

DOI: 10.58490/ctump.2024i74.2617

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT SISTRUNK TRONG ĐIỀU TRỊ NANG GIÁP - MÓNG TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022-2024

Trần Thụy Tuyết Mai^{1*}, Nguyễn Kỳ Duy Tâm²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Nhi Đồng Thành phố Cần Thơ

*Email: 21315510207@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25/4/2024

Ngày phản biện: 26/5/2024

Ngày duyệt đăng: 27/5/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nang giáp - móng là dị tật bẩm sinh phổ biến nhất ở cổ, do sự thoái hóa không hoàn toàn ống giáp – lưỡi nối từ đáy lưỡi tới tuyến giáp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả phẫu thuật Sistrunk trên bệnh nhân nang giáp - móng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu có can thiệp lâm sàng trên 38 bệnh nhân nang giáp - móng được phẫu thuật Sistrunk tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ. Thời gian từ tháng 6-2022 đến tháng 4-2024. **Kết quả:** Nang giáp - móng gặp nhiều ở nam giới (60,5%), chủ yếu ở bệnh nhân ≥ 41 tuổi (47,7%). Thời gian mang bệnh của bệnh nhân thường là 1-5 năm (57,9%). Nang giáp - móng thường không biểu hiện triệu chứng (94,8%), nang di động theo nhịp nuốt (100%). Vị trí nang ở đường giữa trước cổ (86,85%) và trên màng giáp móng (57,9%). Nang thường có đường kính 10-30mm (71,1%). Thể mô bệnh học gặp chủ yếu là thể biểu mô lát tầng không sừng hóa (52,6%). Biến chứng sau phẫu thuật của thủ thuật Sistrunk (7,9%) chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ và tụ máu. Tỷ lệ tái phát là 0%. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $3,1 \pm 1,5$ ngày. **Kết luận:** Nang giáp móng phổ biến ở nam giới. Hầu hết bệnh nhân đều không có triệu chứng. Nang thường nằm ở đường giữa cổ và biểu hiện chuyển động theo nhịp nuốt. Đánh giá hiệu quả của phương pháp Sistrunk: Tỷ lệ biến chứng thấp 7,9%. Không có trường hợp nào tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật tương đối ngắn ($3,1 \pm 1,5$ ngày).

Từ khóa: Nang giáp - móng, phẫu thuật Sistrunk, bệnh viện.

ABSTRACT

STUDY ON CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF SISTRUNK PROCEDURE IN THYROGLOSSAL CYST TREATMENT IN CAN THO CITY IN 2022-2024

Tran Thuy Tuyet Mai^{*1}, Nguyen Ky Duy Tam²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Children's Hospital

Background: Thyroglossal cyst is the most popular congenital malformation of the neck, due to an incomplete involution of the thyroglossal duct connecting the base of the tongue to the thyroid. **Objectives:** To describe the clinical and subclinical characteristics and to evaluate the effectiveness of Sistrunk procedure on patients with thyroglossal cyst. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study, prospective design with clinical interventions on 38 cases of thyroglossal duct cyst were doing Sistrunk procedure at Can Tho Children's Hospital and Can Tho Oncology Hospital from June 2022 to April 2024. **Results:** Thyroglossal cyst was more popular in men than women (60.5%), primarily in patients ≥ 41 years old (47.4%). The patient's duration of illness was usually 1-5 years

(57.9%). Thyroglossal cyst was typically asymptomatic (94.8%), the cyst moveable along with rhythm swallow (100%). The position of cyst was merely in the anterior midline of the neck (86.85%) and above thyroglossal membrane (57.9%). The cysts were usually 1–30 mm in diameter (71.1%). Histopathological characteristics: Nonkeratinizing squamous cell carcinoma (52.6%). The postoperative complications of Sistrunk procedure (7.9%) were mainly wound infection and hematoma. The recurrence rate was 0%. The average hospital stay after surgery was 3.1 ± 1.5 days. **Conclusions:** Thyroglossal cyst is more popular in men. Most patients are asymptomatic. The cyst is largely in the anterior midline of the neck and displays movement with rhythm swallow. Evaluation of effectiveness of Sistrunk's procedure: Low rates of complications (7.9%). There were recurrences in our study. The average hospital stay after surgery is relatively short (3.1 ± 1.5 days).

Keywords: Thyroglossal cyst, Sistrunk procedure, hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang giáp – móng là nguyên nhân gây khối bất thường bẩm sinh vùng cổ thường gặp nhất, chiếm 70% các nang bẩm sinh vùng cổ giữa và khoảng 7% dân số [1]. Được hình thành do ống giáp lưỡi không thoái hóa từ tuần 5-8 trong thời kỳ phôi thai [2].

Về mặt điều trị, phẫu thuật loại bỏ nang là tiêu chuẩn vàng. Có nhiều phương pháp phẫu thuật nang giáp - móng khác nhau, mỗi phương pháp đều có ưu và nhược điểm. Từ năm 1920, dựa trên những nghiên cứu phôi thai học về sự hình thành và di chuyển tuyến giáp của Wenglowski, Sistrunk thấy rằng trong phẫu thuật nang giáp móng cần cắt phần thân xương móng và lấy bỏ khối cơ đáy lưỡi có chứa đường rò từ phía trên xương móng tới sát lỗ tịt, theo cách thức phẫu thuật này thì tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật giảm rõ rệt [3].

Ở Việt Nam, nang giáp – móng có không ít trường hợp tái phát, việc chẩn đoán và phân loại lâm sàng còn gặp nhiều khó khăn do các thể lâm sàng đa dạng, biểu hiện lâm sàng của nang nghèo nàn. Cùng với việc nghiên cứu nang giáp - móng chưa được nhiều lắm.

Từ những ý nghĩa thực tiễn nêu trên, nghiên cứu này “Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật Sistrunk trong điều trị nang giáp - móng tại thành phố Cần Thơ năm 2022-2024” được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả phẫu thuật Sistrunk trên bệnh nhân nang giáp – móng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nang giáp - móng và phẫu thuật Sistrunk tại Bệnh viện Nhi Đồng thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ từ tháng 6-2022 đến tháng 4-2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được siêu âm vùng cổ trước phẫu thuật, có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ: Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, tiền sử, cách thức phẫu thuật, được lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh học nang sau mổ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân phẫu thuật nang - giáp móng bằng phương pháp khác không phải phẫu thuật Sistrunk, bệnh nhân không được chẩn đoán sau mổ là nang giáp - móng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu có can thiệp lâm sàng.
- **Cỡ mẫu:**

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2}{d^2} \cdot p(1 - p)$$

Với n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

α : Xác suất sai lầm loại I, chọn $\alpha = 0,05 \Rightarrow z = 1,96$.

$d = 0,07$ độ chính xác mong muốn. $p = 96\%$ (theo Nghiêm Đức Thuận và Bùi Đăng Minh Trí, 2012) [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chọn ra được 38 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn.

- Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, thời gian mang bệnh (thời gian từ khi phát hiện nang giáp - móng đến khi bệnh nhân nhập viện phẫu thuật lấy bỏ nang).

Các đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể (vị trí nang, kích thước nang, di động nang).

Đặc điểm cận lâm sàng: Xét nghiệm mô bệnh học nang (sau phẫu thuật).

Đánh giá hiệu quả phẫu thuật: 1 tháng, 3 tháng.

+ Theo dõi sự lành vết mổ và biến chứng: Vết mổ lành tốt là vết mổ khô, không sưng tấy đỏ, không đau. Nhiễm trùng vết mổ: Biểu hiện đau, tấy đỏ, sưng kéo dài, mưng mủ hoặc có mùi hôi ở vết mổ. Tụ máu hoặc tụ dịch vết mổ: cảm giác đau nhức, khó chịu, sờ vết mổ hơi ấm và có thể hơi nóng, sưng đỏ, bầm tím mảng rộng xuất hiện.

+ Theo dõi sự tái phát: Thời gian tái phát, tái phát dưới dạng nang hay lỗ rò.

+ Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: Là thời gian từ khi bệnh nhân phẫu thuật xong tới khi bệnh nhân xuất viện

- Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn người bệnh, thu thập thông tin qua bệnh án nghiên cứu. Đánh giá sự lành vết thương và sự tái phát nang giáp - móng ở lần tái khám.

- Phương pháp xử lý số liệu:

+ Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0.

+ Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất, tỷ lệ phần trăm.

+ Biến định tính được phân tích và so sánh bằng phép χ^2 .

+ Biến định lượng được phân tích bằng trung bình và độ lệch chuẩn.

+ Các số liệu sau khi xử trí sẽ được trình bày bằng phần mềm Excel 2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Thông tin chung		Tần số (số BN)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 10	10	26,3
	11-25	2	5,3
	26-40	8	21,1
	>40	18	47,4
Giới	Nam	23	60,5
	Nữ	15	39,5

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 41 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 47,7%. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu $34,95 \pm 21,96$. Sự phân bố nam/ nữ là 1,5/1, nam giới (60,5%) chiếm ưu thế hơn nữ giới.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mang bệnh

Thời gian (năm)	< 1	1-5	>5	Tổng số
Tần số (số BN)	12	22	4	38
Tỷ lệ (%)	31,6	57,9	10,5	100

Nhận xét: Thời gian mang bệnh của bệnh nhân chủ yếu từ 1-5 năm (57,9%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Tần số (số BN)	Tỷ lệ (%)
Không biểu hiện triệu chứng	36	94,8
Nuốt vướng	1	2,6
Đau	1	2,6

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân đều không biểu hiện triệu chứng (94,8%).

Bảng 4. Di động nang so với vị trí dọc nang

Vị trí dọc	Đáy lưỡi		Trên xương móng		Màng giáp - móng		Tổng số	
	Tần số (số BN)	Tỷ lệ (%)	Tần số (số BN)	Tỷ lệ (%)	Tần số (số BN)	Tỷ lệ (%)	Tần số (số BN)	Tỷ lệ (%)
Di động dễ	1	2,6	11	28,9	21	55,4	33	86,9
Di động ít	0	0	4	10,5	1	2,6	5	13,1
Tổng số	1	2,6	15	39,4	22	58	38	100

Nhận xét: Đa phần các trường hợp di động dễ và lên xuống theo nhịp nuốt, 33 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 86,8%. Ghi nhận nang trên xương móng ít di động hơn, chiếm tỉ lệ 10,5%.

Bảng 5. Vị trí ngang nang giáp – móng

	Lệch trái	Giữa	Lệch phải
Tần số (BN)	3	33	2
Tỷ lệ (%)	7,9	86,8%	5,3

Nhận xét: Vị trí thường gặp nang giáp – móng nhất là ở giữa cổ (86,85%).

Bảng 6. Kích thước của nang giáp – móng

Kích thước	Tần số (số BN)	Tỷ lệ (%)
1-30 mm	27	71,1
>30mm	11	28,9

Nhận xét: Phần lớn nang có kích thước trước phẫu thuật là từ 10-30 mm (chiếm 71,1%). Kích thước trung bình 25,68±10,47mm. Không có trường hợp nào nang < 10mm. Khối u to nhất đạt kích thước 60 mm.

Bảng 7. Hình ảnh mô bệnh học

Loại biểu mô	Biểu mô lát tầng không sừng hóa	Biểu mô trụ giả tầng có lông chuyển	Biểu mô trụ đơn
Tần số (số BN)	20	11	7
Tỷ lệ (%)	52,6	28,9	18,4

Nhận xét: Sau phẫu thuật lấy toàn khối nang làm xét nghiệm mô bệnh học, biểu mô lát tầng không sừng hóa là thường gặp nhất (52,6%).

3.3. Đánh giá hiệu quả phẫu thuật

Bảng 8. Sự liên quan giữa đặt dẫn lưu với tai biến sớm

	Lành tốt		Tụ máu		Nhiễm trùng		Tổng số	
	Tần số (số BN)	Tỷ lệ (%)	Tần số (số BN)	Tỷ lệ (%)	Tần số (số BN)	Tỷ lệ (%)	Tần số (số BN)	Tỷ lệ (%)
Không dẫn lưu	4	10,5	0	0	0	0	4	10,5
Dẫn lưu hút - kín	12	31,6	0	0	0	0	12	31,6
Dẫn lưu hở	19	50	1	2,6	2	5,3	19	57,9
	35	92,1	1	2,6	2	5,3	38	100

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có diễn tiến lành tốt sau mổ (92,1%). Tỷ lệ tai biến sau phẫu thuật (7,9%) là tụ máu (2,6%) và nhiễm trùng (5,3%) đều gặp ở bệnh nhân được dẫn lưu hờ.

Tái phát sau phẫu thuật: Trong thời gian 3 tháng sau phẫu thuật, chưa ghi nhận trường hợp tái phát nào (0%).

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: Số ngày nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $3,1 \pm 1,5$ ngày. Bệnh nhân nằm viện ít nhất 1 ngày và nhiều nhất là 7 ngày sau phẫu thuật. Đa số bệnh nhân thường nằm lại 3, 4 ngày sau mổ (26,3%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Theo nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật ở lứa tuổi trên 40 tuổi (47,4%), bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 4 tuổi và nhiều tuổi nhất là 77 tuổi. Về giới tính, tỷ lệ nam giới (60,5%) cao hơn nữ giới (39,5%). Khá tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Huyền và cộng sự (2022) tổng kết 25 trường hợp thấy rằng số bệnh nhân trên 25 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 73,23%, nam/nữ là 1,6/1 [5]. Tác giả Rachida Bouatay và cộng sự (2023) nghiên cứu trên 61 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 33,7 tuổi và tỷ lệ nam/nữ là 1,1/1 [6]. Thấy rằng nang giáp – móng gặp ở mọi lứa tuổi mà chủ yếu là tuổi trưởng thành.

Thời gian mang bệnh theo nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu kéo dài từ 1 – 5 năm (57,9%), trong đó thời gian mang bệnh dài nhất kéo nhất được ghi nhận là 30 năm. Theo tác giả Nghiêm Đức Thuận và Bùi Đặng Minh Trí (2013), tổng kết trên 71 bệnh nhân cũng thấy rằng 55/71 trường hợp (77,46%) có biểu hiện kéo dài 5 năm mới điều trị [7]. Chúng tôi cho rằng nguyên nhân chính khiến số lượng bệnh nhân đến điều trị muộn là do bệnh cảnh nang giáp - móng không rõ ràng, không ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống vì thế bệnh nhân và người nhà trì hoãn việc đi khám.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng cơ năng: Theo nghiên cứu của chúng tôi, khi tới viện khám có đến 35/38 bệnh nhân (chiếm 92,1%) không có bất kỳ biểu hiện cơ năng nào mà chỉ sờ thấy một khối u ở cổ. Tỷ lệ thấp hơn nghiên cứu tác giả Muhialdeen AS và cộng sự (2023) với 93,3% [8]. Nhìn chung, nang giáp - móng đa phần không có triệu chứng. Chúng tôi nhận thấy 1 trường hợp bệnh nhân có triệu chứng nuốt vướng (2,6%) và ghi nhận nang nằm ở đáy lưỡi. Một trường hợp khác đau vùng u nang kèm dấu hiệu viêm nhiễm, sau vài ngày điều trị kháng sinh và giảm viêm triệu chứng đã mất đi.

Di động nang: Chúng tôi ghi nhận, tất cả trường hợp nang đều di chuyển theo nhịp nuốt chiều lên xuống, có thể giải thích do nang liên quan chặt chẽ với xương móng, có 13,1% ít di động hơn và 4 trong 5 trường hợp này (10,5%) nang nằm trên xương móng. Tác giả Chou J. và cộng sự (2013) cũng có kết luận tương tự [9].

Vị trí nang: Đánh giá theo chiều dọc, trong nghiên cứu chúng tôi khối nang chủ yếu nằm trên màng giáp – móng (57,9%), ghi nhận 1 trường hợp nang nằm ở đáy lưỡi, đây là vị trí hiếm gặp. Nghiên cứu của Chiang Jayne Jie Yi và cộng sự (2023) cũng cho kết quả tương tự với 69,6% nang nằm trên màng giáp – móng, có 3,4% nang ở đáy lưỡi [10]. Đánh giá theo chiều ngang, chúng tôi nhận thấy phần lớn nang nằm ở giữa cổ (84,2%). Tỷ lệ lệch trái (7,89%) nhiều hơn lệch phải (5,26%), điều này được giải thích do cơ nâng tuyến giáp nằm bên trái [11].

Kích thước nang: Chúng tôi ghi nhận đa phần nang giáp – móng có kích thước từ 10-30mm, chiếm tỷ lệ 71,1%. Số bệnh nhân có kích thước lớn hơn 30mm chiếm 28,9%. So sánh với tác giả không có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Lương Thanh Vân và Trần Thị Bích Liên (2015) [12].

Mô bệnh học: Nang giáp móng có nhiều loại biểu mô lót, theo nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được 3 loại biểu mô: biểu mô lát tầng không sừng hóa, biểu mô trụ giả tầng có lông chuyên và biểu mô trụ đơn, trong đó biểu mô lát tầng không sừng hóa chiếm ưu thế 52,6%. Không có trường hợp ác tính nào trong nghiên cứu của chúng tôi. Tác giả Lương Thanh Vân và Trần Thị Bích Liên (2015) cũng cho kết quả biểu mô lát tầng chiếm ưu thế (68,85%) [12].

4.3. Đánh giá hiệu quả phẫu thuật

Tai biến sau mổ: Chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp (7,9%) đều được dẫn lưu hồ sau mổ, trong đó 1 bệnh nhân tụ máu (2,6%) và 2 bệnh nhân nhiễm trùng (5,3%). Trong khi đó, nhóm bệnh nhân được đặt dẫn lưu kín đều không gặp. Như vậy, có thể nói dẫn lưu kín đảm bảo sự liên tục và dẫn lưu một chiều nên nguy cơ tụ máu, chảy máu và nhiễm trùng ít hơn. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ biến chứng thấp hơn tác giả Wynings EM và cộng sự (2023) có tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ là 26% với tụ máu (14%) và nhiễm trùng vết mổ (12%) [13].

Tái phát sau phẫu thuật: Trong thời gian theo dõi 3 tháng sau phẫu thuật Sistrunk, nhóm nghiên cứu chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp tái phát nào (0%). Giống với kết quả nghiên cứu của tác giả Lương Thanh Vân và Trần Thị Bích Liên (2015) [12].

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: Chúng tôi ghi nhận bệnh nhân thường nằm lại bệnh viện 3, 4 ngày sau phẫu thuật (26,3%). Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $3,1 \pm 1,5$ ngày. So sánh nghiên cứu của tác giả Mettias (2023) với thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 1 ngày thì thời gian của chúng tôi dài hơn [14]. Nghiên cứu của Bratu và cộng sự chỉ ra rằng bệnh nhân nên ra viện ngày đầu hoặc 48 giờ sau mổ nhằm giảm chi phí điều trị, giảm nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện [15].

V. KẾT LUẬN

Nang giáp - móng là dạng bệnh lý bẩm sinh xuất phát từ sự bất thường phôi thai. Mặc dù nang có thể xuất hiện ở bất cứ tuổi nào nhưng hầu hết gặp ở độ tuổi trưởng thành từ 41 tuổi trở lên. Tỷ lệ nam nữ gần bằng nhau 1,5/1. Thời gian mang bệnh chủ yếu từ 1-5 năm. Lâm sàng: Nang giáp - móng thường hiện diện với một khối u từ 1-3 cm ở đường giữa cổ hoặc lệch nhẹ sang trái, nằm trên màng giáp - móng (57,9%), di động theo nhịp nuốt chiều lên xuống. Nang đa phần không triệu chứng (68,9%), một số bệnh nhân trường hợp có triệu chứng nuốt vướng (2,6%), đau khối u (2,6%). Cận lâm sàng: Mô bệnh học của nang giáp - móng là biểu mô lát tầng không sừng hóa, biểu mô trụ giả tầng có lông chuyên và biểu mô trụ đơn, trong đó biểu mô lát tầng không sừng hóa chiếm ưu thế 52,6%. Điều trị: Phẫu thuật Sistrunk là điều trị hàng đầu của nang giáp - móng giúp giảm đáng kể tỷ lệ tái phát và biến chứng. Tai biến sớm có thể gặp là tụ máu và nhiễm trùng vết mổ mà nguyên nhân quan trọng là đặt dẫn lưu chưa tốt. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật tương đối ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Garcia E, Osterbauer B, Parham D, Koempel J. The incidence of microscopic thyroglossal duct tissue superior to the hyoid bone. *Laryngoscope*. 2019. 129(5), 1215-1217, PMID: 30194760.

2. Thompson LDR, Herrera HB, Lau SK. A clinicopathologic series of 685 thyroglossal duct remnant cysts. *Head Neck Pathol.* 2016. 465–474, PMID: 27161104, PMCID: PMC5082048.
 3. F.M. Gioacchini, M. Alicandri-Ciufelli, S. Kaleci, G. Magliulo, L. Presutti, M. Re. Clinical presentation and treatment outcomes of thyroglossal duct cysts: a systematic review. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2015. 44(1), 119-126, PMID: 25132570.
 4. Nghiêm Đức Thuận, Bùi Đăng Minh Trí. Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật Sistrunk trong điều trị nang giáp móng. *Tạp chí Y- Dược học Quân sự.* 2012. (9), 125-129.
 5. Nguyễn Thị Huyền, Lê Văn Khang, Phạm Tuấn Cảnh, Đàm Thủy Trang và Vũ Đăng Lưu. Đặc điểm hình ảnh của nang giáp lưỡi thể lưỡi trên cộng hưởng từ. *Tạp chí nghiên cứu khoa học.* 2022. 149(1), 195 – 202, <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v149i1.583>.
 6. Bouatay R, Bhar S, Bouaziz N, El Korbi A, Ferjaoui M, Kolsi N, Harrathi K, Koubaa J. Thyroglossal duct cysts in adult: Clinical and therapeutic features. *Revue Médicale de Liège,* 2023. 78(11), 649-653, PMID: 37955295.
 7. Nghiêm Đức Thuận và Bùi Đăng Minh Trí. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng nang giáp móng. *Tạp chí y học Việt Nam.* 2013. (2), 38-41.
 8. Muhialdeen AS, et al. Thyroglossal duct diseases: presentation and outcomes. *Journal of International Medical Research.* 2023. 51(2), 82-87, DOI:10.1177/03000605231154392. PMID: 36799092. PMCID: PMC9940199.
 9. Chou J., Walters A., Hage R., et al. Thyroglossal duct cysts: anatomy, embryology and treatment. *Surgical Radiologic Anatomy.* 2013. 35, 875–881, <https://doi.org/10.1007/s00276-013-1115-3>.
 10. Chiang JJY, Tan BWS, Chua AJK, Ong LY, Tan HKK. Surgical management of thyroglossal duct cysts: 10 year experience of a tertiary paediatric surgical unit. *Singapore Medical Journal.* 2023. DOI: 10.4103/singaporemedj.SMJ-2019-111, PMID: 37929556.
 11. Marshall sf. Thyroglossal duct cysts and sinuses. *Surgical Clinics of North America.* 1953. 633-644, DOI: 10.1016/s0039-6109(16)33932-9, PMID: 13064658.
 12. Lương Thanh Vân, Trần Thị Bích Liên. Khảo sát đặc điểm nang giáp lưỡi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 và Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh cơ sở 1 từ tháng 10/2014-7/2015. *Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.* 2015. 59-77.
 13. Wynings EM, Wang CS, Parsa S, Johnson RF, Liu CC. Risk-adjusted analysis of perioperative outcomes after the Sistrunk procedure. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology.* 2023. 8(6), 1571-1578, DOI: 10.1002/lio2.1183. PMID: 38130263; PMCID: PMC10731482.
 14. B Mettias, S Cole, T Valsamakis. Preoperative investigations in thyroglossal duct cyst surgery: a 9-year experience and proposed practice guide. *The Annals of the royal college of Surgeons of England.* 2023. 105 (6), 554- 560, <https://doi.org/10.1308/rcsann.2022.00600>.
 15. Bratu I., & Laberge J. M. Day surgery for thyroglossal duct cyst excision: a safe alternative. *Pediatric Surgery International.* 2004. 20(9), 675–678, DOI: 10.1007/s00383-004-1271-y. PMID: 15351893.
-