

3. Genkinger J.M., Spiegelman D., Anderson K.E. và cộng sự. (2009). ALCOHOL INTAKE AND PANCREATIC CANCER RISK: A POOLED ANALYSIS OF FOURTEEN COHORT STUDIES. Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol, **18**(3), 765–776.
4. Eisenhauer E.A., Therasse P., Bogaerts J. và cộng sự. (2009). New response evaluation criteria in solid tumours: Revised RECIST guideline (version 1.1). Eur J Cancer, **45**(2), 228–247.
5. Wang Yi, Xiao Xiuying, et al. (2018), "A Survival Model in Locally Advanced and Metastatic Pancreatic Ductal Adenocarcinoma", Journal of Cancer, 9(7), pp. 1301-1307.
6. Heinemann V., Quietzsch D., Gieseler F. và cộng sự. (2006). Randomized phase III trial of gemcitabine plus cisplatin compared with gemcitabine alone in advanced pancreatic cancer. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol, **24**(24), 3946–3952.
7. Cunningham D., Chau I., Stocken D.D. và cộng sự. (2009). Phase III randomized comparison of gemcitabine versus gemcitabine plus capecitabine in patients with advanced pancreatic cancer. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol, **27**(33), 5513–5518.
8. Colucci G, Roberto Labianca et al (2010), "Randomized phase III trial of Gemcitabine plus Cisplatin compared with Single-Agent Gemcitabine as First-line treatment of patients with advanced pancreatic cancer: The GIP-1 study", J Clin Oncol, 28, pp 1645-1651.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U TUYẾN GIÁPLÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Văn Thăng¹, Nguyễn Xuân Hậu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi (PTNS) đường nách vú trong điều trị u tuyến giáp lành tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 90 bệnh nhân chẩn đoán u tuyến giáp lành tính được phẫu thuật mở (45 bệnh nhân) hoặc PTNS đường nách vú (45 bệnh nhân) cắt thùy hoặc cắt thùy và eo tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/2019 đến 06/2019. **Kết quả:** Trung bình là 51,4±12,8 tuổi ở nhóm phẫu thuật mở; 35,3±8,2 tuổi ở nhóm PTNS; 91,1% nữ giới; tỷ lệ 1 u trên lâm sàng 80% ở nhóm phẫu thuật mở và 71,1% ở nhóm PTNS; u thùy phải 52,8% ở nhóm phẫu thuật mở và 59,4% ở nhóm PTNS; kích thước u trung bình 25,9±10,1mm ở nhóm phẫu thuật mở và 23,7±9,8 mm ở nhóm PTNS. Trên siêu âm, u TIRADS 3 chiếm 77,8% ở cả hai nhóm. Giải phẫu bệnh sau mổ bướu giáp keo chiếm 82,2% ở nhóm phẫu thuật mở và 84,4% ở nhóm PTNS. Cắt thùy tuyến giáp ở 73,3% trường hợp trong nhóm phẫu thuật mở và ở 97,8% trường hợp trong nhóm PTNS. Thời gian mổ trung bình 41,7±10,2 phút ở nhóm phẫu thuật mở và 51,2±7,1 phút ở nhóm PTNS; thời gian hậu phẫu 5,8±1,3 ngày ở nhóm phẫu thuật mở và 6,0±1,2 ngày ở nhóm PTNS. Không có trường hợp nào PTNS chuyển phẫu thuật mở. Không có biến chứng sau mổ ở nhóm phẫu thuật mở, nhóm PTNS có 1 trường hợp (2,2%) tụ máu sau mổ, hết sau băng ép 1 ngày. Đau nhẹ sau mổ chiếm 62,2% trường hợp ở nhóm phẫu thuật mở và 82,2% trường hợp ở nhóm

PTNS, không có trường hợp nào đau nặng sau mổ. 0 bệnh nhân đánh giá không hài lòng về kết quả phẫu thuật, tỉ lệ rất hài lòng chiếm 75,6% ở nhóm phẫu thuật mở và 80% ở nhóm PTNS. **Kết luận:** Phẫu thuật mở và PTNS đường nách vú trong điều trị u tuyến giáp lành tính tương đối an toàn, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp trong đó PTNS ít đau sau mổ hơn và đạt thẩm mỹ cao so với phẫu thuật mở.

Từ khóa: U giáp trạng, lành tính, phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

RESULTS OF THYROIDECTOMY FOR BENIGN THYROID NODULE AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Evaluate the early results of endoscopic thyroidectomy via unilateral axillo-breast approach (UABA) in the treatment of benign thyroid tumor at Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and Methods:** Descriptive retrospective studies 90 patients with benign thyroid tumors were treated (lobectomy or lobectomy+isthmusectomy) by open thyroidectomy (45 patients) and by UABA (45 patients) at Hanoi Medical University Hospital from 01/2019 to 06/2019. **Results:** Mean of age was 51,4±12,8 years in the open thyroidectomy group; 35,3±8,2 years in the UABA group. 91,1% patients were female. The solitary tumor occurs 80% in the open thyroidectomy group and 71,1% in the UABA group; the thyroid tumors in the right lobe were 52,8% in the open thyroidectomy group and 59,4% in the UABA group; the average tumor size was 25,9±10,1 mm in the open thyroidectomy group and 23,7±9,8 mm in the UABA group. The tumors classified into TIRADS 3 by ultrasound was 77,8% in both groups. Most common pathology was colloid goitre accounting for 82,2% in the open thyroidectomy group and 84,4% in the UABA group. Lobectomy was applied in 73,3% cases in the open thyroidectomy group and 97,8% cases in the

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thăng

Email: lethanghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 1.10.2021

Ngày duyệt bài: 8.10.2021

UABA group. The mean operating time was 41,7±10,2 minutes in the open thyroidectomy group and 51,2±7,1 minutes in the UABA group, the mean hospitalization was 5,8±1,3 days in the open thyroidectomy group and 6,0±1,2 days in the UABA group. There were no cases that changed from the UABA to the open thyroidectomy group. There was no postoperative complications in the open thyroidectomy group, in the UABA group there was 1 case (2.2%) of postoperative hematoma, which resolved after 1 day of compression. Mild postoperative pain accounted for 62.2% of cases in the open thyroidectomy group and 82.2% of cases in the UABA group, there were no cases of severe postoperative pain in both groups. There were no patients that were not satisfied with the surgical results in both groups; 75,6% of cases were very satisfied in the open thyroidectomy group and 80% in the UABA group. **Conclusions:** Open thyroidectomy and endoscopic thyroidectomy via unilateral axillo-breast approach were safe, the rate of complications was low, in which endoscopic thyroidectomy was less painful after surgery and achieved good cosmetic outcomes than open thyroidectomy.

Key words: Thyroid nodule, endoscopy thyroidectomy, UABA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U giáp trạng là bệnh lý phổ biến nhất của tuyến nội tiết. Theo tổ chức y tế thế giới, tỷ lệ mắc u giáp trạng là 12%. Nữ giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nam giới, tỷ lệ nữ/ nam là 4/1[1]. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng kết hợp với siêu âm vùng cổ và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ khối u[2].

Phẫu thuật là phương pháp quan trọng nhất điều trị khối u giáp trạng. Hiện nay có hai phương pháp phẫu thuật là phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi. Phẫu thuật nội soi đang trở nên phổ biến và được các phẫu thuật viên áp dụng theo nhiều đường tiếp cận.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt tuyến giáp tiếp cận đường nách vú được áp dụng từ 2003 tại Bệnh viện nội tiết trung ương, đến nay đã có nhiều cơ sở áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi trong đó có khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của 2 phương pháp này, do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu sau: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đường nách vú trong điều trị u tuyến giáp lành tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 90 bệnh nhân được chẩn đoán u giáp trạng lành tính và được phẫu thuật mở hoặc phẫu thuật nội soi đường nách vú cắt thùy hoặc cắt thùy và eo

tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Thời gian thực hiện nghiên cứu từ 01/2019 đến tháng 06/2019.

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.

- Bệnh nhân u tuyến giáp chẩn đoán trước mổ lành tính dựa vào siêu âm vùng cổ và tế bào học qua chọc hút bằng kim nhỏ.

- Chọn u:

- ✓ Trường hợp một u: Kích thước lớn nhất của u ≤ 5 cm.

- ✓ Trường hợp nhiều u: Các u ở một thùy hoặc một thùy và eo giáp, kích thước thùy giáp < 6 cm.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tiền sử phẫu thuật, xạ trị vùng cổ.

- Tình trạng viêm cấp tính toàn thân hoặc tại tuyến giáp, tuyến vú bên phẫu thuật.

- Có chống chỉ định chung của phẫu thuật, gây mê hồi sức: bất thường chức năng đông máu, bệnh mạn tính toàn thân, thể trạng kém.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

3. Phương pháp thu thập số liệu

3.1. Đặc điểm lâm sàng: Tuổi; giới; lý do vào viện; khám u: vị trí u (thùy phải, thùy trái, eo), số lượng u, kích thước u (cm), mật độ u (mềm hay cứng, chắc), ranh giới u (rõ hay không rõ), di động u (có hay không có di động).

3.2. Cận lâm sàng: Siêu âm tuyến giáp đánh giá: số lượng u, phân loại TIRADS; vị trí u (thùy phải, thùy trái, eo), kích thước u.

3.3. Phương pháp phẫu thuật mở tuyến giáp

- ✓ Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản

- ✓ Dụng cụ phẫu thuật: dụng cụ phẫu thuật mở, dao siêu âm, dao điện.

- ✓ Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, kê gối vai ngửa cổ tối đa. 2 tay khép.

- ✓ Các bước phẫu thuật:

- Rạch da ngang nếp lằn cổ dưới, cách hõm ức khoảng hai khoát ngón tay, cắt cơ bám da cổ, bóc tách hai vạt da lên trên và xuống dưới. Mở dọc qua cân cổ trước khí quản, bộc lộ rõ thùy tuyến giáp chứa khối u.

- Phẫu tích bộc lộ động mạch giáp trên và giáp dưới. Sử dụng dao Ligasure cắt động mạch theo thứ tự.

- Tìm và bộc lộ các tuyến cận giáp và thần kinh thanh quản quặt ngược.

- Tiến hành cắt tuyến giáp phụ thuộc vào chỉ định điều trị: cắt thùy tuyến giáp, cắt thùy và eo tuyến giáp.

- Kiểm tra, cầm máu. Đóng cân cơ, đóng da theo các lớp giải phẫu.

- ✓ Các chỉ số phẫu thuật: Thời gian phẫu

thuật, thời gian hậu phẫu, đau sau mổ; tai biến, biến chứng: khàn tiếng, chảy máu, tụ máu, hạ canxi máu, nhiễm trùng; mức độ hài lòng.

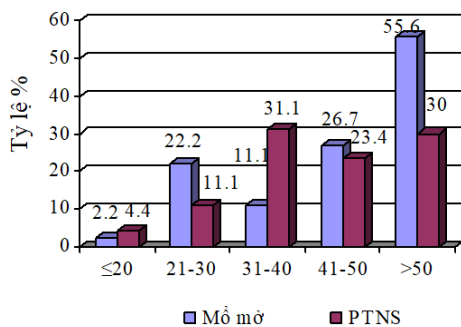
3.4. Phương pháp phẫu thuật nội soi tuyến giáp đường nách vú 1 bên

- ✓ Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản
- ✓ Dụng cụ phẫu thuật: Dàn máy nội soi, dụng cụ nội soi, dao siêu âm nội soi, dao điện.
- ✓ Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, kê gối vai ngửa cổ tối đa, cổ quay về phía thùy giáp lành. Tay cùng bên dạng tối đa để bộc lộ rõ vùng hố nách, tay đối diện dạng vuông góc thân mình.
- ✓ Các bước phẫu thuật:
 - Đặt troca: Troca 10 được đặt tại đường nách giữa ngang với bờ trên tuyến vú, 1 troca 5 đặt ở rãnh delta ngực cùng bên, 1 troca 5 đặt ở quầng vú cùng bên.
 - Tạo khoang phẫu thuật: Dùng đơn cực bóc tách lớp dưới da vùng ngực đến vùng cổ đến ngang sụn giáp, sang hai bên đến cơ ức đòn chũm.
 - Tách cơ vào tuyến giáp: Tách bờ trước cơ ức đòn chũm ra ngoài, cơ vai móng lên trên ra ngoài, tách dọc cơ ức giáp để vào tuyến giáp.
 - Đánh giá tổn thương để đưa ra hướng phẫu thuật: Cắt thùy giáp, cắt thùy và eo tuyến giáp.
 - Chú ý trước khi cắt thùy giáp bộc lộ rõ thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp để bảo tồn.
 - Kiểm tra và lấy bệnh phẩm
- ✓ Các chỉ số phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật, thời gian hậu phẫu, đau sau mổ; tai biến, biến chứng: khàn tiếng, chảy máu, tụ máu, hạ canxi máu, tê bì vùng ngực, nhiễm trùng; mức độ hài lòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Tuổi



Biểu đồ 1. Phân chia nhóm tuổi

Tuổi trung bình là 51,4±12,8 tuổi ở nhóm phẫu thuật mở; 35,3±8,2 tuổi ở nhóm PTNS.

Nhóm > 50 tuổi hay gặp nhất đối với nhóm phẫu thuật mở chiếm 55,6%; nhóm 31 – 40 tuổi hay gặp nhất đối với nhóm PTNS chiếm 31,1%.

Giới: 2 nhóm đều có tỉ lệ nữ 91,1%.

Lý do vào viện: Sờ thấy u vùng cổ hay gặp nhất ở nhóm phẫu thuật mở chiếm 55,6%. Không có triệu chứng cơ năng hay gặp nhất ở nhóm PTNS chiếm 35,6%.

Đặc điểm u trên lâm sàng: Tỉ lệ sờ thấy u khi khám lâm sàng là 80% ở nhóm phẫu thuật mở và 71,1% ở nhóm PTNS.

Tỷ lệ sờ thấy 1 u trên lâm sàng 72,2% ở nhóm phẫu thuật mở và 96,1% ở nhóm PTNS xét trong số trường hợp khám sờ được u trên lâm sàng.

U ở thùy phải chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 52,8% ở nhóm phẫu thuật mở và 59,4% ở nhóm PTNS. Tất cả các u khi sờ thấy đều có mật độ mềm và di động với xung quanh.

Siêu âm

Bảng 1. Đặc điểm u qua siêu âm

Đặc điểm u		Mổ mở n (%)	PTNS n (%)
Vị trí	Thùy phải	24(53,3)	26(57,8)
	Thùy trái	9(20)	18(40)
	Thùy trái+eo	5(11,1)	1(2,2)
	Thùy phải+eo	7(15,6)	0
Thành phần	Dịch	4(8,9)	6(13,3)
	Hỗn hợp	35(77,8)	33(73,4)
	Đặc	6(13,3)	6(13,3)

Về số lượng u: nhóm phẫu thuật mở số bệnh nhân nhiều u chiếm đa số 68,9%; nhóm PTNS số bệnh nhân 1 u chiếm đa số với 77,8%. Về phân loại TIRADS 2011, các khối u xếp loại TIRADS 3 chiếm tỷ lệ 77,8% ở cả 2 nhóm; các khối u xếp loại TIRADS 4a chiếm 20% ở nhóm phẫu thuật mở và 13,3% ở nhóm PTNS. Về kích thước u: kích thước u trung bình là 25,9±10,1 (7 – 48)mm đối với nhóm phẫu thuật mở và 23,7 ± 9,8 (8-50) mm đối với nhóm PTNS; nhóm u có kích thước từ 2 đến 4 cm chiếm tỷ lệ cao nhất 66,7% và 53,4% lần lượt với nhóm phẫu thuật mở và PTNS.

3.2. Điều trị

Thời gian và phương pháp phẫu thuật.

Thời gian mổ trung bình là 41,7±10,2 (30-60) phút ở nhóm phẫu thuật mở và 51,2±7,1 (40-65) phút ở nhóm PTNS.

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Mổ mở n(%)	PTNS n(%)
Cắt thùy tuyến	33(73,3)	44(97,8)
Cắt thùy và eo tuyến	12(26,7)	1(2,2)

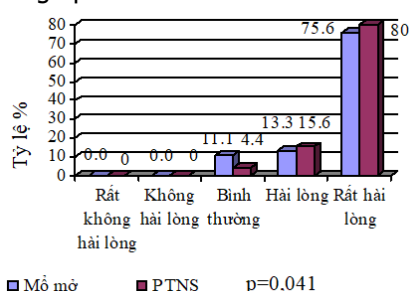
Thời gian nằm viện và đau sau mổ

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $5,8 \pm 1,3$ (3-8) ngày ở nhóm phẫu thuật mở và $6,0 \pm 1,2$ (4-9) ngày ở nhóm PTNS.

Bảng 3. Đau sau mổ

Mức độ đau	Mổ mở n(%)	PTNS n(%)	P
Đau nhẹ	28(62,2)	37(82,2)	< 0,001
Đau vừa	17(37,8)	8(17,8)	
Đau nặng	0	0	

Kết quả phẫu thuật. Nhóm phẫu thuật mở không xảy ra tai biến trong phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật. Nhóm PTNS không xảy ra tai biến trong phẫu thuật; biến chứng sau phẫu thuật có 1/45 trường hợp tụ máu chiếm 2,2%; xử trí bằng ép.



Biểu đồ 2. Mức độ hài lòng sau mổ

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi, giới. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong NC của chúng tôi là 51,4 tuổi ở nhóm phẫu thuật mở cao hơn so với tuổi trung bình của nhóm PTNS là 35,3 tuổi, ($p < 0,001$). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả NC của Trịnh Minh Tranh (2013) trên 307 BN trong đó có 106 BN mổ mở và 201 BN PTNS thì tuổi trung bình của nhóm mổ mở là 40,2 tuổi cũng cao hơn tuổi trung bình của nhóm PTNS là 32,5 tuổi[3]. Điều này có thể lý giải là do các BN trẻ tuổi thường có nhu cầu về mặt thẩm mỹ cao nên ưu tiên lựa chọn phương pháp PTNS.

Cả nhóm mổ mở và nhóm PTNS đều có tỉ lệ nữ giới là 91,1% và nam giới là 8,9%. Theo NC của Trịnh Minh Tranh, nhóm mổ mở có tỉ lệ nữ là 81,1% và nhóm PTNS có tỉ lệ nữ là 92,5%[3]. Nhìn chung tỉ lệ mắc u giáp ở nữ giới chiếm đa số.

Triệu chứng lâm sàng. Đa số bệnh nhân ở nhóm phẫu thuật mở đến viện với lý do xuất hiện u giáp đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (55,6%). Trong NC về phẫu thuật mở của Lê Văn Giáp (2014) tỷ lệ có u vùng cổ là 93,7%[4]. Ở nhóm PTNS thì lý do vào viện chiếm tỉ lệ cao nhất là phát hiện u qua siêu âm khám sức khỏe chiếm 35,6%. Theo tác giả Hershman và Blahd

(2005), tỉ lệ bệnh nhân đến viện có tới 15,2% là chỉ tình cờ phát hiện qua khám sức khỏe[5].

Tỉ lệ sờ thấy u khi khám lâm sàng là 80% ở nhóm phẫu thuật mở và 71,1% ở nhóm PTNS. Kết quả của chúng tôi gần tương tự nghiên cứu của tác giả Đinh Xuân Cường (2010) là 96,4%[6].

Siêu âm tuyến giáp. Trong nghiên cứu này, siêu âm phát hiện được 100% có u tuyến giáp. Nhóm phẫu thuật mở tỉ lệ một u chỉ có 31,1% trong khi đó nhóm PTNS tỉ lệ một u là 77,8%. Vị trí u hay gặp là thùy phải chiếm 53,3 % ở nhóm phẫu thuật mở và 57,8% ở nhóm PTNS. Về kích thước u: kích thước u trung bình là $25,9 \pm 10,1$ (7 – 48) mm đối với nhóm phẫu thuật mở và $23,7 \pm 9,8$ (8-50) mm đối với nhóm PTNS; nhóm u có kích thước từ 2 đến 4 cm chiếm tỷ lệ cao nhất 66,7% và 53,4% lần lượt với nhóm phẫu thuật mở và PTNS. Hiện nay, tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đang áp dụng phương pháp đánh giá kết quả siêu âm tuyến giáp theo TIRADS, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ gặp nhiều nhất là TIRADS 3 với 77,8% ở cả 2 nhóm. Dựa vào phân loại theo TIRADS, người ta ước tính được nguy cơ ác tính của khối u tuyến giáp (ví dụ: TIRADS 4a là 20%, 4b là 40%, 4c là 60%...).

4.2. Kết quả điều trị

Phương pháp phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy giáp chứa khối u chiếm 73,3% ở nhóm phẫu thuật mở và 97,8% ở nhóm PTNS. Có 26,7% bệnh nhân ở nhóm phẫu thuật mở và chỉ có 2,2% bệnh nhân ở nhóm PTNS được cắt thùy và eo giáp trạng. Sở dĩ chúng tôi phẫu thuật cắt cả eo tuyến giáp là do trong một số trường hợp u nằm ở vị trí sát eo giáp trạng.

Thời gian phẫu thuật và thời gian hậu phẫu. Thời gian phẫu thuật trung bình là $41,7 \pm 10,2$ (30-60) phút ở nhóm phẫu thuật mở và $51,2 \pm 7,1$ (40-65) phút ở nhóm PTNS. Đối với mổ mở, trung bình thời gian mổ trong nghiên cứu này thấp trong nghiên cứu của Trịnh Minh Tranh (2013) là 75,7 phút[3]. Đối với PTNS, thời gian phẫu thuật của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Trần Ngọc Lương là 40 phút[7].

Trung bình số ngày nằm viện sau phẫu thuật mở là $5,8 \pm 1,3$ ngày; sau phẫu thuật nội soi là $6,0 \pm 1,2$ ngày. Theo Trịnh Minh Tranh (2013) nhóm mổ mở và nhóm phẫu thuật nội soi có trung bình thời gian nằm viện sau mổ đều là 3,6 ngày[3].

Biến chứng sau mổ. Trong nghiên cứu này có 1 bệnh nhân bị tụ máu sau mổ (2,2%), xử trí bằng ép không phải mổ lại. Ngoài ra không phát hiện có các biến chứng khác như: khản tiếng, hạ

canxi máu. Mức độ đau sau mổ được chia thành các mức: đau nhẹ, đau vừa và đau nặng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong 24 giờ sau mổ mức độ đau của bệnh nhân gặp nhiều nhất là đau nhẹ chiếm 62,2% đối với mổ mở và 82,2% đối với phẫu thuật nội soi ($p < 0,05$). Trong nghiên cứu của Trịnh Minh Tranh (2013) nhóm phẫu thuật mở có tỷ lệ đau vừa là 62,3% và đau nhẹ là 14,2%; nhóm PTNS có tỷ lệ đau nhẹ là 85,6%[3]. Trong nghiên cứu của Lê Văn Giáp (2014) về phẫu thuật mở thì tỷ lệ đau nhẹ là 10% và đau vừa là 90%[4]. Có thể thấy PTNS đau sau mổ ít hơn so với phẫu thuật mở. Tỷ lệ rất hài lòng về kết quả điều trị ở nhóm PTNS (80%) cao hơn ở nhóm phẫu thuật mở (75,6%), ($p < 0,05$). Trong nghiên cứu của Trịnh Minh Tranh (2013) có 94,6 % bệnh nhân hài lòng đối với nhóm PTNS, tỷ lệ này ở nhóm phẫu thuật mở là 76,4%[3]. Trong nghiên cứu về PTNS tuyến giáp của Akira (2008) có 96,4% bệnh nhân hài lòng về kết quả điều trị[8]. Có thể thấy bệnh nhân ở nhóm PTNS hài lòng hơn về kết quả điều trị so với nhóm phẫu thuật mở, đặc biệt là vấn đề thẩm mỹ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mở và PTNS đường nách vú đều có thể áp dụng trong điều trị u tuyến giáp lành tính với tính hiệu quả và độ an toàn cao, tỉ lệ tái biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp. Trong đó PTNS đường nách vú đảm bảo yêu cầu về

thẩm mỹ ngày càng cao của bệnh nhân đồng thời mức độ đau sau mổ ít hơn so với phẫu thuật mở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tunbridge W.M., Evered D.C., Hall R., et al. (1977).** The spectrum of thyroid disease in a community: the Whickham survey. Clin Endocrinol (Oxf), 7(6), 481–493.
2. **Gharib H, Papini E, Garber JR, et al (2016).** American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules - 2016 Update Appendix. Endocrine Practice, 22,1-60.
3. **Trịnh Minh Tranh (2013),** Nghiên cứu chỉ định điều trị bướu giáp đơn nhân bằng phẫu thuật nội soi, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y dược tp Hồ Chí Minh.
4. **Lê Văn Giáp (2014),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật u lành tính một thùy tuyến giáp qua đường cổ bên, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, HN.
5. **Hershman J. M. (2005).** Perchlorate and thyroid function: what are the environmental issues?. Thyroid: official journal of the American Thyroid Association, 15(5), 427–431.
6. **Đình Xuân Cường (2004).** “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K”. Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội, 33 – 48.
7. **Trần Ngọc Lương (2011).** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp lành tính. Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam. 1(2), 20-24.
8. **Sasaki A, Nakajima J, Ikeda K, Otsuka K, Koeda K, Wakabayashi G (2008).** Endoscopic Thyroidectomy by the Breast Approach: A Single Institution’s 9-year Experience. World journal of surgery, 232,381-385.

HOÀN THIỆN QUY TRÌNH XẠ TRỊ LẬP THỂ TRÊN HỆ PHANTOM SỬ DỤNG MÁY GIA TỐC VERSA-HD TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Văn Tinh¹, Nguyễn Thị Thom¹, Nguyễn Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xạ trị lập thể trên nền tảng máy gia tốc tuyến tính là một lựa chọn tối ưu cho những bệnh nhân có chỉ định điều trị. Mỗi cơ sở được trang bị hệ thống máy và thiết bị phụ trợ khác nhau. Nghiên cứu triển khai thực hiện xạ trị lập thể trên hệ phantom hình đầu người để bước đầu chuẩn hóa quy trình xạ trị lập thể trên nền tảng máy gia tốc tuyến tính VersaHD tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện dựa trên các hướng dẫn

quốc tế của ICRU và AAPM về quy trình lập kế hoạch và đánh giá kế hoạch. Ngoài ra, nghiên cứu thực hiện quy trình xạ trị lập thể trên phantom giả lập đầu người với kích thước và vị trí u khác nhau. **Kết quả:** Đưa ra quy trình lập kế hoạch và đánh giá kế hoạch xạ trị tại cơ sở, đánh giá được khả năng thực thi của các thiết bị hiện có tại cơ sở trong việc thực hành xạ phẫu. **Kết luận:** Nghiên cứu khẳng định khả năng thực hiện kỹ thuật xạ phẫu trên nền tảng máy gia tốc và các thiết bị đi kèm của cơ sở trước khi thực hiện điều trị trên bệnh nhân.

SUMMARY

STEREOTACTIC RADIATION THERAPY PROCESS ON PHANTOM SYSTEM USING VERSA-HD LINEAR ACCELERATOR AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Tinh

Email: tinhbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 1.10.2021

Ngày duyệt bài: 8.10.2021