

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

Từ khoá: Toetva, phẫu thuật nội soi, nam giới, ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

SUMMARY

EVALUATE THE SURGICAL RESULTS OF TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY (TOETVA) TREATED DIFFERENTIATED THYROID CANCER IN MALES

Objects: Thyroid cancer in males exhibits some differences compared to females, such as larger tumor size and higher rates of lymph node metastasis. These characteristics impact both diagnosis and treatment outcomes. Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach (TOETVA) has gained popularity worldwide, offering several advantages in cancer surgery. However, there is currently no research assessing the effectiveness of this method in male patients. **Patients and Methods:** The study included 32 male patients diagnosed with differentiated thyroid cancer who underwent endoscopic surgery using the TOETVA method at Vietnam National Cancer Hospital from December 2018 to December 2023. **Results:** The average age was 25.6 ± 5.7 years (16 - 35 years). The average tumor size was 9.0 ± 3.4 mm (4 - 18 mm). 29 patients had single thyroid lobe removed along with the isthmus and central neck dissection with an average surgery time of 92.6 ± 3.4 minutes. Only 3 patients had total thyroidectomy and central cervical lymph node dissection with an average surgery time of 130.4 ± 2.3 minutes. The rate of central neck lymph node metastasis after surgery is 53.1%. Complications were rare, mostly temporary, and resolved within 3 months. The average postoperative recovery time was 4.2 ± 1.3 days (2 - 9 days). All patients experienced mild postoperative pain and were satisfied with the aesthetic results. **Conclusion:** TOETVA is a safe and effective method that achieves optimal aesthetic results in male patients with differentiated thyroid cancer.

Keywords: TOETVA, endoscopic surgery, males, differentiated thyroid cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là bệnh lý ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết. Năm 2020, GLOBOCAN công bố 586.202 ca mắc mới và UTTG đứng thứ 9 trong các bệnh ung thư nói chung. Việt Nam nằm trong số các nước có tỷ lệ mắc UTTG cao, đứng hàng thứ 10 với 5471 ca mắc mới mỗi năm [1].

Ung thư tuyến giáp ít gặp ở nam giới so với nữ giới. Các số liệu cho thấy nữ giới có tỷ lệ mắc UTTG cao hơn khoảng 2-5 lần so với nam giới. Trong các nghiên cứu lâm sàng, bệnh nhân nam giới có kích thước u lớn hơn tại thời điểm chẩn đoán, tỷ lệ u phá vỏ cao hơn và thường có di căn hạch nhiều hơn so với nữ giới. Các đặc điểm này có thể ảnh hưởng đến chỉ định cũng như kết quả phẫu thuật trên bệnh nhân nam giới [2], [3].

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 phổ biến trên thế giới. 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, có thể vét được hạch cổ trung tâm và đặc biệt đạt kết quả thẩm mỹ cao nhất (hoàn toàn không có sẹo mổ) [4]. Năm 2016, tác giả Anuwong đã báo cáo kết quả phẫu thuật qua 60 bệnh nhân đầu tiên được tiến hành bằng phương pháp này và ngày nay đã được áp dụng trên một số nước trên thế giới [5].

Tại Việt Nam, hiện đã có nhiều trung tâm thực hiện thường quy kỹ thuật này đối với bệnh nhân UTTG, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào trên đối tượng nam giới, và liệu kỹ thuật này có thực sự an toàn và hiệu quả trên đối tượng này hay không? Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá tính khả thi của phương pháp TOETVA trên nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa ở nam giới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng 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.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân nam giới được chẩn đoán xác định UTTG thể biệt hóa giai đoạn sớm (u dưới 2 cm) chưa có di căn xa

- Bệnh nhân có mong muốn đạt kết quả thẩm mỹ tối ưu và được phẫu thuật bằng phương pháp TOETVA

- Kích thước tuyến giáp < 10 cm

- Thể tích tuyến giáp < 45 mm³

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

- U giáp tái phát

- Áp xe khoang miệng

- Ung thư loại kém biệt hoá, hoặc thể tuỷ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành tại khoa Ngoại đầu cổ, Bệnh viện K. Thời gian từ tháng 12/2018 đến tháng 12/2023.

- Cỡ mẫu thuận tiện. Các bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu, các thông tin được thu thập gồm tuổi, kích thước u trên siêu âm, tế bào học, phương pháp phẫu thuật, thời gian

phẫu thuật, giải phẫu bệnh sau mổ, số hạch vét được, số hạch di căn và các biến chứng trong, sau phẫu thuật. Bệnh nhân được theo dõi hậu phẫu tối thiểu 48h, ghi nhận vào hồ sơ bệnh án các thông tin lâm sàng, mức độ đau của bệnh nhân được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp thang điểm VAS (0-10 điểm).

- Quy trình phẫu thuật TOETVA tương tự như quy trình được mô tả trong các nghiên cứu trước đây của chúng tôi [6].

- **Xử lý số liệu** bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê y học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua tiến hành phẫu thuật 32 bệnh nhân nam giới ung thư tuyến giáp thể biệt hóa bằng phương pháp TOETVA tại Bệnh viện K từ tháng 12/2018 đến tháng 12/2023. Chúng tôi rút ra một số kết quả như sau:

Đặc điểm nhóm bệnh nhân

Đặc điểm	Kết quả	Tỷ lệ (%)
Tuổi bệnh nhân (tuổi)	25,6 ± 5,7	(16 – 35)
Vị trí u (n)		
Thùy phải	19	59,4%
Thùy trái	12	37,5%
Eo giáp	1	3,1%
Kích thước u (mm)	9,0 ± 3,4 mm	(4-18 mm)
Giải phẫu bệnh (n)		
Ung thư tuyến giáp thể nhú	29	90,6%
Ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể nang	3	9,4%
Phương pháp phẫu thuật (n)		
Cắt thùy, eo và vét hạch nhóm 6	29	90,6%
Cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch nhóm 6	3	9,4%
Giai đoạn sau phẫu thuật		
pT1a	22	68,8%
pT1b	8	25%
pT3b	2	6,2%
pN0	15	43,7%
pN1a	17	53,1%
Số lượng hạch vét được TB	5,7 ± 2,4	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 25,6 ± 5,7 (16-35 tuổi). Kích thước u trung bình là 9,0 ± 3,4 mm (4-18 mm). Các bệnh nhân chủ yếu được cắt 1 thùy, eo và vét hạch cổ trung tâm (chiếm tỷ lệ 90,6%), có 3 trường hợp bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm (1 trường hợp u eo giáp và 2 trường hợp u phá vỡ xâm lấn cơ trước giáp). Tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm là 53,1%, số lượng hạch trung tâm vét được trung bình là 5,7 ± 2,4 hạch.

Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian phẫu thuật TB ± SD (phút)	
Cắt thùy, eo và vét hạch nhóm 6	92,6 ± 3,4
Cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch nhóm 6	130,4 ± 2,3
Biến chứng (n, %)	
Chảy máu	0
Chuyển mổ mở	0
Khàn tiếng tạm thời	3 (9,4%)
Khàn tiếng vĩnh viễn	0
Hạ canxi tạm thời	0
Hạ canxi vĩnh viễn	0
Tê bì cảm, môi dưới tạm thời (< 3 tháng)	7 (21,9%)
Tê bì cảm, môi dưới vĩnh viễn (> 3 tháng)	0
Thủng khí quản	0
Nhiễm trùng	0
Tụ dịch	1 (3,1%)

Nhận xét: Có 29 BN cắt một thùy, eo tuyến giáp và vét hạch nhóm 6 với thời gian mổ trung bình là 92,6 ± 3,4 phút. Chỉ có 3 BN cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch nhóm 6 với thời gian mổ trung bình là 130,4 ± 2,3 phút. Các biến chứng ít gặp và đa số là tạm thời, hồi phục sau 3 tháng.

Đánh giá hậu phẫu

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian hậu phẫu TB±SD (ngày)	4,2 ± 1,3
Mức độ đau sau mổ	VAS (TB ± SD)
Ngày 1	3,2 ± 1,5
Ngày 2	2,6 ± 1,7
Ngày 3	1,9 ± 1,2

Nhận xét: Thời gian hậu phẫu trung bình là 4,2 ± 1,3 ngày, với trường hợp ra viện sớm nhất là 2 ngày và muộn nhất là 9 ngày (trường hợp tụ dịch sau mổ cắt toàn bộ tuyến giáp). Mức độ đau sau mổ đánh giá theo thang điểm VAS ngày thứ 1,2,3 sau mổ lần lượt là 3,2 ± 1,5; 2,6 ± 1,7; 1,9 ± 1,2.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhóm bệnh nhân. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu gồm 32 bệnh nhân nam với độ tuổi trung bình là 25,6 ± 5,7. So với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trẻ hơn. Hầu hết các nghiên cứu đều báo cáo độ tuổi trung bình khoảng 32 - 37 tuổi và đa số bệnh nhân là nữ giới [7], [8], [9]. Điều này có thể là do nhu cầu thẩm mỹ ở độ tuổi trung niên

của bệnh nhân nữ giới cao hơn so với bệnh nhân nam giới.

Trong số 32 bệnh nhân ung thư tuyến giáp, kích thước u giáp trung bình là $9,0 \pm 3,4$ mm. Các bệnh nhân đều được chẩn đoán trước mổ bằng chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, và tất cả các bệnh nhân đều không có biểu hiện hạch cổ nghi ngờ di căn khi khám lâm sàng và siêu âm (cN0). Đánh giá kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, 29 bệnh nhân (90,6%) thuộc nhóm ung thư biểu mô nhú type thông thường, có 3 bệnh nhân thuộc type biến thể nang và không có bệnh nhân nào ung thư tuyến giáp thể nang. 29 bệnh nhân (90,6%) được phẫu thuật cắt 1 thùy và vét hạch cổ trung tâm, chỉ có 3 bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trong tâm (trong đó có 2 trường hợp u phá vỡ xâm lấn cơ trước giáp và 1 trường hợp ung thư eo tuyến giáp). Điều này là do hầu hết bệnh nhân của chúng tôi thuộc giai đoạn sớm, 30/32 bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn pT1 sau phẫu thuật. Trong thời gian đầu triển khai, chúng tôi chủ yếu áp dụng kỹ thuật này cho bệnh nhân ung thư tuyến giáp giai đoạn cT1N0M0. Tuy nhiên, sau khi triển khai kỹ thuật này trên số lượng lớn bệnh nhân nữ, chúng tôi nhận thấy kỹ thuật này an toàn trên các khối u có phá vỡ xâm lấn cơ trước giáp (cT3b). Nhận định này cũng đã được nhiều nghiên cứu trên thế giới báo cáo [7], [8].

Kết quả phẫu thuật. Thời gian cắt một thùy, eo giáp và vét hạch nhóm 6 cùng bên trung bình là $92,6 \pm 3,4$ phút và thời gian cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch nhóm 6 hai bên trung bình là $130,4 \pm 2,3$ phút. Theo Wang và cộng sự, khi tiến hành nghiên cứu trên 1151 bệnh nhân qua phân tích gộp 5 nghiên cứu của Anuwong (432 bệnh nhân), Bian (60 bệnh nhân), Perez (40 bệnh nhân), Wang (160 bệnh nhân), Sun (389 bệnh nhân) và Kasemsiri (70 bệnh nhân), có 478 bệnh nhân được phẫu thuật TOETVA và 673 bệnh nhân được mổ mở truyền thống [9]. Kết quả cho thấy thời gian phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật TOETVA cao hơn so với nhóm bệnh nhân được mổ mở truyền thống. Kết quả này có thể dễ dàng giải thích là do phẫu thuật viên cần 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. Tuy nhiên, khi so sánh với các nghiên cứu được thực hiện trên cả 2 giới (trong đó chủ yếu là bệnh nhân nữ), thời gian mổ của chúng tôi có xu hướng dài hơn. Nguyên nhân có thể do vị trí sụn giáp của nam giới thường to hơn và nhô ra phía

trước hơn so với nữ giới. Đặc điểm giải phẫu này khiến kỹ thuật TOETVA khó thực hiện hơn trên bệnh nhân nam do dễ bị xung đột dụng cụ.

Số lượng hạch cổ trung tâm vét được trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $5,7 \pm 2,4$ hạch. Nghiên cứu của Wang và cộng sự (2020) trên 160 bệnh nhân ung thư tuyến giáp (80 bệnh nhân được mổ mở và 80 bệnh nhân được phẫu thuật TOETVA) báo cáo số lượng hạch nhóm 6 vét được giữa 2 nhóm không có sự khác biệt [10]. Tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm sau phẫu thuật chiếm 53,1%, mặc dù tất cả bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu không phát hiện di căn hạch trước phẫu thuật. Khi so sánh với các nghiên cứu được thực hiện trên cả 2 giới (trong đó chủ yếu là bệnh nhân nữ), tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Theo nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu và cộng sự trên 346 bệnh nhân (96% bệnh nhân nữ), tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm chiếm 39,9%. Các nghiên cứu về mổ mở trên bệnh nhân nam giới cũng cho kết quả tương tự: tỷ lệ di căn hạch cổ của nam giới thường cao hơn nữ giới. Tuy nhiên, giới tính không phải là yếu tố tiên lượng độc lập đối với sự tái phát của khối u [2], [3].

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 3 bệnh nhân khàn tiếng tạm thời sau mổ và không có bệnh nhân nào khàn tiếng vĩnh viễn. Ngoài ra, không có bệnh nhân nào hạ canxi tạm thời và vĩnh viễn. Điều này có thể là do trong số 32 bệnh nhân của chúng tôi, chỉ có 3 bệnh nhân cắt tuyến giáp toàn bộ và chưa có bệnh nhân nào hạ canxi tạm thời. Theo nghiên cứu phân tích gộp trên 1151 bệnh nhân của Wang và cộng sự (2021), tỷ lệ khàn tiếng tạm thời, khàn tiếng vĩnh viễn, hạ canxi tạm thời, hạ canxi vĩnh viễn, chảy máu sau mổ không khác nhau giữa hai nhóm TOETVA và mổ mở [9].

Một biến chứng của TOETVA khác so với mổ mở là 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 7 bệnh nhân (21,9%), tất cả bệnh nhân đều hồi phục hoàn toàn sau 1 tháng. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân tụ dịch sau cắt toàn bộ tuyến giáp. Bệnh nhân này sau đã được hút dịch và điều trị nội khoa ổn định. Trong phân tích gộp, không có sự khác biệt giữa tình trạng nhiễm trùng sau mổ giữa hai

nhóm TOETVA và mổ mở. Nguyên nhân có thể là do nhóm TOETVA đã được sử dụng kháng sinh dự phòng và được sát khuẩn khoang miệng sạch sẽ trước, trong và sau mổ. Russell và cộng sự đã tiến hành TOETVA trên 200 bệnh nhân ở Mỹ (2020), kết quả là 2,5% bệnh nhân có tình trạng tê bì ở cằm và môi dưới kéo dài trên 3 tháng [4]. Phân tích gộp trên 1151 bệnh nhân của Wang và cộng sự cũng cho kết quả tương tự: tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thần kinh cằm vĩnh viễn dưới 1% [9]. Như vậy, TOETVA là phương pháp mới tương đối an toàn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian hậu phẫu trung bình là $4,2 \pm 1,3$ ngày với trường hợp ra viện sớm nhất là 2 ngày và muộn nhất là 9 ngày (bệnh nhân bị tụ dịch). Mức độ đau sau mổ được đánh giá theo thang điểm VAS vào ngày thứ 1, 2, 3 sau mổ. Kết quả cho thấy hầu hết bệnh nhân đau mức độ vừa phải trong ngày đầu tiên và gần như bình thường hoặc đau nhẹ từ ngày thứ 2 sau mổ. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Tất cả 32 bệnh nhân của chúng tôi đều hài lòng về kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật. Đây là một ưu điểm vượt trội của phương pháp TOETVA.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng điều trị ung thư tuyến giáp trên đối tượng nam giới là một phương pháp an toàn, hiệu quả, đạt kết quả thẩm mỹ tối ưu. Tuy nhiên cần có thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá về kết quả ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., et al. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 71(3), 209–249.
2. Gajowiec A., Chromik A., Furga K., et al. (2021). Is Male Sex A Prognostic Factor in Papillary Thyroid Cancer?. *J Clin Med*, 10(11), 2438.
3. Kim M.J., Lee S.G., Kim K., et al. (2019). Current trends in the features of male thyroid cancer: Retrospective evaluation of their prognostic value. *Medicine (Baltimore)*, 98(19), e15559.
4. Russell J.O., Sahli Z.T., Shaear M., et al. (2020). Transoral thyroid and parathyroid surgery via the vestibular approach—a 2020 update. *Gland Surg*, 9(2), 409–416.
5. Anuwong A. (2016). Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. *World J Surg*, 40(3), 491–497.
6. Le Q.V., Ngo D.Q., Tran T.D., et al. (2020). Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: An Initial Experience in Vietnam. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 30(3), 209–213.
7. Anuwong A., Ketwong K., Jitpratoom P., et al. (2018). Safety and Outcomes of the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. *JAMA Surg*, 153(1), 21–27.
8. Nguyen H.X., Nguyen H.X., Nguyen T.T.P., et al. (2022). Transoral endoscopic thyroidectomy by vestibular approach in Viet Nam: surgical outcomes and long-term follow-up. *Surg Endosc*, 36(6), 4248–4254.
9. Wang Y., Zhou S., Liu X., et al. (2021). Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach vs conventional open thyroidectomy: Meta-analysis. *Head Neck*, 43(1), 345–353.
10. Wang T., Wu Y., Xie Q., et al. (2020). Safety of central compartment neck dissection for transoral endoscopic thyroid surgery in papillary thyroid carcinoma. *Jpn J Clin Oncol*, 50(4), 387–391.

VỊ TRÍ LỖ VÀO VÀ PHẪU THUẬT LÓC ĐỘNG MẠCH CHỦ LOẠI A CẤP TÍNH: KINH NGHIỆM TỪ MỘT TRUNG TÂM

Hoàng Thế Anh¹, Vũ Đức Thắng¹, Phùng Duy Hồng Sơn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vị trí lỗ vào không chỉ ảnh hưởng tới tiên lượng mà còn liên quan tới chiến thuật điều trị lóc động mạch chủ. Tuy nhiên, mối quan hệ giữa vị trí lỗ vào và kết quả phẫu thuật lóc động mạch chủ loại A

cấp tính vẫn chưa được làm rõ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành hồi cứu tất cả các bệnh nhân lóc động mạch chủ loại A cấp tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn 2021-2022. **Kết quả:** Trong 89 bệnh nhân, nhóm có lỗ vào tại động mạch chủ lên có tỷ lệ cao nhất, với 43,8%; hai nhóm còn lại có tỷ lệ khá tương đương. Nhóm không xác định lỗ vào có tỷ lệ huyết khối lòng giả cao nhất. Vị trí lỗ vào quyết định tới phạm vi can thiệp phẫu thuật, trong đó đa số bệnh nhân có lỗ vào tại quai được phẫu thuật thận trọng bán quai hoặc toàn bộ quai động mạch chủ. Sau phẫu thuật, tỷ lệ tử vong sớm và tỷ lệ phẫu thuật lại sớm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu lần lượt là 11,2% và 5,6%; trong đó nguyên nhân tử vong sớm hay gặp nhất là

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thế Anh

Email: hoangtheanhngoaitimmach@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024