Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 35-38

# EVALUATE THE SURGICAL OUTCOMES OF TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY (TOETVA) TREATED MALE THYROID CANCER PATIENTS

Luu Huong Ly[1*], Nguyen Xuan Hau[1,2], Pham Huy Tan[3]

[1]*Department of Oncology, Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam*
[2]*Oncology Center, Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam*
[3]*Family Medicine and Community Health Center, Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 29/05/2026
Revised: 24/07/2026; Accepted: 18/09/2026

## ABSTRACT

**Objectives:** This study is aimed at evaluating the effectiveness of the transoral endoscopic thyroidectomy (TOETVA) in the treatment of thyroid cancer in male patients.

**Patients and methods:** A prospective study was conducted on 51 male thyroid cancer patients treated with TOETVA from January 2019 to June 2024 at Hanoi Medical University Hospital.

**Results:** The mean patient age was 31.5 (17-56 years old), with 88.2% having solitary tumors, mostly in the right lobe (54.9%). Papillary thyroid carcinoma (94.1%) was the predominant result. The mean tumor size was 8.4 mm. Lobectomies comprised 96.1% of surgeries. The average operative time was 84.9 (60-150) min, and blood loss was minimal 6.7 (5-15) ml. Postoperative complications included transient hoarseness (3.9%) and mouth-opening difficulty (1.96%), with no permanent severe hypocalcemia or hoarseness. No cases of completion thyroidectomy or conversion to open surgery due to TOETVA failure were recorded. On average, 5 (0-16) lymph nodes were harvested, with a median of 2 (0-10) malignant nodes. Most tumors were T1 (96.1%), and pN1a was observed in 43.1% of the cases. Patient satisfaction with cosmetic results was high.

**Conclusions:** TOETVA is a safe and effective treatment for male patients with early-stage thyroid cancer, offering minimal complications and excellent cosmetic results.

***Keywords:*** Thyroid cancer in male patients, thyroid cancer, TOETVA.

*Corresponding author
**Email:** huonglyluu.work@gmail.com **Phone:** (+84) 966374806 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6609

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG TIỀN ĐÌNH MIỆNG (TOETVA) ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP Ở BỆNH NHÂN NAM GIỚI

Lưu Hương Ly[1*], Nguyễn Xuân Hậu[1,2], Phạm Huy Tần[3]

[1]*Bộ môn Ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam*
[2]*Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam*
[3]*Trung tâm Y học gia đình và Chăm sóc sức khỏe cộng đồng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận: 29/05/2026
Ngày sửa: 24/07/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này tập trung đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng (TOETVA) điều trị ung thư tuyến giáp ở bệnh nhân nam giới.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành trên 51 bệnh nhân nam giới có chẩn đoán ung thư tuyến giáp, được điều trị bằng phương pháp TOETVA từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2024 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân bao gồm khối u tuyến giáp có đường kính < 2 cm, không xâm lấn ngoài tuyến giáp và không phát hiện di căn hạch trước phẫu thuật.

**Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 31,5 (17-56 tuổi), 88,2% bệnh nhân có u đơn ổ, kích thước u trung bình là 8,4 mm. Thể mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú (94,1%). Phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp chiếm 96,1%. Các biến chứng sau mổ đa phần bao gồm khàn tiếng (3,9%), hạn chế há miệng (1,96%), không có trường hợp nào hạ canxi máu hay khàn tiếng vĩnh viễn. Trung bình có 5 (0-16) hạch bạch huyết được lấy bỏ, với số lượng hạch ác tính là 2 (0-10). Đa phần khối u được chẩn đoán ở giai đoạn T1 (96,1%) và pN1a (43,1%). Đánh giá sau phẫu thuật, bệnh nhân đạt mức độ hài lòng cao về hiệu quả thẩm mỹ của kỹ thuật này.

**Kết luận:** TOETVA là một lựa chọn an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân nam giới được chẩn đoán ung thư tuyến giáp ở giai đoạn sớm.

***Từ khóa:*** Ung thư tuyến giáp ở nam giới, ung thư tuyến giáp, TOETVA.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN (2022), ung thư tuyến giáp chiếm 9,1% bệnh ung thư trên toàn thế giới với 821.214 ca mới mắc, đứng thứ 7 trong nhóm bệnh ung thư thường gặp. Ở nữ giới, ung thư tuyến giáp đứng thứ 5 trong số bệnh ung thư; tuy nhiên ở nam giới, bệnh lý ung thư tuyến giáp đứng thứ 15 trong số bệnh ung thư thường gặp [1].

Mặc dù ung thư tuyến giáp không phổ biến ở nam giới, nhiều nghiên cứu hồi cứu không đối chứng với cỡ mẫu lớn đã chỉ ra rằng nam giới có tiên lượng bệnh xấu hơn nữ giới [2]. Theo nghiên cứu của Gajowiec A và cộng sự trên 1358 bệnh nhân nữ và 158 bệnh nhân nam được chẩn đoán ung thư tuyến giáp, kết quả cho thấy 7,4% bệnh nhân nam có khối u > 40 mm (tỷ lệ này là 2,4% ở nhóm bệnh nhân nữ), tỷ lệ u xâm lấn mạch máu ở nam và nữ lần lượt là 7,9% và 4,2%. Nghiên cứu này cũng chỉ ra điểm khác biệt quan trọng về tỷ lệ hạch di căn giữa hai giới với 23,8% bệnh nhân nam được chẩn đoán ở giai đoạn pN1a, pN1b, trong khi đó ở nữ giới là 13,2% [3].

Trong những năm gần đây, tỷ lệ chẩn đoán ung thư tuyến giáp ở giai đoạn sớm ngày càng tăng. Điều này dẫn tới nhu cầu phát triển những kỹ thuật điều trị không chỉ đạt hiệu quả cao mà còn đảm bảo tính thẩm mỹ cho người bệnh. Từ đó, phương pháp phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng (TOETVA) ra đời nhằm đáp ứng những mong muốn này. Tuy nhiên, đa phần những nghiên cứu trước đây về phương pháp này tập trung trên nhóm bệnh nhân nữ giới. Từ những khác biệt về đặc điểm giải phẫu, giai đoạn chẩn đoán giữa hai giới, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật TOETVA trên nhóm bệnh nhân nam giới.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2024, 51 bệnh nhân nam giới có chẩn đoán ung thư tuyến giáp đã được điều trị phẫu thuật TOETVA tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Kết quả chọc hút tế bào kim nhỏ (FNA) nhóm Bethesda V-VI theo phân loại Bethesda 2018; kích thước u < 2 cm (giai đoạn T1 theo AJCC phiên bản 8); không phát hiện hạch di căn qua siêu âm tuyến giáp trước mổ (giai đoạn N0 theo AJCC phiên bản 8); không có bằng chứng xâm lấn ngoài tuyến giáp trên siêu âm tuyến giáp trước mổ; khối u không nằm ở phía sau hoặc cực trên của tuyến giáp.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Tiền sử phẫu thuật hoặc xạ trị vùng cổ; khối u giai đoạn T3-T4; nhiễm khuẩn vùng miệng; ung thư tuyến giáp di căn (giai đoạn M1 theo AJCC phiên bản 8).

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu quan sát hồi cứu, đánh giá kết quả trước và sau phẫu thuật. Toàn bộ phẫu thuật được thực hiện bởi cùng phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi. Bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

- Quy trình kỹ thực hiện kỹ thuật TOETVA đã được trình bày trong các nghiên cứu trước đây của chúng tôi [5], [9].

- Đánh giá kết quả dựa trên các yếu tố: số hạch cổ vét được, số lượng hạch di căn, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, biến chứng sau phẫu thuật. Các biến chứng sau mổ bao gồm: khàn tiếng, hạn chế há miệng, hạ canxi máu (nồng độ canxi máu < 7 mg/dL), tê bì vùng cằm, tụ máu và tụ dịch vết mổ.

*Tác giả liên hệ
**Email:** huonglyluu.work@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 966374806 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6609

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

### 2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (số 946/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 14/5/2023).

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 51)**

| Đặc điểm | | Kết quả | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|---|
| Tuổi bệnh nhân (tuổi) | | 31,5 (17-56) | |
| BMI (kg/m$^2$) | | 24,15 (20,7-29,07) | |
| Khoảng cách cằm-giáp (cm) | > 6 cm | 36 | 70,6 |
| | ≤ 6 cm | 15 | 29,4 |
| Số lượng u | 1 u | 45 | 88,2 |
| | 2 u | 5 | 9,8 |
| | 3 u | 1 | 2,0 |
| Vị trí u | Thùy phải | 28 | 54,9 |
| | Thùy trái | 19 | 37,3 |
| | Hai thùy | 4 | 7,8 |
| Kích thước u (mm) | | 8,4 (2,4-19 mm) | |
| Đặc điểm khối u trên siêu âm theo phân loại TIRADS | TIRADS 3 | 4 | 7,8 |
| | TIRADS 4 | 28 | 54,9 |
| | TIRADS 5 | 19 | 37,3 |
| Kết quả chọc hút tế bào kim nhỏ (FNA) | Nhóm 5 | 22 | 43,1 |
| | Nhóm 6 | 29 | 56,9 |

Về đặc điểm lâm sàng, tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 31,5 tuổi (17-56 tuổi), với BMI trung bình là 24,15 kg/m2. Đa phần bệnh nhân có khoảng cách cằm-giáp trên 6 cm (70,6%). Về đặc điểm khối u, 88,2% bệnh nhân có khối u đơn ổ, trong đó khối u thùy trái chiếm 37,3%, u thùy phải chiếm 54,9% và u cả hai thùy chiếm 7,8%. Kích thước u dao động từ 2,4-19 mm với kích thước trung bình là 8,4 mm. Phân loại TIRADS 4 chiếm 54,9% trong khi nhóm TIRADS 5 chiếm 37,3%. Chọc hút tế bào kim nhỏ cho kết quả nhóm 5 và nhóm 6 lần lượt là 43,1% và 56,9%.

**Bảng 2. Kết quả sau phẫu thuật (n = 51)**

| Đặc điểm | | Kết quả | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|---|
| Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ | Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú | 48 | 94,1 |
| | Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú biến thể có vỏ | 1 | 2,0 |
| | Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú biến thể nang | 2 | 3,9 |
| Số hạch vét được | | 5 (0-16) | |
| Số hạch di căn | | 2 (0-10) | |
| Giai đoạn sau mổ | T1 | 49 | 96,1 |
| | T2 | 0 | 0 |
| | T3b | 2 | 3,9 |
| | T4 | 0 | 0 |
| Giai đoạn sau mổ | N0 | 29 | 56,9 |
| | N1a | 22 | 41,3 |
| Loại phẫu thuật | Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp | 2 | 3,9 |
| | Phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp | 49 | 96,1 |
| Lượng máu mất trong mổ (ml) | | 6,7 (5-15) | |
| Thời gian phẫu thuật (phút) | | 84,9 (60-150) | |
| Thời gian nằm viện (ngày) | | 4,7 (2-9) | |

Về kết quả sau phẫu thuật, thể giải phẫu bệnh phổ biến nhất là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú (94,1%). Số hạch lympho trung bình vét được là 5 hạch (0-16 hạch), trong đó số hạch di căn trung bình là 2 hạch (0-10 hạch). Sau phẫu thuật, đa phần bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn T1 (96,1%), có 2 trường hợp (3,9%) thuộc giai đoạn T3b, 56,9% bệnh nhân giai đoạn N0 và 43,1% thuộc giai đoạn N1a. Phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp chiếm 96,1% trong khi phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm 3,9%, không ghi nhận trường hợp nào cần chuyển sang phẫu thuật mở do khó khăn trong thực hiện kỹ thuật TOETVA. Lượng máu mất trung bình trong mổ là 6,7 ml. Thời gian phẫu thuật trung bình là 84,9 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 4,7 ngày.

Về các yếu tố ảnh hưởng tới quá trình phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy rằng bệnh nhân với cân nặng chuẩn (BMI < 24,9 kg/m2) so với nhóm bệnh nhân thừa cân (BMI > 25 kg/m$^2$) có thời gian phẫu thuật dài hơn (85 phút và 70 phút), lượng máu mất trong mổ nhiều hơn (6,4 ml và 6,0 ml), thời gian nằm viện dài hơn (4,9 ngày với 3,2 ngày), tuy nhiên các khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p = 0,05). Tương tự, với nhóm bệnh nhân có khoảng cách cằm-giáp ≤ 6 cm cũng có thời gian phẫu thuật ngắn hơn nhóm có khoảng cách cằm-giáp > 6 cm (82 phút so với 84 phút), tuy nhiên sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê (p = 0,05). Nhóm bệnh nhân có khoảng cách cằm-giáp > 6 cm so với nhóm có khoảng cách cằm-giáp ≤ 6 cm có lượng máu mất trong mổ cao hơn (6,7 ml so với 5,0 ml, p = 0,001), thời gian nằm viện dài hơn (5,0 ngày so với 3,7 ngày, p = 0,048). Các biến chứng sau mổ xuất hiện hạn chế với 2 trường hợp khàn tiếng (chiếm 4,8%) và 1 trường hợp hạn chế há miệng (chiếm 2,4%). Một số biến chứng khác như hạ canxi máu, tụ máu, tụ dịch vết mổ, hạn chế di động vùng cổ, khó nuốt không ghi nhận trường hợp nào. Theo nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ các biến chứng trên đều được hồi phục trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật.

## 4. BÀN LUẬN

Từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2024, có 51 bệnh nhân nam chẩn đoán ung thư tuyến giáp được thực hiện phẫu thuật TOETVA tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nhóm bệnh nhân này có độ tuổi từ 17-56, trung bình 31,5 tuổi. Độ tuổi này trẻ hơn so với đa phần các nghiên cứu trước đó (32-37 tuổi) [4-5]. Điều này có thể do chúng tôi lựa chọn bệnh nhân trẻ tuổi hơn cho phẫu thuật TOETVA với mong muốn hạn chế những bất lợi về mặt giải phẫu và khả năng hồi phục tốt hơn sau phẫu thuật. Ngoài ra, bệnh nhân trẻ tuổi thường có những yêu cầu cao hơn về mặt thẩm mỹ và việc lựa chọn TOETVA được ưu tiên.

Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình trong nghiên cứu là 24,15 kg/m$^2$. BMI là một trong những yếu tố quan trọng, trong đó BMI cao có thể gây hạn chế bộc lộ vùng cổ khi chuẩn bị tư thế bệnh nhân, đồng thời gây khó khăn trong tạo khoang phẫu thuật. Việc chuẩn bị tư thế cổ tốt với cổ ưỡn tối đa đóng vai trò quan trọng trong thực hiện phẫu thuật TOETVA, tạo thuận lợi quan sát trường phẫu thuật. Điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu về phẫu thuật tuyến giáp đã được thực hiện trước đây, BMI được coi là yếu tố tiên lượng về mức độ khó khăn khi thực hiện phẫu thuật [6].

Một yếu tố khác ảnh hưởng tới quá trình thực hiện phẫu thuật TOETVA là khoảng cách cằm-giáp. Theo kết quả nghiên cứu

của chúng tôi, 70,6% bệnh nhân có khoảng cách cằm-giáp trên 6 cm và 29,4% bệnh nhân có khoảng cách cằm-giáp ≤ 6 cm. Trong phẫu thuật tuyến giáp, khoảng cách cằm-giáp ngắn không chỉ gây khó khăn trong gây mê mà còn là rào cản trong tiến hành phẫu thuật. Khoảng cách cằm-giáp ngắn gây hạn chế bộc lộ vùng cổ của bệnh nhân. Mặc dù chưa có nghiên cứu nào chỉ ra ý nghĩa của khoảng cách cằm-giáp trong phẫu thuật TOETVA, các nghiên cứu trên phẫu thuật tuyến giáp bằng đường mổ mở chỉ ra rằng khả năng ưỡn cổ và chiều dài cổ là yếu tố tiên lượng liên quan tới kéo dài thời gian phẫu thuật [7].

Về đặc điểm khối u, 88,2% bệnh nhân có u đơn ổ và 11,8% bệnh nhân có u đa ổ. Kích thước u trung bình là 8,4 mm (2,4-19 mm). Thể giải phẫu bệnh phổ biến nhất là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú (94,1%), kết quả này tương đồng với số liệu thống kê trên thế giới. Phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp chiếm 96,1% và phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm 3,9%. Đáng chú ý là không có trường hợp nào cần chuyển sang phẫu thuật mở trong quá trình thực hiện kỹ thuật TOETVA. Điều này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Anuwong A với tỷ lệ 100% ca phẫu thuật TOETVA thành công trên nhóm 60 bệnh nhân [8]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn T3b trong mổ do khối u phá vỏ xâm lấn cơ. Những bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm sẽ được điều trị bổ trợ tiếp bằng Iod phóng xạ. Trong thời gian theo dõi 12 tháng sau mổ, không ghi nhận trường hợp nào có tổn thương tái phát. Kết quả này đồng nhất với những báo cáo trước đây về hiệu quả điều trị và tính an toàn của kỹ thuật TOETVA kết hợp Iod phóng xạ cho bệnh nhân ung thư tuyến giáp nguy cơ trung bình và cao [9].

Số hạch vét được trung bình là 5 với 2 hạch di căn carcinoma. Thời gian phẫu thuật trung bình là 84,9 phút (60-150 phút) và lượng máu mất trong mổ trung bình là 6,7 ml. Bệnh nhân hồi phục sau phẫu thuật tương đối nhanh với thời gian nằm viện trung bình là 4,7 ngày. So sánh với các nghiên cứu được tiến hành trước đó, TOETVA thường có thời gian phẫu thuật dài hơn so với phẫu thuật mở do phẫu thuật TOETVA đòi hỏi thêm một số bước như đặt trocar, tạo khoang phẫu thuật. Tuy nhiên, thời gian thực hiện phẫu thuật TOETVA sẽ được giảm xuống đáng kể bởi những phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Chúng tôi cũng tiến hành các kiểm định thống kê để đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố như BMI, khoảng cách cằm-giáp lên kết quả phẫu thuật. Kết quả cho thấy một số bất lợi về mặt giải phẫu không ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật.

Biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi xuất hiện rất hạn chế. Khàn tiếng tạm thời được quan sát thấy ở 2 bệnh nhân (3,9%) và chỉ 1 bệnh nhân (2%) gặp hạn chế há miệng. Không ghi nhận trường hợp nào khàn tiếng vĩnh viễn, suy tuyến cận giáp, nhiễm khuẩn hay tụ máu vết mổ. Đa số bệnh nhân có triệu chứng đau mức độ nhẹ sau phẫu thuật và không cần sử dụng thuốc giảm đau. Mức độ hài lòng của bệnh nhân về tính thẩm mỹ sau phẫu thuật cao.

Bên cạnh đó, sự khác biệt về đặc điểm giải phẫu giữa hai giới cũng ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật. Ở nam giới, nhóm cơ dưới hàm và cơ trên xương móng chắc khỏe gây khó khăn trong việc tạo khoang phẫu thuật. Nhóm cơ này bao gồm: cơ vòng miệng, cơ hạ môi dưới, cơ hạ góc miệng. Trong phẫu thuật TOETVA, đường hầm chính được tạo nên bên dưới nhóm cơ này, dọc theo màng xương hàm nhằm hạn chế tổn thương cơ và chảy máu. Ngoài ra, nhóm cơ này liên kết với cơ bám da cổ, đòi hỏi phẫu tích cẩn thận tránh làm tổn thương da nhưng vẫn đảm bảo không gian cho phẫu thuật. Cấu trúc sụn giáp lớn và dây chằng Berry chắc khỏe khiến tuyến giáp liên kết chặt chẽ với các cấu trúc lân cận, đặc biệt là dây thần kinh thanh quản quặt ngược. Những đặc điểm này đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong việc bảo tồn dây thần kinh thanh quản quặt ngược. Trong phẫu thuật TOETVA, phẫu thuật viên sẽ đứng ở phía đầu của bệnh nhân, do đó kích thước sụn giáp lớn ở nam giới có thể cản trở trường phẫu thuật, hạn chế tầm nhìn của phẫu thuật viên, gây khó khăn trong việc di chuyển dụng cụ phẫu thuật. Theo Anuwong A và cộng sự, tỷ lệ tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược tạm thời là 5,9%, suy tuyến cận giáp tạm thời chiếm 10,9% và không ghi nhận các biến chứng vĩnh viễn [4]. Wang Y và cộng sự cũng cho thấy hiệu quả điều trị bệnh tương đồng của phẫu thuật TOETVA so với phẫu thuật mổ mở truyền thống, bên cạnh hiệu quả vượt trội về mặt thẩm mỹ [10]. Hiệu quả thẩm mỹ là một ưu điểm quan trọng của phương pháp TOETVA với sự hài lòng cao về phẫu thuật không để lại sẹo ở tất cả các bệnh nhân.

Mặc dù phẫu thuật TOETVA cho thấy hiệu quả cao về phẫu thuật và tính thẩm mỹ trên bệnh nhân nam giới, nghiên cứu của chúng tôi vẫn tồn tại một số hạn chế như cỡ mẫu nhỏ, còn thiếu sự theo dõi lâu dài sau phẫu thuật. Những nghiên cứu trong tương lai trên quần thể lớn hơn với sự theo dõi định kỳ dài hơn là cần thiết để đánh giá cụ thể và toàn diện hơn về hiệu quả của phẫu thuật TOETVA, nguy cơ tái phát bệnh trên nhóm bệnh nhân nam giới, từ đó giúp hoàn thiện chỉ định lựa chọn bệnh nhân và cải thiện quy trình phẫu thuật.

## 5. KẾT LUẬN

TOETVA là lựa chọn an toàn và hiệu quả cho nhóm bệnh nhân nam giới được chẩn đoán ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm với biến chứng sau mổ ít và hiệu quả cao về mặt thẩm mỹ. Cần những nghiên cứu trên quy mô rộng hơn để mở rộng phạm vi ứng dụng của phẫu thuật này.

Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả trước đó.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bray F, Laversanne M, Sung H et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer J Clinicians, 2024, 74 (3): 229-263. doi: 10.3322/caac.21834.

[2] Suteau V, Munier M, Briet C, Rodien P. Sex bias in differentiated thyroid cancer. Int J Mol Sci, 2021, 22 (23): 12992. doi: 10.3390/ijms222312992.

[3] Gajowiec A, Chromik A, Furga K et al. Is male sex a prognostic factor in papillary thyroid cancer? J Clin Med, 2021, 10 (11): 2438. doi: 10.3390/jcm10112438.

[4] 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.

[5] Nguyen X.H, Nguyen X.H et al. 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. doi: 10.1089/lap.2020.0411.

[6] Rind F, Zhao S, Haring C et al. Body mass index (BMI) related morbidity with thyroid surgery. Laryngoscope, 2023, 133 (10): 2823-2830. doi: 10.1002/lary.30789.

[7] De Cassai A, Boscolo A, Rose K, Carron M, Navalesi P. Predictive parameters of difficult intubation in thyroid surgery: a meta-analysis. Minerva Anestesiol, 2020, 86 (3): 317-326. doi: 10.23736/S0375-9393.19.14127-2.

[8] 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

[9] Nguyen X.H, Nguyen X.H, Nguyen T.L et al. Transoral endoscopic thyroidectomy by vestibular approach for differentiated thyroid cancer intraoperatively invading strap muscle. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2021, 32 (2): 172-175. doi: 10.1097/SLE.0000000000001020.

[10] Wang Y, Zhang Z, Zhao Q et al. Transoral endoscopic thyroid surgery via the tri-vestibular approach with a hybrid space-maintaining method: a preliminary report. Head Neck, 2018, 40 (8): 1774-1779. doi: 10.1002/hed.25157.