

bệnh viện và dự phòng có sự khác biệt dẫn đến sự khác nhau về một số kiến thức của CBYT giữa 2 khối. Các phát hiện này cần được bổ sung khi xây dựng các nội dung truyền thông về COVID-19 cho CBYT tại Việt Nam nói chung và Hà Nội nói riêng.

KẾT LUẬN

Cán bộ y tế tại Hà Nội đa số có kiến thức tốt về phòng chống dịch COVID-19. Tuy nhiên cũng có một số kiến thức cần bổ sung bao gồm COVID-19 có thể lây truyền từ không khí, phòng bệnh cần được thông thoáng, có hệ thống máy lọc không khí hoặc đèn cực tím để khử trùng, nhân viên y tế nên cách li với gia đình trong mùa dịch COVID-19.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lai C-C, Shih T-P, Ko W-C, Tang H-J, Hsueh P-R. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus

disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *Int J Antimicrob Agents*. 2020;55(3).

2. Sun P, Lu X, Xu C, Sun W, Pan B. Understanding of COVID-19 based on current evidence. *Journal of Medical Virology*. 2020;92(6):548 - 551.

3. Jiang F, Deng L, Zhang L, Cai Y, Cheung CW, Xia Z. Review of the Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *J GEN INTERN MED*. 2020;35(5):1545 - 1549.

4. Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019 | NEJM.

5. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int>.

6. Olum R, Chekwech G, Wekha G, Nassozi DR, Bongomin F. Coronavirus Disease-2019: Knowledge, Attitude, and Practices of Health Care Workers at Makerere University Teaching Hospitals, Uganda. *Frontiers in Public Health*. 2020; 8:181.

TỔNG QUAN VỀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI UNG THƯ TUYẾN GIÁP QUA ĐƯỜNG MIỆNG

NGUYỄN THỊ VÂN BÌNH¹, NGUYỄN QUANG TRUNG²

¹Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc

²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng quan kết quả phẫu thuật nội soi (PTNS) đường miệng ở bệnh nhân (BN) ung thư tuyến giáp để đánh giá tính khả thi, hiệu quả và an toàn về mặt ung thư học của phẫu thuật.

Phương pháp: Nghiên cứu này dựa trên 5 cơ sở dữ liệu được tìm kiếm cho đến ngày 31 tháng 3 năm 2021: PubMed, Springer link, Laryngoscope. Tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu là những nghiên cứu được tiến hành trên bệnh nhân ung thư tuyến giáp được PTNS cắt tuyến giáp qua đường miệng.

Kết quả: Có ba nghiên cứu được đưa vào nghiên cứu tổng quan này với 180 BN. Tuổi trung bình 43 - 50,8 tuổi. 129 BN cắt thùy, 4 BN cắt eo và 47 BN cắt toàn bộ tuyến giáp. Thời gian cắt eo tuyến giáp là ngắn nhất $90,0 \pm 9,2$ phút, thời gian cắt thùy, toàn bộ tuyến giáp dài hơn và càng nghiên cứu sau thời gian phẫu thuật càng ngắn. Thời gian nằm viện sau mổ từ 3,6 - 4,7 ngày, không có BN chuyển mổ mở.

Biến chứng sau mổ: 10 BN bị liệt dây thanh tạm thời và 1 BN trong số đó không phục hồi sau 3 tháng. 1 BN hạ canxi máu tạm thời, không có BN hạ canxi máu vĩnh viễn. Suy cận giáp thoáng qua 5 BN và vĩnh viễn 2 BN; tràn khí dưới da 4 BN; tụ dịch 3 BN, tụ máu 1 BN, hội chứng Horner 1 BN, không có BN bị tổn thương nhánh TK bờ hàm dưới, khí quản hay thực quản, không có BN nhiễm trùng. Không có bằng chứng về sự tái phát trong thời gian theo dõi.

Kết luận: PTNS ung thư tuyến giáp qua đường miệng mang lại kết quả thẩm mỹ, tỷ lệ biến chứng phẫu thuật có thể chấp nhận được nhưng chỉ áp dụng với nhóm BN có tiêu chí đã được chấp nhận hiện nay [10]. Tính an toàn về mặt ung thư học cần được nghiên cứu thêm.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp, phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng.

SUMMARY

Purpose: In this study, we conducted a systematic review to investigate the safety and effectiveness of TOET in the treatment of papillary thyroid carcinoma (PTC) patients.

Methods: A systematic search was conducted using the PubMed, Springer link, Laryngoscope databases up to 31 March 2021.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Vân Bình

Email: vanbinh2910@gmail.com

Ngày nhận: 04/8/2021

Ngày phân biện: 06/9/2021

Ngày duyệt bài: 15/9/2021

Results: Three studies including 180 patients were ultimately included in the systematic review. The mean age was 43.3 – 50.8 years. 129 patients were lobectomy, 4 patients were isthmusectomy and 47 patients were total thyroidectomy. The operation time for isthmusectomy was the shortest 90.0 ± 9.2 min; The operation time for lobectomy and total thyroidectomy were longer and the more studied after were the shorter time. Postoperative hospital stay was from 3.6 to 4.7 days, no patient switched open surgery. Complications after surgery: transient vocal cord palsy occurred in 10 patients, Permanent vocal cord palsy was observed in 1 patients, 1 patient with transient hypocalcemia after surgery and improved after 1 month, no patient with permanent hypocalcemia. 5 patients experienced transient hypoparathyroidism and 2 patients developed permanent hypocalcemia, 4 patients had subcutaneous emphysema, 3 patients had Seroma, 1 patients had hematoma 1 patient, 1 patient had Horner syndrome. None of the patients developed mental nerve injury, Tracheal injury, Esophageal injury or surgical site infection.

Conclusions: TOET is feasible in selected thyroid cancer patients, not only because it is cosmetically advantageous but also because it is oncologically safe.

Keywords: Thyroidectomy, thyroid cancer, Transoral endoscopic thyroid surgery.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) là bệnh lý ác tính phổ biến nhất của hệ nội tiết và phát triển nhanh nhất trên thế giới nên việc điều trị cũng phát triển nhanh chóng theo trong những thập kỷ qua [1]. Phẫu thuật cắt bỏ là tiêu chuẩn vàng để điều trị an toàn và hiệu quả đối với UTTĐ nhưng không thể tránh khỏi có một vết sẹo rạch ở vùng cổ trước dưới. Vết sẹo dẫn đến khiếm khuyết về mặt thẩm mỹ. Trong khi, về mặt dịch tễ học thì UTTĐ lại gặp chủ yếu ở nữ giới - đối tượng chú trọng nhiều tới vấn đề thẩm mỹ. Do đó, các phương pháp phẫu thuật tuyến giáp khác nhau đã được phát triển để làm giảm hoặc che giấu vết sẹo. Hai phương pháp phẫu thuật được phát triển gần đây là phương pháp nội soi / robot theo đường ngực hai bên hoặc đường nách với đường rạch da ở nếp gấp nách và / hoặc quầng vú [2,3]. Tuy nhiên, các phương pháp phẫu thuật này để lại sẹo đáng kể và cần phải bóc tách vạt da rộng mới tiếp cận được tuyến giáp. Do đó, một khái niệm mới trong lĩnh vực phẫu thuật là PTNS qua đường lỗ tự nhiên - đường miệng ra đời. Vết rạch ở niêm mạc được che giấu hoàn toàn khỏi tầm nhìn và chữa lành mà không để lại sẹo. Năm 2008, lần đầu tiên

phương pháp PTNS tuyến giáp đã được thực hiện thành công qua sàn miệng trên lợn sống ở Đức [4] và sau đó đã được áp dụng ở BN [5,6]. Biến chứng nghiêm trọng nhất liên quan đến PTNS đường miệng là tổn thương dây thần kinh bờ hàm dưới do mô sàn miệng bị bóc tách quá nhiều. Năm 2016, Anuwong [7] đã báo cáo loạt trường hợp lớn đầu tiên (60 BN) PTNS cắt tuyến giáp qua đường miệng. Trong báo cáo này không có BN nào bị nhiễm trùng vết mổ hoặc chấn thương thần kinh. Điều này làm giảm bớt lo ngại về PTNS tuyến giáp đường miệng. Sau loạt ca bệnh lớn này, nhiều bác sĩ phẫu thuật trên thế giới bắt đầu sử dụng phương pháp PTNS đường miệng để cắt tuyến giáp tại các trung tâm của họ. Đây là một kỹ thuật phẫu thuật đầy hứa hẹn với mức độ xâm lấn tối thiểu vì không để lại sẹo trên bất kỳ bộ phận nào của cơ thể và diện tích bóc tách vạt tương tự như phẫu thuật mở. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu PTNS qua đường miệng được thực hiện với các nhân giáp lành tính hoặc một số ít các trường hợp ung thư tuyến giáp. Các báo cáo về phương pháp này ở BN ung thư tuyến giáp rất khan hiếm. Do vậy, với nghiên cứu này chúng tôi muốn tổng quan lại các báo cáo ban đầu về PTNS đường miệng ở BN ung thư tuyến giáp với mục tiêu đánh giá kết quả PTNS ung thư tuyến giáp qua đường miệng.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu

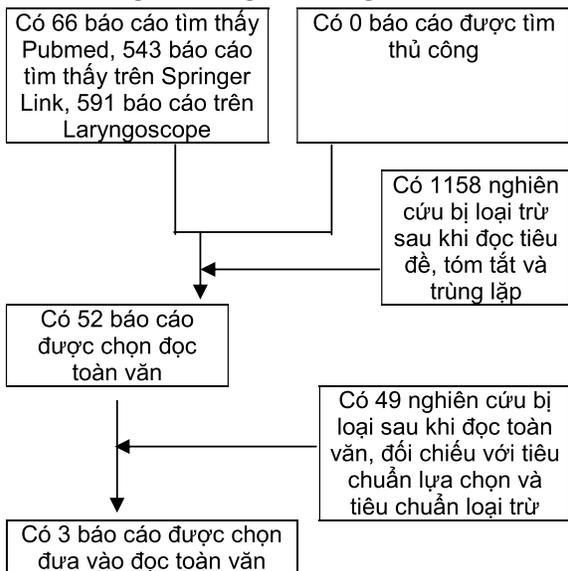
Nghiên cứu tổng quan dựa trên cơ sở dữ liệu đã được tìm kiếm cho đến ngày 31 tháng 3 năm 2021: PubMed, Springer link, Laryngoscope. Các từ khóa được sử dụng cho chiến lược tìm kiếm bao gồm “thyroid”, “carcinoma” “cancer” “endoscopic”, “thyroidectomy” “transoral”.

2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu là các nghiên cứu mà đối tượng nghiên cứu là BN ung thư tuyến giáp đã trải qua PTNS cắt tuyến giáp qua đường miệng. Kết quả bao gồm những đặc điểm lâm sàng về giới tính, tuổi, phương pháp phẫu thuật, kết quả chọc hút kim nhỏ (FNAC) trước mổ, mất máu, thời gian phẫu thuật, tỷ lệ chuyển mổ mở, tỷ lệ biến chứng liên quan đến quy trình (tổn thương dây thần kinh thanh quản ngược, tuyến cận giáp, dây thần kinh bờ hàm dưới), thời gian xuất viện. Lựa chọn các nghiên cứu xuất bản bằng tiếng Anh từ năm 2000 - 2020, đọc được toàn văn, đăng trên các tạp chí uy tín quốc tế. Tiêu chuẩn loại trừ nghiên cứu: các nghiên cứu định tính, tóm tắt, bài xã

lược, kỹ yếu hội nghị và các đánh giá có hệ thống cũng bị loại trừ.

Sau khi loại trừ tất cả các bản sao, các nghiên cứu được xem xét các tiêu đề và phần tóm tắt để quyết định xem nên lựa chọn hay loại trừ nghiên cứu. Số lượng các nghiên cứu được lựa chọn và loại trừ ở mỗi giai đoạn của quá trình đánh giá được ghi lại bằng sơ đồ PRISMA.



Hình 1. Kết quả tìm kiếm và chọn lọc tài liệu

KẾT QUẢ

Có 3 nghiên cứu được đưa vào trong nghiên cứu tổng quan này. Các BN ung thư tuyến giáp được xem xét kỹ lưỡng trước khi được chỉ định: khối u được xác định hoặc nghi ngờ là ung thư biểu mô nhú hoặc ung thư dạng nang bằng chọc hút kim nhỏ trước phẫu thuật, kích thước ≤ 1 cm hoặc < 2 cm, khu trú trong tuyến, không có bằng chứng lâm sàng về di căn hạch cổ, không có tiền sử phẫu thuật vùng cổ^[8,10]. BN đủ điều kiện được tư vấn chi tiết về ưu nhược điểm của PTNS cắt tuyến giáp theo đường miệng trước khi lựa chọn. BN được phẫu thuật cắt thùy tuyến, eo tuyến hoặc toàn bộ tuyến. Những trường hợp nghi ngờ xâm lấn vỏ hoặc di căn hạch trên chẩn đoán hình ảnh trước mổ không được chỉ định^[1,8].

Các kết quả

Trong 3 nghiên cứu, có tổng số 180 BN thì 174 BN là nữ chiếm 96,7%. Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu của tác giả Chai và Ahn et Yi là 43 tuổi và cao hơn là 50,8 tuổi trong nghiên cứu của Yi et al. Trong 180 BN thì 129 BN được cắt thùy tuyến giáp, 4 BN cắt eo và 47 BN cắt toàn bộ tuyến giáp. Nghiên cứu của tác giả Ahn et Yi và Yi có đưa ra thông số về kết quả FCNA

trước phẫu thuật với 152 BN /170 BN là u nhú hoặc nghi ngờ u nhú chiếm 89,42%. Thời gian phẫu thuật cắt eo tuyến giáp là nhanh nhất $90,0 \pm 9,2$ phút trong khi thời gian này là cao hơn ở cắt thùy và toàn bộ tuyến giáp. Thời gian cắt thùy hoặc toàn bộ tuyến giáp trong nghiên cứu của Ahn et Yi là thấp nhất. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình từ 3,6 - 4,7 ngày. BN cắt toàn bộ tuyến có thời gian nằm viện sau mổ dài hơn BN cắt thùy tuyến giáp^[8]. Không có BN nào phải chuyển mổ mở trong 3 nghiên cứu.

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân được mô tả

Tác giả	Chai et al (n = 10)	Yi et al (n = 20)	Ahn et Yi (n = 150)
Nữ	10	19	145
Nam	0	1	5
Tuổi	43,3 $\pm 11,5$	50,8 $\pm 11,3$	43,06 $\pm 10,90$
FNAC trước PT			
K nhú/ Nghi ngờ	10	19	133
K nang/nghi ngờ	0	1	13
Lành	0	0	4
PT: Cắt thùy	7 (cắt thùy)	12	110
Cắt eo	3	1	0
Cắt toàn bộ	0	7	40
Thời gian PT (min)		152 $\pm 51,4$	110,26 $\pm 35,74$
Cắt bỏ thùy	121,1 \pm 30,7	145,4 $\pm 55,7$	102,12 $\pm 32,59$
Cắt toàn bộ	90,0 \pm 9,2 (eo)	164,3 $\pm 43,5$	132,65 $\pm 34,79$
TG nằm viện (ngày)	3,6 $\pm 1,6$	4,7 $\pm 3,8$	3,64 $\pm 1,71$

PT: phẫu thuật; TG: thời gian

Theo báo cáo giải phẫu bệnh, kích thước trung bình của khối u dao động từ 0,6 đến 0,91 cm (≤ 1 cm); 154 BN / 180 BN chiếm 85,56% là ung thư biểu mô nhú. Số lượng hạch cổ trung tâm được lấy ra trung bình từ 2,7 đến 3,67. Trong nghiên cứu của tác giả Ahn et Yi thấy có 120 BN/150 BN chiếm 80% bị ung thư tuyến giáp có đột biến gen BRAFV600E.

Bảng 2. Các đặc điểm bệnh lý của bệnh nhân được mô tả

Tác giả	Chai et al (n=10)	Yi et al (n = 20)	Ahn et Yi (n = 150)
KT khối u (cm)	0,6 \pm 0,2	0,8 \pm 0,3	0,91 \pm 1,00
K nhú	10	16	128
Khác	0	4	22
Mở rộng ngoài tuyến			
Có	0	8	43
Không	10	12	107
Hạch trung tâm			
Dương tính	0	2	26
Âm tính	10	18	124
SL hạch cổ lấy ra	2,7 \pm 1,7	2,8 \pm 2,6	3,67 \pm 3,05

KT: kích thước; SL: số lượng

Vết rạch trong niêm mạc miệng gần như lành hoàn toàn sau 1 hoặc 2 tuần phẫu thuật, có 10 BN/180 BN bị liệt dây thanh thoáng qua và chỉ có 1 BN trong đó là không phục hồi. 1 BN hạ canxi máu tạm thời sau mổ và cải thiện sau 1 tháng, không có BN nào bị hạ canxi máu vĩnh viễn. Suy cận giáp thoáng qua được ghi nhận ở 5 BN và suy cận giáp vĩnh viễn ghi nhận ở 2 BN trên 150 BN trong nghiên cứu của Ahn et Yi PTH pg/ml máu trong 2 tuần đầu trung bình $20,20 \pm 13,34$, sau 3 tháng trung bình $28,30 \pm 15,02$. Biến chứng sau mổ như tràn khí dưới da có 4 BN; tụ dịch 3 BN, tụ máu 1 BN và có 1 BN có biểu hiện của hội chứng Horner. Không có BN nào bị tổn thương nhánh TK bờ hàm dưới, chấn thương khí quản hay thực quản, không có BN bị nhiễm trùng. Điểm số VAS ngày 1, 2 và 3 sau mổ lần lượt là $3,0 \pm 0,8$, $2,6 \pm 0,9$ và $2,1 \pm 0,8$ trong nghiên cứu Yi et al.

Trong nghiên cứu của tác giả Ahn et Yi có 40 BN/150 BN cắt tuyến giáp toàn bộ và 30 BN/40 BN cắt tuyến giáp toàn bộ điều trị lod phóng xạ sau đó. Tg huyết thanh trung bình trong 3 tháng không có kích thích TSH sau khi cắt bỏ tuyến giáp toàn bộ là $0,12 \pm 0,33$ ng /ml. BN có mức Tg huyết thanh $< 1,0$ ng / ml là 93,3%. Mức Tg huyết thanh trung bình do TSH kích thích trước khi dùng liều lod phóng xạ đầu tiên là $3,38 \pm 10,87$ ng / mL với tỷ lệ BN có Tg kích thích $< 1,0$ ng / mL chiếm 80%. Không có bằng chứng về sinh hóa và bằng chứng phóng xạ về sự tái phát trong thời gian theo dõi.

Bảng 3. Các biến chứng sau mổ của bệnh nhân được mô tả

Tác giả	Chai et al (n=10)	Yi et al (n = 20)	Ahn et Yi (n = 150)
Hạ canxi máu			
Tạm thời	0	1	0
Vĩnh viễn	0	0	0
Suy tuyến cận giáp			
Tạm thời	0	0	5
Vĩnh viễn	0	0	2
Liệt TKTQQN			
Thoáng qua	2	1	7
Vĩnh viễn	0	0	1
TKDD	0	0	4
H/c Horner	0	0	1
Tổn thương nhánh TK bờ hàm dưới	0	0	0
Tụ huyết thanh	0	1	2
Tụ máu	0	0	1
Chảy máu	0	0	0
Nhiễm trùng	0	0	0

THẢO LUẬN

Trong nghiên cứu đầu tiên trên một số lượng lớn bệnh nhân, Anuwong^[11] cũng chỉ có 26 BN có biểu hiện ác tính trên tổng số 425 BN nghiên cứu. Các báo cáo đầu tiên về việc sử dụng PTNS đường miệng trên BN ung thư tuyến giáp cũng thường có cỡ mẫu nhỏ^[8,10] với chỉ định được đặt ra một cách nghiêm ngặt. Với nghiên cứu của tác giả Chai năm 2017 trên 10 BN đối tượng là BN ung thư tuyến giáp thể nhú với khối u nhỏ ≤ 1 cm để phẫu thuật và đảm bảo độ an toàn về ung thư. Đồng thời, tác giả cũng không đưa BN nam vào nghiên cứu của mình vì nam giới có sụn giáp nổi rõ gây cản trở tới việc thao tác dụng cụ. Phẫu thuật áp dụng chọn lọc cắt bỏ tiểu thùy hoặc cắt eo để không gây ra các biến chứng nghiêm trọng như tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược hoặc suy tuyến cận giáp vĩnh viễn. Khi có thêm kinh nghiệm ở nghiên cứu sau, tác giả Yi năm 2018 đã mở rộng chỉ định với khối u < 2 cm và có bao gồm một BN nam, can thiệp thêm cả cắt toàn bộ tuyến giáp với cỡ mẫu 20 BN. Đến nghiên cứu sau, Ahn và Yi năm 2020 thì cỡ mẫu BN nghiên cứu đã tăng lên 150 BN. Theo như kết quả của 3 nghiên cứu trên thì PTNS tuyến giáp theo đường miệng được phụ nữ trẻ tuổi ưa thích hơn cả thể hiện qua tuổi trung bình của BN nữ thấp và tỷ lệ BN nữ cao hơn chiếm 96,7%. Đa phần kết quả FCNA trước phẫu thuật là ung thư biểu mô nhú chiếm 89,42% phù hợp với tỷ lệ ung thư nhú theo dịch tễ nghiên cứu^[1]. Thời gian phẫu thuật chỉ ra trong nghiên cứu là dài hơn và lượng máu mất là nhiều hơn so với phẫu thuật mở tuyến giáp thông thường^[11]. Với thời gian phẫu thuật dài hơn có thể làm tăng chi phí và thời gian gây mê. Để làm giảm thời gian phẫu thuật, việc tiêm và bóc tách vạt da tạo không gian phẫu thuật là rất quan trọng. Việc bóc tách vạt da có thể phức tạp và chảy máu từ vạt hoặc tĩnh mạch cảnh trước làm kéo dài đáng kể thời gian phẫu thuật. Đồng thời, vấn đề tranh chấp dụng cụ trong mổ giữa camera và dụng cụ nội soi khiến cho việc bóc tách cực trên gặp nhiều khó khăn. Cùng với sự tích lũy được kinh nghiệm và cải tiến kỹ thuật, thời gian PTNS dần được rút ngắn^[10]. Số ngày nằm viện dài hơn trong PTNS cắt tuyến giáp theo đường miệng dài hơn mổ mở thông thường. Đa phần BN sẽ xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 3 so với BN mổ mở thường vào ngày hậu phẫu thứ 2^[9]. Thời gian đầu khi chưa có nhiều kinh nghiệm PTNS tuyến giáp theo đường miệng thời gian nằm viện sau mổ của BN cao hơn trung bình $4,7 \pm 3,8$ ^[8] so với lúc sau $3,64 \pm 1,71$ ^[9,10]. Điều này

được lý giải do PTV chưa có nhiều kinh nghiệm phẫu thuật nên biến chứng sau mổ nhiều hơn khiến thời gian nằm viện của BN kéo dài. Trong nghiên cứu của tác giả Yi điểm số VAS trung bình cơn đau vào ngày hậu phẫu 1, 2 và 3 lần lượt là 3,0; 2,6 và 2,1. Trong một nghiên cứu trước được thực hiện tại cùng cơ sở của tác giả Yi, điểm VAS trung bình 1, 2 và 3 ngày sau cắt tuyến giáp mở lần lượt là 4,6; 3,5 và 2,4. Và điểm VAS trung bình 1, 2 và 3 ngày sau khi cắt bỏ tuyến giáp theo đường vú 2 bên là 5,0, 4,0 và 2,7^[12]. Điểm số đau thấp hơn trong nghiên cứu Yi về PTNS tuyến giáp đường miệng có lẽ phản ánh thực tế là phương pháp này không rạch da và vùng bóc tách hẹp hơn so với các phương pháp PTNS khác hoặc mổ mở khác.

Các biến chứng quan trọng nhất sau phẫu thuật tuyến giáp là tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược và suy tuyến cận giáp. Và tỷ lệ tương tự các biến chứng này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu với < 1% BN (1/180 BN) liệt dây thanh vĩnh viễn, < 2% BN (2/150 BN) suy tuyến cận giáp vĩnh viễn. Trường hợp BN liệt dây thanh vĩnh viễn là BN có khối u ~ 1 cm, di căn hạch trung tâm, dính với dây thần kinh thanh quản quặt ngược. Các biến chứng liên quan tới PTNS tuyến giáp theo đường miệng là tổn thương dây TK bờ hàm dưới và nhiễm trùng vết mổ^[6]. Cả hai biến chứng này đều không gặp trong nghiên cứu. Mối lo ngại về nhiễm trùng vết mổ vì phương pháp này chuyển đổi vết thương sạch thành vết thương sạch nhiễm khuẩn. Điều này có thể do sự kết nối giữa vết rạch niêm mạc ở môi dưới và khoang miệng được giảm thiểu trong quá trình phẫu thuật khi môi dưới được giữ lên trên và sử dụng kháng sinh dự phòng. Kháng sinh được sử dụng trước, trong, sau phẫu thuật và kê đơn trong 7 ngày sau ra viện^[10,12]. Các cơ sở khác sử dụng thuốc kháng sinh uống trong 3-7 ngày sau phẫu thuật^[9,16]. Các nghiên cứu sâu hơn là cần thiết để xác định liều lượng hoặc thời gian kháng sinh thích hợp sau PTNS đường miệng. Mặc dù có 4 trường hợp tràn khí dưới da được ghi nhận nhưng BN được hồi phục hoàn toàn trong thời gian điều trị nội trú hậu phẫu. Tụ máu, tụ dịch huyết thanh xảy ra riêng biệt ở 2 BN và cũng được khắc phục hoàn toàn trong thời gian theo dõi. Không có trường hợp nào BN phải chuyển mổ mở.

Trước khi đưa một kỹ thuật phẫu thuật mới vào thực hành lâm sàng trên BN ung thư thì sự an toàn về mặt ung thư học của kỹ thuật đó phải được đánh giá trước. Do sự tiến triển tương đối chậm và tỷ lệ tái phát ung thư tuyến giáp thấp

hơn so với các loại ung thư khác nên tiên lượng tương đối tốt^[13]. Trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp, số lượng hạch cổ bóc tách được và mức thyroglobulin huyết thanh sau khi cắt toàn bộ tuyến giáp được coi là dấu hiệu an toàn hợp lý về mặt ung thư học. 100% BN bóc tách hạch cổ trung tâm. Số lượng hạch cổ lấy ra trung bình từ 2,7 đến 3,67 trong 3 nghiên cứu với 28 BN/180 BN chiếm 15,56% hạch dương tính. Kết quả này tương thích với số được báo cáo trong phân tích tổng hợp hạch cổ trung tâm khác. BN sau PTNS đường miệng cắt toàn bộ tuyến giáp cần phải được kiểm tra nồng độ Thyroglobulin (TG) hoặc hormon kích thích tuyến giáp thyroglobulin (off-TG) như trong các phương pháp BABA 7. Vấn đề này chỉ được đề cập tới trong nghiên cứu của Ahn et Yi năm 2020. Trong nghiên cứu này thì có 40 BN /150 BN cắt toàn bộ tuyến giáp và 30 BN / 40 BN cắt toàn bộ tuyến giáp điều trị iod phóng xạ. Tg huyết thanh trung bình trong 3 tháng không có kích thích TSH sau khi cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp là $0,12 \pm 0,33$ tương tự như các báo cáo trước đây (0,64 - 1,32). Mức Tg huyết thanh trung bình do TSH kích thích trước khi dùng liều iod phóng xạ đầu tiên là $3,38 \pm 10,87$ ng / mL với 80,0% của những BN có mức Tg kích thích <1,0 ng / mL. Kết quả tương tự so với kết quả trước đó từ phẫu thuật tuyến giáp bằng robot (0,2 đến 11,94 ng / mL, tỷ lệ kích thích Tg <1,0 ng / mL tương ứng 16% đến 64%^[14]).

Các hạn chế kỹ thuật của PTNS đường miệng có liên quan đến thực tế là một cách tiếp cận phẫu thuật tuyến giáp theo hướng từ đầu tới chân làm tầm nhìn bị hạn chế ở phần sâu của cực trên hoặc thùy thấp. Nếu cực trên bị kéo dài bởi khối u hoặc nếu khối u nằm ở cực trên thì không thể cắt bỏ hoàn toàn tuyến giáp. Tuy nhiên, dữ liệu Tg huyết thanh từ nghiên cứu hiện tại chỉ ra rằng có thể đạt được việc loại bỏ hoàn toàn mô tuyến giáp mà không có mô sót lại bằng cách sử dụng PTNS tuyến giáp qua đường miệng.

Bất chấp những ưu điểm này, vẫn cần nghiên cứu bổ sung trước khi PTNS đường miệng có thể được chấp nhận như một phương pháp chính thống để điều trị ung thư tuyến giáp. Kết quả ung thư là vấn đề quan trọng nhất trong phẫu thuật ung thư nhưng trong 3 nghiên cứu mới chỉ theo dõi được thời gian ngắn nên chưa đánh giá được đầy đủ.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ung thư tuyến giáp qua đường miệng mang lại kết quả thẩm mỹ và có tỷ lệ biến chứng phẫu thuật có thể chấp nhận được nhưng chỉ áp dụng với nhóm BN có tiêu chí đã

được chấp nhận hiện nay ^[10]. Các nghiên cứu này còn nhiều hạn chế như đòi hỏi phải có nghiên cứu có quy mô lớn hơn; về thời gian theo dõi quá ngắn nên việc theo dõi bệnh nhân dài hơn là cần thiết để phát hiện tái phát và củng cố bằng chứng về sự an toàn ung thư học của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tan CTK, Cheah WK, Delbridge L.** “Scarless” (in the neck) endoscopic thyroidectomy (SET): An evidence-based review of published techniques. *World J Surg.* 2008;32(7):1349-1357. doi:10.1007/s00268-008-9555-3.
2. **Kang S-W, Chung WY.** Transaxillary single-incision robotic neck dissection for metastatic thyroid cancer. *Gland Surg.* 2015;4(5):388-396. doi:10.3978/j.issn.2227-684X.2015.06.01.
3. **Lee J, Yun JH, Choi UJ, Kang S-W, Jeong JJ, Chung WY.** Robotic versus Endoscopic Thyroidectomy for Thyroid Cancers: A Multi-Institutional Analysis of Early Postoperative Outcomes and Surgical Learning Curves. *J Oncol.* 2012;2012. doi:10.1155/2012/734541.
4. **Witzel K, von Rahden BHA, Kaminski C, Stein HJ.** Transoral access for endoscopic thyroid resection. *Surg Endosc.* 2008;22(8):1871-1875. doi:10.1007/s00464-007-9734-6.
5. **Karakas E, Steinfeldt T, Gockel A, Mangalo A, Sesterhenn A, Bartsch DK.** Transoral parathyroid surgery--a new alternative or nonsense? *Langenbecks Arch Surg.* 2014;399(6):741-745. doi:10.1007/s00423-014-1187-5.
6. **Wilhelm T, Metzger A.** Endoscopic minimally invasive thyroidectomy (eMIT): a prospective proof-of-concept study in humans. *World J Surg.* 2011;35(3):543-551. doi:10.1007/s00268-010-0846-0.
7. **Anuwong A.** Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of

the First 60 Human Cases. *World J Surg.* 2016;40(3):491-497. doi:10.1007/s00268-015-3320-1.

8. **Yi JW, Yoon SG, Kim HS, et al.** Transoral endoscopic surgery for papillary thyroid carcinoma: initial experiences of a single surgeon in South Korea. *Ann Surg Treat Res.* 2018;95(2):73-79. doi:10.4174/astr.2018.95.2.73.

9. **Ahn J, Yi JW.** Transoral endoscopic thyroidectomy for thyroid carcinoma: outcomes and surgical completeness in 150 single-surgeon cases. *Surg Endosc.* 2020;34(2):861-867. doi:10.1007/s00464-019-06841-8.

10. **Chai YJ, Chung JK, Anuwong A, et al.** Transoral endoscopic thyroidectomy for papillary thyroid microcarcinoma: initial experience of a single surgeon. *Ann Surg Treat Res.* 2017;93(2):70-75. doi:10.4174/astr.2017.93.2.70.

11. **Anuwong A, Ketwong K, Jitpratoom P, Sasanakietkul T, Duh Q-Y.** Safety and Outcomes of the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. *JAMA Surg.* 2018;153(1):21-27. doi:10.1001/jamasurg.2017.3366.

12. **Chai YJ, Song J, Kang J, et al.** A comparative study of postoperative pain for open thyroidectomy versus bilateral axillo-breast approach robotic thyroidectomy using a self-reporting application for iPad. *Ann Surg Treat Res.* 2016;90(5):239-245. doi:10.4174/astr.2016.90.5.239.

13. **Jitpratoom P, Ketwong K, Sasanakietkul T, Anuwong A.** Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) for Graves' disease: a comparison of surgical results with open thyroidectomy. *Gland Surg.* 2016;5(6):546-552. doi:10.21037/g.2016.11.04.

14. **Dionigi G, Bacuzzi A, Lavazza M, et al.** Transoral endoscopic thyroidectomy via vestibular approach: operative steps and video. *Gland Surg.* 2016;5(6):625-627. doi:10.21037/g.2016.12.05.

TĂNG ACID URIC MÁU TRÊN NGƯỜI BỆNH GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

HOÀNG DUY THÁI¹,
HÀ PHAN HẢI AN¹, NGUYỄN THẾ CƯỜNG²
¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm: Hoàng Duy Thái
Email: duythaihoang.md@gmail.com
Ngày nhận: 20/7/2021
Ngày phản biện: 18/8/2021
Ngày duyệt bài: 14/9/2021

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng acid uric máu là tình trạng hay gặp ở người bệnh ghép thận. Acid uric liên quan đến suy giảm chức năng thận ở người bệnh bệnh thận mạn. Ngoài ra, điều trị tăng acid uric máu không triệu chứng trên người bệnh