiếm 45%), loại bán màng nhiều nhất, có 77 BN (chiếm 51%), cuối cùng là loại màng hoàn toàn chỉ có 6 BN (chiếm 6%).

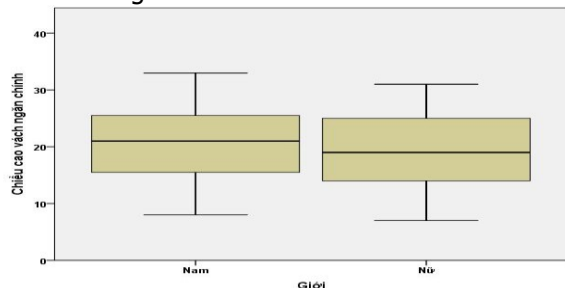


Biểu đồ 2: Phân bố các loại vách ngăn chính xoang bướm:

Bảng 2: Chiều cao vách ngăn chính xoang bướm

	Nam (n=75)	Nữ (n=74)	Cả hai giới (n=149)
Trung bình ± độ lệch (mm)	20.2±6.5	19.1±6.3	19.7±6.4
Lớn nhất			33
Nhỏ nhất			7

- Phân bố chiều cao vách ngăn chính xoang bướm theo giới:



Biểu đồ 3: Phân bố chiều cao vách ngăn chính xoang bướm theo giới

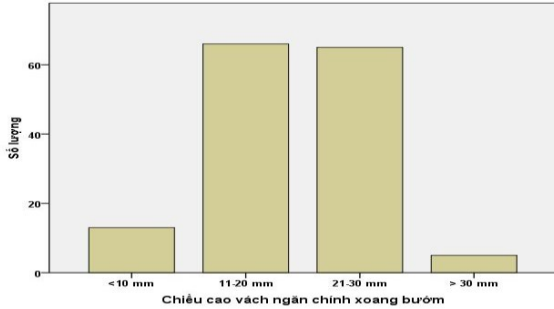
Nhận xét: Chiều cao vách ngăn chính xoang bướm ở nam lớn hơn ở nữ. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.29$

Bảng 3: Chiều cao vách ngăn chính xoang bướm theo từng loại vách ngăn xoang

	Xương hoàn toàn (n=66)	Bán màng (n=77)	Màng hoàn toàn (n=6)
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	18.4±6.1	20.8±6.5	20.8±7.8
p	0.026		
		0.98	
	0.49		

Nhận xét: Chiều cao vách ngăn chính loại bán màng lớn hơn loại xương hoàn toàn có ý nghĩa thống kê với $p = 0.026$. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa loại màng hoàn toàn với 2 loại còn lại ($p > 0.05$)

- Tần suất phân bố theo chiều cao vách ngăn chính xoang bướm



Biểu đồ 4: Tần suất phân bố theo chiều cao vách ngăn chính xoang bướm

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân có chiều cao vách ngăn chính xoang bướm từ 11-20 mm (66/149 BN, chiếm 44.3%) và từ 21-30 mm (65/149 BN, chiếm 43.6%), có 13/149 BN có chiều cao vách ngăn <10 mm (chiếm 8.7%) và 5/149 BN có chiều cao vách ngăn > 30 mm (chiếm 3.6%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều cao trung bình của vách ngăn chính xoang bướm được tìm thấy là 19.7 ± 6.4 mm (thay đổi từ 7–33 mm). Chiều cao vách ngăn chính được đo trên mặt phẳng coronal từ thành dưới đến thành trên, đo theo đường thẳng nếu vách ngăn chính thẳng hoặc chiều cong nếu vách ngăn chính không đều. Tổng chiều cao của vách ngăn chính phụ thuộc rất nhiều vào hướng di chuyển của nó trong mặt phẳng coronal (thẳng hoặc cong). Trong hầu hết các trường hợp, vách ngăn chính bị cong và chiều cao của nó thường khác với

chiều cao của xoang bướm. Theo hiểu biết của chúng tôi, không có nghiên cứu nào khác đề cập đến chiều cao của vách ngăn chính xoang bướm. Sareen và cộng sự⁶ lưu ý rằng chiều cao của xoang bướm trung bình là 22 mm (thay đổi từ 14–36 mm). Stokovic et al.⁷ cho thấy kích thước là 9.6 mm và 12 mm đối với 2 xoang bướm thể xoắn (conchal) trong nghiên cứu của họ, trung bình là 17.5 mm đối với thể trước hố yên; 19.8 mm đối với thể hố yên và 21.5 mm đối với thể sau hố yên. Theo nghiên cứu của chúng tôi, kích thước dọc của xoang bướm giống như kích thước dọc của MS chỉ khi MS có đường đi thẳng. Theo nghiên cứu của chúng tôi, kích thước dọc của xoang bướm giống như kích thước dọc của vách ngăn chính chỉ khi vách ngăn chính có đường đi thẳng.

Thông thường có một vách ngăn giữa các xoang ngăn cách xoang bướm thành hai phần. Loại hình thái phổ biến nhất của vách ngăn chính được tìm thấy trong nghiên cứu của chúng tôi là loại xương hoàn toàn (chiếm 45%) và loại hỗn hợp – bán màng (vách ngăn màng cứng một phần) xuất hiện ở 51% bệnh nhân. Loại vách ngăn chính hiếm gặp nhất – chỉ được chú ý trong 6% trường hợp là loại màng hoàn toàn. Báo cáo y văn liên quan đến chủ đề này, chỉ có Dundar et al.⁸ đã lưu ý về tần suất phổ biến của loại vách ngăn chính xương hoàn toàn và bán màng. Tuy nhiên, kết quả của họ khác nhau đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi – họ ước tính vách ngăn chính có cốt hóa hoàn toàn là 60.5% trường hợp (132/218) và không có cốt hóa hoàn toàn là 30.2% trường hợp, nhưng họ không tìm thấy bất kỳ vách ngăn loại màng hoàn toàn nào trong nghiên cứu trên 218 bệnh nhân⁹. Tuy nhiên, các tác giả trên đã không nêu phương pháp đo lường hoặc tiêu chí đưa vào được sử dụng để phân loại MS thành từng loại.

Không thể lấy vách ngăn chính làm mốc đáng tin cậy cho các thủ thuật nội soi¹⁰. Vị trí của nó, như chúng tôi đã thấy trong nghiên cứu của mình, không phải lúc nào cũng ở đường giữa mà lệch sang phải hoặc trái. Hơn nữa, vách ngăn ở giữa không nhất thiết phải theo toàn bộ chiều dài của đường giữa, mà ở phía trước hoặc phía sau. Ngoài ra, cần hết sức chú ý đến việc chèn vách ngăn vào ống thị giác và ống động mạch cảnh để tránh nguy cơ làm tổn thương các cấu trúc này khi phẫu thuật.

Vì những lý do trên, việc đánh giá trước phẫu thuật bằng MSCT đóng một vai trò quan trọng ở những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi ở xoang nhằm phát hiện các biến thể làm tăng nguy cơ biến chứng trong hoặc sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Các vách ngăn xoang bướm rất thay đổi. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy là phương pháp được lựa chọn trong việc phát hiện và đánh giá giải phẫu xoang bướm, đặc biệt đối với các biến thể giải phẫu cũng như các bệnh lý về xoang, cần thiết để PTNS xoang thành công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **E. Garcia-Garrigós, J.J. Arenas-Jiménez, I. Monjas-Cánovas, J. Abarca-Olivas, J.J. Cortés-Vela, J. De La Hoz-Rosa, M.D. Guirau-Rubio**, Transsphenoidal approach in endoscopic endonasal surgery for skull base lesions: what radiologists and surgeons need to know, *Radiographics* 35 (2015) 1170–1185, <https://doi.org/10.1148/rg.2015140105>.
2. **L.M. Cavallo, A. Messina, P. Cappabianca, F. Esposito, E. de Divitiis, P. Gardner, M. Tschabitscher**, Endoscopic endonasal surgery of the midline skull base: anatomical study and clinical considerations, *Neurosurg. Focus* 19 (2005) 1–14, <https://doi.org/10.3171/foc.2005.19.1.3>.
3. **Sirikci A, Bayazit YA, Bayram M, Kanlikama M**. Variations of sphenoid and related structures. *Eur Radiol.* 2000; 10(5):844-848.
4. **Cashman EC, McMahon PJ, Smyth D**. Computed tomography scans of paranasal sinuses before functional endoscopic sinus surgery. *World J Radiol.* 2011; 3(8): 199-204.
5. **Abdullah BJ, Arasaratnam S, Kumar G, Gopala K**. The sphenoid sinuses: computed tomography assessment of septation, relationship to the internal carotid arteries, and sidewall thickness in the Malaysian population. *J HK Coll Radiol.* 2001; 4:185-188.
6. **D. Sareen, A.K. Agarwal, J.M. Kaul, A. Sethi**, Study of sphenoid sinus anatomy in relation to endoscopic surgery, *Int. J. Morphol.* 23 (2005) 261–266, <https://doi.org/10.4067/S0717-95022005000300012>.
7. **Ń. Štoković, V. Trkulja, I. Dumić-Čule, I. Čuković-Bagić, T. Lauc, S. Vukićević, L. Grgurević**, Sphenoid sinus types, dimensions and relationship with surrounding structures, *Ann. Anat.* 203 (2016) 69–76, <https://doi.org/10.1016/j.aanat.2015.02.013>.
8. **R. Dündar**, Radiological evaluation of septal bone variations in the sphenoid sinus, *J. Med. Updat.* 4 (2014) 6–10, <https://doi.org/10.2399/jmu.2014001002>.
9. **G. Kayalioglu, M. Erturk, T. Varol**, Variations in sphenoid sinus anatomy with special emphasis on pneumatization and endoscopic anatomic distances, *Neurosciences* 10 (2005) 79–84 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22473192>, Accessed date: 5 April 2019.
10. **Idowu OE, Balogun BO, Okoli CA**. Dimensions, septation, and pattern of pneumatization of the sphenoidal sinus. *Folia Morphol.* 2009; 68(4):228-232.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP SỬ DỤNG DAO LIGASURE TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Công Hoàng¹, Lê Thị Hương Lan²
Nguyễn Thị Ngọc Anh¹, Hoàng Thanh Quang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp sử dụng dao Ligasure tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Đối tượng:** Đối tượng nghiên cứu gồm 80 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được điều trị phẫu thuật sử dụng dao Ligasure tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 09 năm 2022 đến tháng 03 năm 2023. **Phương pháp:** Tiến cứu mô tả chùm ca bệnh. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 48,33 ± 12,67 tuổi, thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 75 tuổi. Tỷ lệ giới: nữ (87,5%), nam (12,5%), tỷ lệ nữ/nam = 7/1. Phân độ trên siêu âm TIRADS 4 chiếm đa số. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ (92,5%), phần lớn được nạo vét hạch cổ (94,9%). Thời gian phẫu thuật trung bình 78,5 ± 37,8

phút. Lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình: 23 ± 9,8 ml. Thời gian rút dẫn lưu từ 12-24 giờ chiếm 77,5%. Biến chứng hay gặp sau phẫu thuật: suy tuyến cận giáp (12,5%), tổn thương thần kinh quặt ngược (2,5%), rò ống ngực (1,3%). Kết quả chung sau phẫu thuật tốt: 1 tuần (87,5%); 1 tháng (97,5%). **Kết luận:** Phẫu thuật ung thư tuyến giáp sử dụng dao Ligasure có kết quả tốt. **Từ khóa:** Ung thư tuyến giáp, kết quả phẫu thuật, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, dao Ligasure.

SUMMARY

TO EVALUATE EARLY RESULTS OF THYROID CANCER SURGERY USING LIGASURE AT THAI NGUYEN GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate early results of thyroid cancer surgery using Ligasure at Thai Nguyen General Hospital. **Subjects:** The study subjects included 80 thyroid cancer patients who were treated surgically using Ligasure knives at Thai Nguyen General Hospital from September 2022 to March 2023. **Methods:** Cluster descriptive prospective disease case. **Results:** The mean age was 48.33 ± 12.67 years old, the

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Anh

Email: ngocanh86ykt@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023