

analysis of cervical lymph nodes metastasis in oral squamous cell carcinoma. Relationship between grade of histopathological malignancy and lymph nodes metastasis. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003;32(3):284-288.

8. **Tomo S, de Castro TF, Araújo WAF, et al.** Influence of different methods for classification of lymph node metastases on the survival of patients with oral squamous cell carcinoma. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2023;124(2):101311.

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT MỔ 4 TAY TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY U SỢI MẠCH VÒM MŨI HỌNG

Nguyễn Minh Hào Hón¹, Trần Việt Luân²,
Trần Việt Hồng², Nguyễn Thanh Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo tiên cứu và phân tích về phân loại giai đoạn u, kết quả điều trị phẫu thuật lấy u sợi mạch vòm mũi họng qua nội soi. Ứng dụng của kỹ thuật mổ 4 tay và biện pháp tắc mạch trước mổ được bàn luận. **Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu tiên cứu 34 trường hợp u sợi mạch vòm mũi họng tại Bệnh viện Tai mũi họng TP. HCM từ tháng 07 năm 2019 đến tháng 07 năm 2023. Trong đó có 30 trường hợp được thực hiện tắc mạch trước phẫu thuật từ 24 – 48 giờ (88,2%), 4 trường hợp không tắc mạch (11,8%). **Kết quả:** Theo phân độ của Andrews, có 6 trường hợp giai đoạn I, 22 trường hợp giai đoạn II, giai đoạn IIIA và giai đoạn IIIB đều có 3 trường hợp. Trong lúc phẫu thuật có 21 trường hợp có lượng máu mất ít hơn 500 ml, 7 trường hợp lượng máu mất từ 500-1000ml và 6 trường hợp có lượng máu mất hơn 1000ml. Có 7 trường hợp cần truyền máu. Trong đó 3 trường hợp truyền máu trong lúc phẫu thuật và 4 trường hợp truyền máu bổ trợ thêm sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi mũi xoang lấy u sợi mạch vòm mũi họng với ưu điểm là tránh được đường sẹo ngoài, những biến dạng sọ mặt ở những bệnh nhân trẻ mà còn kiểm soát được các phần lan rộng, lan xa của khối u mà còn kiểm soát lượng máu mất tốt, rút ngắn thời gian phẫu thuật, hậu phẫu nhẹ nhàng. Kỹ thuật mổ 4 tay rất phù hợp cho phẫu thuật nội soi lấy u sợi mạch vòm mũi họng mang lại hiệu quả tốt và an toàn cho người bệnh.

SUMMARY

APPLICATION OF 4-HAND TECHNIQUE IN ENDOSCOPIC ENDONASAL APPROACH TO REMOVE JUVENILE NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA

Background: Surgical removal of Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma (JNA) is challenging because of the tumor's intricate blood supply and the complex anatomy of the surrounding structures, such as the pterygopalatine fossa, infratemporal fossa, and

skull base. Endoscopic surgery offers a minimally invasive approach that improves visualization, preserves bone integrity, and lowers the risks of complications and recurrence. **Objective:** The article review staging of the tumor and outcomes of surgical approach to remove JNA. The application of the four-arm surgery technique and preoperative embolization measures are discussed. **Method:** We conducted a prospective study of 34 cases of JNA at the ENT Hospital of HCM city from July 2019 to July 2023. 30 cases were embolized 24 - 48 hours before surgery. **Result:** According to Andrews' classification, there were 6 cases of stage I, 22 cases of stage II, 3 cases of stage IIIA and stage IIIB. During surgery, there were 21 cases with blood loss less than 500 ml, 7 cases with blood loss from 500-1000 ml and 6 cases with blood loss more than 1000 ml, 7 cases requiring blood transfusion. **Conclusion:** Endoscopic surgery to remove JNA has the advantage of avoiding external scars and craniofacial deformities in young patients but also controlling the spreading and distant parts of the tumor but also controls blood loss well, shortens surgery time, and has a gentle postoperative period. The 4-hand surgery technique is suitable for endoscopic surgery to remove JNA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U sợi mạch vòm mũi họng là khối u lành tính, hiếm gặp, tăng sinh mạch máu dữ dội, chỉ xảy ra ở nam giới, thường gặp ở lứa tuổi từ 8-25, chiếm từ 0,05-0,5% các khối u vùng đầu cổ¹. Phát hiện sớm và phẫu thuật lấy sạch u giúp giảm tỷ lệ tái phát và tỷ lệ mắc bệnh². Điều trị phẫu thuật u sợi mạch vòm mũi họng thường gặp nhiều thách thức như: nguy cơ tổn thương các mạch máu nuôi u, sự phức tạp về giải phẫu của hố chân bướm khẩu cái, hố dưới thái dương, sàn sọ và độ tuổi bệnh nhân trẻ³. Mặc dù bản chất là u lành tính, nhưng u sợi mạch vòm mũi họng có khả năng xâm lấn tại chỗ dữ dội và lan nhanh vào các cấu trúc lân cận như hố dưới thái dương, ổ mắt, nội sọ¹. Trước đây, đa phần phẫu thuật lấy u sợi mạch vòm mũi họng chủ yếu qua đường cạnh mũi, đường lột găng, đường dưới môi, trước tai, v.v. gây sẹo ngoài mặt thẩm mỹ, ngoài ra còn ảnh hưởng đến sự phát triển của khuôn mặt ở những bệnh nhân trẻ tuổi do khoan

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hào Hón

Email: drhaohon@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024

cắt xương⁴. Những biến chứng có thể gặp khi phẫu thuật theo đường ngoài như rò dịch não tủy, tổn thương dây thần kinh mặt, thần kinh dưới ổ mắt, rối loạn chức năng tuyến lệ, dị dạng khuôn mặt, giảm khứu và sai lệch khớp cắn đã được báo cáo với các phương pháp tiếp cận xuyên mặt⁴. Đường tiếp cận bên thông qua hố dưới thái dương có thể dẫn đến khít hàm và điếc dẫn truyền⁴. Hơn 10 năm trở lại đây, ngành phẫu thuật nội soi ngày càng phát triển cùng với sự hoàn thiện của dụng cụ phẫu thuật, nhờ đó việc áp dụng nội soi để cắt bỏ u trong hốc mũi lan vào các cấu trúc xung quanh như hốc mắt, sàn sọ, hố chân bướm khẩu cái đã tạo nên một cuộc cách mạng trong điều trị phẫu thuật nội soi và điển hình là u sợi mạch vòm mũi họng^{3,5}. U sợi mạch vòm mũi họng là một bệnh lý cần phẫu thuật triệt để nhằm giảm nguy cơ tái phát. Nội soi cung cấp một phẫu trường mổ rõ ràng, tránh các đường mổ xương vùng hàm mặt, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tái phát^{3,6}. Mặc dù tắc mạch trước phẫu thuật đã làm giảm đáng kể chảy máu trong phẫu thuật và tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật lấy u^{1,7}, việc kiểm soát chảy máu vẫn còn là vấn đề quan trọng trong phẫu thuật lấy u sợi mạch vòm mũi họng, nhất là những trường hợp u ở giai đoạn trễ (độ III – IV), hoặc các trường hợp đặc biệt khi u có sự cấp máu từ động mạch cảnh trong⁸. Trẻ em và thanh thiếu niên có lượng máu ít hơn so với người lớn nên khả năng chịu đựng mất máu do phẫu thuật cũng kém hơn, ảnh hưởng đến kết quả lấy u cho bệnh nhân. Với kỹ thuật mổ 4 tay, người phụ mổ vừa kéo u, vừa hút máu, tưới rửa sạch phẫu trường tạo thuận lợi cho phẫu thuật viên lấy u nhanh, gọn, chính xác, tránh tổn thương các cấu trúc thần kinh, mạch máu quan trọng xung quanh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu tiến cứu 34 trường hợp u sợi mạch vòm mũi họng tại Bệnh viện Tai mũi họng TP. HCM từ tháng 07 năm 2019 đến tháng 07 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tất cả 34 trường hợp đều là nam giới, tuổi từ 12-39. Gặp nhiều nhất là nhóm bệnh nhân 13 – 19 tuổi với 23 trường hợp, chiếm 67,6%.

3.1. Phân loại giai đoạn u

Bảng 10. Phân loại giai đoạn u theo Andrews

| Giai đoạn u theo Andrews | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------|--------------|-----------|
| I | 6 | 17,7 |

| | | |
|-------------|-----------|------------|
| II | 22 | 64,7 |
| IIIA | 3 | 8,8 |
| IIIB | 3 | 8,8 |
| Tổng | 34 | 100 |

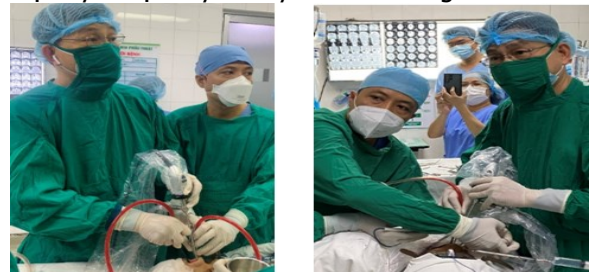
3.2. Lượng máu mất: ít nhất 150 ml và nhiều nhất 3000 ml và được chia thành 3 mức độ như sau

Bảng 11. Mức độ mất máu trong phẫu thuật

| Mức độ máu mất | Số trường hợp | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|---------------|-----------|
| Ít (<500ml) | 21 | 61,7 |
| Trung bình (500-1000ml) | 7 | 20,6 |
| Nhiều (>1000ml) | 6 | 17,7 |

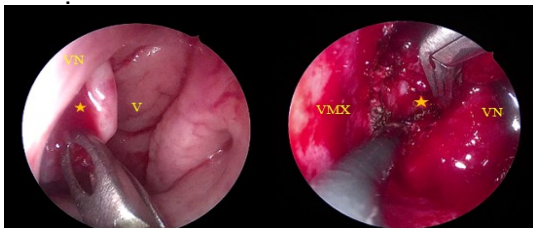
IV. BÀN LUẬN

Theo y văn, u sợi mạch vòm mũi họng thường gặp ở thanh thiếu niên trẻ tuổi, từ 14-25 tuổi⁹. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân từ 12-39 tuổi, 2 trường hợp 12 tuổi và 2 trường hợp 39 tuổi. Gặp nhiều nhất là nhóm 13-19 tuổi với 23 trường hợp, chiếm 67,6%. Tất cả trường hợp đều là nam giới. Ngày nay, điều trị u sợi mạch vòm mũi họng là phẫu thuật lấy u triệt để nhằm tránh tái phát và giảm tỷ lệ bệnh lưu hành. Phẫu thuật lấy u qua nội soi cho thấy nhiều ưu điểm vượt trội so với mổ đường ngoài, giúp cung cấp một phẫu trường mổ rõ ràng, kiểm soát mất máu tốt, tránh các đường mổ xương vùng hàm mặt, rút ngắn thời gian nằm viện và chi phí điều trị^{3,5}. Kỹ thuật “mổ 4 tay” đã được Robinson và Wormald³ thực hiện đầu tiên vào năm 2006, cho đến nay kỹ thuật này được nhiều PTV lựa chọn trong phẫu thuật lấy u sợi mạch vòm mũi họng qua nội soi. Kỹ thuật này được tiến hành như sau: phẫu thuật viên chính với một tay cầm ống nội soi, một tay dùng dụng cụ cắt đốt để bóc tách u, trong khi người phụ mổ đứng cùng bên hoặc đối bên với PTV, một tay kéo u, tay còn lại hút máu và làm sạch phẫu trường. Với đặc tính dai và chắc của u sợi mạch vòm mũi họng, việc người phụ kéo u sẽ giúp PTV dễ dàng tách u ra khỏi vị trí bám. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các ca mổ đều thực hiện kỹ thuật này và lấy u thành công.



Hình 1. Kỹ thuật phẫu thuật 4 tay
Trong những trường hợp u nhỏ (giai đoạn I),

u còn khu trú ở vòm, người phụ sẽ dùng kiềm 45 độ kéo u qua bên vòm đối diện. Còn với những trường hợp u lớn (giai đoạn II trở lên), cần phải mở cửa sổ vách ngăn để người phụ kéo u qua vị trí này mới dễ dàng. Với kỹ thuật trên, tác giả Narayanan và cs⁵ đã thực hiện 15 trường hợp lấy u qua nội soi mà không cần tắc mạch trước phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình 100 phút, lượng máu mất trung bình 67ml. Tuy nhiên tác giả không nêu rõ u ở giai đoạn nào theo phân độ của Radkowski.



Hình 2. Kỹ thuật kéo u qua vòm (hình trái), kỹ thuật kéo u qua cửa sổ vách ngăn (hình phải) (dấu sao: u; VN: vách ngăn; V: vòm; VMX: vách mũi xoang)

Ngoài ra, Janakiram⁶ còn báo cáo một trường hợp u sợi mạch vòm mũi họng lớn xâm lấn nội sọ được dùng kỹ thuật 6 tay với 3 PTV để phẫu thuật lấy u ở xoang hang, khe trên ổ mắt, hố sọ giữa qua nội soi xuyên mũi, xuyên ổ mắt thành công. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào thực hiện kỹ thuật 6 tay này. Cũng như nhiều nghiên cứu khác^{5,7}, chúng tôi thấy rằng với kỹ thuật mổ 4 tay sẽ giúp PTV kiểm soát được phẫu trường, bóc tách bờ mép u rõ ràng, lấy u hiệu quả qua nội soi. Có 2 cách để lấy bỏ u ra khỏi vị trí bám: lấy trọn u và phân đoạn khối u. Kỹ thuật bóc trọn u sẽ hạn chế việc bỏ sót u. Tuy nhiên với những khối u lớn, phẫu trường hẹp gây khó khăn trong việc kéo u, lúc này cần phải phân đoạn và lấy từng phần u ra khỏi vị trí. Cách thứ 2 sẽ làm phẫu trường chảy máu nhiều hơn và dễ bỏ sót u. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 27/34 trường hợp chiếm tỷ lệ 79% bóc tách trọn u, 7/34 trường hợp chiếm tỷ lệ 21% cắt phân đoạn khối u. Chúng tôi ưu tiên chọn kỹ thuật bóc tách trọn u trước vì hạn chế sót u và tránh tình trạng khi cắt vào khối u gây chảy máu nhiều khó kiểm soát phẫu trường. Vì vậy chúng tôi chỉ thực hiện kỹ thuật cắt phân đoạn u trong những trường hợp chúng tôi không thể bóc tách trọn u được. Theo tác giả Mohamed Adel Khalifa¹⁰, phân đoạn u nên chia thành các thì phẫu thuật. Trước hết cắt u từ phần bám ở cửa mũi sau đến lỗ bướm khẩu cái và phần bám ở vòm. Sau khi lấy phần u này ra khỏi mũi sẽ tiến hành bóc tách phần u

trong xoang bướm (nếu có) rồi tới phần u ở thành ngoài trong hố chân bướm khẩu cái, hố dưới thái dương, khe ổ mắt, v.v..

Việc tắc mạch trước mổ giúp giảm lượng máu mất trong lúc phẫu thuật kèm với việc lấy u qua nội soi hiệu quả hơn^{2,5}. Tuy nhiên, ngày nay với sự phát triển của dụng cụ phẫu thuật nội soi cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên trong việc lấy u sàn sọ, một số tác giả không thực hiện tắc mạch trước mổ với các lý do sau: u mềm hơn, khi bóc tách u dễ bị sót hơn, ngoài ra còn giảm thời gian và chi phí điều trị cho bệnh nhân^{5,6}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 30/34 ca được tắc mạch trước phẫu thuật, và chúng tôi thấy rằng những trường hợp u ở giai đoạn I còn khu trú ở vòm, thậm chí u ở giai đoạn II lan nhẹ vào hố chân bướm khẩu cái có thể phẫu thuật lấy trọn u qua nội soi mà không cần tắc mạch.

Nhờ kỹ thuật mổ 4 tay này mà chúng tôi lấy u qua nội soi thành công tất cả trường hợp. Trong đó có 61,8% mất máu ít (<500ml), 20,6% mất máu trung bình (500-1000ml) và chỉ 17,6% mất máu nhiều (>1000ml). Có 4/34 trường hợp tái phát u, chiếm 11,8%. Không có trường hợp nào cần phẫu thuật 2 thì hoặc gặp tai biến trong và sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lấy u sợi mạch vòm mũi họng ngày càng được chọn lựa với nhiều ưu điểm là tránh được đường sẹo ngoài, những biến dạng sọ mặt ở bệnh nhân trẻ, kiểm soát được việc lấy u hiệu quả, ngoài ra còn giúp kiểm soát lượng máu mất tốt, rút ngắn thời gian phẫu thuật, hậu phẫu nhẹ nhàng và tỷ lệ tái phát thấp. Việc tắc mạch trước phẫu thuật cần được thực hiện ở những bệnh nhân có u ở giai đoạn trễ (giai đoạn III – IV). Ở những giai đoạn sớm (giai đoạn I- II), tùy vào kinh nghiệm của PTV, có thể không cần tắc mạch để giảm thời gian và chi phí điều trị. Kỹ thuật “mổ 4 tay” cho thấy rất phù hợp cho việc lấy u qua nội soi, giúp phẫu thuật viên kiểm soát ranh giới u, chảy máu trong lúc phẫu thuật, rút ngắn thời gian phẫu thuật. Vì vậy, kỹ thuật này là một chọn lựa trong quá trình phẫu thuật lấy u sợi mạch vòm mũi họng qua nội soi thành công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Watters K, McGill T, Rahbar R.** Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. In: Rahbar R, Rodriguez-Galindo C, Meara JG, Smith ER, Perez-Atayde AR, eds. Pediatric Head and Neck Tumors: A-Z Guide to Presentation and Multimodality Management. Springer New York; 2014:193-202.
2. **Rupa V, Mani SE, Backianathan S, Rajshekhar V.** Management and Outcome in

- Patients with Advanced Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. Journal of neurological surgery Part B, Skull base. Aug 2018;79(4):353-360. doi: 10.1055/s-0037-1608658
3. **Douglas R, Wormald PJ.** Endoscopic surgery for juvenile nasopharyngeal angiofibroma: where are the limits? Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery. Feb 2006;14(1):1-5. doi:10.1097/01.moo.0000188859.91607.65
 4. **Langdon C, Herman P, Verillaud B, et al.** Expanded endoscopic endonasal surgery for advanced stage juvenile angiofibromas: a retrospective multi-center study. Rhinology. Sep 2016;54(3):239-46. doi:10.4193/Rhin15.104
 5. **Janakiram TN, Sharma SB, Panicker VB.** Endoscopic Excision of Non-embolized Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma: Our Technique. Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery: official publication of the Association of Otolaryngologists of India. Sep 2016; 68(3):263-9. doi:10.1007/s12070-016-1013-1
 6. **Janakiram TN, Parekh P, Haneefa H, Prasad SK.** Endoscopic Three-surgeon Six-handed Transorbital Transnasal Technique for Excision of Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma: New Frontier Explored. Asian journal of neurosurgery. Oct-Dec 2017;12(4):790-793. doi:10.4103/1793-5482.181148
 7. **Llorente JL, Lopez F, Suarez V, Costales M, Suarez C.** [Evolution in the treatment of juvenile nasopharyngeal angiofibroma]. Acta otorinolaringologica española. Jul-Aug 2011;62(4): 279-86. Evolucion en el tratamiento de los angiofibromas nasofaríngeos juveniles. doi:10.1016/j.otorri.2011.02.002
 8. **Snyderman CH, Pant H, Carrau RL, Gardner P.** A new endoscopic staging system for angiofibromas. Archives of otolaryngology--head & neck surgery. Jun 2010;136(6):588-94. doi:10.1001/archoto.2010.83
 9. **Makhasana JA, Kulkarni MA, Vaze S, Shroff AS.** Juvenile nasopharyngeal angiofibroma. Journal of oral and maxillofacial pathology : JOMFP. May-Aug 2016;20(2):330. doi:10.4103/0973-029x.185908

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH MẠN TÍNH Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HUYỆN SA THẦY, TỈNH KON TUM

Ngô Viết Lộc¹, Nguyễn Văn Thịnh²,
Nguyễn Thị Kiều Khanh¹, Nguyễn Hữu Duân³

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhiều nghiên cứu về tình hình bệnh tật và sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi đã được tiến hành, nhưng vẫn còn ít nghiên cứu về sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính của người cao tuổi. **Mục tiêu:** Mô tả tình hình bệnh mạn tính ở người cao tuổi tại huyện Sa Thầy, tỉnh Kon Tum và khảo sát tình hình sử dụng dịch vụ y tế khám chữa bệnh mạn tính và một số yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 460 người cao tuổi tại huyện Sa Thầy, tỉnh Kon Tum. Sử dụng test χ^2 với mức ý nghĩa $\alpha = 0.05$ để tìm ra các yếu tố liên quan giữa việc sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính của đối tượng nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc bệnh mạn tính ở đối tượng nghiên cứu là 61,7%. Bệnh viện là nơi được đa số các đối tượng chọn khám bệnh mạn tính định kỳ chiếm 51,1% và có 19,7% người không khám bệnh mạn tính. Tình trạng hôn nhân, thu nhập chính của đối tượng nghiên cứu có liên quan đến việc có sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh mạn tính khi tái phát ($p < 0,05$). **Kết luận:** Dựa vào kết quả tìm được, cần có

các hành động và biện pháp thích hợp nhằm phát huy vai trò người cao tuổi; tăng cường nguồn lực trong công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

Từ khóa: Bệnh mạn tính, dịch vụ y tế, khám chữa bệnh, người cao tuổi.

SUMMARY

SITUATION OF EXAMINATION AND TREATMENT OF CHRONIC DISEASES AMONG ELDERLY PEOPLE AT SA THAY MEDICAL DISTRICT CENTER IN KONTUM PROVINCE

Background: Many studies on the situation of the elderly people have been conducted, but there were still a few studies on examination and treatment of their chronic diseases. **Objectives:** To describe the situation of chronic diseases in the elderly people at Sa Thay Medical District in KonTum Province and to find out some factors related to examination and treatment of their chronic diseases. **Method:** A cross-sectional descriptive study on 460 elderly people at Sa Thay Medical District in KonTum Province. The χ^2 test with significance level $\alpha = 0.05$ was used to find factors related to examination and treatment of their chronic diseases. **Result:** The prevalence of chronic diseases in the study subjects was 61.7%. Hospitals or medical centers are the places where the majority of subjects choose to have periodic chronic diseases examination (51.1%); 19.7% of the subjects did not have chronic diseases examination. The marital status and main income of the study subjects are related to the

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

²Trung tâm Y tế huyện Sa Thầy, tỉnh Kon Tum

³Trung tâm Y tế thành phố Huế, tỉnh Thừa Thiên Huế

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Viết Lộc

Email: nvloc@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024