

miệng nổi bật với suy giảm chức năng lưỡi; giai đoạn miệng có tổn động thức ăn và thời gian vận chuyển kéo dài; giai đoạn hầu đặc trưng bởi suy giảm vận động nâng thanh quản và xuất hiện ho liên quan đến nuốt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đan, N. V., & Trung, T. O. (2024). Thực trạng rối loạn nuốt và một số yếu tố liên quan trên người bệnh đột quỵ não tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, 534(1).
- Hiên, N. T. T., Thônà, T. H., Hùng, N. Đ., Dũng, Đ. T., & Thảo, P. X. (2024). Sàng lọc rối loạn nuốt tại gia đình cho người bệnh nhồi máu não cấp theo thang điểm GUSS. Tạp chí Y học Việt Nam, 534(1).
- Lê Mai Trà Mi, Hoàng Khánh Linh, Hoàng Hải My (2024). Thực trạng rối loạn nuốt và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đột quỵ não điều trị nội trú tại bệnh viện đại học y hà nội năm 2023–2024. Tạp chí nghiên cứu Y học, 181(08), 210.
- Bùi Thị Hồng Thuý, Nguyễn Trọng Lưu, Phạm Thị Lê Hằng và cs (2022). Đánh giá hiệu

quả điều trị rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều bằng các bài tập nuốt kết hợp liệu pháp phản hồi sinh học. Tạp chí Y học Việt Nam, 519(số đặc biệt).

- Nguyễn Thị Vân, Phạm Văn Minh (2021). Đánh giá kết quả điều trị rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não bằng các bài tập nuốt kết hợp chất làm đặc thức ăn. Tạp Chí Y học Việt Nam, 507(1).
- Hirota, N., Konaka, K., Ono, T., Tamine, K., Kondo, J., Hori, K.,... & Naritomi, H. (2010). Reduced tongue pressure against the hard palate on the paralyzed side during swallowing predicts dysphagia in patients with acute stroke. Stroke, 41(12), 2982-2984.
- McCarty EB., Chao TN. (2021). "Dysphagia and Swallowing Disorders". Medical Clinics of North America, 105 (5), 939–954.
- Paniikaran N.D., Iyer R., Sudevan R., et al (2022). Utility of modified Mann assessment of swallowing ability (MMASA) in predicting aspiration risk and safe swallow in stroke patients. Journal of Family Medicine and Primary Care, 11(9), 5123-5128.

GIÁ TRỊ CỘNG HƯỞNG TỪ KHUẾCH TÁN TRONG CHẨN ĐOÁN U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI LÀNH TÍNH VÀ ÁC TÍNH THƯỜNG GẶP

Võ Đoàn Nhật Vy¹, Nguyễn Sĩ Bảo², Huỳnh Quang Huy^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) của các u tuyến nước bọt mang tai (TNBMT) lành tính và ác tính thường gặp; đánh giá giá trị các đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ trong phân biệt u lành tính và ác tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 39 bệnh nhân có u TNBMT được chụp CHT tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM (01/2019–6/2025) và có kết quả giải phẫu bệnh xác nhận. Chúng tôi đánh giá các đặc điểm hình ảnh trên CHT thường quy và khuếch tán, giá trị hệ số khuếch tán biểu kiến (ADC) của u, ADC tuyến mang tai bình thường, tỉ số rADC giữa hai giá trị trên. **Kết quả:** U TNBMT ác tính thường có bờ không rõ (43,8%), không có vỏ bao (95,7%), phù quanh u (60,9%), xâm lấn mô xung quanh (47,8%) và hạch cổ (30,4%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với u TNBMT lành tính ($p < 0,05$). Trên CHT khuếch tán, 56,5% u TNBMT ác tính có hạn chế khuếch tán mạnh (tín hiệu DWI cao, thấp trên ADC) trong khi đa số u lành không hạn chế khuếch tán. Giá trị ADC trung bình dựa vào ROI thành phần đặc trong tổn thương ở nhóm u ác

tính thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm u lành tính, với $p < 0,001$. Dựa trên đường cong ROC và tính toán chỉ số Youden lớn nhất, điểm cắt $1,057 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ cho giá trị tối ưu trong chẩn đoán, cho phép dự đoán u ác tính với độ nhạy 78,3%, đặc hiệu 93,7%. Tỉ số rADC cũng thấp hơn ở u ác (1,04 so với 1,32; $p = 0,001$). **Kết luận:** CHT có độ tin cậy trong phân biệt u TNBMT lành tính và ác tính, sự kết hợp đánh giá hình ảnh hình thái CHT và đo lường hệ số khuếch tán ADC dựa vào ROI thành phần đặc trong tổn thương có giá trị trong chẩn đoán phân biệt u tuyến mang tai lành tính và ác tính.

Từ khóa: Cộng hưởng từ; u tuyến nước bọt mang tai; giá trị khuếch tán biểu kiến, rADC

SUMMARY

MRI FEATURES OF COMMON PAROTID GLAND TUMORS: DIFFERENTIATING BENIGN AND MALIGNANT LESIONS

Objectives: To characterize the magnetic resonance imaging (MRI) features of common benign and malignant parotid gland tumors (PGTs) and to evaluate the diagnostic value of MRI—particularly diffusion-weighted imaging (DWI) and the apparent diffusion coefficient (ADC)—for differentiating benign from malignant lesions. **Methods:** We conducted a cross-sectional descriptive study of 39 patients with PGTs who underwent MRI at Ho Chi Minh City Oncology Hospital, Viet Nam, between January 2019 and June 2025, with histopathology as the reference standard. Conventional MRI morphology and DWI were assessed. Quantitative measurements included

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Trường Đại học Khoa học Sức khỏe

³Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: drhuycdhabachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

lesion ADC (ROI placed on the solid components), ADC of normal parotid parenchyma, and the ratio rADC (lesion-to-parotid ADC). **Results:** Compared with benign PGTs, malignant tumors more frequently exhibited ill-defined margins, absence of a capsule, peritumoral edema (60.9%), invasion of adjacent tissues (47.8%), and cervical lymphadenopathy (30.4%) (all $p < 0.05$). On DWI, 56.5% of malignant PGTs showed marked diffusion restriction (high DWI signal with low ADC), whereas most benign tumors did not. Mean lesion ADC measured in the solid components was significantly lower in malignant than in benign tumors ($p < 0.001$). Receiver operating characteristic (ROC) analysis with the maximal Youden index identified an optimal ADC cutoff of 1.06×10^{-3} mm²/s, yielding 78.3% sensitivity and 93.7% specificity for malignancy. The rADC was also significantly lower in malignant tumors (1.04) than in benign ones (1.32; $p = 0.001$). **Conclusion:** MRI reliably differentiates benign from malignant parotid gland tumors. A combined approach—systematic assessment of morphological features together with quantitative ADC measured in the solid tumor components—provides strong diagnostic discrimination. **Keywords:** magnetic resonance imaging; parotid gland tumor; diffusion-weighted imaging; apparent diffusion coefficient; rADC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến nước bọt mang tai (TNBMT) có mô bệnh học đa dạng, khoảng 80% lành tính (phổ biến nhất là u tuyến đa hình và u Warthin) và 20% ác tính (thường gặp là ung thư biểu mô nhầy bì)(1). Việc xác định bản chất lành/ác trước mổ quyết định chiến lược phẫu thuật: u lành thường chỉ cần bóc tách hoặc cắt thùy nông, trong khi u ác cần phẫu thuật rộng hơn như cắt toàn bộ tuyến, nạo hạch cổ và đôi khi phải hy sinh dây thần kinh mặt (2). Trên lâm sàng, việc phân biệt thường khó vì nhiều u ác tính có thể tăng trưởng chậm, chủ yếu đẩy chứ không xâm lấn rõ. Chọc hút kim nhỏ hỗ trợ chẩn đoán nhưng đôi khi không kết luận được, độ tin cậy hạn chế và vẫn là thủ thuật xâm lấn. Do đó cần phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn để phân biệt trước mổ. Cộng hưởng từ (CHT) là lựa chọn ưu tiên nhờ độ tương phản mô mềm cao, giúp đánh giá ranh giới u, vị trí thùy nông/sâu, xâm lấn cấu trúc lân cận. Bên cạnh các chuỗi thường quy, CHT khuếch tán có thể nâng cao độ chính xác chẩn đoán phân biệt tổn thương tuyến nước bọt; vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ trong phân biệt u tuyến nước bọt mang tai lành tính và ác tính thường gặp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu hồi cứu mô tả, tiến hành tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM. Chúng tôi

thu thập các trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán có u tuyến nước bọt mang tai, được chụp CHT có tiêm thuốc tương phản và có kết quả mô bệnh học xác nhận chẩn đoán. Thời gian thu thập từ 01/2019 đến 06/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Toàn bộ dữ liệu hình ảnh được truy xuất từ hệ thống PACS và kết quả mô bệnh học thu thập từ hồ sơ bệnh án. Mỗi ca bệnh được xem và phân tích hình ảnh CHT trên hệ thống PACS bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Các biến số hình ảnh được ghi nhận bao gồm: kích thước u (đường kính lớn nhất), vị trí u (thùy nông hoặc sâu, hoặc cả hai), hình thái khối u trên CHT thường quy (bờ rõ hay không rõ, có hoặc không có vỏ bao, mức độ đồng nhất, hoại tử/hóa nang bên trong, tín hiệu trên T2WFS của u so với TNBMT đối bên, mức độ ngấm thuốc tương phản so với TNBMT đối bên, phù xung quanh, xâm lấn, và có hạch cổ nghi ngờ). Trên CHT khuếch tán đánh giá hạn chế khuếch tán của u (tín hiệu cao trên DWI b1000 và thấp trên bản đồ ADC) và đo giá trị ADC của khối u. Kỹ thuật đo: Sử dụng ROI hình tròn hoặc bầu dục với diện tích ROI lớn nhất có thể sao cho bờ ngoài của ROI nằm hoàn toàn trong u (phần mô đặc nếu u hóa nang), tương ứng với vị trí có tín hiệu thấp nhất trên bản đồ ADC, cao nhất trên DWI b1000 s/mm² và bắt thuốc tương phản sau tiêm. ROI được đặt có chọn lọc vào 3 vùng mô đặc, đo và tính trung bình cộng để có giá trị ADC vùng mô đặc. Giá trị ADC nhu mô TNBMT bình thường được thực hiện tương tự tại vùng nhu mô TNBMT bình thường đối bên. Tính trung bình cộng 3 giá trị ADC nhỏ nhất để có giá trị ADC nhu mô TNBMT bình thường và sử dụng để tính tỷ số ADC (rADC) = ADC khối u / ADC tuyến bình thường.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Ngưỡng ý nghĩa thống kê chọn là $p < 0,05$. Các biến định lượng được kiểm định phân phối và chọn phép so sánh phù hợp: ADC của u, ADC của TNBMT đối bên, rADC được so sánh giữa hai nhóm lành/ác tính bằng phép kiểm Mann-Whitney U (vì phân phối không chuẩn). Vẽ đường cong ROC để tìm ngưỡng phân biệt tối ưu theo chỉ số Youden.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu gồm 39 bệnh nhân có u tuyến mang tai: 16 u lành tính (41,0%) và 23 u ác tính (59,0%). Phân bố vị trí: thùy nông 46,2%, thùy sâu 7,7%, lan cả hai thùy 46,2%. Về mô bệnh học, nhóm lành chủ yếu là u tuyến đa hình, kể đến u tế bào đáy và u

Warthin; nhóm ác chủ yếu ung thư biểu mô (UTBM) nhầy bì, tiếp theo UTBM bọc dạng tuyến, UTBM tế bào chế tiết, ngoài ra có 1 lymphoma và 1 sialoblastoma

3.2. Đặc điểm hình thái trên cộng hưởng từ thường quy. U TNBMT ác tính thường có bờ không rõ (43,8%), không có vỏ bao (95,7%), phù quanh u (60,9%), xâm lấn mô xung quanh (47,8%) và hạch cổ (30,4%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với u TNBMT lành tính ($p < 0,05$) (Bảng 1). Tính đồng nhất của khối u, hoại tử/hóa nang, tín hiệu mô đặc trên T2WFS, mức độ bắt thuốc sau tiêm so với TNBMT đôi bên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa u lành tính và ác tính ($p > 0,05$)

Bảng 1. Đặc điểm hình thái cộng hưởng từ u TNBMT lành tính và ác tính

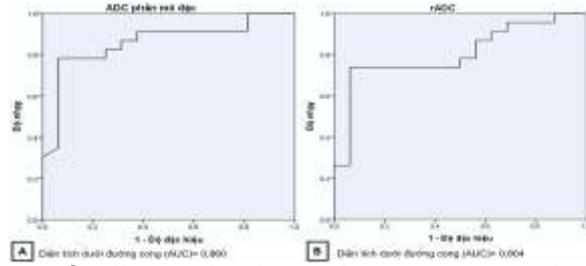
Đặc điểm hình thái	Lành tính (n=16)	Ác tính (n=23)	p
Bờ không rõ (1 phần hoặc toàn bộ)	7(43,8%)	22(95,7%)	0,001
Không có vỏ bao	9(56,3%)	1(4,3%)	<0,001
Xâm lấn mô xung quanh	0(0,0%)	11(47,8%)	0,001
Phù quanh u	1(6,3%)	14(60,9%)	0,001
Hạch cổ nghi ngờ	0(0,0%)	7(30,4%)	0,015

3.3. Đặc điểm trên cht khuếch tán. Trong nhóm nghiên cứu, 56,5% u ác tính có hạn chế khuếch tán so với 6,25% ở u lành tính ($p=0,001$). Giá trị ADC vùng mô đặc ở nhóm u TNBMT lành tính có giá trị cao với trung vị là $1,350 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$, trong khi đó UTNBMT ác tính có trung vị $0,980 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ (Bảng 2), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỉ số rADC (giữa phần đặc của u và TNBMT đôi bên) của u TNBMT lành tính cũng cao hơn u ác tính (1,32 và 1,04; $p = 0,001$) (Bảng 2).

Bảng 2. Giá trị ADC vùng mô đặc và rADC giữa u TNBMT lành tính và ác tính.

Giá trị	Lành tính (n=16)	Ác tính (n=23)	p (Mann-Whitney)
ADC ($\times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$)	1,350[0,184]	0,980[0,238]	<0.001
rADC	1,320[0,317]	1,037[0,470]	0.001

Mối liên quan giữa giá trị ADC, rADC với khả năng ác tính được hiển thị bởi biểu đồ đường cong ROC, với AUC = 0,9042 (Biểu đồ 1). Dựa trên đường cong ROC và tính toán chỉ số Youden lớn nhất, điểm cắt giá trị ADC phần mô đặc $1,057 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ cho giá trị tối ưu trong chẩn đoán, cho phép dự đoán u ác tính với độ nhạy 78,3%, độ đặc hiệu 93,7%. Với giá trị rADC, khi giá trị này nhỏ hơn 1,172 cho phép dự đoán u ác tính với độ nhạy 73,9%, độ đặc hiệu 93,7%.



Biểu đồ 1. Diện tích đường cong ROC của ADC (A) và rADC (B)

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật hiện nay được coi là phương pháp điều trị tối ưu cho u TNBMT. Việc xác định chính xác loại u trước phẫu thuật có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp và tiên lượng biến chứng. Chọc hút kim nhỏ (FNAC) được chấp nhận là phương pháp chẩn đoán tiêu chuẩn đối với u TNBMT (3). Tuy FNAC có độ chính xác cao khi được thực hiện bởi các nhà tế bào học giàu kinh nghiệm, song việc phân biệt các u tuyến mang tai có mô học đa dạng vẫn gặp nhiều khó khăn. Một số kỹ thuật xâm lấn hơn và chi phí cao hơn như sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm hay sinh thiết mở đã được đề xuất nhằm nâng cao độ chính xác.

MRI được xem là phương tiện hình ảnh nhạy và đặc hiệu nhất để đánh giá loại, vị trí, mức độ lan rộng và mối liên quan với mô mềm lân cận của u TNBMT. Các đặc điểm bờ không đều, xâm lấn ngoài tuyến, và hạch to kèm theo là những dấu hiệu gợi ý ác tính dễ dàng phát hiện trên MRI thường quy (4) như đã được ghi nhận trong nghiên cứu A Christie và cộng sự, tương đồng trên nghiên cứu của chúng tôi. Kim và cộng sự (2022) lưu ý bờ không rõ hoặc thay đổi theo thời gian, kèm hình ảnh thâm nhiễm mô xung quanh là những đặc điểm hướng tới bản chất ác tính của tổn thương(5). Tương tự, Gökçe (2020) cũng mô tả các khối u ác tính thường phát triển kiểu xâm lấn, bờ không rõ, xâm nhập dây thần kinh mặt và cấu trúc lân cận(1). Một điểm đáng chú ý khác là sự hiện diện của vỏ bao trên CHT. U tuyến đa hình và nhiều u lành tính khác thường có vỏ bao sợi rõ, trong khi u ác tính thường phá vỡ cấu trúc vỏ bao sớm. Trong loạt của chúng tôi, đa số u lành có vỏ bao rõ, ngược lại 96% u ác mất vỏ bao. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tìm kiếm dấu hiệu vỏ bao: nếu thấy vỏ bao liên tục, đều quanh khối u trên T2W hoặc T1W có tiêm thuốc, khả năng cao đó là u lành; ngược lại, mất vỏ bao hoặc ranh giới không rõ gợi ý khối u đã có tính xâm lấn. Vogl và cộng sự. từng báo cáo rằng tất cả

các u ác tính trong nghiên cứu của họ đều có bờ không rõ trên CHT(6). Mặc dù một số tác giả khác lưu ý những u ác nhỏ có thể vẫn có bờ tương đối rõ, gây khó khăn cho chẩn đoán, nhìn chung hình ảnh bờ nham nhở, không đều vẫn là yếu tố cảnh báo mạnh cho bản chất ác tính của khối u.

Ngược lại, một số đặc điểm hình ảnh khác tỏ ra kém giá trị phân biệt trong nghiên cứu của chúng tôi. Tín hiệu trên T2WFS của khối u là một ví dụ, mặc dù về lý thuyết, u tuyến đa hình thường rất giàu nước nên có tín hiệu T2WFS rất cao, còn các u ác tính có thể giảm tín hiệu do mật độ tế bào cao hoặc mô xơ, thực tế có sự chồng lấp lớn. Chúng tôi nhận thấy cả hai nhóm u lành và ác đều phần lớn tăng tín hiệu trên T2WFS, khiến giá trị dự báo độc lập không lớn. Nhiều tác giả cũng khẳng định cường độ tín hiệu trên T2WFS không phải là tiêu chí tin cậy để phân biệt lành/ác, do có sự giao thoa đáng kể giữa các loại u.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt nổi bật giữa u TNBMT lành tính và ác tính trên cả hình ảnh cộng hưởng từ thường quy và chuỗi khuếch tán. Trước hết, về đặc tính khuếch tán, các khối u ác tính có giá trị ADC phần mô đặc thấp hơn rõ rệt so với u lành. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây: các khối u ác tính do có mật độ tế bào cao và mô đệm xơ nhiều thường hạn chế khuếch tán mạnh, trong khi u lành (đặc biệt là u tuyến đa hình) thường giàu thành phần dịch nhầy hoặc chất nền dạng nhầy nên ít hạn chế khuếch tán. Kết quả của chúng tôi tương đồng với xu hướng chung trong y văn. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy giá trị ADC trung bình của u lành tính cao hơn u ác tính, thường chênh lệch khoảng $0,4-0,5 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$. Nghiên cứu của Faheem và cộng sự (2018) ghi nhận giá trị trung bình ADC $\sim 1,28 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ ở u lành tính so với $\sim 0,80 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ ở u ác tính ($p < 0,001$) (7). Ngưỡng ADC tối ưu để phân biệt lành/ác báo cáo trong y văn khá biến thiên. Tổng quan của Gökçe (2020) cho thấy các nghiên cứu khác nhau đề xuất điểm cắt từ khoảng $0,87 \times 10^{-3}$ đến $1,22 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ (1). Sự khác biệt này bắt nguồn từ nhiều yếu tố: thành phần loại u trong mẫu nghiên cứu, phương pháp đo lường ADC, cũng như tiêu chí chọn ngưỡng. Chẳng hạn, nếu nhóm u lành của nghiên cứu gồm nhiều u Warthin (một loại u lành nhưng tế bào dày đặc), giá trị ADC trung bình nhóm u lành tính sẽ giảm, kéo theo ngưỡng phân biệt thấp hơn. Ngược lại, nghiên cứu với chủ yếu u lành là u tuyến đa hình – vốn có mô đệm nhầy dồi dào và ADC rất cao sẽ cho ngưỡng

phân biệt cao hơn. Phương pháp vẽ ROI và chuỗi xung DWI sử dụng cũng ảnh hưởng đáng kể đến giá trị ADC đo được giữa các nghiên cứu(8). Thêm vào đó, tiêu chí chọn điểm cắt khác nhau: một số tác giả chọn ngưỡng tối ưu theo Youden, trong khi số khác điều chỉnh để đạt độ nhạy cao hơn nhằm ít bỏ sót u ác – dẫn đến ngưỡng thấp hơn và đặc hiệu giảm. Những yếu tố này lý giải vì sao mức ADC ngưỡng trong các báo cáo dao động và cần thận trọng khi so sánh trực tiếp. Nhiều tác giả xem ADC là thông số bổ sung hữu ích bên cạnh CHT thường quy để dự đoán tính chất tổn thương (5,7). Điều này nhấn mạnh rằng giá trị ADC nên được đánh giá trong bối cảnh đa tham số, kết hợp với đặc điểm bờ, xâm lấn, bắt thuốc và lâm sàng. Trong bối cảnh đó, chỉ số rADC càng tỏ ra hữu ích: bằng cách chuẩn hóa ADC tổn thương với mô lành, rADC có thể giảm bớt sai số, cho phép so sánh kết quả giữa các trung tâm một cách tin cậy hơn. Trong nghiên cứu của Karaman và cs, giá trị rADC đo được ở u lành tính là $1,6 \pm 0,6$, trong khi đó ở u ác tính $1 \pm 0,6$ và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm, khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi (9). Trong khi đó theo S. Espinoza và cộng sự, giá trị rADC $> 1,3$ gợi ý u tuyến đa hình, rADC < 1 gợi ý u ác tính, còn khoảng giữa 1-1,3 là khoảng xám khó phân định lành tính – ác tính(10).

Cuối cùng, những phát hiện hình ảnh như trên đóng vai trò quan trọng trong lập kế hoạch điều trị. Việc xác định đúng bản chất u trước mổ giúp định hướng phẫu thuật phù hợp: u lành tính thường chỉ cần bóc tách hoặc cắt thùy nông tuyến mang tai, trong khi u ác tính đòi hỏi phẫu thuật rộng hơn (ví dụ phẫu thuật bảo tồn/một phần hay toàn bộ tuyến kèm nạo hạch cổ). Nếu CHT cho thấy các dấu hiệu ác tính (như xâm lấn lan tỏa, có hạch di căn), bác sĩ phẫu thuật có thể chuẩn bị trước cho khả năng phải cắt rộng, thậm chí hi sinh dây thần kinh VII và nạo hạch cổ chọn lọc. Ngược lại, trường hợp CHT gợi ý u lành tính rõ ràng (khối tròn, có vỏ bao, ADC cao, không có dấu hiệu xâm lấn), phẫu thuật viên có thể yên tâm hơn trong việc thực hiện phẫu thuật bảo tồn, giảm thiểu biến chứng. Như vậy, MRI không chỉ giúp chẩn đoán phân biệt u tuyến nước bọt lành hay ác, mà còn cung cấp thông tin chi tiết để điều trị cá thể hóa cho từng bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi bổ sung thêm bằng chứng cho vai trò quan trọng của MRI đa tham số (đặc biệt là CHT khuếch tán) trong đánh giá u TNBMT, và hy vọng có thể hỗ trợ các nhà lâm sàng trong việc tối ưu hóa quản lý bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

CHT có độ tin cậy trong phân biệt u TNBMT lành tính và ác tính, sự kết hợp đánh giá hình ảnh hình thái CHT và đo lường hệ số khuếch tán ADC dựa vào ROI thành phần đặc trong tổn thương có giá trị trong chẩn đoán phân biệt u tuyến mang tai lành tính và ác tính

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Gökçe E.** Multiparametric Magnetic Resonance Imaging for the Diagnosis and Differential Diagnosis of Parotid Gland Tumors. *J Magn Reson Imaging*. 2020 Jul;52(1):11–32.
- Thoeny HC.** Imaging of salivary gland tumours. *Cancer Imaging*. 2007 Apr 30;7(1):52–62.
- Habermann CR, Arndt C, Graessner J, Diestel L, Petersen KU, Reitmeier F, et al.** Diffusion-weighted echo-planar MR imaging of primary parotid gland tumors: is a prediction of different histologic subtypes possible? *AJNR Am J Neuroradiol*. 2009 Mar;30(3):591–6.
- Christe A, Waldherr C, Hallett R, Zbaeren P, Thoeny H.** MR Imaging of Parotid Tumors: Typical Lesion Characteristics in MR Imaging Improve Discrimination between Benign and Malignant Disease. *American Journal of Neuroradiology*. 2011 Aug 1;32(7):1202–7.
- Kim SY, Borner U, Lee JH, Wagner F, Tshering Vogel DW.** Magnetic resonance imaging of parotid gland tumors: a pictorial essay. *BMC Med Imaging*. 2022 Nov 7;22:191.
- Vogl TJ, Dresel SH, Späth M, Grevers G, Wilimzig C, Schedel HK, et al.** Parotid gland: plain and gadolinium-enhanced MR imaging. *Radiology*. 1990 Dec;177(3):667–74.
- Faheem M, Refaat M.** Role of magnetic resonance imaging (MRI) including diffusion weighted images (DWIs) in assessment of parotid gland masses with histopathological correlation. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*. 2018 May 9;49.
- Bruvo M, Mahmood F.** Apparent diffusion coefficient measurement of the parotid gland parenchyma. *Quant Imaging Med Surg*. 2021 Aug;11(8):3812–29.
- Karaman CZ, Tanyeri A, Özgür R, Öztürk VS.** Parotid gland tumors: comparison of conventional and diffusion-weighted MRI findings with histopathological results. *Dentomaxillofac Radiol*. 2021 May 1;50(4):20200391.
- Espinoza S, Halimi P.** Interpretation pearls for MR imaging of parotid gland tumor. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2013 Feb;130(1):30–5.

HỘI CHỨNG KHÔNG NHẠY CẢM ANDROGEN HOÀN TOÀN: BÁO CÁO CA BỆNH HIẾM GẶP VÀ HỘI CỨU Y VĂN

Nguyễn Quang Nam¹, Nguyễn Thanh Hải¹, Nguyễn Ngọc Chiến¹,
Phạm Minh Kiên¹, Nguyễn Thị Ngọc Hà², Nguyễn Ngọc Khánh¹,
Vũ Thị Phương¹, Trần Thị Thu Hiền¹

TÓM TẮT

Hội chứng không nhạy cảm androgen hoàn toàn (CAIS) là tình trạng bệnh lý rối loạn phát triển giới tính 46, XY hiếm gặp do đột biến gen thụ thể androgen (AR) trên nhiễm sắc thể X, thường biểu hiện vô kinh nguyên phát ở người có hình thái nữ. Chúng tôi báo cáo trường hợp một cá thể 21 tuổi kiểu hình nữ giới, khám bệnh vì vô kinh nguyên phát. Khám lâm sàng ghi nhận bệnh nhân có tuyến vú phát triển bình thường, lông mu và nách thưa, âm đạo dạng túi cụt. Siêu âm, chụp cộng hưởng từ cho thấy không có hình ảnh tử cung và buồng trứng, hai tinh hoàn ẩn trong ổ bụng. Xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ 46, XY có đột biến đồng hợp tử c.1921C>T (p.Gln641Ter) gen AR. Bệnh nhân được chẩn đoán CAIS với tinh hoàn ẩn hai bên, phẫu thuật cắt bỏ các tinh hoàn ẩn kết hợp liệu pháp thay thế hormone dài hạn và hỗ trợ tâm lý. Trường hợp

này nhấn mạnh sự cần thiết nghĩ tới CAIS ở phụ nữ trẻ vô kinh, có kiểu hình nữ nhưng không có tử cung để thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán xác định, giúp đưa ra phương pháp điều trị và chăm sóc phù hợp cho người bệnh. **Từ khóa:** Hội chứng không nhạy cảm androgen hoàn toàn; Vô kinh nguyên phát; Rối loạn phát triển giới tính; Liệu pháp thay thế hormone.

SUMMARY

COMPLETE ANDROGEN INSENSITIVITY SYNDROME: A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Complete androgen insensitivity syndrome (CAIS) is a rare 46, XY disorder of sex development attributable to pathogenic variants in the X-linked androgen receptor (AR) gene and typically presents with primary amenorrhea in individuals with a female phenotype. We describe a 21-year-old phenotypic female who presented with primary amenorrhea. Physical examination showed Tanner V breast development with sparse axillary and pubic hair and a blind-ending vagina. Pelvic ultrasonography and magnetic resonance imaging demonstrated absence of the uterus and ovaries and identified two intra-abdominal undescended testes. Cytogenetic analysis revealed a 46, XY karyotype; molecular

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec times city

²Bệnh viện Đa khoa Phương Đông

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hải

Email: nguyenthanhhai0974@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025