

nước mắt trung bình là  $4,48 \pm 2,09$  mm và  $0,18 \pm 0,04$  mm. Bệnh hay gặp ở phụ nữ đã mãn kinh và thường kèm theo MGD với tỉ lệ 81,5% ở các mức độ khác nhau, liên quan đến sự lão hóa tuyến lệ và tuyến Meibomius do tuổi. Do vậy khi điều trị khô mắt cần phối hợp điều trị tổn thương tuyến Meibomius nếu có để tăng hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Craig JP, Nichols KK, Akpek EK, et al.** TFOS DEWS II Definition and Classification Report. The ocular surface 2017;15(3):276-283.
2. **Jie Y, Xu L, Wu YY, Jonas JB.** Prevalence of dry eye among adult Chinese in the Beijing Eye study. Eye (Lond). 2009;23(3): 688-693.
3. **Tan LL, Morgan P, Cai ZQ, Straughan RA.** Prevalence of and risk factor for symptomatic dry eye disease in Singapore. Clin Exp Optom. 2015;98(1):45-53.
4. **Belmonte C, Nichols JJ, Cox SM, et al.** TFOS DEWS II pain and sensation report. Ocul Surf. 2017;15(3):404-437.
5. **Đinh Đăng Tùng, Phạm Thị Khánh Vân.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của rối loạn chức năng tuyến Meibomius trên bệnh nhân khô mắt. Luận văn thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội. 2015.
6. **Nguyễn Tiên Đạt.** Đánh giá hiệu quả của Diquafosol sodium 3% trong điều trị khô mắt vừa và nặng. Luận văn thạc sĩ y học, Nha khoa, Đại học Y Hà Nội. 2017.
7. **Cybuk MO, Ucgul AY, Ozgur A, Ozulken K, Yuksel E.** Topical cyclosporine a (0.05%) treatment in dry eye patients: a comparison study of Sjogren's syndrome versus non-Sjogren's syndrome. Int Ophthalmol. 2021;41(4):1479-1485.
8. **Trần Thị Hương Trà, Phạm Ngọc Đông.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị khô mắt trên bệnh nhân mắc hội chứng Sjogren nguyên phát. Luận văn thạc sĩ y học, Nha khoa, Đại học Y Hà Nội. 2021.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN BÁN PHẦN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THANH QUẢN GIAI ĐOẠN T1 - T2 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM TỪ 2018 ĐẾN 2022

Bùi Khang Huy<sup>1</sup>, Văn Thị Hải Hà<sup>1</sup>, Lý Xuân Quang<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư thanh quản là một loại ung thư đầu cổ thường gặp. Thành công của các phương pháp bảo tồn thanh quản trong phẫu thuật cắt thanh quản bán phần điều trị ung thư thanh quản không chỉ có ý nghĩa trong việc giải quyết bệnh mà còn bảo tồn chức năng thanh quản và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh. **Mục tiêu:** Khảo sát kết quả phẫu thuật của bệnh nhân ung thư thanh quản sau cắt thanh quản bán phần và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 38 bệnh nhân ung thư thanh quản được phẫu thuật cắt thanh quản bán phần tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 01/01/2018 đến 01/01/2022 và theo dõi tình trạng tái phát và tử vong của bệnh nhân. **Kết quả:** Phần lớn là nam chiếm 92,9% với tuổi trung bình là  $61,3 \pm 8,8$  tuổi. Phương pháp phẫu thuật bao gồm vi phẫu bằng laser qua đường miệng là 11,9%, phẫu thuật mở cắt thanh quản bán phần là 88,1%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là  $7,4 \pm 4,4$  ngày. Nhóm vi phẫu laser có thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn

hơn nhóm phẫu thuật mở với  $p < 0,005$ . Biến chứng sau phẫu thuật nhiều nhất là tràn khí dưới da là 16,7%, viêm phổi là 9,5%, tụ dịch ổ mỡ và nhiễm trùng vết mổ là 4,8%, rò họng, chảy máu và viêm phế quản đều là 2,4%. Kết quả theo dõi xa thấy tỉ lệ tái phát là 9,5%. 100% bệnh nhân sống, không có bệnh nhân tử vong. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 3,7 năm, tỉ lệ sống thêm không bệnh sau 3 năm là 92,8%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình của nhóm N0 dài hơn nhóm N1, nhóm giai đoạn I và II dài hơn giai đoạn III có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . **Kết luận:** Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm là an toàn và có hiệu quả khá tốt, giúp bệnh nhân bảo tồn được thanh quản mà vẫn đạt được mục đích điều trị bệnh.

**Từ khóa:** Phẫu thuật, cắt thanh quản bán phần, ung thư thanh quản.

### SUMMARY

#### SUMMARY RESULTS OF PARTIAL LARYNGECTOMY IN TREATMENT OF T1 - T2 LARYNGEAL CANCER AT UNIVERSITY MEDICAL HCMC FROM 2018 TO 2022

**Background:** Laryngeal cancer is a common type of head and neck cancer. The success of laryngeal preservation methods in partial laryngectomy for laryngeal cancer treatment is not only meaningful in the resolution of the disease, but also in preserving laryngeal function and improving the quality of life of patients. **Objectives:** Survey on surgical outcomes of patients with laryngeal cancer after partial laryngectomy and indicating important

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Khang Huy

Email: huy.bk@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 11.11.2024

factors related to surgical results. **Method:** The study was carried out on 42 laryngeal cancer patients undergoing partial laryngectomy at the University Medical Center HCMC from January 1, 2018 to January 1, 2022 and monitoring the patient's recurrence and death. **Result:** The majority were male, accounting for 92.9% with the mean age of  $61.3 \pm 8.8$  years. Surgical methods include oral laser microsurgery in 11.9% of the patients, and partial laryngectomy in 88.1% of the patients. The mean postoperative hospital stay was  $7.4 \pm 4.4$  days. The laser microsurgery group had a shorter postoperative hospital stay than the open surgery group with  $p < 0.005$ . The most postoperative complications were pneumothorax with 16.7%, pneumonia with 9.5%; surgical site effusion and wound infection with 4.8%; Neck fistula, bleeding and bronchitis all occurred in 2.4% of the patients. The results of distant follow-up showed that the recurrence rate was 9.5%. 100% of patients survived, no patients died. The mean disease-free survival time was 3.7 years, the disease-free survival rate after 3 years was 92.8%. The mean disease-free survival time of the N0 group was longer than that of the N1 group, the stage I and II groups were statistically significantly longer than the stage III with  $p < 0.05$ . **Conclusion:** Partial laryngectomy to treat early laryngeal cancer is safe and effective, helping patients to preserve the larynx while still achieving the goal of treatment. **Keywords:** Surgery, partial laryngectomy, laryngeal cancer.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản (UTTQ) là một loại ung thư đầu cổ thường gặp. Đây là loại ung thư đứng thứ 19 về tỉ lệ tử vong trong các ung thư ác tính hay gặp nhất và đứng hàng thứ 2 trong các khối u ác tính vùng đầu mặt cổ. Năm 2020, trên toàn thế giới có 184.615 người được chẩn đoán mắc mới và 99.840 người tử vong do ung thư thanh quản. Tại Hoa Kỳ, ước tính năm 2022 có 3.820 ca tử vong (3.070 nam giới và 750 phụ nữ). Ở Việt Nam, số liệu thống kê năm 2020 có 2.021 trường hợp mắc mới và 1.109 trường hợp tử vong vì căn bệnh này.

Điều trị UTTQ kinh điển chủ yếu là phẫu thuật, còn xạ trị và hoá trị có thể được sử dụng hỗ trợ, bổ sung cho phẫu thuật. Tùy vị trí kích thước, hình dạng, phạm vi, mức độ xâm lấn và biệt hoá của khối u, bệnh nhân sẽ được chỉ định cắt bỏ thanh quản toàn bộ hay bán phần. Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần (TQBP) không chỉ có ý nghĩa trong việc giải quyết bệnh mà còn bảo tồn chức năng thanh quản và nâng cao chất lượng cuộc sống, do đó ngày càng được áp dụng rộng rãi trên lâm sàng. Tiêu chí đánh giá sự thành công trong điều trị là các triệu chứng và dấu hiệu, thời gian sống sót, đáp ứng của khối u với điều trị, thời gian tái phát, sự phục hồi các chức năng sinh lí của thanh quản, chủ yếu là chức năng nói và chức năng nuốt. Theo Hiệp hội

Ung thư học Hoa Kỳ, tỉ lệ sống sót sau 5 năm với những trường hợp ung thư khu trú chưa có dấu hiệu lan ra ngoài thanh quản hoặc hạ họng là 78%. Nếu ung thư đã lan sang các mô hoặc cơ quan xung quanh và/hoặc các hạch bạch huyết trong khu vực, tỉ lệ sống sót sau 5 năm là 46%. Nếu ung thư đã di căn đến một phần xa của cơ thể, tỉ lệ sống sót sau 5 năm là 34%.

Khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh đã áp dụng nhiều kĩ thuật mới trong phẫu thuật điều trị bảo tồn ung thư thanh quản giai đoạn sớm và đạt nhiều kết quả tốt với các phương pháp: vi phẫu laser qua đường miệng, cắt thanh dây thanh, cắt thanh quản bán phần theo chiều dọc,... Nghiên cứu về tỉ lệ sống, tỉ lệ tái phát và bảo tồn chức năng của thanh quản sau phẫu thuật, cung cấp cho bệnh nhân những thông tin quan trọng trong quyết định chọn lựa phương pháp điều trị, đồng thời giúp nhân viên y tế lập kế hoạch tư vấn tâm lí và phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này để khảo sát kết quả phẫu thuật của bệnh nhân ung thư thanh quản sau cắt thanh quản bán phần và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** 42 bệnh nhân ung thư thanh quản được phẫu thuật cắt thanh quản bán phần tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 01/01/2018 đến 01/01/2022.

### Tiêu chuẩn chọn vào:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTTQ, có đầy đủ hồ sơ bệnh án với các thông tin hành chính, bệnh sử, tiền sử, thăm khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và xác định mô bệnh học sau phẫu thuật là UTTQ.

- Được điều trị phẫu thuật cắt thanh quản bán phần để loại bỏ khối u.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân UTTQ mà tại thời điểm phát hiện bệnh đã có di căn xa hoặc có đồng thời khối ung thư nguyên phát thứ hai.

- Bệnh nhân có tiền sử bị ung thư (ngoại trừ UTTQ) hoặc ung thư ở vị trí khác di căn hoặc lan xuống thanh quản.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu hồi cứu cắt ngang, mô tả hàng loạt ca.

**Kỹ thuật chọn mẫu:** chọn mẫu toàn bộ.

**Cỡ mẫu:** Nghiên cứu thu được tất cả 42 bệnh nhân UTTQ được phẫu thuật cắt TQBP thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

**Các biến số nghiên cứu**

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử ung thư thanh quản, tiền sử hút thuốc uống rượu.

- Kết quả phẫu thuật: kết quả giải phẫu bệnh, phương pháp phẫu thuật, đặc điểm nạo vét hạch, đặt thông dạ dày, đặt dẫn lưu hố mỡ, mở khí quản, thời gian nằm viện sau phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật, tình trạng tái phát, tình trạng sống còn, thời gian sống thêm không bệnh, thời gian sống thêm toàn bộ.

**Xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 42 bệnh nhân UTTQ cắt TQBP tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 01/01/2018 đến 01/01/2022. Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $61,3 \pm 8,8$  tuổi, tuổi nhỏ nhất là 47 tuổi và cao nhất là 83 tuổi. Nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao hơn là 64,3%. Phần lớn bệnh nhân UTTQ là nam giới chiếm 92,9%. Phần lớn bệnh nhân UTTQ trong nghiên cứu có tiền sử hút thuốc là 83,3% và uống rượu là 71,4%. Có 21,4% bệnh nhân UTTQ cắt TQBP có tiền sử đã điều trị UTTQ, trong đó: 2,4% tái phát sau xạ trị, tái phát sau vi phẫu laser là 19,0%.

Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cho thấy: chủ yếu khối u của UTTQ có thể sùi với 95,4%, thể loét là 4,6%. Độ biệt hóa của tế bào ung thư có 69,0% là biệt hóa trung bình, 26,2% biệt hóa cao và 4,8% biệt hóa kém. Mức độ xâm lấn khối u T2 là 47,6%, T1b là 26,2%, T1a đều là 23,8% và T3 là 2,4%. Trong 42 bệnh nhân phẫu thuật cắt TQBP có 9 trường hợp nạo hạch. Trong đó có 8 trường hợp tương ứng 88,9% là N0, và 1 trường hợp tương ứng 11,1% là di căn hạch mức N1. Phân loại giai đoạn bệnh theo AJCC 2010 cho thấy có 47,6% giai đoạn I, 47,6% giai đoạn II và 4,8% giai đoạn III.

**Bảng 3.1: Phương pháp phẫu thuật và một số đặc điểm kỹ thuật trong phẫu thuật**

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật	Vi phẫu bằng laser qua đường miệng	5	11,9
	Mở sụn giáp cắt dây thanh	8	19,0
	Cắt TQBP theo chiều dọc kiểu trán – bên	22	52,4
	Cắt TQBP kiểu CHEP	7	16,7
Nạo vét hạch	Không nạo hạch	33	78,6
	Có nạo hạch chọn lọc	9	21,4

Đặt thông dạ dày	Có	36	85,7
	Không	6	14,3
Đặt dẫn lưu hố mỡ	Có	36	85,7
	Không	6	14,3
Mở khí quản	Có	33	78,6
	Không	9	21,4

**Nhận xét:** Có 11,9% là vi phẫu bằng laser qua đường miệng, 19,0% là mở sụn giáp cắt dây thanh, 52,4% là cắt TQBP theo chiều dọc kiểu trán-bên và 16,7% là cắt TQBP kiểu CHEP. Tỉ lệ bệnh nhân nạo hạch là 21,4% và không nạo hạch là 78,6%. Có 85,7% bệnh nhân đặt thông dạ dày và đặt dẫn lưu hố mỡ, 78,6% bệnh nhân mở khí quản.

**Bảng 3.2: Thời gian nằm viện sau phẫu thuật**

Đặc điểm	Chung TB±ĐLC (NN-LN)	Vi phẫu laser TB±ĐLC (NN-LN)	PT mở TB±ĐLC (NN-LN)	p
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	7,4±4,4	2,2±0,8	8,2±4,1	< 0,005
n	42	5	37	

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là  $7,4 \pm 4,4$  ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 24 ngày. Nhóm vi phẫu laser có thời gian nằm viện trung bình ( $2,2 \pm 0,8$  ngày) ngắn hơn nhóm phẫu thuật mở ( $8,2 \pm 4,1$  ngày) có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,005$ .

**Bảng 3.3: Biến chứng sau phẫu thuật**

Biến chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Chảy máu	1	2,4
Rò họng	1	2,4
Tụ dịch hố mỡ	2	4,8
Nhiễm trùng vết mổ	2	4,8
Viêm phế quản	1	2,6
Viêm phổi	4	7,9
Tràn khí dưới da	7	16,7

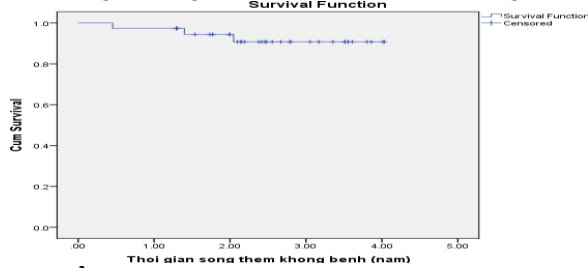
**Nhận xét:** Tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật nhiều nhất là tràn khí dưới da là 16,7%, viêm phổi là 9,5%, tụ dịch hố mỡ và nhiễm trùng vết mổ là 4,8%, rò họng, chảy máu và viêm phế quản đều là 2,4%. 100% bệnh nhân đều ổn định và ra viện, không có bệnh nhân nào tình trạng nặng xin về hay tử vong.

**Bảng 3.4: Tình trạng tái phát ung thư của bệnh nhân**

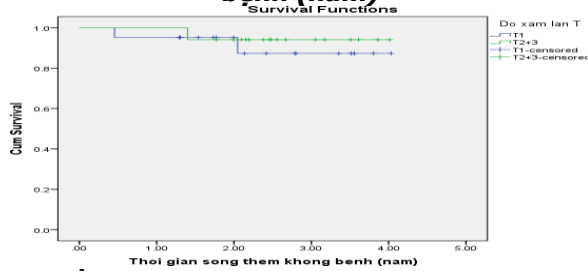
Tái phát	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Có	4	9,5
Không	38	90,5
<b>Tổng</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Thời gian theo dõi ngắn nhất là 6

tháng và dài nhất là 4,5 năm. Tỷ lệ tái phát ung thư của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 9,5%, trong đó 100% bệnh nhân đều tái phát hạch. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu 100% bệnh nhân còn sống, không có bệnh nhân nào tử vong.

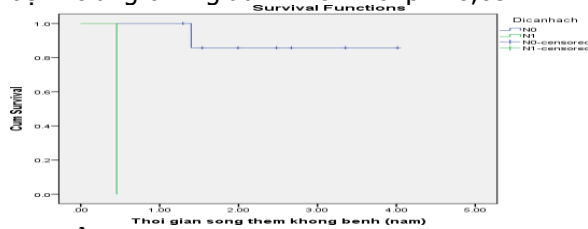


**Biểu đồ 3.1: Thời gian sống thêm không bệnh (năm)**

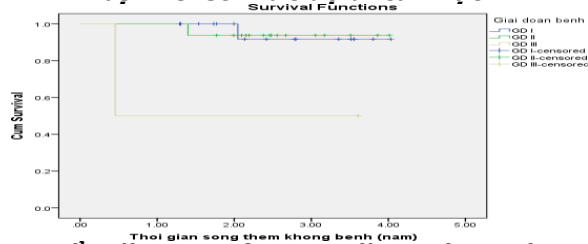


**Biểu đồ 3.2: Thời gian sống thêm không bệnh theo độ xâm lấn T**

**Nhận xét:** Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 3,7 năm, CI95%: 3,5-4,1 năm. Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 1 năm là 97,6%, sau 3 năm là 92,8%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình của nhóm T1 là  $3,7 \pm 0,2$  năm (95% CI: 3,3-4,1) và T2+3:  $3,8 \pm 0,1$  năm (95% CI: 3,6-4,2). Kiểm định Log Rank cho thấy không có sự khác biệt về thời gian sống thêm không bệnh trung bình giữa 2 nhóm với  $p > 0,05$ .



**Biểu đồ 3.3: Thời gian sống thêm không bệnh theo mức độ di căn hạch**



**Biểu đồ 3.4: Thời gian sống thêm không bệnh theo giai đoạn bệnh**

**Nhận xét:** Thời gian sống thêm không bệnh trung bình của nhóm N0 là  $3,6 \pm 0,3$  năm (95% CI: 3,0-4,3), N1:  $0,5 \pm 0,0$  năm (95% CI: 0,5-0,5). Kiểm định Log Rank cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) về thời gian sống thêm không bệnh trung bình giữa 2 nhóm. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình của nhóm giai đoạn I là  $3,9 \pm 0,2$  năm (CI 95%: 3,6-4,2), nhóm giai đoạn II là  $3,8 \pm 0,2$  năm (CI95%: 3,5-4,2), giai đoạn III là  $2,0 \pm 1,1$  năm (CI95%: 0,0-4,2). Kiểm định Log Rank cho thấy sự khác biệt về thời gian sống thêm không bệnh trung bình giữa 3 nhóm, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**IV. BÀN LUẬN**

Trong 42 bệnh nhân UTTQ cắt TQBP ở nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là  $61,3 \pm 8,8$  tuổi, tuổi nhỏ nhất là 47 tuổi và cao nhất là 83 tuổi. Nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn là 64,3%. Phần lớn bệnh nhân UTTQ là nam giới chiếm 92,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi và giới tính phù hợp với các nghiên cứu của bệnh nhân UTTQ cắt TQBP khác trong và ngoài nước.<sup>1,6</sup>

Về phương pháp phẫu thuật nghiên cứu chúng tôi có 11,9% là vi phẫu bằng laser qua đường miệng, 19,0% là mở sụn giáp cắt dây thanh, 52,4% là cắt TQBP theo chiều dọc kiểu trán-bên và 16,7% là cắt TQBP kiểu CHEP. Trong nghiên cứu của Đoàn Thị Hồng Nhật và cs (2020)<sup>1</sup> trên các bệnh nhân UTTQ được cắt thành quản bán phần trên nhẵn kiểu Tucker có 11 trường hợp cắt sụn phổi chiếm 26,2% và 31 trường hợp không cắt sụn phổi chiếm 73,8%. Tỷ lệ bệnh nhân nạo hạch là 21,4% và không nạo hạch là 78,6%. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không nạo hạch đều được đánh giá không có hạch cổ di căn tại thời điểm bắt đầu điều trị. Theo Bui AT và cs (2018)<sup>2</sup> nhóm vi phẫu laser được phẫu thuật lấy u tại chỗ và không nạo vét hạch cổ. Nhóm PT mở cắt TQBP có 54% bệnh nhân không nạo vét hạch cổ và 42% bệnh nhân được nạo vét hạch cổ 1 bên, chỉ 4% bệnh nhân được nạo vét hạch cổ 2 bên (chủ yếu là những bệnh nhân có u tại chỗ lan cả hai dây thanh và lan tới thượng thanh môn hoặc hạ thanh môn). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là  $7,4 \pm 4,4$  ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 24 ngày. Nhóm vi phẫu laser có thời gian nằm viện trung bình ( $2,2 \pm 0,8$  ngày) ngắn hơn nhóm phẫu thuật mở ( $8,2 \pm 4,1$  ngày) có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,005$ . Kết quả của chúng tôi phù hợp với tác giả Gokmen

MF và cs (2020)<sup>4</sup> thời gian nằm viện trung bình sau vi phẫu laser là  $9,6 \pm 5,6$  ngày (1-22 ngày) và  $25,7 \pm 10,1$  ngày (13-51 ngày) sau PT mở cắt TQBP. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,034$ ). Nghiên cứu của Đoàn Thị Hồng Nhật và cs<sup>1</sup> và Bui AT và cs<sup>2</sup> cũng ghi nhận kết quả tương tự. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân nhóm laser không có biến chứng. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật nhiều nhất là tràn khí dưới da là 16,7%, viêm phổi là 9,5%, tụ dịch hố mổ và nhiễm trùng vết mổ là 4,8%, rò họng, chảy máu và viêm phế quản đều là 2,4%. 100% bệnh nhân đều ổn định và ra viện, không có bệnh nhân nào tình trạng nặng xin về hay tử vong. Các bệnh nhân tràn khí dưới da đều tràn ít, được xử trí bằng băng ép và tiêu hết, chỉ có 1 bệnh nhân cần can thiệp chọc khí. Các bệnh nhân viêm phổi, viêm phế quản được cấy đàm tìm vi khuẩn và điều trị kháng sinh phù hợp. Các biến chứng và di chứng có thể xử lý được và đem lại kết quả tốt cho bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Dinescu FV và cs (2016)<sup>3</sup> tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật cắt TQBP là 17,50%. Đoàn Thị Hồng Nhật và cs (2020)<sup>1</sup> biến chứng chảy máu 2,4%. Nghiên cứu của Xu W và cs (2019)<sup>7</sup> cho thấy rò hầu họng xuất hiện 2/91 ca thuộc nhóm CHEP và 4/43 ca thuộc nhóm CHP và tất cả đều được điều trị bảo tồn. Thời gian theo dõi ngắn nhất là 6 tháng và dài nhất là 4,5 năm. Tỷ lệ tái phát ung thư của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 7,9%, trong đó 100% bệnh nhân đều tái phát hạch. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu 100% bệnh nhân còn sống, không có bệnh nhân nào tử vong. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 3,7 năm, CI95%: 3,5-4,1 năm. Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 1 năm là 97,6%, sau 3 năm là 92,8%. Chúng tôi thấy không có sự khác biệt về thời gian sống thêm không bệnh trung bình giữa nhóm có xâm lấn khối u mức độ T1 và nhóm T2+T3 với  $p > 0,05$ . Bên cạnh đó chúng tôi nhận thấy thời gian sống thêm không bệnh trung bình của nhóm N0 cao hơn nhóm N1 có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,005$ . Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình giảm dần theo mức độ nặng của giai đoạn giai đoạn bệnh với  $p < 0,05$ .

Kết quả của nghiên cứu của Đoàn Thị Hồng Nhật và cộng sự<sup>1</sup> ở bệnh nhân cắt TQBP có tỷ lệ tái phát tại chỗ là 2,3%; tại hạch là 2,3%, di căn xa là 2,3% và có 2 trường hợp đã tử vong. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là:  $70,1 \pm 2,4$  tháng (95% dao động từ 65,3 đến 75,0 tháng). Gokmen MF và cs (2020)<sup>4</sup> so sánh kết quả chức năng và ung thư của PT mở cắt TQBP

so với phẫu thuật bằng laser xuyên miệng trong UTTQ cho thấy: nhóm PT mở cắt TQBP tỷ lệ sống sót toàn bộ là 83,9% và tỷ lệ sống không bệnh là 80,6%. Trong nhóm TLM, tỷ lệ sống sót toàn bộ là 84,2% và tỷ lệ sống không bệnh là 79,0%. Theo Muscatello L và cs (2021)<sup>5</sup>, thời gian theo dõi trung bình sau cắt TQBP là  $50,7 \pm 39,4$  tháng (24 - 188 tháng). Điều trị bổ túc bao gồm hóa xạ trị ở 53 (41%) bệnh nhân, và xạ trị đơn thuần ở 77 (59%).

## V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát kết quả phẫu thuật cắt TQBP của 42 bệnh nhân UTTQ tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ 2018-2022, cho thấy phẫu thuật cắt TQBP cho bệnh nhân UTTQ giai đoạn sớm an toàn và đạt được hiệu quả khá tốt, giúp bệnh nhân bảo tồn được thanh quản mà vẫn đạt được mục đích điều trị bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Thị Hồng Nhật, Lê Minh Kỳ.** Nhận xét kết quả phẫu thuật cắt thanh quản bán phần trên nhân tạo hình kiểu Tucker. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 2018; 2(63-40):72-79.
2. **Bui AT, Yong Ji KS, Pham CT, et al.** Longitudinal evaluation of quality of life in Laryngeal Cancer patients treated with surgery. *Int J Surg.* 2018 Oct; 58:65-70. doi: 10.1016/j.ijssu.2018.09.011.
3. **Dinescu FV, Țiple C, Chirilă M, et al.** Evaluation of health-related quality of life with EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 in Romanian laryngeal cancer patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2016 Sep;273(9):2735-40. doi: 10.1007/s00405-015-3809-0.
4. **Gökmen MF, Büyükkatalay ZÇ, Beton S, Gökcan MK, Dursun G, Meço C, Küçük TB.** Functional and Oncological Outcomes of Open Partial Laryngectomy vs. Transoral Laser Surgery in Supraglottic Larynx Cancer. *Turk Arch Otorhinolaryngol.* 2020 Dec;58(4):227-233. doi: 10.5152/tao.2020.5573.
5. **Muscatello L, Piazza C, Peretti G, et al.** Open partial horizontal laryngectomy and adjuvant (chemo)radiotherapy for laryngeal squamous cell carcinoma: results from a multicenter Italian experience. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2021 Oct;278(10):4059-4065. doi: 10.1007/s00405-021-06651-
6. **Pecorari G, Perottino F, Riva G, et al.** Pignat's vertical partial laryngectomy with crico-hyoido-epiglottoplasty. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2022 Feb;279(2):979-986. doi: 10.1007/s00405-021-06858-7.
7. **Xu W, Lyu ZH, Ma JK, et al.** The oncologic and functional outcomes of supracricoid partial laryngectomy for the treatment of laryngeal cancer. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi.* 2019 May 7;54(5):339-342. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2019.05.005.

# ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG MẠCH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC TUẦN HOÀN NÃO TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Văn Sang<sup>1,2</sup>, Lê Thị Nguyệt<sup>2</sup>, Phạm Xuân Hiếu<sup>1</sup>,  
Trần Phan Ninh<sup>2,3</sup>, Nguyễn Minh Châu<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng mạch ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc tuần hoàn não trước tại Bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp:** 40 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán nhồi máu não (NMN) cấp do tắc tuần hoàn não trước được điều trị bằng can thiệp lấy huyết khối cơ học tại Bệnh viện E. Đối chiếu hình ảnh CLVT mạch não (CTA) với chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) trong chẩn đoán tắc động mạch lớn. **Kết quả:** Nhồi máu não cấp do tắc tuần hoàn não trước hay gặp nhất ở động mạch não giữa 65%, tiếp đến là động mạch cảnh trong 20% và cuối cùng là cả động mạch cảnh trong và động mạch não giữa 15%. CTA có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 98,2%, giá trị dự báo dương tính 95,9%, giá trị dự báo âm tính 100% trong chẩn đoán tắc động mạch lớn. **Kết luận:** CLVT mạch não có giá trị trong chẩn đoán xác định vị trí mạch tắc trong NMN cấp do tắc tuần hoàn não trước. **Từ khóa:** Nhồi máu não cấp, tắc tuần hoàn não trước, cắt lớp vi tính mạch não, chụp mạch số hóa xóa nền.

## SUMMARY

### ASSESSMENT OF VASCULAR CONDITION OF ACUTE ISCHEMIC STROKE DUE TO ANTERIOR CIRCULATION OBSTRUCTION AT E HOSPITAL

**Objective:** Assessment of vascular condition of acute ischemic stroke due to anterior circulation obstruction at E hospital. **Subjects and methods:** 40 patients diagnosed with acute ischemic stroke due to anterior circulation obstruction and treated with mechanical thrombectomy at E Hospital. CT angiography (CTA) was compared with digital subtraction angiography (DSA) for diagnosing large artery obstruction. **Results:** Acute ischemic stroke due to anterior circulation obstruction was most commonly found in the middle cerebral artery (65%), followed by the internal carotid artery (20%), and both the internal carotid and middle cerebral arteries (15%). CTA had a sensitivity of 100%, specificity of 98.2%, positive predictive value of 95.9%, and negative predictive value of 100% for diagnosing large artery obstruction. **Conclusion:** CT Angiography of the brain are valuable in diagnosing acute ischemic stroke due to anterior circulation obstruction.

<sup>1</sup>Bệnh viện E

<sup>2</sup>Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên

<sup>3</sup>Bệnh Viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

**Keywords:** Acute ischemic stroke, anterior circulation obstruction, CT Angiography, digital subtraction angiography.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm có 15 triệu người bị đột quỵ trên toàn thế giới, trong đó 5 triệu người chết và 5 triệu người bị tàn tật vĩnh viễn<sup>1</sup>. Đột quỵ là nguyên nhân tử vong thứ hai trên thế giới, gánh nặng của đột quỵ không chỉ nằm ở tỷ lệ tử vong cao cùng với tỷ lệ mắc bệnh cao mà còn dẫn đến 50% số người sống sót bị tàn tật<sup>2</sup>. Theo khuyến cáo của Hội tim mạch và đột quỵ Hoa Kỳ 2019, CLVT là thăm khám ban đầu ở BN đột quỵ não để phân biệt NMN và xuất huyết não, đồng thời xác định mức độ tổn thương, vị trí mạch tắc<sup>3</sup>. Chụp mạch máu số hóa xóa nền (DSA – Digital Subtraction Angiography) là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá tắc nghẽn lòng mạch, tuy nhiên DSA là phương tiện xâm lấn. CLVT mạch máu não (CTA – Computed Tomography Angiography) là phương tiện ít xâm lấn, nhanh và dễ tiếp cận<sup>4</sup>. Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy CTA có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán tắc động mạch nội sọ<sup>5</sup>. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá tình trạng mạch ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc tuần hoàn não trước.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 40 BN NMN cấp do tắc tuần hoàn não trước được điều trị bằng can thiệp mạch tại Bệnh viện E từ ngày 01/01/2023 đến ngày 30/04/2024.

### \* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các BN được chẩn đoán NMN cấp do tắc tuần hoàn não trước được chụp CLVT và điều trị bằng can thiệp mạch tại Bệnh viện E.

### \* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Loại trừ BN có bệnh lý khác kèm theo như u não, chấn thương sọ não.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### \* Thiết kế nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.  
- Phương pháp lấy số liệu: Hồi cứu và tiến cứu.  
Tất cả BN hồi cứu và tiến cứu đều được chụp CLVT mạch não và can thiệp lấy huyết khối theo quy trình kỹ thuật của Khoa Chẩn đoán hình