

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Singer M., Deutschman C.S., Seymour C.W., et al.** The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016; 315(8): 801-10. DOI: 10.1001/jama.2016.0287
2. **Vincent J.L., Moreno R., Takala J., et al.** The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med.* 1996;22(7): 707-10. DOI: 10.1007/BF01709751
3. **Do S.N., Dao C.X., Nguyen T.A., et al.** Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score for predicting mortality in patients with sepsis in Vietnamese intensive care units: a multicentre, cross-sectional study. *BMJ Open*. 2023;13(3): e064870.
4. **Nguyễn Thị Phương Thảo, Phạm Văn Đức, Nguyễn Duy Bình, Trần Xuân Chương.** Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị tiên lượng của thang điểm SOFA ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết người lớn. *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*. 2024;3(47): 9-16.
5. **Zimmermann T., Kaufmann P., Amacher S., et al.** Sex differences in the SOFA score of ICU patients with sepsis or septic shock: a nationwide analysis. *Crit Care*. 2024;28(1): 209. DOI: 10.1186/s13054-024-04996-y
6. **Lê Thị Xuân Thảo, Lê Xuân Trường, Bùi Thị Hồng Châu, Trương Anh Tuấn.** Mối liên quan giữa nồng độ lactat máu, procalcitonin, c-reactive protein (CRP) ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và nhiễm khuẩn huyết có sốc tại Bệnh viện đa khoa Đồng Tháp. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2018;22(2): 229-235.
7. **Thiều Thị Trúc Quyên, Huỳnh Văn Ân.** Giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm SOFA trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 520 (Tháng 11 - Hội nghị khoa học kỹ thuật năm 2022 - Bệnh viện Nhân dân Gia Định): 3-10.
8. **Khwannimit B., Bhurayanontachai R., Vattanavanit V.** Ability of a modified Sequential Organ Failure Assessment score to predict mortality among sepsis patients in a resource-limited setting. *Acute Crit Care*. 2022;37(3): 363-371. DOI: 10.4266/acc.2021.01627
9. **Nguyễn Thị Xuân, Đoàn Đức Nhân, và cộng sự.** Nghiên cứu giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm NEWS 2 trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024(77): 205-212. DOI: <https://doi.org/10.58490/ctump.2024i77.2749>.

GIÁ TRỊ CỦA CHỌC HÚT BẰNG KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN BƯỚU TUYẾN MANG TAI

Vương Lam Linh*, Nguyễn Phan Thế Huy*, Võ Đắc Tuyền*

TÓM TẮT

Chọc hút bằng kim nhỏ (Fine Needle Aspiration, FNA) được chỉ định để đánh giá ban đầu bướu tuyến mang tai. Ưu điểm của kỹ thuật này là ít xâm lấn, kỹ thuật đơn giản, cho kết quả nhanh, có thể được thực hiện ở bệnh nhân ngoại trú và nguy cơ biến chứng thấp. **Mục tiêu:** đánh giá giá trị của FNA dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán bướu tuyến mang tai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả 252 ca bướu tuyến nước bọt đã khám và điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2022 đến 06/2023 được chẩn đoán là bướu tuyến mang tai. **Kết quả:** bệnh nhân bướu tuyến mang tai nhóm tuổi 35-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao (54,0%), thấp nhất là nhóm tuổi <18 tuổi (1,2%), xuất độ nam:nữ là 1,5:1. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Kết quả FNA trong chẩn đoán phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính có độ nhạy 74,1%, độ đặc hiệu 99,1%, giá trị tiên đoán dương là 90,9%, giá trị tiên đoán âm là 97,1%. Độ chính xác đạt giá trị cao là 96,5%. **Kết luận:** Áp dụng FNA dưới hướng dẫn siêu âm như một quy trình

thường quy trong chẩn đoán trước phẫu thuật bướu tuyến mang tai. **Từ khóa:** bướu tuyến mang tai, FNA, bướu lành tính, bướu ác tính.

SUMMARY

VALUE OF ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION IN THE DIAGNOSIS OF PAROTID GLAND TUMORS

FNA is indicated for the initial assessment of parotid gland tumors. The advantages of this technique are that it is minimally invasive, simple, gives quick results, can be performed on outpatients, and has a low risk of complications. **Objective:** to evaluate the value of FNA in diagnosing parotid gland tumors. **Subjects and methods:** A cross-sectional retrospective study describing 252 cases of parotid gland tumors examined and treated at Ho Chi Minh City Oncology Hospital from January 2022 to June 2023 with the diagnosis of parotid gland tumors. **Results:** Patients with parotid tumors were in the age group of 35-60 years old, with the highest rate of 54.0%; the lowest was in the age group of <18 years old with 1.2%, with a male: female ratio of 1.5:1. In 261 tumors performed FNA, 91.2% were benign, 8.4% were malignant, and 0.4% were undetermined. **Conclusion:** Applying ultrasound-guided FNA as a routine procedure in preoperative diagnosis of parotid tumors. **Keywords:** parotid tumors, FNA, benign tumors, malignant tumors.

*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phan Thế Huy

Email: npthuy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu tuyến nước bọt chiếm khoảng 3-6% bướu vùng đầu và cổ với tần suất là 0,4-13,5 ca trên 100.000 người mỗi năm. Khoảng 80% bướu tuyến nước bọt là lành tính, chủ yếu gặp ở các tuyến nước bọt chính; trong đó 81,7% ở tuyến mang tai, 19,3% ở tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi và các tuyến nước bọt phụ.¹

Bướu tuyến mang tai thường đa dạng và phức tạp. Theo Phân loại bướu tuyến nước bọt của Tổ chức Y tế Thế giới (2022), có 15 loại bướu lành tính và 22 loại bướu ác tính. Loại bướu lành tính thường gặp là bướu tuyến đa dạng và bướu tuyến đơn dạng (bướu Warthin); loại bướu ác tính thường gặp là carcinôm nhầy-bì. Triệu chứng, dấu chứng của bướu tuyến mang tai giai đoạn sớm thường nghèo nàn trong khi phân loại mô bệnh học của bướu tuyến nước bọt đa dạng và phức tạp nên gặp nhiều khó khăn trong việc phân biệt giữa các loại bướu lành tính cũng như giữa bướu lành tính và ác tính. Ngoài ra, nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm, bướu tuyến nước bọt ở giai đoạn muộn có biến chứng hoặc thoái hóa ác gây nhiều khó khăn cho việc điều trị và tiên lượng cũng kém hơn.

Có nhiều cận lâm sàng để chẩn đoán bướu tuyến nước bọt. Siêu âm là một phương pháp ít tốn kém, an toàn và phổ biến rộng rãi để đánh giá bướu tuyến nước bọt mang tai. Ngoài ra siêu âm còn được dùng để hướng dẫn thực hiện FNA. CT Scan hay MRI cũng được sử dụng để chẩn đoán bướu tuyến mang tai được sử dụng để phát hiện bướu tuyến mang tai nằm ở thùy nông. Tuy nhiên, các cận lâm sàng này rất khó để chẩn đoán phân biệt giữa các bướu lành tính và ác tính.

FNA được chỉ định để đánh giá ban đầu khối u tuyến mang tai. Ưu điểm của kỹ thuật này là ít xâm lấn, kỹ thuật đơn giản, cho kết quả nhanh, có thể được thực hiện ở bệnh nhân ngoại trú và nguy cơ biến chứng thấp. Qua phân tích tổng hợp 70 nghiên cứu mô tả về FNA dưới hướng dẫn của siêu âm, Liu và cộng sự (2016)² ghi nhận FNA dưới hướng dẫn của siêu âm tuyến mang tai có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 88,2% và 99,5% và kết luận FNA có độ nhạy tương đối và độ đặc hiệu cao trong việc phân biệt bướu lành tính và ác tính ở tuyến mang tai. Nghiên cứu trong nước của tác giả Bùi Kim Ngân (2021)³ ghi nhận giá trị của FNA trong chẩn đoán bướu tuyến mang tai có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 100% và 93,3%. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm Đánh giá giá trị

phương pháp chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) dưới hướng dẫn của siêu âm trong việc chẩn đoán phân biệt bướu tuyến nước bọt mang tai lành tính và ác tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả hồ sơ bệnh án của 252 bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2023 có chẩn đoán bướu tuyến mang tai.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu

○ Bệnh nhân có đủ hồ sơ bệnh án tại bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2022 đến 06/2023;

○ Bệnh nhân có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật là bướu tuyến mang tai;

○ Bệnh nhân có xét nghiệm FNA dưới hướng dẫn của siêu âm trước điều trị, có làm giải phẫu bệnh.

- Tiêu chuẩn loại trừ

○ Bệnh nhân đã từng điều trị ung thư đầu-cổ;

○ Bệnh nhân không đủ thông tin hồ sơ bệnh án, làm giải phẫu bệnh.

- Quy trình thực hiện

○ Chọn bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh;

○ Ghi nhận thông tin, đặc điểm lâm sàng, kết quả FNA trước phẫu thuật;

○ Đối chiếu kết quả FNA với kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.

2.2 Biến số nghiên cứu: - Biến số nền: giới tính, tuổi, lý do nhập viện, tiền sử.

- Biến số kết quả: kết quả FNA, kết quả mô bệnh học.

2.3 Xử lý thống kê. Các kết quả thu thập được ghi vào phiếu thu thập thống nhất, nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 16.0. Tương quan được xem là có ý nghĩa thống kê khi phép kiểm có $p < 0,05$. Các thống kê được thực hiện với độ tin cậy 95%, với sai lầm loại 1 là 5%.

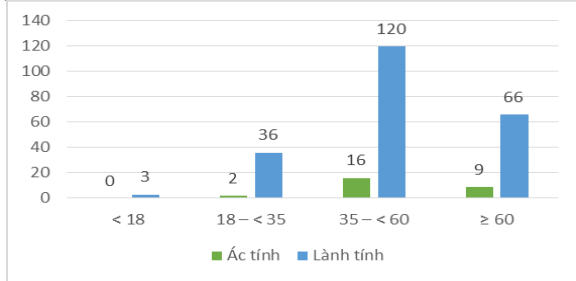
2.4 Ý đức. Nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh số 671/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/07/2023 và Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh số 680/BVUB-HĐĐĐ ngày 13/10/2023

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi của bệnh nhân dao động từ 16-86 tuổi, trung bình là $50,5 \pm 14,6$ tuổi. Nhóm tuổi 35 đến dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ

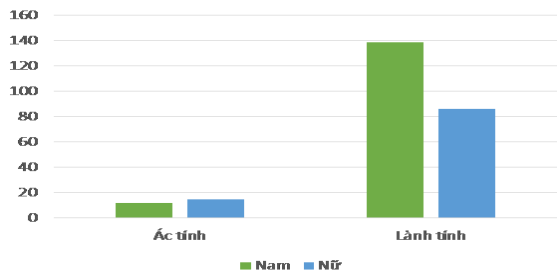
cao nhất (54,0%), thấp nhất là nhóm tuổi <18 tuổi với 1,2% (Biểu đồ 3.1).

*Kiểm định Fisher's chính xác, $p=0,690>0,05$.



Trong tổng số 252 trường hợp bướu tuyến mang tai, 60% phát hiện ở nam giới và 40% phát hiện ở nữ giới, tần suất nam:nữ là 1,5:1. Ở nam giới, bướu tuyến mang tai lành tính chiếm 92,1%, bướu tuyến mang tai ác tính chiếm 7,9%. Ở nữ giới, bướu tuyến mang tai lành tính chiếm 85,1%, bướu tuyến mang tai ác tính chiếm 14,9% (Biểu đồ 3.2).

*Kiểm định Fisher's chính xác, $p=0,082>0,05$.



Biểu đồ 3.2 Phân bố bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính theo giới

Bảng 3.1 Kết quả chẩn đoán bướu tuyến mang tai bằng FNA

Đặc điểm (n=261)	n	Tỷ lệ (%)
Lành tính		
Bướu tuyến đa dạng	127	53,4
Bướu Warthin	107	45
Bướu nhú trong ống	1	0,4
Bướu phồng bào	1	0,4
Bướu tuyến tế bào đáy	1	0,4
Bướu tuyến dạng nang	1	0,4
Tổng cộng	238	100
Ác tính		
Carcinôm nhầy-bì	15	68,2
Carcinôm tế bào túi tuyến	3	13,6
Carcinôm bọc dạng tuyến	2	9,0
Carcinôm tế bào gai	1	4,6
Bướu tuyến nước bọt ác tính dạng không xác định	1	4,6
Tổng cộng	22	100

Không xác định		
Không có tế bào bất thường	1	100

Trong 261 bướu (9 ca có bướu hai bên) được thực hiện FNA có 91,2% cho kết quả lành tính, 8,4% cho kết quả ác tính và 0,4% không xác định được. Đối với nhóm bệnh nhân có kết quả FNA lành tính, bướu thường gặp nhất là bướu tuyến đa dạng (53,4%), tiếp đến là bướu Warthin (45%), các bướu còn lại hiếm gặp. Đối với các bướu tuyến mang tai có kết quả FNA ác tính, carcinôm nhầy-bì chiếm tỷ lệ cao nhất (68,2%) (Bảng 3.1).

Bảng 3.2 Đối chiếu chẩn đoán bướu lành và ác tính tuyến nước bọt giữa FNA và mô bệnh học

Kết quả FNA (n=260)	Mô bệnh học sau phẫu thuật n (%)			p
	Ác tính	Lành tính	Tổng	
Ác tính	20 (90,9)	2 (9,1)	22 (100,0)	p<0,001
Lành tính	7 (2,9)	231 (97,1)	238 (100,0)	

Kiểm định Fisher's chính xác

Trong số 260 bướu (loại trừ 1 bướu không xác định được do không đủ vật liệu từ FNA), mức độ tương hợp giữa chẩn đoán tế bào học và mô bệnh học ở nhóm lành tính là 97,1% và ở bướu ác tính là 90,9%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$) (Bảng 3.2).

Bảng 3.3 Giá trị FNA trong chẩn đoán phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính

Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị chẩn đoán dương	Giá trị chẩn đoán âm	Độ chính xác
74,1%	99,1%	90,9%	97,1%	96,5%

Kết quả FNA trong chẩn đoán phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính có độ nhạy 74,1%, độ đặc hiệu 99,1%. Giá trị chẩn đoán dương là 90,9%, giá trị chẩn đoán âm là 97,1%. Độ chính xác đạt giá trị cao là 96,5% (Bảng 3.3).

IV. BÀN LUẬN

Bướu tuyến nước bọt thường phổ biến ở nam giới. Kết quả của các nghiên cứu trước đây về sự phân bố giới tính của bướu tuyến nước bọt rất khác nhau. Một số nghiên cứu cho thấy xuất độ ở nữ cao hơn nhưng một số nghiên cứu khác lại cho thấy nam giới cao hơn. Sự phân bố ở độ tuổi trong nghiên cứu này tương tự nghiên cứu tác giả Nguyễn Đức Tuấn (2024)⁴ cho kết quả độ tuổi trung bình là 47,1± 17,3 tuổi và của tác giả

Selcuk Yildiz (2021)⁵ với cỡ mẫu là 204 bệnh nhân trong độ tuổi từ 13-83 tuổi với độ tuổi trung bình của những người tham gia nghiên cứu là 49,14 ± 14,47. Kết quả này cũng gần giống như các nghiên cứu khác đưa ra trên thế giới, cũng cho thấy tần suất cao hơn ở người lớn và trung niên. Do bướu tuyến mang tai là loại bướu có diễn tiến lâm sàng lâu dài và không gây ra nhiều triệu chứng lâm sàng ảnh hưởng đến bệnh nhân nên bệnh nhân thường phát hiện bệnh muộn.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng hệ thống phân loại bướu tuyến nước bọt của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2022 và hệ thống Milan về việc quản lý bướu tuyến nước bọt. Trong trường hợp thực hiện FNA trên bướu tuyến mang tai trong nghiên cứu này cho kết quả bướu lành tính chiếm đa số 91,2%, bướu ác tính chiếm 8,4% và 0,4% không xác định được. Các tỷ lệ này phù hợp với các tài liệu nghiên cứu trước đó.

Trong nghiên cứu này, bướu tuyến đa dạng chiếm 55,0% các trường hợp bướu lành tính và chiếm 53,4% trong các trường hợp bướu tuyến mang tai. Tiếp đến là bướu Warthin chiếm 45,0%, mỗi loại bướu nhú trong ống, bướu phòng bào, bướu tuyến tế bào đáy, bướu tuyến dạng nang xuất hiện một trường hợp chiếm 0,4% mỗi loại. Điều này phù hợp với kết quả đặc điểm hình thái trong nghiên cứu của tác giả Bùi Kim Ngân (2021)³ bướu lành tính thường gặp nhất là bướu tuyến đa dạng chiếm 35,0% và bướu Warthin chiếm 21,6%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Cunha (2023), đối với bướu lành tính, bướu tuyến đa dạng xuất hiện nhiều nhất với 70,9%, tiếp đến là bướu Warthin chiếm 15,4%.

Carcinôm nhầy-bì là bướu ác tính thường gặp nhất chiếm 68,2% các loại bướu ác tính, tiếp đến là carcinôm tế bào túi tuyến chiếm 13,6%, carcinôm bọc dạng tuyến chiếm 9% và carcinôm tế bào gai và tổn thương nghi ngờ ác tính chiếm 4,6%. Điều này tương tự với kết quả nghiên cứu của Takahama (2009) carcinôm nhầy-bì là bướu ác tính phổ biến nhất. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này bướu phổ biến tiếp theo là carcinôm bọc dạng tuyến và các loại bướu còn lại có tần suất xuất hiện thấp như nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá giá trị của FNA trong biệt chẩn đoán phân biệt giữa bướu lành tính và ác tính: độ nhạy của phương pháp là 74,1%; độ đặc hiệu 99,1%; giá trị tiên đoán âm 97,1%, giá trị tiên đoán dương 90,9% và độ chính xác 96,5%. So sánh với các nghiên cứu khác, giá trị của FNA trước phẫu thuật được các tác giả báo cáo có độ chênh lệch nhất định. Trong các báo cáo gần đây, độ nhạy và độ

đặc hiệu của các nghiên cứu dao động trong khoảng 59,09% đến 98,3% và 93,3% đến 99,5%. Theo nghiên cứu của Carrie Liu và cộng sự (2016) đánh giá hệ thống đã đưa ra 70 nghiên cứu đáp ứng tiêu chí và cho kết quả độ nhạy 88,2% và độ đặc hiệu 99,5%. Hanege và cộng sự (2020) cho rằng các giá trị chẩn đoán phân biệt bướu lành tính và bướu ác tính ở tuyến mang tai có độ đặc hiệu, độ nhạy, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính và độ chính xác của FNA lần lượt là 98%, 90%, 86%, 98% và 97%. Trong nghiên cứu của Rahim Dhanani và cộng sự (2020) cho thấy độ nhạy 88,9%, độ đặc hiệu 97,9%, giá trị tiên đoán dương tính 93%, giá trị tiên đoán âm tính 96,7% và độ chính xác chẩn đoán 95,8%. Selcuk Yildiz và cộng sự (2021) thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá giá trị của FNA trong việc chẩn đoán bướu ác tính cho kết quả độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị tiên đoán dương tính, âm tính tương ứng lần lượt là: 59,09%, 97,85%, 93,75%, 76,47% và 95,29%. Ashwag Alwagdani và cộng sự (2021) cho kết quả độ chính xác của FNA để phát hiện bệnh ác tính là độ nhạy 85,7%, độ đặc hiệu 93,8%, giá trị tiên đoán dương tính 75% và giá trị tiên đoán âm tính 96,7%. Với nghiên cứu của Mourouzis (2023) độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và độ chính xác trong chẩn đoán bướu tuyến đa dạng lần lượt là: 98,3%, 87,5%, 98,3%, 87,5% và 97,1%. Ở Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Chi và cộng sự (2012)⁶ cho thấy độ nhạy 50,6%, độ đặc hiệu 98,1%, giá trị tiên đoán dương 88,2%, giá trị tiên đoán âm 87,7% và độ chính xác 87,7%, các giá trị này thấp hơn các giá trị của chúng tôi do nghiên cứu của chúng tôi do trong vài năm gần đây, việc thực hiện FNA dưới hướng dẫn của siêu âm góp phần tăng tính chính xác của FNA.

V. KẾT LUẬN

Áp dụng FNA dưới hướng dẫn siêu âm như một quy trình thường quy trong chẩn đoán trước phẫu thuật bướu tuyến mang tai vì đây là một phương pháp an toàn, ít xâm lấn, chi phí thấp và có giá trị trong chẩn đoán bướu lành tính cũng như chẩn đoán phân biệt bướu lành tính và ác tính của tuyến mang tai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gontarz M, Bargiel J, Gaşiorowski K, et al. Epidemiology of Primary Epithelial Salivary Gland Tumors in Southern Poland-A 26-Year, Clinicopathologic, Retrospective Analysis. J Clin Med. Apr 13 2021;10(8)doi:10.3390/jcm10081663

- Liu CC, Jethwa AR, Khariwala SS, Johnson J, Shin JJ. Sensitivity, Specificity, and Posttest Probability of Parotid Fine-Needle Aspiration:** A Systematic Review and Meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* Jan 2016; 154(1):9-23. doi:10.1177/0194599815607841
- Bùi KN.** Tổng kết kết quả chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) u tuyến mang tai đối chiếu với giải phẫu bệnh sau mổ tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM cơ sở 1 và cơ sở 2 năm 2020-2021. . Luận văn Thạc sĩ. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2021.
- Tuân ND, Hồng NT, Trường BX.** DỊCH TẾ VÀ LÂM SÀNG UNG THƯ TUYẾN NƯỚC BỌT. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;536(1)
- Yildiz S, Seneldir L, Karaca CT, Toros SZ.** Fine-needle aspiration cytology of salivary gland tumors before the Milan system: ten years of experience at a tertiary Care Center in Turkey. *Medeniyet Medical Journal.* 2021;36(3):233.
- Chi NTK.** Giá trị của chọc hút bằng kim nhỏ và cắt lạnh trong chẩn đoán bướu tuyến nước bọt *Tạp chí Ung thư học Việt Nam.* 2012;4:125-130.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA UỐNG MALTODEXTRIN TRƯỚC MỔ LÊN THỂ TÍCH TỒN LƯU VÀ PH DỊCH DẠ DÀY Ở PHẪU THUẬT NỘI SOI PHỤ KHOA

Trần Thị Tươi^{1,2}, Nguyễn Đức Lam^{2,3},
Mai Trọng Hưng³, Đỗ Văn Lợi¹, Nguyễn Thị Sim¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên, có đối chứng được tiến hành trên 70 bệnh nhân mổ nội soi phụ khoa được chia thành hai nhóm: Nhóm CHO được uống 600 ml dung dịch maltodextrin 15% đêm trước phẫu thuật và thêm 300 ml dung dịch tương tự đến 2 giờ trước phẫu thuật và nhóm FAST nhịn ăn uống qua đêm theo phác đồ. Thể tích tồn lưu dịch dạ dày được đánh giá qua siêu âm hang vị trước gây mê và pH dịch dạ dày được đo qua bút thử PH8414 thương hiệu Total Meter sau gây mê. Kết quả: Thể tích tồn lưu dịch dạ dày không khác biệt nhau giữa 2 nhóm với $p=0,57$ (22,6 ml ở nhóm CHO so với 15,7 ml ở nhóm FAST); phân độ tồn lưu dịch dạ dày dưới siêu âm theo Perlas cũng không có sự khác biệt ($p=0,42$); không có bệnh nhân nào xảy ra tình trạng trào ngược khi khởi mê. PH dịch dạ dày của nhóm CHO sau khởi mê cao hơn nhóm FAST (3,34 so với 2,99), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,11$. Kết luận uống 300 ml dung dịch maltodextrin 15% trước khởi mê 2 giờ là an toàn, không làm tăng thể tích tồn lưu dịch dạ dày và không làm giảm pH dịch dạ dày ở các bệnh nhân phẫu thuật nội soi phụ khoa theo chương trình. **Từ khóa:** Maltodextrin, thể tích tồn lưu dạ dày, pH dịch dạ dày, nội soi phụ khoa.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTS OF PREOPERATIVE MALTODEXTRIN INTAKE ON GASTRIC RESIDUAL VOLUME AND GASTRIC PH IN GYNECOLOGIC LAPAROSCOPIC SURGERY

A randomized, controlled clinical intervention

study was conducted on 70 patients undergoing gynecologic laparoscopic surgery. The patients were divided into two groups: the CHO group intaked 600 ml of a 15% maltodextrin solution the night before surgery and an additional 300 ml of the same solution up to 2 hours before surgery, while the FAST group fasted overnight according to standard protocol. Gastric residual volume (GRV) was assessed via antral ultrasound before anesthesia, and gastric pH was measured using the PH8414 pH meter (Total Meter brand) after anesthesia induction. Results: Gastric residual volume did not differ significantly between the two groups ($p = 0.57$; 22.6 ml in the CHO group vs. 15.7 ml in the FAST group). The Perlas ultrasound grading of gastric residual volume also showed no significant difference ($p = 0.42$). No patients experienced aspiration during anesthesia induction. The gastric pH in the CHO group was higher than in the FAST group (3.34 vs. 2.99), but the difference was not statistically significant ($p = 0.11$). Conclusion: Intaking 300 ml of a 15% maltodextrin solution 2 hours before anesthesia induction is safe, does not increase gastric residual volume, and does not significantly reduce gastric pH in patients undergoing gynecologic laparoscopic surgery.

Keywords: Maltodextrin, gastric residual volume, gastric pH, gynecologic laparoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, phác đồ uống carbohydrate trước phẫu thuật là khuyến cáo của hầu hết các Hiệp hội Gây mê trên thế giới và cả Hiệp hội Phục hồi sớm sau phẫu thuật. Có nhiều loại dung dịch carbohydrate khác nhau được sử dụng trên lâm sàng, trong đó dung dịch maltodextrin là loại được sử dụng phổ biến nhất. Maltodextrin là loại đường đa, không ngọt, có nguồn gốc từ thực vật. Việc tiêu hóa và hấp thu của maltodextrin là kéo dài hơn so với đường đơn khiến cho thời gian để hấp thu maltodextrin vào máu kéo dài hơn và do đó ít làm tăng đường huyết chu phẫu

¹Bệnh viện Đại học Phenikaa

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh Viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Tươi

Email: tuoiitt@phenikaamec.vn

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025