

nhi là cần thiết để tối ưu hóa kết quả điều trị và giảm nguy cơ tử vong.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đức Toàn.** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và di tật phổi hợp của thoát vị cuống rốn. Luận văn thạc sĩ y học, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, 2018.
2. **Conner P, Vejde JH, Burgos CM.** Accuracy and impact of prenatal diagnosis in infants with omphalocele. *Pediatr Surg Int.* 2018;34(6):629-633.
3. **Marshall J, Salemi JL, Tanner JP, et al.** Prevalence, Correlates, and Outcomes of

Omphalocele in the United States, 1995–2005. *Obstet Gynecol.* 2015;126(2):284-293.

4. **Prefumo F, Izzi C.** Fetal abdominal wall defects. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(3):391-402.
5. **Sriworarak R, Suthiwongsing A, Ratanasuwan T, et al.** Clinical Outcomes of Omphalocele: An Analysis of 124 Patients. 2010;31(2).
6. **Tarca E, Aprodu S.** Past and present in omphalocele treatment in Romania. *Chirurgia (Bucur).* 2014;109: 507-513.

## PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG MIỆNG CẮT U KHOANG BÊN HỌNG: BÁO CÁO LOẠT CA BỆNH VÀ HỒI CỨU Y VĂN

Nguyễn Quang Trung<sup>1</sup>, Phạm Thuỳ Linh<sup>1</sup>  
Phạm Văn Hữu<sup>1</sup>, Ngô Duy Thịnh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Anh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Theo y văn, có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt u khoang bên họng. Cùng với sự phát triển của nội soi, phẫu thuật nội soi qua đường miệng cắt u khoang bên họng ngày càng được ứng dụng rộng rãi. **Mục tiêu:** Chúng tôi trình bày kinh nghiệm của mình với phương pháp phẫu thuật nội soi qua đường miệng cắt u khoang bên họng. **Đôi tượng và phương pháp:** Báo cáo loạt ca bệnh u khoang bên họng được phẫu thuật nội soi qua đường miệng cắt u và đôi chiếu y văn. **Kết quả:** Cả 3 bệnh nhân u khoang bên họng đều được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u nội soi qua đường miệng, không có biến chứng trong và sau phẫu thuật, thời gian nằm viện trung bình là 7 ngày và chưa phát hiện trường hợp nào tái phát. **Kết luận:** Nội soi qua đường miệng là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị u khoang bên họng trên các bệnh nhân được lựa chọn phù hợp. **Từ khóa:** U khoang bên họng, nội soi qua đường miệng.

### SUMMARY

#### ENDOSCOPY-ASSISTED TRANSORAL RESECTION OF PARAPHARYNGEAL SPACE TUMORS: A CASE SERIES AND LITERATURE REVIEW

**Introduction:** Several approaches have been described for the excision of parapharyngeal space tumors. With recent advancements in endoscopic techniques, endoscopy-assisted transoral surgery for these tumors has become increasingly utilized. **Objectives:** We present our experience with the

transoral endoscopic approach for the removal of parapharyngeal space tumors. **Materials and methods:** A case series of patients with parapharyngeal space tumors who underwent transoral endoscopic surgery is reported, along with a review of the literature. **Results:** All three patients with parapharyngeal space tumors underwent complete transoral endoscopic tumor resection without intraoperative or postoperative complications. The average hospital stay was 7 days, and no cases of recurrence have been detected. **Conclusion:** Endoscopy-assisted transoral surgery is a safe and effective approach for managing parapharyngeal space tumors in appropriately selected patients.

**Keywords:** parapharyngeal space tumors, endoscopy-assisted transoral, transoral endoscopy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoang bên họng (KBH) là một khoang giải phẫu phức tạp, nằm giữa niêm mạc họng và các cấu trúc xung quanh như tuyến mang tai, xương hàm dưới, và nền sọ. Khối u khoang bên họng (UKBH) hiếm gặp, chiếm khoảng 0,5% trong tổng số các khối u vùng đầu cổ, trong đó 74-87% là u lành tính. Các triệu chứng có thể gặp như nuốt vướng, khàn tiếng, liệt dây thần kinh sọ... Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính đối với u khoang bên họng<sup>5-7</sup>. Tuy nhiên cần lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp, cân nhắc giữa khả năng lấy bỏ hoàn toàn khối u và nguy cơ xảy ra biến chứng. Trước đây, UKBH thường được cắt bỏ qua đường dưới hàm hoặc đường qua tuyến mang tai mặc dù đây không phải là đường ngắn nhất để tiếp cận hầu hết các UKBH và để mở rộng đường vào có thể cần cắt bỏ dây chằng trám hàm, tuyến dưới hàm, nạo vét hạch nhóm Ib-II hay cắt bụng sau cơ nhị thân<sup>1</sup>. Phẫu thuật UKBH qua đường miệng cho

<sup>1</sup>Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

<sup>2</sup>Đại học Y dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: trungtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

phép tiếp cận khối u dễ dàng hơn và ít gây tổn thương các cấu trúc lân cận. Phương pháp này đã được sử dụng từ những năm 1950 nhưng chỉ được áp dụng với các khối u lành tính, kích thước nhỏ ở khoang trước trâm do hạn chế về khả năng quan sát trong phẫu trường hẹp làm tăng nguy cơ tổn thương mạch máu và thần kinh lân cận<sup>6</sup>. Hiện nay, với sự phát triển của các phương tiện nội soi, phẫu thuật nội soi qua đường miệng cắt UKBH ngày càng được áp dụng rộng rãi. Phương pháp này có nhiều ưu điểm so với các phương pháp truyền thống, bao gồm giảm thiểu tổn thương mô, hạn chế chảy máu, hồi phục nhanh và không để lại sẹo. Ở Việt Nam, chưa có nhiều báo cáo về phẫu thuật nội soi qua đường miệng cắt u khoang bên họng. Trong bài báo này, chúng tôi trình bày kinh nghiệm của mình với 3 ca lâm sàng u khoang bên họng được phẫu thuật nội soi qua đường miệng và đối chiếu y văn.

## II. CA LÂM SÀNG

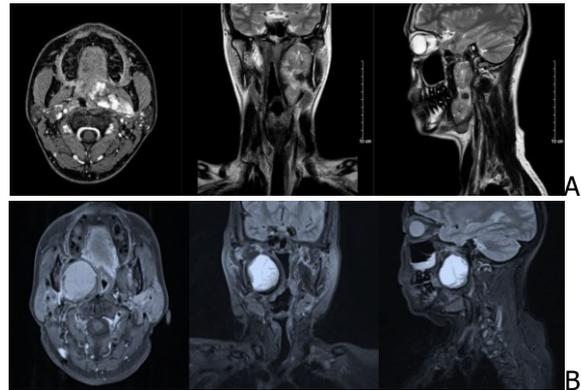
**Lâm sàng:** Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi qua đường miệng cắt u khoang bên họng trên 3 ca bệnh. Trong 3 ca bệnh, có 2 bệnh nhân (BN) nam và 1 BN nữ, tuổi các BN lần lượt là 26, 31 và 76 tuổi. Triệu chứng lâm sàng bao gồm nuốt vướng (1 BN), ù tai khi nhai (1 BN) và 1 BN phát hiện khối u khi khám sức khỏe định kỳ. Trên nội soi, cả 3 bệnh nhân đều có khối phồng trụ trước amidan, đẩy amidan vào trong và đẩy lệch lưỡi gà. Trong đó, 2 BN có khối u bên phải, 1 BN có khối u bên trái.

**Hình ảnh cộng hưởng từ (MRI):** Cả 3 BN đều được chụp phim cộng hưởng từ vùng mặt cổ có tiêm thuốc đối quang từ và có hình ảnh khối u ranh giới rõ ở khoang bên họng trước trâm, nằm phía trong bó mạch cảnh, sát cơ xiết họng trên.

- Ca thứ 1: BN Mai Việt H, nam, 26 tuổi, mã BN 25015203, phát hiện u khi khám sức khỏe định kỳ. MRI có hình ảnh khối u khoang bên họng trái kích thước 4x8cm, tăng tín hiệu không đồng nhất trên T2W, giảm tín hiệu trên T1W, có phần hạn chế khuếch tán trên DWI, ngấm thuốc mạnh và không đồng nhất sau tiêm (Hình 1A).

- Ca thứ 2: BN Vũ Thị Thanh T, nữ, 76 tuổi, mã BN 25010382, đi khám vì ù tai khi nhai nuốt. MRI có hình ảnh khối u khoang bên họng phải kích thước 4x5cm, tăng tín hiệu không đồng nhất trên T1W, không ngấm thuốc sau tiêm (Hình 1B)

- Ca thứ 3: BN Đặng Hoàng S, nam, 31 tuổi, mã BN 25002072, đi khám vì nuốt vướng. MRI có hình ảnh khối u khoang bên họng phải kích thước 4,5x6cm, ngấm thuốc sau tiêm.

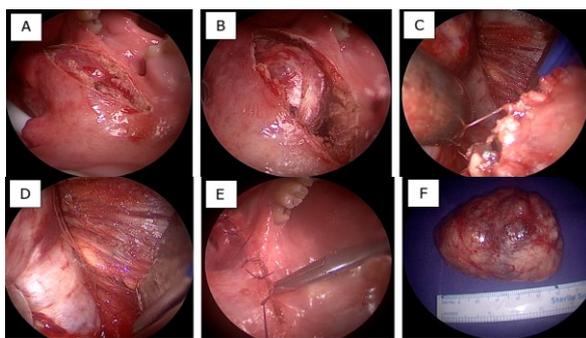


**Hình 1: Hình ảnh cộng hưởng từ**

**Phẫu thuật:** Các BN được đánh giá khả năng bộc lộ khối u qua đường miệng dựa trên phân loại Friedman-Mallampati và tiêu chuẩn 8T. Cả 3 BN đều được phẫu thuật nội soi qua đường miệng cắt u, không cần phối hợp với phẫu thuật mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là 75 phút. Lượng máu mất trung bình 70ml. Không có biến chứng trong và sau phẫu thuật. Không có bệnh nhân nào cần đặt sonde dạ dày, các BN ăn uống qua đường miệng từ ngày đầu sau phẫu thuật. Các BN đau họng mức độ nhẹ trong 5 ngày đầu sau phẫu thuật và được ra viện sau 7 ngày. Giải phẫu bệnh sau mổ của khối u đều là u lành tính có nguồn gốc từ tuyến nước bọt.

### Quy trình phẫu thuật:

- Vô cảm: BN được gây mê toàn thân, đặt nội khí quản qua mũi bên đối diện để bộc lộ khối u tối đa trong khoang miệng.
- Đặt tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, đầu hơi ngửa ra sau để tạo điều kiện tiếp cận tốt nhất vào khoang bên họng.
- Bộc lộ khối u dưới nội soi hỗ trợ (sử dụng Optic 0° và 30°)
- + Dùng dụng cụ mở miệng Davis-boyle để mở rộng khoang miệng, tạo không gian cho phẫu thuật.
- + Rạch niêm mạc tại vị trí khối u đẩy phồng: Sử dụng dao điện rạch một đường phía ngoài nếp khẩu cái lưỡi, có thể mở rộng đường rạch lên trên đến khẩu cái cứng. Rạch qua lớp dưới niêm mạc.
- + Bóc tách qua cơ khẩu cái lưỡi. Rạch qua cơ xiết họng trên, bộc lộ khối u.
- Bóc tách và cắt bỏ khối u:
- + Bóc tách khối u khỏi các cấu trúc xung quanh bằng dụng cụ đầu tù, chú ý đến động mạch cảnh và các dây thần kinh lân cận.
- + Cắt bỏ toàn bộ khối u và lấy mẫu làm giải phẫu bệnh.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.



**Hình 2: Các bước phẫu thuật**

Rạch qua lớp niêm mạc và lớp dưới niêm mạc (A). Rạch qua cơ xiết họng trên, bộc lộ khối u (B). Bóc tách theo bình diện khối u dưới nội soi (C,D). Khâu đóng vết mổ (E). Khối u sau khi cắt bỏ (F).

### III. BÀN LUẬN

U khoang bên họng là khối u hiếm gặp, chỉ chiếm 0,5% trong tổng số các khối u ở vùng đầu cổ. KBH chứa nhiều cấu trúc giải phẫu khác nhau, từ đó có thể gặp nhiều loại khối u khác nhau, có trên 70 type mô bệnh học khối u đã được mô tả. Vì phần lớn chúng là lành tính nên phẫu thuật cắt bỏ là nền tảng cho việc điều trị UKBH. Tuy vậy, việc lựa chọn phương pháp tiếp cận phù hợp nhất lại là một thách thức vì cần phải cân nhắc giữa khả năng cắt bỏ hoàn toàn khối u với nguy cơ xảy ra biến chứng<sup>5-7</sup>.

Trước đây, phần lớn UKBH được cắt bỏ qua đường dưới hàm hoặc đường qua tuyến mang tai và có thể kèm theo mở xương hàm dưới. Phương pháp tiếp cận qua đường dưới hàm giúp quan sát tốt khoang trước trâm, động mạch cảnh trong và các thần kinh số IX-XI<sup>8</sup>. Phẫu thuật này được chỉ định với các khối u lớn nằm ở ngăn trước trâm, khối u nằm gần tuyến mang tai hoặc xương hàm dưới và các khối u nằm ở phần thấp của khoang bên họng. Ưu điểm của đường này là phẫu trường rộng, có thể cắt bỏ được các khối u lớn và dễ dàng kiểm soát các cấu trúc mạch máu, thần kinh. Nhược điểm là để lại sẹo vùng cổ gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ và có nguy cơ tổn thương thần kinh mặt. Tiếp cận đường qua tuyến mang tai giúp quan sát tốt thân và các nhánh của thần kinh mặt cùng phần giữa và trên ngoài KBH. Phẫu thuật này chỉ định với khối u nằm ở ngăn trước trâm, có liên quan đến tuyến mang tai, hay các khối u lớn, xâm lấn vào tuyến mang tai và các cấu trúc lân cận<sup>5,8</sup>. Đường mổ này giúp tiếp cận rộng rãi, cho phép cắt bỏ toàn bộ khối u và các cấu trúc liên quan đồng thời kiểm soát tốt các dây thần kinh và mạch máu. Tuy nhiên lại để lại sẹo ở cổ và vùng mang tai kèm theo nguy cơ tổn thương dây thần kinh

mặt cao hơn. Ngoài ra còn các đường tiếp cận khác, ít được sử dụng như đường qua xương chũm, dưới thái dương, đường qua nền sọ... giúp tiếp cận các khối u ở phần trên KBH, liên quan đến hố dưới thái dương, nền sọ hoặc lỗ tĩnh mạch cảnh và/hoặc mở rộng vào trong sọ. Đây là các phẫu thuật phức tạp, nguy cơ tổn thương các dây thần kinh và mạch máu lớn, đòi hỏi phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm.

Gần đây, các phương pháp tiếp cận đường ngoài truyền thống đang dần được thay thế bởi phẫu thuật qua các lỗ tự nhiên, đặc biệt là đường miệng. Trước đây, nhiều tác giả không khuyến khích phương pháp cắt UKBH qua đường miệng vì nguy cơ tổn thương dây thần kinh, mạch máu lớn, nguy cơ vỡ u hoặc cắt bỏ không hoàn toàn<sup>6</sup>. Trên thực tế, phẫu thuật qua đường miệng trước đây chỉ giới hạn ở việc cắt bỏ các tổn thương lành tính có kích thước nhỏ nằm ở khoang trước trâm. Sự phát triển công nghệ nội soi giúp phẫu thuật viên quan sát tốt hơn ranh giới khối u cùng các cấu trúc mạch máu thần kinh quan trọng. Từ đó, phẫu thuật nội soi qua đường miệng cắt UKBH ngày càng được sử dụng rộng rãi. Phương pháp này được chỉ định đối với khối u lành tính hoặc ác tính phát triển tại chỗ, khối u nằm gần cơ xiết họng, thường ở vị trí trên trong KBH và không xâm lấn các cấu trúc mạch máu, thần kinh lân cận. Về kích thước khối u, phẫu thuật này thường được chỉ định với các u kích thước nhỏ (dưới 6cm). Một số tác giả đã báo cáo trường hợp cắt u kích thước lên đến 8cm qua đường miệng<sup>2</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 3 khối u KBH có kích thước từ 4-8cm và đều được phẫu thuật thành công với nội soi qua đường miệng. Phương pháp tiếp cận dưới hố trợ của nội soi cho phép bác sĩ phẫu thuật cắt bỏ các khối u nằm ở khoang sau trâm mà không gây tổn thương mạch máu hoặc dây thần kinh<sup>4</sup>. Một số ít trường hợp liệt dây thần kinh số được báo cáo có liên quan đến các khối u nguồn gốc thần kinh<sup>2</sup>. Ngoài tỉ lệ biến chứng thấp, nội soi qua đường miệng còn giúp giảm lượng máu mất trong phẫu thuật, giảm đau sau phẫu thuật, giảm thời gian nằm viện và không để lại sẹo ảnh hưởng đến thẩm mỹ<sup>2,4</sup>. Tuy nhiên phương pháp này cũng có những chống chỉ định như khối u xâm lấn các cấu trúc lân cận, u ác tính đã di căn, u nằm gần động mạch cảnh hay dây thần kinh số với nguy cơ tổn thương cao và BN có hạn chế há miệng. Trước phẫu thuật, MRI thường được chỉ định, giúp đánh giá khối u, mối liên quan với các cấu trúc xung quanh và dự đoán nguồn gốc khối u cũng như khả năng ác tính của khối u. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ hoặc sinh thiết lõi

cũng thường được chỉ định để đánh giá bản chất khối u. Tuy nhiên, vai trò của chọc hút kim nhỏ trước phẫu thuật vẫn còn tranh cãi do tỉ lệ không chẩn đoán được cao ngay cả khi chọc hút được thực hiện dưới hướng dẫn của CT<sup>3</sup>. Sinh thiết lõi có độ chính xác cao hơn so với chọc hút kim nhỏ, trong nghiên cứu của chúng tôi có 1/3 BN sử dụng phương pháp này và cho kết quả phù hợp với mô bệnh học khối u sau phẫu thuật. Để đánh giá khả năng bộc lộ khối u qua đường miệng, các tác giả thường sử dụng phân loại Friedman-Mallampati và tiêu chuẩn 8T. Phẫu thuật nội soi qua đường miệng rất khó thực hiện trên các BN phân loại Friedman-Mallampati > 2 và/hoặc 8T bất lợi. Tóm lại, cần đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng một cách kỹ lưỡng trước phẫu thuật.

#### IV. KẾT LUẬN

Qua 3 Bệnh nhân được u khoảng bên họng được chẩn đoán và phẫu thuật nội soi qua đường miệng chúng tôi thấy những khối u có ranh giới rõ, không xâm lấn, hướng đến lành tính thì phẫu thuật nội soi qua đường miệng cắt u khoang bên họng là một phương pháp hiệu quả, có nhiều ưu điểm và là lựa chọn phù hợp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bradley PJ, Bradley PT, Olsen KD. Update on the management of parapharyngeal tumours. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;19(2):92-98.
2. Chen Z, Chen YL, Yu Q, et al. Excision of tumors in the parapharyngeal space using an endoscopically assisted transoral approach: a case series and literature review. J Int Med Res. 2019;47(3):1103-1113.
3. Farrag TY, Lin FR, Koch WM, et al. The role of pre-operative CT-guided FNAB for parapharyngeal space tumors. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;136(3):411-414.
4. Li L, London NR, Gao Y, Carrau RL, Chen X. Endoscopic transoral approach for resection of retrostyloid parapharyngeal space tumors: Retrospective analysis of 16 patients. Head Neck. 2020;42(12):3531-3537.
5. López F, Suárez C, Vander Poorten V, et al. Contemporary management of primary parapharyngeal space tumors. Head Neck. 2019;41(2):522-535.
6. Riffat F, Dwivedi RC, Palme C, Fish B, Jani P. A systematic review of 1143 parapharyngeal space tumors reported over 20 years. Oral Oncol. 2014;50(5):421-430.
7. Shi X, Tao L, Li X, et al. Surgical management of primary parapharyngeal space tumors: a 10-year review. Acta Otolaryngol. 2017;137(6):656-661.
8. Van Hees T, van Weert S, Witte B, René Leemans C. Tumors of the parapharyngeal space: the VU University Medical Center experience over a 20-year period. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2018;275(4):967-972.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN PHỨC TẠP BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẦM NHỎ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Đỗ Công Đoàn<sup>1,2</sup>, Trương Công Thành<sup>2</sup>, Trần Huỳnh Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Phương<sup>1</sup>, Lê Quang Trung<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Duy<sup>1</sup>, Đặng Hoàng Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Trung Hiếu<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ ngày càng được áp dụng rộng rãi, dần thay thế mổ mở kinh điển trong điều trị sỏi thận. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận phức tạp bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt case, bệnh nhân được chẩn

đoán sỏi thận phức tạp và điều trị bằng phương pháp Mini-PCNL tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 01 năm 2025. **Kết quả:** 40 trường hợp sỏi thận phức tạp được tiến hành tán sỏi qua da đường hầm nhỏ. Trong đó có 25 nam - 15 nữ, tuổi trung bình  $48,25 \pm 10,32$  tuổi, 92,5% nhập viện vì đau hông lưng. Diện tích bề mặt sỏi: 400 - 799 mm<sup>2</sup> chiếm 42,5% ; 800 - 1599 mm<sup>2</sup> chiếm 35%. Chọc dò vào nhóm đài giữa chủ yếu với tỷ lệ 77,5%, nhóm đài dưới chiếm 7,5%. Thời gian phẫu thuật trung bình  $85,3 \pm 18,3$  phút. Không ghi nhận tai biến trong mổ. 2 trường hợp biến chứng sau mổ (5%). Tỷ lệ sạch sỏi sớm sau mổ là 42,5%, sau tán lần 2 là 62,5%. Tỷ lệ sạch sỏi chung, sau tái khám 1 tháng là 75%. Kết quả điều trị tốt chiếm tỉ lệ 57%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi tán sỏi thận phức tạp bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ cho thấy sự hiệu quả và an toàn với tỉ lệ sạch sỏi thành công tương đối cao, ít tai biến, biến chứng.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Hiếu

Email: nthieu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2025

Ngày duyệt bài: 11.6.2025