tuổi. Nhóm tuổi từ 40-50 chiếm tỉ lệ cao nhất 62,69%. 49,26% bệnh nhân có thời gian phát hiện u xơ trên 1 năm. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau bụng tức hạ vị và rối loạn kinh nguyệt với tỉ lệ lần lượt là 68,66% và 65,67%. 100% u xơ trên siêu âm kích thước > 6cm, kích thước > 7cm chiếm 49,25%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Thị Cương, Nguyễn Đức Hinh**. "U xơ tử cung", Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành. 1999; Nhà xuất bản Y học:Trang. 88-107.
2. **Nguyễn Đức Hinh**. "Lịch sử cắt tử cung". 2011; Nhà xuất bản Y học, Một số kỹ thuật cắt tử cung:Trang 9-17.
3. **Nguyễn Văn Đồng**. "Nghiên cứu kết quả cắt tử cung do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa" 2017; Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ Y học, trường Đại học Y Hà Nội
4. **Nguyễn Bá Mỹ Nhi**. "Áp dụng cắt tử cung qua nội soi tại bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ" Tạp chí Phụ Sản số 2. 2001 Trang 29-32.
5. **Nguyễn Văn Giáp**. "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ 12/2004 - 6/2006" 2006; Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa II Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Đức Tú**. "Điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương". 2019; Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa II Đại học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Tuấn Hải**. "Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh". 2018. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên.
8. **Nguyễn Quốc Khiêm**. "Nghiên cứu điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định". 2018. Luận văn Thạc sĩ Y học trường Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI TẠI BỆNH VIỆN K

Ma Chính Lâm[1], Lương Thị Minh Hương[2], Ngô Xuân Quý[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện K. **Đối tượng nghiên cứu:** 60 bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt mang tai được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K trong thời gian từ T1/2016 - T12/ 2021. **Phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** 98,3% phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến mang tai; vét hạch cổ 41,7%; Xạ bổ trợ sau mổ 73,3%; Liệt mặt sau mổ là 50,0% trong đó liệt mặt vĩnh viễn 30,0%, 20,0% liệt mặt có hồi phục sau 6 tháng; hội chứng Frey 10,0%; Khít hàm sau tia xạ chiếm 11,4%; Tái phát 11,7%. Thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm (OS): 75,1%. Phân tích đơn biến thấy sống thêm toàn bộ 5 năm có liên quan đến yếu tố tuổi, di căn hạch vùng và phương pháp điều trị. **Kết luận:** Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính của ung thư tuyến nước bọt mang tai. Xạ trị bổ trợ sau mổ làm giảm nguy cơ tái phát tại chỗ và cải thiện thời gian sống thêm toàn bộ ở những bệnh nhân giai đoạn muộn.

Từ khóa: Ung thư tuyến nước bọt mang tai, phẫu thuật, xạ trị, sống thêm toàn bộ

SUMMARY

RESULTS OF PRIMARY PAROTID CANCER TREATMENT AT K HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of treatment for primary parotid cancer at Vietnam National Cancer Hospital. **Subjects and methods**: A retrospective cohort study followed up 60 patients with parotid cancer who were treated at K Hospital from 1/2016 to 12/2021. **Results:** The total parotidectomy rate was 98.3%; 41.7% of patients underwent selective neck dissection; and 73.3% received postoperative radiotherapy; Facial nerve palsy: 30.0%; 20.0% of cases with facial nerve palsy recovered after 6 months; Frey's syndrome 10.0%; temporomandibular joint dysfunction: 11.4%. 11.7% of patients were recurrent; Overall survival was 75.1%. Univariate analysis showed that overall survival was related to age, cervical metastasis, and treatment methods. **Conclusion:** The treatment of parotid salivary gland cancer remains primarily surgical. Postoperative adjuvant radiotherapy reduces the risk of local recurrence and improves overall survival in advanced stages of disease.

Keywords: Parotid cancer, surgery, adjuvant radiotherapy, Overall survival

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến nước bọt mang tai chiếm khoảng 1 - 3% các trường hợp ung thư vùng đầu cổ[1]. Tỉ lệ mắc ung thư liên quan tới một số yếu tố như tuổi, giới, nhiễm phóng xạ, virus, hoặc một số tác nhân nghề nghiệp. Chẩn đoán ung thư tuyến nước bọt mang tai dựa vào thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ và giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán giúp nhận định khối u là lành tính hay ác tính, độ ác tính, phân

[1]*Bệnh Viện K*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội.*
Chịu trách nhiệm chính: Ma Chính Lâm
Email: drchinhlam.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2022
Ngày phản biện khoa học: 19.8.2022
Ngày duyệt bài: 25.8.2022

biệt khối u nguyên phát hay di căn, từ đó giúp đưa ra chiến lược điều trị thích hợp.

Về mặt điều trị đối với ung thư tuyến nước bọt, Phẫu thuật đóng vai trò chủ yếu, đảm bảo diện cắt theo nguyên tắc của phẫu thuật ung thư nói chung, có hoặc không có bảo tồn dây thần kinh số VII kèm vét hạch cổ. Điều trị bổ trợ bằng tia xạ và hoá chất cũng được chỉ định cho những trường hợp cần thiết sau phẫu thuật[2].

Để có cái nhìn tổng quan, hệ thống hơn nữa về chẩn đoán, các phương pháp điều trị cũng như những tai biến, biến chứng có thể gặp sau điều trị, tỷ lệ tái phát, di căn và sống thêm của bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt mang tai chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 60 bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt mang tai được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K từ T1/2016 đến T12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt mang tai điều trị tại Bệnh viện K.
- Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư tuyến nước bọt mang tai nguyên phát.
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.
- Có thông tin theo dõi sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt mang tai đã điều trị tái phát.
- Mắc bệnh mạn tính hoặc cấp tính có nguy cơ tử vong trong thời gian ngắn.

2.2 Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Các bước tiến hành: Thu thập thông tin qua bệnh án mẫu, lấy thông tin sau điều trị qua tái khám và gọi điện thoại.

Phân tích và xử lý số liệu: Thông tin được mã hóa và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Kết quả điều trị.

Các phương pháp điều trị theo giai đoạn

Bảng 3.1. Các phương pháp điều trị theo giai đoạn

Giai đoạn	Phẫu thuật đơn thuần		Phẫu thuật + Xạ bổ trợ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
I	3	18,8	1	2,3	**4**	6,7
II	6	37,5	4	9,1	**10**	16,7
III	0	0,0	6	13,6	**6**	10,0
IV	7	43,8	33	75,0	**40**	66,7
Tổng	**16**	**100**	**44**	**100**	**60**	**100**

Nhận xét: Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu có 44 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật kết hợp với tia xạ chiếm 73,3%. Bệnh nhân phẫu thuật đơn thuần chiếm tỷ lệ thấp hơn với 26,7%.

Các phương pháp phẫu thuật.

Bảng 3.2. Các phương pháp phẫu thuật

	n	%
Cắt thùy nông tuyến mang tai	1	1.7
Cắt toàn bộ tuyến mang tai	34	56,6
Cắt toàn bộ tuyến kèm vét hạch cổ	25	41,7
N	60	100

Nhận xét: 59/60 Bệnh nhân chiếm 98,3% được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến mang tai, trong đó 25/60 BN nghiên cứu được vét hạch cổ, chiếm 41,7%, các BN này đều phát hiện thấy hạch trên lâm sàng hoặc cận lâm sàng.

Các biến chứng sau điều trị phẫu thuật

Bảng 3.3. Các biến chứng sau điều trị phẫu thuật

	Biến chứng sớm sau phẫu thuật		Biến chứng sau 6 tháng	
	n	%	n	%
Liệt dây thần kinh VII	37	61,7	25	41,7
HC Frey	2	3,3	6	10,0
Rò nước bọt	2	3,3	0	0,0

Nhận xét: Trong 60 BN nghiên cứu, cho thấy 30/60 (50,0%) bệnh nhân có biến chứng liệt mặt sớm sau mổ (sau khi loại trừ 7 trường hợp liệt trước mổ). Sau 6 tháng 18/60 (30,0%) bệnh nhân có liệt mặt vĩnh viễn. Có 12/37 trường hợp liệt dây thần kinh tạm thời, hồi phục sau mổ 6 tháng. Gặp 6/60 (10,0%) có hội chứng Frey sau mổ 6 tháng.

Các biến chứng sau xạ trị.

Bảng 3.4. Biến chứng sau xạ trị

	n = 44	%
Khô miệng, viêm niêm mạc miệng	28	63,6
Cứng, khít hàm	5	11,4
Viêm tai giữa	2	3,3
Tổn thương da (xạm da, xơ chai vùng cổ).	37	84,1
Biến chứng khác (hoại tử xương, ung thư thứ phát..)	0	0,0

Nhận xét: Trong 44 bệnh nhân có xạ trị bổ trợ, bệnh nhân gặp biến chứng khô và viêm niêm mạc miệng chiếm tỷ lệ 63,3%, tổn thương da vùng cổ chiếm 84,1%, ngoài ra có thể gặp khít hàm, viêm tai giữa sau xạ với tỷ lệ thấp hơn.

Tái phát, di căn.

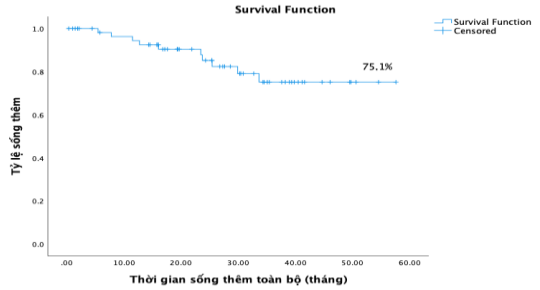
Bảng 3.5. Tái phát, di căn

		n	Tỷ lệ (%)
Tái phát	Có	7	11,7
	Không	53	88,3
Di căn	Có	8	13,3
	Không	52	86,7

Nhận xét: Có 7/60 bệnh nhân tái phát chiếm tỷ lệ 11,7%. Tỷ lệ di căn gặp ở 13,3 % trong đó có 1 bệnh nhân di căn não và 7 bệnh nhân di căn phổi.

2.3 Thời gian sống thêm.

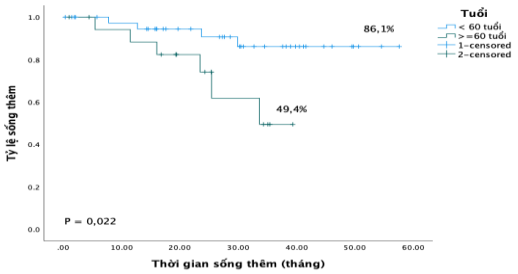
Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 3.1. Đồ thị sống thêm toàn bộ.

Nhận xét: OS 5 năm cho toàn bộ giai đoạn là 75,1%.

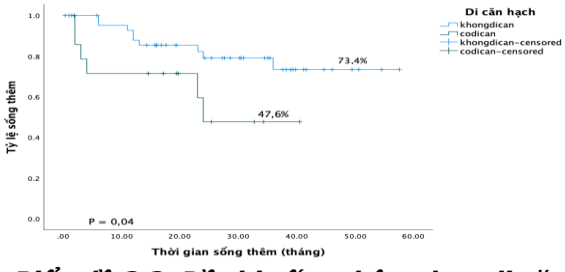
Thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm theo nhóm tuổi.



Biểu đồ 3.2. Đồ thị sống thêm toàn bộ theo nhóm tuổi.

Nhận xét: Trong nghiên cứu, nhóm < 60 tuổi tỷ lệ sống thêm 5 năm là 86,1%, tỷ lệ này có sự khác biệt với nhóm ≥ 60tuổi là 49,4% với p = 0,022.

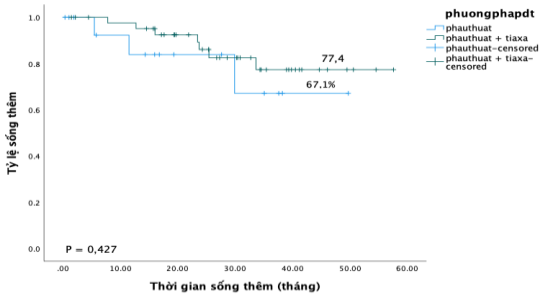
Thời gian sống thêm 5 năm theo theo di căn hạch vùng.



Biểu đồ 3.3. Đồ thị sống thêm theo di căn hạch vùng.

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm 5 năm trong nhóm không di căn hạch vùng là 73,4%. Còn tỷ lệ sống thêm 5 năm ở nhóm có di căn hạch thấp hơn với 47,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,04.

Thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm theo phương pháp điều trị.



Biểu đồ 3.4. Đồ thị sống thêm toàn bộ theo phương pháp điều trị.

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm 5 năm của nhóm phẫu thuật đơn thuần và nhóm phẫu thuật kèm xạ trị bổ trợ tương ứng là 67,1% và 77,4%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p = 0,427.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Kết quả điều trị

Các phương pháp điều trị theo giai đoạn.

Trong ung thư tuyến nước bọt mang tai, phẫu thuật giữ vị trí chủ đạo trong điều trị, xạ trị đóng vai trò điều trị bổ trợ và hóa trị chỉ đóng vai trò điều trị triệu chứng. Chỉ định phẫu thuật đúng đắn sẽ đem lại hiệu quả điều trị cao, giảm tỷ lệ tái phát cũng như tai biến, biến chứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 44/60 bệnh nhân, chiếm 73,3% bệnh nhân có xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật, trong số đó đa số bệnh nhân ở giai đoạn IV chiếm 75,0%, số bệnh nhân còn lại được chỉ định xạ trị bổ trợ mặc dù giai đoạn bệnh sớm hơn nhưng đều thuộc thể mô bệnh học có độ ác tính cao. Phẫu thuật đơn thuần chiếm 26,7%. Theo Xiaoli Wang (2017), xạ trị sau phẫu thuật giúp cải thiện kiểm soát tại chỗ và tăng tỉ lệ sống thêm cho bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt có độ ác tính cao hoặc xâm nhập giúp hiệu quả phẫu thuật được nâng cao[3].

Phương pháp phẫu thuật đối với u và hạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến mang tai chiếm tỷ lệ 98,3% trong đó có 25/60 (41,7%) trường hợp phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến mang tai kèm vét hạch cổ. Có 1/60 bệnh nhân chiếm 1,7% phẫu thuật cắt thùy nông tuyến mang tai.

Trong nghiên cứu có 7/60 (11,7%) trường hợp có liệt mặt trước phẫu thuật do u xâm lấn

vào dây VII, do đó những trường hợp này có chỉ định cắt toàn bộ tuyến mang tai và không bảo tồn dây thần kinh mặt.

Theo nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới, thấy có từ 10-40% bệnh nhân có di căn hạch. Các tác giả trên thế giới đã đưa ra đồng thuận: vét hạch cổ chọn lọc chỉ được thực hiện ở những bệnh nhân sờ thấy hạch trên lâm sàng hoặc có hạch nghi ngờ trên chẩn đoán hình ảnh[4].Trong nghiên cứu của chúng tôi có 25 bệnh nhân được vét hạch cổ chọn lọc chiếm 41,7% và có 15/60 (25%) trường hợp có di căn hạch trên kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật.

Các biến chứng sau phẫu thuật.

Về biến chứng liệt mặt: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 7/60 bệnh nhân có liệt mặt trước mổ, ngay sau phẫu thuật có 30/60 (50%) bệnh nhân có liệt mặt tạm thời sau phẫu thuật. Đánh giá sau mổ 6 tháng có 12/30 bệnh nhân liệt mặt tạm thời sau mổ và hồi phục. Còn lại 18/60 (30%) trường hợp liệt mặt vĩnh viễn sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thu Phương (2015), có tỷ lệ liệt mặt là 24,4%[5]. Theo tác giả Lopez (2001), tỷ lệ này là 36%[6]. Kết quả của chúng tôi nhìn chung tương đồng với kết quả của các tác giả trong nước và các báo cáo trên thế giới, tỷ lệ này cũng phù hợp với tình trạng bệnh nhân đánh giá ngay sau phẫu thuật và đánh giá liệt dây thần kinh mặt sau phẫu thuật 6 tháng.

Các biến chứng chung hay gặp ngay sau phẫu thuật như nhiễm trùng, chảy máu, và rò tuyến nước bọt thường ít gặp. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 2 bệnh nhân có biến chứng rò nước bọt sau mổ, bệnh nhân được dẫn lưu kèm chăm sóc nội khoa, tình trạng cải thiện và ra viện sau 10 ngày. Hội chứng Frey xuất hiện trong thời gian từ 2 tuần tới 2 năm sau phẫu thuật, liên quan tới sự tái tạo của các sợi thần kinh đối giao cảm. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 6/60 (10,0%) trường hợp có hội chứng Frey sau điều trị. Theo các nghiên cứu hiện nay, hội chứng này có biểu hiện ở 10-17% bệnh nhân.

Về xạ trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 44/60 (73,3%) bệnh nhân được điều trị xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật. Theo Sood và cộng sự (2016), xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật góp phần cải thiện kiểm soát tại chỗ và tăng tỷ lệ sống thêm cho nhóm bệnh nhân u có độ ác tính cao hoặc giai đoạn muộn[4].

Các biến chứng sau xạ trị có thể gặp như khô miệng, viêm niêm mạc miệng, viêm da, khít hàm, viêm tai giữa… Biến chứng hay gặp nhất sau xạ trị ung thư tuyến nước bọt mang tai là các biến chứng da như bỏng, xạm da, khô, và viêm niêm mạc miệng: Biến chứng xạm da vùng cổ chiếm tỷ lệ cao với 37/44 BN (84,1%). Biến chứng khô, viêm niêm mạc miệng gặp ở 28/44 (chiếm 63,6%).

Biến chứng khít hàm do xạ trị xuất hiện do xơ hóa cơ cắn, các cơ chân bướm và khớp thái dương hàm. Đây là một biến chứng nặng nề cho bệnh nhân và hầu như rất khó khắc phục. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5/44 (11,4%) bệnh nhân gặp biến chứng này. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thu Phương (2015) cho thấy tỷ lệ biến chứng da gặp 93,6%, viêm niêm mạc miệng chiếm 78,7%, khít hàm gặp 29,8%[5].

Tái phát, di căn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đến thời điểm kết thúc nghiên cứu thấy có 7/60 trường hợp tái phát chiếm 11,7%. So với các nghiên cứu trước đây của Nguyễn Thu Phương (2015) cho thấy tỷ lệ tái phát chiếm 26,1% và thời điểm tái phát thường gặp cũng trong vòng 12 tháng đến 24 tháng, thời gian tái phát trung bình là 30,32 ± 21,9 tháng[5].

4.2. Thời gian sống thêm.

Thời gian sống thêm toàn bộ. Trong nghiên cứu thời gian sống thêm toàn bộ (OS) 5 năm 75,1%. Khi đánh giá theo từng giai đoạn chúng tôi thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ của giai đoạn I, II, III và IV lần lượt là. 100%, 88,9%, 75,0% và 67,9%. Trong hầu hết các bệnh ung thư thì giai đoạn bệnh là một yếu tố tiên lượng quan trọng, bệnh ở giai đoạn muộn thì kết quả điều trị kém hơn và tiên lượng xấu hơn. Theo Abrahim Al Mamgani (2012) cho thấy khi theo dõi 186 bệnh nhân ung thư tuyến mang tai, tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm và 8 năm lần lượt là 68% và 63%[7]. Theo tác giả Keigo Honda (2018) trong một nghiên cứu đa trung tâm với 195 bệnh nhân cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ trong 3 năm là 85% trong đó giai đoạn I, II, III và IV lần lượt là 93%, 100%, 93% và 69%[8].

Yếu tố tuổi: Trong nghiên cứu, bệnh nhân được chia làm hai nhóm tuổi, ở nhóm < 60 tuổi tỷ lệ sống thêm 5 năm là 86,1%, tỷ lệ này có sự khác biệt với nhóm ≥ 60 tuổi là 49,4% với p = 0,022. Theo tác giả Keigo Honda (2018) OS 3 năm ở nhóm > 75 tuổi chiếm 66% thấp hơn so với nhóm < 75 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,0035[8]. Như vậy sơ bộ nhận định tuổi cao là một yếu tố tiên lượng xấu trong ung thư tuyến nước bọt mang tai.

Về di căn hạch vùng: tỷ lệ sống thêm 5 năm của nhóm không di căn hạch là 73,4%, còn tỷ lệ sống thêm 5 năm ở nhóm có di căn hạch thấp hơn với 47,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,04. Nhiều tác giả khi nghiên

cứu các yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ sống thêm của ung thư tuyến nước bọt mang tai đã chỉ ra di căn hạch có ảnh hưởng rõ rệt đến tỷ lệ sống thêm toàn bộ.

Về phương pháp điều trị: Khi tính sống thêm 5 năm giữa hai nhóm phẫu thuật đơn thuần và phẫu thuật kèm xạ trị bổ trợ, chúng tôi không thấy có sự khác biệt với tỷ lệ tương ứng là 67,1% và 77,4% với p = 0,427. Tuy nhiên theo như kết quả của chúng tôi thì thấy rằng nhóm bệnh nhân có xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật có tỷ lệ sống thêm cao hơn nhóm chỉ phẫu thuật đơn thuần trên phân tích đơn biến.

V. KẾT LUẬN

- Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính với 98,3% bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến. Nạo vét hạch cổ chọn lọc 41,7%. Xạ bổ trợ sau mổ 73,3%

- Liệt dây thần kinh VII sau mổ chiếm 50,0% trong đó 30,0 % liệt mặt vĩnh viễn, 20,0% liệt tạm thời sau mổ. Tỷ lệ khít hàm sau tia xạ chiếm 11,4%.

- Sống thêm toàn bộ (OS) 5 năm là 75,1%. Phân tích đơn biến thấy sống thêm toàn bộ có liên quan đến yếu tố tuổi, di căn hạch vùng và phương pháp điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Calearo C, Storchi OF, Pasture A, Polli G.** Parotid Gland Carcinoma: Analysis of Prognostic Factors. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1998;107(11):969-973.
2. **Cracchiolo JR, Shaha AR.** Parotidectomy for Parotid Cancer. Otolaryngol Clin North Am. 2016;49(2):415-424.
3. **Wang X, Luo Y, Li M, Yan H, Sun M, Fan T.** Management of salivary gland carcinomas - a review. Oncotarget. 2017;8(3):3946-3956.
4. **Sood S, McGurk M, Vaz F.** Management of Salivary Gland Tumours: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. J Laryngol Otol. 2016;130(S2):S142-S149.
5. **Phương NT.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến mang tai tại Bệnh viện K và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận văn nội trú. 2015.
6. **López M, Quer M, León X, Orús C, Recher K, Vergés J.** [Usefulness of facial nerve monitoring during parotidectomy]. Acta Otorrinolaringol Esp. 2001;52(5):418-421.
7. **Al-Mamgani A, van Rooij P, Verduijn GM, Meeuwis CA**, Levendag PC. Long-term Outcomes and Quality of Life of 186 Patients With Primary Parotid Carcinoma Treated With Surgery and Radiotherapy at the Daniel den Hoed Cancer Center. Int J Radiat Oncol. 2012;84(1):189-195.
8. **Honda K, Tanaka S, Shinohara S, et al.** Survival in patients with parotid gland carcinoma – Results of a multi-center study. Am J Otolaryngol. 2018;39(1):65-70.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U NHÀY NHĨ TRÁI TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2018 – 2021

Đinh Ngọc Liêm[1], Nguyễn Sinh Hiền[2], Đặng Quang Huy[2], Nguyễn Minh Ngọc[2], Vũ Ngọc Tú[1,3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt u nhày nhĩ trái tại bệnh viện tim Hà Nội giai đoạn 2018 – 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu các bệnh nhân u nhày nhĩ trái đầy đủ thông tin hồ sơ đã được phẫu thuật cắt u nhày nhĩ trái nội soi từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2021 tại bệnh viện tim Hà Nội. **Kết quả:** 29 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt u nhày nhĩ trái trong đó có 06 nam và 23 nữ. Tuổi trung bình là 55 ± 7 tuổi (từ 39 tới 67 tuổi). Triệu chứng của bệnh đa dạng: Triệu chứng toàn thân: sốt (6,9%), mệt mỏi (10,3 %), sụt cân (10,3%); triệu chứng cơ năng: khó thở (37.9%) hồi hộp trống ngực (20.7%) chóng mặt hoặc ngất (20.7%); một bệnh nhân tiền sử có tai biến mạch não (3,4%). Kết quả siêu âm tim: kích thước u trung bình là 4.9 ± 2 cm (từ 1.6 cm đến 8.8 cm), vị trí bám của u toàn bộ ở vách liên nhĩ (100 %), trong đó có tổn thương van hở van ba lá (13,8%) và hở van hai lá (6,9%) được phẫu thuật đồng thời. Thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình là 150 ± 44 phút (Từ 88 tới 264 phút). Thời gian cặp động mạch chủ trung bình là 71 ± 35 phút (Từ 24 tới 154 phút). Thời gian thở máy sau mổ, thời gian nằm hồi sức, tổng thời gian nằm viện trung bình lần lượt là 13 ± 6 giờ (Từ 5 tới 36 giờ); 49 ± 26 giờ (Từ 20 tới 162 giờ); 11 ± 4 ngày (Từ 5 tới 22 ngày). Có 6 trường hợp tràn dịch màng phổi sau mổ (20,7%), 2 trường hợp viêm phổi (6,9%), 2 trường hợp suy thận sau mổ (6.9%), trong đó một trường hợp suy thận kết hợp tai biến mạch não sau mổ kèm rò dịch vết mổ đùi. Còn lại không có bệnh nhân nào tử vong hay có biến chứng nặng nề khác. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi toàn bộ

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Tim Hà Nội
[3]Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú
Email: vungoctu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2022
Ngày phản biện khoa học: 19.8.2022
Ngày duyệt bài: 23.8.2022