

lại dài ngày đều có các bệnh nội khoa mạn tính kèm theo như tăng huyết áp, đái tháo đường type 2 cần điều trị bệnh nội khoa ổn trước khi xuất viện. Kết quả nghiên cứu của Dương Xuân Nhung, thời gian nằm viện sau kỹ thuật trung bình là 3,9+2,6 ngày [2]. Kết quả nghiên cứu cho thấy ưu điểm của điều trị sỏi OMC ở BN cao tuổi bằng NSMTND có thời gian nằm viện sau kỹ thuật ngắn, phù hợp với y văn và các nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Điều trị sỏi ống mật chủ ở bệnh nhân cao tuổi bằng nội soi mật tụy ngược dòng là phương pháp ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ thành công và sạch sỏi cao, tỷ lệ tai biến và biến chứng hậu phẫu thấp, thời gian nằm viện sau mổ ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Công Long, Lục Lê Long.** Đánh giá kết quả phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Bạch Mai. Vietnam Medical Journal, April 2022; N^o 1: 62 – 65.
2. **Dương Xuân Nhung.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng nội soi mật tụy ngược dòng. Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y, 2018.
3. **La Văn Phú, Phạm Văn Linh, Võ Huỳnh Trang.** Đặc điểm lâm sàng, siêu âm bụng và chụp cắt lớp vi tính của sỏi đường mật chính bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ ở bệnh nhân cao tuổi. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ 2022; 45: 4 – 5.
4. **La Văn Phú, Phạm Văn Linh, Võ Huỳnh Trang.** Kết quả sớm điều trị sỏi đường mật chính bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ ở bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. Tạp chí Y học Việt Nam, số tháng 3/2022; 512(1): 4 – 5.
5. **La Văn Phương.** Đánh giá kết quả nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) sớm trong điều trị sỏi ống mật chủ có biến chứng tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. Y Học thành phố Hồ Chí Minh 2012, Tập 16, Phụ bản số 3, tr. 49 - 53.
6. **Nguyễn Anh Tân, Dương Hồng Thái.** Kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Tạp chí Y học Việt Nam, số tháng 2/2022; 511(2): 53 – 56.
7. **Buxbaum JL, Fehmi SMA, Sultan S., et al.** "ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis", Gastrointestinal Endoscopy 2019; 89(6):1075 – 1101.
8. **Costi R., Gnocchi A., Di Mario F., Sarli L.** Diagnosis and management of choledocholithiasis in the golden age of imaging, endoscopy and laparoscopy. World Journal of Gastroenterology 2014; 20 (37): 13382-13401.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U TUYẾN DƯỚI HÀM TẠI BỆNH VIỆN K

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị sớm của phẫu thuật u tuyến dưới hàm tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng hồi cứu có kết hợp tiền cứu trên 74 bệnh nhân u tuyến dưới hàm được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại bệnh viện K từ 1/2016 đến 6/2022. **Kết quả:** tỷ lệ lành/ác là 1,31 (u ác tính 43,23%) , nữ/nam là 1,05/1, tự sờ thấy u không đau là triệu chứng thường gặp nhất. Kích thước u 2-4 cm 72,6%, bên phải/trái là 1,1/1, ranh giới không rõ hay gặp u ác tính, mật độ u chủ yếu giảm âm chiếm 89%. Thể giải phẫu bệnh u tuyến đa hình hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 52,7% ở cả 2 nhóm và chiếm 92,8% ở nhóm u lành tính, trong nhóm ung thư hay gặp nhất UTBM tuyến nang chiếm 34,37%, tiếp đó UTBM biểu bì nhày 25%. Với u lành tính, PT lấy u 35,7%, cắt toàn bộ tuyến + u 64,3%, 96,9% BN

Đào Thị Nguyên Lê¹, Hàn Thị Vân Thanh²

ung thư được PT cắt toàn bộ tuyến, 53,1% vét hạch. Biến chứng hay gặp là liệt môi dưới sau mổ 10,8%, hầu hết đều hồi phục sau 6 tháng, tê lưỡi và rối loạn vị giác, chảy máu ít gặp. **Kết luận:** U tuyến dưới hàm có đặc điểm mô bệnh học đa dạng. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có thể định hướng chẩn đoán và tiên lượng điều trị. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, hiệu quả điều trị cao và ít biến chứng

Từ khóa: U tuyến dưới hàm; phẫu thuật; biến chứng.

SUMMARY

RESULT OF TREATMENT SUBMANDIBULAR GLAND TUMOR AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objectives: The aims of our study were to evaluate the clinical features, and early results of treatment of submandibular tumor at National Cancer Hospital. **Patients and methods:** A retrospective and prospective descriptive study in 74 patients with submandibular tumor were treated in K hospital from 01/2016 to 6/2022. **Results:** benign/malignant ratio is 1,31, female/male ratio is 1,05/1, painless mass at gland is the most common symptom. Tumor size 2-4 cm 72,6%, right/left is 1,1/1, hypoechoic 89%. With benign tumors, the commonest histopathology is pleomorphic adenoma, Among the malignant tumors,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K Tân Triều

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Nguyên Lê

Email: daonguyenle1996@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2022

Ngày duyệt bài: 2.11.2022

adenoid cystic carcinoma was the commonest tumor 34,37%, followed by mucoepidermoid carcinoma 25%. With benign tumors, surgery removed the tumor 35,7%, removed the whole gland+tumor 64,3%, 96,9% of cancer underwent surgery to remove the entire gland, 53,1% lymph node dissection. Common complications are early paresis of the marginal branch of the facial nerve 10,8%, recover after 6 months, lingual nerve paresis, hematoma are uncommon.

Conclusions: Histopathology of submandibular tumor is diversity. Clinical and subclinical features can guide diagnosis and treatment prognosis. Surgery is the most important treatment method, with high efficiency and fewer complications.

Keywords: submandibular tumor, surgery, complication

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến nước bọt phát triển từ các tuyến nước bọt chính (tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi) hoặc các tuyến nước bọt phụ nằm dưới niêm mạc đường hô hấp - tiêu hóa trên. U tuyến dưới hàm thường gặp thứ hai sau u tuyến mang tai chiếm 7-11% [1], với khoảng 41-45% là khối u ác tính. Phẫu thuật cũng là phương pháp được lựa chọn đầu tiên cho u tuyến dưới hàm. Đối với các khối u ác tính, có thể tiến hành xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật hoặc xạ trị triệt căn ở trường hợp không còn khả năng phẫu thuật. Hóa trị ít có vai trò, thường được áp dụng trong giai đoạn muộn, di căn xa. Hiện nay tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về u tuyến nước bọt song hầu như tập trung chủ yếu là u tuyến mang tai. Với u tuyến dưới hàm các báo cáo không đầy đủ về kết quả điều trị, biến chứng, di chứng sau mổ hoặc thời gian nghiên cứu đã lâu. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị sớm của phẫu thuật u tuyến dưới hàm tại Bệnh viện K.*

Bảng 1. Phân bố tuổi

| | U lành | U ác | Tổng | P |
|-----------|----------------|----------------|----------------|-------|
| Mean ± SD | 41.31 ± 12.838 | 56.25 ± 14.346 | 47.77 ± 15.346 | 0.249 |
| Max | 66 | 79 | 79 | |
| Min | 14 | 26 | 14 | |

Giới: tỷ lệ nữ/ nam: 38/36= 1.05/1, u lành 21/21=1/1, u ác tính:17/15=1.13/1, p = 0.818

Lý do vào viện: tự sờ thấy u không đau là triệu chứng phổ biến nhất 80.8% (n=59), số còn lại vì khối u kèm đau tại u, hạch cổ

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm u trên siêu âm

| | Tính chất | U lành | | U ác | | Tổng | | Giá trị p |
|----------|-----------|--------|------|-------|------|-------|-----|-----------|
| | | Số BN | (%) | Số BN | (%) | Số BN | (%) | |
| Vị trí | Bên trái | 20 | 47.6 | 17 | 53.1 | 37 | 50 | 0.407 |
| | Bên phải | 22 | 52.4 | 15 | 46.9 | 37 | 50 | |
| Số lượng | Một khối | 42 | 100 | 32 | 100 | 74 | 100 | |
| | > 1 khối | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng hồi cứu có kết hợp tiến cứu trên 74 bệnh nhân u tuyến dưới hàm được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại bệnh viện K từ 1/2016 đến 6/2022

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng và nhất thiết phải có mô bệnh học là u lành tính hoặc ung thư biểu mô tuyến nước bọt dưới hàm nguyên phát, có đầy đủ hồ sơ lưu trữ.

- Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật có hoặc không điều trị bổ trợ sau phẫu thuật, có thông tin sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân bỏ dở điều trị (không kể các trường hợp tử vong vì ung thư biểu mô tuyến nước bọt trong khi đang thực hiện phác đồ điều trị).

+ Bệnh nhân tử vong do nguyên nhân khác.

+ Bệnh nhân bị tái phát hoặc bị ung thư khác kèm theo

+ Các trường hợp hồ sơ lưu trữ không đầy đủ

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 74BM thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu được mã hoá và xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng

Tỷ lệ u lành/ ác: 42/32 = 1,31.

| | | | | | | | | |
|------------|------------|----|------|----|------|----|------|-------|
| Kích thước | <2cm | 5 | 11.6 | 2 | 6.5 | 7 | 9.6 | 0.415 |
| | 2-4cm | 28 | 65.1 | 25 | 80.6 | 53 | 72.6 | |
| | >4cm | 10 | 23.3 | 4 | 12.9 | 13 | 17.8 | |
| Ranh giới | Rõ | 40 | 97.6 | 22 | 71 | 62 | 86.1 | 0.002 |
| | Không rõ | 1 | 2.4 | 9 | 29 | 10 | 13.9 | |
| Mật độ | Giảm âm | 36 | 85.7 | 27 | 93.5 | 65 | 89 | 0.543 |
| | Tăng âm | 2 | 4.8 | 0 | 0 | 2 | 2.7 | |
| | Hỗn hợp âm | 4 | 9.5 | 2 | 6.4 | 6 | 8.2 | |

Nhận xét: U hay gặp hơn ở bên phải 52,4% so bên trái 47,6%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, tất cả BN chỉ có 1 khối u ở 1 bên, kích thước chủ yếu 2-4cm chiếm 72,6%. U lành tính có ranh giới rõ 97,6%, trong khi u ác tính là 62%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Mật độ âm chủ yếu là giảm âm chiếm 89% ở cả 2 nhóm.

Bảng 3: Phân loại mô bệnh học

| Loại GPB | Số BN | Tỉ lệ (%) |
|------------------------|-------|-----------|
| U lành tính | 42 | 100% |
| U tuyến đa hình | 39 | 92,85 |
| U cơ biểu mô lành tính | 1 | 2,38 |
| U tuyến tế bào ái toan | 1 | 2,38 |
| U tuyến tế bào đáy | 1 | 2,38 |

| U ác tính | Số BN | Tỉ lệ (%) |
|------------------------------------|-------|-----------|
| Ung thư biểu mô dạng tuyến nang | 11 | 34,37 |
| Ung thư biểu mô biểu bì nhầy | 8 | 25 |
| Ung thư biểu mô tuyến đa hình | 6 | 18,75 |
| Ung thư biểu mô tuyến ống | 4 | 12,5 |
| Ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa | 2 | 6,25 |
| Ung thư biểu mô vảy | 1 | 3,12 |

Nhận xét: Với u lành, u tuyến đa hình hay gặp nhất 92,85% và cũng hay gặp nhất trong cả 2 nhóm u lành và ác tính chiếm 52,7%. Với u ác tính, ung thư biểu mô dạng tuyến nang hay gặp nhất 34,37%, tiếp đến là ung thư biểu mô biểu bì nhầy 25%.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 4: Phương pháp phẫu thuật

| | | U lành tính | | U ác tính | | Tổng | | P |
|-------------|-------------------|-------------|------|-----------|------|-------|------|-------|
| | | Số BN | % | Số BN | % | Số BN | % | |
| Phẫu thuật | Cắt u đơn thuần | 15 | 35.7 | 1 | 3.1 | 16 | 21.6 | 0.001 |
| | Cắt toàn bộ tuyến | 27 | 64.3 | 31 | 96.9 | 58 | 78.4 | |
| Vết hạch cổ | Có | 1 | 2.4 | 17 | 53.1 | 56 | 75.7 | 0.000 |
| | Không | 41 | 97.6 | 15 | 46.9 | 18 | 24.3 | |

Nhận xét: Với nhóm u lành tính, tỷ lệ PT lấy u đơn thuần là 35,7%, cắt toàn bộ tuyến là 64,3%. Với nhóm u ác tính, tỉ lệ phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến chiếm 96,9%, tỷ lệ BN được vét hạch cổ là 53,1%.

Bảng 5: Biến chứng sớm sau phẫu thuật

| | U lành | U ác | Tổng |
|----------------------------------|--------|------|------|
| Chảy máu (0) | 0 | 0 | 1,35 |
| Tổn thương nhánh hàm dưới TK VII | 3 | 7,1 | 10,8 |
| Tê lưỡi | 0 | 0 | 2,7 |

Nhận xét: Tỷ lệ chảy máu không đáng kể 1,35%, tổn thương nhánh hàm dưới TK VII 10,8%, tê lưỡi gặp ở 2,7%. Sau 3 tháng, chỉ còn 1 bệnh nhân liệt nhẹ môi dưới do u xâm lấn vào thần kinh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tỷ lệ u lành/ác: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ u ác tính là 43,24%, nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy tỉ lệ này là khác nhau, trong khoảng 20-40%, với các nghiên cứu trước đó tác giả Anna LA (2020) 22% [3], nghiên cứu của Huỳnh Văn Dương (2009) là 31, 19% [4], có thể giải thích do nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện chuyên khoa ung thư tuyến cuối nên tỷ lệ u ác tính cao hơn.

Tuổi, giới: u tuyến dưới hàm gặp ở mọi lứa tuổi, tuổi trung bình 47.77, cao nhất là 79, thấp

nhất 14. với tuổi trung bình của u lành 41.3, u ác tính là 56.25, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ nữ/ nam: 1,05/1, u xuất hiện tương đương ở cả 2 giới, nghiên cứu của Nguyễn Duy Cường [5] tỷ lệ này là 1,54/1.

Lý do vào viện: tự sờ thấy u không đau là triệu chứng phổ biến nhất 80.8% (n=59), số còn lại vì khối u kèm đau tại u, hạch cổ.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm u trên siêu âm: U xuất hiện tương đương ở cả 2 bên trái, phải. Kích thước chủ yếu 2-4cm. U tuyến dưới hàm đa số có ranh giới rõ 86,1%, tuy nhiên ranh giới không rõ gặp

nhều hơn ở u ác tính 29%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Giảm âm chiếm 89%.

Phân loại mô bệnh học: Với u lành, u tuyến đa hình hay gặp nhất 92,85%, điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Triệu Hoàng Đạo (2015) [6]. Với u ác tính, ung thư biểu mô dạng tuyến nang hay gặp nhất 34,37%, tiếp đến là ung thư biểu mô biểu bì nhầy 25%, tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của Robert JL (2015) [7] UTBM thể tuyến nang là 36%; UTBM biểu bì nhầy 16,9%; và UTBM tuyến 13,7%.

4.3. Kết quả điều trị

Phương pháp phẫu thuật: Phẫu thuật là phương pháp ưu tiên có vai trò quan trọng trong điều trị u TDH. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ cắt toàn bộ u + tuyến cao 64,3% với u lành tính và 96,9% với u ác tính. Có 1 BN u ác tính không được cắt toàn bộ tuyến do khó chẩn đoán phân biệt trên lâm sàng và có thể mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến đa hình. Rõ ràng chỉ định phẫu thuật không phụ thuộc vào tính chất u (vị trí, kích thước, mật độ, ranh giới) mà còn theo thói quen, kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Vết hạch cổ có vai trò quan trọng trong ung thư tuyến dưới hàm, tỷ lệ này trong nghiên cứu là 53,1% thấp hơn so nghiên cứu của Huỳnh Văn Dương 83,87% [4].

Biến chứng sau phẫu thuật: Tỷ lệ tổn thương nhánh hàm dưới của TK VII là 10,8%, tỷ lệ này thấp hơn với nghiên cứu của Huỳnh Văn Dương (2009) 13,76% [4]. Hầu hết các bệnh nhân liệt môi dưới đều hồi phục sau 6 tháng, có thể giải thích là do nhánh hàm dưới TK VII tạm thời tổn thương trong mổ khi phẫu tích, sau một thời gian dây thần kinh hồi phục thì các triệu chứng cũng mất, chỉ có 1 BN còn liệt do u xâm lấn thần kinh nên không bảo tồn được. Tỷ lệ

chảy máu sau mổ 1.35%, tê lưỡi 2,7%, hiếm xảy ra, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Mriganka (2007) [8] tỉ lệ chảy máu 2%, tê lưỡi 2%.

V. KẾT LUẬN

U tuyến dưới hàm có đặc điểm mô bệnh học đa dạng. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có thể định hướng chẩn đoán và tiên lượng điều trị. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, hiệu quả điều trị cao và ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Surgical Pathology Of The Head And Neck, Crc Press** (2019)
2. **Witt R.L.** (2020), Surgery of the salivary glands, Elsevier, Philadelphia.
3. **Aegisdottir A.L., Tryggvason G., Jonsdottir A.M. và cộng sự.** (2021). Salivary gland tumours in Iceland 1986-2015: a nationwide epidemiological analysis over a 30-year time period. APMIS, 129(2), 55–60.
4. **Huỳnh Văn Dương** (2009), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh và kết quả điều trị u tuyến dưới hàm tại bệnh viện răng hàm mặt quốc gia từ 1999-2009" Luận văn thạc sỹ y học chuyên ngành răng hàm mặt, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Duy Cường** (2003). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị của u tuyến dưới hàm tại Bệnh Viện K", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện, trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Triệu Hoàng Đạo** (2015). "Đánh giá kết quả điều trị u lành tính tuyến dưới hàm tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội từ năm 2010 đến 2015", Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội
7. **Lee R.J., Tan A.P., Tong E.L. và cộng sự.** (2015). Epidemiology, Prognostic Factors, and Treatment of Malignant Submandibular Gland Tumors: A Population-Based Cohort Analysis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN LO ÂU Ở NGƯỜI BỆNH BASEDOW

Nguyễn Quốc Trí^{1,2}, Nguyễn Doãn Phương³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu ở người bệnh Basedow. **Đối tượng và phương pháp**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia

³Bệnh viện Xây dựng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Trí

Email: quoctri.171196@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.11.2022

Ngày duyệt bài: 7.11.2022

nghiên cứu: Mô tả cắt ngang người bệnh Basedow điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/ 2021 đến 10/ 2022. **Kết quả:** 48,2% người bệnh Basedow có rối loạn lo âu. Triệu chứng kích thích thần kinh thực vật và các triệu chứng không đặc hiệu khác là triệu chứng hay gặp nhất ở nhóm người bệnh này, gặp ở 100% số người bệnh. Triệu chứng hồi hộp, tim đập nhanh, tim đập mạnh thường gặp nhất, gặp ở 100% người bệnh. Các triệu chứng khác như chóng mặt (95,1%), run tay chân (92,7%), khó tập trung, cảm giác trống rỗng (90,2%), cơn nóng bừng, đỏ mặt hoặc cơn ớn lạnh (87,8%), vã mồ hôi (85,4%) cũng thường gặp. Phần lớn người