

CLINICAL OUTCOMES OF TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH FOR EARLY-STAGE PAPILLARY THYROID CARCINOMA AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

Pham Dac Dong, Phan Le Thang, Pham Van Hoan, Nguyen Van An

Department of On-Demand Surgery, Hanoi Oncology Hospital-42A Thanh Nhan Street, Bach Mai, Hanoi, Vietnam

Received: 26/05/2026

Revised: 20/06/2026; Accepted: 23/07/2026

ABSTRACT

Background: Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) is an advanced technique providing superior cosmetic outcomes by leaving completely scarless skin.

Objective: To evaluate the early surgical outcomes of TOETVA for papillary thyroid cancer at Hanoi Oncology Hospital.

Patients and Methods: This is a descriptive retrospective/prospective series of surgical cases on 195 patients with early-stage papillary thyroid cancer cT1N0M0, who underwent TOETVA from September 2022 to March 2026 at Hanoi Oncology Hospital.

Results: The mean age of the patients was 40.21 ± 8.56 years, with females accounting for 97.4%. The primary reason for admission was incidental thyroid nodules detected during routine check-ups (94.4%). The mean tumor size on ultrasound was 8.21 ± 2.5 mm, with microcarcinomas (< 10 mm) comprising 84%. Regarding surgical procedures, 92.3% of patients underwent lobectomy + isthmectomy + central neck dissection (CND), and 7.7% underwent total thyroidectomy + CND. No cases required conversion to open surgery. The mean operative time was 95 ± 7 minutes. The mean number of harvested lymph nodes was 4.98 ± 2.12 , and the occult central lymph node metastasis rate was 14.9%. The most common complication was subcutaneous ecchymosis (10.8%), followed by transient hoarseness (4.1%), seroma (3.07%), and transient hypoparathyroidism (1%). No permanent complications or mental nerve injuries were recorded. The mean hospital stay was 3.75 ± 0.87 days.

Conclusion: TOETVA is a feasible and safe approach for the treatment of early-stage papillary thyroid carcinoma, providing favorable early surgical outcomes and the cosmetic advantage of avoiding visible cervical scars.

Keywords: Papillary thyroid cancer, TOETVA, Transoral endoscopic thyroidectomy, Central lymph node dissection.

*Corresponding author

Email: phamdacdong@gmail.com Phone: (+84) 989586668 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5966



KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TUYẾN GIÁP QUA ĐƯỜNG MIỆNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Phạm Đắc Đông, Phan Lê Thắng, Phạm Văn Hoàn, Nguyễn Văn An

Khoa Ngoại yêu cầu, Bệnh viện Ung bướu Hà Nội-42A P. Thanh Nhàn, Bạch Mai, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 26/05/2026

Ngày chỉnh sửa: 20/06/2026; Ngày duyệt đăng: 23/07/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng (TOETVA) là kỹ thuật tiên tiến mang lại hiệu quả thẩm mỹ vượt trội nhờ hoàn toàn không để lại sẹo trên da.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật TOETVA điều trị ung thư tuyến giáp (UTTG) thể nhú tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca phẫu thuật hồi cứu/ tiến cứu trên 195 bệnh nhân UTTG thể nhú giai đoạn sớm cT1N0M0, được phẫu thuật TOETVA từ tháng 09/2022 đến tháng 03/2026 tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $40,21 \pm 8,56$, tỷ lệ nữ giới chiếm 97,4%. Lý do vào viện chủ yếu là khám định kỳ phát hiện u giáp (94,4%). Kích thước u trung bình trên siêu âm là $8,21 \pm 2,5$ mm, trong đó nhóm vi ung thư (kích thước nhỏ hơn 10 mm) chiếm 84%. Về phương pháp mổ, 92,3% bệnh nhân được cắt thùy + eo + vét hạch cổ (VHC) trung tâm; 7,7% cắt tuyến giáp toàn bộ + VHC trung tâm, không có ca nào chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là 95 ± 7 phút. Số lượng hạch vét được trung bình là $4,98 \pm 2,12$ hạch, tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm tiềm ẩn là 14,9%. Biến chứng thường gặp nhất là bầm tím dưới da (10,8%), khàn tiếng tạm thời (4,1%), tụ dịch (3,07%) và suy cận giáp tạm thời (1%), không có biến chứng vĩnh viễn hoặc tổn thương thần kinh cảm. Thời gian nằm viện trung bình là $3,75 \pm 0,87$ ngày.

Kết luận: TOETVA là phương pháp khả thi và an toàn trong điều trị UTTG thể nhú giai đoạn sớm, với kết quả sớm thuận lợi và ưu điểm không để lại sẹo vùng cổ.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể nhú, TOETVA, Phẫu thuật nội soi đường miệng, Vét hạch cổ trung tâm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là một trong những bệnh lý ung thư nội tiết thường gặp nhất và đang có xu hướng gia tăng nhanh trong những năm gần đây, trong đó ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm đến khoảng 85% và có tiên lượng rất tốt. Phẫu thuật cắt tuyến giáp kèm vét hạch cổ trung tâm hiện nay vẫn là phương pháp điều trị chính mang tính chất triệt căn đối với thể bệnh biệt hóa này.¹

Cùng với xu hướng phát hiện sớm và trẻ hóa của bệnh, nhu cầu thẩm mỹ và nâng cao chất lượng cuộc sống sau điều trị của người bệnh ngày càng khắt khe. Phẫu thuật mổ mở kinh điển tuy hiệu quả nhưng thường để lại vết sẹo lớn dễ thấy ở vùng cổ trước. Để khắc phục nhược điểm này, phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng (TOETVA) được mô tả lần đầu bởi Anuwong vào năm 2016 đã mở ra kỷ nguyên phẫu thuật không sẹo (scarless).²

TOETVA sở hữu nhiều ưu thế như: hoàn toàn không để lại sẹo trên da, ít sang chấn lớp cơ bám da cổ, dễ dàng tiếp cận đồng thời cả hai thùy tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm hiệu quả qua cùng một đường vào.³ Kỹ thuật này đã được triển khai thành công tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ năm 2022. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi qua đường tiền đình miệng điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 195 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nhú và phẫu thuật bằng phương pháp TOETVA tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội trong thời gian từ tháng 09/2022 đến tháng 03/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTTG thể nhú bằng tế bào học trước mổ hoặc sinh thiết tức thì trong mổ; đánh giá giai đoạn trước mổ cT1N0M0; cắt thùy eo trong trường hợp u đơn ổ, cắt giáp toàn bộ trong trường hợp u đa ổ 2 thùy, hoặc trong mổ đánh giá u là T3b; bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Khối u xâm lấn rộng cấu trúc lân cận; có bằng chứng di căn hạch cổ bên trước mổ trên lâm sàng hoặc siêu âm; tiền sử phẫu thuật hoặc xạ trị vùng cổ; viêm nhiễm cấp tính khoang miệng hoặc vùng cổ; có chống chỉ định về gây mê hồi sức.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả mô tả loạt ca phẫu thuật hồi cứu/ tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện cỡ mẫu toàn bộ.

Quy trình kỹ thuật:

- Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo các tiêu chuẩn nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: phamdacdong@gmail.com Điện thoại: (+84) 989586668 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5966

- Bước 2: Tiến hành phẫu thuật nội soi qua đường tiền đình miệng

- Bước 3: Theo dõi sau phẫu thuật

Chỉ số theo dõi: Thời gian phẫu thuật, tỷ lệ thành công, mức độ đau sau mổ (thang điểm VAS từ 0 đến 10), thời gian nằm viện và các tai biến, biến chứng sớm (khản tiếng, suy cận giáp, tụ dịch, bầm tím).

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0, các biến liên tục trình bày dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$).

2.3. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

- Phương pháp thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Kết quả được thể hiện trên các bảng thích hợp, dạng tỷ lệ phần trăm (%) hoặc dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$).

2.4. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số:

- Kỹ năng hỏi và khám bệnh đúng.

- Thu thập số liệu theo bệnh án mẫu.

- Làm sạch số liệu trước khi xử lý.

- Hai người cùng vào số liệu song song.

2.5. Khía cạnh đạo đức của đề tài

- Những bệnh nhân được chọn vào mẫu nghiên cứu tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh, không phục vụ mục đích nào khác.

- Mọi thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Trong tổng số 195 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, các đặc điểm cơ bản được ghi nhận như sau:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
1. Giới tính		
- Nữ giới	190	97,4%
- Nam giới	5	2,6%
2. Nhóm tuổi hay gặp		
- Từ 30 đến 40 tuổi	79	40,6%
* Tuổi trung bình: 40,21 $\pm$ 8,56 tuổi		
3. Phân nhóm kích thước u trên siêu âm		
- Vi ung thư tuyến giáp (nhỏ hơn 10 mm)	164	84,0%
- Nhóm kích thước u từ 10 mm đến dưới 20 mm	31	16,0%
* Kích thước u trung bình: 8,21 $\pm$ 2,5 mm		
4. Số lượng tổn thương		
- Đơn độc (1 khối u)	147	75,4%
- Đa ổ (từ 2 khối u trở lên)	48	24,6%
5. Phân tầng nguy cơ trên siêu âm		
- Phân độ ACR TIRADS IV	137	70,3%
- Phân độ ACR TIRADS V	43	22,0%
- Phân độ khác (TIRADS III)	15	7,7%
6. Tế bào học (FNA) trước phẫu thuật		
- Nghi ngờ ác tính	100	51,3%

Đặc điểm bệnh nhân	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
- Xác định rõ ung thư	85	43,6%
- Lành tính/Không điển hình (mổ làm sinh thiết tức thì)	10	5,1%

Nhận xét: Chủ yếu gặp ở giới nữ chiếm tỷ lệ tuyệt đối là 97,4%. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 40,21 $\pm$ 8,56 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 30 đến 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,6%. Về đặc điểm khối u trên siêu âm: Kích thước u trung bình đánh giá được là 8,21 $\pm$ 2,5 mm. Đa số tổn thương thuộc nhóm vi ung thư tuyến giáp (kích thước nhỏ hơn 10 mm) chiếm đến 84,0% và có đặc điểm là dạng tổn thương đơn độc (1 khối u) chiếm tỷ lệ 75,4%.

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật

Các chỉ số phẫu thuật	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
1. Phương pháp phẫu thuật		
- Cắt thùy + eo + Vết hạch cổ trung tâm	180	92,3%
- Cắt tuyến giáp toàn bộ + Vết hạch cổ trung tâm	15	7,7%
2. Tỷ lệ chuyển đổi		
- Phẫu thuật thuận lợi qua nội soi	195	100,0%
- Phải chuyển sang mổ mở	0	0,0%
3. Thời gian phẫu thuật (phút)		
- Ngắn nhất	80	-
- Dài nhất	120	-
- Trung bình toàn hệ thống	95 $\pm$ 7	-
Vi di căn hạch cổ trung tâm sau mổ	29	14,9%

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân được áp dụng phương pháp phẫu thuật bảo tồn (cắt thùy + eo và vết hạch cổ trung tâm) chiếm 92,3%, do tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn tương đối cao^{4,5,8} nên tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều vết hạch cổ trung tâm dự phòng. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

Bảng 3. Đánh giá vết hạch và đánh giá phẫu thuật

Các chỉ số lâm sàng	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Giá trị trung bình
1. Số lượng hạch cổ trung tâm	3	9	4,98 $\pm$ 2,12
2. Mức độ đau theo VAS			
- Ngày thứ 1 sau mổ (điểm)	2	4	3,1 $\pm$ 0,21
- Ngày thứ 2 sau mổ (điểm)	1	3	2,1 $\pm$ 0,31
3. Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	3	5	3,75 $\pm$ 0,87

Nhận xét: Số lượng hạch cổ trung tâm vết được trung bình đạt gần 5 hạch mỗi bệnh nhân, hỗ trợ tốt cho việc đánh giá giai đoạn bệnh sau mổ. Mức độ đau sau mổ giảm nhanh từ ngày thứ nhất sang ngày thứ hai, thời gian nằm viện hậu phẫu ngắn.

Bảng 4. Đặc điểm biến chứng sớm sau mổ

Các biến chứng theo dõi	Không gặp (n)	Có gặp (n)	Tỷ lệ (%)	Thời gian hồi phục
1. Bầm tím dưới da vùng cổ	174	21	10,8%	4 $\pm$ 2,1 ngày
2. Khàn tiếng tạm thời	187	8	4,1%	10 ngày
3. Khàn tiếng vĩnh viễn	195	0	0%	
3. Tụ dịch phẫu trường	189	6	3,07%	14 ngày
4. Suy cận giáp tạm thời	193	2	1,0%	14 ngày

Các biến chứng theo dõi	Không gặp (n)	Có gặp (n)	Tỷ lệ (%)	Thời gian hồi phục
5. Suy cận giáp vĩnh viễn	195	0	0%	
5. Tổn thương thần kinh cảm	195	0	0,0%	-
6. Chảy máu thứ phát/ Mổ lại	195	0	0,0%	-

Nhận xét: Biến chứng sớm hay gặp nhất là bầm tím dưới da (10,8%), chủ yếu liên quan đến kỹ thuật tạo khoang và lấy bệnh phẩm. Tất cả các biến chứng (khàn tiếng, tụ dịch, suy cận giáp) đều mang tính chất tạm thời và tự hồi phục hoàn toàn sau 10 đến 14 ngày điều trị nội khoa thông thường.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ và chẩn đoán

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân UTG thể nhú được chỉ định mổ nội soi qua đường miệng là $40,21 \pm 8,56$ tuổi, chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi trẻ 30-50 tuổi (chiếm 75%) và hầu hết là nữ giới (97,4%). Dữ liệu dịch tễ này hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả trong nước sử dụng kỹ thuật TOETVA như Nguyễn Xuân Hậu (35,5 $\pm$ 9,1 tuổi) hay Ngô Quốc Duy (29,3 $\pm$ 7,4 tuổi).^{4,5}

Đáng chú ý, có tới 94,4% bệnh nhân đến viện mà không hề có triệu chứng lâm sàng, bệnh được phát hiện hoàn toàn nhờ siêu âm kiểm tra sức khỏe định kỳ. Điều này phản ánh thực tế sự phát triển của y học dự phòng giúp phát hiện tổn thương ung thư tuyến giáp ở giai đoạn rất sớm. Kích thước u trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $8,21 \pm 2,5$ mm, trong đó tỷ lệ vi ung thư tuyến giáp (microcarcinoma) chiếm ưu thế tuyệt đối (84%). Chỉ số này rất tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Hậu và cộng sự khi ứng dụng phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng cho nhóm vi ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm.^{4,6}

4.2. Tính khả thi và an toàn của phương pháp TOETVA

Phẫu thuật TOETVA chứng minh tính khả thi tuyệt đối với tỷ lệ thành công 100%, không có trường hợp nào phải chuyển sang phẫu thuật mở. Xu hướng điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn sớm hiện nay trên thế giới và theo cập nhật NCCN đang dịch chuyển dần sang phẫu thuật bảo tồn chức năng nhằm nâng cao chất lượng sống dài hạn cho người bệnh trẻ tuổi.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ cắt thùy và eo chiếm 92,3%, tương đương với tỷ lệ của Nguyễn Xuân Hậu (83,9%) và Ngô Quốc Duy (86,67%).^{4,5}

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 95 ± 7 phút. Kết quả này nằm trong khoảng tối ưu so với các nghiên cứu trong nước: Nguyễn Xuân Hậu là $96,7 \pm 24,9$ phút, Ngô Quốc Duy tại Bệnh viện K là 105,5 phút, nhưng vẫn dài hơn một chút so với tác giả Anuwong nước ngoài (78,6 phút) - điều này chủ yếu do đường cong huấn luyện và kinh nghiệm tích lũy của phẫu thuật viên.^{3,4,5}

Mức độ đau sau mổ TOETVA rất thấp (VAS ngày 1 là $3,1 \pm 0,21$ điểm và giảm nhanh sang ngày 2 còn $2,1 \pm 0,31$ điểm), người bệnh hoàn toàn không cần sử dụng thuốc giảm đau bổ sung, giúp nâng cao khả năng vận động sớm. Thời gian nằm viện trung bình ngắn ($3,75 \pm 0,87$ ngày), giúp tối ưu hóa chi phí điều trị và giảm tải cho cơ sở y tế.

4.3. Kiểm soát hạch cổ và biến chứng

Mặc dù nhóm đối tượng nghiên cứu là giai đoạn sớm chưa phát hiện hạch cổ trên siêu âm, việc vét hạch cổ trung tâm dự phòng hệ thống vẫn vô cùng quan trọng do tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn (occult metastasis) trong UTG thể nhú

tương đối cao.⁸ Số lượng hạch vét được trung bình ở nghiên cứu này là $4,98 \pm 2,12$ hạch, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Ahn ($3,19 \pm 2,89$ hạch).⁹ Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận 14,9% có vi di căn hạch thực tế, khẳng định tính đúng đắn và triệt căn của phẫu thuật nội soi qua đường miệng.

Về biến chứng, khàn tiếng tạm thời (4,1%) và suy cận giáp tạm thời (1%) trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong giới hạn an toàn thấp hơn hoặc tương đương y văn quốc tế (Anuwong ghi nhận tỷ lệ khàn tiếng tạm thời là 4%, hạ canxi máu tạm thời là 10,9%).³ Việc ứng dụng dao siêu âm cẩn trọng và đi đúng lớp mạc cổ giúp bảo tồn tối đa các cấu trúc quan trọng này. Đặc biệt, biến chứng tổn thương thần kinh cảm (gây tê môi dưới và cằm) hoàn toàn không xảy ra nhờ việc tuân thủ kỹ thuật đặt các trocar 5mm ở vị trí ngang mức hoặc phía ngoài răng nanh.²

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế. Đây là nghiên cứu đơn trung tâm, thiết kế mô tả và chưa có nhóm chứng so sánh trực tiếp với phẫu thuật mở mở hoặc nội soi nhiều lỗ. Thời gian theo dõi còn ngắn nên chưa đánh giá được đầy đủ kết quả ung thư học lâu dài như tái phát và sống thêm. Ngoài ra, nghiên cứu chưa sử dụng các thang điểm chuẩn hóa để đánh giá chất lượng sống và mức độ hài lòng thẩm mỹ sau phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 195 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng (TOETVA) tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, chúng tôi rút ra một số kết luận:

Phẫu thuật TOETVA bước đầu cho thấy tính khả thi và an toàn cao. Thời gian phẫu thuật trung bình 95 ± 7 phút, số lượng hạch cổ trung tâm vét được trung bình $4,98 \pm 2,12$ hạch.

Phương pháp giúp người bệnh ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn ($3,75 \pm 0,87$ ngày), tỷ lệ biến chứng thấp và mang tính chất tạm thời, không để lại sẹo trên da giúp nâng cao tối đa chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018; 68(6):394-424.
- [2] Anuwong A. Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. *World J Surg*. 2016;40(3):491-497.
- [3] Anuwong A, Ketwong K, Jitpratoom P, Sasanakietkul T, Duh QY. Safety and Outcomes of the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. *JAMA Surg*. 2018;153(1):21-27.
- [4] Nguyễn Xuân Hậu, Nguyễn Xuân Hiền. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư tuyến giáp được phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng. *Tạp chí Y học Việt Nam (VMJ)*. 2022;516(2).
- [5] Ngô Quốc Duy, Ngô Xuân Quảng. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng trong điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam (VMJ)*. 2021;509(2).
- [6] Nguyen HX, Nguyen HX, Nguyen HV, Nguyen LT, Nguyen TTP, Le QV. Transoral Endoscopic Thyroidectomy by Vestibular Approach with Central Lymph Node Dissection for Thyroid Microcarcinoma. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2021;31(4):410-415.
- [7] Jiang WJ, Yan PJ, Zhao CL, et al. Comparison of Total Endoscopic Thyroidectomy with Conventional Open Thyroidectomy for Treatment of Papillary Thyroid Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Surg Endosc*. 2020;34(5):1891-1903.
- [8] Kim SY, Kim SM, Makay O, et al. Transoral endoscopic thyroidectomy using the vestibular approach with an endoscopic retractor in thyroid cancer: experience with the first 132 patients. *Surg Endosc*. 2020;34(12):5414-5420.
- [9] Ahn JH, Yi JW. Transoral endoscopic thyroidectomy for thyroid carcinoma: outcomes and surgical completeness in 150 single-surgeon cases. *Surg Endosc*. 2020;34(2):861-867.