TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **https://www.who.int.** available at: https://www.who.int./news-room/fact sheets/detail/depression#:~:text=Depression%20is%20a%20common%20illness,world%20have%20depression%20 (truy cập ngày 22 tháng 4 năm 2022).
2. **https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline.**
3. **Bueno-Notivol J et al.** (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. International journal of clinical and health psychology : IJCHP, 21(1), 100196.
4. **Deng J, Zhou F, Hou W et al.** (2021). The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. Ann N Y Acad Sci. 1486(1):90-111.
5. **Liu C, Pan W, Li L et al.** (2021). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia symptoms among patients with COVID-19: A meta-analysis of quality effects model. J Psychosom Res. 147:110516.
6. **Coleman, Justine** (2020). "Vietnam reports first coronavirus cases". The Hill. Truy cập ngày 18 tháng 2 năm 2020.
7. **Lovibond PF, Lovibond SH** (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. Behav. Res. Ther. 33(3):335–343.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT SỚM UNG THƯ TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM TẠI BỆNH VIỆN K TỪ 2015 ĐẾN 2020

Nguyễn Quốc Dũng[1], Lê Văn Quảng[1], Trần Đức Toàn[1]

TÓM TẮT

U tuyến nước bọt là một nhóm bệnh trong bệnh học vùng đầu cổ nói chung và bệnh của tuyến nước bọt nói riêng, chiếm vào khoảng 0,2 - 0,6% của tất cả các loại khối u và khoảng 2- 4 % khối u vùng đầu cổ. Trong đó, ung thư tuyến nước bọt chiếm dưới 1% các loại ung thư. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu đối với các ung thư tuyến nước bọt dưới hàm, Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến dưới hàm có hoặc không có vét hạch cổ tùy thuộc vào kích thước khối u, hạch cổ, loại mô bệnh học vẫn còn có những tranh luận. Phẫu thuật như thế nào để bảo tồn được các nhánh thần kinh quan trọng, hạn chế tái phát là mối quan tâm hàng đầu của các phẫu thuật viên. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật sớm của ung thư tuyến nước bọt dưới hàm tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu và tiến cứu có theo dõi dọc. 88 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư tuyến nước bọt dưới hàm. Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu có theo dõi dọc. **Kết quả điều trị:** Các phương pháp phẫu thuật: Có 60/88 trường hợp (68,1%) cắt toàn bộ TDH. Di căn hạch chiếm 31,9%. (28/88). Xếp giai đoạn bệnh sau PT:T2,T3 88,6%. Thời gian nằm viện sau PT: 6 – 10 ngày, có 55/88 (62,5%). Kết quả phẫu thuật: 92% tốt. Kết quả phẫu thuật theo giai đoạn: S1 kết quả tốt cao nhất 85,7%. Kết quả phẫu thuật theo phương pháp PT: cắt TDH đơn thuần cho kết quả tốt là 93,3%. Các tai biến và biến chứng sau phẫu thuật: 14/88 ca bị liệt mặt chiếm 15,9%. Chảy máu 5 ca chiếm 5,7%. Tụ dịch có 4 trường hợp chiếm 4,5%. Chưa ghi nhận trường hợp liệt dây XII nào. Kết luận: 68,1% cắt TDH đơn thuần. 62,5% nằm điều trị là từ 6 – 10 ngày, 92% bệnh nhân có kết quả điều trị tốt, Liệt mặt, chảy máu, tụ dịch là những biến chứng hay gặp nhất. Liệt mặt chiếm 15,9%. Chảy máu 5,7%. Tụ dịch chiếm 4,5%.

Từ khóa: ung thư, tuyến dưới hàm

SUMMARY

ESTIMATED THE RESULT OF EARLY SUBMANDIBULAR SALIVARY GLAND CANCEROUS OPERATION IN K HOSPITAL FROM 2015 TO 2020

Salivary gland tumor is disease group in the head and neck, specially in salivary gland tumors. The incidence of salivary gland neoplasms (SGN) constitutes approximately 0,2 to 0,6% of head and neck tumors. Incidence of Submandibular Salivary glands cancer is under 1%. Operation is main way to treat. **Objective:** considering the result of earned operation of submandibular salivary gland cancer. **Materials and method:** A prospective study from a series of 88 patients are diagnosed of Submandibular Salivary glands cancer and have operated. Results and discussion: Total Submandibularectomy 68,1%. Neck lypho node dissection 31,9%. T2, T3 post- operation 88,6%. Good result operation 92%. Total Submandibularectomy with good result 93,3%. Complications: submandibular margin nerve damage 14/88 (15,9%). Haemorrhage 5,7%. **Conclusion:** Total Submandibularectomy 68,1%. Good result operation 92%. **Complications:** submandibular margin nerve damage 14/88 (15,9%).

Keywords: cancer, submandibula

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến nước bọt là một nhóm bệnh trong bệnh học vùng đầu cổ nói chung và bệnh của tuyến nước bọt nói riêng, chiếm vào khoảng 0,2 - 0,6% của tất cả các loại khối u và khoảng 2-4% khối u vùng đầu cổ. Trong đó, ung thư tuyến

[1]*Bệnh Viện K*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Dũng

Email: drdungda71@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023

nước bọt chiếm dưới 1% các loại ung thư [1][3].

Tỷ lệ mắc bệnh chuẩn theo tuổi hàng năm của u tuyến nước bọt trên toàn thế giới khoảng 0,4-6,5 ca/100.000 dân [2]. Ở Mỹ ước tính có khoảng 2,2-2,5 ca mới mắc/100000 dân, ung thư khoảng1/100.000 [3]. Nhật bản 0,8/ 100.000.

Ở Việt Nam tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 0,6-0,7 ca u tuyến nước bọt mới mắc/100.000 dân [4].

Ung thư tuyến dưới hàm, gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng gặp nhiều ở người già, tuổi trung bình là 64. Khoảng 72% số trường hợp ung thư tuyến nước bọt sống trên 5 năm, ở thời điểm chẩn đoán(tỷ lệ chung cho các loại và giai đoạn) [SEER] [51].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu đối với các ung thư tuyến nước bọt dưới hàm, Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến dưới hàm có hoặc không có vét hạch cổ tùy thuộc vào kích thước khối u, hạch cổ, loại mô bệnh học vẫn còn có những tranh luận. Phẫu thuật như thế nào để bảo tồn được các nhánh thần kinh quan trọng, hạn chế tái phát là mối quan tâm hàng đầu của các phẫu thuật viên. Đề tài "Đánh giá kết quả phẫu thuật sớm của ung thư tuyến nước bọt dưới hàm qua 88 bệnh nhân tại Bệnh viện K từ 2015 đến 2020".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

88 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư tuyến nước bọt dưới hàm, có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, được điều trị tại khoa ngoại Đầu – Cổ/Bệnh viện K từ tháng 1/2015 đến tháng 10/2020.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu có theo dõi dọc. Sử dụng phần mềm SPSS16.0. Xử lý và phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học.

Thông số nghiên cứu:

- Các phương pháp điều trị: Phẫu thuật: Cắt tuyến dưới hàm đơn thuần, Cắt tuyến dưới hàm có vét hạch:
- Ghi nhận tổn thương trong quá trình PT: Tổn thương khối u, hạch:

Các biến chứng sau phẫu thuật không đặc trưng: chảy máu sau mổ, tụ dịch, nhiễm trùng vết mổ, hoại tử da vết mổ.

- Các biến chứng đặc trưng sau phẫu thuật: Liệt nhánh bờ hàm dưới: Tổn thương dây TK XII (dây vận động lưỡi)

Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tuần – 10 ngày, qua theo dõi trực tiếp hoặc qua thông tin thu được từ hồ sơ bệnh án. Kết quả được phân thành 3 mức độ: Tốt, trung bình, xấu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các phương pháp điều trị

Bảng1. Các phương pháp phẫu thuật

	n	%
Cắt toàn bộ TDH	60	68,1
Cắt toàn bộ TDH+ VH	28	31,9
N	88	100

Nhận xét: Có 28 trường hợp SA có hạch nghi ngờ ung thư chiếm 31,9% các trường hợp có vét hạch. Còn lại 60 trường hợp chiếm 68,1% không có chỉ định vét HC.

3.2. Kết quả di căn hạch sau PT

Bảng 2. Kết quả di căn hạch sau PT

KQ di căn hạch sau PT		n	%
Vét hạch cổ	Không	60	68,1
	có	28	31,9
Vị trí hạch di căn	I	25	89
	II	3	11
	III	0	0

Nhận xét: Có 28 trường hợp có vét HC chiếm 31,9%. Trong đóN1 có 25 ca chiếm 89%, N2 có 3 ca chiếm 11%. Không có ca nào ở N3.

3.3. Xếp gai đoạn bệnh sau PT

Bảng 3. Xếp gai đoạn bệnh sau PT

Giai đoạn	n	%
T1	8	9,1
T2	52	59,1
T3	26	29,5
T4	2	2,3
N0	63	71,5
N1	23	26,1
N2	2	2,3
N3	0	0
M0	88	100
M1	0	0

Nhận xét: Sau PT ung thư giai đoạn T2,T3 vẫn là chủ yếu chiếm 88,6%. Với hạch di căn thì chủ yếu hạch ở N1 có 23 trường hợp chiếm 26,1%. Không có trường hợp nào có di căn xa.

3.4. Thời gian nằm viện sau PT: < 6 ngày, 6 – 10 ngày, > 10 ngày

Bảng 4.Thời gian nằm viện sau PT

Số ngày nằm ĐTR	n	%
< 6 ngày	8	9,1
6 – 10 ngày	55	62,5
>10 ngày	25	28,4
N	88	100

Nhận xét: Đa phần bệnh nhân nằm điều trị là từ 6 – 10 ngày, có 55 trường hợp chiếm 62,5%. Chỉ có 8 ca chiếm 9% số bệnh nhân ra viện trước 6 ngày. Sau 10 ngày có 25 trường hợp chiếm 28,4%.

3.5. Kết quả phẫu thuật chung

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật

	n	%
	81	92
TOT	7	8
TB	0	0
XAU	88	100

Nhận xét: Có 81 ca chiếm 92% bệnh nhân có kết quả điều trị tốt. 7 ca chiếm 8% có kết quả điều trị TB. Không có trường hợp nào cho kết quả xấu.

3.6. Các biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 6. Các biến chứng sau phẫu thuật

	n	%
Liệt mặt	14	15,9
Liệt XII	3	3,4
Chảy máu	5	5,7
Nhiễm trùng	2	2,3
Hoại tử vạt	0	0
Tụ dịch	4	4,5

Nhận xét: Liệt mặt, chảy máu, tụ dịch là những biến chứng hay gặp nhất trong PT ung thư tuyến dưới hàm. Có 14 ca bị liệt mặt chiếm 15,9%. Chảy máu 5 ca chiếm 5,7%. Tụ dịch có 4 trường hợp chiếm 4,5%.

3.7. Liên quan giữa liệt mặt và kích thước khối u

Bảng 7. Liên quan giữa liệt mặt và kích thước khối u

GĐ TLiệt mặt	T1	T2	T3	T4	n
Có	0	4	8	2	14
Không	7	49	18	0	74
N	7	53	26	2	88

Nhận xét: Giai đoạn T4 có tỷ lệ liệt mặt cao nhất 100%. Có 8 ca ở T3 chiếm 30%. T2 có 4 ca chiếm 8,1%, ở T1 không có ca nào bị liệt mặt, p = 0,023

3.8. Liên quan giữa liệt mặt và giai đoạn hạch.

Bảng 8. Liên quan giữa liệt mặt và giai đoạn hạch

GĐ NLiệt mặt	N0	N1	N2	N3
Có	7	6	1	0
Không	58	16	0	0
N	65	22	1	0

Nhận xét: Giai đoạn N0 có 7 BN chiếm tỷ lệ 12%. N1 có 6 trường hợp chiếm 37,5%. N2 tỷ lệ liệt mặt là 100%. Với p =0,013

3.9. Liên quan giữa liệt mặt và giai đoạn S

Bảng 9. Liên quan giữa liệt mặt và giai đoạn S

GĐ S / Liệt mặt	S1	S2	S3	S4	n
Có	0	3	10	1	14
Không	7	41	26	0	74
N	7	44	36	1	88

Nhận xét: Giai đoạn S4 có 1 trường hợp liệt mặt chiếm tỷ lệ 100%. S3 có 10 ca tỷ lệ liệt mặt là 27,8%. S2 có 3 trường hợp chiếm 6,8%. S1 không có trường hợp nào liệt mặt sau mổ, với p= 0,017.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các phương pháp điều trị: Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính đối với u tuyến nước bọt nói chung và ung thư TDH nói riêng. Chỉ định phẫu thuật đúng đắn sẽ đem lại hiệu quả điều trị cao, giảm tỷ lệ tái phát cũng như các biến chứng và di chứng.

Hiện nay trên thế giới phẫu thuật tiến hành phẫu tích bộc lộ và bảo tồn dây thần kinh bờ hàm dưới, nhánh của dây thần kinh mặt nên cũng giảm được tỷ lệ liệt mặt sau mổ

Với ung thư tuyến dưới hàm, khi PT chúng tôi thực hiện theo phác đồ chuẩn của Bệnh viện: ung thư TDH chưa có di căn hạch thì cắt TDH đơn thuần. Có di căn hạch, BN sẽ được chỉ định cắt toàn bộ TDH và vét hạch cổ(chọn lọc, chọn lọc biến đổi, tiệt căn). Có 28 trường hợp SA có hạch nghi ngờ ung thư chiếm 31,9% các trường hợp có chỉ định cắt toàn bộ TDH + vét hạch. Còn lại 60 trường hợp chiếm 68,1% cắt toàn bộ TDH mà không có chỉ định vét HC.

4.2. Kết quả di căn hạch sau PT: Vét hạch cổ là một chỉ định bắt buộc với các bệnh nhân ung thư TDH có di căn hạch, nhằm ngăn chặn hạch di căn xa. Hiện nay, chỉ định vét hạch cổ có các hình thái sau: Vét hạch cổ chọn lọc, vét hạch cổ cải biên, vét hạch cổ tiệt căn.

Vấn đề vét hạch dự phòng trong ung thư TDH vẫn còn đang bàn luận và nghiên cứu. Một xu hướng nữa trong vét hạch cổ khi hạch còn nhỏ không xác định được hạch trên LS, SA là vét hạch theo chặng xác định hạch cửa trong ung thư(sentinel lympho node).

Trong NC của chúng tôi, có 28 trường hợp có chỉ định cắt toàn bộ TDH kèm vét HC chiếm 31,9%. Trong đó N1 có 25 ca chiếm 89%, N2 có 3 ca chiếm 11%.

4.3. Xếp gai đoạn bệnh sau PT: Việc đánh giá lại giai đoạn bệnh sau mổ có ý nghĩa vô cùng quan trọng, nó quyết định cho người bệnh có phải điều trị bổ trợ sau mổ không, cũng như việc tiên lượng kết quả điều trị, thời gian sống thêm, tiên lượng bệnh, đánh giá khả năng tái phát. Với T1,S1 bệnh nhân mổ đảm bảo về mặt ung thư bệnh nhân được ra viện theo dõi, khám định kỳ. Với T2,S2 trở lên BN có chỉ định xạ bổ

trợ hoặc kết hợp cả xạ và hóa chất tùy giai đoạn bệnh và thể mô bệnh học của người bệnh.

Trong NC này, Sau PT ung thư giai đoạn T2,T3 vẫn là chủ yếu chiếm 88,6%. Với hạch di căn thì chủ yếu hạch ở N1 có 23 trường hợp chiếm 26,1%. Không có trường hợp nào có di căn xa.

4.4. Kết quả phẫu thuật chung: Kết quả phẫu thuật được chúng tôi đánh giá tại thời điểm sau mổ 1 tuần dựa vào các tiêu chí: lấy hết u, hạch, các biến chứng sau phẫu thuật như liệt mặt, chảy máu, nhiễm trùng, dò dưỡng chấp.Ở NC này có 81 ca chiếm 92% bệnh nhân có kết quả điều trị tốt. 7 ca chiếm 8% có kết quả điều trị TB. Không có trường hợp nào cho kết quả xấu.

4.5. Các biến chứng sau phẫu thuật: Trong PT nói chung và PT tuyến DH nói riêng, ngoài các tai biến chung của PT như chảy máu, nhiễm trùng, thì với PT TDH còn có tổn thương đặc trưng là tổn thương nhánh thần kinh bờ hàm dưới (submandibular margin nerve damage) nhánh của dây VII, nhánh rất nhỏ chi phối vận động các cơ môi dưới mà khi tổn thương sẽ gây méo miệng, trễ môi một bên. Đặc biệt khi ung thư tuyến dưới hàm u và hạch rất dễ xâm lấn vào dây TK hoặc gây viêm dính nhiều khi bóc tách dễ tổn thương, Ngoài ra, vùng này còn có dây TK XII chi phối vận động các cơ ở lưỡi khi tổn thương sẽ gây lên teo lưỡi làm hạn chế vận động của lưỡi gây khó khăn trong ăn uống và phát âm. Biến chứng này dễ xảy ra khi u và hạch to, phá vỡ vỏ và xâm lấn xung quanh vùng ống tuyến dưới hàm.

Liệt mặt, chảy máu, tụ dịch, tổn thương dây XII là những biến chứng hay gặp nhất trong PT ung thư tuyến dưới hàm.

4.6. Liên quan giữa liệt mặt và kích thước khối u: Biến chứng liệt mặt ngoại biên sau phẫu thuật là biến chứng được các phẫu thuật viên quan tâm hàng đầu trong tất cả các phẫu thuật u tuyến nước bọt nói chung và TDH nói riêng.

Khi kích thước khối u càng lớn, thì nguy cơ gây liệt nhánh TK bờ hàm dưới càng lớn, bởi u to nó xâm lấn, gây viêm dính khó bóc tách, dễ có di căn hạch. Mặt khác trong ung thư thường có tăng sinh mạch rất nhiều lên khi mổ dễ chảy máu, khó kiểm soát dây hơn, bởi vậy các yếu tố này làm tăng nguy cơ liệt dây TK bờ hàm dưới lên rất nhiều. Ở nghiên cứu này, giai đoạn T4 có tỷ lệ liệt mặt cao nhất 100% với p = 0,023. Liệt mặt có thể tạm thời, tức là có thể hồi phục dần sau 4 – 8 tuần hoặc liệt mặt vĩnh viễn, dây TK không thể phục hồi được.

4.7. Liệt mặt ngoại biên sau phẫu thuật. Biến chứng liệt mặt ngoại biên sau phẫu thuật là biến chứng được các phẫu thuật viên quan tâm hàng đầu trong tất cả các phẫu thuật u tuyến nước bọt. Tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Lê Văn Quang là 26,3%, Vũ Trung Lương là 29% và Hàn Thị Vân Thanh 24,7%.

Tác giả Owen thấy tỷ lệ liệt mặt tạm thời và liệt mặt vĩnh viễn sau phẫu thuật u tuyến nước bọt dưới hàm, lần lượt là 38% và 9%. Như vậy tỷ lệ liệt mặt tạm thời sau mổ của chúng tôi thấp hơn của các tác giả trên.

Về mối liên quan giữa tỷ lệ liệt mặt sau mổ với kích thước khối u chúng tôi thấy rằng ở nhóm u có kích thước dưới 20mm, nhóm u từ 20 - 40mm và nhóm u trên 40mm thì tỷ lệ tương ứng là 0%, 0% và 3,7%. Nghiên cứu về tình trạng liệt mặt sau mổ của các tác giả Dulgueron, Witt, O'Brien đều cho nhận xét về mối liên quan giữa tình trạng liệt mặt sau mổ với phương pháp phẫu thuật và kích thước khối u.

V. KẾT LUẬN

31,9% các trường hợp có vét hạch. 68,1% cắt TDH đơn thuần. 62,5% nằm điều trị là từ 6 – 10 ngày. 92% bệnh nhân có kết quả điều trị tốt.

Giai đoạn sớm thì cho kết quả điều trị tốt chiếm tỷ lệ cao hơn giai đoạn muộn. S1 tỷ lệ tốt chiếm 85,7%, S2 84,1%, ở S3 tỷ lệ này là 80,6%. Trong khi ở S4 tỷ lệ tốt là 0%.

Tỷ lệ cắt TDH đơn thuần cho kết quả tốt cao hơn là cắt TDH + vét hạch cổ. Liệt mặt, chảy máu, tụ dịch là những biến chứng hay gặp nhất trong PT ung thư tuyến dưới hàm. Liệt mặt chiếm 15,9%. Chảy máu 5,7%. Tụ dịch chiếm 4,5%.

Giai đoạn T4 có tỷ lệ liệt mặt cao nhất 100%. T3 chiếm 30%. T2 8,1%, ở T1 không có ca nào bị liệt mặt, p = 0,023.

Liệt mặt N0 chiếm tỷ lệ 12%. N1 37,5%. N2 100%, với p =0,013.

Liệt mặt S4 có 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 100%. S3 27,8%. S2 6,8%. S1 không có trường hợp nào liệt mặt sau mổ, với p= 0,017.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eugene N. Myers, Robert L. Ferris** (2007), Salivary Gland Disoders (chap I-III), pp.1-33
2. **Hàn Thị Vân Thanh** (2001), Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật của u tuyến nước bọt mang tai ở Bệnh viện K từ 1996-2001, Luận văn Thạc sỹ y học chuyên ngành ung thư, Trường Đại học y Hà Nội, Hà nội.
3. **Sessions R.B, Harrison L.B, Forastiere A.A** (2001), Tumor of salivary glands and paragangliomas, Cancer: principles and practice of oncology, 6th ed, Lippincott William & Wilkins, (CD Rom).

4. **Bộ môn Ung thư học - Trường Đại học Y Hà Nội** (2001), Ung thư tuyến nước bọt, Bài Giảng ung thư học. NXB Y học, Hà Nội - 2001, tr. 111 - 117
5. **Lê Văn Quang** (2013), Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u biểu mô lành tính tuyến nước bọt mang tai tại bệnh viện K Hà Nội. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Ellingson T.W., et al.** (2003). The impact of malignant disease on facial nerve function after parotidectomy. Laryngoscope. 113 (8): 1299-1303.
7. **Angelica Reinheimer, Daniella Serafin Couto Vieira, Mabel Mariela Rodriguez Cordeiro, Elena Riet Correa Riveto** (2019). Retrospective study of 124 cases of salivary gland tumors and literature review. J Clin EXP Dent. 2019 Nov; 11(11): e1025–e1032. PMCID: PMC6825733. PMID:31700577

ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CHỐNG OXY HÓA VÀ KHÁNG VIÊM IN VITRO CỦA CAO HOA ĐẬU BIẾC (CLITORIA TERNATEA L.) BẰNG PHƯƠNG PHÁP DPPH VÀ ỨC CHẾ BIẾN TÍNH PROTEIN

Nguyễn Thanh Tuyền[1], Nguyễn Hàn Ny[1], Nguyễn Anh Tuấn[1], Nguyễn Đăng Tiến[1], Ngô Kiến Đức[1]

TÓM TẮT

Hoa Đậu biếc với tên khoa học Clitoria ternatea L. chứa anthocyanin được biết đến như là nguồn hợp chất có hoạt tính sinh học đầy hứa hẹn vì chúng được sử dụng theo truyền thống để điều trị các bệnh khác nhau. Nghiên cứu nhằm đánh giá hoạt tính chống oxy hóa và chống viêm in vitro của dịch chiết etanol toàn phần và các phân đoạn của Clitoria ternatea L. Kết quả cho thấy dịch chiết etanol toàn phần và tất cả các phân đoạn của chloroform, ethyl acetat, buthanol, nước có hiệu quả in vitro về hoạt động chống oxy hóa và chống viêm. Trong đó dịch chiết ethyl acetat có tác dụng cao nhất với IC50 là 19,51 ± 1,14µg/mL trong thử nghiệm chống oxy hóa (cao hơn của acid ascorbic 7,98 ± 0,46µg/mL) và IC50 là 3, 02 ± 0,09mg/mL trong việc chống viêm (cao hơn so với diclofenac natri 1,28 ± 0,02mg/mL).

SUMMARY

IN VITRO ANTIOXIDANT AND ANTI-INFLAMMATORY ACTIVITY OF FLOWER EXTRACT OF CLITORIA TERNATEA L. USING DPPH METHOD AND PROTEIN DENATURATION ASSAY

Clitoria ternatea L. flower contains anthocyanins known as promising sources of bioactive compounds since they have been traditionally used for the treatment of various diseases. The study was for evaluation of in vitro antioxidant and anti-inflammatory activity of total ethanol extract and the fractions of Clitoria ternatea L. The results showed that total ethanol extract and all of the fractions of chloroform, ethyl acetate, buthanol, water had in vitro antioxidant and anti-inflammatory activity. In which, ethyl acetat extract had the highest effect with IC_{50} of 19,51 ± 1,14 µg/mL in the antioxidant test (higher than that of acid ascorbic 7,98 ± 0,46 µg/mL) and IC_{50} of 3,02 ± 0,09 mg/mL in the anti-inflammatory test (higher than that of diclofenac natri 1,28 ± 0,02 mg/mL).

Keywords: Clitoria ternatea L., antioxidant, anti-inflammatory.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các chất chống oxy hóa tự nhiên trong thực vật là những chất kháng viêm tiềm năng và đang thu hút sự chú ý của các nhà khoa học trong những năm gần đây. Một số nghiên cứu đã chứng minh rằng hoa Đậu biếc có tác dụng kháng khuẩn và khả năng chống ung thư từ các hợp chất phân lập được [3][4]. Để hiểu rõ hơn tiềm năng và có thêm dữ liệu khoa học cho dược liệu Đậu biếc, đề tài này được thực hiện với mục tiêu đánh giá tác động chống oxy hóa và kháng viêm in vitro của cao toàn phần và các cao phân đoạn hoa Đậu biếc (Clitoria ternatea L.).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Hoa Đậu biếc (Clitoria ternatea L.)[1] được thu hái tại tỉnh Tây Ninh vào tháng 3/2022. Mẫu được định danh bằng phương pháp so sánh đặc điểm hình thái với các tài liệu, cho kết quả tên khoa học của loài Clitoria ternatea L.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Điều chế cao toàn phần và các cao phân đoạn hoa Đậu biếc. Hoa Đậu biếc sau khi thu hái được loại bỏ hoa dập úng, phơi dưới bóng râm và sấy trong tủ sấy ở nhiệt độ 45 – 50 °C trong 24 giờ, xay thô đến kích thước thích hợp. Chiết xuất 300 g dược liệu bằng phương pháp ngâm với ethanol 50%, tỉ lệ dược liệu dung môi là 1:10 (kl/tt) rồi cất loại dung môi thu được 54,16g cao toàn phần (độ ẩm 5,73%).

[1]*Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Tuyền
Email: nguyenthanhtuyen@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 4.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023
Ngày duyệt bài: 7.3.2023