

trong loạt bệnh nhân này, bướu thận kèm theo huyết khối ở tĩnh mạch thận đã được loại bỏ thành công bằng công cụ khâu robot ENDOWRIST. Cụ thể, 2 trường hợp bướu giai đoạn cT3a có chồi nằm trong tĩnh mạch thận được cô lập, khâu bảo tồn được lòng ống tĩnh mạch chủ, điều này rất quan trọng vì giúp ngăn ngừa các biến chứng mạch máu hạ lưu liên quan đến việc giảm dòng chảy. Vì vậy, khi xem xét những kết quả này, chỉ định của phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc có thể được mở rộng cho các bướu thận phức tạp hơn, bao gồm cả những trường hợp có chồi tĩnh mạch nối chung.^{8,9}



Hình 5. Vết mổ trên bụng bệnh nhân sau 1 tháng phẫu thuật robot cắt thận tận gốc

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này bao gồm 25 bệnh nhân mắc ung thư biểu mô tế bào thận khu trú, bao gồm cả những trường hợp có chồi bướu trong tĩnh mạch thận, phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc đã được thực hiện trong khoảng thời gian phẫu thuật chấp nhận được, khả thi và an toàn mà không có biến chứng đáng kể. Do đó, quy trình từng bước này đối với phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc là áp dụng được và có thể phù hợp với bướu thận phức tạp hoặc bướu thận không thích hợp cho phẫu thuật cắt một phần thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ljungberg B, Bex A, Albiges L et al**, "EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma", European Association of Urology, Limited Update March 2024.
2. **Motzer RJ, Jonasch E, Agarwa N et al**, "NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Kidney Cancer", National Comprehensive Cancer Network, Version 1, 2025.
3. **Klingler DW, Hemstreet GP, Balaji KC et al**, "Feasibility of robotic radical nephrectomy initial results of single-institution pilot study", J Urology, 65, 2005, pp. 1086 - 1089.
4. **Abaza R**, "Robotic Radical Nephrectomy", Robotic Surgery, Springer International Publishing AG 2018, pp. 71 - 77. doi: 10.1007/978-3-319-65864-3.
5. **Jeong IG, Khandwala YS, Kim JH, et al**, "Association of robotic-assisted vs laparoscopic radical nephrectomy with perioperative outcomes and health care costs", JAMA, 318, 2017, pp. 1561 - 1568.
6. **Helmers MR, Ball MW, Gorin MA et al**, "Expand Robotic versus laparoscopic radical nephrectomy: comparative analysis and cost considerations", Can J Urology, 23(5), 2016, pp. 8435 - 8440.
7. **Anele UA, Marchioni M, Yang B et al**, "Robotic versus laparoscopic radical nephrectomy: a large multi-institutional analysis", World J Urol, 37(11), 2019, pp. 2439 - 2450. doi: 10.1007/s00345-019-02657-2.
8. **Davila HH, Storey RE, Rose MC. et al**, "Robotic-assisted laparoscopic radical nephrectomy using the Da Vinci Si system: how to improve surgeon autonomy. Our step-by-step technique", J Robotic Surg, 10, 2016, pp. 285 - 288. DOI 10.1007/s11701-016-0608-6.
9. **Stout TE, Gellhaus PT et al**, "Robotic Partial vs Radical Nephrectomy for Clinical T3a Tumors: A Narrative Review", Journal Of Endourology, Volume 37, Number 9 (2023), pp. 978 - 985. doi: 10.1089/end.2023.0173.

U KHOẢNG BÊN HỌNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Nguyễn Văn Hải¹

TÓM TẮT

U khoảng bên họng là những u phát sinh và phát triển trong cấu trúc của thành bên họng. Các khối u khoảng bên họng rất hiếm, chỉ chiếm 0,5% trong tất cả các khối u ở đầu và cổ. Khoảng 80% khối u khoảng bên họng là lành tính và 20% là ác tính [1,2]. Do các triệu chứng không đặc hiệu, mức độ hiểm gấp kèm cấu trúc giải phẫu phức tạp của vùng này nên việc

chẩn đoán và điều trị với các khối u khoảng bên họng vẫn là một thách thức với các bác sĩ [3]. **Báo cáo ca lâm sàng:** Chúng tôi báo cáo một ca lâm sàng bệnh nhân u khoảng bên họng bên phải được chẩn đoán và phẫu thuật tại bệnh viện K. **Bàn luận:** Trong bài báo cáo này, chúng tôi bàn luận về đặc điểm lâm sàng và phương thức điều trị đối với u khoảng bên họng. **Kết luận:** U khoảng bên họng là rất hiếm gặp, việc điều trị các bệnh nhân này vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Chiến lược điều trị cần cá thể hóa trên từng đối tượng cụ thể, tuy nhiên phẫu thuật với các cách tiếp cận khác nhau là phương pháp điều trị chính ở các bệnh nhân được chẩn đoán khối u vùng này.

SUMMARY

PARAPHARYNGEAL SPACE TUMORS: CLINICAL CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hải

Email: doctorvanhai84@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025

Parapharyngeal tumors are tumors that arise and develop in the structure of the lateral pharyngeal wall. Parapharyngeal tumors are very rare, accounting for only 0.5% of all tumors in the head and neck. About 80% of parapharyngeal tumors are benign and 20% are malignant [1,2]. Due to nonspecific symptoms, rarity, and the complex anatomical structure of this area, diagnosis and treatment of parapharyngeal tumors remains a challenge for doctors [3]. **Clinical case report:** We report a clinical case of a patient with a parapharyngeal space tumors diagnosed and operated on at K hospital. **Discuss:** In this report, we discuss the clinical features and treatment options for parapharyngeal tumors. **Conclusions:** Parapharyngeal space tumors are rare, and the treatment of these patients remains challenging. Treatment strategies need to be individualized for each specific patient, but surgery with different approaches is the mainstay of treatment in patients diagnosed with tumors in this area.

I. TỔNG QUAN

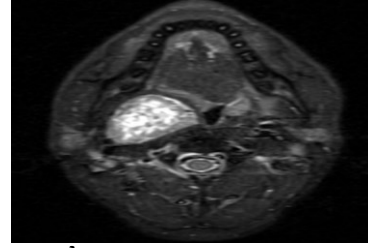
U khoang bên họng là những u phát sinh và phát triển trong cấu trúc của thành bên họng. Các khối u khoang bên họng rất hiếm, chỉ chiếm 0,5% trong tất cả các khối u ở đầu và cổ. Khoảng 80% khối u khoang bên họng là lành tính và 20% là ác tính [1,2]. Hầu hết các khối u khoang bên họng bắt nguồn từ tuyến nước bọt hoặc các mô thần kinh [1,3]. Khi khám lâm sàng, các khối u khoang bên họng chủ yếu được phát hiện ở cổ hoặc hầu họng, và bệnh nhân thường không có triệu chứng. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính đối với khối u vùng này [1,4]. Các khối u khoang bên họng phát triển ở các lớp sâu trong cổ, do vị trí giải phẫu phức tạp, gần các cấu trúc mạch máu và thần kinh kèm mức độ hiếm gặp của nó dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán và điều trị [3]. Tại Việt Nam báo cáo về khối u vùng này còn hạn chế.

Chúng tôi xin báo ca một ca lâm sàng hiếm gặp về trường hợp u khoang bên họng được chẩn đoán và điều trị tại viện K

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 43 tuổi, tiền sử khỏe mạnh vào viện vì khối vùng dưới hàm bên phải. Khám lâm sàng vùng dưới góc xương hàm phải có khối 3x4 cm, mật độ chắc, ít di động, không đau, không sưng nóng đỏ. Hình ảnh siêu âm cho thấy phần mềm vùng dưới hàm phải phía trên tuyến nước bọt dưới hàm có khối giảm âm kích thước 27x32 mm, giới hạn rõ, đè đẩy tổ chức xung quanh. Hình ảnh trên cộng hưởng từ vùng hàm mặt có khối tổ chức khoang sau hầu bên phải kích thước 57x40mm, bờ gọn. Bệnh nhân được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ cho kết quả không thấy tế bào ác tính. Bệnh nhân được chẩn đoán U khoang bên họng bên phải được chỉ định phẫu thuật cắt u. Đánh giá

trong mổ vị trí khoang sau hầu có khối kích thước 6x5cm sát nền sọ, ranh giới rõ.

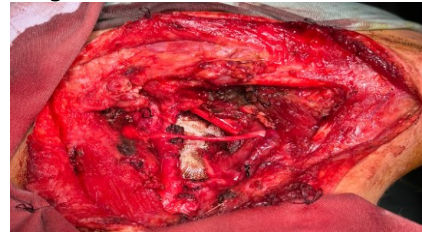


Hình 1. Tổn thương u khoang bên họng trên phim cộng hưởng từ



Hình 2. Khối u kích thước 6x5cm tại vị trí khoang sau hầu, sát nền sọ, ranh giới rõ

Bệnh nhân được chẩn đoán sơ bộ trong mổ u xơ thần kinh khoang bên họng (P). Tiến hành cắt tuyến dưới hàm phải, cắt cơ nhị thân phải, bóc lộ khối u thành bên họng phải, cắt u để lại vỏ bao thần kinh. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u xơ thần kinh. Sau mổ bệnh nhân có triệu chứng nuốt nghẹn. Bệnh nhân được ra viện sau 1 tuần điều trị. Hiện tại sau 1 tháng bệnh nhân ăn uống được bình thường, đôi lúc xuất hiện nuốt vướng.



Hình 3. Khối u đã được cắt bỏ hoàn toàn

III. THẢO LUẬN

3.1 Đặc điểm giải phẫu khoang bên họng và các tổn thương thường gặp. Khoang bên họng là một trong những khoang phức tạp nhất về mặt giải phẫu vùng đầu cổ, nó là một khoang tiềm tàng được tường tượng như một kim tự tháp ngược với đáy gồm nền sọ và đỉnh của nó hướng xuống phía dưới tới sừng lớn của xương móng. Khoang bên họng được ngăn thành hai phần nhỏ, khoang trước mòm trâm (phía trước) và khoang sau mòm trâm (phía sau) bởi một cơ căng màn hầu và mòm trâm. Khoang trước mòm trâm chứa thùy sâu của tuyến mang

tai cũng như các cấu trúc nhỏ, bao gồm các hạch bạch huyết, động mạch hàm trên bên trong và các dây thần kinh nhỏ. Khoảng sau móm trâm bao gồm các cấu trúc quan trọng hơn như dây thần kinh sọ (IX, X, XI, XII), động mạch cảnh, tĩnh mạch cổ và chuỗi giao cảm cổ [4].

Các khối u của khoang bên họng là hiếm gặp, chiếm ít hơn 0,5 % trong tất cả các khối u ở đầu và cổ, trong đó 20-30% là ác tính [1,2]. Biểu hiện lâm sàng của u khoang cạnh họng có thể không rõ ràng vì khối u thường phát triển chậm, chỉ có triệu chứng ở giai đoạn muộn và khoảng 43% được phát hiện tình cờ. Khối u khoang bên họng thường gặp nhất là u tuyến nước bọt đặc biệt là u tuyến đa hình (khoảng trước móm trâm), tiếp theo là u cận hạch và bao thần kinh (khoảng sau móm trâm) [2,4]. Trong một tổng kết của Faruque Riffat và cộng sự rút ra từ các báo cáo về u khoang bên họng trong vòng 20 năm trên 1143 bệnh nhân, có khoảng 70 tổn thương mô bệnh học khác nhau của khối u xuất phát từ vị trí này. Trong đó 913 (82%) tổn thương là lành tính, 205 (18%) là ác tính. U tuyến nước bọt là tổn thương nguyên phát phổ biến nhất (45%), tổn thương thần kinh chiếm 41%, phần còn lại là của các tổn thương hỗn hợp khác [1]. Trong báo cáo này hầu hết các khối u khoang trước móm chàm nguồn gốc từ các tuyến nước bọt, phần lớn là lành tính (chiếm 77%) [1]. Nhóm u thần kinh khoang bên họng bao gồm năm loại mô học chính: u cận hạch, u xơ thần kinh, u bao sợi thần kinh, u bao thần kinh ngoại vi ác tính và u cận hạch ác tính. 95% khối u thần kinh là lành tính. Tổn thương lành tính phổ biến nhất là u cận hạch (chiếm 52%), tiếp theo là u bao sợi thần kinh và u xơ thần kinh [1]. Các khối u thần kinh ác tính chiếm 5% trong tất cả các tổn thương thần kinh. Tổn thương di căn hiếm gặp ở khoang bên họng, chỉ chiếm 3%. Trong đó ung thư biểu mô tuyến giáp di căn là tổn thương phổ biến nhất, chiếm 20% trong tất cả các tổn thương di căn [1,2].

3.2 Chẩn đoán và điều trị u khoang bên họng. Chẩn đoán hình ảnh là phương tiện quan trọng để chẩn đoán với những bệnh nhân nghi ngờ u khoang bên họng đồng thời cũng giúp xác định kế hoạch phẫu thuật. Chụp cắt lớp vi tính (CT) và chụp cộng hưởng từ (MRI) là rất quan trọng để đánh giá các khối u khoang bên họng [5,6]. CT là một lựa chọn có thể chứng minh sự xâm lấn xương và vôi hóa trong các tổn thương. MRI đặc biệt hữu ích xác định vị trí khối u và phân biệt nguồn gốc khối u, nó thể hiện tốt hơn vị trí của các mạch máu lớn so với tổn thương, mô tả hình ảnh mô mềm và chứng minh sự xâm

lấn nội sọ [3,5]. Theo nghiên cứu của tác giả Paz D, Eran A u đa dạng tuyến nước bọt và u bao dây thần kinh có hình ảnh giống nhau trên MRI: Bờ đều, giới hạn rõ, tín hiệu thấp trên T1W, cao trên T2W, bắt thuốc cản từ không đồng nhất, thường có hoại tử trong lòng khối u [5]. Cũng theo các tác giả khối u cận hạch có bờ đều, giới hạn rõ, trên MRI có cản từ cho hình ảnh muối tiêu điển hình. Các đặc điểm trên CT và MRI gợi ý bệnh ác tính bao gồm xâm lấn cơ và mỡ lân cận, phá hủy xương, bờ khối u không đều, mặt phẳng cân bị xóa và hạch bạch huyết hoại tử. Nếu nghi ngờ u cận hạch, trong đó khối u nằm xung quanh chỗ chia đôi của động mạch cảnh, nên chụp động mạch hoặc chụp CT mạch [2,7].

Sử dụng tế chọc hút tế bằng kim nhỏ qua đường cổ dưới hướng dẫn siêu âm (FNAC) được nhiều tác giả khuyến dùng. Kết quả với FNAC là khác nhau giữa các tác giả khác nhau. Với Shahab và cộng sự thấy rằng tất cả 19 kết quả FNAC đều chính xác [8]. Trong khi tác giả Luna-Ortiz nhận thấy tất cả kết quả của 4 mẫu FNAC đều không chính xác [9]. Cách tiếp cận phổ biến là thực hiện chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trên các tổn thương không phải mạch máu [1,3]. Bệnh nhân của chúng tôi được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ cho kết quả không thấy tế bào ác tính, giải phẫu bệnh sau mổ là u xơ thần kinh.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính cho các khối u khoang bên họng [3,7]. Một số cấu trúc phức tạp bao gồm các mạch máu lớn, dây thần kinh sọ, xương hàm và xương sọ khiến phẫu trường hẹp và khó tiếp cận [7]. Một số phương pháp tiếp cận phẫu thuật có thể sử dụng để cắt bỏ khối u khoang bên họng, được phân loại thành bốn nhóm: Phương pháp tiếp cận đường cổ, tiếp cận tuyến mang tai, tiếp cận đường miệng và tiếp cận qua cắt xương hàm. Cách tiếp cận độc lập hay kết hợp, được thực hiện trong phẫu thuật tùy thuộc vào đặc điểm của khối u [1,3].

Phương pháp tiếp cận đường cổ là phương pháp phẫu thuật được sử dụng nhiều nhất để điều trị khối u khoang bên họng, phù hợp với cả khối u lành tính và ác tính nằm ở phần giữa và dưới của khoang bên họng cũng như các khối u lành tính giới hạn về phía nền sọ [7]. Cách tiếp cận này giúp phẫu thuật thuận lợi với hình ảnh đầy đủ của các dây thần kinh sọ và các mạch máu lớn ở cổ. Phương pháp tiếp cận cổ-tuyến mang tai kết hợp nên được ưu tiên để điều trị các khối u liên quan đến thùy sâu tuyến mang tai và/hoặc dây thần kinh mặt [3,6,10]. Theo tác giả Olsen KD phương pháp này cũng có thể

được sử dụng cho các khối u sau mổ thâm, chẳng hạn như khối u thần kinh nằm ở phần giữa đến phần trên của khoang bên họng và một số tổn thương ác tính [10]. Chỉ định cắt hàm dưới trong trường hợp khối u ác tính, tái phát, u lành tính kích thước lớn hay các khối u có liên quan mạch máu lớn cần kiểm soát mạch máu, cũng như trong bất kỳ trường hợp khối u lớn nào cần phẫu thuật rộng [10]. Ngoài các kỹ thuật tiếp cận đường cổ và xương hàm, cách tiếp cận đường miệng nên được xem xét cho các trường hợp được lựa chọn tốt. Phương pháp tiếp cận qua đường miệng ít được sử dụng trong phẫu thuật khối u khoang cạnh họng do diện tích phẫu trường hẹp, dễ gây tổn thương mạch máu, thần kinh và vỡ khối u, không loại bỏ hoàn toàn khối u tăng khả năng tái phát. Tuy nhiên phương pháp này ít xâm lấn, mang tính thẩm mỹ cao [3,7]. Phẫu thuật không phù hợp nếu biến chứng, rủi ro của phẫu thuật lớn hơn việc theo dõi mà không phẫu thuật. Những trường hợp như vậy gồm bệnh nhân cao tuổi có khối u lành tính không có triệu chứng, phát triển chậm, chẳng hạn như các tổn thương thần kinh có nguy cơ cao gây tổn thương dây thần kinh sọ nếu được phẫu thuật. Mất chức năng thần kinh sọ tăng dần thường được bệnh nhân cao tuổi dung nạp tốt hơn so với mất đột ngột do phẫu thuật, vì vậy nên theo dõi hoặc trị hoãn cắt bỏ ở những bệnh nhân này [2]. Hầu hết các tổn thương trước mổ thâm thường có thể được điều trị bất kể tuổi tác. Xạ trị là phương thức điều trị thay thế cho những bệnh nhân có tổn thương không thể cắt bỏ hoặc không phù hợp để phẫu thuật [1,3].

3.3 Các biến chứng thường gặp khi phẫu thuật u khoang bên họng. Các biến chứng có thể xảy ra nên được giải thích cho bệnh nhân trước khi phẫu thuật và bất kỳ biến chứng nào cũng cần được xử lý thích hợp để tạo điều kiện phục hồi chức năng. Biến chứng phổ biến nhất là tổn thương dây thần kinh sọ liên quan hoặc chuỗi giao cảm [7]. Các dây thần kinh có nguy cơ cao nhất là dây thần kinh sọ VII, IX, X, XI và XII [2]. Các tổn thương thần kinh và tổn thương ác tính có nguy cơ gây tổn thương dây thần kinh sọ cao hơn. Tổn thương dây thần kinh phế vị là biến chứng phổ biến nhất (14%) ở các khối u khoang bên họng sau mổ thâm, đây có thể được coi là biến chứng dự kiến được của phẫu thuật [1,2]. Liệt dây thanh là kết quả của tổn thương dây thần kinh phế vị và bệnh nhân nên được điều trị bằng các liệu pháp để cải thiện chức năng nói và nuốt [1,10]. Tổn thương dây thần kinh phế vị đơn độc có thể được bệnh nhân

dung nạp tốt, nhưng nếu cả dây thần kinh phế vị và thần kinh hạ thiệt đều bị tổn thương thì khả năng nuốt và nói thường rất kém. Thông thường sẽ có một số bù trừ ở các mức độ khác nhau xảy ra sau chấn thương dây thần kinh sọ đơn độc [1,7]. Dây thần kinh mặt có nguy cơ bị tổn thương trong quá trình cắt bỏ tổn thương tuyến mang tai do vô ý, đặc biệt với tổn thương ở khoang trước thâm [7]. Xuất huyết hoặc đột quỵ do chấn thương mạch máu là một biến chứng nghiêm trọng nhưng hiếm gặp của phẫu thuật khoang bên họng [1,3]. Bệnh nhân của chúng tôi có tổn thương khoang sau mổ thâm, sát nền sọ, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u xơ thần kinh, đồng thời sau mổ có triệu chứng nuốt nghẹn nên nghỉ nhiều tới tổn thương u nguồn gốc từ dây thần kinh sọ, cụ thể là dây phế vị. Đây cũng là biến chứng phổ biến nhất khi phẫu thuật các khối u khoang bên họng sau mổ thâm. Sau 1 tháng tổn thương hồi phục dần, có thể một phần do sự bù trừ sau tổn thương thần kinh sọ đơn độc.

Tất cả các bệnh nhân nên được theo dõi sau phẫu thuật để đánh giá tái phát. Các tổn thương lành tính khoang cạnh hầu tỉ lệ tái phát, ngược lại các tổn thương ác tính có xu hướng tái phát và có tiên lượng xấu hơn [1]. Mặc dù vậy với tổn thương khoang bên họng ác tính tái phát, phẫu thuật cắt bỏ triệt để và xạ trị bổ trợ vẫn có thể được chỉ định [3].

IV. KẾT LUẬN

U khoang bên họng là bệnh lý rất hiếm gặp vì vậy chẩn đoán và điều trị khối u vùng này vẫn là thách thức với nhiều bác sĩ. Cộng hưởng từ và cắt lớp vi tính là phương tiện quan trọng trong chuẩn đoán khối u khoang bên họng. Tiêu chuẩn vàng trong điều trị vẫn là phẫu thuật cắt bỏ khối u, phương thức tiếp cận cần cá thể hóa trên từng bệnh nhân tùy vào vị trí, mối liên quan cơ quan xung quanh, đặc điểm khối u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Riffat F, Dwivedi RC, Palme C, Fish B, Jani P. A systematic review of 1143 parapharyngeal space tumors reported over 20 years. *Oral Oncol.* 2014;50(5):421–30.
2. Kuet ML, Kasbekar AV, Masterson L, Jani P. Management of tumors arising from the parapharyngeal space: A systematic review of 1,293 cases reported over 25 years. *Laryngoscope.* 2015;125(6):1372–81.
3. Bradley PJ, Bradley PT, Olsen KD. Update on the management of parapharyngeal tumours. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;19(2):92–8.
4. Allison RS, Van der Waal I, Snow GB. Parapharyngeal tumours: a review of 23 cases.

- Clin Otolaryngol Allied Sci. 1989;14(3):199–203.
5. **Imaging of the parapharyngeal space - PubMed [Internet]**. [cited 2023]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18261527/>
6. **van Hees, T.; van Weert, S.; Witte, B.; Leemans, C.R.** Tumors of the parapharyngeal space: The VU University Medical Center experience over a 20-year period. Eur. Arch. Oto-Rhino-Laryngol. 2018, 275, 967–972. [Google Scholar] [CrossRef]
7. **Cohen SM, Burkey BB, Netterville JL.** Surgical management of parapharyngeal space masses. Head Neck. 2005;27(8):669–75.
8. **Shahab R, Heliwell T, Jones AS.** How we do it: a series of 114 primary pharyngeal space neoplasms. Clin Otolaryngol. 2005;30(4):364–7.
9. **Luna-Ortiz K, Navarrete-Alemán JE, Granados-García M, Herrera-Gómez A.** Primary parapharyngeal space tumors in a Mexican cancer center. Otolaryngol Head Neck Surg. 2005;132(4):587–91.
10. **Olsen KD.** Tumors and surgery of the parapharyngeal space. Laryngoscope. 1994;104(5 Pt 2 Suppl 63):1–28.

LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG TRƯỚC PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Văn Phú^{1,2}, Lưu Ngọc Trân²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm túi mật cấp do sỏi ở người lớn tuổi thường gặp khó khăn trong việc chẩn đoán bệnh do thường có các bệnh nền kèm theo. Việc đưa ra các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng sẽ giúp bác sĩ có được cái nhìn tổng quan cũng như đưa ra chẩn đoán đúng và có hướng xử trí phù hợp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nêu được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nổi bật của viêm túi mật cấp do sỏi ở người cao tuổi tại bệnh viện đa khoa thành phố cần thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 61 bệnh nhân trên 60 tuổi được chẩn đoán xác định là viêm túi mật cấp do sỏi và được chỉ định cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 01 đến tháng 10 năm 2023. **Kết quả:** Bệnh nhân vào viện < 72 giờ có 83,6%; Vị trí đau thường gặp là thượng vị (75,4%); Cơ đau âm ỉ hoặc đau dữ dội (57,4% và 31,1%); Đa số các trường hợp sốt < 38°C (77%); Có 53 trường hợp (70,5%) bạch cầu tăng >10.000; Siêu âm có thành túi mật dày > 6mm (80,3%); Chụp MSCT vùng bụng cho thấy tất cả các trường hợp viêm túi mật đều do sỏi kẹt ở cổ túi mật. **Kết luận:** Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp là: đau âm ỉ hoặc dữ dội ở thượng vị, có sốt nhẹ, số lượng bạch cầu tăng cao trên 10.000; Hình ảnh siêu âm có thành túi mật dày > 6mm. **Từ khóa:** Viêm túi mật cấp do sỏi, người lớn tuổi, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL BEFORE LAPAROSCOPIC SURGICAL TREATMENT OF ACUTE GALLBLADDER INFLAMMATION

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ
 Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú
 Email: lvphu@ctump.edu.vn
 Ngày nhận bài: 3.01.2025
 Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025
 Ngày duyệt bài: 11.3.2025

DUE TO STONES IN THE ELDERLY AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Background: Acute cholecystitis due to stones in the elderly is often difficult to diagnose because the elderly often have underlying diseases. Providing clinical and paraclinical characteristics will help doctors have an overview as well as make the correct diagnosis and have appropriate treatment. **Objectives:** State the prominent clinical and paraclinical symptoms before laparoscopic surgery for acute cholecystitis due to stones in the elderly at Can Tho City General Hospital. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study of 61 patients over 60 years old diagnosed with acute cholecystitis due to stones and indicated for laparoscopic cholecystectomy at Can Tho City General Hospital from January to October 2023. **Results:** Patients admitted to hospital within the first 72 hours accounted for 83.6%; The common pain location was epigastric (75.4%); The pain was mainly dull and severe (57.4% and 31.1%); Most cases had fever < 38°C (77%); There were 53 cases (70.5%) with leukocytosis > 10,000; Ultrasound images showed gallbladder wall thickness > 6mm (80.3%); Abdominal MSCT results showed that all cases of VTM were due to stones stuck in the neck of the gallbladder. **Conclusion:** Common clinical and paraclinical symptoms are: dull or severe pain in the epigastrium, mild fever, high white blood cell count over 10,000; Ultrasound image shows gallbladder wall thickness > 6mm. **Keywords:** Acute cholecystitis due to stones, elderly, clinical, paraclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp (VTMC) là một tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính thường gặp được gây nên bởi sự xâm nhập của vi khuẩn. Theo nhiều nghiên cứu thì nguyên nhân thường gặp nhất của viêm túi mật cấp là do sỏi (>90%) [1], [2]. VTMC là một cấp là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời, có thể gây ra nhiều biến chứng nghiêm