

ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn có đột biến gen EGFR. Tạp Chí Nghiên Cứu Học 91-94 (2014).

- Nghiêm Trần Vương.** Đánh giá kết quả Erlotinib bước 1 trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến EGFR. Luận Văn Thạc Sĩ Học Đại Học Hà Nội (2020).
- Nguyễn Thị Thanh Huyền.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não đột biến EGFR bằng Erlotinib có hoặc không kết

hợp với xạ trị tại não (2018).

- Gridelli, C. & Rossi, A.** EÚRTAC first-line phase III randomized study in advanced non-small cell lung cancer: Erlotinib works also in European population. J. Thorac. Dis. 4, 219-220 (2012).
- Jiang, T. et al.** EGFR TKIs plus WBRT Demonstrated No Survival Benefit Other Than That of TKIs Alone in Patients with NSCLC and EGFR Mutation and Brain Metastases. J. Thorac. Oncol. 11, 1718-1728 (2016).

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VÀ ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM TRÙNG NHIỄM ĐỘC, HOẠI TỬ TOÀN BỘ ĐẠI TRÀNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐÃ PHẪU THUẬT UNG THƯ TRỰC TRÀNG (ISCHEMIC COLITIS)

Thái Nguyên Hưng¹, Khổng Văn Quang¹

TÓM TẮT

Báo cáo hồi cứu mô tả ca lâm sàng hiếm gặp với mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ca lâm sàng hoại tử toàn bộ đại tràng. 2. Đánh giá kết quả chẩn đoán, phẫu thuật và điều trị hoại tử toàn bộ đại tràng, sốc nhiễm trùng nhiễm độc (NTND) không do tắc mạch (ischemic colitis). Kết quả NC: BN nam, 60T, có TS đã mổ ung thư trực tràng cao cách 2 năm. Giải phẫu bệnh AC biệt hóa vừa T4N0M0. Lâm sàng: Đau bụng 3 ngày, ỉa máu đỏ đen, Khám: Bụng chướng, có cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng khắp bụng, sond dạ dày nhiều dịch đỏ sẫm. Thăm trực tràng: Phân đen đỏ. Xét nghiệm: Hồng cầu (HC): 5,4 T/L; Huyết sắc tố (Hb): 10,1 g/L. Hematocrit (He): 33,9 L/L. Bạch cầu (BC) 11,6 G/L. Tiểu cầu (TC) 268 G/L. Ure 9,6 mmol/L. Creatinin 108 Mmol/L, Glucose: 9,1 mmol/L; GOT 43,6 U/L. CLVT bụng: Các quai ruột và quai ĐT giãn, dịch ổ bụng. XQ bụng: mức nước hơi ĐT. Chẩn đoán sau mổ: Sốc NTND, hoại tử toàn bộ đại tràng. Phẫu thuật: Cắt toàn bộ ĐT, đưa hồi tràng ra làm HMNT. Tổn thương trong mổ: Ổ bụng nhiều dịch đục, ĐT giãn to 6 cm, dày, phù nề, thiếu dưỡng, có điểm hoại tử, ĐT trái hoại tử, không thủng, toàn bộ ĐT hoại tử, không thấy dấu hiệu tắc mạch mạc treo tràng trên và ĐM ĐT trái. Sau mổ BN sốc NTND, suy thận, suy gan, điều trị tại khoa hồi sức tích cực (HSTC), dùng vận mạch, lọc máu. Tiến triển: BN lọc máu chu kỳ tại địa phương. **Kết luận:** Viêm đại tràng thiếu máu, hoại tử là bệnh lý chiếm tỷ lệ 50-60% thiếu máu đường tiêu hóa thường gặp ở đại tràng trái > đại tràng phải với 3 dạng tổn thương chủ yếu là hoại tử ĐT, dày thành ĐT và hẹp lòng đại tràng, các triệu chứng chủ yếu là đau bụng không rõ, ỉa máu. Chụp CLVT (CTA) hay chụp mạch (Angiography) cho kết quả không rõ ràng. Bệnh thường kèm các yếu tố nguy cơ như ĐTD, Cao huyết áp, rối loạn mỡ máu, bệnh lý

phình ĐMC, các bệnh lý mạch máu ngoại vi, táo bón, dùng các loại thuốc digoxin, aspirin hay thuốc phiện... Nội soi ĐT chỉ định khi không có dấu hiệu hoại tử ruột. Điều trị nội khoa 80,3%. Mổ cắt ĐT cấp cứu có tỷ lệ TV 39,8% được chỉ định khi hoại tử ruột. CĐ mổ tương đối khi có hẹp ĐT với biểu hiện lâm sàng rõ hoặc điều trị nội không cải thiện. Huyết áp thấp trước mổ là yếu tố có tiên lượng nặng với tỷ lệ TV cao. **Từ khóa:** Hoại tử đại tràng, viêm đại tràng thiếu máu.

SUMMARY

THE RESULT OF DIAGNOSIS, SURGICAL AND MEDICAL MANAGEMENT FOR ISCHEMIC COLITIS AND GANGRENE OF LEFT ANH RIGH COLON IN PATIENT WHO UNDERGONE PROCTECTOMY DUE TO RECTAL CANCER

Aim of study: Evaluation the clinical and paraclinical feature of ischemic colitis (IC) patient, diagnosis and its surgical and medical treatment. **Patient and method:** Restrospective study, case report. **Result:** Male, aged of 60 years old, hospitalization in K hospital due to abdominal pain and hemochezia without fever, vomit. Physical examination: tenderness and rebound tenderness. The rectal examination showed bright and marron stool. Nasogastric tube with marron liquid. Abdominal Xray showed air and liquid level of colon with intraabdominal liquid mesuring 41 mm. Abdominal CTscan revealed dilatation of colon and small bowel with intraabdominal liquid. Leukocystosis of 11,6 G/L Uremia 9,6 mmol/L. Creatininemia 108 Mmol/L, Glucose: 9,1 mmol/L; GOT 43,6 U/L. Peroperation lesion: Thickening and gangrene of ascending colon, transvere colon and descending colon. No evidence of superior mesenteric artery thrombosis and left colon artery thrombosis. Surgical procedure: Total colectomy with ileostomy, post operation was in ICU with multiorgandysfunction syndrome and had hemodialysis twice a week. **Conclusion:** Ischemic colitis is about 50-60% total ischemie of gastrointestinal tract and preponderance in left side. There were 3 types of lesion: Gangrene, thickening wall of colon and

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

stenosis. The symptoms were vague including abdominal pain and hematochezia. CT Scan and angiography may appear normal in early and mild cases. Risk factors were diabetes, hypertension, dyslipidemia, abdominal aortic Aneurysm, peripheral vascular disease, heart failure, use of aspirin and digoxin, hypoalbuminemia, constipation, hemodialysis... Colonoscopy could be performed in the absence of peritoneal signs. Medical treatment in 80,3%. The mortality of emergency colectomy in 39,8% in gangrene. The elective colectomy could be done in case of stricture of colon. Hypotension was bad preoperative prognostic factor.

Keywords: Ischemic colitis, gangrene, colectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm đại tràng thiếu máu, hoại tử (Ischemic colitis) là bệnh lý được Marston và CS mô tả lần đầu tiên vào năm 1966 [1] được phân chia thành 2 nhóm hoại tử đại tràng và dày từng phần đại tràng (ĐT). Đây là bệnh thiếu máu hệ tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao nhất 50-60% [2]. Bệnh thường xảy ra ở nhóm BN khoảng 60-70 T, hầu hết có tiền sử xơ vữa động mạch. BN thường đến khám với các triệu chứng mơ hồ, không rõ ràng, khó chịu đến những triệu chứng nặng, sốc nhiễm trùng, nhiễm độc bởi vậy việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn. Do vậy chúng tôi báo cáo đề tài này nhằm mục tiêu mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật và điều trị trường hợp sốc nhiễm trùng, nhiễm độc, hoại tử toàn bộ đại tràng/BN đã phẫu thuật và điều trị ung thư trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** Ca lâm sàng, BN được phẫu thuật và điều trị hoại tử toàn bộ đại tràng do thiếu máu (Ischemic colitis) tại BV K.

- **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả (Ca lâm sàng hiếm gặp).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

BN nam, SN 1954 (60 T).

ĐC: Thanh xuyên, Hoàng Long, Phú xuyên, Hà nội.

Vào 15/1/2023 - Mổ: 16/1/2023. Chuyển về lọc máu chu kỳ tại đại phương 30/1/2023.

+ TS: U trực tràng đã PT và hóa xạ trị > 2 năm (T4NoM0) AC biệt hóa vừa.

+ Lâm sàng: Đau bụng không rõ 3 ngày, ỉa máu đen, không sốt.

Bụng chướng, quai ruột nổi không rõ, rặn bò (-)

Có phản ứng thành bụng khắp bụng, cảm ứng phúc mạc rõ.

Sond dạ dày: Dịch đỏ sẫm màu.

Thăm trực tràng: Phân đen đỏ.

+ Xét nghiệm (XN)

++ Hồng cầu (HC): 5,4 T/L; Huyết sắc tố (Hb) 10,1 g/L. Hematocrit (He) 33,9 L/L, Bạch cầu (BC) 11,6 G/L. Tiểu cầu (TC) 268 G/L

Đông máu: Prothrombin 109%, IRN 0,95; Fibrinogen 3,05 g/L; APTT(s) 29,8 Tỷ lệ APTT (bệnh/chứng) 0,97.

+ Sinh hóa: Ure 9,6 mmol/L. Creatinin 108 Mmol/L, Glucose: 9,1 mmol/L; GOT 43,6 U/L.

+ SA bụng: Các quai ruột giãn 45 mm, dịch OB 41 mm.

+ Chụp CLVT bụng: Các quai ruột và quai ĐT giãn, dịch ổ bụng.

+ Chụp bụng không chuẩn bị: mức nước hơi chân hẹp, vòm cao.

+ Chẩn đoán trước mổ: Tắc ruột/ Đã PT Ung thư trực tràng.

+ Chẩn đoán sau mổ: Sốc NTND, hoại tử toàn bộ đại tràng.

+ Phẫu thuật : Cắt toàn bộ ĐT, đưa hồi tràng ra làm HMNT.

++ Tổn thương trong mổ: Ổ bụng nhiều dịch đục, ĐT giãn to 6 cm, dày, phù nề, thiếu dưỡng, có điểm hoại tử, ĐT trái hoại tử, không thủng, toàn bộ ĐT hoại tử từ niêm mạc- Miệng nối cũ, dịch hồi.

+ Sau mổ BN sốc NTND, suy thận, suy gan, điều trị tại khoa hồi sức tích cực (HSTC), dùng vận mạch, lọc máu.

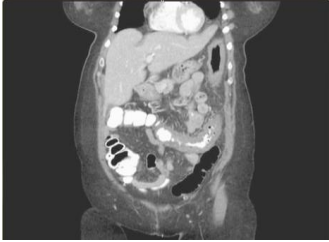
+ XN sau mổ: ure 38 mmol/L, Creatinin: 330 mmol/L, Bilirubin 242 (TT: 202), Procalcitonin 7,16 ng/ml. GOT 114,2 U/L.

IV. BÀN LUẬN

Viêm đại tràng thiếu máu, hoại tử (ischemic colitis: IC) là dạng bệnh hay gặp nhất của bệnh lý thiếu máu đường tiêu hóa xảy ra do tắc mạch, hẹp mạch hoặc giảm cung lượng tưới máu một cách có hệ thống. Số mắc IC chiếm 75% số thiếu máu đường tiêu hóa [1] và chiếm 15,6/100.000 dân/năm. Các triệu chứng lâm sàng (LS) cận lâm sàng (CLS) đa dạng, không đặc hiệu làm cho chẩn đoán bệnh khó khăn. Thiếu máu hay tắc mạch dẫn đến hoại tử và loét niêm mạc gây ra triệu chứng đau và ỉa máu. Tiến triển bệnh phụ thuộc vào vị trí, tốc độ và độ rộng của thiếu máu đại tràng (ĐT). Hầu hết IG xảy ra ở ĐT trái tuy nhiên nếu xảy ra hoặc tiến triển sang phải dẫn đến tỷ lệ mổ và tỷ lệ TV cao do liên quan hệ tuần hoàn phụ của ĐM viền (network of marginal collateral) và thiếu hệ thống mạch viền bên phải [1].

+ Các NC cho rằng IC gây ra chủ yếu do sự thay đổi cấp tính không tắc mạch (non occlusive) ở hệ thống mạch nhỏ của đại tràng bởi vậy chụp mạch hay chụp CLVT mạch máu (CTA). CTA là

phương pháp chẩn đoán không xâm lấn có giá trị chẩn đoán cao với những thiếu máu cấp tính mạc treo với độ nhạy 93%, độ đặc hiệu 96% [2].



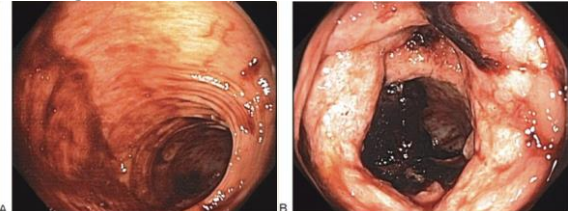
Hình 1: Chụp CLVT hình ảnh dây thành ĐT góc lách, dày ĐT xuống, dày ĐT xích ma

+ Các yếu tố nguy cơ của IC: 1 nghiên cứu tiền cứu ở Iceland tất cả những BN nhập viện vì XHTH thấp cho thấy 16% số này có viêm đại tràng thiếu máu [3].

+ NC bệnh chứng (case-control) những BN đau bụng hạ vị có hoặc không XHTH thấy rằng BN > 60 T, lọc máu, đái tháo đường (ĐTĐ), cao HA, giảm albumin máu, táo bón thường kết hợp với IC.

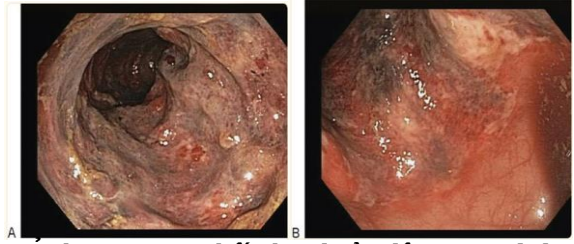
+ Các NC trên 161 BN tìm mạch cho thấy ĐTĐ, rối loạn mỡ máu, suy tim, bệnh mạch máu ngoại vi, sử dụng aspirin hay digoxin thường có IC [4]. Các nguyên nhân khác như phình ĐMC, táo bón, nghiện ma túy, vận động viên chạy marathon hay điên kinh là những yếu tố thuận lợi cho IC.

+ Khi chưa có viêm phúc mạc hay sốc nhiễm trùng nhiễm độc, nội soi đại tràng (NSĐT) là phương pháp chẩn đoán IC có giá trị nhất: NSĐT phát hiện các chấm xuất huyết, phù nề niêm mạc, mụn niêm mạc, chảy máu, ban đỏ niêm mạc, các vết xước niêm mạc rải rác và các vết loét dọc niêm mạc. Sinh thiết qua NSĐT có thể loại trừ các bệnh khác nhưng không đặc hiệu đối với IC: bao gồm vết xước, tổ chức hạt quá sản, các tuyến phì đại, chảy máu lớp đệm, nhiều đại thực bào và hạt sắc tố D' niêm mạc. Dưới niêm mạc thường phù nề, xuất huyết là những chấm hơi xanh-đen phồng lên chứa khí lồi vào niêm mạc → dấu hiệu ấn ngón tay trên chụp ĐT có thuốc cận quang (Thumbrinting) [5] Tuy nhiên NSĐT dễ gây thủng ĐT bởi vậy nên bơm hơi nhẹ và động tác soi thực hiện khéo léo.



Ảnh 2: Tổn thương qua NSĐT

Chảy máu niêm mạc, viêm đỏ, nhiều máu trong ĐT (Hình A), loét rải rác lòng ĐT (hình B).



Ảnh 3: NSĐT thấy hoại tử niêm mạc (A), điểm chuyển tiếp giữa niêm mạc hoại tử niêm mạc bình thường (hình B).

+ NC tổn thương qua NSĐT trên 85 trường hợp IC cho thấy các tổn thương loét dọc và loét vòng tròn thường kèm đau bụng và Protein C tăng cao, có thời gian điều trị dài hơn so với niêm mạc đỏ, có vết xước [6].

- Điều trị nội khoa và hồi sức:

Ngay khi có chẩn đoán IC, BN sẽ được điều trị và hồi sức tích cực (HSTC) với kháng sinh phổ rộng. Nếu BN có huyết động ổn định và không có viêm phúc mạc nên được NSĐT cấp cứu. Nếu BN có viêm phúc mạc (VFM) hoặc triệu chứng hoại tử ruột cần mổ cấp cứu. Điều trị nội khoa bao gồm cho ruột nghỉ, truyền dịch TM, đặt sond hút dạ dày, dùng kháng sinh phổ rộng. Theo dõi tri giác, tình trạng bụng, lượng nước tiểu, cho thở o₂, xét nghiệm lactate.

- Phẫu thuật được chỉ định khi có dấu hiệu hoại tử ĐT. Một số trường hợp sau khi đỡ bệnh thường có hẹp đại tràng. Cần NSĐT và sinh thiết. Nếu hẹp khít hoặc có dấu hiệu lâm sàng có thể CD nông hoặc mổ cắt đoạn đại tràng.

- Kết quả điều trị: Các thống kê với cỡ mẫu lớn gần đây cho thấy có 80,3% IC điều trị nội khoa với tỷ lệ TV 6,2%. Tỷ lệ TV của phẫu thuật 39,8% [7]. NC 49 BN được mổ cho thấy cắt ĐT cấp cứu là 81,6%, tỷ lệ biến chứng là 85,7%, tỷ lệ TV 44,9%. Huyết áp thấp trước mổ là yếu tố tiên lượng TV [8].

+ BN của chúng tôi > 60 T, có TS cao HA và ĐTĐ và táo bón là những yếu tố thuận lợi của IC. Mặt khác BN đã mổ cắt ung thư trực tràng cao (đã thắt ĐM. MTTT) là yếu tố gây thiếu máu ĐT trái.

Về lâm sàng BN có đau bụng, ỉa máu đen-đỏ, sond dạ dày dịch đỏ, khám bụng có phản ứng (hoại tử ruột) SA và CLVT các quai ruột giãn, nhiều dịch OORB.

Tổn thương trong mổ là toàn bộ ĐT trái và phải thành dày, phù nề, thiếu dưỡng, nhiều chấm hoại tử, niêm mạc hoại tử đen, dịch rất hôi. Sau mổ BN sốc nhiễm trùng nhiễm độc ure và creatinin tăng cao, bilirubin máu tăng cao (suy đa tạng) BN được HSTC, lọc máu tuy nhiên suy thận không cải thiện, phải lọc máu chu kỳ.

Về mặt chẩn đoán và xử trí BN này được chẩn đoán muộn. Các dấu hiệu về chẩn đoán hình ảnh như SA, chụp CLVT chỉ thấy dịch ổ bụng và các quai ĐT giãn nhưng không thấy dấu hiệu giảm tưới máu ruột. Không thấy bóng khí thành ruột hay khí trong tĩnh mạch cửa. Chụp bụng không chuẩn bị cho thấy có liệt ruột cơ năng, quai ĐT giãn, có mức nước hơi. BN không đủ điều kiện soi ĐT, được mổ khi sốc NTND, hoại tử ruột và có viêm phúc mạc bởi vậy tiến triển rất nặng và suy thận mạn (không hồi phục).

V. KẾT LUẬN

Viêm đại tràng thiếu máu, hoại tử là bệnh lý chiếm tỷ lệ 50-60% thiếu máu đường tiêu hóa thường gặp ở đại tràng trái > đại tràng phải với 3 dạng tổn thương chủ yếu là hoại tử ĐT, dày thành ĐT và hẹp lòng đại tràng, các triệu chứng chủ yếu là đau bụng không rõ, ỉa máu. Chụp CLVT (CTA) hay chụp mạch (Angiography) cho kết quả không rõ ràng. Bệnh thường kèm các yếu tố nguy cơ như ĐTD, Cao huyết áp, rối loạn mỡ máu, bệnh lý phình ĐMC, các bệnh lý mạch máu ngoại vi, táo bón, dùng các loại thuốc digoxin, aspirin hay thuốc phiện... Nội soi ĐT chỉ định khi không có dấu hiệu hoại tử ruột. Điều trị nội khoa 80,3%. Mổ cắt ĐT cấp cứu có tỷ lệ TV 39,8% được chỉ định khi hoại tử ruột. CD mổ tương đối khi có hẹp ĐT với biểu hiện lâm sàng rõ hoặc

điều trị nội không cải thiện. Huyết áp thấp trước mổ là yếu tố có tiên lượng nặng với tỷ lệ TV cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Marston A, Pheils MT, Thomas M L, Morson BC.** Ischaemic colitis. Gut. 1966;7(1):1-15.
2. **Menke J.** Diagnostic accuracy of multidetector CT in acute mesenteric ischemic ischemia: systematic review and meta analysis. Radiology 2010; 256: 93-101.
3. **Hreinnsson JP, Gumundsson S, Kalaizakis E, Bjornsson E.S.** Lower gastrointestinal bleeding: Incidence, etiology and outcome in a population based setting. Eur. J Gastroenterol Hepatol. 2013; 25 (1): 37-43.
4. **Cubiella Fernandez et al.** Risk factors associated with the development of ischemic colitis. World J Gastroenterol. 2010; 16 (36): 4564-4569.
5. **Zou X, Cao J, Yao Y, Lui W, Chen L.** Endoscopic findings and clinicopathologic characteristic of ischemic colitis: a report of 85 cases. Dig Dis Sci. 2009; 54(9): 2009-2015.
6. **Beppu K, Osada T, Nagahara A et al.** Relationship between endoscopic findings and clinical severity in ischemic colitis. Intern Med. 2011; 50(20): 2263-2267.
7. **O'Neil S, Yalamarthi S.** Systematic review of the management of ischemic colitis. Colorectal Dis. 2012; 14 (11): 751-763.
8. **Ryoo S B, Oh H,K, Moon SH, Choe Ek, Park KJ.** The outcomes and pronostic factors of surgical treatment for ischemic colitis: what can we do for better outcome? Hepatogastroenterology. 2014; 61 (130): 336-342.

KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG MIỆNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA Ở NAM GIỚI

Lê Thế Đường¹, Ngô Quốc Duy^{1,2}, Trần Đức Toàn¹,
Ngô Xuân Quý¹, Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ung thư tuyến giáp ở nam giới có một số điểm khác biệt so với nữ giới như kích thước u lớn hơn, tỷ lệ di căn hạch cao hơn. Các đặc điểm này ảnh hưởng đến chỉ định cũng như kết quả điều trị. Gần đây, phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua tiền đình miệng (TOETVA) ngày càng được áp dụng phổ biến trên thế giới, đặc biệt có nhiều ưu điểm trong phẫu thuật ung thư. Tuy nhiên hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp này trên đối

tượng nam giới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 32 bệnh nhân nam giới được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hóa được phẫu thuật nội soi bằng phương pháp TOETVA tại Bệnh viện K từ tháng 12/2018 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $25,6 \pm 5,7$ (16-35 tuổi). Kích thước u trung bình là $9,0 \pm 3,4$ mm (4-18 mm). Có 29 BN cắt một thùy, eo tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm với thời gian mổ trung bình là $92,6 \pm 3,4$ phút. Chỉ có 3 BN cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm với thời gian mổ trung bình là $130,4 \pm 2,3$ phút. Tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm sau mổ là 53,1%. Các biến chứng ít gặp và đa số là tạm thời, hồi phục sau 3 tháng. Thời gian hậu phẫu trung bình là $4,2 \pm 1,3$ (2-9 ngày). Tất cả bệnh nhân đều có mức độ đau nhẹ sau mổ và 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 trên đối tượng bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa ở nam giới.

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thế Đường

Email: leduong.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024