

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

NGUYỄN CÔNG HUYỀN TÔN NỮ CẨM TÚ

**NGHIÊN CỨU CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
QUA NỘI SOI BỆNH LÝ SỎI ỐNG TUYẾN NƯỚC BỌT**

Chuyên ngành: Tai – Mũi – Họng

Mã số: 62720155

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Thành phố Hồ Chí Minh - Năm 2020

Công trình được hoàn thành tại:

Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. Trần Minh Trường

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng đánh giá luận án cấp Trường
hợp tại: Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Vào hồi giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP.HCM
- Thư viện Đại học Y Dược TP.HCM

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Lý do và tính cần thiết của nghiên cứu

Bệnh lý sỏi tuyến nước bọt là nhóm bệnh lý thường gặp, chiếm tỷ lệ đáng kể trong nhóm bệnh tuyến tuyến nước bọt. Bệnh lý sỏi tuyến nước bọt nếu không được điều trị có thể dẫn đến tình trạng tắc nghẽn ống tuyến, lâu dài có thể gây viêm tuyến nước bọt và apxe tuyến lan các cấu trúc lân cận. Một số công cụ hình ảnh học dùng trong chẩn đoán bệnh lý sỏi ống tuyến có thể kể đến như Xquang, siêu âm, Ctscan, tuy nhiên mỗi phương pháp có một số khuyết điểm, đặc biệt sỏi nhỏ, nằm sâu trong cấu trúc nhu mô, nhiều sỏi trong ống tuyến... Bên cạnh đó, can thiệp trong những trường hợp này trước đây là phẫu thuật mở ống tuyến lấy sỏi trong trường hợp sờ thấy sỏi hoặc phẫu thuật cắt tuyến nước bọt. Có nhiều biến chứng trong và sau phẫu thuật như chảy máu, liệt thần kinh, hội chứng Frey, rò nước bọt, khô miệng... ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ của bệnh nhân.

Cùng với sự phát triển của Y học, sự ra đời của nội soi nói chung và nội soi ống tuyến nước bọt nói riêng đánh dấu cho bước tiến của phẫu thuật Tai Mũi Họng xâm lấn tối thiểu, trở thành cuộc cách mạng trong điều trị bệnh lý viêm tuyến nước bọt do sỏi. Can thiệp bệnh lý sỏi ống tuyến qua nội soi là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, giúp khắc phục được những hạn chế của phẫu thuật mở trước đây, giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật và nằm viện, giảm nguy cơ và biến chứng của phẫu thuật mở. Phẫu thuật viên có thể can thiệp lấy sỏi qua nội soi đơn thuần hay mở ống tuyến dưới hướng dẫn nội soi, giúp cho gần như có thể can thiệp điều trị cho tất cả các trường hợp sỏi ống tuyến (tuyến dưới hàm, tuyến mang tai). Vì vậy, việc nghiên cứu nội

soi ống tuyền trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý sỏi ống tuyền rất cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn.

2. Mục tiêu nghiên cứu:

- Mô tả đặc điểm hình ảnh học (siêu âm, CT scan) và nội soi ống tuyền trong chẩn đoán bệnh nhân sỏi ống tuyền nước bọt.
- Ứng dụng kỹ thuật nội soi ống tuyền trong điều trị bệnh nhân sỏi ống tuyền nước bọt và đề xuất các bước kỹ thuật nội soi ống tuyền trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý sỏi ống tuyền nước bọt.
- Đánh giá kết quả của nội soi ống tuyền trong điều trị bệnh nhân sỏi ống tuyền nước bọt.

Những đóng góp mới của luận án

- Cho kết quả ban đầu về đặc điểm bệnh lý sỏi ống tuyền nước bọt trên đối tượng người Việt Nam.
- Ứng dụng kỹ thuật nội soi ống tuyền để chẩn đoán và điều trị bệnh lý sỏi ống tuyền nước bọt (tuyến dưới hàm, tuyến mang tai) cho đối tượng bệnh nhân Việt Nam, có thể triển khai tại những cơ sở y tế có đủ điều kiện trang thiết bị và nhân lực.
- Đưa ra các bước kỹ thuật chi tiết trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý sỏi ống tuyền nước bọt
- Đề xuất một số cải tiến về mặt kỹ thuật, dụng cụ và bảng phân loại sỏi như que nông, vỏ kim luân, que lấy sỏi giúp cho các thao tác trong phẫu thuật được tiến hành dễ dàng, nhanh chóng và chính xác.

3. Bố cục luận án

Luận án có 127 trang, bao gồm phần mở đầu và mục tiêu nghiên cứu 2 trang, tổng quan tài liệu 35 trang, phương pháp nghiên cứu 21 trang, phần kết quả nghiên cứu 29 trang, bàn luận 37 trang, kết luận

và kiến nghị 03 trang. Luận án có 66 bảng, 9 biểu đồ, 1 sơ đồ, 63 hình ảnh và 72 tài liệu tham khảo (5 tài liệu tiếng Việt và 67 tài liệu tiếng Anh).

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan về bệnh lý sỏi ống tuyến nước bọt

Sỏi tuyến nước bọt thường gặp nhất, chiếm 1/3 bệnh lý tuyến nước bọt. Hầu hết bệnh nhân ở tuổi trung niên. Tần suất xuất hiện bệnh ở nam giới gấp hai lần so với nữ giới. Nguyên nhân bệnh chưa được biết rõ, trung bình sỏi có thể lớn dần 1 mm/năm. Sỏi được phát hiện nhiều nhất ở tuyến dưới hàm (80 - 85%). Ít gặp hơn ở tuyến mang tai (10 - 15%) và rất hiếm gặp ở tuyến dưới lưỡi, các tuyến nước bọt phụ (5%).

1.2. Đặc điểm hình ảnh học (siêu âm, CT scan) và nội soi ống tuyến trong chẩn đoán bệnh lý sỏi ống tuyến nước bọt

❖ Siêu âm

Đây là công cụ thường được sử dụng trong chẩn đoán bệnh lý tuyến nước bọt vì đây là phương pháp chẩn đoán nhanh, rẻ tiền, không xâm lấn, không ảnh hưởng bởi tia X, có thể xác định được một số bất thường nhất định trong bệnh lý OT, những trường hợp sỏi ống tuyến có kích thước trên 4mm.

❖ CT scan

CT scan cho phép nhìn thấy rõ các sỏi lớn và xác định vị trí của sỏi ở ống tuyến hay nhu mô tuyến nhưng không thể khảo sát trực tiếp hình ảnh hệ thống OT, do đó những trường hợp bị hẹp hẹp sẽ không được phát hiện. Các loại sỏi vô cơ chiếm 20% có thể cản quang kém

trên CT scan. Ngoài ra CT scan giúp phát hiện những biến chứng do sỏi như viêm nhiễm hay apxe tuyến và các cấu trúc lân cận.

❖ Nội soi ống tuyến

Hình ảnh ống tuyến nước bọt bình thường và hình ảnh bệnh lý sỏi OT qua nội soi

Hình ảnh OT nước bọt bình thường:

- Nhú tuyến được lót bởi phần niêm mạc nhô lên hình nón, đường kính lỗ nhú tuyến dưới hàm từ 0,1 – 0,5mm.

- Ống tuyến chính: ống tuyến bình thường tương đối thẳng, trơn láng, được lót bởi lớp biểu mô có màu hồng nhạt, có thể nhìn thấy mạch máu trên bề mặt lớp biểu mô và gờ tròn quanh ống tuyến.

- Vùng rốn tuyến: từ vùng rốn tuyến sẽ phân thành nhánh nhỏ ống tuyến đi vào nhu mô tuyến. Dạng phân thành 2 nhánh thường gặp nhất, có thể gặp những dạng phân nhánh khác như phân thành 3 nhánh hoặc nhiều nhánh.

- Hệ thống ống tuyến nhu mô: hay còn được gọi là vùng sau rốn tuyến. Trên hệ thống nội soi có thể thấy được hệ thống ống tuyến nhu mô sau khi phân nhánh lần thứ 2 và lần thứ 3.

Hình ảnh bệnh lý sỏi OT qua nội soi

Sỏi trong OT có thể 1 viên hoặc nhiều viên. Vị trí của sỏi thường ở OT chính hoặc rốn tuyến, có thể ở trong OT nhu mô. Nội soi OT giúp xác định một số đặc điểm của sỏi như độ di động, vị trí sỏi, có thể quan sát hoàn toàn sỏi hay không, dựa vào những đặc điểm đó giúp phân loại sỏi theo phân bảng phân loại, đưa ra phương pháp can thiệp phẫu thuật thích hợp.

1.3. Ứng dụng kỹ thuật nội soi ống tuyến trong điều trị bệnh lý sỏi ống tuyến nước bọt

Phẫu thuật lấy sỏi theo đường họng miệng

Phẫu thuật lấy sỏi theo đường họng miệng có thể can thiệp lấy sỏi khi sỏi nằm ở vị trí ống tuyến chính, kích thước sỏi lớn, có thể sờ được sỏi trên lâm sàng, số lượng sỏi ít ranh giới rõ, không tổn thương cũng như xâm lấn vào các tổ chức xung quanh.

Tuy nhiên những trường hợp sỏi có kích thước nhỏ, nằm ở vị trí rốn tuyến hay ống tuyến nhu mô, không sờ được trên khám lâm sàng, nhiều viên sỏi thì phương pháp này gặp nhiều hạn chế.

Phẫu thuật cắt tuyến nước bọt

Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến nước bọt lấy sỏi kèm theo được chỉ định trong các trường hợp sỏi nằm sâu trong lòng nhu mô tuyến, khó xác định bằng khám lâm sàng. Đặc biệt các bệnh nhân đã lấy sỏi qua đường miệng thất bại, tình trạng sỏi làm viêm tuyến nhiều lần điều trị nội khoa không có kết quả.

Phẫu thuật cắt tuyến nước bọt nên là phương pháp can thiệp cuối cùng vì có nhiều khuyết điểm như kỹ thuật xâm lấn, nhiều biến chứng, ảnh hưởng đến thẩm mỹ do để lại sẹo vùng mặt.

Nội soi ống tuyến trong can thiệp lấy sỏi OT nước bọt

Can thiệp bệnh lý OT qua nội soi là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, giúp khắc phục được những hạn chế của phẫu thuật lấy sỏi theo đường họng miệng không có hướng dẫn của nội soi hoặc phẫu thuật cắt tuyến nước bọt.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu này được thiết kế theo phương pháp mô tả tiến cứu, theo dõi dọc và can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân chẩn đoán bệnh lý sỏi OT nước bọt và điều trị tại khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2017 đến tháng 3/2020.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý sỏi OT nước bọt (tuyến dưới hàm, tuyến mang tai) dựa vào lâm sàng, hình ảnh học.

- Những trường hợp này có chỉ định nội soi OT nước bọt nhằm chẩn đoán xác định và can thiệp điều trị.

+ Tiêu chuẩn lâm sàng:

- Sưng đau tái phát nhiều đợt vùng tuyến nước bọt sau ăn
- Chảy dịch mủ tái phát qua lỗ nhú tuyến sau ăn

+ Tiêu chuẩn siêu âm/CT scan:

- Siêu âm: các dải tăng âm mạnh hoặc các điểm có bóng cản âm xa. Trong trường hợp có triệu chứng tắc ống, các ống bị giãn đó có thể nhìn thấy rõ.
- CT scan: cấu trúc sỏi cản quang ở vị trí tuyến nước bọt. Trong trường hợp có triệu chứng tắc ống, các ống bị giãn đó có thể nhìn thấy rõ.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Viêm OT nước bọt cấp mủ.
- Hẹp lỗ mở và dính nặng do phẫu thuật vùng miệng trước đây.
- Có tổn thương khác gây tắc nghẽn, gây chảy máu.
- Có bệnh lý nội ngoại khoa chống chỉ định phẫu thuật, gây mê.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, không đủ hồ sơ nghiên cứu, không theo dõi được hoặc không tái khám.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2017 đến tháng 3/2020.
Tại Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy

2.4. Cỡ mẫu của nghiên cứu

Cỡ mẫu dùng cho nghiên cứu được tính theo công thức:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(p.e)^2}$$

92 bệnh nhân được khám và điều trị tại khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Chợ Rẫy.

2.5. Quy trình nghiên cứu

2.5.1. Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc mê toàn thân.

2.5.2. Các thì nội soi chẩn đoán

- Thì 1: Bọc lộ nhú tuyến nước bọt cần can thiệp (tuyến mang tai, tuyến dưới hàm)
- Thì 2: Sử dụng dụng cụ nong nhú tuyến từ kích cỡ 1.0 đến 5.0
- Thì 3: Sử dụng que nong và kim luồn số 16 đặt qua nhú tuyến
- Thì 4: Đưa ống nội soi vào OT qua kim luồn để quan sát
- Thì 5: Kết hợp bơm dung dịch nước muối sinh lý (có thể kết hợp lidocaine 10%) bằng ống tiêm 20cc qua kênh bơm rửa.

2.5.3 Các thì can thiệp điều trị qua nội soi OT

a. Kỹ thuật nội soi đơn thuần trong can thiệp lấy sỏi

- Thì 1 – 6: Các bước đầu giống kỹ thuật nội soi OT nước bọt trong chẩn đoán bệnh lý: xác định sỏi OT, vị trí tổn thương, phân loại sỏi theo bảng phân loại, dự kiến phương pháp can thiệp điều trị.
- Thì 7: Luồn rọ lấy sỏi vào qua kênh can thiệp của hệ thống nội soi
- Thì 8: Đưa rọ vào vị trí thích hợp bao quanh sỏi
- Thì 9: Kéo sỏi về vị trí OT chính (đoạn xa) tới nhú tuyến
- Thì 10: Lấy sỏi ra ngoài qua nhú tuyến ± mở nhú tuyến lấy sỏi.
- Thì 11: Nội soi OT kiểm tra, tiếp tục lấy sỏi OT trường hợp có nhiều sỏi.

b. Kỹ thuật nội soi OT kết hợp mở OT trong can thiệp điều trị lấy sỏi

- Thì 1 – 6: Các bước đầu giống kỹ thuật nội soi OT nước bọt trong chẩn đoán bệnh lý: xác định sỏi OT, vị trí sỏi, phân loại sỏi theo bảng phân loại, dự kiến phương pháp can thiệp điều trị.

❖ **Tuyến dưới hàm: Kỹ thuật nội soi OT kết hợp mở OT theo đường họng miệng**

- Thì 7: Dưới hướng dẫn của nội soi OT, xác định vị trí sỏi đối chiếu trên niêm mạc sàn miệng.

- Thì 8: Rạch niêm mạc sàn miệng ở vị trí nghi ngờ sỏi, bóc tách bóc lộ OT dưới hàm và thần kinh lưỡi

- Thì 9: Rạch mở OT dưới hàm theo chiều dọc

- Thì 10: Dùng que lấy sỏi, lấy sỏi OT qua chỗ mở OT

- Thì 11: Nội soi OT kiểm tra tiếp tục lấy sỏi OT trường hợp có nhiều sỏi.

- Thì 12: Khâu mở niêm mạc OT ra ngoài, tạo lỗ mở OT mới hoặc đặt stent OT, khâu tái tạo niêm mạc OT bằng prolene 6.0, khâu cố định stent bằng nylon 4.0

❖ **Tuyến mang tai: Kỹ thuật nội soi OT kết hợp mở OT theo đường ngoài da**

- Thì 7: Dưới hướng dẫn của nội soi OT, xác định vị trí sỏi đối chiếu ra da vùng mặt.

- Thì 8: Rạch da vùng mặt tại vị trí xác định sỏi $d = 1-1,5\text{cm}$, bóc tách bóc lộ OT mang tai

- Thì 9: Rạch mở OT mang tai theo chiều dọc

- Thì 10: Dùng que lấy sỏi, lấy sỏi OT qua chỗ mở OT

- Thì 11: Nội soi OT kiểm tra tiếp tục lấy sỏi OT trường hợp có nhiều sỏi.

- Thì 12: Đặt stent OT mang tai, khâu tái tạo niêm mạc OT mang tai bằng Prolene 6.0

- Thì 13: Khâu đóng da
- Thì 14: Khâu cố định stent bằng nylon 4.0
- Những trường hợp thất bại trong can thiệp nội soi OT, chúng tôi tiến hành phẫu thuật cắt tuyến nước bọt.

Phương pháp phân tích dữ liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả đặc điểm hình ảnh học (siêu âm, CT scan) so sánh với kết quả nội soi OT trong chẩn đoán bệnh lý sỏi OT nước bọt

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 92 trường hợp, can thiệp trên 93 tuyến.

3.1.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình $40,8 \pm 15,9$ (nhỏ nhất 12 tuổi, lớn nhất 88 tuổi). Độ tuổi thường gặp nhiều nhất 20 – 39 tuổi chiếm 47,8%, kể đến 40 – 59 tuổi chiếm 29,3%.

Nam 49 trường hợp chiếm 53,3%, nữ 43 trường hợp chiếm 46,7%, tỉ lệ nam:nữ=1,14:1.

Bệnh nhân đến khám vì triệu chứng sưng, đau vùng tuyến nước bọt chiếm tỉ lệ lần lượt là 45,7% và 25%, kể đến là triệu chứng chảy mủ qua lỗ mở nhú tuyến chiếm 20,6%, khô miệng chiếm 8,7%.

Triệu chứng sưng, đau vùng tuyến nước bọt và chảy mủ qua lỗ mở nhú tuyến lần lượt 83%, 66%, 33%.

Triệu chứng xuất hiện liên quan bữa ăn (sau khi ăn) chiếm 90,2%.

Bệnh lý xuất hiện ở tuyến dưới hàm nhiều hơn chiếm 91,3%.

Vị trí bệnh lý bên trái nhiều hơn bên phải chiếm 51,1%, 1 trường hợp sỏi (1,1%) xuất hiện 2 bên OT, nên tổng số tuyến can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi là 93 tuyến.

3.1.2. Siêu âm trong chẩn đoán bệnh lý sỏi OT nước bọt

Phân loại tổn thương OT trên siêu âm là tắc nghẽn do sỏi chiếm 75,3%, tắc nghẽn không do sỏi chiếm 10,7%, không phát hiện tổn thương chiếm 14%.

Vị trí tổn thương OT trên siêu âm phát hiện nhiều nhất là rốn tuyến chiếm 40,8%, kể đến OT nhu mô chiếm 26,9%.

Siêu âm phát hiện 1 viên sỏi chiếm 91,4%.

Chiều dài sỏi trung bình $8,0 \pm 4,3\text{mm}$, trong đó nhóm kích thước $>7\text{mm}$ chiếm đa số 42,9%.

3.1.3. CT scan trong chẩn đoán bệnh lý sỏi OT nước bọt

Tổn thương OT bằng CT scan là tắc nghẽn do sỏi chiếm 93,5%, kể đến là tắc nghẽn không do sỏi chiếm 5,4%, không phát hiện tổn thương chiếm 1,1%.

Vị trí tổn thương OT trên CT scan phát hiện nhiều nhất là rốn tuyến chiếm 48,4%, kể đến OT chính chiếm 35,5%.

CT scan phát hiện 1 viên sỏi chiếm 73,6%, nhiều viên sỏi chiếm 26,4%.

Chiều dài sỏi trung bình $9,2 \pm 4,3\text{mm}$, chiều rộng sỏi trung bình $3,8 \pm 2,1\text{mm}$.

Hầu hết các trường hợp mật độ sỏi đồng đều chiếm 94%.

3.1.4. Nội soi OT trong chẩn đoán bệnh lý sỏi OT

Can thiệp nội soi OT bằng gây mê nội khí quản chiếm 73,9%.

Vị trí sỏi OT dưới hàm chủ yếu ở rốn tuyến chiếm 52,4%, trong khi đó sỏi OT mang tai chủ yếu ở OT chính chiếm 55,6%.

Hình ảnh nội soi OT trong bệnh lý sỏi ống tuyến: niêm mạc hồng lợt (80,6%), gờ tròn quanh OT còn (80,6%), không xuất tiết sỏi, nút nhầy (80,6%) và không xuất hiện mô hạt chiếm 97,8%.

Tỉ lệ sỏi cổ định 52,7% nhiều hơn so với sỏi cổ định 47,3%, tỉ lệ phân bố đều trong 2 nhóm tuyến nước bọt.

Trường hợp sỏi L1, L2a chiếm 52,7%, kể đến là L2b chiếm 24,7%; L3a và L3b chiếm 22,6%.

3.1.5. So sánh giá trị chẩn đoán bệnh lý sỏi OT nước bọt bằng siêu âm, CT scan so với nội soi OT

Siêu âm: 70 trường hợp (75,3%) siêu âm và nội soi đều có sỏi, 23 trường hợp (24,7%) siêu âm không phát hiện sỏi nhưng nội soi có sỏi.

CT scan: 87 trường hợp (93,5%) CT scan và nội soi đều có sỏi, 6 trường hợp (6,5%) CT scan không phát hiện sỏi nhưng nội soi có sỏi.

3.2. Ứng dụng kỹ thuật nội soi ống tuyến trong điều trị bệnh nhân sỏi ống tuyến nước bọt và đề xuất các bước kỹ thuật nội soi ống tuyến trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý sỏi ống tuyến nước bọt.

3.2.1. Phương pháp phẫu thuật

Hầu hết các trường hợp can thiệp bằng nội soi đơn thuần hoặc nội soi kết hợp (mở OT theo đường họng miệng hay mở OT theo đường ngoài da) chiếm 94,6%.

Trong phẫu thuật nội soi kết hợp

+ 100% trường hợp tuyến dưới hàm: nội soi kết hợp mở OT theo đường họng miệng

+ 100% trường hợp tuyến mang tai: nội soi kết hợp mở OT theo đường ngoài da.

5/92 (5,4%) trường hợp cắt tuyến dưới hàm.

3.2.2. Đặc điểm sỏi OT sau phẫu thuật

Số lượng sỏi trung bình $1,8 \pm 2,0$ viên. Nhóm số lượng 1 viên sỏi chiếm đa số các trường hợp 71,0%.

Chiều dài sỏi đo đặc sau phẫu thuật trung bình $8,3 \pm 4,6\text{mm}$. Nhóm $\leq 7\text{mm}$ và $> 7\text{mm}$ chiếm tỉ lệ gần bằng nhau (47,4% và 52,6%).

Chiều rộng sỏi đo đặc sau phẫu thuật trung bình $3,6 \pm 2,6\text{mm}$. Nhóm $\leq 4\text{mm}$ và $> 4\text{mm}$ chiếm tỉ lệ gần bằng nhau (47,3% và 52,7%).

Cân nặng sỏi trung bình $254,7 \pm 603,1\text{mg}$. Nhóm sỏi có cân nặng $\leq 100\text{mg}$ chiếm 60,3% nhiều hơn so với nhóm cân nặng $> 100\text{mg}$.

Sỏi có hình bầu dục và tròn, chiếm tỉ lệ là 44,1% và 36,5%.

Bề mặt trơn láng và nham nhỡ, chiếm tỉ lệ gần tương đương nhau (51,6% và 48,4%).

Bề mặt trơn láng và nham nhỡ, chiếm tỉ lệ gần tương đương nhau (51,6% và 48,4%).

Thành phần hóa học của sỏi chủ yếu là Carbonate apatite, Whitlockite, Struvite chiếm tỷ lệ lần lượt là 90,5%, 86,5% và 83,8%. Ngoài ra thành phần hóa học của sỏi còn có Protein, Xanthine, Wheddeliet, Brushite

3.3. Đánh giá kết quả của nội soi ống tụy trong điều trị bệnh nhân sỏi ống tụy nước bọt.

Chúng tôi đánh giá kết quả điều trị trên 88 trường hợp bệnh lý sỏi ống tụy nước bọt được can thiệp điều trị bằng nội soi ống tụy (nội soi đơn thuần hay nội soi kết hợp)

3.3.1. Thời gian phẫu thuật và nằm viện

Thời gian phẫu thuật trung bình $70,0 \pm 25,1$ phút, ngắn nhất 35 phút, dài nhất 90 phút. Thời gian phẫu thuật trong nhóm nội soi đơn thuần $45,0 \pm 21,1$, ngắn hơn so với nhóm còn lại.

Tất cả các trường hợp nội soi đơn thuần và nội soi kết hợp có thời gian nằm viện 2 ngày.

3.3.2. Biến chứng sau can thiệp nội soi ống tụy

Tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật chiếm 3/88 (3,4%), trong đó gồm sẹo hẹp lỗ mở nhú tuyến, sẹo hẹp OT và liệt thần kinh lưỡi tạm thời.

3.3.3. Thời gian theo dõi

Thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình $20,6 \pm 10,0$ tháng, ngắn nhất là 4 tháng và dài nhất 39 tháng.

3.3.4. Triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật

Hầu hết các trường hợp giảm triệu chứng hoàn toàn chiếm 95,5%, giảm triệu chứng một phần chiếm 4,5%.

3.3.5. Triệu chứng nội soi OT sau phẫu thuật

Các triệu chứng nội soi OT sau phẫu thuật cải thiện đáng kể trên nội soi: niêm mạc, gờ tròn quanh ống tuyến, xuất tiết sợi và nút nhầy, mô hạt.

3.3.6. Kết quả siêu âm sau phẫu thuật

Hình ảnh siêu âm tuyến nước bọt sau phẫu thuật cải thiện đáng kể so với trước phẫu thuật.

3.3.7. Đánh giá hiệu quả sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật 3 tháng hầu hết các bệnh nhân đều hài lòng, kết quả tốt sau 3 tháng chiếm tỉ lệ 95,5%

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1. Mô tả đặc điểm hình ảnh học (siêu âm, CT scan) và nội soi ống tuyến trong chẩn đoán bệnh nhân sỏi ống tuyến nước bọt

4.1.1. Hình ảnh học siêu âm và CT scan trong chẩn đoán bệnh nhân sỏi OT nước bọt

Siêu âm

Siêu âm cung cấp một cái nhìn tổng quan về toàn bộ hệ thống OT. Tổn thương OT trên siêu âm, chúng tôi phân thành 2 nhóm chính

tắc nghẽn OT do sỏi và tắc nghẽn OT không do sỏi, trong đó nhóm tắc nghẽn do sỏi chiếm đa số 75,3%. Siêu âm có thể cho thấy hình ảnh bóng lưng của sỏi hoặc hình ảnh gián tiếp tắc nghẽn bằng sự giãn nở của hệ thống OT phía sau đoạn tắc nghẽn.

Trong nghiên cứu, vị trí tổn thương phát hiện trên siêu âm chủ yếu nằm ở rốn tuyến, kế đến OT nhu mô. Ngoài ra có thể chẩn đoán một số đặc điểm tổn thương do sỏi trên siêu âm như số lượng sỏi và kích thước sỏi. 91,4% siêu âm phát hiện chỉ có 1 viên sỏi, chủ yếu kích thước sỏi > 7mm chiếm 42,9%.

CT scan

Trong phân loại tổn thương OT trên CT scan, chúng tôi chia làm 2 nhóm là tắc nghẽn do sỏi và tắc nghẽn không do sỏi trong đó tắc nghẽn do sỏi chiếm đa số các trường hợp 93,5%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng tổn thương OT ở vị trí rốn tuyến, OT chính chiếm tỉ lệ nhiều nhất. Đối với bệnh lý sỏi OT, CT scan xác định một số đặc điểm bệnh lý sỏi như số lượng sỏi, kích thước sỏi, mức độ cản quang, mật độ sỏi, từ đó giúp chúng tôi có thể chẩn đoán, đánh giá tổn thương, định hướng điều trị cho bệnh lý này. CT scan có thể phát hiện những trường hợp nhiều viên sỏi ở OT mà siêu âm có thể không nhận thấy. Tỉ lệ phát hiện sỏi nhiều hơn 2 viên trên CT scan là 26,4%, siêu âm là 8,6%. Chiều dài và chiều rộng sỏi đo đặc bằng CT scan chủ yếu >7mm và ≤4mm chiếm 57,5% và 44,8% trường hợp. Hầu hết các trường hợp sỏi cản quang mức độ trung bình (85%), mật độ sỏi đồng đều (94%). Chúng tôi sử dụng kích thước sỏi (chiều dài và chiều rộng) đo đặc bằng CT scan là một tiêu chuẩn, kết hợp với một số tiêu chuẩn trên nội soi OT giúp phân loại sỏi.

4.1.2. Nội soi OT trong chẩn đoán bệnh nhân sỏi OT nước bọt

Hình ảnh nội soi OT trước phẫu thuật

Chúng tôi đánh giá một số triệu chứng về hình ảnh qua nội soi OT như tình trạng niêm mạc OT, gờ tròn quanh OT, tình trạng xuất tiết sợi, nút nhầy, mô hạt. Bước đầu chúng tôi nhận thấy hình ảnh thay đổi trên hệ thống OT trong nhóm bệnh lý này. Bình thường niêm mạc ống tuyến nước bọt trơn láng, được lót bởi lớp biểu mô có màu hồng nhạt, có thể nhìn thấy mạch máu trên bề mặt lớp biểu mô, không thấy tình trạng nút nhầy và mô hạt trong lòng OT. Ngoài ra có thể nhìn thấy gờ tròn quanh ống tuyến do cơ chế co thắt của cơ quanh ống tuyến, thấy rõ nhất tại vùng núm tuyến. Trong nghiên cứu của chúng tôi, niêm mạc OT hồng láng (80,6%), gờ tròn quanh OT còn (80,6%), Hình ảnh xuất tiết sợi, nút nhầy và mô hạt chiếm 19,4% các trường hợp. Xuất tiết sợi xơ và nút nhầy có thể nằm tại bất kỳ vị trí nào của OT nước bọt.

Hình ảnh bệnh lý sỏi OT qua nội soi

Phân bố của sỏi trong tuyến nước bọt

Trên 92 trường hợp sỏi tuyến nước bọt, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ sỏi tuyến dưới hàm chiếm đa số trường hợp (90,2%), sỏi tuyến mang tai là 9,8%, tỉ lệ bên phải và bên trái gần tương đương nhau, có một trường hợp sỏi xuất hiện ở 2 bên tuyến dưới hàm.

Tính chất sỏi

Trên nội soi OT, chúng tôi xác định một số tính chất bệnh lý của sỏi như vị trí sỏi, độ di động sỏi, kết hợp CT scan giúp phân loại sỏi, từ đó lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp

Vị trí sỏi trong OT:

Vị trí sỏi OT trên nội soi chúng tôi phân chia thành 3 vị trí: OT chính, rốn tuyến và OT trong nhu mô. Vị trí sỏi OT dưới hàm xác

định bằng nội soi chủ yếu ở rốn tuyến chiếm 49,5%, trong khi đó tổn thương OT mang tai chủ yếu ở OT chính chiếm 55,6%.

Độ di động của sỏi:

52,7% số lượng sỏi là sỏi cố định, 47,3 % là sỏi di động trong OT. Sỏi di động hay cố định phụ thuộc vào kích thước sỏi so với đường kính OT. Trong một số trường hợp, đường kính OT có thể giãn rộng do sỏi. Nhiều nghiên cứu cho thấy sỏi di động khi kích thước của sỏi ống Stensen nhỏ hơn 5 mm và nhỏ hơn 7 mm đối với ống Wharton. Đây là một tiêu chuẩn trong bảng phân loại sỏi.

Phân loại sỏi

Trong nghiên cứu, chúng tôi đưa ra bảng phân loại sỏi dựa theo bảng phân loại của Marchal F., tuy nhiên có điều chỉnh cho phù hợp với tình hình thực tế lâm sàng. Bảng phân loại của Marchal dựa trên một số tính chất sỏi như kích thước ($\leq 7\text{mm}$, $> 7\text{mm}$), độ di động sỏi quan sát qua nội soi, sỏi sờ được, tác giả cho rằng sỏi có kích thước $\leq 7\text{mm}$ có thể lấy được bằng nội soi. Trên thực tế lâm sàng, chúng tôi nhận thấy một số trường hợp kích thước sỏi phụ thuộc cả chiều dài (d) và chiều rộng (r) của viên sỏi, do đó nếu đo đặc thêm chiều rộng viên sỏi sẽ giúp tiên lượng chính xác hơn về phương pháp phẫu thuật. Từ đó, chúng tôi điều chỉnh bảng phân loại mới như sau:

Bảng 4.1. Bảng phân loại sỏi của nhóm nghiên cứu

Phân độ	Nội soi + CT scan	Kế hoạch điều trị
L0	Không sỏi	
L1	Sỏi di động	Nội soi đơn thuần
L2	a) Sỏi cố định, thấy hoàn toàn, $d \leq 7\text{mm}$, $r \leq 7\text{mm}$ b) Sỏi cố định, thấy hoàn toàn • $d > 7\text{mm}$, $r \leq 4\text{mm}$	a) Nội soi đơn thuần b) • Nội soi đơn thuần • Nội soi đơn thuần

	• $d > 7\text{mm}$, $4 < r \leq 7\text{mm}$ • $d > 7\text{mm}$, $r > 7\text{mm}$	(± Nội soi kết hợp) • Nội soi kết hợp
L3	a) Sỏi cổ định, thấy một phần, sờ được b) Sỏi cổ định, thấy một phần, không sờ được	a) Nội soi kết hợp b) Nội soi kết hợp (± Cắt tuyến)

4.1.3. So sánh giá trị chẩn đoán bệnh lý OT nước bọt trên siêu âm, CT scan so với nội soi OT

Trên 93 trường hợp sỏi, có 28 trường hợp không phát hiện được sỏi bằng siêu âm và 7 trường hợp không phát hiện được bằng CT scan. Chúng tôi nhận thấy 7 trường hợp sỏi không phát hiện được trên CT scan có thể được phát hiện qua nội soi, thường là những dạng sỏi kích thước nhỏ, cản quang kém, nằm khuất sau chân răng hoặc xương hàm dưới. 28 trường hợp sỏi không phát hiện được trên siêu âm có thể là do kích thước sỏi nhỏ ($< 4\text{ mm}$) hoặc vị trí của sỏi nằm sâu trong sàn miệng, sâu trong cơ cắn. 75,3% trường hợp siêu âm và nội soi đều có sỏi, 24,7% siêu âm không phát hiện sỏi nhưng nội soi có sỏi. 93,5% trường hợp CT scan và nội soi đều có sỏi, 6,5% CT scan không phát hiện sỏi nhưng nội soi có sỏi.

4.2. Ứng dụng kỹ thuật nội soi ống tuyến trong điều trị bệnh nhân sỏi ống tuyến nước bọt và đề xuất các bước kỹ thuật nội soi ống tuyến trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý sỏi ống tuyến nước bọt.

Tùy thuộc vào phân loại sỏi, chúng tôi lựa chọn phương pháp can thiệp thích hợp: nội soi đơn thuần, nội soi kết hợp mở ống tuyến hay cắt tuyến nước bọt. Các trường hợp can thiệp bằng nội soi đơn thuần và nội soi kết hợp chiếm tỉ lệ tương đương nhau (47,3%).

Trong phẫu thuật nội soi kết hợp, các trường hợp nội soi kết hợp mở OT theo đường họng miệng (44,1%) chủ yếu ở tuyến dưới hàm, trong khi đó can thiệp bằng nội soi kết hợp mở OT theo đường ngoài da (3,2%) tập trung ở tuyến mang tai. 5/93 (5,4%) trường hợp cắt tuyến dưới hàm.

Nội soi đơn thuần lấy sỏi

Trong can thiệp nội soi đơn thuần lấy sỏi, chúng tôi sử dụng rọ luồn qua, bao quanh hoàn toàn viên sỏi và kéo sỏi về phía nhú tuyến. Đối với các viên sỏi di chuyển tự do, nội soi OT lấy sỏi có thể thực hiện với rọ lấy sỏi dễ dàng. Đối với sỏi cố định, yếu tố quyết định trong việc đưa rọ lấy sỏi là có khe hở giữa sỏi và thành OT đủ để đưa được dụng cụ ra phía sau sỏi. Những trường hợp sỏi cố định, thấy được viên sỏi hoàn toàn, kích thước sỏi $d \leq 7\text{mm}$ và $r \leq 7\text{mm}$, theo bảng phân loại L1 và L2a, hầu hết chúng tôi có thể lấy sỏi hoàn toàn qua nội soi đơn thuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp phẫu thuật nội soi đơn thuần chủ yếu thực hiện lấy sỏi ở vị trí OT chính, rốn tuyến, phân độ L1, L2a, sỏi di động, sỏi có hình bầu dục, bề mặt sỏi trơn láng, kích thước sỏi $d \leq 7\text{mm}$, $r \leq 7\text{mm}$ và cân nặng $\leq 100\text{mg}$ (sự tương quan có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$).

Nội soi kết hợp mở ống tuyến

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những trường hợp sỏi khó lấy qua nội soi thường có một số tính chất: sỏi $d > 7\text{mm}$ và $r > 7\text{mm}$, sỏi cố định, dính chặt vào thành OT hoặc sỏi nằm tại vị trí OT nhu mô, khúc cong của OT, khi quan sát trên nội soi thấy không hoàn toàn viên sỏi, trên phân loại sỏi L2b, L3, chúng tôi lựa chọn phương pháp phẫu thuật nội soi kết hợp mở ống tuyến.

Đối với tuyến dưới hàm, chúng tôi tiến hành nội soi kết hợp mở OT theo đường họng miệng. Nội soi giúp xác định chính xác vị trí sỏi

đôi chiếu trên vùng sàn miệng, từ đó có thể mở OT lấy sỏi thuận lợi. Trong phẫu thuật này, chúng tôi chủ động bóc tách bọc lộ OT, xác định vị trí thần kinh lưỡi, nhằm hạn chế tối đa tổn thương thần kinh lưỡi. Thần kinh lưỡi thường ở vị trí bất chéo phía dưới OT dưới hàm. Một số trường hợp, chúng tôi mở OT phía trước sỏi hoặc trường hợp nhiều sỏi, cần có dụng cụ luồn qua lỗ mở OT để lấy sỏi ra ngoài. Chúng tôi đã sử dụng que lấy sỏi với nhiều kích cỡ độ cong khác nhau, giúp cho việc lấy sỏi dễ dàng và thuận lợi hơn. Nội soi OT giúp kiểm tra tình trạng OT sau lấy sỏi, tránh tình trạng bỏ sót bệnh tích như còn sót sỏi.

Đối với tuyến mang tai, tùy theo vị trí sỏi mà chúng tôi lựa chọn phương pháp nội soi kết hợp mở ống theo đường họng miệng hay nội soi kết hợp mở ống theo đường ngoài da. Trong nghiên cứu, sỏi tuyến mang tai ở vị trí rốn tuyến, OT nhu mô nên chúng tôi chọn nội soi kết hợp mở ống theo đường ngoài da. Nội soi giúp xác định vị trí sỏi đối chiếu trên da vùng mặt, từ đó có thể rạch da để mở OT lấy sỏi thuận lợi. Đường rạch da để mở vào OT có thể sử dụng đường rạch Blair trong phẫu thuật tuyến mang tai, tuy nhiên chúng tôi thấy rằng đường rạch này dài, để lại sẹo vùng mặt ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ cho bệnh nhân, nên chúng tôi chọn đường rạch ngắn trên da khoảng 1 – 1,5cm tại vị trí đối chiếu qua nội soi, không ảnh hưởng nhiều về mặt thẩm mỹ sau phẫu thuật.

Đặc điểm sỏi OT sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận một số đặc điểm sỏi OT về số lượng, kích thước, cân nặng, hình dạng, bề mặt, màu sắc và thành phần hóa học sỏi. 29% trường hợp có trên 2 viên sỏi, trường hợp mà chúng tôi ghi nhận nhiều nhất là 14 viên sỏi. Về kích thước sỏi (chiều dài, chiều rộng) và cân nặng sỏi, chúng tôi sử dụng thước cặp

Mitutoyo và cân điện tử And đã được hiệu chuẩn. Chiều dài và chiều rộng sỏi trên thực tế so với CT scan khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Do đó có thể sử dụng tiêu chuẩn này trên CT scan để phân loại sỏi. 60,3% trường hợp cân nặng sỏi nhỏ hơn 100mg, 44,1% sỏi có hình bầu dục, 51,6% bề mặt trong láng, 67,7% sỏi màu vàng

Trong nghiên cứu, chúng tôi phân tích 74 trường hợp sỏi tuyến nước bọt. Sau khi lấy, sỏi được rửa bằng nước cất và giữ trong hộp nhựa. Sỏi được phân tích bằng quang phổ hồng ngoại (Fourier Transform Infrared spectrometry FT- IR) (thiết bị Nicolet 360 FTIR, Thermo). Thành phần hóa học sỏi sau phân tích gồm wheddeliet, carbonate apatite, struvite, whitlockite, brushite, xanthine và protein, trong đó carbonate apatite, struvite, whitlockite chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 90,5%, 83,8%, 86,5%.

4.3. Đánh giá kết quả của nội soi ống tuyến trong điều trị bệnh nhân sỏi ống tuyến nước bọt.

4.3.1. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện

Thời gian phẫu thuật trung bình $70,0 \pm 25,1$ phút, ngắn nhất 35 phút, dài nhất 90 phút. Trong đó, thời gian phẫu thuật trong nhóm nội soi đơn thuần $45,0 \pm 21,1$, ngắn hơn so với các nhóm còn lại.

Tất cả các trường hợp nội soi đơn thuần và nội soi kết hợp có thời gian nằm viện 1 - 2 ngày.

Biến chứng

Tỉ lệ biến chứng sau can thiệp nội soi đơn thuần hay nội soi kết hợp chiếm 3/88 (3,4%), trong đó gồm sẹo hẹp lỗ mở nhú tuyến, sẹo hẹp OT và liệt thần kinh lưỡi tạm thời. Các biến chứng như tổn thương thần kinh mặt, chảy máu, nhiễm trùng sau phẫu thuật, rò OT không ghi nhận ở nghiên cứu của chúng tôi.

1/3 trường hợp sẹo hẹp lỗ mở nhú tuyến sau phẫu thuật mở nhú tuyến. Đây là trường hợp chúng tôi không tìm thấy nhú tuyến trong quá trình nội soi nên chủ động mở nhú tuyến để có thể luồn ống nội soi lấy sỏi. Sau 1 tuần, bệnh nhân hẹp lỗ mở nhú tuyến. Chúng tôi mở lại nhú tuyến, đặt stent tại vị trí nhú tuyến 2 tuần. Sau đó rút ống kiểm tra và theo dõi không thấy tình trạng tái hẹp.

1/3 trường hợp sẹo hẹp OT sau phẫu thuật nội soi đơn thuần. Trường hợp này có thể do kích thước sỏi lớn, chúng tôi cố gắng đưa rọ qua vị trí sỏi để lấy gây trầy xước OT. Sau 3 tháng, bệnh nhân bị sẹo hẹp đoạn màng, mức độ S2, ở vị trí lấy sỏi. Chúng tôi tiến hành nong sẹo hẹp, đặt stent OT, bơm rửa corticoid. Stent được rút sau 2 tuần. Sau 9 tháng theo dõi không thấy tái hẹp.

1/3 trường hợp liệt thần kinh lưỡi tạm thời. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi kết hợp mở OT theo đường họng miệng. Chúng tôi bóc lộ OT và thần kinh lưỡi. Tuy nhiên có thể do diện bóc tách rộng gây phù nề và chèn ép thần kinh sau phẫu thuật, gây liệt thần kinh lưỡi tạm thời. Sau 3 ngày sử dụng corticoid, bệnh nhân hồi phục hoàn toàn cảm giác vùng lưỡi.

4.3.2. Theo dõi

Việc chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật đóng vai trò quan trọng để đạt kết quả tốt và lâu dài. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật trong nghiên cứu trung bình 20 tháng, ngắn nhất là 4 tháng và dài nhất 39 tháng.

Về lâm sàng

Các triệu chứng sau phẫu thuật cải thiện nhiều nhất là sốt, thay đổi vị giác và rò nước bọt, cải thiện 100% sau phẫu thuật, kể đến là triệu chứng chảy mủ, đau, sưng vùng tuyến nước bọt. Các trường hợp vẫn còn triệu chứng khô miệng sau phẫu thuật nằm trong nhóm phẫu thuật cắt

tuyến nước bọt. Như vậy sau phẫu thuật nội soi và nội soi kết hợp, các triệu chứng lâm sàng cải thiện mức độ triệu chứng rất nhiều, làm tăng chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

Về nội soi

Các hình ảnh trên nội soi sau phẫu thuật cải thiện nhiều nhất là tình trạng mô hạt và xuất tiết sợi, nút nhầy, cải thiện 100% sau phẫu thuật, kể đến tình trạng gờ tròn quanh OT và niêm mạc OT cải thiện 94%. Như vậy sau phẫu thuật nội soi và nội soi kết hợp, các hình ảnh trên nội soi cải thiện rất nhiều.

Về siêu âm

Kết quả siêu âm sau phẫu thuật cải thiện nhiều nhất là hình ảnh sỏi cải thiện 95,4% sau phẫu thuật, kể đến là tắc nghẽn ống tuyến cải thiện 80%. Như vậy sau phẫu thuật nội soi và nội soi kết hợp, các hình ảnh trên siêu âm cải thiện rất nhiều.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 92 trường hợp bệnh lý sỏi ống tuyến nước bọt, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Mô tả đặc điểm hình ảnh học (siêu âm, CT scan) và nội soi ống tuyến trong chẩn đoán bệnh nhân sỏi ống tuyến nước bọt

- Tỷ lệ phát hiện bệnh lý sỏi ống tuyến bằng siêu âm là 75,3%, bằng CT scan là 93,5%.
- Nội soi ống tuyến trong chẩn đoán bệnh lý sỏi ống tuyến:
 - + Đánh giá sự thay đổi hệ thống ống tuyến: tình trạng niêm mạc ống tuyến (19,4%), gờ tròn quanh ống tuyến (19,4%), xuất tiết sợi, nút nhầy (19,4%), mô hạt (2,2%).
 - + Xác định vị trí sỏi ống tuyến: 52,4% ở rốn tuyến đối với tuyến dưới hàm, 55,6% ở ống tuyến chính đối với tuyến mang tai.

+ Phân độ sỏi theo bảng phân độ: L1, L2a chiếm 52,7%, L2b chiếm 23,7%; L3a và L3b chiếm 23,6%.

+ Đánh giá tính chất sỏi: số lượng viên sỏi (29% trường hợp có trên 2 viên sỏi); kích thước sỏi (trung bình $8,3 \pm 4,6\text{mm}$); cân nặng sỏi (trung bình $254,7 \pm 603,1\text{mg}$); hình dạng sỏi (44,1% sỏi hình dài); màu sắc sỏi (67,7% sỏi màu vàng); thành phần hóa học của sỏi (chủ yếu là Carbonate apatite, Whitlockite, Struvite chiếm tỷ lệ lần lượt là 90,5%, 86,5% và 83,8%).

2. Ứng dụng kỹ thuật nội soi ống tuyền trong điều trị bệnh nhân sỏi ống tuyền nước bọt và đề xuất các bước kỹ thuật nội soi ống tuyền trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý sỏi ống tuyền nước bọt

- Chỉ định can thiệp điều trị

Phân độ	Kế hoạch điều trị
L1, L2a	Nội soi đơn thuần
L2b	Nội soi đơn thuần ($\pm$ Nội soi kết hợp)
L3a	Nội soi kết hợp
L3b	Nội soi kết hợp ($\pm$ Cắt tuyền)

- 94,4% trường hợp can thiệp bằng nội soi đơn thuần và nội soi kết hợp (mở ống tuyền theo đường họng miệng hay mở ống tuyền theo đường ngoài da).

Đề xuất các bước kỹ thuật trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý sỏi ống tuyền nước bọt qua nội soi ống tuyền

- Xây dựng các bước nội soi chẩn đoán bệnh lý sỏi ống tuyền.
- Xây dựng các bước kỹ thuật nội soi đơn thuần trong điều trị bệnh lý sỏi ống tuyền nước bọt.
- Xây dựng các bước kỹ thuật nội soi kết hợp mở ống tuyền trong điều trị bệnh lý sỏi ống tuyền nước bọt.

3. Đánh giá kết quả của nội soi ống tuyền trong điều trị bệnh nhân sỏi ống tuyền nước bọt

- Hiệu quả: 95,5% giảm triệu chứng hoàn toàn, kết quả tốt sau 3 tháng đạt 95,5%.
- Thời gian tái phát: 5,7% trường hợp tái phát sau 3 tháng.

KIẾN NGHỊ

Qua thực hiện nghiên cứu chúng tôi có một số kiến nghị sau:

1. Ứng dụng kỹ thuật nội soi ống tuyền ở các cơ sở y tế, Bệnh viện đủ có điều kiện cơ sở vật chất trên cả nước nhằm chẩn đoán và điều trị bệnh lý sỏi ống tuyền nước bọt cho bệnh nhân tại Việt Nam.
2. Cần thực hiện thêm nhiều nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi ống tuyền trên nhiều nhóm bệnh lý ống tuyền với số lượng bệnh nhân nhiều hơn như sỏi, hẹp, viêm ống tuyền, u ống tuyền, viêm ống tuyền do bệnh tự miễn, sau xạ trị hoặc điều trị bằng iod phóng xạ, viêm tuyền nước bọt tái phát ở trẻ em... để đánh giá hiệu quả chính xác hơn.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Nguyễn Công Huyền Tôn Nữ Cẩm Tú, Trần Minh Trường, Trần Anh Bích (2020), “Nghiên cứu kết quả điều trị sỏi tuyến nước bọt bằng nội soi ống tuyến”, *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 493(2), 109-114.
2. Nguyễn Công Huyền Tôn Nữ Cẩm Tú, Trần Minh Trường, Trần Anh Bích (2020), “Nghiên cứu kết quả điều trị sỏi tuyến dưới hàm bằng nội soi ống tuyến và mở ống tuyến kết hợp nội soi”, *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 493(2), 144-149.