

dụng tiêu chuẩn chẩn đoán GIB theo Davenport.⁴ Tuy nhiên, tỷ lệ này cao hơn một số nghiên cứu khác. Một nghiên cứu tại Nhật Bản năm 2014, chỉ có 1.4% người bệnh mắc GIB.⁶ Có sự khác biệt lớn này vì trong nghiên cứu này có 2/3 người bệnh được dự phòng loét bằng dùng thuốc kháng thụ thể histamin H2 (H2RA) hoặc ức chế bơm proton (PPI) và khi nội soi xác định nguyên nhân xuất huyết là phần lớn các bệnh lý khác ngoài loét dạ dày tá tràng. Trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ người bệnh được sử dụng PPI hoặc H2RA là rất thấp 1.5%. Trong số 31 người bệnh nhóm GIB, vị trí xuất huyết phần lớn tại đường tiêu hóa trên, do loét dạ dày tá tràng, trào ngược dạ dày thực quản gây ra. GIB thường được chẩn đoán ngày thứ 9 kể từ khi khởi phát đột quỵ nhồi máu não. Trong quá trình điều trị tại trung tâm, phần lớn nhóm GIB có mức độ xuất huyết tiêu hóa tương đối nhẹ, chúng tôi can thiệp toàn diện cho người bệnh bao gồm điều trị nội khoa và PHCN, trên 31 người bệnh GIB chúng tôi điều trị khỏi XHTH cho tất cả người bệnh. Tuy nhiên, nhóm GIB thường phải ngừng dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu, chống đông, kèm theo nhịn ăn dẫn đến giảm và trì hoãn cường độ, thời gian phục hồi chức năng. Thời gian bất động càng kéo dài càng làm tăng thêm tỷ lệ mắc tình trạng khác như nhiễm trùng, huyết khối tĩnh mạch chi dưới, huyết khối động mạch phổi,... Vì vậy, GIB dẫn đến tiên lượng kém hơn so với nhóm không GIB.⁵

V. KẾT LUẬN

Sau thời gian 09 tháng thực hiện nghiên cứu, quan sát theo dõi tiến cứu trên 393 người bệnh đột quỵ não nhồi máu não cấp tính tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai, nhóm nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa sau đột quỵ nhồi máu

não là 7.9%. Người bệnh xuất huyết tiêu hóa sau đột quỵ nhồi máu não cấp có tỷ lệ rối loạn nuốt, tỷ lệ đặt sonde dạ dày, thời gian đặt sonde dạ dày, tỷ lệ nhồi máu não toàn bộ tuần hoàn não trước, nhồi máu não hệ tuần nào não sau cao hơn nhóm người bệnh không xuất huyết tiêu hóa. Vì vậy, trong quá trình điều trị PHCN sớm trong giai đoạn cấp, bác sỹ cần theo dõi người bệnh có yếu tố nguy cơ cao, phát hiện triệu chứng để điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Johnson W, Onuma O, Owolabi M, Sachdev S.** Stroke: a global response is needed. *Bull World Health Organ.* 2016; 94(9):634-634A. doi:10.2471/BLT.16.181636
2. **Wang J, Zhang J, Ye Y, et al.** Peripheral Organ Injury After Stroke. *Front Immunol.* 2022; 13:901209. doi:10.3389/fimmu.2022.901209
3. **O'Donnell MJ, Kapral MK, Fang J, et al.** Gastrointestinal bleeding after acute ischemic stroke. *Neurology.* 2008;71(9):650-655. doi:10.1212/01.wnl.0000319689.48946.25
4. **Davenport RJ, Dennis MS, Warlow CP.** Gastrointestinal hemorrhage after acute stroke. *Stroke.* 1996;27(3): 421-424. doi:10.1161/01.str.27.3.421
5. **Ji R, Shen H, Pan Y, et al.** Risk score to predict gastrointestinal bleeding after acute ischemic stroke. *BMC Gastroenterol.* 2014;14:130. doi:10.1186/1471-230X-14-130
6. **Ogata T, Kamouchi M, Matsuo R, et al.** Gastrointestinal Bleeding in Acute Ischemic Stroke: Recent Trends from the Fukuoka Stroke Registry. *Cerebrovasc Dis Extra.* 2014;4(2):156-164. doi:10.1159/000365245
7. **Fu J.** Factors affecting the occurrence of gastrointestinal bleeding in acute ischemic stroke patients. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(28):e16312. doi:10.1097/MD.00000000000016312
8. **Hsu HL, Lin YH, Huang YC, et al.** Gastrointestinal hemorrhage after acute ischemic stroke and its risk factors in Asians. *Eur Neurol.* 2009;62(4):212-218. doi:10.1159/000229018

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỬU KHOANG CẠNH HỌNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Anh Bích¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u khoang cạnh họng tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: trananhbich2015@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân u khoang cạnh họng đến khám và nhập viện điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả và bàn luận:** Tỷ lệ nam:nữ = 1,05:1; độ tuổi trung bình: 50,76 + 15,99 tuổi; nhóm bệnh nhân là nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất 56,4%; bệnh nhân nông thôn gặp 3 lần thành thị. về đặc điểm lâm sàng: lý do nhập viện thường gặp nhất ở bệnh nhân u khoang cạnh họng là nuốt vướng (41,3%); triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là khối u trong họng chiếm 87,2%. về đặc điểm cận lâm sàng: u khoang

trước trâm chiếm tỉ lệ (56,41%) nhiều hơn u khoang sau trâm (43,59%), giải phẫu bệnh của khối u có nguồn gốc tuyến nước bọt và thần kinh là thường gặp nhất, đều chiếm 38,5%. Nam giới có tỉ lệ u ác tính cao hơn nữ giới. **Kết luận:** u khoang cạnh họng hiếm gặp nên xác định được chẩn đoán và lên kế hoạch điều trị đóng vai trò quan trọng. Do khối u ở vị trí kín đáo nên bệnh nhân thường nhập viện khi u đã phát triển gây nuốt vướng. Việc phân chia khối u ở vị trí khoang trước trâm hay khoang sau trâm dựa vào mối liên quan của khối u với động mạch cảnh trong. Khối u khoang cạnh họng chủ yếu là u tuyến nước bọt và u thần kinh. **Từ khóa:** u khoang cạnh họng

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PARAPHARYNGEAL SPACE TUMORS AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: Survey clinical and paraclinical characteristics of pharyngeal space tumors at Cho Ray Hospital. **Subjects and methods:** All patients with pharyngeal space tumors hospitalizing at Cho Ray Hospital. Results and discussion: Male-to-female ratio = 1.05:1; average age: 50.76 + 15.99 years; the majority of patients were farmers, accounting for 56.4%; rural patients were three times higher than urban patients. Regarding clinical characteristics: the most common reason for hospitalization was dysphagia (41.3%); the most common clinical symptom was a throat mass (87.2%). Regarding paraclinical characteristics: the pathological anatomy of tumors originating from salivary glands and nerve cells was most common, each accounting for 38.5%. Males had a higher rate of malignant tumors than females. **Conclusion:** Establishing a diagnosis and treatment plan is crucial for Pharyngeal space tumors. Due to the discreet location of the tumors, patients often present for hospitalization when the tumors has developed causing dysphagia. Pharyngeal space tumors are mainly salivary gland and neurogenic tumors. **Keywords:** parapharyngeal space tumors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

u khoang cạnh họng là bệnh lý khá hiếm, chiếm khoảng dưới 1% các trường hợp u vùng đầu cổ. Các khối u vùng này thường lành tính (chiếm khoảng 70-80%), nhưng cũng có thể ác tính, u có thể xuất phát từ các cấu trúc trong khoang (nguyên phát) hay từ các vị trí khác xâm lấn đến hoặc là hạch di căn (thứ phát). Dựa vào nguồn gốc khối u tại khoang cạnh họng có thể chia thành: u có nguồn gốc từ tuyến nước bọt (45%), u nguồn gốc từ thần kinh (41%), u khác (12%), các tổn thương từ hạch (2%) [1],

Do khoang cạnh họng có cấu trúc phức tạp, chứa nhiều thành phần quan trọng nên các khối u vùng này có thể gây ra những biến chứng nguy hiểm [1], Vì có cấu trúc phức tạp nên việc chẩn đoán bệnh trước phẫu thuật đóng vai trò rất quan trọng trong chiến lược điều trị u khoang cạnh họng. Chẩn đoán u khoang cạnh họng trước phẫu thuật chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm

sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài để khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của u khoang cạnh họng, đồng thời đánh giá mối liên quan giữa hình ảnh học và giải phẫu bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân u khoang cạnh họng đến khám và nhập viện điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Chợ Rẫy

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán là u khoang cạnh họng

Bệnh nhân được chụp CT và/hoặc MRI và/hoặc chụp mạch.

Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án, dữ liệu đầy đủ biến số nghiên cứu.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật do bệnh lý nội khoa và ngoại khoa

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca.

Các biến số nghiên cứu:

Đặc điểm chung: giới tính, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ.

Đặc điểm lâm sàng: lý do vào viện, vị trí khối u, lần đầu hay tái phát, triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng: CT scan và MRI (kích thước khối u; vị trí khối u trong khoang cạnh họng; giới hạn của u; bờ u; giới hạn trong khoang hay xâm lấn; đậm độ của u; liên quan đến các dây thần kinh sọ, hạch giao cảm và các mạch máu lớn; u có hoại tử trung tâm hay không), chụp mạch (u mạch máu hay thần kinh), kết quả giải phẫu bệnh.

2.3. Cách tiến hành nghiên cứu. Lựa chọn các hồ sơ bệnh án đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh nghiên cứu, thực hiện việc thu thập thông tin theo bảng thu thập số liệu đã xây dựng, ghi nhận kết quả chụp phim CT Scan/MRI của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và đọc lại phim chụp CT Scan/MRI.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Tỷ lệ giới tính ở bệnh nhân u khoang cạnh họng trong nghiên cứu là nữ : nam = 1 : 1,05. Độ tuổi trung bình là 50,76 ± 15,99 tuổi; có khoảng 50% bệnh nhân từ 39 đến 63 tuổi, về nghề nghiệp: nhóm bệnh nhân là nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất 56,4% (22/39 ca), về nơi ở, những bệnh nhân u khoang cạnh họng sống chủ yếu ở nông thôn, gấp 3 lần số bệnh nhân ở

thành phố.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Lý do vào viện. Lý do nhập viện của các bệnh nhân trong nghiên cứu là nuốt vướng (41,3%), khối sưng ở cổ-mang tai (17,95%), đau họng (12,82%), và sưng trong họng (10,26%). Có 1 trường hợp vào viện vì khó thở.

Bảng 1: Lý (do) nhập viện của bệnh nhân u khoang cạnh họng

Lý do vào viện	Số lượng	Tỉ lệ
Đau đầu	4	10,26%
Đau họng	5	12,82%
Khó thở	1	2,56%
Khối sưng ở cổ-mang tai	7	17,95%
Nuốt vướng	16	41,03%
Sưng trong họng	4	10,26%
Tình cờ phát hiện	2	5,13%

3.2.2. Vị trí khối u. Kết quả ghi nhận 17 bệnh nhân có khối u khoang cạnh họng ở bên trái, 22 bệnh nhân có khối u ở bên phải, không ghi nhận bệnh nhân nào có u cả 2 bên. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

3.2.3. Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân u khoang cạnh họng. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở bệnh nhân u khoang cạnh họng là khối u trong họng 87,2% (34/39), nuốt khó 64,1% (25/39), khối sưng ở cổ và đau họng đều chiếm lần lượt là 35,9% (14/39) và 33,3% (13/39), triệu chứng của mũi, tai ít gặp hơn lần lượt 2,56% và 5,13%.

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân u khoang cạnh họng

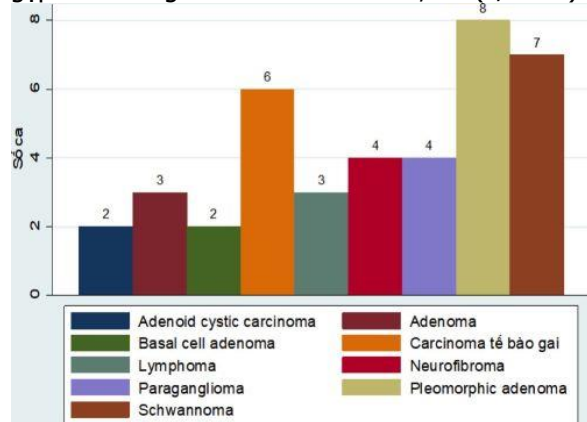
Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỉ lệ
Sưng vùng cổ-mang tai	14	35,9%
Đau họng	13	33,3%
Liệt dây thần kinh sọ	6	15,4%
u trong họng miệng	34	87,2%
Nuốt khó/vướng	25	64,1%
Khít hàm	3	7,69%
Triệu chứng tai	2	5,13%

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng u khoang cạnh họng

3.3.1. Vị trí và kích thước khối u trên hình ảnh học. u khoang trước trâm (22 ca) chiếm tỉ lệ 56,41% nhiều hơn u khoang sau trâm (17 ca) 43,59%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kích thước u trên 2,5 cm chiếm 94,9%; kích thước khối u lớn hơn 5cm chiếm tỉ lệ 51,3%.

3.3.2. Kết quả giải phẫu bệnh. Có tỉ lệ không đều giữa các loại u khoang cạnh họng, u có nguồn gốc tuyến nước bọt và thần kinh là thường gặp nhất 38,5% (15 ca) và 38,5% (15 ca). Trong đó, Pleomorphic adenoma 53,3% (8

ca) và schwannoma 46,7% (7 ca) là 2 loại gặp nhiều nhất. Carcinoma tế bào gai là loại thường gặp nhất trong các khối u ác tính 54,5% (6/11 ca).



Biểu đồ 1: Các loại giải phẫu bệnh trong u khoang cạnh họng

3.3.3. Mối liên quan giữa hình ảnh học và giải phẫu bệnh. Các khối u nguồn gốc tuyến nước bọt đều nằm ở khoang trước trâm, ngược lại các khối u nguồn gốc từ thần kinh đều nằm ở sau trâm. Lymphoma có thể tìm thấy ở cả khoang trước trâm và sau trâm.

Bảng 3: Mối liên hệ giữa vị trí khối u và giải phẫu bệnh

Loại u	Vị trí khối u		Tổng
	Trước trâm	Sau trâm	
Pleomorphic adenoma	8	0	8
Basal cell adenoma	2	0	2
Adenoma	3	0	3
Adenoid cystic carcinoma	2	0	2
Carcinoma tế bào gai	6	0	6
Lymphoma	1	2	3
Schwannoma	0	7	7
Neurofibroma	0	4	4
Paraganglioma	0	4	4
Tổng	22	17	39

Pleomorphic adenoma và schwannoma là 2 khối u có đặc điểm giống nhau: thường có bờ đều, giới hạn rõ, tín hiệu thấp trên T1W, cao trên T2W, bắt thuốc tương phản từ không đồng nhất, thường có hoại tử bên trong lòng khối u. Paraganglioma cũng có bờ đều, giới hạn rõ, trên phim có tiêm thuốc cản từ có hình ảnh muối tiêu điển hình. Carcinoma tế bào gai có đặc điểm thường giới hạn không rõ, bờ không đều, đậm độ mô mềm, bắt thuốc trung bình- mạnh, không đồng nhất, xâm lấn ra mô xung quanh.

3.3.4. Tương quan giữa giới tính và bản chất khối u. Nam giới có tỉ lệ u ác tính cao hơn ở nữ giới. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tuổi. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 50,76 tuổi, 50% số bệnh nhân nằm trong khoảng từ 39 đến 63 tuổi. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân u khoang cạnh họng trong nghiên cứu của chúng tôi gần bằng với nghiên cứu của nhiều tác giả khác [2, 3], Nhìn chung bệnh hay gặp ở tuổi trung niên, ít gặp ở trẻ em.

Giới. Trong nghiên cứu, tỉ lệ nam : nữ gần tương đương nhau. Nghiên cứu của tác giả Trần Minh Trường có tỉ lệ bệnh nhân nam > nữ.

Nơi ở - nghề nghiệp. Các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi tập trung chủ yếu ở nông thôn chiếm 74,36%. Đối tượng thường gặp trong bệnh u khoang cạnh họng là nông dân (22/39 ca). Bệnh nhân là nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất có thể do những đối tượng này có trình độ dân trí thấp, ít có điều kiện chăm sóc sức khỏe hơn, đồng thời khả năng tiếp xúc với hóa chất trong sản xuất nông nghiệp nhiều nên nguy cơ mắc bệnh cao.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Lý do vào viện. Nuốt vướng là lí do nhập viện thường gặp nhất 16/39 trường hợp (41,3%) ở bệnh nhân u khoang cạnh họng trong nghiên cứu của chúng tôi, tiếp sau là khối sưng ở cổ-mang tai(17,95%), đau họng (12,82%), và sưng trong họng(10,26%). Có 1 trường hợp vào viện vì khó thở. Đặc biệt có 2 ca không có triệu chứng, tình cờ phát hiện qua khám sức khỏe định kì, đây là lí do cũng thường gặp ở các nghiên cứu khác [4], Điều này có thể do khoang cạnh họng là khoang nằm sâu, các khối u chỉ được phát hiện khi có thời gian để phát triển đủ lớn thường 2,5-3 cm và gây chèn ép ra xung quanh mới gây ra triệu chứng.

Vị trí khối u. Qua kết quả nghiên cứu, u bên phải chiếm 56,41%, u bên trái chiếm 43,59%, không ghi nhận trường hợp nào có u cả 2 bên. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở bệnh nhân u khoang cạnh họng là khối u trong họng (34/39), nuốt vướng (25/39), khối sưng ở cổ-mang tai và đau họng chiếm tỉ lệ lần lượt là 14/39 và 13/39 ca, triệu chứng của mũi, tai ít gặp hơn lần lượt 1/39 và 2/39. Theo nhiều nghiên cứu khác, triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân u khoang cạnh họng là khối sưng ở cổ-mang tai, khối sưng trong họng, nuốt vướng [4], Đặc biệt chú ý các triệu chứng có khả năng hướng đến một khối u ác tính ở bệnh nhân khít hàm, tê-mất cảm giác ở

cổ, mặt một bên, ù tai, triệu chứng của mũi. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3/39 trường hợp có triệu chứng khít hàm, cả 3 trường hợp đều là khối u ác tính, không có trường hợp nào ghi nhận tê hay mất cảm giác ở cổ, mặt một bên; có 2 trường hợp có triệu chứng của tai nhưng cả hai đều là khối u lành tính. Có 4 trường hợp có triệu chứng tắc nghẽn đường thở đều ở những bệnh nhân có khối u lớn chèn ép làm hẹp đường thở.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Kết quả giải phẫu bệnh. Qua kết quả nghiên cứu, khối u khoang cạnh họng chủ yếu là khối u tuyến nước bọt và u thần kinh. Trong các khối u ác tính, carcinoma tế bào gai là loại thường gặp nhất (6/11 ca). Trong các khối u lành tính tuyến nước bọt thì Pleomorphic adenoma thường gặp nhất, còn u thần kinh là schwannoma, paraganglioma, neurofibroma.

So sánh kết quả của chúng tôi với kết quả của 2 tác giả cùng nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy là Trần Minh Trường và Lâm Quang An thì 2 loại u hay gặp ở khoang cạnh họng là u tuyến nước bọt và u thần kinh. Ở khối u tuyến nước bọt hay gặp nhất là Pleomorphic adenoma và u thần kinh là Schwannoma giống với nghiên cứu của chúng tôi. Các khối u ác tính hay gặp lần lượt là carcinoma tế bào gai, lymphoma.

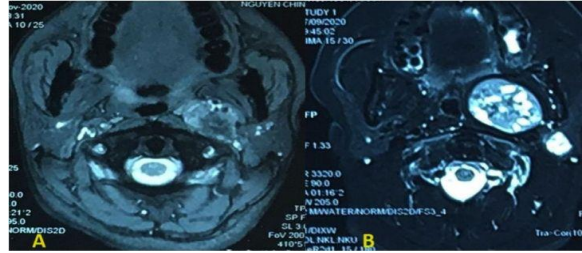
Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi không gặp một số loại u ít gặp trong khoang này như lipoma, u nang, hạch viêm; mà gặp u dạng tuyến, u tuyến tế bào đáy cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu ngoài nước khác [6],

Schwannoma là khối u thần kinh hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như Khafif A, Shi X; nhưng trong các nghiên cứu của Thijs V[3], Kuet M[7] thì paraganglioma là khối u thần kinh hay gặp nhất.

Qua nhiều nghiên cứu, cũng như y văn chúng tôi tham khảo, khối u khoang cạnh họng có tỉ lệ ác tính khoảng 20-30%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ u ác tính chiếm tỉ lệ 28,2% nằm trong giới hạn này. Một số nghiên cứu của tác giả Lombarni[6], hay tác giả O1 cay CB [9] tỉ lệ u ác tính là 32,5%. Cũng có các nghiên cứu có tỉ lệ u ác tính thấp hơn như tác giả Trần Minh Trường (6,4%), Shi X [5] (10,2%).

Mối liên quan giữa hình ảnh học và giải phẫu bệnh. Việc phân chia khối u ở vị trí khoang trước trâm hay khoang sau trâm dựa vào mối liên quan của khối u với động mạch cảnh trong: khối u khoang trước trâm có khuynh hướng đẩy động mạch cảnh trong hay lớp mỡ trong khoang cạnh họng về phía sau vào trong, khối u khoang sau trâm có khuynh hướng đẩy

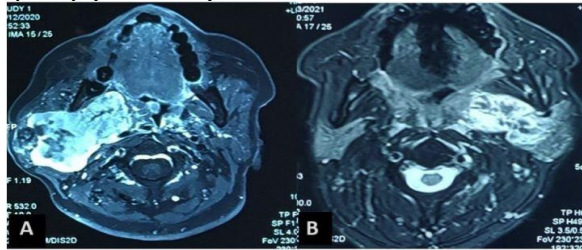
động mạch cảnh trong ra trước và phía ngoài [1],



Hình 1: Vị trí khối u trên hình ảnh học

A. Khối u sau trâm đẩy động mạch cảnh trong và tĩnh mạch cảnh trong ra trước. B. Khối u trước trâm đẩy động mạch cảnh trong và tĩnh mạch cảnh trong ra sau.

U trước trâm. Trên phim MRI, Pleomorphic adenoma (PA) là khối u trước trâm, có bờ đều, giới hạn rõ, bắt tín hiệu thấp trên T1W, cao trên T2W và có hình ảnh hoại tử trong lòng khối u, kết quả này của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của nhiều tác giả trước đó [8], Trong nghiên cứu của tác giả Paz khi kích thước khối u PA > 2cm có thể có nhiều thùy và có hoại tử trong lòng khối u, điều này phù hợp trong nghiên cứu của chúng tôi khi các khối u PA đều có kích thước lớn hơn 2cm. Việc xác định khối u PA có phải xuất phát từ thùy sâu của tuyến mang tai ta dựa vào hình ảnh lớp mỡ giữa khối u và tuyến mang tai, nếu có lớp mỡ thì u không xuất phát từ thùy sâu tuyến mang tai. Tuy nhiên, khi kích thước khối u > 4cm lớp mỡ này bị chèn ép làm biến dạng rất khó phân biệt. Khối u có nguồn gốc từ thùy sâu tuyến mang tai thường có dạng quả tạ (dumbbell).



Hình 2: U thùy sâu tuyến mang tai

A. Khối u Pleomorphic adenoma từ thùy sâu tuyến mang tai

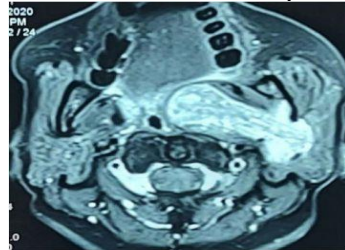
B. Khối u adenoid cystic carcinoma từ thùy sâu tuyến mang tai

Trong nghiên cứu của chúng tôi còn gặp khối u tuyến tế bào đáy, u tuyến không điển hình; các khối u này đều có bờ đều, giới hạn rõ, dạng hình trứng, bắt thuốc cản từ cao, đậm độ đồng nhất và không có hình ảnh hoại tử lòng. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào là lipoma.

U sau trâm. Ở khoang sau trâm, 3 loại khối

u hay gặp là schwannoma, paraganglioma, neurofibroma. Do bản chất của các khối u là thành phần khác nhau nên có các đặc điểm khác nhau trên phim CT scan hay MRI.

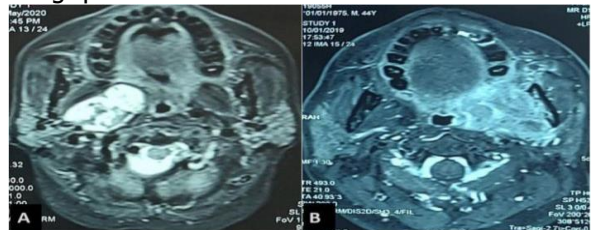
Trên phim CT scan, schwannoma và neurofibroma là khối bờ đều, đậm độ khối u trước hay sau tiêm thuốc cản quang đều thấp hơn đậm độ của cơ. Còn paraganglioma trước khi tiêm thuốc cản quang có đậm độ cơ, sau tiêm thì tăng hơn so với cơ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có khối u là schwannoma, neurofibroma, paraganglioma được chụp CT Scan trước phẫu thuật rất ít, chỉ 1 trường hợp ở khối u schwannoma và 1 trường hợp neurofibroma nên việc phân biệt các khối u này trên CT Scan là chưa đủ dữ liệu.



Hình 3: Hình ảnh muối tiêu của khối u paraganglioma

Trên phim MRI, Schwannoma là khối u có bờ đều rõ, tín hiệu thấp-trung bình trên T1W, tín hiệu cao trên T2W, đậm độ không đồng nhất có hình ảnh hoại tử trong lòng khối u đối với những khối u có kích thước lớn (>3cm). Đặc điểm của neurofibroma trên MRI dễ chông lợp với schwannoma, điểm chú ý của neurofibroma là hình ảnh khối u có tín hiệu thấp ở trung tâm được bao quanh bởi vùng có tín hiệu cao trên T2W. Paraganglioma cho hình ảnh "muối tiêu" hay flow-void.

Khối u ác tính: Các khối u ác tính thường bắt thuốc cản quang hay cản từ trung bình đến cao tùy vào bản chất của khối u, các khối u ác tính có bờ, giới hạn không rõ, xâm lấn ra mô xung quanh.



Hình 4: Phân biệt khối u ác tính và lành tính trên MRI

A. Phim MRI của u lành tính, B. Phim MRI của khối u ác tính với hình ảnh tín hiệu cao không đồng nhất, bờ, giới hạn không rõ và xâm

lấn mô xung quang.

4.4. Mối liên quan giữa giới tính và bản chất khối u. Tỷ lệ khối u là ác tính ở bệnh nhân nam là 55%, ở nữ là 10,5%; sự khác nhau này là có ý nghĩa thống kê $P=0,019$. Bệnh nhân nam thường hút thuốc lá, uống rượu nhiều hơn so với phụ nữ, có thể đây là nguyên nhân gây ra tỷ lệ ác tính cao ở nam giới. Tuy nhiên, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào nói về sự khác nhau về tỷ lệ ác tính của khối u khoang cạnh họng giữa nam giới và nữ giới, cũng như các yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ ác tính của khối u khoang cạnh họng ở nam giới. Do đó cần có thêm nhiều nghiên cứu hơn để làm rõ cho điều này.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của u khoang cạnh họng góp phần trong chẩn đoán và điều trị u khoang cạnh họng được hiệu quả hơn. Do khối u ở vị trí kín đáo nên bệnh nhân thường nhập viện khi khối u đã phát triển gây nuốt vướng. Việc phân chia khối u ở vị trí khoang trước trâm hay khoang sau trâm dựa vào mối liên quan của khối u với động mạch cảnh trong. Khối u khoang cạnh họng chủ yếu là u tuyến nước bọt và u thần kinh. Tỷ lệ u ác tính ở nam giới cao hơn nữ giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lý Xuân Quang** "Tiếp cận khối u khoang cạnh họng. Bài giảng tai mũi họng thực hành. 2018, tr

- 161-197.
2. **Lien, K.-H., Young, C.-K., Chin, S.-C., Liao, C. T., & Huang, S.-F.** (2019), "Parapharyngeal space tumors: a serial case study". Journal of international medical research, 47(8), pp. 4004- 4013.
 3. **van Hees T, van Weert S, Witte B, René Leemans c** (2018), "Tumors of the parapharyngeal space: the vu University Medical Center experience over a 20-year period". Eur Arch Oto- Rhino-Laryngology. 275(4), pp. 967-72.
 4. **Sun F, Yan Y, Wei D, et al** (2018), "Surgical management of primary parapharyngeal space tumors in 103 patients at a single institution". Acta Otolaryngol. 138, pp. 85-89.
 5. **Shi, X., Tao, L., et al.** (2016). "Surgical management of primary parapharyngeal space tumors: a 10-year review". Acta Oto-Laryngologica, 137(6), pp. 656-661.
 6. **Lombardi, D., Ferrari, M., et al.** (2020). "Selection of the surgical approach for lesions with parapharyngeal space involvement: A single-center experience on 153 cases". Oral Oncology, 109, 104872.
 7. **Kuet M-L, Kasbekar AV, Masterson L, Jani p** (2015). "Management of tumors arising from the parapharyngeal space: A systematic review of 1,293 cases reported over 25 years". Laryngoscope, 125(6), pp. 1372-81.
 8. **Lopez F & et al** (2019). "Contemporary management of primary parapharyngeal space tumors". Head Neck 41(2), pp. 522-535.
 9. **Olcay CB, Roland G, et al** (2021). "Primary neoplasms of the parapharyngeal space: diagnostic and therapeutic pearls and pitfalls". Eur Arch Otorhinolaryngol. DOI: 10.1007/s00405-021-06718-4.

TẦN SUẤT CÁC BIẾN THỂ ĐA HÌNH ĐƠN NUCLEOTIDE RS17501010, RS9290927, RS893051, RS9290929 TRÊN GEN CLDN-1 LIÊN QUAN VỚI BỆNH VIÊM DA CƠ ĐỊA

Nguyễn Hữu Ngọc Tuấn¹, Lê Dương Hoàng Huy¹, Trần Lê Hoàng¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Bệnh viêm da cơ địa (VDCĐ) là một bệnh lý phức tạp đa yếu tố, trong đó sự phối hợp giữa yếu tố hàng rào bảo vệ da và yếu tố di truyền đóng vai trò quan trọng. Các biến thể đa hình đơn nucleotide (SNP) trên gen CLDN-1 mã hóa protein claudin-1 đã được mô tả liên quan đến bệnh sinh của bệnh VDCĐ. Thông tin về tỷ lệ kiểu gen của biến thể này với bệnh VDCĐ chưa được khảo sát trên người Việt Nam trưởng thành. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ của

các SNP rs17501010, rs9290927, rs893051 và rs9290929 trên gen CLDN-1 ở bệnh nhân VDCĐ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca xác định tỷ lệ kiểu gen và tần suất alen của 4 biến thể rs17501010, rs9290927, rs893051 và rs9290929 trên 82 người bệnh trưởng thành mắc VDCĐ bằng phương pháp giải trình tự Sanger. **Kết quả:** Trong 82 người thỏa tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, nam chiếm 59,76%, tuổi trung vị là 36 tuổi. Đối với rs17501010, tỷ lệ alen G là 95,73%, T là 4,27%. Tỷ lệ kiểu gen lần lượt là GG: 91,46%, GT: 8,54%. Đối với rs9290927, tỷ lệ alen A là 50,61%, T là 49,39%. Tỷ lệ kiểu gen lần lượt là AA: 26,83%, AT: 47,56%, TT: 25,61%. Đối với rs893051, tỷ lệ alen C là 71,95%, G là 28,05%. Tỷ lệ kiểu gen lần lượt là CC: 54,88%, CG: 34,15%, GG: 10,98%. Đối với rs9290929, tỷ lệ alen A là 91,46%, G là 8,54%. Tỷ lệ kiểu gen lần lượt là AA: 82,93%, AG: 17,07%. **Kết luận:** Đã xác định được tỷ

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Ngọc Tuấn
Email: nhntuan@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 25.6.2024
Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024
Ngày duyệt bài: 5.9.2024