

# Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị u tuyến nước bọt

Hoàng Minh Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Lợi<sup>2</sup>, Trần Tấn Tài<sup>1</sup>,  
Tô Thị Lợi<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Minh<sup>1</sup>, Võ Trần Nhã Trang<sup>2</sup>

(1) Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Khối u tuyến nước bọt là khối u phức tạp và đa dạng nhất trong các cơ quan của cơ thể. Đánh giá các đặc điểm bệnh lý của u tuyến nước bọt, góp phần cho chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả cũng như tránh các biến chứng do khối u gây ra là trọng tâm của nghiên cứu. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị u tuyến nước bọt. **Đối tượng và phương pháp:** 41 bệnh nhân u tuyến nước bọt đến khám tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế từ 6/2019 đến 6/2020 được ghi nhận đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và theo dõi kết quả sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. **Kết quả:** U tuyến nước bọt xảy ra chủ yếu ở nam giới (58,5%), tuổi mắc bệnh trung bình là 52,4±12,4. Kích thước u trên cắt lớp vi tính thường gặp từ 2 - 4cm (67,7%), khối u tuyến nước bọt mang tai lành tính thường có tỷ trọng đồng nhất 61,3%, ranh giới rõ và không xâm lấn xung quanh. Trong các khối u lành tính tuyến nước bọt, u đa hình thường gặp nhất (63,4%), tiếp theo là u Warthin (34,1%), còn lại một số loại u lành tính khác. Sau phẫu thuật u tuyến mang tai biến chứng thường gặp nhất là tê vùng quanh tai (77,4%), liệt mặt (41,9%), xuất huyết dưới da (29,1%), tụ dịch (3,2%) và dò nước bọt (3,2%). Sau phẫu thuật u tuyến dưới hàm các biến chứng thường gặp nhất là tê vùng quanh vết mổ (50%) và xuất huyết dưới da (10%), hiếm khi tổn thương dây XII. **Kết luận:** Các xét nghiệm chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, siêu âm và cắt lớp vi tính rất có giá trị trong chẩn đoán. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính của u tuyến nước bọt.

**Từ khóa:** u tuyến nước bọt, bóc u tuyến mang tai, liệt mặt.

## Abstract

# Salivary gland tumor: Clinical, paraclinical features and the results of surgery

Hoang Minh Phuong<sup>1</sup>, Nguyen Hong Loi<sup>2</sup>, Tran Tan Tai<sup>1</sup>,  
To Thi Loi<sup>1</sup>, Nguyen Van Minh<sup>1</sup>, Vo Tran Nha Trang<sup>2</sup>

(1) Odonto-Stomatology Faculty, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Odonto-Stomatology Centre, Hue Central Hospital

**Background:** Salivary gland tumors are the most complex and diverse of any organ in the body. Assessing the pathological characteristics of salivary gland tumor, contributing to early diagnosis and effective treatment as well as avoiding tumor-induced complications is the focus of the study. **Objective:** To study clinical, paraclinical features and to evaluate the results of salivary gland tumor surgery. **Materials and Methods:** 41 patients with salivary gland tumor who were examined at Hue University of Medicine and Pharmacy from Jun 2019 to Jun 2020 were recorded about clinical, paraclinical and evaluated results 1 week, 1 month and 3 months after surgery. **Results:** Male cases were in the majority (58.5%), the mean age of patients was 52.4±12.4. Majority of the parotid gland tumor size in CT scanner encountered were between 2 and 4 cm (67.7%). Benign parotid tumors often had isodense 61.3%, clear boundaries and non - invasive surrounding. Pleomorphic adenoma was found the most often among the benign tumors at a ratio of 24.4%, followed by Warthin tumors (34.1%), with other types of benign tumors remaining. After parotid surgery, the most common complication was numbness around the earlobe (77.4%), facial paralysis (41.9%), hemorrhage (29.1%), seroma (3.2%) and salivary fistula (3.2%). And after submandibular surgery, the most common complication was numbness around the wound (50%), hemorrhage (10%) and hypoglossal nerve damage was very rarely. **Conclusion:** FNA - Fine Needle Aspiration, Ultrasound and CT scanner were very valuable for diagnosis. Surgery was the main treatment method for salivary gland tumors.

**Keywords:** Parotid gland, parotidectomy, facial paralysis.

Địa chỉ liên hệ: Hoàng Minh Phương, email: hmpuong.rhm@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/10/2020; Ngày đồng ý đăng: 15/1/2021; Ngày xuất bản: 9/3/2021

DOI: 10.34071/jmp.2021.1.12

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u tuyến nước bọt là một khối u phức tạp và đa dạng nhất trong các cơ quan của cơ thể, chiếm tỷ lệ 2-6,5% các khối u đầu mặt cổ. Chủ yếu hay gặp ở các tuyến nước bọt chính trong đó 64-80% ở tuyến nước bọt mang tai [11], [24]. Theo nghiên cứu của Jorge Pinheiro và cộng sự (2018) trên 295 trường hợp được chẩn đoán là u tuyến nước bọt có 243 trường hợp u tuyến nước bọt mang tai (UTMT), 20 trường hợp u tuyến nước bọt dưới hàm (UTDH), 2 trường hợp u tuyến nước bọt dưới lưỡi và 30 trường hợp u tuyến nước bọt phụ [18].

Mặc dù tuyến nước bọt mang tai nằm ở vị trí dễ phát hiện nhưng bệnh nhân thường đến muộn nên quá trình điều trị trở nên khó khăn, làm tăng tỷ lệ biến chứng và tái phát, đặc biệt là ung thư. U tuyến nước bọt có triệu chứng lâm sàng nghèo nàn trong khi đặc điểm mô bệnh học lại đa dạng với các tiên lượng khác nhau đòi hỏi chỉ định điều trị phù hợp [3].

U tuyến dưới hàm là loại u thường gặp chỉ sau tuyến mang tai. U có biểu hiện lâm sàng âm thầm, kéo dài thường gây nhầm lẫn với các tổn thương không do u mạn tính khác. Mô bệnh học của u tuyến nước bọt nói chung và u tuyến dưới hàm nói riêng rất đa dạng với nhiều loại tế bào có nguồn gốc khác nhau làm sai lệch kết quả giải phẫu bệnh [1], [17]. Do đó việc chẩn đoán và đưa ra kế hoạch điều trị gặp một số khó khăn đối với bác sĩ lâm sàng. Sự kết hợp giữa khám lâm sàng và sử dụng các công cụ hỗ trợ chẩn đoán như siêu âm, cắt lớp vi tính (CLVT) và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA- Fine Needle Aspiration) có vai trò quan trọng [21].

Điều trị u tuyến nước bọt phụ thuộc rất nhiều vào kết quả xét nghiệm FNA, siêu âm kết hợp với các phát hiện lâm sàng và xem xét hình ảnh CLVT [21], để lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt bỏ u đơn thuần, cắt u và một phần tuyến hoặc cắt u và toàn bộ tuyến, bảo tồn dây thần kinh VII [1]. Khối u sau khi cắt bỏ được làm giải phẫu bệnh để đánh giá và phân loại [24].

Ở Việt Nam và trên thế giới cũng có nhiều công trình nghiên cứu về u tuyến nước bọt. Để đánh giá các đặc điểm bệnh lý của u tuyến nước bọt, góp phần cho chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả cũng như tránh các biến chứng do khối u gây ra, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài: **“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị u tuyến nước bọt”** với hai mục tiêu như sau:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của u tuyến nước bọt

2. Đánh giá kết quả điều trị u tuyến nước bọt.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 41 bệnh nhân u tuyến nước bọt được khám và điều trị phẫu thuật tại Liên chuyên khoa Tai Mũi Họng – Mắt – Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ tháng 6/2019 đến tháng 6/2020.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp.

#### 2.2. Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu không xác suất (loại mẫu thuận tiện).

#### 2.3. Các biến số nghiên cứu

##### - Đặc điểm lâm sàng:

+ **Vị trí:** tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi.

+ **Kích thước:** < 2 cm, 2-4 cm, > 4 cm

+ **Mật độ:** cứng chắc, mềm

+ **Ranh giới:** rõ, không rõ.

- Đặc điểm cận lâm sàng:

+ **Kích thước:** < 2 cm, 2-4 cm, > 4 cm

+ **Cấu trúc:** đồng nhất, không đồng nhất.

+ **Tỷ trọng:** tăng tỷ trọng, giảm tỷ trọng, đồng tỷ trọng, hỗn hợp.

+ **Hạch:** có, không.

- Đánh giá kết quả điều trị:

+ **Xuất huyết dưới da (hemorrhage):** có, không.

Theo tác giả Marchese-Ragona xuất huyết dưới da thường do cầm máu không đầy đủ trong lúc phẫu thuật [16].

+ **Liệt mặt:** phân độ theo House – Brackmann, đánh giá chức năng vận động của cơ bám da mặt qua các động tác: nhắm mắt, nhăn trán, huýt sáo, cười, phồng má.

+ **Dò nước bọt:** có, không. Lỗ dò thường xuất hiện sớm ngay sau khi cắt chỉ tại đường khâu bên dưới và sau dải tai, kiểm tra dịch chảy ra ngay tại đường khâu.

+ **Sẹo phì đại:** sẹo nhô lên trên đường mổ và không phát triển to hơn bờ vết mổ.

+ **Tổn thương nhánh bờ hàm dưới:** bất đối xứng ở khoé miệng, chảy nước bọt và khó nuốt.

+ **Tổn thương dây XII:** lưỡi lệch về bên bệnh.

+ **Tự dịch:** có, không. Sờ phát hiện dưới da hoặc nổi lên trên bề mặt da. Sử dụng siêu âm chẩn đoán xác định có tự dịch hay không.

+ **Tê quanh tai:** có, không. Kiểm tra cảm giác xúc giác của BN

+ **Hội chứng Frey:** có, không. Ghi nhận thời gian. Hội chứng Frey do tổn thương sợi phó giao cảm dây VII. Sau phẫu thuật 6 - 12 tháng, các sợi thần kinh này tái tạo sai cách, đi theo nhánh thần kinh chi phối

tiết mồ hôi dưới da. Các kích thích gây tiết nước bọt dẫn đến nóng, đỏ hoặc đỏ mồ hôi vùng tuyến mang tai trong khi nhai. Kiểm tra hội chứng Frey bằng test Minor: bôi lên da vùng mang tai dung dịch chứa iod như betadin, chờ khô, bôi tiếp lên vùng da đỏ một lớp tinh bột. Sau đó để BN ăn kẹo chanh liên tục trong 10 phút. Nếu kết quả dương tính, mồ hôi tiết ra tạo phản ứng khử giữa tinh bột và iod. Tùy mức độ tiết mồ hôi mà hình ảnh thu được từ những chấm nhỏ đến mảng có màu xanh đen

## 2.4. Quy trình

**2.4.1. Ghi nhận phần hành chính, khám đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến khối u tuyến nước bọt**

### 2.4.2. Các bước phẫu thuật u tuyến nước bọt

- **Chuẩn bị bệnh nhân:** Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản của một cuộc phẫu thuật, được giải thích đầy đủ các biến chứng có thể xảy ra sau phẫu thuật.

- **Vô cảm:** Bệnh nhân được gây mê nội khí quản.

- **Các bước phẫu thuật**

#### 2.4.2.1. U tuyến nước bọt mang tai

- **Vẽ và đánh dấu các mốc giải phẫu theo đường Redon:** đường rạch da xuất phát phía dưới của rãnh trên vành tai đi theo rãnh trước bình tai đến dải tai, cắt ngay ở mặt trong dải tai theo chiều nằm ngang rồi đi lên theo rãnh sau tai. Đến  $\frac{1}{2}$  chiều cao vành tai nó gấp trở lại theo hướng xuống dưới và ra sau trong vùng trâm chỏm. Đường rạch được kết thúc bằng một đường rạch ngang tiếp nối với mặt phẳng của xương móng, nằm cách bờ nền xương hàm dưới 2-3cm [5].

- **Rạch da, bóc tách lớp SMAS và bộc lộ dây VII:** Rạch da theo các mốc đã vẽ. Khảo sát và bộc lộ dây thần kinh VII theo các mốc giải phẫu phần cơ, sụn, xương. Giải phóng mặt sau tuyến mang tai ra khỏi bờ trước cơ ức đòn chũm, bộc lộ để tìm bụng sau cơ nhị thân. Thần kinh VII lộ ra ở mặt sau của cơ nhị thân, cách bình diện ngang 1,5-2,5cm. Sau khi xác định được gốc dây thần kinh thì khảo sát hai phân nhánh chính của dây VII [8], [9].

- **Chỉ định:** [9], [26]



Hình 1. Bóc tách lớp SMAS

## + U tuyến đa hình:

\* **Cắt u đơn thuần:** U lành tính có kích thước < 2 cm, nằm ở thùy nông của tuyến.

\* **Cắt thùy nông tuyến mang tai, bảo tồn dây VII:** U có kích thước từ 2 - 4cm, nằm ở thùy nông của tuyến mang tai.

\* **Cắt toàn bộ tuyến:** đối với khối u có kích thước > 4 cm hoặc khối u nằm ở thùy sâu của tuyến.

+ **U Warthin:** Bóc u đơn thuần, cắt tuyến mang tai ngoài dây VII, dưới dây VII hoặc cắt thùy nông bảo tồn dây VII tùy theo vị trí của khối u.

- **Cắt u đơn thuần.**

- **Cắt bỏ thùy nông:** Khối u và thùy nông được bóc tách khỏi dây thần kinh, chú ý dây thần kinh chạy theo hướng từ sâu đến nông và từ sau ra trước và có rất nhiều nhánh phụ. Bóc tách u, bảo tồn dây thần kinh.

- **Cắt bỏ thùy sâu:** Đầu tiên loại bỏ khối u và thùy nông để bộc lộ dây thần kinh VII. Dây thần kinh được bóc tách khỏi thùy sâu và nâng lên nhẹ nhàng. Mô xung quanh liên quan với khối u cũng được loại bỏ và cầm máu tốt trước khi đóng [13].

- **Đóng vết mổ:** Khâu đóng theo các lớp, dẫn lưu và băng ép.

### 2.4.2.2. U tuyến nước bọt dưới hàm:

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, đánh dấu và vẽ đường rạch cách bờ dưới xương hàm dưới 2cm hoặc chiều rộng hai ngón tay của bệnh nhân. Đi xuyên qua cơ bám da cổ tới bao tuyến, bóc tách cẩn thận nhánh cổ của dây thần kinh VII. Tiếp cận bóc tách khối u và toàn bộ tuyến. Cầm máu, đóng vết mổ và có thể đặt dẫn lưu [9].

### 2.4.3. Sau phẫu thuật:

- Bệnh nhân được chăm sóc tại giường theo dõi đánh giá sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng.

## 2.5. Xử lý số liệu và phân tích thống kê:

- Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu.

- Phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học.

- Mô tả số liệu bằng tỷ lệ phần trăm, số trung bình.

- Sử dụng kiểm định Chi square.



Hình 2. Bộc lộ khối u tuyến nước bọt mang tai



Hình 3. Bóc toàn bộ thủy nang tuyến ước bọt mang tai



Hình 4. Bóc u tuyến dưới hàm

### 3. KẾT QUẢ

#### 3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Giới tính	Số bệnh nhân (%)	Tuổi (Trung bình Độ lệch chuẩn)	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Nam	24 (58,5)	50±11,9	29	69
Nữ	17 (41,5)	55,5±12,6	32	71
Tổng	41 (100)	52,4±12,4	29	71

Nhận xét:

Trong tổng số 41 bệnh nhân, có 24 bệnh nhân là nam giới, chiếm tỉ lệ 58,5% và 17 bệnh nhân là nữ giới, chiếm tỉ lệ 41,5%. Tỉ lệ nam/nữ = 1,4/1.

Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 52,4±12,4. Trong đó, nam giới có độ tuổi trung bình là 50±11,9 và nữ giới có độ tuổi trung bình là 55,5±12,6.

Tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 29 tuổi và lớn nhất là 71 tuổi.

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng của khối u

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của khối u

Nhóm bệnh Đặc điểm		UTMT		UTDH		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Vị trí	Phải	14	45,2	5	50	19	46,3
	Trái	17	54,8	5	50	22	53,7
Kích thước	< 2 cm	7	22,6	2	20	9	22
	2 - 4 cm	17	54,8	7	70	24	58,5
	> 4 cm	7	22,6	1	10	8	19,5
Mật độ	Chắc	26	83,9	9	90	35	85,4
	Mềm	5	16,1	1	10	6	14,6
Ranh giới	Rõ	29	93,5	10	100	39	95,1
	Không	2	6,5	0	0	2	4,9

Nhận xét:

Về vị trí, UTMT có 31 trường hợp chiếm 75,6%, UTDH có 10 trường hợp chiếm 24,4% và không có trường

hợp nào UTDL. Tỷ lệ phân bố UTMT bên trái nhiều hơn bên phải với tỷ lệ lần lượt là 54,8% và 45,2%. Tỷ lệ phân bố hai bên bằng nhau ở UTDH.

Về kích thước u trên lâm sàng, nhóm UTMT kích thước hay gặp nhất là từ 2-4 cm chiếm 64,5%, tiếp theo nhóm dưới 2cm và nhóm trên 4 cm chiếm tỷ lệ lần lượt là 25,8% và 9,7%. Đối với nhóm UTDH kích thước hay gặp nhất từ 2-4cm, tiếp theo nhóm dưới 2 cm và trên 4 cm với tỷ lệ lần lượt là 70%, 20%, 10%.

Về mật độ khối u: mật độ chắc chiếm ưu thế, ở UTMT mật độ chắc chiếm 83,9%, mật độ mềm chiếm tỷ lệ 16,1%. Phân bố UTDH tương tự với tỷ lệ lần lượt 90%, 10%.

Về ranh giới, phần lớn UTMT có ranh giới rõ chiếm 93,5% và 6,5% u có ranh giới không rõ. UTDH có 100% ranh giới rõ.

### 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của khối u

**Bảng 3.** Đặc điểm khối u trên cắt lớp vi tính

Đặc điểm		Nhóm bệnh		UTMT		UTDH		Tổng	
				n	%	n	%	n	%
Kích thước	< 2 cm			8	25,8	2	20	10	24,4
	2 - 4 cm			21	67,7	6	60	27	65,9
	> 4 cm			2	6,5	2	20	4	9,8
Cấu trúc	Đồng nhất			19	61,3	3	30	22	53,7
	Không đồng nhất			12	38,7	7	70	19	46,3
Tỷ trọng (TT)	Tăng TT			17	54,8	4	40	21	51,2
	Giảm TT			7	22,6	6	60	13	31,7
	Đồng TT			1	3,2	0	0	1	2,4
	Hỗn hợp			6	19,4	0	0	6	14,6
Hạch	Có			24	77,4	7	70	31	75,6
	Không			7	22,6	3	30	10	24,4

#### Nhận xét:

Trên CLVT, kích thước UTMT nhóm 2-4cm chiếm tỷ lệ lớn nhất 67,7%, tiếp theo nhóm dưới 2cm và trên 4cm chiếm tỷ lệ lần lượt là 25,8% và 6,5%. Đối với UTDH, tương tự nhóm 2-4 cm chiếm ưu thế với tỷ lệ 60% còn lại chia đều cho nhóm dưới 2cm và trên 4cm.

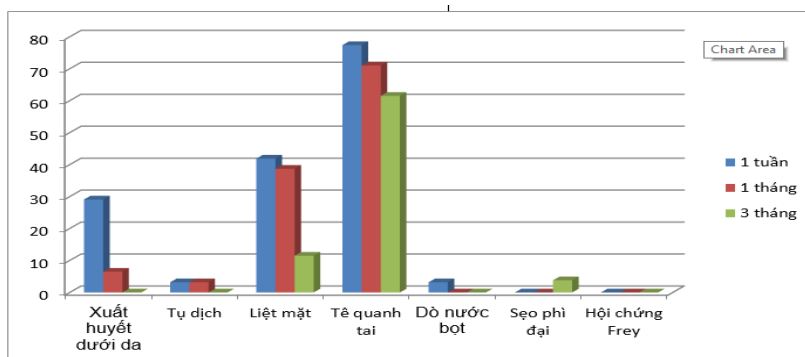
Về cấu trúc, hầu hết các khối UTMT có cấu trúc đồng nhất chiếm 61,3%. Ngược lại phần lớn UTDH có cấu trúc không đồng nhất chiếm 70%.

Về tỷ trọng, khối UTMT tăng tỷ trọng chiếm tỷ lệ lớn nhất 54,8%, giảm tỷ trọng chiếm 22,6%, tỷ trọng hỗn hợp chiếm 19,4%, đồng tỷ trọng chiếm 3,2%. Trong khi đó, khối UTDH giảm tỷ trọng chiếm ưu thế với 60%, còn lại là nhóm tăng tỷ trọng 40%.

Về hạch, phần lớn UTMT có hạch chiếm 77,4%, tương tự đối với UTDH chiếm 70%.

### 3.4. Đánh giá biến chứng sau phẫu thuật u tuyến mang tai

**Biểu đồ 1.** Biến chứng sau phẫu thuật u tuyến mang tai





#### Nhận xét:

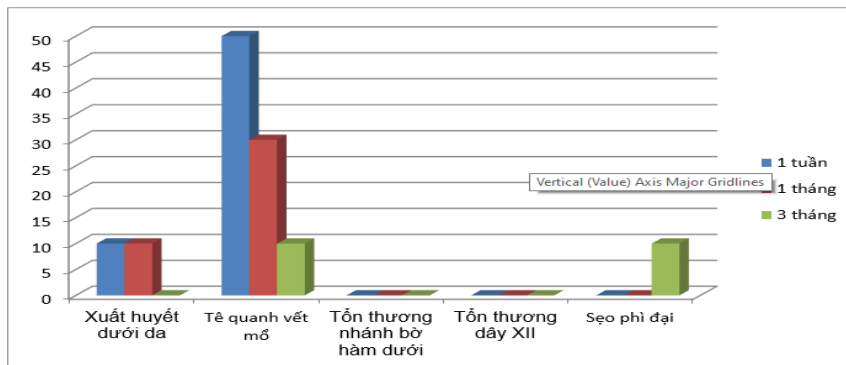
- Sau phẫu thuật 1 tuần, chúng tôi ghi nhận 9 trường hợp xuất huyết dưới da (29,1%), 1 trường hợp tụ dịch (3,2%), 13 trường hợp liệt mặt (41,9%), 24 trường hợp tê quanh tai (77,4%), 1 trường hợp dò nước bọt (3,2%).

- Sau phẫu thuật 1 tháng, chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp xuất huyết dưới da (6,5%), 1 trường hợp tụ dịch (3,2%), 12 trường hợp liệt mặt (38,7%), 22 trường hợp tê quanh tai (71%).

- Sau phẫu thuật 3 tháng, chúng tôi theo dõi 26 bệnh nhân, ghi nhận 3/26 trường hợp liệt mặt (11,5%), 16/26 trường hợp tê quanh tai (61,5%), 1/26 trường hợp sẹo phì đại (3,2%).

### 3.5. Đánh giá biến chứng sau phẫu thuật u tuyến dưới hàm

**Biểu đồ 2.** Đánh giá biến chứng sau phẫu thuật u tuyến dưới hàm



#### Nhận xét:

Sau phẫu thuật 1 tuần, chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp xuất huyết dưới da (10%), 5 trường hợp tê quanh vết mổ (50%), không có trường hợp nào tổn thương nhánh bờ hàm dưới dây VII và dây XII.

Sau phẫu thuật 1 tháng, 1 trường hợp xuất huyết dưới da (10%) và 3 trường hợp tê quanh vết mổ (30%).

Sau phẫu thuật 3 tháng, 3 trường hợp tê quanh vết mổ (10%) và 1 trường hợp sẹo phì đại (10%).

### 3.6. Kết quả mô bệnh học (MBH)

**Bảng 6.** Kết quả mô bệnh học

Kết quả MBH	Số lượng	Tỷ lệ %
U đa hình	26	63,4
U Warthin	14	34,1
U tế bào ưa acid	1	2,4
Tổng	41	100

#### Nhận xét:

Trong các khối u tuyến nước bọt, u đa hình chiếm tỷ lệ cao nhất 63,4%, tiếp theo là u Warthin 34,1% và 1 trường hợp u tế bào ưa acid chiếm 2,4%.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 24 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 58,5% và 17 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 41,5%. Tỷ lệ mắc bệnh nam nhiều hơn nữ tương tự nghiên cứu của Đinh Xuân Thành [2] và Hàn Thị Vân Thanh [6] với tỷ lệ nam mắc lần lượt là 55% và 61%. Nghiên cứu của Z. Tian và cộng sự (2010) hồi cứu trên 6892 trường hợp u tuyến nước bọt ở Trung Quốc cũng cho kết quả nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ lần lượt là 51,46% và 48,54% [27]. Một số nghiên cứu khác có tỷ lệ nữ mắc bệnh nhiều hơn

như của Phạm Trung Kiên (2008) với tỷ lệ nữ mắc là 58,5%. Nghiên cứu của Angelica Reinheimer (2019) [19], Vasconcelos (2016) [23], Saghravanian (2013) [20] và cộng sự với tỷ lệ nữ mắc lần lượt là 54,8%, 52,12%, 51,4%. Có thể thấy tỷ lệ về giới khác nhau trong mỗi nghiên cứu, điều này có thể do sự khác nhau về kích thước mẫu của từng nghiên cứu. Theo tác giả Afroza (2016) u tuyến nước bọt có thể xảy ra ở cả nam và nữ với tỷ lệ 49,8% và 50,2%, theo ông nguyên nhân của u tuyến nước bọt chưa rõ ràng nhưng các yếu tố nghiện rượu, nghiện thuốc lá, xạ trị, hoá trị, thiếu vitamin và công nhân các ngành

công nghiệp đóng vai trò lớn [15].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 29 tuổi và lớn nhất là 71 tuổi. Tuổi trung bình của đối tượng trong nghiên cứu là 52,4 tuổi. Kazuhiro Sentani và cộng sự khi nghiên cứu trên 5015 trường hợp thấy tuổi mắc bệnh trung bình là 54,3 tuổi, trong khoảng 6-97 tuổi.

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng của khối u

Trong 41 BN (bệnh nhân) nghiên cứu, ghi nhận u tuyến mang tai chiếm tỷ lệ 75,6%, u dưới hàm chiếm tỷ lệ 24,4%, không có trường hợp nào mắc u dưới lưỡi và u tuyến nước bọt phụ. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Phạm Trung Kiên (2008) [3], Angelica Reinheimer (2019) và cộng sự [19].

UTMT có thể gặp ở cả bên phải và bên trái và thường không có sự khác biệt giữa hai bên. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ UTMT bên phải và bên trái lần lượt là 45,2% và 54,8%. Trong khi đó tỷ lệ u bên phải và bên trái theo HànThị Vân Thanh [6] và Đinh Xuân Thành [2] là như nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi có hai trường hợp có khối u ở cả hai bên, cả hai trường hợp cho kết quả giải phẫu bệnh đều là u Warthin.

Tỷ lệ phân bố UTDH hai bên bằng nhau của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Triệu Hoàng Đạo (2015) [1]. Trong khi đó, theo nghiên cứu của Selim Sermed Erbek (2016), UTDH gặp ở bên phải và bên trái với tỷ lệ lần lượt là 51,1% và 41,9% [12].

Kích thước khối UTMT thường gặp là 2-4cm chiếm tỷ lệ 64,5%, tiếp theo nhóm dưới 2cm và nhóm trên 4cm chiếm tỷ lệ lần lượt là 25,8% và 9,7%. Kích thước khối u lành tính trong khoảng từ 2-4 cm cũng chiếm tỷ lệ ưu thế trong nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh [6] với tỷ lệ là 46,3%. Về kích thước UTDH thường gặp nhất là 2-4cm chiếm tỷ lệ 70%. Kết quả của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Triệu Hoàng Đạo (2015) [1] với nhóm 2-4cm chiếm 73,4%, nghiên cứu trên 65 bệnh nhân.

Về mật độ khối u, trong nghiên cứu của chúng tôi đa số các khối UTMT có mật độ chắc chiếm tỷ lệ 83,9%, u có mật độ mềm chiếm tỷ lệ 16,1%. Khối UTMT đa phần có mật độ chắc do khối u đặc là chủ yếu, trong khi đó phần lớn các khối u có mật độ mềm là u Warthin.

Về ranh giới, UTMT có ranh giới rõ chiếm 93,5%, UTDH chiếm 100%, tương tự với nghiên cứu trước đó của Phạm Hoàng Tuấn (2007) [7], Triệu Hoàng Đạo (2015) và Hoàng Trung Kiên (2008). Trong nghiên cứu của chúng tôi có hai trường hợp ranh giới không rõ là do bệnh nhân bị u tuyến mang tai tái phát nên sờ ranh giới không rõ, trường hợp thứ hai do khối u nằm ở sâu trong tuyến nước bọt.

#### 4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của khối u

Siêu âm rất hữu ích trong chẩn đoán u tuyến nước bọt mang tai nhưng khó xác định vị trí khối u nằm ở thùy nông hay thùy sâu. Cộng hưởng từ là giải pháp tốt nhất cho vấn đề này nhưng chi phí cao, mất nhiều thời gian và không phải bệnh viện nào cũng được trang bị. FNA là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu thường được sử dụng trước phẫu thuật nhưng nó không phải lúc nào cũng cho ra kết luận do những trường hợp mẫu bệnh phẩm lấy không đủ [28]. Những nghiên cứu về đặc điểm cận lâm sàng của khối u tuyến nước bọt ngày càng nhiều nhưng không có nhiều nghiên cứu về sử dụng CLVT trong chẩn đoán và điều trị u tuyến nước bọt do đó chúng tôi tập trung nghiên cứu về vai trò của CLVT.

Về kích thước u có 21/31 (67,7%) trường hợp u có kích thước từ 2-4cm, nhóm dưới 2cm và trên 4cm chiếm tỷ lệ lần lượt là 25,8% và 6,5%. Bảng đối chiếu giữa kích thước u trên CLVT và sau phẫu thuật cho thấy độ chính xác:  $28/31=90,3\%$ . Sự phù hợp về kích thước u giữa CLVT và phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ).

Theo nghiên cứu của chúng tôi hầu hết các khối UTMT có cấu trúc đồng nhất chiếm 61,3%, không đồng nhất chiếm tỷ lệ 38,7%. Nghiên cứu của Hoàng Trung Kiên (2007) cho thấy cấu trúc u đồng nhất chiếm 76,9%, không đồng nhất là 23,1%. Khối UTDH cấu trúc đồng nhất và không đồng nhất chiếm tỷ lệ bằng nhau, khác biệt so với nghiên cứu của Triệu Hoàng Đạo (2015) chiếm 95% cấu trúc đồng nhất, sự khác biệt này có thể do số bệnh nhân u tuyến dưới hàm của chúng tôi nhỏ hơn so với mẫu của Triệu Hoàng Đạo.

Phần lớn khối UTMT có đặc điểm tăng tỷ trọng chiếm tỷ lệ 54,8%, giảm tỷ trọng chiếm 22,6%, tỷ trọng hỗn hợp chiếm 19,4% và cuối cùng nhóm đồng tỷ trọng chiếm 3,2%.

Phát hiện hạch trong UTMT chiếm 77,4%, tương tự đối với UTDH chiếm 70%. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn hạch được tìm thấy có kích thước nhỏ, có rốn hạch, không mang đặc điểm nghi ngờ nên chúng tôi cho rằng đây là hạch phản ứng của cơ thể.

#### 4.4. Đánh giá biến chứng sau phẫu thuật UTMT

Biến chứng tê quanh tai liên quan đến tổn thương dây thần kinh tai lớn trong lúc phẫu thuật. Dây thần kinh tai lớn xuất phát từ đám rối cổ C2-C3, bắt chéo bờ trước cơ ức đòn chũm, đâm xuyên qua mạc sâu và mạc nông cơ bám da cổ đến tuyến mang tai. Tại tuyến mang tai nó chia thành nhánh trước và nhánh sau. Nhánh trước chi phối cảm giác vùng da phía ngoài tuyến mang tai và nhánh sau chi phối cảm giác vùng tai và vùng sau xương chũm [22]. Trong nghiên cứu chúng tôi, ghi nhận sau phẫu thuật

1 tuần có 77,4% bệnh nhân tê quanh tai, sau 1 tháng giảm xuống 71% và sau 3 tháng là 61,5% (16/26 BN). Theo nghiên cứu của Pedro Infante (2018) [14] trên 79 BN cho kết quả 67 BN (84,9%) tê vùng quanh tai sau một tuần và sau 12 tháng có 45 BN (57%) hồi phục như trước phẫu thuật. Cũng theo Pedro Infante có 41 BN được bảo tồn dây tai lớn nhưng có tới 67 BN bị tê vùng quanh tai. Ý nghĩa thực sự của việc bảo tồn dây thần kinh tai lớn đang còn tranh cãi và một số tác giả cho rằng việc bảo tồn là không cần thiết. Không có bằng chứng cho thấy có sự liên quan giữa việc bảo tồn dây tai lớn và tê vùng quanh tai. Một số tác giả khác lại cho rằng việc bảo tồn giúp cho việc hồi phục nhanh hơn và hoàn thiện hơn [16].

- Biến chứng liệt mặt sau phẫu thuật là vấn đề cần được lưu tâm nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi sau phẫu thuật 1 tuần ghi nhận 41,9% trường hợp liệt mặt, sau 1 tháng là 38,7% và sau 3 tháng là 11,5% (3/26 BN). Sau 3 tháng còn 3 BN liệt mặt, trong đó 2 BN liệt mặt độ IV giảm xuống độ II và 1 BN liệt mặt độ V giảm xuống độ III (theo phân độ House-Brackman). Theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Phúc (2017) [4] ghi nhận 50 BN (37%) liệt mặt sau phẫu thuật, 16% BN liệt mặt sau 3 tháng. Theo nghiên cứu của Pedro Infante (2018) ghi nhận tỷ lệ liệt mặt trong thời gian 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng tương ứng là 77,2%, 51,9% và 30,4%. Nhiều nghiên cứu kéo dài cho thấy sau 6 tháng phần lớn các trường hợp liệt mặt đều hồi phục, sau thời gian này gọi là liệt mặt vĩnh viễn.

Trong tổng số 41 BN nghiên cứu, có 1 trường hợp tụ dịch sau phẫu thuật (3,2%). Theo tác giả Hàn Thị Vân Thanh ghi nhận tỷ lệ này là 6,6% [6], tác giả Nguyễn Hữu Phúc (2017) ghi nhận tỷ lệ 7,4%. Tụ dịch do huyết thanh tập trung dưới da tại vị trí mô bị loại bỏ. Dịch này được tạo ra từ huyết tương và tế bào viêm. Tụ dịch có thể không xảy ra ngay sau phẫu thuật mà sau vài tuần. Đặt ống dẫn lưu sau phẫu thuật giúp giảm biến chứng tụ dịch [25].

Sau phẫu thuật 1 tuần chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp dò nước bọt chiếm tỷ lệ 3,2%. Theo nghiên cứu của Pedro Infante (2018) không ghi nhận trường hợp nào dò nước bọt. Dò nước bọt có thể tự hồi phục hoặc cần dẫn lưu, băng ép. Một số trường hợp cần can thiệp để cắt toàn bộ tuyến hoặc điều trị xạ trị. Hiện nay biện pháp tiêm BTX-A (Botox, Allergan) tỏ ra hiệu quả và an toàn. Bệnh nhân này chúng tôi tiến hành băng ép và sau 1 tháng tự hồi phục không cần can thiệp.

Theo dõi sau phẫu thuật 3 tháng, chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp sẹo phì đại (3,2%). Theo nghiên cứu của Pedro Infante (2018) [14] tỷ lệ sẹo phì đại là 8,9% sau 12 tháng.

Do thời gian nghiên cứu ngắn và toàn bộ bệnh nhân phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai được sử dụng vật SMAS nên chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có hội chứng Frey. Hội chứng Frey được giải thích do sự tái sinh lạc chỗ của sợi phó giao cảm điều khiển tiết dịch tuyến mang tai. Một kích thích vị giác sẽ xuất hiện tam chứng: da vùng tuyến mang tai đỏ mồn, nóng, đỏ [10].

#### 4.5. Đánh giá biến chứng sau phẫu thuật UTDH

Sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng chúng tôi ghi nhận tương ứng là 1,1,0 trường hợp xuất huyết dưới da và tương ứng 5,3,1 trường hợp tê quanh vết mổ. Xuất huyết dưới da do quá trình cầm máu, dẫn lưu trong phẫu thuật chưa đầy đủ hoặc can thiệp rộng nên tổn thương mạch máu dưới da. Chúng tôi ghi nhận các trường hợp bệnh nhân tê quanh vết mổ, điều này được giải thích do quá trình phẫu thuật làm tổn thương các nhánh thần kinh cảm giác nhỏ dưới da, nó có thể tự hồi phục nhưng xảy ra chậm. Thông thường vết sẹo từ phẫu thuật thường được dấu dưới nếp nhăn cổ tự nhiên nhưng đôi khi do cơ địa bệnh nhân có thể bị dày hoặc thừa mô liên kết tạo thành sẹo phì đại.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tổn thương nhánh bờ hàm dưới của dây VII và tổn thương dây XII. Điều này có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ. Nghiên cứu của Selim Sermed Erbek và cộng sự (2016) trên 45 bệnh nhân mắc u tuyến nước bọt dưới hàm từ năm 1997 đến năm 2014, ghi nhận 1 bệnh nhân liệt nhánh bờ hàm dưới vĩnh viễn và 7 bệnh nhân liệt tạm thời chiếm tỷ lệ lần lượt là 2,2% và 15,6%, 1 bệnh nhân dò nước bọt và 1 bệnh nhân liệt dây XII chiếm tỷ lệ 2,2%. Các trường hợp tổn thương dây XII rất hiếm xảy ra do nó nằm dưới và được che bởi bụng sau cơ nhị thân [12]. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Monica Hernando (2012) [29].

#### 4.6. Kết quả MBH sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ u đa hình chiếm ưu thế (63,4%), tiếp theo là u Warthin (34,1%) và 1 trường hợp u tế bào ưa acid (2,4%). Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Đinh Xuân Thành với u đa hình chiếm tỷ lệ lớn nhất, tiếp theo là u Warthin với tỷ lệ tương ứng là 47,37%, 17,11%. Các tác giả nước ngoài cũng có cùng kết luận như Senol Comoglu (2018) [11], Jorge Pinheiro (2018) [18]. Kết quả mô bệnh học tương đồng với kết quả FNA trước mổ với độ chính xác 82,9%. Theo tác giả Nguyễn Hữu Phúc (2017), tỷ lệ này là 86,2% [4].

### 5. KẾT LUẬN

U tuyến nước bọt xảy ra chủ yếu ở nam giới (58,5%), tuổi mắc bệnh trung bình là 52,4±12,4.



Thời gian phát hiện khối u tới khi đến khám thường dưới 1 năm chiếm 61,3% vùng tuyến mang tai và 60% vùng tuyến dưới hàm, không ghi nhận u tuyến nước bọt phụ. Phần lớn khối u xuất hiện ở tuyến mang tai chiếm tỷ lệ 75,6%, tiếp theo là tuyến dưới hàm 24,4% và không có trường hợp nào u tuyến dưới lưỡi. Khối u thường gặp chủ yếu từ 2-4cm, mật độ chắc, ranh giới rõ.

Kích thước u trên CLVT thường gặp từ 2-4cm (67,7%), tương ứng với khám lâm sàng và kết quả sau mổ. Khối u tuyến nước bọt mang tai lành tính thường có tỷ trọng đồng nhất 61,3%, ranh giới rõ và

không xâm lấn xung quanh.

Trong các khối u lành tính tuyến nước bọt, u đa hình thường gặp nhất (63,4%), tiếp theo là u Warthin (34,1%), còn lại một số loại u lành tính khác.

Sau phẫu thuật u tuyến mang tai biến chứng thường gặp nhất là tê vùng quanh tai 77,4%), liệt mặt (41,9%), xuất huyết dưới da (29,1%), tụ dịch và dò nước bọt tỷ lệ bằng nhau (3,2%),

Sau phẫu thuật u tuyến dưới hàm các biến chứng thường gặp nhất là tê quanh vết mổ (50%) và xuất huyết dưới da (10%), hiếm khi tổn thương dây XII.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Triệu Hoàng Đạo, (2015), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u lành tính tuyến nước bọt dưới hàm tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương từ năm 2010 - 2015, Luận văn bác sĩ Chuyên khoa cấp II, pp.
2. Đoàn Xuân Hiệp, Đinh Xuân Thành, (2010), “Đối chiếu lâm sàng, đặc điểm CT Scan và mô bệnh học một số u tuyến mang tai”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 4 pp. 108-114.
3. Phạm Trung Kiên, (2008), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và phân loại mô bệnh học u tuyến nước bọt tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương*, Luận văn Thạc sĩ y học, pp.
4. Nguyễn Hữu Phúc, (2017), *Kết quả cắt một phần thùy nông tuyến mang tai trong điều trị bướu hỗn hợp lành*, Luận án Tiến sĩ y học, pp.
5. Nguyễn Phú Thắng (2017), *Phẫu thuật thực hành trong Răng hàm mặt*, Nhà xuất bản y học, pp. 132-142.
6. Hàn Thị Vân Thanh, (2001), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật của u tuyến nước bọt mang tai ở Bệnh viện K từ 1996 - 2001*, Trường Đại học Y Hà Nội, pp.
7. Phạm Hoàng Tuấn, (2007), *Nghiên cứu lâm sàng, Xquang, giải phẫu bệnh trong chẩn đoán và điều trị u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, pp.
8. Bradley P, O'Hara J, (2015), “Diseases of the salivary glands”, *Head and neck*, 33 (12), pp. 614-619.
9. Bradley P J, Guntinas-Lichius O, (2011), *Salivary gland disorders and diseases*, Thieme, pp. 93-243.
10. Chamisa I, (2010), “Frey's syndrome--unusually long delayed clinical onset post-parotidectomy: a case report”, *The Pan African medical journal*, 5 (1), pp.
11. Comoglu S, Ozturk E, Celik M, Avci H, et al, (2018), “Comprehensive analysis of parotid mass: A retrospective study of 369 cases”, *Auris Nasus Larynx*, 45 (2), pp. 320-327.
12. Erbek S S, Köycü A, Özgül T, Erbek H S, et al, (2016), “Submandibular Gland Surgery: Our Clinical Experience”, *Turkish archives of otorhinolaryngology*, 54 (1), pp. 16-20.
13. George K, (2017), *Surgical Techniques for Parotid and Submandibular Glands and Ranulae*, pp. 686-699.
14. Infante-Cossio P, Gonzalez-Cardero E, Garcia-Perla-Garcia A, Montes-Latorre E, et al, (2018), “Complications after superficial parotidectomy for pleomorphic adenoma”, *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 23 (4), pp. e485-e492.
15. Khanam A, Gulshan A, Rahman, (2016), “Pattern of distribution of different salivary gland tumors; a retrospective study in NICRH, Dhaka”, *Bangladesh Journal of Medical Science*, 15 (1), pp. 95-98.
16. Marchese-Ragona R, De Filippis C, Marioni G, Staffieri A, (2005), “Treatment of complications of parotid gland surgery”, *Acta otorhinolaryngologica Italica : organo ufficiale della Societa italiana di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale*, 25 (3), pp. 174-178.
17. Neville B W, Damm D D, Allen C M, Bouquot J E, (2006), *Oral and maxillofacial pathology*, Elsevier, pp. 473-480.
18. Pinheiro J, Sa Fernandes M, Pereira A R, Lopes J M, (2018), “Histological Subtypes and Clinical Behavior Evaluation of Salivary Gland Tumors”, *Acta Med Port*, 31 (11), pp. 641-647.
19. Reinheimer A, Vieira D S, Cordeiro M M, Rivero E R, (2019), “Retrospective study of 124 cases of salivary gland tumors and literature review”, *J Clin Exp Dent*, 11 (11), pp. 1025-1032.
20. Saghravanian N, Ghazi N, Saba M, (2013), “Clinicopathologic evaluation of salivary gland neoplasms: a 38-year retrospective study in Iran”, *Ann Diagn Pathol*, 17 (6), pp. 522-525.
21. Salehi S, Maleki Z, (2018), “Diagnostic challenges and problem cases in salivary gland

cytology: A 20-year experience", 126 (2), pp. 101-111.

22. Tubbs S, (2015), *Nerves and Nerve Injuries*, pp. 441-449.

23. Vasconcelos A C, Nör F, Meurer L, Salvadori G, et al, (2016), "Clinicopathological analysis of salivary gland tumors over a 15-year period", *Braz Oral Res*, 30 pp. 1-7.

24. Venkatesh S, Srinivas T, Hariprasad S, (2019), "Parotid Gland Tumors: 2-Year Prospective Clinicopathological Study", *Ann Maxillofac Surg*, 9 (1), pp. 103-109.

25. Witt R, (2006), *Surgery of salivary glands*, Elsevier, pp.

26. Witt R, Iro H, McGurk M, (2014), "The Role of Extracapsular Dissection for Benign Parotid Tumors",

*Current Otorhinolaryngology Reports*, 2 pp. 55-63.

27. Z.Tian, (2010), "Salivary gland neoplasms in oral and maxillofacial regions: a 23-year retrospective study of 6982 cases in an eastern Chinese population", *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 39 (3), pp. 235-242.

28. Zhang D, Li X, Lv L, Yu J, et al, (2020), "A Preliminary Study of CT Texture Analysis for Characterizing Epithelial Tumors of the Parotid Gland", *Cancer Manag Res*, 12 pp. 2665-2674.

29. Hernando M, Echarri R, Taha M, Martin-Fragueiro L, et al, (2012), "Surgical Complications of Submandibular Gland Excision", *Acta otorrinolaringológica española*, 63 pp. 42-46.