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. García-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 sur- geons 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: anato- mical 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 rerlated 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. **N. Stoković, V. Trkulja, I. Dumić-Čule, I. Čuković-Bagić, T. Lauc, S. Vukičević, 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 Hoàng[1], Lê Thị Hương Lan[2]
Nguyễn Thị Ngọc Anh[1], Hoàng Thanh Quang[2]

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.

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
[2]*Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Anh
Email: ngocanh86yktn@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2023
Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023
Ngày duyệt bài: 8.9.2023

SUMMARY

TO EVALUATE EARLY RESULTS OF THYROID CANCER SUGERY 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

lowest was 17 years old, the highest was 75 years old. Gender ratio: female (87.5%), male (12.5%), Female/male ratio = 7/1. Partition on ultrasound TIRADS 4 accounts for the majority. The majority of patients underwent total thyroidectomy (92.5%), the majority had cervical lymph node dissection (94.9%). The average surgical time was 78.5 ± 37.8 minutes. Average blood loss during surgery: 23 ± 9.8 ml. The duration of draining from 12-24 hours accounted for 77.5%. Common complications after surgery: hypoparathyroidism (12.5%), recurrent nerve damage (2.5%), thoracic duct fistula (1.3%). Overall good results after surgery: 1 week (87.5%); 1 month (97.5%). **Conclusion:** Thyroid cancer surgery using Ligasure knife has good results

Keywords: Thyroid cancer, surgical results, Thai Nguyen General Hospital, Ligasure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTG) là khối u ác tính xuất phát từ tê bào biểu mô nang tuyến giáp hoặc tổ chức liên kết tuyến giáp. UTTG là khối u ác tính thường gặp nhất trong tuyến nội tiết, chiếm tới 90% ung thư tuyến nội tiết và khoảng 1% trong tổng số các loại ung thư. Trên thế giới tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp khoảng 0,5-10/100.000 dân, tỷ lệ này tùy thuộc vào vùng miền và quốc gia. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp ngày càng tăng. Về điều trị UTTG, phẫu thuật là lựa chọn đầu tiên, đóng vai trò quyết định, các phương pháp khác như xạ trị hay hóa chất chỉ có vai trò bổ trợ. Trên thế giới tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp khoảng 0,5-10/100.000 dân, tỷ lệ này tùy thuộc vào vùng miền và quốc gia. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp ngày càng tăng [1], [4].

Về điều trị phẫu thuật là phương pháp được lựa chọn đầu tiên cho UTTG, đóng vai trò quan trọng nhất có tính chất quyết định đến kết quả điều trị. Xạ trị có vai trò bổ trợ đối với ung thư tuyến giáp không biệt hóa và ung thư tuyến giáp thể tủy trong khi hóa chất toàn thân hiện tại chưa chứng tỏ được vai trò trong điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp [2], [6].

Tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên (BVTƯTN) phẫu thuật trong UTTG được tiến hành thường quy với sự hỗ trợ của nhiều thiết bị hiện đại như dao Ligasue, phẫu thuật nội soi…, sau phẫu thuật bệnh nhân (BN) được điều trị phóng xạ hậu phẫu. Từ năm 2020 dao Ligasure bước đầu được ứng dụng trong phẫu thuật tuyến giáp nói chung và phẫu thuật UTTG nói riêng. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả sau phẫu thuât. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *"Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp từ tháng 09 năm 2022 đến tháng 03 năm 2023".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Đối tượng: 80 bệnh nhân UTTG được phẫu thuật tại BVTƯTN từ tháng 09 năm 2022 đến tháng 03 năm 2023.

**** Tiêu chuẩn chọn***

+ Các BN được chẩn đoán xác định là UTTG nguyên phát: dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học, vào điều trị tại BVTƯTN.

+ Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ: mô tả rõ triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học, được điều trị phẫu thuật và có biên bản ghi rõ cách thức phẫu thuật.

+ Được phẫu thuật tại BVTWTN sử dụng dao Ligasure.

+ Được điều trị sau phẫu thuật và tái khám định kỳ tại BVTƯTN.

+ Được tái khám tại thời điểm nghiên cứu và thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng (siêu âm, xét nghiệm máu).

+ Không bị bệnh ung thư ở các cơ quan, bộ phận khác kèm theo.

+ BN và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

**** Tiêu chuẩn loại trừ***

+ BN được chẩn đoán xác định UTTG nhưng không phẫu thuật.

+ BN phẫu thuật nhưng không sử dụng dao Ligasure.

+ Hồ sơ lưu trữ không đầy đủ.

+ Có các bệnh ung thư ở các cơ quan, bộ phận khác kèm theo hoặc các bệnh có nguy cơ tử vong gần.

+ BN và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Tai mũi họng và Trung tâm Ung bướu - BVTƯTN.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 09 năm 2022 đến tháng 03 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu chùm ca bệnh.

2.3. Phương tiện nghiên cứu: Máy siêu âm Phillips DH3; Bộ dụng cụ chọc hút tế bào kim nhỏ; Bộ dụng cụ nhuộm, cắt bệnh phẩm; Kính hiển vi Olympus CX 23, Dao Ligasure LF 1212.

2.4. Các chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Phân độ theo TIRADS từ độ 0 đến độ 5 theo J.Y.Kwak (2011): phân 5 nhóm từ TIRADS 1 đến TIRADS 5 [4].

- Kết quả phẫu thuật: phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, biến chứng sau phẫu thuật, thời gian rút dẫn lưu, thời gian nằm viện.

+ Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 tuần thành 3 mức độ:

. Tốt: không xảy ra tai biến trong phẫu thuật và sau phẫu thuật không có biến chứng.

. Trung bình: có xảy ra tai biến, biến chứng nhưng được xử trí tốt, có thể phải phẫu thuật lại để xử trí hoặc chỉ cần điều trị nội khoa.

. Xấu: tử vong sau phẫu thuật do bất kỳ nguyên nhân gì.

+ Kết quả phẫu thuật sau 1 tháng: BN được khám lại trực tiếp hoặc ghi nhận qua điện thoại, chia thành 3 mức độ

. Tốt: BN khỏi hoàn toàn không có biến chứng liên quan tới phẫu thuật.

. Trung bình: BN có biến chứng nhẹ, chưa cần xử trí gì.

. Xấu: BN có biến chứng nhưng điều trị không kết quả [8].

2.5. Phương pháp thu thập số liệu. Phỏng vấn, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng bằng siêu âm, nội soi tai mũi họng, chọc hút tế bào kim nhỏ, xét nghiệm máu, theo dõi sau phẫu thuật 1 tuần và 1 tháng.

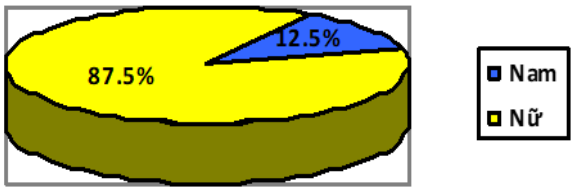
2.6. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân tích số liệu từ 80 bệnh nhân UTTG được phẫu thuật sử dụng dao Ligasure tại BVTUTN kết quả thu được

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng UTTG

**** Giới:***

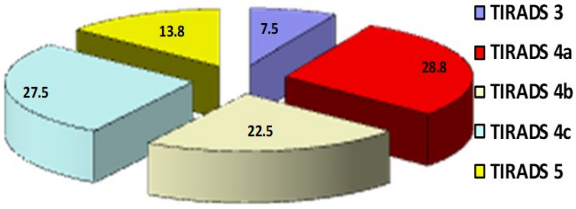


Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Tỷ lệ giới: nữ chiếm 87,5% và 12,5% bệnh nhân nam

**** Tuổi:*** Tuổi trung bình trong nghiên cứu 48,33 ± 12,67 tuổi, thấp nhất 17 tuổi, cao nhất 75 tuổi**.** Không có bệnh nhân nào dưới 15 tuổi.

**** Phân độ TIRADS trên siêu âm***



Biểu đồ 2. Phân độ TIRADS trên siêu âm

Nhận xét: Trên siêu âm u tuyến giáp được đánh giá theo TIRADS gặp chủ yếu là TIRADS 4 chiếm tỷ lệ 78,8%

3.2. Kết quả phẫu thuật

**** Các phương pháp phẫu thuật***

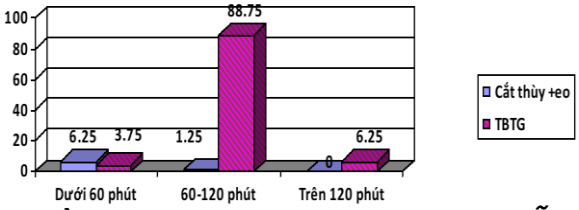
Bảng 2. Các phương pháp phẫu thuật

Các phương pháp phẫu thuật		Số bệnh nhân (%)	Tổng số
Cắt thùy + eo giáp	Không vét hạch	1 (1,3%)	6 (7,5%)
	Có vét hạch	5 (6,2%)	
Cắt tuyến giáp toàn bộ (TBTG)	Không vét hạch	3 (3,8%)	74 (92,5%)
	Có vét hạch	71 (88,7%)	
Tổng số		**80 (100%)**	**80 (100%)**

Nhận xét: - Tỷ lệ BN được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp (TBTG) chiếm phần lớn với 92,5%, chỉ có 7,5% BN được phẫu thuật cắt thùy và eo giáp.

- Trong nhóm cắt TBTG thì tỷ lệ BN được nạo vét hạch cổ chiếm đa số với 71/74 BN.

**** Thời gian phẫu thuật***



Biểu đồ 4. Liên quan giữa thời gian phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 78,5 ± 37,8 phút. Nhóm phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp có thời gian phẫu thuật dưới 60 phút chiếm đa số với 5/6 BN. Nhóm phẫu thuật cắt TBTG có thời gian phẫu thuật từ 60-120 phút chiếm nhiều nhất với 72/74 BN chiếm 88,75%.

**** Lượng máu mất trong phẫu thuật***

Bảng 3. So sánh lượng máu mất trong phẫu thuật theo các tác giả

Phương pháp PT \ Lượng máu mất (ml)	Ít nhất	Trung bình	Nhiều nhất
Cắt 1 thùy + eo (n=6)	0	5	10
Cắt TBTG (n=3)	10	21±7,5	25
Cắt TBTG + nạo vét hạch (n=71)	15	35±8,6	45
Tổng		23±9,8	
P		0,021	

Nhận xét: Số lượng máu mất nhiều nhất là 45 ml. Ít nhất là 0 ml. Số lượng máu mất trung bình chung trong nghiên cứu là 23 ± 9,8 ml. Số lượng máu mất giữa các phương pháp là khác nhau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

**** Thời gian rút dẫn lưu sau phẫu thuật***

Bảng 4. Thời gian rút dẫn lưu sau phẫu thuật

Thời gian rút dẫn lưu (giờ)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 12	0	0
12 – 24	55	77,5
> 24	16	22,5
Tổng số	**71**	**100**

Nhận xét: Đa số BN được rút dẫn lưu ngày thứ 2 hoặc thứ 2 sau phẫu thuật chiếm 77,5% và có 22,5% BN được rút dẫn lưu từ ngày thứ 3 sau mổ.

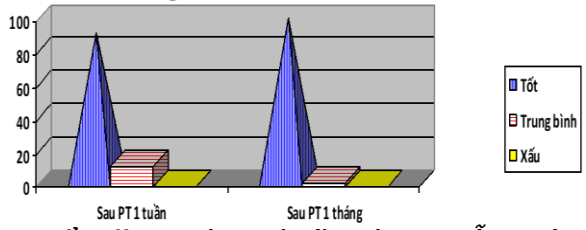
**** Biến chứng phẫu thuật***

Bảng 5. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau mổ	Số BN	Tỉ lệ %
Chảy máu sau mổ	1	1,3
Suy tuyến cận giáp	10	12,5
Tổn thương thần kinh thanh quản trên	0	0
Tổn thương TK TQQN	2	2,5
Rò ống ngực	1	1,3

Nhận xét: Tỷ lệ tai biến hay gặp nhất là suy tuyến cận giáp với 10 BN chiếm tỷ lệ 12,5%; tổn thương thần kinh TQQN gặp ở 2 BN. Biến chứng chảy máu và rò ống ngực gặp mỗi loại ở 1 BN.

**** Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng***



Biểu đồ 5. *Đánh giá kết quả sau phẫu thuật*

Nhận xét: Sau 1 tuần hầu hết BN có kết quả tốt (87,5%) và 12,5% là trung bình, không ghi nhận BN có kết quả xấu. Sau phẫu thuật 1 tháng 97,5% BN có kết quả chung là tốt, không có BN nào có kết quả xấu và 2 BN chiếm 2,5% còn tê bì tay chân.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng UTTG

**** Tuổi và giới.*** Kết quả Biểu đồ 1 cho thấy UTTG gặp phần lớn ở nữ giới với tỷ lệ 87,5% và tỷ lệ nữ/nam = 7/1. Tỷ lệ nữ/nam tương tự với kết quả của Hoàng Huy Hùng là 7/1 và cao hơn tác giả Trần Văn Thông là 4/1 [2], [4].

Tuổi trung bình 48,33 ± 12,67 tuổi thấp nhất 17 tuổi, cao nhất 75 tuổi. Không có BN nào dưới 15 tuổi. Kết quả tương tự như kết quả của các tác giả, Chử Quốc Hoàn [3].

****Phân độ TIRADS trên siêu âm.*** Tất cả BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều được siêu âm phân độ TIRADS trong đó TIRADS 4 chiếm đa số với tỷ lệ 78.8%; Kết quả của chúng tôi gần tương đương với nghiên cứu của Hoàng Huy Hùng [2].

4.2. Kết quả phẫu thuật

****Các phương pháp phẫu thuật u và hạch cổ.*** Kết quả bảng 2 cho thấy phẫu thuật cắt TBTG hay được áp dụng hơn cả với 115 BN chiếm tỷ lệ 92,5%. Tỷ lệ này cao hơn tác giả Trần Văn Thông là 81,43%, Chử Quốc Hoàn là 85,5% [3], [4]. Trong nghiên cứu chúng tôi chỉ định cắt thùy giáp có u kèm theo eo tuyến giáp trong các trường hợp khối u có kích thước nhỏ, đánh giá trên đại thể chưa phá vỡ vỏ và BN không có một trong các yếu tố nguy cơ tiên lượng xấu. Đối với những trường hợp này sau phẫu thuật được giải thích về nguy cơ tái phát bệnh ở thùy còn lại và được theo dõi định kỳ chặt chẽ sau phẫu thuật.

Về phương pháp phẫu thuật nạo vét hạch cổ trong 80 BN đa số được nạo vét hạch cổ chiếm 94,9%. Tỷ lệ của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác, chúng tôi đặt ra vấn đề nạo vét hạch cổ dự phòng thường quy nhằm giảm tỷ lệ tái phát.

****Thời gian phẫu thuật.*** Thời gian mổ trung binh là 78,5 ± 37,8 phút, ngắn nhất là 45 phút dài nhất là 150 phút, thời gian phẫu thuật có sự khác biệt giữa 2 nhóm cắt tuyến giáp toàn bộ và nhóm cắt thùy và eo đơn thuần. Theo Maria P. thời gian phẫu thuật bằng dao Ligasure được rút ngắn 23 phút. Sử dụng dao Ligasure giảm đáng kể thời gian cầm máu khi bộc lộ bó mạch giáp đặc biệt các trường hợp nạo vét hạch cổ [6], [7].

****Số lượng máu mất.*** Số lượng máu mất trong phẫu thuật cao nhất trong nhóm cắt TBTG kèm nạo vét hạch. Lượng máu mất trong nghiên cứu thấp hơn các tác giả khác như D. Zhang: 50 ± 17 ml; Zhao QZ.: 62 ± 15 ml. Điều này cho thấy kỹ thuật mổ và phẫu tích của nhóm nghiên cứu tương đối thành thục dẫn tới lượng máu mất trong phẫu thuật tương đối thấp [5], [8].

****Thời gian rút dẫn lưu sau phẫu thuật.*** Nghiên cứu của chúng tôi có 55/71 BN rút dẫn lưu ngày thứ 2, 16/71 BN rút ngày thứ 3, trong đó lâu nhất là BN rút dẫn lưu muộn ngày thứ 6 do BN có biến chứng rò dưỡng chấp nên thời gian lưu lâu hơn so với các trường hợp hậu phẫu thông thường. Đáng chú ý trong nghiên cứu chúng tôi có 8 BN sau khi kết thúc phẫu thuật xét thấy nguy cơ chảy máu thấp nên chúng tôi

quyết định không đặt dẫn lưu sau mổ.

**** Các biến chứng sau phẫu thuật.*** Biến chứng thường gặp nhất là tổn thương tuyến cận giáp với biểu hiện chủ yếu là các cơn co rút ngón tay chân sau phẫu thuật với tỷ lệ 12,5% (Bảng 5). Kết quả nghiên cứu tương tự Phan Hoàng Hiệp là 12,72% [1]. Vấn đề bảo tồn tuyến cận giáp là một thách thức ngay cả với những phẫu thuật viên có kinh nghiệm bởi vì mặc dù tuyến cận giáp đôi khi được cho là bảo tồn một cách cẩn thận trong phẫu thuật nhưng chức năng của tuyến vẫn không được đảm bảo sau phẫu thuật bởi vì tuyến cận giáp rất nhạy cảm với tình trạng thiếu máu. Khàn tiếng sau phẫu thuật gặp ở 2 BN chiếm 2,5%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn Trần Văn Thông là 11,4%. Cả 2 BN khàn tiếng đều gặp trong phẫu thuật cắt TBTG kèm nạo vét hạch cổ. Theo dõi sau 01 tháng 2 BN hết khàn tiếng. Như vậy có thể thấy mặc dù tổn thương thần kinh TQQN và tuyến cận giáp là 2 biến chứng thường gặp nhưng đều có xu hướng hồi phục dần sau phẫu thuật [4], [7].

Rò ống ngực là biến chứng hiếm gặp nhưng cũng là biến chứng nặng nề sau phẫu thuật vì dễ gây nhiễm trùng vết mổ và kéo dài thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu chỉ có 1 BN có biến chứng rò ống ngực sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 1,3%. Đây là BN có di căn hạch nhóm VI bên trái với nhiều hạch có kích thước lớn nên nguy cơ tổn thương ống ngực. BN được theo dõi, băng ép tại chỗ, nhịn ăn và nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Sau 6 ngày theo dõi tình trạng rò ống ngực BN được cải thiện, BN được rút dẫn lưu. Theo dõi sau phẫu thuật 8 ngày BN không còn biến chứng rò ống ngực nữa. Tỷ lệ rò ống ngực của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Roh tỷ lệ rò ống ngực phẫu thuật vét hạch cổ 2 bên là 5,2% trong phẫu thuật và 8,3% sau phẫu thuật. Điều này cho thấy ưu điểm của dao Ligasure trong phẫu thuật UTTG [7], [8].

****Đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật.*** Theo dõi BN tại viện sau 1 tuần phẫu thuật đa số các BN đều có kết quả tốt (87,5%), tuy nhiên vẫn còn m12,5% BN có kết quả trung bình, không BN nào có kết quả xấu. Tỷ lệ tương tự Trần Văn Thông là 72,37% kết quả tốt và 27,73% cho kết quả trung bình [8]. Sau 1 tháng kiểm tra lại kết quả tốt chiếm 97,5%, hầu hết các biến chứng sau phẫu thuật đều được cải thiện. Như vậy có thể thấy rằng với phẫu thuật điều trị UTTG đa phần cho kết quả tốt đặc biệt nếu bệnh được phát hiện ở giai đoạn sớm và điều trị kịp thời, phần lớn các biến chứng sau phẫu thuật có thể phục hồi sau thời gian.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 80 bệnh nhân UTTG được phẫu thuật sử dụng dao Ligasure tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, chúng tôi rút ra một số kết luận.

- 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 78,8%.
- Đa số BN được phẫu thuật cắt TBTG (92,5%), 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 12-24h chiếm đa số 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%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạn Hoàng Hiệp** (2020), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn sớm tại Bệnh viện nội tiết Trung Ương, Luận văn Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Hoàng Huy Hùng** (2016), Đánh giá di căn hạch của ung thư biểu mô tuyến giáp, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Chử Quốc Hoàn** (2013), Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, tỷ 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, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Trần Văn Thông** (2014), Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **D. Zhang, J. Zhang, G. Dionigi, et al.** (2019). Recurrent Laryngeal Nerve Morbidity: Lessons from Endoscopic via Bilateral Areola and Open Thyroidectomy Technique, World J Surg,(11), 2829-2841.
6. **J. Trahan, L. Pelaez, M. DiLeo, et al.** (2018). Retro-Auricular Thyroidectomy: An Open Approach, Indian J Otolaryngol Head Neck Surg,(2), 218-222.
7. **Maria P.,** (2017), "Population - Based Assessment of Complications following Surgery for Thyroid Cancer", The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 102(7), 2543 – 2551.
8. **Q. Z. Zhao, Y. Wang, P. Wang** (2018). [A comparative study of endoscopic and traditional open surgery in the treatment of papillary thyroid carcinoma], Zhonghua Wai Ke Za Zhi,(2), 135-138.