

Đặc điểm lâm sàng và kết quả bước đầu điều trị nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng bằng phương pháp vi mở thông

Clinical characteristics and result of micro-marsupialization technique for mucocele and ranula

Lê Thị Thu Hải*,
Phạm Thị Cẩm Thơ**,
Đặng Triệu Hùng***,
Nguyễn Thị Hồng Minh****

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,

**Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh,

***Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội,

****Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng bằng phương pháp vi mở thông (sử dụng lỗ kim chỉ khâu silk 3/0 để tạo lỗ thông dẫn lưu nước bọt từ nang vào khoang miệng). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 30 bệnh nhân nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng được phẫu thuật tại Khoa Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8/2019 đến tháng 3/2020. **Kết quả:** Bệnh nhân đa số là nữ giới chiếm 63,3%, nam giới chiếm 36,7%, phân bố tuổi chủ yếu từ 10 - 30 tuổi. Phần lớn đối tượng nghiên cứu không có yếu tố nguy cơ chiếm 60%. Triệu chứng khối phồng môi-sàn miệng chiếm 70%, cảm giác vướng là 86,67%. Nang nhầy môi có kích thước trung bình $10,47 \pm 2,01$ mm, nang nhái sàn miệng có kích thước trung bình $23 \pm 5,07$ mm. Thời gian thủ thuật trung bình là $4,6 \pm 1,2$ phút. Sau điều trị 1 tháng đa số bệnh nhân không còn khối phồng (chiếm 80%). 63,33% các nang đã thu nhỏ hoàn toàn. Đa số các bệnh nhân đạt chức năng ăn nhai bình thường (chiếm 73,33%) và sau điều trị 3 tháng là 83,33%. Có 86,67% nang thoái triển hoàn toàn và 3,33% nang thu nhỏ < 5mm, có 10% nang tái phát trở lại. **Kết luận:** Trong điều trị nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng, kỹ thuật vi mở thông là kỹ thuật đơn giản, xâm lấn tối thiểu, thời gian thực hiện ngắn, bệnh nhân dễ chấp nhận. Mặc dù có tỷ lệ tái phát, kỹ thuật vi mở thông vẫn là một trong các lựa chọn điều trị đầu tiên ở các cơ sở y tế cho chuyên khoa Răng Hàm Mặt.

Từ khóa: Nang nhầy môi, nang nhái sàn miệng, phương pháp vi mở thông.

Summary

Objective: To evaluate clinical characteristics and results of micro-marsupialization technique for mucocele and ranula. **Subject and method:** A study of

Ngày nhận bài: 21/6/2021, ngày chấp nhận đăng: 20/7/2021

Người phản hồi: Lê Thị Thu Hải, Email: lethuhai3009@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

30 mucocoele or ranula patients who were treated from August 2019 to March 2020 at Hanoi Medical University Hospital. *Result:* Most patients was female (63%); range 10 - 30 was 57.1. There was no risk factor accounted for 60%. 70% of patients had asymptomatic swelling, 86.67% of patients had discomfort when eating. The median size of mucocoele was 10.47 ± 2.01 mm (range: 7 - 15mm). The median size of ranula was 23 ± 5.07 mm (range: 18 - 35mm). The median procedure time was 4.6 ± 1.2 minutes. The 1 week-outcome: 0% infected patient; 40% patients with mild pain and 53.33% patients with no pain. The rate of mild swelling was 86.67%. The 1 month-outcome: Most of patients had no swelling accounting for 80%; 63.33% patients presented full regression 1 month after treatment. The 3 months-outcome: 86.67% patients had full regression; 83.33% patients had normally function of eating. *Conclusion:* Mucocoele and ranula of the oral cavity are common, unknown etiology, and both treated with micro-marsupialization with good outcome, safety, and simple technique.

Keywords: Micro-marsupialization, mucocoele, ranula.

1. Đặt vấn đề

Nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng là bệnh lý hay gặp trong răng hàm mặt, do tổn thương ống tuyến nước bọt, dẫn đến sự thoát chất nhầy hoặc tích tụ tại chỗ do tăng tiết nước bọt trong mô mềm. Chúng xuất hiện ở tuyến nước bọt dưới lưỡi và các tuyến nước bọt phụ nằm rải rác trong khoang miệng, vị trí hay gặp là sàn miệng và môi dưới [1]. Có nhiều phương pháp điều trị nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng, bao gồm: Mở thông khâu lộn túi, cắt bỏ nang, liệu pháp áp lạnh (cryotherapy) [2]. Phương pháp cắt bỏ toàn bộ nang đặc biệt là nang nhái sàn miệng thường gặp khó khăn do vỏ nang rất dễ vỡ, dễ tổn thương các cấu trúc lân cận như thần kinh lưỡi, ống Wharton, đòi hỏi kỹ thuật cao, mất nhiều thời gian và tốn kém chi phí. Phương pháp mở nang và khâu lộn lòng nang thường không đạt kết quả cao do dễ tái phát. Phương pháp vi mở thông đã được một số tác giả nước ngoài thực hiện và chứng minh đây là phương pháp đơn giản, ít xâm lấn và đạt hiệu quả cao. Thủ thuật xâm lấn tối thiểu, bệnh nhân chịu được tốt, thời gian thực hiện ngắn và

ít tổn thương tổ chức xung quanh [3]. Ở Việt Nam chưa thấy có báo cáo về điều trị nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng bằng phương pháp vi mở thông. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu sau: *Đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng bằng phương pháp vi mở thông.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân có nang nhầy môi hoặc nang nhái sàn miệng đến khám và điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội tháng 8 năm 2019 đến tháng 03 năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân được chẩn đoán nang nhầy môi hoặc nang nhái sàn miệng điều trị lần đầu, không có bệnh lý tại chỗ như viêm nhiễm, u cục kèm theo. Hồ sơ bệnh án đầy đủ kết quả: Khám lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có nang bị vỡ trong vòng 2 tuần.

Bệnh nhân đã điều trị trước đó bằng bất kỳ phương pháp nào.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.

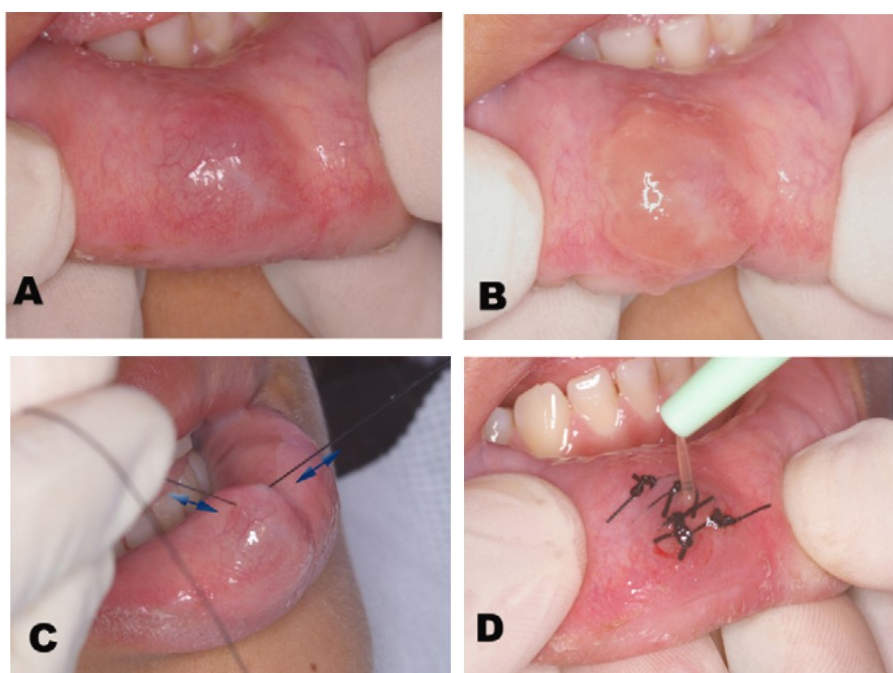
Chuẩn bị bệnh nhân: Khám xét đánh giá, xác định rõ vị trí nang, vô cảm: Có thể bôi tê, gây tê tại chỗ, gây mê toàn thân tùy tuổi và thể trạng bệnh nhân.

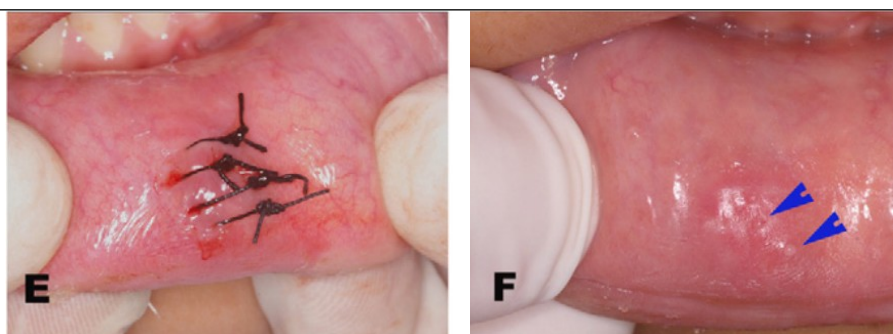
Kỹ thuật:

Năm 1995, Morton và Bartley nói rằng có thể điều trị nang nhái bằng cách khâu chỉ silk vào trong vòm của nang [4]. Sau đó, tác giả Sandrini và cộng sự thực hiện vi

mở thông sửa đổi: Bao gồm tăng số lượng chỉ khâu, giảm khoảng cách giữa điểm đi vào và đi ra của mũi kim, duy trì thời gian chỉ khâu trong thời gian dài hơn (khoảng 30 ngày) [5].

Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được thực hiện kỹ thuật vi mở thông theo đề xuất của Morton và Bartely và cải tiến theo Sandrini và cộng sự với một số sửa đổi [4], [5]. Sử dụng chỉ liên kim silk 3/0 khâu xuyên qua nang nhày/nhái buộc thắt lại; Có thể khâu 1 hoặc nhiều mối chỉ tùy theo kích thước của nang; duy trì mối chỉ khâu sau 4 tuần mới cắt chỉ. Các mũi chỉ khâu này có tác dụng dẫn lưu dịch qua lỗ chỉ khâu. Trong thời gian ngoài 4 tuần, niêm mạc miệng bao phủ mặt trong lỗ khâu, sau khi rút chỉ sẽ tạo đường dẫn lưu nhỏ có tác dụng như ống tuyến dẫn lưu nước bọt vào khoang miệng.





Hình 1. Lâm sàng của ca nang nhầy môi dưới

và các bước kỹ thuật vi mở thông theo tác giả Amaral và cộng sự [6]

- (A). Nang nhầy môi bề mặt nhẵn, màu hơi xanh, kích thước 10mm ở môi dưới bên phải;
(B). Gây tê tại chỗ; (C). Kéo sợi chỉ qua lại (mũi tên xanh) với chỉ silk 3.0;
(D). Hút chất nhầy từ bên trong nang, chất nhầy thoát ra từ vị trí các chân chỉ;
(E). Kích thước tổn thương giảm sau khi hút, khâu chỉ silk 3.0, khoảng cách giữa các mũi chỉ là 3,6mm [4];
(F). Lành thương và không có dấu hiệu tái phát sau 09 tháng theo dõi
(Mũi tên cho thấy ống dẫn mới của tuyến nước bọt phụ được tạo ra ở vị trí của chỉ khâu).

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý theo phần mềm SPSS 20.0.

3. Kết quả

3.1. Các đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng (n = 30)

Chỉ số		Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	11	36,7
	Nữ	19	63,3
Tuổi	< 10	4	13,33
	10 - 30	17	56,67
	> 30	9	30,0
Yếu tố nguy cơ gây bệnh	Sang chấn	12	40,0
	Không có yếu tố nguy cơ	18	60,0
Triệu chứng cơ năng	Sưng môi	21	70,0
	Nói nuốt vướng	26	86,67
Kích thước nang nhầy môi	Nhỏ nhất	7mm	
	Lớn nhất	15mm	
	Trung bình	10,47 ± 2,01	
Kích thước nang	Nhỏ nhất	18mm	

nhái sàn miệng	Lớn nhất	35mm	
	Trung bình	$23 \pm 5,07$	
Màu sắc nang	Màu hồng của niêm mạc	24	80
	Màu xanh	6	20
Thời gian từ khi xuất hiện đến khi điều trị	> 12 tháng	1	3,33
	Từ 1 - 12 tháng	17	56,67
	< 1 tháng	12	40

Nhận xét: Bệnh nhân nữ chiếm 63,3%, phân bố tuổi chủ yếu > 10 tuổi (86,67%). Không có yếu tố nguy cơ chiếm 60%. Triệu chứng sưng môi và cảm giác vướng chiếm 70% và 86,67%. Kích thước trung bình của nang nhầy môi là $10,47 \pm 2,01\text{mm}$, nang nhái sàn miệng là $23 \pm 5,07\text{mm}$. Thời gian xuất hiện bệnh đến khi điều trị > 12 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3,33%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Thời gian thực hiện

Thời gian thực hiện	Số lượng bệnh nhân (n = 30)	Tỷ lệ %
≤ 5 phút	23	76,67
> 5 phút	7	23,23
Trung bình	$4,6 \pm 1,2$	

Nhận xét: Thời gian thủ thuật trung bình là $4,6 \pm 1,2$ phút. Nhóm bệnh nhân có thời gian thực hiện thủ thuật ≤ 5 phút chiếm tỷ lệ cao với 76,67%.

Bảng 3. Kết quả điều trị sau 1 tuần

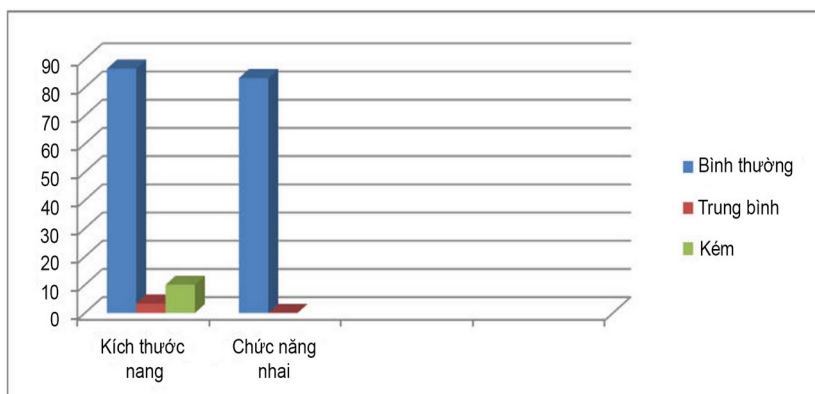
Chỉ số		Bệnh nhân (n = 30)	Tỷ lệ %
Đau	Không đau	16	53,33
	Đau nhẹ hoặc vừa	12	40
	Đau nặng hoặc khủng khiếp	2	6,67
Sưng nề	Không	3	10
	Nhẹ	26	86,67
	Nhiều	1	3,33
Nhiễm trùng	Không	30	100
	Dịch, rỉ viêm	0	0
Rụng chỉ khâu	Không	25	83,33
	≤ 50% số mũi	5	16,67
	> 50% số mũi	0	0

Nhận xét: Đánh giá sau điều trị 1 tuần: Không có bệnh nhân nào bị nhiễm trùng. Chủ yếu là bệnh nhân đau nhẹ và không đau chiếm 40% và 53,33%. Tỷ lệ sưng nề nhẹ là 86,67%. 83,33% bệnh nhân không bị rụng chỉ khâu.

Bảng 4. Kết quả điều trị sau 1 tháng

Chỉ số		Số lượng bệnh nhân (n = 30)	Tỷ lệ %
Sưng nề	Không	24	80
	Nhẹ	6	20
	Nhiều	0	0
Kích thước nang	Thu nhỏ hoàn toàn	19	63,33
	Thu nhỏ $\geq \frac{1}{2}$ kích thước nang	8	26,67
	Thu nhỏ $< \frac{1}{2}$ kích thước nang	3	10
Ăn nhai	Bình thường	22	73,33
	Vướng nhẹ	8	26,67
	Khó chịu	0	0

Nhận xét: Bệnh nhân không còn sưng nề sau 1 tháng điều trị chiếm 80%. Có 63,33% các nang đã thu nhỏ hoàn toàn. Chức năng ăn nhai bình thường ở đa số các bệnh nhân chiếm 73,33%.

**Biểu đồ 1. Kết quả điều trị chung sau 3 tháng**

Nhận xét: Sau điều trị 3 tháng, 83,33% bệnh nhân có chức năng ăn nhai bình thường. Có 86,67% nang thoái triển hoàn toàn và 10% nang tái phát trở lại.

**Hình 2. Nang nhái sàn miệng (P) và kỹ thuật vi mô thông [4]**

(A) Nang nhái sàn miệng (P) có màu niêm mạc, kích thước 20mm,
 (B) Giảm kích thước tổn thương sau khi hút, sử dụng chỉ silk 3.0 và khoảng cách giữa các mũi

khâu là 3,6mm,

(C) Lành thương lâm sàng và không có dấu hiệu tái phát trong thời gian theo dõi (12 tháng).

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu của chúng tôi nữ chiếm 63,3%, nam chiếm 36,7%. Các tài liệu báo cáo rằng nang nhầy nước bọt nói chung ảnh hưởng đến cả hai giới như nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới, có kết quả tương tự với nghiên cứu của Emad F. Essa và cộng sự cho thấy 66,7% là nữ và 33,3% là nam [7]. Theo kết quả Bảng 1, độ tuổi thường gặp nhất là từ 10 tuổi đến 30 tuổi (56,67%), phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác. Các báo cáo cho thấy hầu hết các nang nhầy tuyến nước bọt xảy ra trong thập kỷ thứ hai và thứ ba của cuộc đời [8]. Về yếu tố nguy cơ, có 60% bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ, và 40% bệnh nhân có tiền sử sang chấn (chấn thương hoặc cắn môi), và không có ca nào do nhiễm trùng tại chỗ. Theo các nghiên cứu đã báo cáo, yếu tố căn nguyên chính của nang nhầy nước bọt là chấn thương và tắc nghẽn ống tuyến nước bọt. Thói quen cắn môi và lưỡi cũng là một trong những yếu tố làm trầm trọng thêm. Sự tắc nghẽn ống dẫn của các tuyến nước bọt phụ do vôi hóa hoặc bất kỳ chấn thương nào cũng có thể là nguyên nhân của nang nhầy [9]. Về triệu chứng cơ năng, 70% bệnh nhân có triệu chứng sưng ở môi và trong đó có 86,67% bệnh nhân có triệu chứng vướng, 100% bệnh nhân không có triệu chứng đau. Kết quả này tương đồng với kết quả của Mustapha IZ, Boucree SA Jr thấy nang nhầy thường xuất hiện với một nốt sưng không đau [10]. Nói chung triệu chứng cơ năng của nang nhầy nước bọt nghèo nàn, xuất hiện dưới dạng một khối sưng tròn, không đau. Nang nhầy thường không có triệu chứng, mặc dù ở một số bệnh nhân có thể gây khó chịu và cản trở việc nói,

nhai và nuốt. Theo nghiên cứu, kích thước trung bình của nang nhầy môi là $10,47 \pm 2,01\text{mm}$ và kích thước trung bình của nang nhai là $23 \pm 5,07\text{mm}$. Đường kính nang nhầy từ 01mm đến vài cm, trung bình là 9mm. Đối với nang nhai sàn miệng, thì đặc trưng là những khoang nang lớn ($> 20\text{mm}$). Tuy nhiên theo Baurmash, những tổn thương ở bề mặt có kích thước từ 5 đến 15mm, còn nang nhai phát sinh từ tuyến thì $> 15\text{mm}$ đến 30mm. Trong 09 ca nang nhai sàn miệng của nghiên cứu này thì ghi nhận kích thước trong khoảng 18 - 35mm, phù hợp với các nghiên cứu đã nêu trước đó.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là $4,6 \pm 1,2$ phút. Kết quả này hơi thấp hơn so với báo cáo của của một số tác giả trên thế giới: Shallu Bansal và cộng sự, thời gian trung bình trong nghiên cứu của tác giả là $5,33 \pm 0,2$ phút [11]. Nhìn chung, nhiều tác giả đã kết luận rằng vi mô thông là một kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, được thực hiện dưới gây tê tại chỗ, thời gian thủ thuật cần thiết khoảng 5 phút, không tổn thương mô hoặc viêm. Đánh giá sau điều trị 1 tuần: Không có bệnh nhân nào bị nhiễm trùng và đa số bệnh nhân đau nhẹ và không đau với tỷ lệ tương ứng là 40% và 53,33%. Chủ yếu là sưng nề nhẹ (86,67%). Chỉ khâu không bị rụng chiếm 83,33%. Đây là một kỹ thuật xâm lấn tối thiểu nên sau điều trị 1 tháng chức năng ăn nhai bình thường chiếm 73,33%. Kích thước nang thu nhỏ dần $\geq 5\text{mm}$ sau 1 tháng chiếm 26,67%, sau 3 tháng tỷ lệ nang thoái triển hoàn toàn chiếm 86,67% nang thoái triển hoàn toàn; Có ba trường hợp tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi có hai ca là nang nhai sàn miệng, kích thước $\geq 20\text{mm}$ và một ca nang nhầy môi kích thước 12mm,

tất cả đều có kích thước khá lớn. Theo tác giả Castro: Nang có kích thước lớn hơn và nằm sâu thường cho thấy kết quả lâm sàng không tốt với kỹ thuật vi mở thông [12].

Tuy nhiên với các trường hợp nang to và sâu thì kết quả không cao, nhưng kỹ thuật mở thông vi thể vẫn có thể là lựa chọn điều trị đầu tiên, vì nó xâm lấn tối thiểu, kỹ thuật đơn giản, đòi hỏi thời gian ít, bệnh nhân dễ chấp nhận. Thậm chí nếu kỹ thuật mở thông vi thể thất bại, hoặc tái phát, tổn thương luôn luôn có thể điều trị bằng các phương pháp dứt khoát hơn như đã đề cập trước đó.

5. Kết luận

Trong điều trị nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng, kỹ thuật vi mở thông là kỹ thuật đơn giản, xâm lấn tối thiểu, thời gian thực hiện ngắn, bệnh nhân dễ chấp nhận. Mặc dù có tỷ lệ tái phát, kỹ thuật vi mở thông vẫn là một trong các lựa chọn điều trị đầu tiên ở các cơ sở y tế có chuyên khoa răng hàm mặt.

Tài liệu tham khảo

1. Baurmash HD (2003) *Mucocoeles and ranulas*. J Oral Maxillofac Surg 61(3): 369-378.
2. Huang IY, Chen CM, Kao YH, Worthington P (2007) *Treatment of mucocoele of the lower lip with carbon dioxide laser*. J Oral Maxillofac Surg 65(5): 855-858.
3. Delbem AC, Cunha RF, Vieira AE, Ribeiro LL (2000) *Treatment of mucus retention phenomena in children by the micro-marsupialization technique: case reports*. Pediatr Dent 22(2): 155-158.
4. Abstract - Europe PMC (2020) *Simple sublingual ranulas: pathogenesis and management*. Accessed <https://europepmc.org/article/med/8551539>.
5. Sandrini FAL, Sant'ana-Filho M, Rados PV (2007) *Ranula management: Suggested modifications in the micro-marsupialization technique*. J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg 65(7): 1436-1438.
6. Amaral M, Freitas JB, Mesquita R (2012) *Upgrading of the micro-marsupialisation technique for the management of mucus extravasation or retention phenomena*. Int J Oral Maxillofac Surg 41.
7. Patel MR, Deal AM, Shockley WW (2009) *Oral and plunging ranulas: What is the most effective treatment?* the Laryngoscope 119(8): 1501-1509.
8. Jani DR, Chawda J, Sundaragiri SK, Parmar G (2010) *Mucocoele - A study of 36 cases*. Indian J Dent Res 21(3): 337.
9. Chaudhry AP, Reynolds DH, Lachapelle CF, Vickers RA (1960) *A clinical and experimental study of mucocoele (retention cyst)*. J Dent Res 39(6): 1253-1262.
10. Mustapha IZ, Boucree SA Jr (2004) *Mucocoele of the upper lip: Case report of an uncommon presentation and its differential diagnosis*. J Can Dent Assoc 70(5): 318-321.
11. Bansal S, Verma DK, Goyal S, Rai M (2017) *Comparison of micromarsupialization and modified micromarsupialization for the management of mucocoele of lower lip: A prospective randomized clinical trial*. J Maxillofac Oral Surg 16(4): 491-496.
12. Flaitz CM, Hicks MJ, Butler DF et al (2016) *Ranulas and mucocoeles*. Medscape Last updated.