

Ở Việt Nam sỏi có kích thước lớn cần nong, thậm chí phải cắt cơ thắt mới lấy được sỏi. Lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là một can thiệp ít xâm lấn với tỷ lệ thành công trên 90%, nên chỉ định đối với những bệnh nhân già yếu sỏi sau mổ hoặc có chống chỉ định đối với phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên thủ thuật này bị hạn chế khi bệnh nhân có hẹp thực quản, cắt đoạn dạ dày, sỏi ống mật chủ kích thước trên 20 mm. Trong nghiên cứu này có 1 trường hợp thất bại do sỏi to. Có 23/90 bệnh nhân có sỏi túi mật hoặc bệnh lý khác của túi mật đi kèm, do đó can thiệp bằng phẫu thuật nội soi có ưu việt hơn. Tác giả S.E. Tranter và M.H. Thompson [4] nghiên cứu so sánh E.S và PTNS trong điều trị sỏi đường mật chính cho biết tỷ lệ ung thư hoá đường mật là 1%, sỏi mật tái phát 16%, biến chứng 5% khi làm E.S và đi đến kết luận PTNS là lựa chọn đối với những bệnh nhân trẻ để lấy sỏi ống mật chính có hoặc không kèm theo sỏi túi mật. Đối với sỏi trong gan, khi PTNS có thể kết hợp nội soi đường mật tán sỏi. Như vậy, theo chúng tôi, thủ thuật ERCP để lấy sỏi ở Việt Nam nên chỉ định cho những bệnh nhân có chống chỉ định của PTNS, bệnh nhân già yếu, mổ mật nhiều lần.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công của can thiệp cao, an toàn, không có trường hợp nào tử vong hoặc nặng xin về. Đối với sỏi đường mật chính ngoài gan có hoặc không kèm theo sỏi túi mật nên áp dụng các phương

pháp can thiệp ít xâm hại để thay thế cho phẫu thuật kinh điển trong đó nên thực hiện phẫu thuật nội soi tránh làm tổn thương cơ thắt Oddi. Nội soi can thiệp lấy sỏi nên áp dụng cho đối tượng bệnh nhân trên 60 tuổi, kích thước sỏi dưới 1 cm, bệnh nhân có chống chỉ định của mổ nội soi hoặc đã mổ mật nhiều lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Quốc Ánh (2012). Vai trò của ERCP trong bệnh lý đường mật. *Tạp chí Y học thực hành*, 821, 130 - 134.
2. Berci G (1994). Laparoscopic management of common bile duct stones. *Surgical endoscopy*, 8, 12, 1452-1453.
3. Memon M.A., Hassaballa H., Memon M.I (2000). Laparoscopic common bile duct exploration: the past, the present, and the future. *American journal of surgery*, 179, 4, 309-315.
4. Tranter S.E., Thompson M.H (2002). Comparison of endoscopic sphincterotomy and laparoscopic exploration of the common bile duct. *The British journal of surgery*, 89, 12, 1495-1504.
5. Koc B., Karahan S., Adas G., et al (2013). Comparison of laparoscopic common bile duct exploration and endoscopic retrograde cholangiopancreatography plus laparoscopic cholecystectomy for choledocholithiasis: a prospective randomized study. *American journal of surgery*, 206, 4, 457-463.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U TUYẾN DƯỚI HÀM TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

PHẠM HOÀNG TUẤN

Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

SUMMARY

RESULT OF TREATMENT SUBMANDIBULAR GLAND TUMOR AT HANOI NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO STOMATOLOGY

Aim: The study was performed on 109 patients with submandibular gland tumor at Hanoi National Hospital of Odonto Stomatology. Methods: Quasi experiment. Treating tumor with surgery. Results: Most of benign tumor don't need lymph nodes ectomy, but most of malignant tumor need it. Most of patients satisfied with the scar (90,83%), good treatment rate of benign tumor are higher (96%) than malignant tumor (70,59%). Conclusion: Tumor-gland ectomy with benign tumor, and tumor-gland-lymph nodes ectomy with malignant tumor make the result better and reduce the ability of complication and recurrence

Keywords: submandibular gland, malignant, benign, surgery

ĐẶT VẤN ĐỀ

Về điều trị u tuyến dưới hàm, phẫu thuật (PT) cắt tổn thương cùng toàn bộ tuyến là phương pháp chủ yếu, xạ trị sau mổ thường ít có tác dụng, chỉ hỗ trợ cho một số nhóm u chuyên biệt và các tổn thương lớn không thể phẫu thuật lấy hết hoàn toàn, hoá trị

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện trên 109 bệnh nhân có u tuyến dưới hàm điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội. Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng không có nhóm chứng. Điều trị u tuyến bằng phẫu thuật. Kết quả: Đa số các trường hợp u lành không vét hạch (82,86%), ngược lại đa phần trường hợp u ác có cắt bỏ hạch (83,87%), phần lớn vết mổ của BN liền sẹo tốt, và BN hài lòng với vết mổ chiếm đa số (90,83%). Tỷ lệ u lành tính có kết quả tốt (96,00%), cao hơn so với nhóm u ác tính (70,59%). Kết luận: Phẫu thuật cắt u + tuyến với u lành, u + tuyến + mô xung quanh kèm theo vét hạch khi u ác tính cho hiệu quả điều trị cao, ít biến chứng và tái phát

Từ khóa: tuyến dưới hàm, ác tính, lành tính, phẫu thuật

Chịu trách nhiệm: Phạm Hoàng Tuấn

Email: drtuan1966@gmail.com

Ngày nhận: 12/6/2017

Ngày phân biên: 03/7/2017

Ngày duyệt bài: 24/7/2017

Ngày xuất bản: 20/8/2017

liệu được xem là giải pháp ít có tác dụng, chủ yếu cho các trường hợp tái phát lan rộng, trong một số u ác tính. Tuy nhiên, phẫu thuật luôn có nguy cơ tổn thương nhánh hàm dưới của thần kinh (TK) VII, thần kinh hạ thiệt, thần kinh lưỡi cũng như cấu trúc cơ, mạch máu khác.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- U có nguồn gốc biểu mô tuyến dưới hàm
- BN không có các tổn thương tại tuyến dưới hàm
- + U máu.
- + U bạch mạch từ bên ngoài lan vào tuyến dưới hàm
- + U bã đậu.
- + Các bệnh lý viêm mạn tính đã được chẩn đoán rõ trên lâm sàng.
- BN có đầy đủ tư liệu nghiên cứu:
- + Hồ sơ bệnh án.
- + Các xét nghiệm cơ bản thường quy cho phép mổ
- + Phim X quang (panorama, mặt thẳng, CT-Scanner)

+ Có kết quả GPB.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không hợp tác tham gia nghiên cứu

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp thử nghiệm lâm sàng không có đối chứng

2.2. Cỡ mẫu

Mẫu thuận tiện. Có 109 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn

3. Xử lý và phân tích số liệu

- Xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu và của địa phương. Các quy trình khám đảm bảo vô khuẩn, trong khi khám nếu phát hiện tình trạng bệnh lý về răng miệng các đối tượng sẽ được tư vấn tại chỗ. Kết quả nghiên cứu chỉ sử dụng trong nghiên cứu khoa học chứ không nhằm mục đích gì khác.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phương pháp phẫu thuật

Loại u Phương pháp	U lành tính		U ác tính		Tổng		p
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
1. Phẫu Thuật u							0,001
Cắt toàn bộ u và tuyến	68	90,67	13	38,24	81	71,31	
Cắt toàn bộ u, tuyến và mô xung quanh	7	9,33	21	61,76	28	25,69	
Tổng	75	100,00	34	100,00	109	100,00	
2. Phẫu thuật hạch							0,001
Không vét hạch	58	82,86	5	16,13	63	62,38	
Lấy hạch	12	17,14	26	83,87	38	37,62	
Tổng	70	100,00	31	100,00	101	100,00	

Nhận xét: Phương pháp phẫu thuật

Trong 109 trường hợp u tuyến dưới hàm, số trường hợp được phẫu thuật cắt u và toàn bộ tuyến dưới hàm (71,31%). U lành thường chỉ được cắt u+tuyến mà không cắt mô xung quanh (90,67%), trong khi đa số các trường hợp u ác tính được PT cắt rộng ra mô xung quanh (61,76%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Phẫu thuật tại hạch

Có 63 BN cắt bỏ hạch khi mổ chiếm tỷ lệ 62,38%. Đa số các trường hợp u lành không vét hạch (82,86%), ngược lại đa phần trường hợp u ác có cắt bỏ hạch (83,87%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 2. Tình trạng vết mổ

Loại u Yếu tố	U lành tính		U ác tính		Tổng		p
	Số BN (n=75)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n=34)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n=109)	Tỷ lệ (%)	
Liên tốt	71	94,67	28	82,35	99	90,83	0,039
Sẹo xấu	4	5,33	6	17,65	10	9,17	

Nhận xét: Bảng trên cho thấy phần lớn vết mổ của BN liền sẹo tốt, và BN hài lòng với vết mổ chiếm đa

số (90,83%)

Bảng 3. Tình trạng tổn thương sau mổ

Loại u Tình trạng tổn thương	U lành tính		U ác tính		Tổng	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
1. Tình trạng u sau mổ						
Hết u	60	100,00	27	93,10	95	97,94
Còn u	0	0,00	2	6,90	2	2,06
Tổng	60	100,00	29	100,00	97	100,00
2. Tình trạng hạch sau mổ						
Hết u	70	100,00	29	93,55	99	98,02
Còn u	0	0,00	2	6,45	2	1,98
Tổng	70	100,00	31	100,00	101	100,00

Nhận xét bảng 3: Đa số BN sau phẫu thuật hết u tại tuyến (97,94%), cũng như tại hạch (98,02%). Có 4 BN trong nhóm ác tính còn sót u, trong đó 2 (6,90%)

sót u tại tuyến và 2 (6,45%) sót u tại hạch.
Bảng 4. Đánh giá kết quả phẫu thuật u

Loại u	U lành tính (n=75)		U ác tính (n=34)		Tổng (n=109)		p
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Kết quả							
Tốt	72	96,00	24	70,59	96	88,07	0,001
Trung bình	3	4,00	8	23,53	11	10,09	
Xấu	0	0,00	2	5,88	2	1,83	

Nhận xét: Kết quả PT nhìn chung tốt (88,07%), kết quả xấu chỉ xảy ra 1 trường hợp. Tỷ lệ u lành tính có kết quả tốt (96,00%), cao hơn so với nhóm u ác tính (70,59%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Fisher Exact test).

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ “cắt toàn bộ u + tuyến” cao, thường được áp dụng đối với u lành tính (90,67%). Trong khi u ác tính “cắt toàn bộ u + tuyến + mô xung quanh” chiếm tỷ lệ 61,76%. Tỷ lệ cắt u và tuyến của chúng tôi phù hợp với Trần Chí Tiến (71,31% so với 85%). Tuy nhiên, nhóm ác tính trong nghiên cứu này còn 38,24% BN không được cắt rộng mô xung quanh, trong đó có 2 trường hợp ghi nhận còn u. Rõ ràng chỉ định PT này không chỉ phụ thuộc vào tính chất của u (kích thước, mật độ, ranh giới...) mà còn theo thói quen, kinh nghiệm của bác sĩ điều trị. PT u tuyến dưới hàm tương đối dễ thao tác, cần tránh mổ thám sát hay sinh thiết, khi PT đúng nguyên tắc thường cho kết quả cao, biến chứng thấp nhất.

Phẫu thuật vét hạch có vai trò quan trọng đối với kết quả điều trị ung thư cũng như một số trường hợp u lành tuyến dưới hàm. U hỗn hợp kích thước lớn cũng cần vét hạch vì nó được xem là u “giáp biên ác”, khả năng thoái hoá ác cao. Nếu UT có độ biệt hoá thấp, có khuynh hướng di căn hạch (như ung thư biểu mô nhày dạng biểu bì) thì nạo hạch cổ từ nhóm I đến III. Nếu có kế hoạch xạ trị bổ túc thì nạo hạch cổ tận gốc là không cần thiết. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BN có u ác tính và một số u lành tính được nạo hạch cổ. Có 2 trường hợp ghi nhận còn hạch sau mổ. Như vậy đây là nguy cơ tìm ẩn tái phát hay di căn sau điều trị. Cần có kế hoạch theo dõi và điều trị BN kịp thời khi có biến chứng.

Điều trị u tuyến dưới hàm ngoài mang lại những chức năng vốn có của TNB, mà còn trả lại cho BN hình dáng thẩm mỹ ban đầu. Tình trạng vết mổ là một trong những tiêu chí đánh giá chất lượng của điều trị. Tuy nhiên, sẹo xấu hay tốt còn tùy vào tính chất mô học, kích thước của khối u cũng như yêu cầu của BN. Nghiên cứu của Nguyễn Duy Cường (2003) thấy 98% u TDH có sẹo liền tốt sau mổ. Kết quả của chúng tôi thấy sẹo liền tốt chiếm 90,83%, trong đó u

lành có kết quả liền tốt cao hơn so với u ác. Điều này do UT cần cắt rộng, nạo vét hạch khi cần nhằm tránh tái phát cũng như di căn, nên vết mổ thường không liền sẹo tốt. Sử dụng đường rạch dưới góc hàm XHD 3cm nhằm tránh tổn thương TK mặt, dùng mũi khâu dưới da, giảm căng nhằm tạo sẹo thẩm mỹ cho BN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 2 BN có kết quả điều trị xấu. Trong đó có 1 BN nữ, đã được PT lấy u+tuyến+mô xung quanh vào năm 2005, có ghi nhận còn u ở hạch, kết quả mô bệnh học là UT biểu mô nhày dạng biểu bì, đã có dấu hiệu di căn gan lúc tái khám. Ngoài ra, nhìn chung tỷ lệ điều trị tốt cao (88,07%). Nhóm u lành có kết quả tốt là 96%, nhóm u ác có tỷ lệ tốt là 70,59%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu tại Viện K. BN có thời gian khởi phát dài, khám và điều trị muộn, kích thước khối u to, có BN di căn hạch, tuy nhiên nhìn chung số BN điều trị với kết quả tốt như vậy là đáng khích lệ. Chúng tôi tin rằng sử dụng đúng quy trình kỹ thuật cắt tuyến dưới hàm cho BN, chọn giải pháp cắt toàn bộ u và tuyến, tránh mổ sinh thiết u sẽ làm giảm biến chứng, cho kết quả điều trị tốt, và điều này cũng đã được khẳng định trong y văn [3].

KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt u+tuyến với u lành, u+tuyến+mô xung quanh kèm theo vét hạch khi u ác tính cho hiệu quả điều trị cao, ít biến chứng và tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Douglas R. G., John D. H., Roderick H.W.S., John Eveson (2009). “Salivary and Lacrimal Glands”. In: Douglas R. Gnepp. Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck, 2nd, Saunders-Elsevier Inc, Philadelphia. Pp. 413-562.
2. Bailey, Byron J., Johnson, Jonas T., Newlands, Shawn D (2006). “Salivary Gland Neoplasms”. Head & Neck Surgery- Otolaryngology, 4th, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. Pp. 1515-1563.
3. Simon Florian Preuss, et al.(2007), “Submandibular Gland Excision: 15 Years of Experience”, J Oral Maxillofac Surg (65). Pp. 953-957.