

khuyến cáo là 5 lần điều trị liên tiếp trong 5 tuần, cường độ cho phép là 120J với 1500 shocks và tần số 16Hz. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng cho thấy việc can thiệp sóng xung kích có thể giúp các đối tượng có thể cải thiện tình trạng đau và các hoạt động chức năng của vùng cổ vai qua việc cải thiện chỉ số NPRS. Nghiên cứu cũng chưa phân biệt rõ được tính chất đau tại điểm đau trên cơ thang bó trên dẫn đến việc can thiệp sóng xung kích có thể thiếu chứng cứ khoa học. Tuy nhiên, tính chất chung của những vấn đề đau mạn tính trên cơ vẫn được nhiều tác giả đề cập về sự đau theo kiểu nociplastic trên vấn đề đau mạn của hệ cơ xương. Nghiên cứu có thể làm tiền đề cho các nghiên cứu tiếp theo trong việc so sánh với các phương pháp điều trị khác nhau để có thể khẳng định hơn nữa hiệu quả can thiệp của một liệu pháp điều trị từ đó có thể gia tăng việc ứng dụng sóng xung kích trong điều trị giảm đau trên cơ trong nhiều bệnh lý trong chuyên môn Vật lý trị liệu có thể được áp dụng mạnh mẽ trên thực tế lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. Joshi**, "extracorporeal shockwave therapy for myofascial pain syndrome of the upper trapezius: a systematic review," *International Journal of Medical Science and Public Health Research*, vol. 4, no. 06, pp. 09-12, 2023.
2. **Ishaq, P. Mehta, I. W. Skinner, M. K. Bagg, J. Bier, and A. P. J. J. o. C. E. Verhagen**,

- "Treatment classifications and interventions for neck pain: a scoping review," vol. 159, pp. 1-9, 2023.
3. **M. Király, T. Bender, and K. Hodosi**, "Comparative study of shockwave therapy and low-level laser therapy effects in patients with myofascial pain syndrome of the trapezius," *Rheumatology international*, vol. 38, no. 11, pp. 2045-2052, 2018.
 4. **G. A. Hawker, S. Mian, T. Kendzerska, and M. French**, "Measures of adult pain: Visual analog scale for pain (vas pain), numeric rating scale for pain (nrs pain), mcgill pain questionnaire (mpq), short-form mcgill pain questionnaire (sf-mpq), chronic pain grade scale (cpgs), short form-36 bodily pain scale (sf-36 bps), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (icoap)," *Arthritis care & research*, vol. 63, no. S11, pp. S240-S252, 2011.
 5. **H. M. Ji, H. J. Kim, and S. J. Han**, "Extracorporeal shock wave therapy in myofascial pain syndrome of upper trapezius," *Annals of rehabilitation medicine*, vol. 36, no. 5, pp. 675-680, 2012.
 6. **D. A. Mohamed, R. M. Kamal, M. M. Gaber, and Y. M. Aneis**, "Combined Effects of Extracorporeal Shockwave Therapy and Integrated Neuromuscular Inhibition on Myofascial Trigger Points of Upper Trapezius: A Randomized Controlled Trial," (in eng), *Ann Rehabil Med*, vol. 45, no. 4, pp. 284-293, Aug 2021.
 7. **Ö. Gezgİnaslan and S. G. Atalay**, "High-energy flux density extracorporeal shock wave therapy versus traditional physical therapy modalities in myofascial pain syndrome: A randomized-controlled, single-blind trial," *Archives of Rheumatology*, vol. 35, no. 1, p. 78, 2019.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC TRONG BỆNH LÝ TÂN SẢN TẾ BÀO VÂY BỀ MẶT NHÃN CẦU

Hồ Công Thủy Thanh¹, Vũ Thị Việt Thu²,
Trần Kế Tổ³, Nguyễn Thị Diễm Châu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm bệnh tân sản tế bào vảy bề mặt nhãn cầu và mối liên quan giữa lâm sàng và mô bệnh học. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, từ 01/2018 - 12/2022 trên 180 bệnh nhân tân sản tế bào vảy bề mặt nhãn cầu được chẩn đoán xác định tại Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** 180 bệnh nhân bao gồm 115 (63,9%) nam với độ tuổi trung bình là $52,5 \pm 14,9$

được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ người lao động ngoài trời chiếm 55%. Mắt phải gặp ở 97 (54,4%) bệnh nhân, không ghi nhận ở hai mắt. Vị trí vùng rìa kết giác mạc gặp 119 (66,11%) trường hợp. Tỷ lệ mô bệnh học ghi nhận lần lượt CIN I 8,3%; CIN II 68,3%; CIN III 6,7% và CSC là 16,7%. Kích thước trung bình u là $5,2 \pm 1,9$ mm. Tổn thương dạng nhú chiếm tỷ lệ 51,7%, dạng thạch là 36,6%, dạng bạch sản là 11,7%. Trong chẩn đoán nguy cơ ác tính: nhóm > 60 tuổi cao hơn so với nhóm 18 – 40 tuổi gấp 6,1 lần. Dạng bạch sản cao gấp 3,8 lần. Vị trí rìa kết giác mạc nguy cơ ác tính cao gấp 3 lần vị trí khác. Kích thước u từ 5 - 10mm có nguy cơ cao hơn nhóm u <5mm gấp 3 lần, u >10 mm cao hơn nhóm u <5mm gấp 6,7 lần. U kèm tân mạch nguy cơ ác tính cao hơn gấp 4 lần. Tiên lượng tái phát: tổn thương dạng u nhú nguy cơ cao hơn vị trí khác 6,8 lần, u > 5mm có nguy cơ cao hơn 3,1 lần. **Kết luận:** Có thể dựa vào đặc điểm lâm sàng giúp chẩn đoán sớm nguy cơ ác tính và tiên lượng tái phát trên bệnh nhân tân sản tế bào vảy bề

¹Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á

²Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm: Hồ Công Thủy Thanh

Email: thuythanh1795@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025

mặt nhãn cầu. **Từ khóa:** tân sản tế bào vảy bề mặt nhãn cầu, ung thư tế bào vảy xâm lấn, OSSN.

SUMMARY

DESCRIBE THE CLINICAL AND PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF OCULAR SURFACE SQUAMOUS NEOPLASIA

Aim: To describe the characteristics of ocular surface squamous neoplasia (OSSN) and the correlation between clinical and pathological features. **Design:** A retrospective cross-sectional study. **Materials and methods:** We analysed 180 cases of OSSN diagnosed at Ho Chi Minh Eye Hospital over a five-year period, from January 2018 to December 2022. **Results:** One hundred eighty patients comprising 115 (63,9%) males with a mean age of $52,5 \pm 14,9$ were studied. Outdoor workers accounted for 55%. The right eye was affected in 97 (54,4%) patients with no bilateral tumors. In most cases (66,11%), the tumors were located at the limbus. Histopathological examination revealed conjunctival intraepithelial neoplasia (CIN) grade I in 15 (8,3%); grade II in 123 (68,3%); grade III in 12 (6,7%), and invasive carcinoma in 30 (16,7%) cases. The mean tumor diameter was $5,2 \pm 1,9$ mm. Of 180 cases 91 (51,7%) were papilliform, 66 (36,6%) were gelatinous mass lesions, and 21 (11,7%) were leukoplakia lesions. The risk factor of severity of disease included: older age group, clinical appearance, tumor diameter, limbal involvement, neovascularization. The group > 60 years old was associated with 6.1 times higher-grade OSSN than the group 18 – 40 years old. Leukoplakia had 3.8 times higher risk. Limbal involvement was associated with 3 times higher grade OSSN. Tumor diameter from 5 – 10 mm had a 3 times higher risk than the group of tumor < 5 mm, tumors > 10 mm had a 6,7 times higher risk than the group of tumor < 5 mm. Vascular OSSN had a 4 times higher tendency toward severe and invasive lesions. Papilliform appearance and tumor size were risk factors that influenced tumor recurrence. Papilliform appearance had a 6,8 times higher risk of recurrence, tumor > 5 mm had a 3,1 times higher recurrence rates. **Conclusion:** Clinical characteristics can predict the risk of disease severity and recurrence prognosis in patients with ocular surface squamous neoplasia.

Keywords: Ocular surface squamous neoplasia, Squamous cell carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tân sản tế bào vảy bề mặt nhãn cầu (OSSN: Ocular surface squamous neoplasia) là một thuật ngữ dùng để mô tả tổn thương tiền ác tính hay ác tính của kết giác mạc bao gồm hai nhóm chính: tân sinh nội biểu mô (CIN) và ung thư biểu mô tế bào vảy xâm lấn (SCC). Bệnh có thể gây ra tổn thương khu trú, ít xâm lấn, giới hạn ở biểu mô bề mặt. Các trường hợp nặng có thể xâm lấn vào giác – củng mạc để mở rộng vào nội nhãn (15%), nặng hơn có thể thâm nhập vào hốc mắt (12 – 16%) và di căn xa thông qua đường hạch bạch huyết (6 – 16%) nếu không

được phát hiện sớm có thể dẫn đến tử vong. Bệnh nguy cơ tái phát cao (5 – 39%), cụ thể 7 – 24% đối với tân sinh nội biểu mô kết giác mạc và ở ung thư tế bào vảy xâm lấn là 30 – 41%.^{1,2} Nhận thấy vai trò giải phẫu bệnh và sự cần thiết của nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng trong chẩn đoán bệnh là vô cùng cần thiết, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu "*Khảo sát đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học trong bệnh lý tân sản tế bào vảy bề mặt nhãn cầu*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 180 bệnh nhân được chẩn đoán xác định tân sản tế bào vảy bề mặt nhãn cầu bằng giải phẫu bệnh tại bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh từ 01/2018 – 12/2022.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

2.3. Phương pháp thu nhập số liệu. Tra cứu hồ sơ bệnh án thông qua hệ thống máy tính và phòng lưu trữ. Lập danh sách các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, tiến hành thu nhập thông tin. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$; độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả đặc điểm bệnh tân sản tế bào vảy bề mặt nhãn cầu. Chúng tôi khảo sát 180 mắt (180 bệnh nhân) tân sản tế bào vảy bề mặt nhãn cầu với tuổi trung bình là $52,5 \pm 14,9$; ở nhóm ác tính $60,2 \pm 15,6$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,8/1. Tỷ lệ mô bệnh học ghi nhận lần lượt CIN I 8,3%; CIN II 68,3%; CIN III 6,7% và CSC là 16,7%. Tỷ lệ làm việc ngoài trời cao hơn so với tỷ lệ làm việc trong nhà. Tỷ lệ mức độ mô bệnh học phụ thuộc vào tính chất công việc ngoài trời hay trong nhà, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,03$; kiểm định χ^2). Thị lực $\geq 5/10$ chiếm tỷ lệ 54,4%, tỷ lệ ác tính không phụ thuộc vào mức độ suy giảm thị lực, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,86$). Triệu chứng cơ năng gồm: khối u to dần 87/180 trường hợp (48,3%); cộm xốn, kích thích chảy nước mắt kéo dài gặp ở 650/180 trường hợp (42,2%); 36/180 trường hợp đỏ mắt (20%); 17/180 trường hợp nhìn mờ (9,4%); 7 trường hợp tình cờ phát hiện khối u khi thăm khám mà không kèm triệu chứng. Tỷ lệ mức độ mô bệnh học phụ thuộc vào việc phát hiện khối u to dần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (χ^2 ; $p = 0,001$). Vị trí thường gặp nhất ở rìa kết giác mạc chiếm 66,11%; kết mạc đơn thuần là 27,22%; giác mạc là chiếm 6,67%. Vị trí phần tư gồm phía thái dương với 49,4%; mũi là

44,44%; phía trên và dưới lần lượt là 4,44% và 1,67%. Kích thước trung bình u là $5,2 \pm 1,9$ mm, nhóm kích thước 5 – 10mm chiếm 60,6%, nhóm <5mm chiếm 35,5%, ít nhất là nhóm >10mm với 3,9%. Ở nhóm ác tính u kèm tân mạch chiếm 66,7% (20/30 trường hợp).

3.2. Kết quả mối tương quan giữa lâm sàng và mô bệnh học

	OR	OR của CI 95%	p
18 – 40 tuổi	-	-	0,041
41 – 60 tuổi	2,924	0,629 – 13,589	0,171
>60 tuổi	6,079	1,286 – 28,734	0,023*
Bạch sản	3,832	1,425 – 10,304	0,008*

Tổn thương khác			
Rìa kết giác mạc	2,979	1,079 – 8,224	0,035*
Tổn thương khác			
Thái dương	1,205	0,55 – 2,644	0,641
Vị trí khác			
Mũi	0,804	0,362 – 1,786	0,592
Vị trí khác			
<5mm	-	-	0,026
5 – 10mm	2,963	1,052 – 8,343	0,04*
>10 mm	6,667	1,605 – 27,688	0,009*
Tân mạch			
Không	4	1,742 – 9,187	0,001*

(*: Kiểm định hồi quy Binary logistic)

3.3. Đặc điểm trường hợp tái phát và các yếu tố liên quan

Các yếu tố	Tái phát (có/không)	β	Hazard risk	p	95% CI
Nhú/khác		1,869	6,48	0,004	1,814 – 23,142
Kích thước >5mm		1,118	3,06	0,03	1,115 – 8,387
Thái dương/khác		- 0,719	0,49	0,41	0,9 – 2,654
Mũi/khác		-1,522	0,22	0,05	0,053 – 1,891
GM/khác		0,472	1,6	0,54	0,355 – 7,255
KGM/khác		-0,582	0,56	0,23	0,216 – 1,434

(β : Tỷ số rủi ro, SE: Sai số chuẩn của hệ số β ,

Hazard risk: $Exp(\beta)$ - tỉ số nguy cơ, 95% CI: Khoảng tin cậy, kiểm định: Hồi quy Cox)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác cho thấy tân sản tế bào vảy bề mặt nhãn cầu thường xảy ra ở nhóm tuổi trung niên 41- 60 tuổi. Nguy cơ ác tính thường hay gặp ở nhóm trung niên và cao tuổi. Tuy nhiên theo một số nghiên cứu về yếu tố mắc bệnh thì nguy cơ ác tính sẽ gặp ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi (<40 tuổi) khi mắc hội chứng suy giảm miễn dịch. Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm ưu thế. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của tác giả Stephen Gichuhi (2013) được thực hiện ở các nước châu Phi lại cho thấy tỉ lệ nam:nữ là 1:1.³ Điều này nhằm nói lên yếu tố nguy cơ chính của phát triển OSSN chính là sự tác động tia UVB.

Đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa tiếp xúc với tia cực tím với sự phát triển của bệnh. Chúng tôi khảo sát yếu tố nghề nghiệp của bệnh nhân phân thành ngoài trời và trong nhà nhằm gián tiếp chỉ ra thời gian tiếp xúc với tia cực tím của ánh sáng mặt trời. Nhìn chung bệnh tân sản tế bào vảy bề mặt nhãn cầu không gây ảnh hưởng nhiều đến thị lực. Phát hiện khối u to dần là lí do nhập viện chính của hầu hết bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận dấu hiệu đau ở tất cả các bệnh nhân. Kết quả này tương tự với Shrestha (2019).⁴ Các tác giả trước đây đã chỉ ra mối tương quan tỉ lệ thuận với nhiễm HIV và mức độ bệnh ở các

nước đang phát triển. Trong nghiên cứu chúng tôi CIN II chiếm đa số. Có thể lí giải là do yếu tố thẩm mỹ và sự nhận thức quan tâm sức khỏe của bệnh nhân ngày một tăng dẫn đến việc phát hiện thăm khám sớm.

Vị trí vùng rìa chiếm ưu thế có thể do ở đây tiếp xúc nhiều với tia cực tím (được cho là yếu tố nguy cơ sinh bệnh) và có các tế bào nguồn có khả năng tái tạo và biệt hóa liên tục. Vị trí thái dương và mũi thường gặp do mắt người tiếp xúc nhiều hơn về phía bên ngoài khe mi và không được mi mắt bảo vệ, trở thành nơi thu nhận ánh sáng mặt trời ngoại vi lớn. Tổn thương dạng bạch sản có tỉ lệ ác tính chiếm 35,3% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Vì vậy khi gặp một khối u dạng bạch sản ở bệnh nhân >60 tuổi cần nghĩ nhiều đến một khối u ác tính. Ở bệnh nhân OSSN, nguy cơ ác tính ở nhóm u kích thước 5 - 10mm cao hơn nhóm u <5mm, u >10 mm nguy cơ ác tính cao hơn nhóm u <5mm. Tác giả T Tjong (2013)⁵ đã chỉ ra các tổn thương có kích thước lớn (4 – 12 cung giờ đồng hồ) đều chuyển sang dạng ung thư xâm lấn được. Điều này cho thấy kích thước càng lớn có liên quan đáng kể đến nguy cơ ác tính. Chúng tôi tìm ra sự xuất hiện tân mạch có nguy cơ tiến triển ác tính hơn so với u không tân mạch với OR = 4. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Stephen Gichuhi với OR= 5,8 (CI 95% 3,2 – 10,5).

Chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa tỉ

lệ tái phát trên bệnh nhân có tổn thương dạng nhú (HR=6,48, p=0,004), kích thước u >5mm (HR=3,06; p=0,03). Kết quả này tương tự với tác giả Anat Galor (2012)⁶, sự xuất hiện u nhú làm tăng nguy cơ tái phát với (HR=1,9, p=0,04). Tác giả Scott và Karp đã tìm ADN và mARN của HPV (phân nhóm 16 và 18) trong hầu hết mẫu bệnh đã chứng minh vai trò căn nguyên của HPV trong sự phát triển OSSN.⁷ Trong nghiên cứu chúng tôi, kích thước >5mm gây nguy cơ tái phát cao hơn, điều này tương tự với các tác giả Chauhan (2014)¹ và Yousef (2012)⁸ lần lượt với HR = 2,4 p=0,03 và p= 0,017. Theo tác giả biên độ u được cắt tại thời điểm phẫu thuật là yếu tố quan trọng nhất để dự đoán tái phát. Liệu pháp áp lạnh hỗ trợ có thể trì hoãn tái phát, các khối u nhỏ hơn, ít xâm lấn hơn cần theo dõi ít nhất 1 năm; khối u lớn hơn 5mm cần được theo dõi dài hơn có thể lên đến 10 năm.⁹

V. KẾT LUẬN

Có thể dựa vào đặc điểm lâm sàng để chẩn đoán sớm nguy cơ ác tính và tiên lượng tái phát.

U có kích thước >5mm hay tần mạch hay tổn thương dạng bạch sản hay vị trí rìa kết giác mạc có nguy cơ ác tính cao từ 30 – 83,3% nên cần được cắt rộng hơn tiêu chuẩn.

Tổn thương dạng nhú, kích thước u >5mm có nguy cơ tái phát cao từ 37 – 45,6 % do đó cần những điều trị bổ sung sau phẫu thuật cho các trường hợp có nguy cơ tái phát cao hoặc ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chauhan S, Sen S, Sharma A, et al.** American Joint Committee on Cancer Staging and clinicopathological high-risk predictors of ocular

- surface squamous neoplasia: a study from a tertiary eye center in India. *Arch Pathol Lab Med.* 2014;138(11):1488-1494. doi:10.5858/arpa.2013-0353-OA
2. **McKelvie PA.** Squamous cell carcinoma of the conjunctiva: a series of 26 cases. *Br J Ophthalmol.* 2002;86(2): 168-173. doi:10.1136/bjo.86.2.168
3. **Gichuhi S, Sagoo MS, Weiss HA, Burton MJ.** Epidemiology of ocular surface squamous neoplasia in Africa. *Trop Med Int Health.* 2013;18(12):1424-1443. doi:10.1111/tmi.12203
4. **Shrestha E, Banstola L, Maharjan IM, et al.** Assessing Profile and Treatment Outcome in Patients of Ocular Surface Squamous Neoplasia (OSSN). *Nepal J Ophthalmol.* 2019;11(2):181-188. doi:10.3126/nepjoph.v11i2.27825
5. **Tiong T, Borooah S, Msosa J, et al.** Clinicopathological review of ocular surface squamous neoplasia in Malawi. *Br J Ophthalmol.* 2013;97(8): 961-964. doi:10.1136/bjophthalmol-2012-302533
6. **Galor A, Karp CL, Oellers P, et al.** Predictors of Ocular Surface Squamous Neoplasia Recurrence after Excisional Surgery. *Ophthalmology.* 2012; 119(10): 1974-1981. doi:10.1016/j.ophtha.2012.04.022
7. **Scott IU, Karp CL, Nuovo GJ.** Human papillomavirus 16 and 18 expression in conjunctival intraepithelial neoplasia. *Ophthalmology.* 2002;109(3):542-547. doi:10.1016/S0161-6420(01)00991-5
8. **Yousef YA, Finger PT.** Predictive Value of the Seventh Edition American Joint Committee on Cancer Staging System for Conjunctival Melanoma. *Arch Ophthalmol.* 2012;130(5). doi:10.1001/archophthalmol.2011.2566
9. **Yousef YA, Finger PT.** Squamous Carcinoma and Dysplasia of the Conjunctiva and Cornea. *Ophthalmology.* 2012;119(2):233-240. doi:10.1016/j.ophtha.2011.08.005

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG TINH THẦN TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN TRÊN NGƯỜI BỆNH UNG THƯ THANH QUẢN BẰNG THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU – TRẦM CẢM – STRESS (DASS 21)

Văn Thị Hải Hà¹, Trần Thị Thanh Tâm¹, Trần Thị Linh Phụng¹, Cao Thị Thanh Vy¹, Nguyễn Thị Phương Vy¹, Lương Nguyễn Anh Thư¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ căng thẳng, trầm cảm, lo âu trước và sau phẫu thuật cắt thanh quản.
Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được

thực hiện với tất cả người bệnh phẫu thuật cắt thanh quản bán phần và toàn phần. Dữ liệu bao gồm các thông tin từ hồ sơ bệnh án và thang đo đánh giá lo âu – căng thẳng – trầm cảm (DASS 21) phiên bản tiếng Việt để khảo sát mức độ lo âu, căng thẳng, trầm cảm trước và sau phẫu thuật. Dữ liệu được phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 26.0. **Kết quả:** Có 68 người bệnh thỏa điều kiện chọn mẫu, trong đó phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần chiếm 64.7%, phẫu thuật cắt thanh quản bán phần chiếm 35.3%. Trước phẫu thuật, hầu hết người tham gia khảo sát có trạng thái bình thường với cả 3 chỉ số, ngoại trừ một tỷ lệ nhỏ

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lương Nguyễn Anh Thư

Email: thu.lna@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025