

giữ lại được phần lớn hình thể tự nhiên của tuyến vú phụ nữ.

Trong nghiên cứu này, tai biến, biến chứng thời kỳ hậu phẫu gặp ở 15 bệnh nhân (16.5%). Biến chứng thường gặp nhất là hoại tử một phần vạt 6 bệnh nhân (6.6%) và các biến chứng khu vực bụng cho vạt 8 bệnh nhân (8.8%). Tác giả Hartrampf tiến hành 300 trường hợp tạo hình vú bằng vạt cơ thẳng bụng, tỉ lệ biến chứng chung là 16.3%, tác giả Sullivan SR nghiên cứu trên 192 bệnh nhân được tạo hình bằng vạt tự thân (bao gồm vạt cơ lưng, vạt cơ thẳng bụng và vạt DIEP) cho thấy tỉ lệ biến chứng chung là 43.2%, trong đó, biến chứng thường gặp nhất là biến chứng hoại tử vạt (30.7%) [7]. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ biến chứng của phẫu thuật tạo hình vú bằng vạt cơ thẳng bụng là chấp nhận được và phù hợp với điều kiện thực tế tại Việt Nam, khi không có nhiều trung tâm có khả năng tiến hành tạo hình vạt vi phẫu một cách thường quy. Qua quá trình thực hiện 91 trường hợp tạo hình vú bằng vạt cơ thẳng bụng, chúng tôi nhận thấy việc xác định trước phẫu thuật thể tích vú cắt bỏ, lượng mô có thể lấy an toàn vùng bụng dưới là cần thiết nhằm hạn chế tối đa tỉ lệ hoại tử một phần vạt và hoại tử da bụng vùng chỏ vạt.

## V. KẾT LUẬN

Tạo hình vú bằng vạt cơ thẳng bụng vẫn đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh ung thư vú trong điều kiện thực tế tại Bệnh viện K

nói riêng và Việt Nam nói chung. Phẫu thuật có tính khả thi về mặt kỹ thuật, tỉ lệ tai biến, biến chứng ở mức chấp nhận được và đem lại sự hài lòng cao cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Kaminska, T. Ciszewski, B. Kukielka-Budny et al (2015).** Life quality of women with breast cancer after mastectomy or breast conserving therapy treated with adjuvant chemotherapy. *Ann Agric Environ Med*, **22(4)**, 724-30.
2. **B. Gerber, A. Krause, T. Reimer et al (2003).** Skin-sparing mastectomy with conservation of the nipple-areola complex and autologous reconstruction is an oncologically safe procedure. *Ann Surg*, **238(1)**, 120-7.
3. **C. R. Hartrampf, M. Scheffan and P. W. Black (1982).** Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. *Plast Reconstr Surg*, **69(2)**, 216-25.
4. **C.R Hartrampf and G.K Bennett (1987).** Autogenous tissue reconstruction in the mastectomy patient. A critical review of 300 patients. *Ann Surg*, **205(5)**, 508-19.
5. **P. Tribondeau and F. Soffray (2008).** [Breast reconstruction with pedicled TRAM flap (a retrospective study of 115 consecutive cases)]. *Ann Chir Plast Esthet*, **53(4)**, 309-17.
6. **H. J. Kim, E. H. Park, W. S. Lim et al (2010).** Nipple areola skin-sparing mastectomy with immediate transverse rectus abdominis musculocutaneous flap reconstruction is an oncologically safe procedure: a single center study. *Ann Surg*, **251(3)**, 493-8.
7. **S. R. Sullivan, D. R. Fletcher, C. D. Isom et al (2008).** True incidence of all complications following immediate and delayed breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*, **122(1)**, 19-28.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC BIẾN CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN Ở NHỮNG BỆNH NHÂN TRÊN 45 TUỔI

Nguyễn Lê Phương Anh<sup>1</sup>, Tống Xuân Thắng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các biến chứng của cắt amidan ở những bệnh nhân trên 45 tuổi. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả có theo dõi dọc, kết hợp hồi cứu và tiến cứu. **Đối tượng:** 60 bệnh nhân có chỉ định cắt amidan được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Tai Mũi Họng TW giai đoạn

01/2019-8/2021. **Kết quả:** Tuổi 53,33 ± 7,48, bệnh nhân lớn tuổi nhất 80 tuổi, tỷ lệ nữ/ nam: 1,32/1. Chỉ số khối cơ thể 22,77 ± 2,78. Những chỉ định phẫu thuật chính: Viêm tái phát, nghi ngờ ác tính, quá phát, ung thư amidan. Trong nhóm được phẫu thuật cắt amidan đơn thuần: thời gian phẫu thuật trung bình 21,5 ± 3,9 phút, lượng máu mất đa số (85,4%) đa số ít hơn 5ml. Nhóm bệnh nhân phẫu thuật cắt amidan kết hợp với phẫu thuật khác thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ tăng phụ thuộc vào phẫu thuật kèm theo. Biến chứng chảy máu sau mổ 8,34% (5/60). 80% chảy máu đều nhẹ. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tuổi không thực sự là một chống chỉ định của phẫu thuật cắt amidan. Chỉ định của phẫu thuật cắt amidan ở những bệnh nhân trên 45 tuổi: Viêm nhiễm vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất ngoài ra có tỷ lệ cao

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội,

<sup>2</sup>Bệnh viện Tai Mũi Họng TW

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Phương Anh

Email: drphuonganh@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.10.2021

Ngày duyệt bài: 21.10.2021

liên quan đến khối u và ngủ ngáy. Những bệnh nhân trên 45 tuổi amidan bắt đầu xơ hóa, khó xác định ranh giới khi mổ và thường kém theo bệnh lý khác, dẫn tới tỉ lệ biến chứng chảy máu sau mổ tăng nhưng mức độ chảy máu sau mổ đa số đều nhẹ, không cần truyền máu hoặc can thiệp phẫu thuật. Tăng huyết áp có thể là yếu tố nguy cơ tăng chảy máu trong và sau mổ. Khâu ép trụ chủ động trong lúc mổ có thể làm giảm tỉ lệ chảy máu sau mổ đặc biệt là chảy máu muôn.

**Từ khóa:** Cắt amidan, biến chứng chảy máu sau phẫu thuật, khâu ép trụ

## SUMMARY

### CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND COMPLICATIONS OF TONSILLECTOMY IN ADULTS OVER AGE 45

**Objective:** To study the clinical and paraclinical characteristics, evaluate the complications of tonsillectomy in adults over age 45. **Methods & Materials:** A prospective, descriptive study on 60 patients who required tonsillectomy and operated at National Otorhinolaryngology Hospital. **Results:** The average age was  $53,33 \pm 7,48$ , the oldest was 80 years old, female/male ratio = 1,32/1, the average BMI was  $22,77 \pm 2,78$ . The main indications were recurrent tonsillitis, enlarged tonsils that cause upper airway obstruction, requiring biopsy to define tissue pathology and tonsil cancer. With taking only tonsillectomy group: the mean surgical duration was  $21,5 \pm 3,9$  minutes, 85,4% cases the amount of blood loss during the operation less than 5ml. And on group that taking tonsillectomy combine with others: Surgical duration and blood loss during the operation were higher. Postoperative bleeding was 8,34% (5 of 60) of the cases. 80% bleedings were mild. **Conclusion:** The study showed that age is not a contraindication to tonsillectomy. The main indications for tonsillectomy in patients over age 45 were included: Recurrent tonsillitis is still the most popular while enlarged tonsils that cause upper airway obstruction, tumors of tonsil were more common. It is obvious that tonsillectomy in adults have some difficulties due to the fibrosis that leads to find the tonsil boundary hardly and comorbidities, which raises the rate of postoperative bleeding. However most of the bleedings were mild and unnecessary to blood transfusion or taking surgery to stop bleeding. Pillar suture might reduce the risk of postoperation bleeding.

**Keywords:** Tonsillectomy, Postoperative bleeding complications, Pillar suture

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay cắt amidan được coi là phẫu thuật đầu tay và là phẫu thuật chiếm nhiều nhất trong các phẫu thuật thuộc chuyên ngành Tai Mũi Họng ở nước ta cũng như các nước phát triển trên thế giới.<sup>1,2</sup> Phẫu thuật cắt Amidan tuy không phải là một phẫu thuật lớn, nhưng có thể gây ra nhiều biến chứng như: chảy máu, nhiễm trùng, hay biến chứng do gây mê,... thậm chí có thể gây tử vong với tỷ lệ khoảng 1/75000<sup>3</sup> Nguyên nhân tử vong chủ yếu do chảy máu<sup>3</sup>.

Một trong những chống chỉ định tương đối của phẫu thuật cắt amidan đó là bệnh nhân cao tuổi. Do nguy cơ xuất hiện biến chứng cao hơn nên các bác sỹ TMH thường rất lưỡng lự mỗi khi đặt vấn đề cắt amidan trên những đối tượng này

Ngày nay nhờ sự phát triển của y học, cùng với tiến bộ của khoa học và công nghệ, các phương pháp và dụng cụ cắt Amidan mới đang đóng góp một vai trò to lớn trong việc rút ngắn thời gian phẫu thuật, thời gian liền hốc mổ cắt Amidan hay thời gian bong giả mạc, giảm tỷ lệ biến chứng chảy máu trong mổ và sau mổ nên liệu có làm giảm các biến chứng nêu trên hay không?

Vậy với bệnh nhân cao tuổi (lớn hơn 45 tuổi) vì các lí do khác nhau mà cần phải cắt amidan liệu có gia tăng biến chứng và còn là một chống chỉ định trong thời đại hiện nay không? Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các biến chứng của cắt Amidan ở những bệnh nhân trên 45 tuổi giai đoạn tháng 1/2019 đến tháng 8/2021*" nhằm mục tiêu:

1. *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các chỉ định cắt amidan ở những bệnh nhân trên 45 tuổi*
2. *Đánh giá các biến chứng của cắt Amidan ở những bệnh nhân trên 45 tuổi*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** 60 bệnh nhân có chỉ định cắt amidan được chẩn đoán và phẫu thuật Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ tháng 01/2019 đến tháng 8/2021.

**Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên; được phẫu thuật cắt Amidan vì bất cứ lí do gì có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ; bệnh nhân được theo dõi hậu phẫu và khám lại và bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** loại trừ nếu có 1 trong các tiêu chuẩn sau

Bệnh nhân có chống chỉ định cắt Amidan; bệnh nhân nhỏ hơn 45 tuổi; bệnh nhân không hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án nghiên cứu và bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không theo dõi đầy đủ.

### 2.2 Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả, có theo dõi dọc, kết hợp hồi cứu và tiến cứu

#### Các biến số nghiên cứu

- Tuổi: tuổi bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu. Giới: nam hoặc nữ
- Chỉ số khối cơ thể (BMI): tại thời điểm nghiên cứu
- Lý do vào viện: đau họng, nuốt đau, ngủ ngáy, vướng họng, các lí do khác.

- Chỉ định cắt Amidan: Tần suất viêm, amidan quá phát, nghi ngờ ác tính, ung thư amidan, kết hợp với phẫu thuật cắt mòm trâm

- Tiền sử bệnh: áp xe quanh amidan, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lí máu hoặc dùng thuốc chống đông.

- Triệu chứng thực thể tại amidan: quá phát, xơ teo, loét, khối u.

- Thời gian phẫu thuật (phút). Lượng máu mất trong mổ (ml)

- Cầm máu trong mổ: chỉ dùng dao phẫu thuật, bipolar, khâu cầm máu/khâu ép trụ

- Biến chứng: chảy máu sau mổ: Theo phân loại của Windfuhr J<sup>4</sup> và nhiễm trùng.

**Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 16.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

60 bệnh nhân với 103 amidan đã được cắt, tỷ lệ nữ/nam: 1,32/1. Tuổi trung bình 53,33 ± 7,48, thấp nhất là 46, cao nhất là 80 tuổi. BMI trung bình 22,77±2,78.

**3.1. Lý do vào viện.** Bệnh nhân đến khám vì nhiều lý do khác nhau. Có 4 lí do vào viện chính: đau họng chiếm 36,7%, nuốt đau chiếm 26,7%, ngủ ngáy chiếm 18,3%, vướng họng chiếm 13,3%. Ngoài ra có 4% vào viện phẫu thuật vì các lí do khác.

#### 3.2. Chỉ định phẫu thuật

**Bảng 1. Chỉ định phẫu thuật**

Chỉ định	Trên tổng bệnh nhân		Trên tổng số amidan	
	N	%	N	%
Tần suất viêm	25	41,7	50	48,5
Amidan quá phát	11	18,3	22	21,4
Nghi ngờ ác tính	12	20	15	14,6
Ac tính	10	16,7	12	11,6
Kết hợp với PT cắt mòm trâm	2	3,3	4	3,9
<b>Tổng số</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

**3.3. Tiền sử bệnh.** Có 2/60 bệnh nhân (3,3%) bị áp xe quanh A trước đó. 13/60 bệnh nhân (21,7%) bị tăng huyết áp. 4/60 bệnh nhân chiếm 6,7 % bị đái tháo đường. Chỉ 1/60 (1,7%) đang sử dụng thuốc chống đông.

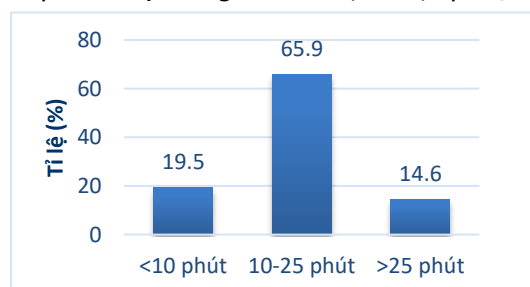
#### 3.4. Triệu chứng thực thể tại amidan

**Bảng 2. Triệu chứng tại amidan có chỉ định phẫu thuật**

Thực thể	N	%
Quá phát	35	58,3
Xơ teo	5	8,3
Loét	1	1,7
Khối u	19	31,7
<b>Tổng</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

#### 3.5. Thời gian phẫu thuật cắt amidan

- Nhóm phẫu thuật cắt amidan: Thời gian ngắn nhất là 7 phút, dài nhất là 40 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình là 21,5 ± 3,9 phút/ ca



**Biểu đồ 1. Thời gian phẫu thuật của nhóm cắt amidan đơn thuần**

-Nhóm phẫu thuật cắt amidan kết hợp với phẫu thuật khác: Thời gian ngắn nhất là 30 phút, dài nhất là 200 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình là 103,68 ± 7,57 phút/ ca

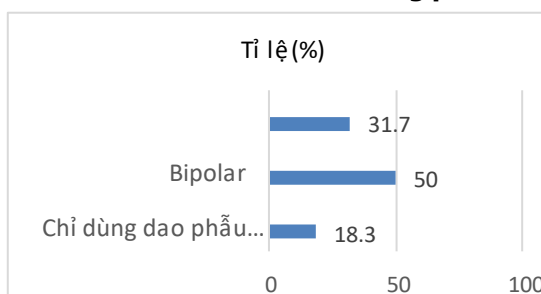
#### 3.6. Lượng máu mất trong mổ

**Bảng 3. Lượng máu mất trong mổ của 2 nhóm phẫu thuật**

Lượng máu mất	Cắt amidan đơn thuần		Cắt amidan kết hợp với phẫu thuật khác	
	N	%	N	%
<5 ml	35	85,4	5	26,3
5-10ml	6	16,6	4	21,1
>10 ml	0	0	10	52,6
Phải truyền máu	0	0	0	0
<b>Tổng</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Nhóm bệnh nhân được cắt Amidan đơn thuần: đa số (85%) ca lượng máu mất <5ml. Nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt Amidan kết hợp với phẫu thuật khác: lượng máu mất >10ml chiếm 52,6%, 5-10ml chiếm 21,1%. Ở cả 2 nhóm đều không có bệnh nhân nào cần phải truyền máu

#### 3.7. Cách thức cầm máu trong phẫu thuật



**Biểu đồ 2. Cách thức cầm máu trong mổ**

Đa số bệnh nhân (50%) cần dùng đồng điện lưỡng cực cầm máu hoặc khâu cầm máu/khâu ép trụ trong phẫu thuật (31,7%)

#### 3.8. Biến chứng chảy máu

**Bảng 4. Tỷ lệ chảy máu sau mổ**

	N	%
Chảy máu sớm	1	1,67
Chảy máu muộn	4	6,67
<b>Tổng số</b>	<b>5</b>	<b>8,34</b>

80% chảy máu ở mức độ nhẹ, không cần can thiệp phẫu thuật cầm máu. Chỉ có 1/5 trường hợp chảy máu mức độ trung bình, cần phẫu thuật khâu cầm máu. Không có trường hợp nào cần truyền máu.

**Bảng 5. Đối chiếu tỉ lệ chảy máu với cách thức cầm máu trong mổ**

	Chảy máu sau mổ		Không	
	N	%	N	%
Chỉ dùng dao phẫu thuật	0	0	11	20
Bipolar	4	80	26	47,3
Khâu cầm máu/ khâu ép trụ	1	20	18	32,7
<b>Tổng</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

4/5 ca chảy máu được cầm máu bằng bipolar trong mổ, 1/5 ca được khâu ép trụ. 18/19 ca được khâu cầm máu và khâu ép trụ trong mổ, không chảy ra chảy máu sau mổ

**3.9. Biến chứng nhiễm trùng.** Biến chứng nhiễm trùng ổ mổ sau phẫu thuật gặp rất ít 1/60 (1,67%)

#### IV. BÀN LUẬN

Về tuổi và giới: Tuổi trung bình  $53,33 \pm 7,48$ , thậm chí bệnh nhân lớn tuổi nhất 80 tuổi. Chỉ có 9 bệnh nhân (15%) trên 60 tuổi, do tuổi cao và những bệnh lý kèm theo nên nguy cơ biến chứng gây mê tăng nên cần phải rất cẩn thận khi đặt ra chỉ định phẫu thuật ở độ tuổi này. Tỷ lệ nam nữ như nhau.

Về BMI: 45% bệnh nhân tình trạng thừa cân, liên quan đến tuổi và tình trạng ngủ ngáy, hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn (OSA)<sup>6</sup>.

##### 4.1. Lý do vào viện

- Đau họng tuy vẫn chiếm tỉ lệ lớn nhất 36,5%, tuy nhiên thấp hơn so với nghiên cứu trước đây<sup>4,5,7</sup>

- Đa số bệnh nhân được chẩn đoán ung thư amidan đều đến khám vì lý do nuốt đau, ăn uống kém. Những bệnh nhân thường có khối sùi loét amidan và được sinh thiết trước mổ, kết quả giải phẫu bệnh là ác tính.

- Triệu chứng ngủ ngáy chiếm 18,3%, cao hơn so với nghiên cứu trước đây<sup>5,7</sup>. Rất nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có những triệu chứng của OSA như ngủ ngáy, thức giấc nhiều về đêm, mệt mỏi ban ngày... mà trong đó triệu chứng phổ biến nhất để bệnh nhân tìm đến với bác sỹ chuyên khoa Tai mũi

họng là ngủ ngáy.

- Những bệnh nhân có amidan quá phát một bên hoặc khối u lành tính amidan thường đến khám vì nuốt vướng hoặc tình cờ phát hiện.

##### 4.2. Chỉ định phẫu thuật

\*Về các nhóm chỉ định cắt amidan trên tổng số bệnh nhân

- Cắt amidan do viêm tái phát vẫn chiếm tỉ lệ lớn nhất.

- Những bệnh nhân có khối u lành tính amidan (kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật lành tính) thường được chỉ định cắt amidan làm giải phẫu bệnh vì nghi ngại nguy cơ ung thư amidan tăng sau tuổi 50, thường gặp 60-70 tuổi<sup>9</sup>.

- Với chỉ định cắt amidan vì lý do quá phát gây ngủ ngáy, tắc nghẽn đường thở chiếm tỉ lệ cao hơn<sup>4</sup>. Sự khác biệt này do tỉ lệ OSA tăng theo tuổi<sup>6</sup>. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 2 bệnh nhân được chuẩn đoán xác định OSA bằng đo đa kí giấc ngủ<sup>6</sup>

\*Về các nhóm chỉ định cắt amidan trên tổng số amidan được cắt: Những bệnh nhân được phẫu thuật do tần suất viêm và quá phát đều được cắt cả 2 amidan. Những bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật liên quan đến khối u đa số chỉ cắt 1 bên amidan. Việc quyết định cắt 1 hay cả 2 amidan phụ thuộc vào bệnh tích amidan và chỉ định phẫu thuật.

**4.3. Tiền sử bệnh.** Có 2/60 bệnh nhân có tiền sử áp xe quanh Amidan Những bệnh nhân này thời gian phẫu thuật cắt amidan đều kéo dài trên 25 phút vì xơ dính, khó xác định ranh giới trong mổ. Có 13/60 bệnh nhân bị tăng huyết áp. 2/13 bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp có biến chứng chảy máu muộn sau phẫu thuật.

##### 4.4. Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ

\*Nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt amidan đơn thuần

- Đa số bệnh nhân (85,4%) lượng máu mất < 5ml. Lượng máu mất 5 – 10ml chiếm 14,6%, cao hơn những nghiên cứu khác<sup>4</sup>. Không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu của chúng tôi mất > 10ml máu hoặc phải truyền máu trong phẫu thuật. Điều này cho thấy, tuy gặp phải một số khó khăn khi phẫu thuật cắt amidan ở bệnh nhân lớn tuổi, tuy nhiên với khả năng cầm máu tốt của dao cắt thể hệ mới có thể làm giảm đáng kể lượng máu mất trong mổ so với những phương pháp truyền thống<sup>5</sup>.

- Thời gian cắt amidan thay đổi phụ thuộc vào nhiều yếu tố: phẫu thuật viên, bệnh tích tại amidan, dụng cụ cắt amidan... 14,6% ca có thời gian phẫu thuật trên 25 phút

- Những bệnh nhân có lượng máu mất 5-10ml và thời gian trên 25 phút đa số là những bệnh nhân có amidan xơ teo, amidan quá phát độ I, hoặc bệnh nhân có tiền sử áp xe quanh amidan, tổ chức bị xơ hóa nhiều, ranh giới giữa bao amidan và tổ chức liên kết xung quanh không rõ ràng, gây khó khăn cho phẫu thuật viên xác định tổ chức amidan cần phải cắt bỏ mà không làm tổn thương xung quanh, cũng như việc chảy máu và cầm máu khó khăn hơn.

\*Nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt amidan kèm theo phẫu thuật khác thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ cũng nhiều hơn phụ thuộc vào những phẫu thuật kèm theo: chỉnh hình màn hầu lưỡi gà (UPPP), nạo vét hạch cổ, cắt mòm trâm.

**4.5. Đánh giá cầm máu trong phẫu thuật.** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân cầm máu bằng đông điện lưỡng cực (50%) và khâu cầm cầm máu hoặc khâu ép trụ (31,7%) cao hơn do đa số bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình màn hầu và phẫu thuật cắt ung thư amidan sẽ được khâu ép trụ chủ động. Những bệnh nhân có amidan xơ teo, quá phát độ I, thể ẩn hoặc có tiền sử áp xe quanh amidan, chảy máu trong mổ nhiều hơn, cần sử dụng bopilar và khâu cầm máu. Tuy nhiên đa số trường hợp được khâu ép trụ đều là khâu dự phòng.

**4.6. Biến chứng sau phẫu thuật so sánh với cắt amidan ở người trẻ**

\*Về chảy máu sớm: Có 1/60 bệnh nhân có biến chứng chảy máu nhẹ. Xử trí cho bệnh nhân ngậm nước đá. Như vậy biến chứng chảy máu sớm ở những bệnh nhân lớn hơn 45 tuổi có tỉ lệ khá tương đồng so với nghiên cứu khác<sup>4,5,7</sup>

\*Về chảy máu muộn: Đa số (80%) ở mức độ nhẹ. Trong đó có 2 ca được phẫu thuật cắt amidan và UPPP, 2 ca cắt amidan đơn thuần. Có 2/4 bệnh nhân chảy máu muộn có tiền sử tăng huyết áp, trong đó có 1 bệnh nhân tăng huyết áp không điều trị thường xuyên. Như vậy tăng huyết áp có thể là một yếu tố nguy cơ làm gây ra chảy máu muộn sau mổ.

\*So sánh tỉ lệ chảy máu với nghiên cứu cắt amidan ở người trẻ: Tỉ lệ chảy máu sau cắt Amidan (8,34%) của chúng tôi cao hơn so với những nghiên cứu ở độ tuổi trẻ hơn<sup>4,5,7,8</sup>. Tuy nhiên không có trường hợp nào nặng hay cần truyền máu.

\*Đối chiếu tỉ lệ chảy máu với phương thức cầm máu trong mổ: 18/19 trường hợp được khâu cầm máu và khâu ép trụ không xảy ra chảy máu chảy máu đặc biệt với những bệnh nhân ung thư amidan và kết hợp phẫu thuật UPPP,

yêu cầu lấy rộng tổ chức xung quanh amidan đa số được khâu ép trụ sau phẫu thuật. Như vậy, khâu cầm máu hoặc ép trụ chủ động trong mổ có thể sẽ làm giảm tỉ lệ chảy máu sau mổ. Khâu ép trụ làm tăng khả năng cầm máu bằng cách tạo lực ép trong hố amidan đồng thời làm giảm diện tích cơ siết họng bị bộc lộ sau khi amidan được cắt, từ đó làm giảm kích thích khi nuốt và nhanh liền vết thương có thể làm giảm tỉ lệ chảy máu muộn sau mổ.

**4.7. Biến chứng nhiễm trùng.** Biến chứng nhiễm trùng hốc mổ sau phẫu thuật gặp rất ít 1/60 (1,67%), bệnh nhân được chẩn đoán ung thư amidan, phẫu thuật yêu cầu lấy rộng tổ chức xung quanh amidan, sau phẫu thuật bệnh nhân đau nhiều, ứ đọng đờm dãi gây nhiễm trùng hốc mổ.

## V. KẾT LUẬN

**Về đặc điểm chung:** - Tuổi không thực sự là một chống chỉ định trong phẫu thuật cắt amidan.

- Tình trạng thừa cân cao có liên quan tới tuổi và tình trạng ngủ ngáy, OSA.

**Về chỉ định vào viện:**

- Viêm nhiễm chiếm tỷ lệ cao nhất ngoài ra có tỷ lệ cao liên quan đến khối u và ngủ ngáy.

- Việc cắt amidan như thế nào, một bên hay hai bên tùy thuộc vào chỉ định cụ thể, không nên quá lạm dụng kĩ thuật mà cắt cả 2 bên trong trường hợp không cần thiết

**Về thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ.** - Đối với những bệnh nhân cao tuổi yếu tố thời gian phẫu thuật không thực sự quá đặt nặng, quan trọng là đảm bảo cầm máu tốt trong phẫu thuật.

- Lượng máu mất trong mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố: đặc điểm của Amidan xơ teo hay quá phát, bệnh lí phối hợp, yêu cầu lấy rộng tổ chức xung quanh Amidan....

**Về biến chứng chảy máu**

- Tỉ lệ chảy máu sau mổ cao hơn tuy nhiên mức độ chảy máu đa số đều nhẹ (80%), không cần truyền máu, không cần phẫu thuật cầm máu.

- Tăng huyết áp có thể là 1 yếu tố làm tăng tỉ lệ chảy máu sau mổ.

- Khâu ép trụ chủ động trong mổ có thể làm giảm tỉ lệ chảy máu đặc biệt là chảy máu muộn sau mổ.

**Về biến chứng nhiễm trùng:** hiếm gặp chỉ có 1/60 bệnh nhân chiếm tỉ lệ (1,67%)

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Belloso A, Morar P et al (2006)** Randomized – Controlled Study comparing post operative pain between coblation palatoplasty and laser palatoplasty, Clin Otolaryngol, Apr (2): 138-143
2. **Trần Công Hòa, Nguyễn Khắc Hòa, Nguyễn**

- Thanh Thủy (2003).** Phẫu thuật cắt Amidan: nhận xét 3962 trường hợp tại viện tai mũi họng. Nội san Tai mũi họng 2003
- 3. Springer-Verlag Berlin Heidelberg (2014)** Mortality after tonsil surgery, a population study, covering eight years and 82,527 operations in Sweden
- 4. Hoàng Anh (2015).** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt amidan bằng dao plasma tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Đại học Y Hà Nội.
- 5. Phạm Anh Tuấn (2017).** Đánh giá kết quả cắt amidan bằng dao điện, coblator và plasma. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
- 6. Võ Hoài Nam (2016).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của hội chứng ngừng thở lúc ngủ do tắc nghẽn. Đại học Y Hà Nội.
- 7. Nguyễn Tuấn Sơn (2012).** Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả điều trị của phương pháp cắt amidan bằng dao điện đơn cực. Đại học Y Hà Nội.
- 8. Nguyễn Thanh Thủy (2004).** Nhận xét về tình hình chảy máu sau cắt Amidan tại bệnh viện Tai mũi họng Trung ương từ 2001-2003. Đại học Y Hà Nội.
- 9. Johnson, Rosen (2015)** Bailey's Head and neck surgery Otolaryngology. 5<sup>th</sup> Edition

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN NƯỚC BỌT CHÍNH TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Huy Phan<sup>1</sup>, Ngô Quốc Duy<sup>2</sup>,  
Ngô Xuân Quý<sup>2</sup>, Lê Chính Đại<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật ung thư tuyến nước bọt chính tại bệnh viện K. **Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm 66 bệnh nhân (BN) ung thư tuyến nước bọt chính được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại bệnh viện K trong thời gian từ T1/2016– T12/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng hồi cứu kết hợp tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình 50,3; nam/nữ: 1,06/1; phát hiện u tại tuyến hay gặp nhất 86,4%; phần trăm tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi: 77,3%/16,7%/6%; một u 98,5%; kích thước 2-4cm 54,5%; mật độ chắc 90,9%; giảm âm 86,4%; mô bệnh học: ung thư biểu mô biểu bì nhầy 40,1% ung thư dạng tuyến nang 15,2%; 100% cắt toàn bộ tuyến; vét hạch cổ 39,4%; liệt mặt sau mổ 31,4%; hội chứng Frey 13,7%; biến chứng khác <5%; sau 6 tháng 43,8% trường hợp liệt mặt có hồi phục. **Kết luận:** Ung thư tuyến nước bọt thường xuất hiện ở độ tuổi trung niên, phát hiện chủ yếu qua biểu hiện sờ thấy u, mô bệnh học đa dạng. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, bên cạnh đảm bảo diện cắt, bảo tồn thần kinh là một mối quan tâm hàng đầu, có ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của BN.

**Từ khóa:** ung thư tuyến nước bọt, phẫu thuật, biến chứng.

### SUMMARY

#### RESULTS OF SURGERY IN MAJOR SALIVARY GLAND CANCERS

**Objectives:** This study was conducted to report clinicals, subclinicals and evaluate the early results of

treatment of major salivary gland cancers at Vietnam National Cancer Hospital. **Patients and methods:** A retrospective, descriptive study on 66 patients with major salivary gland cancers were treated in K hospital from 01/2016 to 12/2020. **Results:** mean of age 50,3; male/female ratio: 1,06/1; The most common symptom is mass at glands 86,4%; percentage in parotid, submandibular, sublingual: 77,3%/16,7%/6%; single tumor 98,5%; tumor size from 2-4cm 54,5%; firm tumor 90,9%; hypoechoic 86,4%; histopathology: mucoepidermoid carcinoma 40,1% adenoid cystic carcinoma 15,2%; total parotidectomy, total submandibular resection and total sublingual resection: 100%; selective neck dissection: 39,4%; facial nerve palsy 31,4%; Frey's syndrome 13,7%; after 6 months, 43,8% case with facial nerve palsy were recovered. **Conclusions:** Salivary gland cancers most commonly occur in older adults, the main clinic symptoms is mass at glands and histopathology is diversity. Surgery is the most important method in treating salivary gland cancers, facial nerve preservation is significant to ensure the patient's quality of life.

**Keywords:** salivary glands cancer, surgery, complications.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến nước bọt gồm ung thư các tuyến nước bọt chính: tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi và ung thư tuyến nước bọt phụ, trong đó hay gặp nhất là ung thư tuyến mang tai. Đây là loại ung thư ít gặp ở vùng đầu cổ, chiếm khoảng 0,5% trong tổng số các loại ung thư và chiếm khoảng từ 3-5% trong ung thư vùng đầu cổ [1].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu. Phẫu thuật cần đảm bảo lấy hết u, đảm bảo diện cắt âm tính và cần bảo tồn các nhánh thần kinh có liên quan, giúp đảm bảo nguyên tắc ung thư học và nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Phan

Email: nguyenhuyphan.hnu@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.10.2021

Ngày duyệt bài: 22.10.2021