

Radiological Management of Hemoptysis: A Comprehensive Review of Diagnostic Imaging and Bronchial Arterial Embolization. *Cardiovasc Intervent Radiol*, 33(2), 240–250.

8. Guan W.J., Yuan J.J., Gao Y.H., et al. (2017). Hemoptysis in adults with bronchiectasis: correlation with disease severity and exacerbation risk. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*, 40(1), 16–23.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG UNG THƯ LƯỠI DI ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN TRẺ TUỔI TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Duy^{1,2}, Ngô Xuân Quý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư lưỡi di động ở người trẻ tuổi tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 46 bệnh nhân ung thư lưỡi di động không quá 40 tuổi có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô vảy và được điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1/2017 đến tháng 5/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 34,1±4,9. Tỷ lệ nam/nữ: 0,84/1. Bệnh nhân vào viện vì đau tại u (63%) và tự phát hiện u (30,4%) và chủ yếu phát hiện trong 3 tháng đầu (58,7%). Triệu chứng xuất hiện đầu tiên: đau tại lưỡi (60,9%), sờ thấy u (26,1%), vết loét lưỡi (13%). Vị trí u lưỡi ở bờ tự do chiếm 89,1% với hình thái sùi loét kết hợp chiếm đa số (41,3%). Trên phim chụp cộng hưởng từ, trên xung T1, 67,4% BN có u giảm tín hiệu trước tiêm và 95,7% BN tăng tín hiệu sau tiêm; trên chuỗi xung STIR, phần lớn u tăng tín hiệu (95,7%). Về mô bệnh học, đa số bệnh nhân có độ biệt hóa vừa (78,3%). **Kết luận:** Ung thư lưỡi di động ở người trẻ tuổi (≤40 tuổi) ít gặp. Đa số bệnh nhân vào viện ở giai đoạn sớm hơn khi mới xuất hiện triệu chứng trong 3 tháng đầu với vị trí hay gặp ở bờ lưỡi di động. Chụp cộng hưởng từ có vai trò quan trọng trong chẩn đoán ung thư lưỡi. Giải phẫu bệnh vẫn là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán bệnh.

Từ khóa: ung thư lưỡi, ung thư khoang miệng, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

EVALUATION OF THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF YOUNG PATIENTS WITH ORAL TONGUE CANCER AT K HOSPITAL

Objectives: To evaluate the clinical and subclinical characteristics of young patients with squamous cell carcinoma oral tongue cancer at K hospital. **Patients and methods:** A retrospective and prospective descriptive study was conducted on 46 young patients (≤40 years old) with squamous cell carcinoma oral tongue cancer treated at K hospital from January 2017 to May 2022. **Results:** The mean

age was 34.09; male/female ratio was 0.84/1. The reason that patients were admitted to hospital were pain (63%) and detection of tumor (30.4%). 58.7% of patients went to hospital within 3 months from the first symptoms. The first signs and symptoms were pain (60.9%), detection of tumor (26.1%) and tongue ulcer (13%). The most common location of tumor was tongue edge (89.1%). The most morphological subtype was nodular-ulcerative (41.3%). On T1 MRI, 67.4% of patients had hypointense lesion and 95.7% of tumors had increased signal after injection; On STIR MRI, most of the tumors were hyperintense signal (95.7%). About pathology, the majority of patients are moderately differentiated (78,3%). **Conclusions:** Mobile tongue cancer in young adults (≤40 years) was uncommon. Most patients were admitted to the hospital at an earlier stage when symptoms appear in the first 3 months with a common location in tongue edge. Magnetic resonance imaging played an important role in the diagnosis of tongue cancer. Pathology remained the gold standard in diagnosis of mobile tongue cancer.

Keywords: oral cancer, tongue cancer, clinical features, subclinical features.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi (UTL) di động là ung thư thường gặp nhất trong các ung thư vùng khoang miệng. Theo GLOBOCAN năm 2020 ghi nhận có khoảng 2.152 ca mắc mới và 1.099 ca tử vong [1]. Ung thư lưỡi thường gặp ở lứa tuổi trung niên, và người lớn tuổi, nam giới gặp nhiều hơn nữ giới, ít gặp ở người trẻ tuổi. UTL ở người trẻ tuổi (≤ 40 tuổi) chỉ chiếm khoảng dưới 5% bệnh nhân ung thư đầu cổ với tỷ lệ này ngày càng gia tăng. UTL ở người trẻ tuổi thường có tiên lượng xấu hơn so với các lứa tuổi khác do bệnh thường tiến triển nhanh, nguy cơ tái phát cao, thời gian sống thêm thấp hơn [2]. Một câu hỏi đặt ra đó chính là ung thư lưỡi di động ở người trẻ tuổi có đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng gì khác hơn so với các lứa tuổi khác. Ở Việt Nam hiện tại còn rất ít nghiên cứu về ung thư lưỡi di động ở bệnh nhân trẻ tuổi. Chính vì những lí do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư lưỡi di động ở bệnh nhân trẻ tuổi.*

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Duy

Email: duyqhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 46 bệnh nhân ung thư lưỡi di động không quá 40 tuổi có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô vảy và được điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1/2017 đến tháng 5/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô vảy của lưỡi di động.
- Tuổi thời điểm chẩn đoán xác định UTL : ≤ 40 tuổi.
- Được điều trị lần đầu.
- Có hồ sơ theo dõi đầy đủ và có thông tin sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư tái phát hoặc mắc ung thư thứ hai
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu:

- **Đặc điểm lâm sàng:**
 - + Tuổi: phân thành các nhóm tuổi <30, 30-35, >35.
 - + Giới: nam và nữ.
 - + Lý do vào viện: tự sờ thấy u , đau lưỡi , vết loét tại lưỡi, chảy máu lưỡi.
- **Đặc điểm cận lâm sàng:**
 - + Chẩn đoán hình ảnh: đặc điểm u trên chụp cộng hưởng từ
 - + Mô bệnh học: độ mô học I, II, III.

2.4. Xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Tuổi và giới tính. Phân bố theo tuổi

Bảng 3.1. Bảng phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
< 30	8	17,4
30 – 35	18	39,1
>35	20	43,5
Tổng số	46	100

Nhận xét: BN có tuổi thấp nhất là 23, cao nhất là 40 tuổi. Tuổi trung bình là 34,1 ± 4,9. Nhóm tuổi trên 30 tuổi chiếm đa số với 38/46 BN, chỉ có 8 BN nhỏ hơn 30 tuổi.

Giới



■ Nữ ■ Nam

Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính

Nhận xét: Trong 46 BN nghiên cứu có 21 nam (45,7%) và 25 nữ (54,3%).

3.1.2. Tiền sử bản thân

Bảng 3.2. Tiền sử bản thân

Tiền sử	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Uống rượu	15	32,6
Hút thuốc	12	26,1
Uống rượu + hút thuốc	12	26,1
Không có nguy cơ	31	67,4

Nhận xét: - Không có yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ 67,4%.

- Tỷ lệ BN uống rượu và hút thuốc lá lần lượt chiếm 32,6% và 26,1%. Trong đó tỷ lệ BN vừa uống rượu và hút thuốc chiếm 26,1%.

3.1.3. Thời gian phát hiện bệnh

Bảng 3.3. Thời gian phát hiện bệnh

Thời gian	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
< 3 tháng	27	58,7
3-6 tháng	18	39,1
7-12 tháng	1	2,2
Tổng số	46	100

Nhận xét: Đa số BN đến viện trong vòng 3 tháng đầu, chiếm 58,7%. Có 39,1% BN đến viện trong vòng 3-6 tháng. Chỉ có 01 BN đến viện sau 6 tháng (2,2%).

3.1.4. Triệu chứng cơ năng đầu tiên

Bảng 3.4. Triệu chứng cơ năng đầu tiên

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau lưỡi	28	60,9
Vết loét ở lưỡi	6	13,0
Sờ thấy u	12	26,1
Tổng số	46	100

Nhận xét: Triệu chứng đầu tiên khiến bệnh nhân chú ý đến bệnh chủ yếu là đau tại lưỡi (60,9%). Sau đó đến triệu chứng sờ thấy u chiếm 26,1%. Triệu chứng vết loét ở lưỡi chiếm 13,0%.

3.1.5. Vị trí và hình thái tổn thương

Bảng 3.5. Vị trí và hình thái tổn thương

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Bên phải	20	43,5
Bên trái	26	56,5
Mặt trên lưỡi	1	2,2
Mặt dưới lưỡi	4	8,7
Bờ tự do của lưỡi	41	89,1
Hình thái tổn thương		
Sùi	10	21,7
Loét	16	34,8
Thâm nhiễm	1	2,2
Sùi loét kết hợp	19	41,3

Nhận xét: Đa số vị trí tổn thương ở bờ tự do của lưỡi chiếm 89,1%. U mặt dưới lưỡi chiếm 8,7%. Có 1 BN u ở mặt trên lưỡi chiếm 2,2%. Hình thái tổn thương trên lâm sàng hay gặp là

kết hợp sùi và loét, với tỷ lệ 41,3%. Thấp nhất là thể thâm nhiễm với 01 BN chiếm 2,2%.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Chụp cộng hưởng từ

Đặc điểm tín hiệu u trên các chuỗi xung

Bảng 3.6: Đặc điểm tín hiệu u trên chuỗi xung của T1 trước và sau tiêm thuốc cản quang

Tín hiệu	Trước tiêm		Sau tiêm	
	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%
Tăng tín hiệu	0	0	44	95,7
Giảm tín hiệu	31	67,4	0	0
Đồng tín hiệu	15	32,6	2	4,3

Nhận xét: Về đặc điểm tín hiệu u trên chuỗi xung của T1, kết quả nghiên cứu cho thấy: trước tiêm phần lớn u có đặc điểm giảm tín hiệu với tỷ lệ là 67,4%; đến đến là đồng tín hiệu với 32,6%. Ngược lại, sau tiêm 95,7% khối u tăng tín hiệu.

Bảng 3.7: Đặc điểm tín hiệu u trên chuỗi xung STIR

Đặc điểm tín hiệu	Số lượng	Tỷ lệ %
Tăng tín hiệu	44	95,7
Giảm tín hiệu	0	0
Đồng tín hiệu	2	4,3

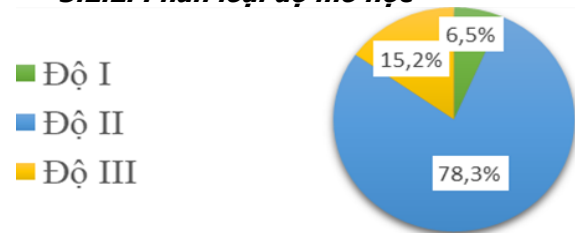
Nhận xét: Về đặc điểm tín hiệu trên chuỗi xung STIR, kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 95,7% u tăng tín hiệu trên STIR.

Bảng 3.8: Đặc điểm tính chất của ung thư lưỡi trên CHT

Tính chất	Số lượng	Tỷ lệ %
Đồng nhất	16	34,8
Không đồng nhất	30	65,2

Nhận xét: Về kết quả nghiên cứu tính chất của khối u cho thấy phần lớn các khối u là không đồng nhất, chiếm 65,2 (%).

3.2.2. Phân loại độ mô học



Biểu đồ 3.2. Xếp loại độ mô học

Nhận xét: Mô bệnh học đa phần là ung thư biểu mô vảy độ II, chiếm 78,3%. Tiếp theo là độ III (chiếm 15,2%). Độ I chỉ chiếm 6,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi và giới

Về tuổi: Trong số 46 bệnh nhân UTL trẻ tuổi được nghiên cứu cho thấy số bệnh nhân

mắc bệnh tăng dần theo nhóm tuổi, phần lớn BN nằm trong độ tuổi trên 35 đến 40 tuổi, chiếm tỷ lệ 43,5%, chỉ có 8/46 BN(17,4%) dưới 30 tuổi. Dài tuổi từ 23-40 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 34,1± 4,9. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự các nghiên cứu khác trên thế giới. Theo tác giả Garavello nghiên cứu tại trường Đại học Milano - Bicocca (Italy) trên 46 bệnh nhân UTL dưới 40 tuổi cho thấy: tuổi trung bình là 33,6 tuổi và trải dài từ 23-40 tuổi [3].

Về giới: Trong đa số các nghiên cứu về UTL thì tỷ lệ nam giới mắc bệnh luôn cao hơn nữ giới, tỷ lệ này thay đổi trong các nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nữ giới chiếm ưu thế (54,3%), tỷ lệ nam/nữ là 0,84/1. Theo nghiên cứu của Lê Văn Quảng, tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1 [4]. Theo Garavello, tỷ lệ nam/nữ là 2/1 [3]. Điều này có thể giải thích là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân trẻ tuổi và cỡ mẫu chúng tôi chưa đủ lớn.

Các yếu tố nguy cơ. Nhiều nghiên cứu trong nước và ngoài nước đã đề cập đến các yếu tố nguy cơ như hút thuốc, uống rượu, nhai trầu, bệnh lý răng miệng gây ra ung thư khoang miệng nói chung và ung thư lưỡi nói riêng [2]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi trên 46 BN trẻ tuổi lại cho thấy đa phần là bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ ở trên chiếm 67,4%. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người trẻ tuổi nên các yếu tố nguy cơ mắc UTL như uống rượu, thuốc lá, nhai trầu, bệnh lý răng miệng sẽ giảm vì các yếu tố này thường có tác dụng tích lũy theo thời gian.

Thời gian phát hiện bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn BN đến viện khám trong vòng 6 tháng đầu chiếm 97,8%, trong đó đa số BN đến viện trong vòng 3 tháng đầu tiên chiếm 58,7%, chỉ có 1/46 BN đến viện sau 6 tháng. Kết quả này của chúng tôi có cao hơn so với các nghiên cứu trước đây, có thể do đối tượng nghiên cứu là người trẻ tuổi và nữ giới chiếm đa số, mặt khác lưỡi là cơ quan nhai nuốt và được chi phối bởi mạng lưới thần kinh phong phú, đồng thời các tổn thương ở lưỡi và khoang miệng có thể phát hiện qua chăm sóc và vệ sinh răng miệng hàng ngày. Do đó, thời gian phát hiện bệnh tương đối sớm.

Triệu chứng cơ năng đầu tiên. Trong các nghiên cứu trước đây, hai triệu chứng cơ năng chủ yếu của bệnh nhân xuất hiện đầu tiên là tự phát hiện khối u và vết loét ở lưỡi. Nghiên cứu của chúng tôi trên 46 BN trẻ tuổi cho thấy hai triệu chứng cơ năng đầu tiên là đau tại vùng có u chiếm 60,9%, sau đó đến tự sờ thấy u chiếm

26,1%, vết loét ở lưỡi chỉ chiếm 13%. Đây cũng là những triệu chứng chính khiến bệnh nhân phải đi khám và nhập viện điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với các nghiên cứu khác có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là BN trẻ tuổi và đa số bệnh nhân phát hiện bệnh trong 3 tháng đầu.

Đặc điểm u trên khám lâm sàng. Các nghiên cứu trước đây cho thấy bệnh nhân UTL phần di động có vị trí hay gặp là bờ lưỡi tự do, sau đó đến mặt dưới lưỡi, mặt trên và đầu lưỡi ít gặp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết vị trí u ở bờ tự do chiếm 89,1%, sau đó đến vị trí mặt dưới lưỡi chiếm 8,7%, vị trí mặt trên lưỡi chiếm 2,2%. Hình thái tổn thương đại thể của ung thư lưỡi cũng rất đa dạng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình thái tổn thương đại thể hay gặp là sùi loét kết hợp chiếm 41,3%, tiếp theo là loét đơn thuần chiếm 34,8% và sùi đơn thuần chiếm 21,7%. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của các tác giả trong nước và ngoài nước. Nghiên cứu của Ngô Xuân Quý ghi nhận vị trí u ở bờ tự do là 83,9%, mặt dưới lưỡi là 12,3%, mặt trên lưỡi là 2,3%; tổn thương đại thể hay gặp nhất là sùi loét kết hợp (50%) sau đó loét đơn thuần (23,8%) và sùi đơn thuần (16,9%) [5]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tài cho thấy chủ yếu vị trí u ở bờ tự do chiếm 76,3% sau đó đến vị trí mặt dưới lưỡi chiếm 11,3%; tổn thương đại thể là sùi loét kết hợp chiếm 52,5% [6].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm chụp cộng hưởng từ

Trên hình ảnh T1W: Trước tiêm phần lớn u có đặc điểm giảm tín hiệu (67,4%); ngược lại sau tiêm tỷ lệ tăng tín hiệu (95,7%). Kết quả này khá tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hương với đặc điểm tín hiệu u trên xung T1W trước tiêm phần lớn là giảm tín hiệu so với cơ (79,6%) [7].

Trên chuỗi xung STIR: Chuỗi xung STIR rất nhạy để phát hiện tổn thương; đặc biệt CHT rất hữu ích để phân biệt tổn thương u hay tổn thương viêm nhiễm ở vùng khoang miệng và hỗ trợ chặt chẽ cho quá trình điều trị cũng như theo dõi sau điều trị ung thư. Bên cạnh đó, chuỗi xung STIR nhạy hơn chuỗi xung T2W trong việc phát hiện các khối u lưỡi có kích thước nhỏ. Kết quả nghiên cứu cho thấy 95,7% khối u là tăng tín hiệu. Có 4,3% trường hợp trong nghiên cứu không phát hiện được tổn thương. Kết quả này khá tương tự với nghiên cứu trước đó về vai trò của CHT với đặc điểm trên chuỗi xung STIR khối u tăng tín hiệu so với cơ xung quanh chiếm tỷ lệ

81,4% và có 13,6% là tín hiệu hỗn hợp [7]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên tỷ lệ khối u có tăng tín hiệu trên STIR chiếm 94,9% [8]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp bệnh nhân không phát hiện được tổn thương u trên chuỗi xung STIR và cả trên chuỗi xung T1W sau tiêm thuốc. Có thể giải thích các trường hợp này do tổn thương quá nhỏ trong khi độ dày lát cắt cộng hưởng từ từ 3 đến 5 mm, có thể bỏ qua các tổn thương này trên phim chụp.

Mô bệnh học. Trong ung thư khoang miệng và đặc biệt là ung thư lưỡi, hơn 90% các trường hợp là ung thư biểu mô vảy, còn lại là ung thư biểu mô tuyến hoặc tuyến nang, ung thư dạng biểu bì nhày, ung thư tổ chức liên kết, u lympho không Hodgkin, u hắc tố. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân trẻ tuổi có loại mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy, do đó có cùng hướng điều trị và tiên lượng. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy độ II chiếm 78,3%, tiếp theo là độ III chiếm 15,2%, độ I chỉ chiếm 6,5%. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của tác giả Ngô Xuân Quý với đa phần là ung thư biểu mô vảy độ II chiếm 70%, sau đó đến độ I (chiếm 21,5%) và độ III (chiếm 7,7%) [5]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tài ghi nhận tỷ lệ độ mô học I, II, III lần lượt là 25%; 61,2% và 13,8% [6].

V. KẾT LUẬN

Ung thư lưỡi di động ở người trẻ tuổi (≤ 40 tuổi) ít gặp, có tới 67,4% bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ. Đa số bệnh nhân vào viện ở giai đoạn sớm hơn khi mới xuất hiện triệu chứng trong 3 tháng đầu với vị trí hay gặp ở bờ lưỡi di động. Chụp cộng hưởng từ có vai trò quan trọng trong chẩn đoán ung thư lưỡi. Giải phẫu bệnh vẫn là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Miller C, Shay A, Tajudeen B, et al.** Clinical features and outcomes in young adults with oral tongue cancer. Am J Otolaryngol. 2019;40(1):93-96. doi:10.1016/j.amjoto.2018.09.022
3. **Garavello W, Spreafico R, Gaiini RM.** Oral tongue cancer in young patients: a matched analysis. Oral Oncol. 2007;43(9):894-897.
4. **Lê Văn Quảng, Ngô Xuân Quý.** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, phương pháp điều trị ung thư lưỡi di động tại Bệnh viện K từ 1994-2004. Tạp chí thông tin Y dược. 2008;6:28-31.

5. **Ngô Xuân Quý.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư lười giai đoạn I, II tại bệnh viện K từ năm 2005-2010. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2010.
6. **Nguyễn Văn Tài.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư lười giai đoạn cT2N0M0. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2018.
7. **Nguyễn Văn Hương và Đoàn Văn Dũng** (2015). Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh trên MRI 3.0 Tesla trong bệnh lý u vùng khoang miệng và hầu họng trên xương móng tại Bệnh viện Ung thư Đà Nẵng. Điện Quang Việt Nam, 21(8), p. 44-51.
8. **Nguyễn Trung Kiên** (2015). Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng tử trong chẩn đoán ung thư lười. Luận văn thạc sĩ y học.

KẾT QUẢ THEO DÕI DÀI HẠN PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT LỖ CẮT TÚI MẬT

Đặng Quốc Ái^{1,2}, Hà Văn Quyết³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi một lỗ cắt túi mật ra đời với mong muốn cải thiện hơn nữa về phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh lý túi mật. Tuy nhiên còn nhiều tranh cãi và cần được chứng minh bằng các nghiên cứu có thời gian theo dõi sau mổ đủ dài. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật và kết quả theo dõi dài hạn của những bệnh nhân được mổ nội soi một lỗ cắt túi mật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là một nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc. Đối tượng nghiên cứu bao gồm những bệnh nhân được cắt túi mật bằng phẫu thuật nội soi một lỗ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 12 năm 2016. **Kết quả Nghiên cứu:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 43,95 tuổi. Chỉ số BMI trung bình là 21,89 kg/m². Chẩn đoán trước phẫu thuật có 79,8% sỏi túi mật đơn thuần và trong đó 8,7% viêm túi mật cấp. Tỷ lệ cắt túi mật nội soi một lỗ thành công là 94,2% và thời gian phẫu thuật trung bình là 74,81 phút. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là 1,26 ngày và cho ăn lại là 1,30 ngày. Thang điểm VAS sau mổ ngày thứ nhất là 4,35 và giảm dần ở những ngày sau đó. Có 4,1% bệnh nhân gặp biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 3,33 ngày. Mức độ hài lòng của bệnh nhân ở thời điểm ra viện là cao trong đó 75,5% rất hài lòng và 20,4% hài lòng. Kết quả tái khám ở thời điểm sau mổ 1 tháng có 94,9% kết tốt, sau mổ 3 tháng và 6 tháng tất cả 100% bệnh nhân bình phục tốt. Kết quả đánh giá tính thẩm mỹ hình thể tại thời điểm sau mổ 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng là tốt. Thời gian theo dõi trung bình là 93,65 tháng. Có 2,0% trường hợp đau chói vùng rốn gan khi làm động tác xoắn vặn người tối đa. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu thì tất cả 100% bệnh nhân có điểm thẩm mỹ vết mổ tại rốn đạt điểm tối đa. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi một lỗ

cắt túi mật là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả và có nhiều ưu điểm khi được theo dõi và đánh giá trong một thời gian dài sau mổ.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi một lỗ cắt túi mật, cắt túi mật nội soi, phẫu thuật nội soi một lỗ.

SUMMARY

LONG-TERM FOLLOW-UP RESULTS OF SINGLE-PORT LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Background: Single-port laparoscopic cholecystectomy was born with the desire to further improve the surgical method of gallbladder disease. However, it is still controversial and needs to be supported by studies with long enough postoperative follow-up time. We conducted this study with the aim of evaluating the surgical outcomes and long-term follow-up of patients undergoing single-port laparoscopic cholecystectomy. **Subjects and Methods:** This is a prospective, longitudinal follow-up study. The study subjects included patients who underwent single-port laparoscopic cholecystectomy at Hanoi Medical University Hospital from January 2011 to December 2016. **Results:** The mean age of the study group was 43.95 years old. The average BMI was 21.89 kg/m². Preoperative diagnosis was 79.8% gallstones alone and of which 8.7% acute cholecystitis. The success rate of single-port laparoscopic cholecystectomy was 94.2% and the mean surgical time was 74.81 minutes. The mean time of post-operative defecation was 1.26 days and re-feeding was 1.30 days. VAS score after surgery on the first day was 4.35 and gradually decreased in the following days. There were 4.1% of patients had complications after surgery. The mean hospital stay was 3.33 days. Patient satisfaction at the time of discharge is high, of which 75.5% are very satisfied and 20.4% are satisfied. Re-examination results at 1 month after surgery had 94.9% good results, 3 months and 6 months after surgery, all 100% of patients recovered well. The results of the assessment of physical aesthetics at 1 month, 3 months and 6 months after surgery were good. The mean follow-up time was 93.65 months. There are 2.0% cases of severe pain in the liver hilum when doing maximum twisting movements. At the end of the study, all 100% of the patients had the maximum score for the surgical

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

³Trường Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.5.2023