

ngoại trú bảo hiểm y tế điều trị tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh, Khánh Hòa".

3. **Phạm Đình Thọ, Vũ Hồng Vân và các cộng sự** (2021), "Thực trạng việc kê đơn thuốc điều trị ngoại trú cho bệnh nhân tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108

4. **Bùi Thị Tuyết, Trần Thị Lan Chi và các cộng sự** (2021). "Khảo sát tình hình kê đơn thuốc điều trị ngoại trú tại phòng khám nội, bệnh viện đa khoa thành phố buôn ma thuật năm 2019". Tạp chí Khoa học, Trường Đại học Tây Nguyên, 15(50).

TỔNG QUAN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẦNG THANH MÔN BẰNG VI PHẪU LASER QUA ĐƯỜNG MIỆNG

Đỗ Phương Thành^{1,2}, Phạm Thị Bích Đào^{2,3}, Thái Thị Chung³, Ngô Thị Ngọc³, Xuân Hòa³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm các nghiên cứu về vi phẫu laser qua đường miệng trong điều trị ung thư tầng thanh môn; Mô tả tổng quan về chỉ định, hiệu quả điều trị ung thư tầng thanh môn bằng vi phẫu laser qua đường miệng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tổng quan luận điểm thực hiện trên 39 nghiên cứu tìm kiếm được từ 3 cơ sở dữ liệu PubMed (MEDLINE), Web of science, và Embase. **Kết quả:** Tỷ lệ kiểm soát khối u từ 62,3% cho tới 96,8%. Tỷ lệ bảo tồn thanh quản thời gian theo dõi dao động từ 80,5% cho tới 100%. Tỷ lệ tái phát chung sau thời gian theo của các nghiên cứu dao động từ 3% cho tới 36,6%. Chức năng nói, nuốt được bảo tồn 100%. Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật đều đạt ở mức rất tốt. **Kết luận:** Chỉ định vi phẫu laser qua đường miệng cho UTTM giai đoạn sớm từ Tis cho tới T2. Hạn chế các nghiên cứu có chỉ định từ T3 trở lên, chỉ có 7/39 nghiên cứu chỉ định từ UTTM giai đoạn T3. Chống chỉ định vi phẫu thuật đối với những khối u xâm lấn ở mép sau hoặc liên quan đến cả hai sụn phổi. Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau thời gian theo dõi từ 74,3% cho tới 100%.

Từ khóa: ung thư tầng thanh môn, vi phẫu laser, vi phẫu laser qua đường miệng, kết quả điều trị.

SUMMARY

OVERVIEW OF THE RESULTS OF SHORT-TERM TREATMENT OF LARYNGITIS CANCER WITH TRANSORAL LASER SURGERY

Objectives: To describe the characteristics of studies on transoral laser microsurgery in the treatment of glottic cancer; Overview of indications and effectiveness of treating glottis cancer with oral laser microsurgery. **Subjects and methods:** This overview study was conducted on 39 studies searched from 3 databases: PubMed (MEDLINE), Web of science, and Embase. **Results:** Tumor control rate

ranges from 62.3% to 96.8%. The laryngeal preservation rate during follow-up period ranged from 80.5% to 100%. The overall recurrence rate after the study period ranged from 3% to 36.6%. Speech and swallowing functions are 100% preserved. Quality of life after surgery is very good. **Conclusion:** Indications for transoral laser microsurgery for early-stage cervical cancer from Tis to T2. Limited studies with indications from T3 or higher, only 7/39 studies with indications from TM stage T3. Microsurgery is contraindicated for tumors that invade the posterior commissure or involve both arytenoid cartilages. The disease-free survival rate after follow-up period ranges from 74.3% to 100%. **Keywords:** Transoral laser surgery, laser microsurgery, oral laser microsurgery, treatment results, laryngeal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản là loại ung thư hay gặp trong các ung thư đầu cổ, đứng thứ 2 chỉ sau ung thư vòm mũi họng.¹ Theo ước tính của tổ chức y tế thế giới, mỗi năm ung thư đầu cổ gây ra 300000 ca tử vong và có 600000 ca mắc mới, trong đó có tới 160000 gây ra bởi ung thư thanh quản.²

Có nhiều phương pháp điều trị ung thư thanh quản khác nhau bao gồm: phẫu thuật khối u bằng laser qua nội soi, phẫu thuật nội soi, cắt thanh quản toàn phần, cắt thanh quản bán phần, hóa xạ trị. Lựa chọn phương pháp điều trị nào phụ thuộc vào đặc điểm của từng người bệnh, kinh nghiệm bác sĩ và điều kiện trang thiết bị ở từng cơ sở điều trị. Mục đích chính của điều trị là kiểm soát khối u tại chỗ, đảm bảo chức năng nói, nuốt và tăng tỷ lệ sống không bệnh tại các bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn đầu (T1, T2)³. Ung thư thanh quản giai đoạn sớm được điều trị bằng vi phẫu laser bảo tồn được gần hết các cấu trúc của thanh quản, vẫn đảm bảo được chức năng thanh quản. Vì những lợi ích đó mà vi phẫu laser thanh quản đã được ứng dụng rất rộng rãi tại Mỹ và các quốc gia châu Âu. Tuy nhiên trên thế giới vẫn có những ý kiến khác nhau về việc áp dụng chỉ định và hiệu quả điều trị của phương pháp vi phẫu laser

¹Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Phương Thành

Email: bsthanhdonganh@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024

qua đường miệng cũng như vẫn còn hạn chế các nghiên cứu đánh giá hoàn chỉnh nào về các khía cạnh như chức năng phát âm và chất lượng cuộc sống lâu dài của người bệnh. Do đó, chúng tôi thực hiện "Tổng quan về điều trị ung thư tăng thanh môn bằng vi phẫu laser qua đường miệng" với 2 mục tiêu: *Mô tả đặc điểm các nghiên cứu về vi phẫu laser qua đường miệng trong điều trị ung thư tăng thanh môn. Mô tả tổng quan về chỉ định, hiệu quả điều trị ung thư tăng thanh môn bằng vi phẫu laser qua đường miệng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các nghiên cứu đã được công bố trên các cơ sở dữ liệu trực tuyến gồm PubMed (MEDLINE), Web of science, Embase.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Là 1 nghiên cứu gốc, được xuất bản trên các tạp chí có phản biên kín; Thời gian xuất bản: Từ năm 2013 đến năm 2023; Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp, nghiên cứu thuần tập theo dõi dọc, nghiên cứu cắt ngang và mô tả chùm ca bệnh; Đối tượng của các nghiên cứu là bệnh nhân ung thư thanh quản tăng thanh môn; Kết quả được báo cáo mô tả rõ ràng về kết quả điều trị, và nghiên cứu được công bố bằng Tiếng Anh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Nghiên cứu tổng quan tài liệu, tổng quan hệ thống, ý kiến chuyên gia; Nghiên cứu là kỹ yếu hội nghị; Nghiên cứu trên động vật; Các nghiên cứu mà không thể tiếp cận được báo cáo toàn văn; Các nghiên cứu trùng lặp, sử dụng chung một bộ số liệu để phân tích.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tổng quan luận điểm

2.2.2. Chiến lược tìm kiếm và lựa chọn tài liệu. Đầu tiên, chúng tôi tiến hành tìm kiếm các nghiên cứu liên quan đến câu hỏi nghiên cứu trên các cơ sở dữ liệu y học trực tuyến như PubMed và Google Scholar, sử dụng các từ khóa

cơ bản như "laryngeal cancer" hay "Transoral laser surgery", "outcome". Bước tiếp theo là sử dụng kỹ thuật đọc lướt đối với những tài liệu nổi bật và xác định các từ khóa đồng nghĩa, cùng chủ đề, danh từ, tính từ để hệ thống các từ khóa. Cuối cùng, chúng tôi sử dụng cấu trúc search PCC - (P) Population; (C) Concept; (C) context bao gồm quần thể nghiên cứu, bối cảnh nghiên cứu và nội dung nghiên cứu để xây dựng chiến lược tìm kiếm.

Hai nghiên cứu viên độc lập đã tiến hành tổng hợp nghiên cứu theo hai giai đoạn. Giai đoạn thứ nhất, sàng lọc tiêu đề và tóm tắt của tất cả các kết quả tìm kiếm được đọc và xem xét. Nếu có bất kỳ sự không đồng thuận nào trong quá trình sàng lọc, nghiên cứu viên thứ 3 sẽ tham gia thảo luận để đưa ra sự đồng thuận. Các nghiên cứu phù hợp được lưu trữ dưới dạng toàn văn và chuyển sang giai đoạn hai. Tại giai đoạn này, 2 nghiên cứu viên độc lập tiến hành đọc và sàng lọc toàn văn các bài báo nghiên cứu theo các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Trong trường hợp không có sự thống nhất trong sàng lọc toàn văn nghiên cứu, 2 nghiên cứu viên sẽ thảo luận để đưa ra thống nhất về việc lựa chọn nghiên cứu.

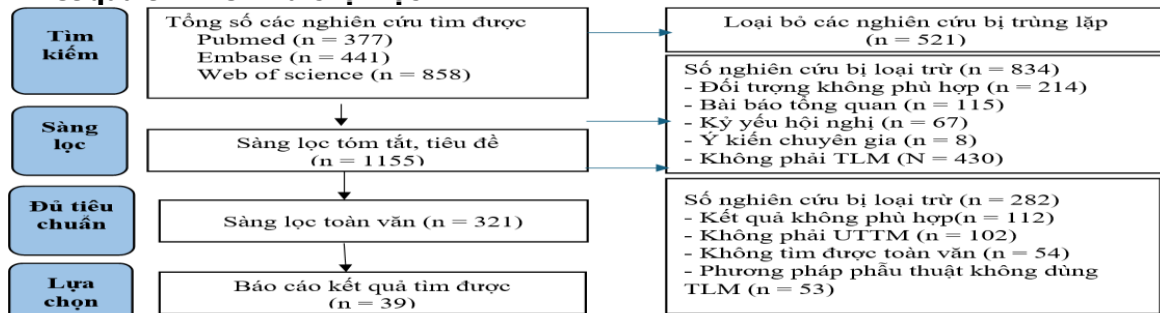
Dữ liệu được trích xuất ra tệp Microsoft Excel. Để phục vụ cho việc phân tích và đánh giá, dữ liệu các nghiên cứu đã lựa chọn sẽ được trích xuất theo các thông tin dưới đây:

- Thông tin nghiên cứu
- Kết quả điều trị: biến chứng, khả năng kiểm soát khối u tại chỗ, chức năng nuốt

2.2.3. Phân tích số liệu. Nghiên cứu sử dụng các bảng và biểu đồ để trình bày kết quả, nghiên cứu viên sẽ tiến hành lọc các kết quả tìm được vào bảng đã được xây dựng sẵn. Số liệu được quản lý bằng phần mềm Microsoft Excel. Thống kê mô tả số lượng và tỷ lệ % đối với biến định tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả tìm kiếm và chọn lọc



Hình 3.1. Quy trình tìm kiếm tài liệu

Dựa trên 3 cơ sở dữ liệu điện tử là Pubmed, Embase, Web of science, chúng tôi tìm kiếm theo các từ khóa (Phụ lục I), nghiên cứu đã tìm kiếm được 1676 nghiên cứu. Sau khi loại bỏ 521 nghiên cứu bị trùng lặp dựa vào phần mềm Endnote, có 1155 bài báo đủ tiêu chuẩn sàng lọc tóm tắt và tiêu đề.

Kết quả điều trị

Bảng 3.1. Đặc điểm biến chứng sau vi phẫu thanh quản bằng laser.

Tác giả (năm)	Đôi tượng	Cỡ mẫu	Tỷ lệ biến chứng (%)	Biến chứng sớm	Biến chứng muộn
Motta (2005)	T1a-T3	719	5%	22 BN bị khí phế thũng.12 BN (1,6%) bị chảy máu	NA
Thurnher (2007)	T1A	337	0	NA	NA
Florian 2009	T1a-T2	51	0	NA	NA
Ralph (2009)	Tis	34	3%	Chỉ có 1 bệnh nhân (3%) bị phù nội thanh quản.	NA
Giorgio (2010)	Tis-T1b	595	0	NA	NA
Umit (2013)	Tis-T2	64	3	1 BN chảy máu và 1 BN hình thành áp xe,	14 (21,8%) có biến chứng muộn, bao gồm u hạt, hình thành màng và phù thanh quản muộn. 9 BN (14%) hình thành u hạt từ 1 đến 4 tháng sau phẫu thuật.
Huang (2014)	Bệnh nhân tái phát T1a-T2	50	4	NA	Một BN bị chấn thương nhẹ vòm họng trong khi phẫu thuật. 1 BN bị dính mép trước 3 tháng
Canis (2014)	T1a	404	1	NA	tắc nghẽn đường thở ở 2 bệnh nhân (0,5%) và chảy máu sau mổ ở 2 BN (0,5%). Một BN bị huyết khối tĩnh mạch sâu (0,2%)
Galli (2016)	Tis-T2	72	5,6	4 BN (5,6%) gặp biến chứng sớm liên quan đến phẫu thuật: 1 BN chảy máu thanh quản (1,4%), 2 BN viêm phổi bệnh viện (2,8%) và 1 BN tràn khí dưới da (1,4%)	NA
Fink (2016)	Tis-T1a	49	0	NA	NA
Filippo 2018	Tis-T2	261	8,4	22 bệnh nhân (8,4%) bị sẹo ở mép trước	NA
Uygar 2018	Tis-T1b	126	1	NA	NA
Chien (2020)	T3	44	5	Biến chứng sau mổ xảy ra ở 2 bệnh nhân (5%), bao gồm tràn khí dưới da và hẹp thanh môn.	NA
Paderno (2021)	Tis-T3, BN trên 75 tuổi	134	20,9	có 10 BN phẫu thuật: 5 BN bị chảy máu, 4 BN dính mép trước dây thanh và một BN bị tràn khí dưới da cổ, 18 BN biến chứng nội khoa cũng được báo cáo	NA

Ghi chú: NA: Không có số liệu (Not Available)

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng sau mổ từ 0 cho tới 20,9%, bao gồm các biến chứng khí phế thũng, chảy máu, tràn khí dưới da, hẹp thanh môn, phù nội thanh quản, dính mép trước dây thanh, sẹo,...

Bảng 3.2. Đặc điểm tỷ lệ kiểm soát tại chỗ khối u sau phẫu thuật

Tác giả (năm xuất bản)	Đối tượng	Cỡ mẫu	Tỷ lệ kiểm soát tại chỗ khối u (%)
Motta (2005)	T1a-T3	719	85
Thurnher (2007)	T1A	337	90
Ralph (2009)	Tis	34	93
Hyoung 2013	T1a-T2	118	94,2
Umit (2013)	Tis-T2	64	93,8
Huang (2014)	Bệnh nhân tái phát T1a-T2	50	62,3
Fang (2013)	T1a-T2	75	84
Peretti (2013)	T2-T3	89	68,5
Canis (2014)	T1a	404	86,8
Caroline 2015	Tis-T2	201	86,7
Gallet 2017	Tis-T2	93	96,8
Cesare 2018	T1a-T3	410	89,6
Filippo 2018	Tis-T2	261	93,8
Christian 2019	T1a-T2	143	BN không xâm lấn mép trước = 81% và bệnh nhân xâm lấn mép trước = 70%
Mundo (2019)	Tis-T2	55	91
Seta (2020)	Tis-T2	185	Tis = 100%; T1a = 88,8%; T1b = 83%; T2 = 79,4%
Chien (2020)	T3	44	78
Curry 2022	T1a	48	83,2

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát khối u từ 62,3% cho tới 96,8%. Tỷ lệ kiểm soát ở nhóm Tis = 100%, trong khi đó nhóm T2 là 79,4%. Theo tác giả Christian (2019) BN xâm lấn mép trước có tỷ lệ kiểm soát khối u 70%.

Bảng 3.3. Chức năng nuốt của bệnh nhân sau phẫu thuật

Tác giả (năm)	Đối tượng	Thang đo chức năng nuốt	Chức năng nuốt
Peretti (2013)	T2-T3	MDADI	MDADI = 95.75
Nasef (2016)	T2	MDADI	MDADI = 95.7 (phục hồi chức năng nuốt bình thường)
Hendriksma (2019)	T1a-T2	EORTC QLQ-HN35	Vào thời điểm 2 năm sau phẫu thuật, hầu hết các phần nản là về các vấn đề về giọng nói, tình dục, nước bọt dính, ho và sử dụng thuốc giảm đau; điểm cho các mục này dao động từ 11 đến 17 điểm. Tuy nhiên, so với các giá trị trước phẫu thuật, cả vấn đề về giọng nói ($p < 0,001$) và ho ($p = 0,002$) đều cho thấy sự cải thiện đáng kể và có ý nghĩa lâm sàng sau 2 năm. Cơ đau cũng cho thấy sự cải thiện đáng kể ($p = 0,02$), nhưng sự cải thiện này không được coi là có ý nghĩa lâm sàng.
Ozturk (2020)	T1	FEES	Không có chứng khó nuốt ở nhóm vi phẫu. Ở nhóm xạ trị, 40% bệnh nhân cho biết khó nuốt với thức ăn đặc, 5% với thức ăn vừa phải, 35% với thức ăn lỏng. Không cần hắng giọng, cảm giác nghẹn họng, nghẹn khi nuốt được ghi nhận ở nhóm phẫu thuật
Chien (2020)	T3	EORTC QLQ-HN35	Những bệnh nhân sau phẫu thuật cho thấy ít vấn đề hơn khi nuốt, ăn uống và tiếp xúc xã hội; điểm trung bình lần lượt là 5,2, 2,4 và 4,6.

Các tác giả đều cho thấy chức năng nuốt đều được bảo tồn sau phẫu thuật. 2 tác giả Peretti (2013) và Nasef (2016) đều sử dụng thang đo MDADI, và chỉ ra rằng MDADI sau mổ đều trên 95 điểm, nghĩa là phục hồi chức năng nuốt bình thường. Tác giả Ozturk (2020) còn cho thấy không có chứng khó nuốt khi ăn thức ăn

rắn, vừa và lỏng được báo cáo trong nhóm vi phẫu. Ở nhóm xạ trị, 40% bệnh nhân cho biết khó nuốt với thức ăn đặc, 5% với thức ăn vừa phải, 35% với thức ăn lỏng. Chứng khó nuốt khi ăn thức ăn đặc và thức ăn lỏng ở nhóm vi phẫu ít hơn đáng kể so với nhóm xạ trị ($p < 0,05$). Không cần hắng giọng, cảm giác nghẹn họng,

nghe khi nuốt được ghi nhận ở nhóm TLM.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các bài báo thường có thời gian công bố từ 2005 tới 2022. Trong đó thập niên từ 2010 - 2020 chứng kiến sự gia tăng đáng kể các công bố về vi phẫu thuật, 30/39 nghiên cứu xuất bản trong thời gian này.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ dao động từ 0 cho tới 20,9%. Tác giả Ralph cho thấy chỉ có 1 bệnh nhân (3%) bị phù nội thanh quản tạm thời và được điều trị bằng corticosteroid. Tác giả Canis chỉ ra rằng tắc nghẽn đường thở ở 2 bệnh nhân (0,5%), được điều trị thành công bằng corticosteroid và chảy máu sau mổ phải đốt điện qua nội soi thanh quản ở 2 bệnh nhân (0,5%) [3]. Một bệnh nhân bị huyết khối tĩnh mạch sâu (0,2%) được điều trị thành công bằng liệu pháp chống đông máu. Tỷ lệ biến chứng cao nhất ở nghiên cứu của tác giả Paderno và cộng sự do tác giả nghiên cứu 134 BN giai đoạn Tis-T3 và từ 75 tuổi trở lên[4]. Cho thấy tỷ lệ biến chứng xuất hiện ở 20,9% BN. Trong đó có 10 BN phẫu thuật: 5 BN bị chảy máu, 4 BN dính mép trước dây thanh và một BN bị tràn khí dưới da cổ, 19 biến chứng nội khoa cũng được báo cáo ở 18 BN (13,4%). 4 BN (5,6%) gặp biến chứng sớm liên quan đến phẫu thuật: 1 trường hợp chảy máu thanh quản sau phẫu thuật không cần cầm máu bằng phẫu thuật (1,4%), 2 trường hợp viêm phổi hít (2,8%) và 1 trường hợp tràn khí dưới da (1,4%). Tác giả Umit (2013) cho thấy 14 (21,8%) có biến chứng muộn, bao gồm u hạt, hình thành màng và phù thanh quản muộn. 9 BN (14%) hình thành u hạt từ 1 đến 4 tháng sau phẫu thuật[5]. Tác giả Galli (2016) chỉ ra có 4 BN (5,6%) gặp biến chứng sớm liên quan đến phẫu thuật: 1 BN chảy máu thanh quản (1,4%), 2 BN viêm phổi bệnh viện (2,8%) và 1 BN tràn khí dưới da.[6]

Ngoài vấn đề chảy máu thì tai biến làm thủng ống nội khí quản, gây ra sẹo ở thanh quản là một trong những biến chứng dễ xảy ra, nguyên nhân là do nhiệt độ cao tạo bởi năng lượng của chùm tia laser để làm thủng ống nội khí quản gây ra những tổn thương nghiêm trọng cho bệnh nhân. Tác giả Filippo 2018 cho thấy 22 bệnh nhân (8,4%) bị tổn thương ở mép trước. Do vậy cả bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ gây mê phải chú ý đến khả năng xảy ra của biến chứng này[7]. Để có thể hạn chế những tai biến trên, ngoài việc tuân thủ những nguyên tắc an toàn khi sử dụng laser thì phẫu thuật viên cần chú ý việc chèn bông hoặc gác ướm ở phía dưới trường phẫu thuật và quanh ống nội khí quản. Các tác

giả cũng khuyến cáo sử dụng ống nội khí quản chuyên dùng cho phẫu thuật laser

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chức năng nuốt đều được bảo tồn sau phẫu thuật. 2 tác giả Peretti (2013) và Nasef (2016) đều sử dụng thang đo MDADI, và chỉ ra rằng MDADI sau mổ đều trên 95 điểm, nghĩa là phục hồi chức năng nuốt bình thường[8]. Tác giả Ozturk (2020) còn cho thấy không có chứng khó nuốt khi ăn thức ăn rắn, vừa và lỏng được báo cáo trong nhóm vi phẫu. Ở nhóm xạ trị, 40% bệnh nhân cho biết khó nuốt với thức ăn đặc, 5% với thức ăn vừa phải, 35% với thức ăn lỏng. Chứng khó nuốt khi ăn thức ăn đặc và thức ăn lỏng ở nhóm vi phẫu ít hơn đáng kể so với nhóm xạ trị ($p < 0,05$). Không cần hắng giọng, cảm giác nghẹn họng, nghe khi nuốt được ghi nhận ở nhóm TLM. Roh và cộng sự đã báo cáo sự phục hồi tốt về khả năng nuốt và QOL ở bệnh nhân ung thư trên thanh môn T1-T3 được điều trị bằng phương pháp nội soi ở cả hai trường hợp cắt bỏ hạn chế và triệt để. Tuy nhiên, để có được những kết quả đó, việc lựa chọn bệnh nhân phù hợp đặc biệt quan trọng. Những bệnh nhân có khối u phát triển ở mép sau và liên quan đến cả hai sụn phổi có thể không được chỉ định TLM, vì những trường hợp đó có thể sẽ bị hẹp thanh quản hoặc phải hút dịch vĩnh viễn sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Chỉ định vi phẫu laser qua đường miệng cho UTTM giai đoạn sớm từ Tis cho tới T2. Hạn chế các nghiên cứu có chỉ định từ T3 trở lên, chỉ có 7/39 nghiên cứu chỉ định từ UTTM giai đoạn T3. Chống chỉ định vi phẫu thuật đối với những khối u xâm lấn ở mép sau hoặc liên quan đến cả hai sụn phổi. Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau thời gian theo dõi từ 74,3% cho tới 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saurabh Bobdey, Aanchal Jain and Ganesh Balasubramaniam.** Epidemiological review of laryngeal cancer: An Indian perspective. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, 2015, 36(03): 154-160.
2. **Flaminia Campo, Vittorio D'Aguzzo, Antonio Greco và cộng sự.** The prognostic value of adding narrow-band imaging in transoral laser microsurgery for early glottic cancer: A review. *Lasers in Surgery and Medicine*, 2020, 52(4): 301-306.
3. **Martin Canis, Friedrich Ihler, Alexios Martin và cộng sự.** Transoral laser microsurgery for T1a glottic cancer: review of 404 cases. *Head & Neck*, 2015, 37(6): 889-895.
4. **Alberto Paderno, Davide Lancini, Paolo Bosio và cộng sự.** Transoral laser microsurgery

- for glottic cancer in patients over 75 years old. *The Laryngoscope*, 2022, 132(1): 135-141.
- 5. Ümit Tunçel and Ela Cömert.** Preliminary results of diode laser surgery for early glottic cancer. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, 2013, 149(3): 445-450.
 - 6. A Galli, L Giordano, D Sarandria và cộng sự.** Oncological and complication assessment of CO₂ laser-assisted endoscopic surgery for T1-T2 glottic tumours: clinical experience. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 2016, 36(3): 167.
 - 7. Filippo Carta, Fabrizio Bandino, Aurora Marta Olla và cộng sự.** Prognostic value of age, subglottic, and anterior commissure involvement for early glottic carcinoma treated with CO₂ laser transoral microsurgery: a retrospective, single-center cohort study of 261 patients. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 2018, 275(1199-1210).
 - 8. Hani Osama Nasef, Hossam Thabet, Cesare Piazza và cộng sự.** Prospective analysis of functional swallowing outcome after resection of T2 glottic carcinoma using transoral laser surgery and external vertical hemilaryngectomy. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 2016, 273(2133-2140).

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỘT SỐNG BẰNG VÍT NỖ CHO BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG NGỰC - THẮT LƯNG CÓ LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Vũ Văn Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cố định cột sống ngực – thắt lưng bằng vít nỡ cho bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng có loãng xương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc và tiến cứu trên 31 bệnh nhân có chấn thương cột sống ngực - thắt lưng có loãng xương được phẫu thuật cố định cột sống bằng vít nỡ tại Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ 01/2021 đến 06/2022. **Kết quả:** Trong 31 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ nữ/nam = 1,8/1, độ tuổi trung bình là 65,6 ± 7,2 tuổi. Tất cả các bệnh nhân có biểu hiện đau cột sống ngực – thắt lưng (100%), tổn thương thần kinh chủ yếu ở mức độ trung bình và nhẹ, điểm VAS trung bình trước mổ là 7,1 ± 1,8, chỉ số ODI trước mổ là 70,8 ± 10,2%. Điểm T-score trung bình là -3,2 ± 0,7. Trung bình góc xẹp thân đốt sống là 27,2° ± 4,2°, góc gù vùng trước mổ là 28,5° ± 5,5°. Thời gian phẫu thuật trung bình là 69,7 ± 10,8 phút, lượng máu mất trung bình là 300,5 ± 50,1ml, thời gian nằm viện trung bình là 6,5 ± 2,8 ngày. Trong mổ có rách màng cứng chiếm 3,2%. Biến chứng sau mổ có 3,2% bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ. Chỉ số VAS và ODI 1 tháng và 6 tháng đều giảm đáng kể sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả chỉnh hình cột sống: góc gù thân đốt sống và góc gù vùng đều giảm đáng kể so với trước mổ có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Chất lượng cuộc sống sau mổ 6 tháng cải thiện tốt và rất tốt tính theo thang điểm Macnab đạt 90,4%. Tỷ lệ lỏng vít sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ rất nhỏ 1,6%, gãy vít chiếm 0,8% không có trường hợp nào nhổ vít, gãy rod sau phẫu thuật. **Kết luận:** Kết quả phẫu thuật cố định cột sống bằng vít nỡ ở bệnh nhân chấn thương cột sống ngực – thắt lưng có loãng xương tương đối tốt,

đạt kết quả cải thiện lâm sàng và chỉnh hình cột sống đáng kể. Tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp. **Từ khóa:** vít nỡ, chấn thương cột sống ngực - thắt lưng có loãng xương.

SUMMARY

RESULTS OF EXPANDABLE PEDICLE SCREW FIXATION FOR PATIENT WITH OSTEOPOROTIC THORACOLUMBAR FRACTURE AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: Evaluate the outcomes of expandable pedicle screw fixation for patient with osteoporotic thoracolumbar fracture. **Objects and Methods:** A longitudinal descriptive and prospective study on 31 patients underwent expandable pedicle screw fixation surgery due to osteoporotic thoracolumbar fracture Viet Duc Hospital from 01/2021 to 06/2022. **Results:** Among the 31 patients, female/male ratio = 1,8/1; with an average age of 65,6±7,2. All patients had symptoms of thoracolumbar pain (100%), mild to moderate neurological damage, mean preoperative VAS score of 7,1 ± 1,8 and ODI index of 70,8 ± 10,2 %. The average T-score for the sample patients were -3,2±0,7. The average vertebral Cobb angle (V-Cobb) was 27,2° ± 4,2°, and the preoperative fixed segment Cobb angle (S-Cobb) was 28,5° ± 5,5°. The mean surgical time was 69,7 ± 10,8 minutes, with an average blood loss of 300,5 ± 50,1 ml and the average hospital stay of 6,5 ± 2,8 days. Intraoperatively, dural tears accounted for 3,2%, Postoperative complications included surgical site infection in 3,2%. VAS and ODI scores at 1 and 6 months postoperatively significantly decreased with p<0.05. V-Cobb and S-Cobb postoperatively significantly decreased with p<0,05. Macnab quality of life scores at 6 months postoperatively showed good to excellent improvement in 90,4% of cases. Screw loosening rate was low at 1,6% and screw breakage rate was at 0,8%, no cases of rod fracture, pull-out screw postoperatively. **Conclusion:** The result of expandable pedicle screw fixation surgery for patient

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024