

negative pyogenic vertebral osteomyelitis: A retrospective comparative study with culture-positive pyogenic vertebral osteomyelitis. BMC Infectious Diseases. 2020;20:1-8.

6. Kim J, Kim Y-S, Peck KR, et al. Outcome of culture-negative pyogenic vertebral osteomyelitis: comparison with microbiologically confirmed pyogenic vertebral osteomyelitis. Elsevier; 2014: 246-252.
7. Yu D, Kim SW, Jeon I. Antimicrobial therapy

and assessing therapeutic response in culture-negative pyogenic vertebral osteomyelitis: A retrospective comparative study with culture-positive pyogenic vertebral osteomyelitis. BMC Infectious Diseases. 2020;20(1):1-8.

8. McHenry MC, Easley KA, Locker GA. Vertebral osteomyelitis: long-term outcome for 253 patients from 7 Cleveland-area hospitals. Clinical Infectious Diseases. 2002;34(10):1342-1350.

LIỆU PHÁP BƠM RỬA TUYẾN NƯỚC BỌT BẰNG NƯỚC MUỐI SINH LÝ TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MẠN TÍNH

Nguyễn Hoàng Nhân¹, Lê Phan Cẩm Tú¹, Hồ Nguyễn Thanh Chơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của liệu pháp bơm rửa tuyến nước bọt bằng nước muối sinh lý trên bệnh nhân viêm tuyến nước bọt mạn tính. **Phương pháp:** 11 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tuyến nước bọt mạn tính được điều trị bằng liệu pháp bơm rửa tuyến nước bọt với nước muối sinh lý, đánh giá sự thay đổi mức độ đau của bệnh nhân trước và sau can thiệp bằng thang đánh giá số (Numeric Rating Scale-NRS). **Kết quả:** Sự thay đổi NRS sau can thiệp lần đầu giảm có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$). Số lần bơm rửa trung bình cho đến khi bệnh nhân cảm thấy hết đau (NRS =0-1) khoảng $5,38 \pm 1,61$ lần. **Kết luận:** Bơm rửa tuyến nước bọt bằng nước muối sinh lý là một liệu pháp điều trị đơn giản, hiệu quả, giảm đau tốt, an toàn cho bệnh nhân viêm tuyến nước bọt mạn tính. **Từ khóa:** viêm tuyến nước bọt mạn tính, bơm rửa tuyến nước bọt.

SUMMARY

THERAPEUTIC EFFECT OF INTRADUCTAL IRRIGATION OF THE SALIVARY GLAND IN CHRONIC OBSTRUCTIVE SIALADENITIS

Objectives: This study aimed to evaluate the effectiveness of intraductal irrigation using normal saline in the treatment of chronic obstructive sialadenitis. **Method:** The sample consisted of 11 patients diagnosed with chronic obstructive sialadenitis. Repeated intraductal irrigation was performed on each affected gland. Pain symptom severity was evaluated using numerical rating scale (NRS). **Results:** The average NRS score exhibited a significant decrease following the initial irrigation procedures ($p=0,001$). The average number of visits for intraductal irrigations until the patient reported the cessation of pain (NRS=0-1) is approximately six. **Conclusions:** The intraductal irrigation using normal

saline is a simple, safe, and effective treatment option for the patients with chronic obstructive sialadenitis.

Keywords: chronic obstructive sialadenitis, intraductal irrigation of salivary gland.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tuyến nước bọt bao gồm viêm cấp tính và mạn tính. Viêm tuyến nước bọt mạn tính là tình trạng viêm của một hay một vài tuyến nước bọt chính, với các triệu chứng sưng, đau tái đi tái lại nhiều lần. Tình trạng này kéo dài có thể làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân¹. Viêm tuyến nước bọt mạn tính tắc nghẽn (do sỏi hoặc hẹp ống tuyến) chiếm khoảng 1/3 bệnh lý lành tính của tuyến nước bọt². Theo nghiên cứu dịch tễ học của Cascarini L (2009), tỷ lệ mắc viêm tuyến nước bọt vào khoảng 27,5/1 triệu người³.

Viêm tuyến nước bọt mạn tính có thể do nhiều nguyên nhân, như sự viêm nhiễm tái phát nhiều lần làm tổn thương tuyến dẫn đến giảm tiết nước bọt, kích thích tạo sỏi tuyến, hoặc hẹp ống tuyến gây tắc nghẽn. Những mảnh vụn vi khuẩn, kết tủa từ protein nước bọt, chất ngoại lai không thấy được trên phim X quang cũng có thể gây ra tắc nghẽn tuyến nước bọt.

Viêm tuyến nước bọt mạn tính được chẩn đoán dựa trên bệnh sử, lâm sàng và hình ảnh phim sialography. Tùy theo nguyên nhân mà có các phương pháp điều trị khác nhau, nếu tắc nghẽn do sỏi ở ống tuyến, thì điều trị phẫu thuật lấy sỏi sẽ giải quyết được triệu chứng. Tuy nhiên, nếu tình trạng tắc nghẽn không phải do sỏi, điều trị kinh điển chủ yếu sử dụng thuốc kháng sinh, kháng viêm, thuốc tăng tiết nước bọt kết hợp với các liệu pháp mát xa tuyến, chườm ấm để làm giảm triệu chứng⁴. Eisdendbud and Cranin (1963) báo cáo rằng những người bị viêm tuyến nước bọt tắc nghẽn đáp ứng tốt sau khi chụp sialography giảm các triệu chứng sưng, đau⁵.

¹Bệnh Viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Nhân
 Email: hoangnhan248@gmail.com
 Ngày nhận bài: 12.9.2023
 Ngày phản biện khoa học: 27.10.2023
 Ngày duyệt bài: 15.11.2023

Nghiên cứu của Nicholas A và cộng sự vào năm 2000 cũng cho kết quả tương tự⁶. Dựa trên kết quả này, một vài nghiên cứu về hiệu quả của bơm rửa tuyến được thực hiện, kết quả cho thấy triệu chứng được cải thiện^{7,8}. Gần đây, nội soi ống tuyến được công nhận là một phương pháp điều trị mới và hiệu quả, tuy nhiên khó ứng dụng rộng rãi trên khắp các cơ sở điều trị, đòi hỏi chi phí cao, yêu cầu bác sĩ phải có kỹ năng sử dụng máy móc thuần thục. Trong khi liệu pháp bơm rửa ống tuyến nước bọt bằng nước muối có quy trình tương tự như chụp sialography, lại đơn giản, hiệu quả, tiết kiệm chi phí, có thể ứng dụng rộng rãi. Hiện nay, vẫn còn ít nghiên cứu về hiệu quả bơm rửa tuyến nước bọt bằng nước muối sinh lý, nên liệu pháp này chưa được ứng dụng rộng rãi. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị của liệu pháp bơm rửa tuyến nước bọt bằng nước muối sinh lý trên bệnh nhân viêm tuyến nước bọt mạn tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu: 11 bệnh nhân đến khám tại Bệnh Viện Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh được chẩn đoán là viêm tuyến nước bọt mạn tính từ tháng 1/2022 đến tháng 8/2022.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp loạt ca lâm sàng.

Phương tiện nghiên cứu:



Hình 1: Các phương tiện nghiên cứu

- Bơm tiêm nhựa Vinahankook 10ml/cc (Hình 1.A)
- Kim luồn tĩnh mạch B.Braun Introcan Safety màu 24G (màu vàng) (Hình 1B)
- Kim luồn tĩnh mạch B.Braun Introcan Safety 22G (màu xanh) (Hình 1C)
- Nước muối sinh lý 0,9%, gòn viên.
- Bộ dụng cụ khám cơ bản: gương khám, thám châm, kẹp gấp (Hình 1D)

Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán là viêm tuyến nước bọt mạn tính sẽ được đánh giá mức độ đau dựa theo thang đánh giá đau bằng số (Numeric Rating Scale-NRS) được phát triển bởi Hawker và cộng sự (2011)⁹ ở

các thời điểm trước bơm rửa tuyến, sau bơm rửa tuyến lần 1, và sau mỗi lần bơm rửa một ngày, quy trình kết thúc khi NRS bằng 0 hoặc 1.



Hình 2: Thang đánh giá đau bằng số

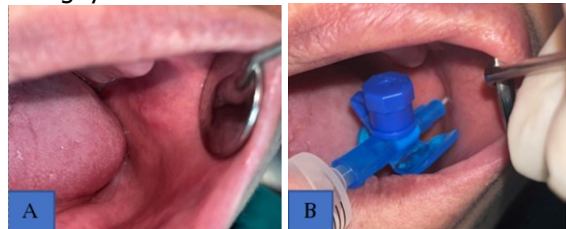
Quy trình bơm rửa tuyến sẽ được tiến hành tương tự như trong nghiên cứu của Lee C và cộng sự (2017)¹⁰:

Bước 1: Xác định lỗ đổ ống tuyến nước bọt. Dùng gòn viên lau khô vùng lỗ đổ tuyến nước bọt, sau đó mát xa nhẹ tuyến để nước bọt tiết ra chỗ lỗ đổ ống tuyến, dùng xi lanh 10ml đã chuẩn bị sẵn 10ml nước muối và gắn kim luồn 24G (màu vàng) đưa vào trong ống tuyến qua lỗ đổ ống tuyến.

Bước 2: Bơm rửa ống tuyến. Bơm nước muối dần dần vào ống tuyến, vừa bơm vừa di chuyển xi lanh tới lui cho đến khi bệnh nhân thấy căng tuyến, và khó chịu thì ngưng lại.

Bước 3: Rút xi lanh và kim luồn 24G (màu vàng) ra, chuyển sang gắn với kim luồn 22G (màu xanh), mát xa tuyến khoảng 2 phút, bệnh nhân thấy đỡ căng cứng, tiếp tục bơm nước muối, lặp lại như vậy 3 lần.

Bước 4: Rút kim luồn. Mát xa tuyến cho bệnh nhân khoảng 2 phút. Hẹn tái khám bệnh nhân vào ngày hôm sau.



Hình 3: A: Xác định lỗ đổ ống tuyến nước bọt.

B: Đưa kim luồn vào ống tuyến nước bọt

Xử lý số liệu. Nhập dữ liệu bằng Exel 2016. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0, mức ý nghĩa 5%. So sánh giữa các nhóm trước và sau điều trị dùng phép kiểm Wilcoxon (biến định lượng không có phân phối chuẩn).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số tuyến nước bọt trong nghiên cứu của chúng tôi là 13 gồm có 12 tuyến mang tai, 1 tuyến dưới hàm, từ 11 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm tuyến nước bọt mạn tính dựa trên hình ảnh sialography trong đó có 2 bệnh nhân bị viêm tuyến nước bọt mạn tính hai bên.

Tuổi trung bình của bệnh nhân là

48,64±10,03 tuổi (từ 32 đến 67 tuổi). Tỷ lệ nam:nữ = 3:8.

Thời gian xuất hiện triệu chứng thay đổi từ 10 ngày đến 2 năm. Trung bình 83,62±194,896 ngày.

Bảng 1: Giá trị NRS và số lần bơm rửa

	N	NRS (T0)	NRS (T1)	
Tuyến mang tai	12	8,67 ± 1,56	6,33 ± 1,67	p=0,001 (*)
Tuyến dưới hàm	1	6	3	
Tổng số tuyến	13	8,46 ± 1,67	6,08 ± 1,85	p=0,001 (*)

NRS (T0): giá trị NRS thời điểm trước bơm rửa tuyến, NRS (T1): giá trị NRS sau bơm rửa tuyến lần đầu *khác biệt có ý nghĩa thống kê

Thang đo mức độ đau NRS trung bình lúc ban đầu bệnh nhân đến khám 8,46 ± 1,67.

NRS sau lần bơm rửa đầu tiên 6,08 ± 1,85.

Sự thay đổi NRS sau can thiệp lần đầu giảm có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Số lần bơm rửa trung bình cho đến khi bệnh nhân cảm thấy hết đau (NRS =0-1) khoảng 5,38 ± 1,61 lần.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, kết quả của thủ thuật bơm rửa tuyến nước bọt bằng nước muối sinh lý là triệu chứng (mức độ đau) của 11 bệnh nhân đều giảm sau can thiệp, bệnh nhân gần như hết triệu chứng đau sau khoảng 6 lần thực hiện thủ thuật. Sau 2 tháng theo dõi, chỉ có 1 ca tái phát triệu chứng sưng đau, sau đó giảm dần khi chúng tôi tiếp tục thực hiện quy trình bơm rửa tuyến. Tương tự, báo cáo loạt ca của Chena Lee và cộng sự¹⁰ cũng cho thấy hiệu quả của việc sử dụng nước muối sinh lý trong quy trình bơm rửa tuyến để điều trị 2 ca viêm tuyến nước bọt mạn tính chỉ sau vài lần bơm rửa. Trong một nghiên cứu khác của Jo-Eun Kim và cộng sự (2020)¹¹ trên 33 bệnh nhân với 58 tuyến được điều trị, trong đó không chỉ đánh giá hiệu quả của bơm rửa tuyến bằng nước muối mà còn đánh giá về sự thay đổi chiều rộng ống tuyến sau bơm rửa, kết quả cho thấy hiệu quả của việc bơm rửa tuyến nước bọt bằng nước muối sinh lý làm giảm triệu chứng đau có ý nghĩa sau trung bình 3-5 lần bơm rửa, nhưng không làm thay đổi chiều rộng ống tuyến sau thủ thuật. Cũng theo nghiên cứu này, những tổn thương viêm tuyến để càng lâu thì càng dễ tái phát hơn sau bơm rửa ống tuyến. Trong 11 bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, có 1 ca bị viêm tuyến mang tai khoảng 2 năm mới đến khám, cơn đau tái phát sau 2 tháng kể từ lần bơm rửa đầu tiên, và

tiếp tục bơm rửa 4 lần hẹn thì cho hiệu quả giảm đau rõ rệt.

Một số báo cáo trước đây cho thấy sự thành công của liệu pháp bơm rửa tuyến nước bọt trong điều trị viêm tuyến nước bọt mạn tính bằng các dung dịch bơm rửa khác nhau: Quinn and Graham (1972) sử dụng tetracycline or erythromycin, Baurmash HD (2004) sử dụng steroid¹², Antoniadis D và cộng sự (2004) sử dụng nước muối hoặc penicillin⁷. Antoniadis D và cộng sự (2004) nhận định rằng, việc tự rửa ống tuyến là yếu tố quan trọng hơn hết nhờ các cơ chế sau: (1) đẩy các albumin đông kết làm tắc nghẽn (2) pha loãng và đẩy các vi khuẩn ngược dòng ra khỏi các ổ xơ teo vào vùng mà tuyến có thể chống lại chúng (3) làm giãn các ống tuyến, và cho các sỏi đi qua (4) loại bỏ các sỏi dính trên thành ống tuyến. Tóm lại, cơ chế chính của liệu pháp bơm rửa ống tuyến là loại bỏ tác nhân gây tắc gồm các sỏi thấu quang, các chất đông kết, những vị trí ứ đọng nước bọt, từ đó giảm thiểu quá trình canxi hóa và giảm viêm. Quá trình bơm rửa nước muối giúp làm pha loãng và đẩy các vi khuẩn, khối đông kết protein, các sỏi thấu quang thông qua quá trình làm giãn ống tuyến, làm đẩy đi nước bọt ứ đọng ở một vài vị trí trong ống tuyến, đây cũng là một trong những nguyên nhân gây viêm tuyến.

Gần đây, một phương pháp mà hiện nay nhiều tác giả đề nghị sử dụng trong điều trị viêm tuyến nước bọt mạn tính đó là nội soi ống tuyến. Với phương pháp này, quá trình bơm rửa ống tuyến, nong các đoạn chít hẹp ống tuyến được nhìn thấy trực tiếp qua màn hình nội soi. Với phương tiện máy móc khá đắt tiền, nên nhiều cơ sở y tế gặp khó khăn trong việc trang bị máy móc này. Bên cạnh đó, người bác sĩ thực hiện thủ thuật bằng máy nội soi cũng phải có kỹ năng lâm sàng tốt để sử dụng máy. Theo báo cáo của Walvekar RR và cộng sự (2008)¹³ về sử dụng máy nội soi tuyến nước bọt trong điều trị các bệnh lý về tuyến nước bọt, bên cạnh tính hiệu quả, và an toàn của kỹ thuật, tác giả có đề cập đến một vài biến chứng có thể gặp khi sử dụng máy nội soi tuyến như là làm rách ống tuyến, hoại tử niêm mạc ống tuyến tại nơi bơm rửa. Ngoài ra, chi phí điều trị cũng sẽ tăng cao do sử dụng máy móc đắt tiền. Cho nên, nếu chỉ sử dụng máy nội soi tuyến chỉ để bơm rửa tuyến thì khá là tốn kém, và khó ứng dụng rộng rãi cho các y tế cơ sở. Như vậy liệu pháp bơm rửa ống tuyến bằng nước muối sinh lý thể hiện được sự đơn giản trong quy trình thực hiện, có thể ứng dụng rộng rãi cho các cơ sở y tế, và tiết kiệm

kinh tế cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân viêm tuyến nước bọt mạn tính cải thiện được triệu chứng đau.

V. KẾT LUẬN

Bơm rửa tuyến nước bọt bằng nước muối sinh lý là một liệu pháp điều trị đơn giản, hiệu quả, giảm đau tốt, an toàn cho bệnh nhân viêm tuyến nước bọt mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nahlieli O, Bar T, Shacham R, Eliav E, Hecht-Nakar L.** Management of chronic recurrent parotitis: current therapy. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.* Sep 2004;62(9):1150-5. doi:10.1016/j.joms.2004.05.116
2. **Wilson KF, Meier JD, Ward PD.** Salivary gland disorders. *American family physician.* Jun 1 2014; 89(11):882-8.
3. **Cascarini L, McGurk M.** Epidemiology of salivary gland infections. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America.* Aug 2009;21(3):353-7. doi:10.1016/j.coms.2009.05.004
4. **Nahlieli O, Bar T Fau - Shacham R, Shacham R Fau - Eliav E, Eliav E Fau - Hecht-Nakar L, Hecht-Nakar L.** Management of chronic recurrent parotitis: current therapy. (0278-2391 (Print))
5. **Eisenbud L, Cranin N.** The role of sialography in the diagnosis and therapy of chronic obstructive sialadenitis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology.* 1963/10/01/ 1963;16(10):1181-1199. doi:https://doi.org/10.1016/0030-4220(63)90339-6
6. **Drage NA, Brown Je Fau - Wilson RF, Wilson RF.** Pain and swelling after sialography: is it a significant problem? (1079-2104 (Print))
7. **Antoniades D, Harrison JD, Epivatianos A, Papanayotou P.** Treatment of chronic sialadenitis by intraductal penicillin or saline. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.* Apr 2004;62(4):431-4. doi:10.1016/j.joms.2003.07.007
8. **Pace CG, Hwang KG, Papadaki M, Troulis MJ.** Interventional sialoendoscopy for treatment of obstructive sialadenitis. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.* Nov 2014;72(11):2157-66. doi:10.1016/j.joms.2014.06.438
9. **Hawker GA, Mian S Fau - Kendzerska T, Kendzerska T Fau - French M, French M.** Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). (2151-4658 (Electronic))
10. **Lee C, Kim JE, Huh KH, et al.** Therapeutic effect of intraductal irrigation of the salivary gland: A technical report. *Imaging science in dentistry.* Jun 2017;47(2):123-127. doi:10.5624/isd.2017.47.2.123

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT KHÁNG CẮT TINH HOÀN TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Anh Tú¹, Dương Thị Lệ²

TÓM TẮT

Ung thư tuyến tiền liệt đạt tỷ lệ đáp ứng ban đầu lên tới 80%, nhưng cuối cùng hầu như tất cả bệnh nhân đều tiến triển đến giai đoạn kháng cắt tinh hoàn (testosterol <50ng/dl). **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn điều trị tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được chẩn đoán kháng cắt tinh hoàn. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán CRPC là 66.4 ± 8.7 với triệu chứng lâm sàng thường

gặp nhất là đau xương (64,5%). Xương, xương chậu và xương cột sống, là vị trí di căn phổ biến nhất tại thời điểm chẩn đoán CRPC (77,4%). Điểm Gleason của bệnh nhân tham gia nghiên cứu chủ yếu là 9-10 điểm. **Kết luận:** Xương là vị trí di căn phổ biến nhất tại thời điểm chẩn đoán CRPC. **Từ khóa:** Kháng cắt tinh hoàn, Ung thư tuyến tiền liệt.

SUMMARY

STUDYING ON CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER PATIENTS IN VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Prostate cancer achieves an initial response rate of up to 80%, but eventually almost all patients progress to the castration-resistant stage (testosterol <50 ng/dl). **Purpose:** To Describe some clinical and paraclinical characteristics of patients with castration-resistant prostate cancer treated in Vietnam National Cancer Hospital. **Methods:** Record the clinical and laboratory characteristics of prostate cancer patients diagnosed resistant to orchiectomy. **Results:** The

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2023

Ngày duyệt bài: 15.11.2023