

- Disease. 2016;31(7):1361–1363.
5. **Jiang W, Xu J, Xing J, et al.** Short-term outcomes of laparoscopy-assisted vs open surgery for patients with low rectal cancer: the LASRE randomized clinical trial. *JAMA Oncology*. 2022; 8(11):1607–1615.
 6. **Le DD, Vo TV, Sarakarn P.** Overall survival rate of Vietnamese patients with colorectal cancer: a hospital-based cohort study in the central region of Vietnam. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2021;22(11):3569–3575.
 7. **Morgan E, Arnold M, Gini A, et al.** Global burden of colorectal cancer in 2020 and 2040: incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. *Gut*. 2023;72(2):338–344.
 8. **Van der Pas MH, Haglund E, Cuesta MA, et al.** Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): short-term outcomes of a randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncology*. 2013;14(3):210–218.

KẾT QUẢ DÀI HẠN CHỨC NĂNG NÓI VÀ NUỐT SAU PHẪU THUẬT VI PHẪU LASER QUA ĐƯỜNG MIỆNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THANH QUẢN TẦNG THANH MÔN GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TP.HCM

Nguyễn Thành Tuấn^{1,2}, Trần Phan Chung Thủy^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật vi phẫu laser qua đường miệng (transoral laser microsurgery – TLM) là một lựa chọn tiêu chuẩn điều trị bảo tồn thanh quản cho ung thư tầng thanh môn giai đoạn sớm. **Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả chức năng giọng nói và nuốt sau tối thiểu 5 năm ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào vảy thanh môn giai đoạn sớm (T1–T2N0M0) được điều trị bằng TLM, đồng thời mô tả một số biến chứng có thể ảnh hưởng đến chức năng thanh quản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 96 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào vảy thanh môn giai đoạn T1–T2N0M0 được điều trị bằng TLM tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh giai đoạn 2018–2020, với thời gian theo dõi tối thiểu 5 năm. Phẫu thuật được thực hiện theo phân loại cắt dây thanh qua nội soi của Hội Thanh quản châu Âu (ELS). Chức năng giọng nói và nuốt được đánh giá tại thời điểm cuối theo dõi dựa trên thăm khám lâm sàng và phân loại định tính đánh giá chủ quan. **Kết quả:** Tại thời điểm đánh giá sau tối thiểu 5 năm, 35,4% bệnh nhân còn giọng nói được đánh giá là bình thường và 52,1% có khàn tiếng mức độ nhẹ đến vừa; chỉ 12,5% có khàn tiếng nặng ảnh hưởng rõ đến giao tiếp hằng ngày. Tất cả bệnh nhân đều duy trì ăn uống hoàn toàn qua đường miệng, không có trường hợp nào phải mở khí quản vĩnh viễn hoặc đặt ống nuôi ăn kéo dài. Biến chứng sau mổ nhìn chung ít gặp và có thể kiểm soát được: chảy máu tại vị trí phẫu thuật gặp ở 4,2% bệnh nhân, tràn khí dưới da 3,1%, mô hạt thanh quản 14,6% và sẹo hẹp thanh quản 7,3%; các trường hợp hẹp nặng được phẫu thuật chỉnh hình thanh quản. Kết quả ung thư học trong cùng đoàn hệ cho thấy tỉ lệ kiểm soát tại chỗ 5 năm là 91,7%, sống còn toàn bộ 89,6% và sống còn

chuyên biệt bệnh 100%. **Kết luận:** TLM trong điều trị ung thư thanh môn tầng thanh môn giai đoạn sớm giúp bảo tồn chức năng thanh quản tốt về lâu dài: đa số bệnh nhân có giọng nói ở mức chấp nhận được và chức năng nuốt được bảo tồn hoàn toàn, với tỉ lệ biến chứng ảnh hưởng đến chức năng tương đối thấp.

Từ khóa: vi phẫu bằng Laser qua đường miệng, ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm, bảo tồn chức năng.

SUMMARY

LONG-TERM VOICE AND SWALLOWING OUTCOMES AFTER TRANSORAL LASER MICROSURGERY FOR EARLY-STAGE GLOTTIC LARYNGEAL CANCER AT HO CHI MINH CITY EAR NOSE THROAT HOSPITAL

Background: Transoral laser microsurgery (TLM) has become a key organ-preserving treatment option for early-stage glottic squamous cell carcinoma. **Objective:** This study aims to evaluate long-term voice and swallowing outcomes in patients with T1–T2N0M0 glottic squamous cell carcinoma treated by TLM, and to describe postoperative complications that may impact laryngeal function. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 96 patients with T1–T2N0M0 glottic squamous cell carcinoma treated exclusively with TLM at Ho Chi Minh City ENT Hospital between 2018 and 2020, with a minimum follow-up of 5 years. Surgical procedures were classified according to the European Laryngological Society (ELS) system for endoscopic cordectomies. At final follow-up, voice quality was assessed clinically and categorized as normal, mildly–moderately dysphonic, or severely dysphonic. Voice and swallowing functions were assessed at the end of the follow-up period based on clinical examination and subjective qualitative classification. **Results:** At 5-year follow-up, 35.4% of patients retained normal voice quality, while 52.1% had only mild to moderate dysphonia; severe dysphonia was observed in 12.5% of cases. All patients maintained full oral intake, and none required permanent tracheostomy or long-term feeding tube placement. Postoperative complications were

¹Đại học Khoa học Sức Khỏe

²Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Tuấn

Email: nttuan@uhsvnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026

infrequent and manageable: surgical site bleeding occurred in 4.2% of patients, subcutaneous emphysema in 3.1%, granulation tissue in 14.6%, and clinically relevant laryngeal stenosis in 7.3%, with severe cases treated surgically. In the same cohort, oncologic outcomes were favorable, with 5-year local control, overall survival, and disease-specific survival rates of 91.7%, 89.6%, and 100%, respectively.

Conclusions: TLM for T1–T2N0M0 glottic squamous cell carcinoma provides good long-term laryngeal function, with the majority of patients achieving clinically acceptable voice quality and preserved swallowing function, and a relatively low rate of function-impairing complications.

Keywords: Transoral laser microsurgery, Early glottic cancer, Organ preservation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản, đặc biệt là ung thư biểu mô tế bào vảy vùng thanh môn giai đoạn sớm (T1–T2N0M0), là một trong những ung thư tai mũi họng thường gặp và có tiên lượng tương đối tốt nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Trong vài thập kỷ gần đây, phẫu thuật vi phẫu laser qua đường miệng (transoral laser microsurgery – TLM) đã được chấp nhận rộng rãi như một lựa chọn điều trị tiêu chuẩn cho ung thư thanh môn giai đoạn sớm, bên cạnh xạ trị và các phẫu thuật mở bảo tồn thanh quản.¹

Tuy nhiên, bên cạnh hiệu quả ung thư học, người bệnh và bác sĩ ngày càng quan tâm nhiều hơn đến hậu quả chức năng lâu dài sau điều trị. Việc cắt bỏ một phần hay toàn bộ dây thanh, có thể tác động đến chức năng nói và nuốt, làm tăng nguy cơ hít sặc và giảm chất lượng ăn uống, dù trên lâm sàng nhiều trường hợp biểu hiện kín đáo hoặc thoáng qua.²

Xuất phát từ những thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả chức năng giọng nói và nuốt sau tối thiểu 5 năm ở bệnh nhân ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm (T1–T2N0M0) được điều trị bằng TLM, đồng thời mô tả một số biến chứng có thể ảnh hưởng đến chức năng thanh quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả loạt ca bệnh theo phương pháp hồi cứu HSBA kết hợp phỏng vấn qua điện thoại theo một bộ câu hỏi có cấu trúc.

2.2. Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh. Dữ liệu được hồi cứu từ tất cả bệnh nhân ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm được phẫu thuật TLM dưới gây mê nội khí quản từ tháng 06/2018 đến 06/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, thỏa tiêu

chọn vào, với cỡ mẫu cuối cùng là N=96.

- **Tiêu chuẩn chọn vào:** (1) bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên; (2) bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn T1–T2N0M0, dựa trên lâm sàng, nội soi thanh quản và mô bệnh học, với phân giai đoạn u thực hiện theo hệ thống TNM của Ủy ban Hỗn hợp về Ung thư Hoa Kỳ phiên bản 8 (AJCC 8th), được điều trị bằng TLM; (3) có hồ sơ theo dõi đầy đủ về chức năng giọng nói và chức năng nuốt bao gồm đánh giá trước phẫu thuật và đánh giá sau mổ ít nhất một lần từ thời điểm 12 tháng trở đi, và có đánh giá chức năng tại hoặc gần thời điểm kết thúc theo dõi (≥ 5 năm).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) HSBA không đầy đủ thông tin; (2) Không thể liên lạc hoặc BN từ chối tham gia phỏng vấn.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Thu thập dữ liệu: Trọng tâm của nghiên cứu này là đánh giá các kết quả chức năng dựa trên các nhóm biến số chính như sau: Chức năng phát âm: Được đánh giá qua phỏng vấn và phân loại thành 3 mức độ giao tiếp do BN báo cáo: (1) Giao tiếp thoải mái, (2) Giao tiếp được, và (3) Giao tiếp hạn chế. Chức năng nuốt: Được đánh giá bằng cách ghi nhận sự có mặt (Có/Không) của ba triệu chứng lâm sàng: (1) Nuốt đau, (2) Nuốt vướng (cảm giác thức ăn bị mắc kẹt), và (3) Nuốt khó (đòi hỏi nỗ lực nhiều hơn bình thường).

- **Xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Tổng cộng 96 bệnh nhân ung thư tầng thanh môn giai đoạn sớm được điều trị bằng phẫu thuật vi phẫu laser qua đường miệng (TLM) và có thời gian theo dõi tối thiểu 5 năm được đưa vào phân tích. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $61,0 \pm 9,4$ tuổi. Hầu hết bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá (97,9%), chỉ có 2 trường hợp không ghi nhận hút thuốc. Về triệu chứng cơ năng, 100% bệnh nhân nhập viện vì khàn tiếng và 81,3% bệnh nhân đến khám trong vòng 6 tháng kể từ khi khởi phát triệu chứng. Về giai đoạn u, đa số bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thanh môn giai đoạn T1N0M0 (85,4%), trong khi đó có 6 bệnh nhân (6,25%) được phân loại giai đoạn T2N0M0 tại thời điểm phẫu thuật.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật và mô bệnh học. Tất cả 96 bệnh nhân đều được điều trị bằng TLM theo phân loại cordectomy nội soi của Hội Thanh quản châu Âu (ELS). Trong số này, cordectomy type III được thực hiện ở 43 bệnh nhân (44,8%), type IV ở 36 bệnh nhân (37,5%), type Va ở 11 bệnh nhân (11,5%) và type Vb ở 6

bệnh nhân (6,3%) (Bảng 1). Thời gian theo dõi trung vị là 60,5 ± 2,8 tuổi tháng, bảo đảm tất cả bệnh nhân đều có ít nhất 5 năm theo dõi.

Về mô bệnh học, 100% trường hợp là ung thư biểu mô tế bào vảy; trong đó u độ 2 chiếm đa số với 59,4% (57/96). Diện cắt âm tính được ghi nhận ở 72,9% trường hợp (khoảng 70 bệnh nhân), các trường hợp còn lại có diện cắt tiếp cận hoặc dương tính và được xử trí bằng phẫu thuật lại "second-look" khi cần thiết.

Bảng 1. Đặc điểm phẫu thuật và mô bệnh học (n=96)

Đặc điểm	n (%)
Kiểu corpectomy (ELS)	
Type III	43 (44,8%)
Type IV	36 (37,5%)
Type Va	11 (11,5%)
Type Vb	6 (6,3%)
Mô bệnh học	
Ung thư biểu mô tế bào vảy	96 (100%)
Độ mô học 2	57 (59,4%)
Độ mô học khác (1 hoặc 3)	39 (40,6%)
Tình trạng diện cắt	
Âm tính	70 (72,9%)
Tiếp cận hoặc dương tính	26 (27,1%)

3.3. Kết quả ung thư học. Mặc dù bài báo này tập trung vào kết quả chức năng, các chỉ số ung thư học được tóm lược nhằm cung cấp bối cảnh chung cho việc diễn giải kết quả giọng nói và nuốt. Sau thời gian theo dõi tối thiểu 5 năm, tỷ lệ kiểm soát tại chỗ 5 năm đạt 91,7%, với 8 bệnh nhân (8,3%) có tái phát tại chỗ. Tất cả các trường hợp tái phát đều được điều trị bằng cắt thanh quản toàn phần, do đó tỷ lệ bảo tồn thanh quản sau TLM trong loạt ca này đạt 100%. Tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm là 89,6% và sống còn chuyên biệt bệnh đạt 100%.

3.4. Biến chứng sau mổ và can thiệp liên quan. Biến chứng sau mổ nhìn chung ít gặp và đa phần ở mức độ nhẹ đến trung bình. Trong 96 bệnh nhân, có 4 trường hợp (4,17%) chảy máu tại vùng mổ sau phẫu thuật; các trường hợp này được xử trí thành công bằng đốt điện cầm máu tại vị trí cắt. Ba trường hợp (3,13%) xuất hiện tràn khí dưới da quanh sụn giáp ngay sau mổ; tất cả đều nhẹ và tự thoái lui trong vòng một tuần dưới theo dõi bảo tồn. Trong quá trình theo dõi, 10 bệnh nhân (10,4%) xuất hiện mô hạt viêm (granulation) mức độ nặng tại thanh môn, cần can thiệp cắt bỏ qua nội soi. Ngoài ra, 4 bệnh nhân (4,2%) phát triển sẹo hẹp thanh quản đáng kể, gây triệu chứng lâm sàng và được phẫu thuật can thiệp để cải thiện triệu chứng và bảo đảm thông khí đường thở. Không có trường hợp nào phải mở khí quản vĩnh viễn

hay đặt ống nuôi ăn kéo dài do biến chứng của TLM (Bảng 2).

Bảng 2. Biến chứng sau TLM và xử trí (n=96)

Biến chứng	n (%)	Xử trí chính
Chảy máu sau mổ tại vùng cắt	4(4,17%)	Đốt điện cầm máu
Tràn khí dưới da quanh sụn giáp	3(3,13%)	Theo dõi, tự hồi phục
Mô hạt viêm (granulation) nặng	10(10,4%)	Cắt bỏ qua nội soi
Sẹo hẹp thanh quản có triệu chứng	4(4,2%)	Phẫu thuật can thiệp

3.5. Kết quả chức năng giọng nói và nuốt. Tại thời điểm đánh giá cuối cùng (sau tối thiểu 5 năm), đa số bệnh nhân duy trì được chức năng giọng nói ở mức chấp nhận được. Cụ thể, 35,4% bệnh nhân vẫn có giọng nói được đánh giá là "Giao tiếp thoải mái", trong khi 52,1% có thay đổi giọng mức độ "Giao tiếp được". Chỉ có khoảng 12,5% bệnh nhân "Giao tiếp hạn chế", ảnh hưởng rõ đến chất lượng giọng nói hàng ngày (Bảng 3).

Về chức năng nuốt, không có bệnh nhân nào báo cáo triệu chứng nuốt đau. Ghi nhận có 3/96 bệnh nhân (3,1%) có triệu chứng nuốt khó và 14/96 bệnh nhân (14,6%) có cảm giác nuốt vướng. Tất cả bệnh nhân đều duy trì khả năng ăn uống qua đường miệng, không ghi nhận trường hợp nào phải đặt sonde dạ dày hoặc các phương thức nuôi ăn thay thế kéo dài. Đồng thời, không có bệnh nhân nào cần mở khí quản vĩnh viễn vì suy giảm chức năng hô hấp hoặc nuốt sau điều trị.

Bảng 3. Kết quả chức năng giọng nói và nuốt tại thời điểm cuối theo dõi (n=96)

Chỉ số chức năng	n (%)
Đánh giá giọng nói tổng thể	
Giao tiếp thoải mái	34 (35,4%)
Giao tiếp được	50 (52,1%)
Giao tiếp hạn chế	12 (12,5%)
Chức năng nuốt	
Nuốt đau	0 (0%)
Nuốt khó	3 (3,1%)
Nuốt vướng	14 (14,6%)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, về kết quả ung thư học, các chỉ số ung thư học trong mẫu nghiên cứu cho thấy kiểm soát tại chỗ 5 năm 91,7%, sống còn toàn bộ 89,6% và sống còn chuyên biệt bệnh 100%, tương đương với nhiều loạt ca TLM cho ung thư thanh môn giai đoạn sớm trên thế giới. Nghiên cứu của Ansarin và cộng sự báo cáo sống còn toàn bộ 5 năm khoảng 90–91% và tỷ

lệ bảo tồn thanh quản trên 97% sau phẫu thuật laser nội soi, rất gần với số liệu tại trung tâm hiện nay, cho thấy sự phù hợp của kết quả nghiên cứu.³ So với các báo cáo so sánh TLM và xạ trị, nhiều tổng quan hệ thống cho thấy hiệu quả kiểm soát u và sống còn tương đương giữa hai phương thức, trong khi kết quả giọng nói chủ quan thường khác biệt không nhiều và khó có ý nghĩa lâm sàng. Trong bối cảnh nguồn lực tại các nước đang phát triển, TLM còn có ưu thế về thời gian nằm viện ngắn, chi phí điều trị thấp hơn và khả năng can thiệp lại khi tái phát, điều mà loạt ca hiện tại cũng gián tiếp phản ánh qua tỷ lệ bảo tồn thanh quản 100% sau TLM ban đầu và cắt thanh quản toàn phần chỉ được thực hiện khi tái phát.⁴

Về biến chứng sau mổ, tỷ lệ chảy máu tại vùng mổ (4,2%), tràn khí dưới da (3,1%), mô hạt viêm cần can thiệp (10,4%) và hẹp thanh quản có triệu chứng (4,2%) nằm trong khoảng biến chứng đã được báo cáo ở các loạt ca TLM lớn trên thế giới. Nhiều tác giả ghi nhận chảy máu và mô hạt là hai biến chứng tương đối thường gặp nhưng đa số xử trí bảo tồn hoặc nội soi đơn giản, hiếm khi đòi hỏi mổ mở hoặc dẫn đến mất chức năng lâu dài, điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu. Đáng chú ý, không có bệnh nhân nào phải mở khí quản vĩnh viễn hay nuôi ăn qua sonde kéo dài do biến chứng, cho thấy các biến chứng chủ yếu ở mức độ nhẹ-trung bình và có thể kiểm soát được. Điều này nhất quán với xu hướng chung trong y văn rằng TLM, nhờ đặc điểm ít xâm lấn và khả năng lặp lại can thiệp, mang lại tỷ lệ biến chứng nặng thấp hơn so với các phẫu thuật mở bảo tồn thanh quản, đồng thời duy trì được chất lượng sống tốt hơn.⁵

Về đánh giá chức năng nói, sau điều trị có 35,4% bệnh nhân có giọng "giao tiếp thoải mái" và 52,1% "giao tiếp được", chỉ 12,5% "hạn chế giao tiếp", phù hợp với nhiều báo cáo quốc tế cho thấy sau TLM, đa số bệnh nhân chỉ rối loạn giọng nhẹ đến trung bình. Nghiên cứu của McClelland và cộng sự ghi nhận khoảng 40% bệnh nhân có giọng bình thường và gần một nửa còn lại chỉ thay đổi giọng mức độ nhẹ-vừa, khá tương đồng với phân bố mức độ rối loạn giọng trong loạt bệnh nhân nghiên cứu này.⁶ Một số nghiên cứu sử dụng thang VHI/VHI-10 cho thấy điểm số sau TLM thường ở mức nhẹ và tương đương xạ trị đối với T1, gợi ý rằng kết quả chủ quan về giọng nói của nghiên cứu hiện tại có thể nằm trong khoảng hạn chế nhẹ theo thang điểm quốc tế. Tuy vậy, vẫn tồn tại một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân (12,5%) bị hạn chế giao tiếp do rối loạn giọng nặng, điều này phù hợp với nhận

định của Kennedy và cộng sự rằng suy giảm giọng sau TLM thường ở mức nhẹ-trung bình nhưng có thể rõ hơn so với xạ trị trong một số nhóm bệnh nhân.⁷ Các yếu tố như loại phẫu thuật cắt dây thanh mở rộng (type IV-V), diện cắt rộng đến mép trước, hay can thiệp lại nhiều lần đã được chứng minh liên quan kết quả giọng xấu hơn trong y văn, và đây cũng là những biến số cần được phân tích sâu thêm trong loạt ca hiện tại để nhận diện nhóm nguy cơ cao về chức năng giọng.

Về đánh giá chức năng nuốt, kết quả cho thấy tại thời điểm theo dõi sau tối thiểu 5 năm, không có bệnh nhân nào than phiền nuốt đau, chỉ có 3,1% nuốt khó và 14,6% cảm giác nuốt vướng, trong khi tất cả vẫn duy trì ăn uống hoàn toàn qua đường miệng và không cần sonde hay can thiệp hỗ trợ nuốt lâu dài. Tỷ lệ rối loạn nuốt mức độ nhẹ này phù hợp với đặc điểm tổn thương khu trú tầng thanh môn giai đoạn sớm và với nhiều báo cáo trong và ngoài nước về TLM cho ung thư thanh quản giai đoạn sớm, vốn ghi nhận chức năng nuốt được bảo tồn gần như hoàn toàn, rất hiếm trường hợp phải mở khí quản dự phòng hoặc đặt ống nuôi ăn dài ngày.⁸ Một số nghiên cứu trong nước về phẫu thuật laser CO₂ qua đường miệng cũng ghi nhận tỷ lệ biến chứng nuốt thấp, chủ yếu thoáng qua, và khẳng định ưu thế của TLM so với phẫu thuật mở hoặc xạ trị về bảo tồn chức năng nuốt.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy phẫu thuật vi phẫu laser qua đường miệng (TLM) trong điều trị ung thư biểu mô tế bào vảy thanh môn giai đoạn sớm (T1-T2N0M0) không chỉ đảm bảo kiểm soát bệnh tốt mà còn bảo tồn chức năng thanh quản đối với đa số bệnh nhân. Sau thời gian theo dõi tối thiểu 5 năm, phần lớn người bệnh duy trì được giọng nói sử dụng trong sinh hoạt hằng ngày, trong đó chỉ một tỷ lệ ít gặp phải khàn tiếng mức độ nặng. Chức năng nuốt và hô hấp được bảo tồn tốt, tất cả bệnh nhân đều ăn uống qua đường miệng, không ghi nhận trường hợp nào phải phụ thuộc mở khí quản hoặc các phương thức nuôi ăn thay thế lâu dài. Kết quả này cho thấy TLM là một lựa chọn điều trị bảo tồn thanh quản hiệu quả cho ung thư thanh môn giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Silver Carl E, Beitler Jonathan J, Shaha Ashok R, và cs. (2009), "Current trends in initial management of laryngeal cancer: the declining use of open surgery", *European archives of oto-rhino-laryngology*, tập 266 (9), 1333-1352.

2. **Bradley PJ, Mackenzie K, Wight R, và cs.** (2009), "Consensus statement on management in the UK: transoral laser assisted microsurgical resection of early glottic cancer", *Clinical Otolaryngology*, tập 34 (4), 367-373.
3. **Ansarin Mohssen, Santoro Luigi, Cattaneo Augusto, và cs.** (2009), "Laser surgery for early glottic cancer: impact of margin status on local control and organ preservation", *Archives of Otolaryngology –Head & Neck Surgery*, tập 135 (4), 385-390.
4. **Greulich, M. T., Parker, N. P., Lee, P., Merati, A. L., & Misono, S.** (2015). Voice outcomes following radiation versus laser microsurgery for T1 glottic carcinoma: systematic review and meta-analysis. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, 152(5), 811-819.
5. **Saraniti, C., Montana, F., Chianetta, E., Greco, G., & Verro, B.** (2022). Impact of resection margin status and revision transoral laser microsurgery in early glottic cancer: analysis of organ preservation and local disease control on a cohort of 153 patients. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 88(05), 669-674.
6. **McClelland, L., Carr, E., Kamani, T., Cade, J., Young, K., & Mortimore, S.** (2011). Transoral laser microsurgery for early glottic cancer. *International Scholarly Research Notices*, 2011(1), 750676.
7. **Kennedy JT, Paddle PM, Cook BJ, và cs.** (2007), "Voice outcomes following transoral laser microsurgery for early glottic squamous cell carcinoma", *The Journal of Laryngology & Otology*, tập 121 (12), 1184-1188.
8. **Resuli, A. S., & Cansiz, H.** (2020). Advantages of transoral endoscopic diode laser microsurgery for the treatment of early-stage glottic laryngeal cancers. *International Journal of Cancer Management*, 13(2).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRỌC BIỂU MÔ GIÁC MẠC TÁI PHÁT TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Võ Thị Thúy Hằng^{2,3},
Nguyễn Thanh Vân², Trịnh Thị Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân tróc biểu mô giác mạc tái phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các bệnh nhân được chẩn đoán tróc biểu mô giác mạc tái phát tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 4/2025-8/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 33,93 ± 12,34 (13–67); nhóm 30–60 tuổi 56.7%, <30 tuổi 36.7%, >60 tuổi 6.7%. Nam 60.0%. Khởi phát khi vừa tỉnh giấc 90.0%, nửa đêm 10.0%. Khoảng cách tái phát ≤3 tháng 36.7%. Thời gian dùng thiết bị điện tử >6 giờ/ngày 83.3%. Tiền sử chấn thương giác mạc 56.7%, khô mắt 70.0%, rối loạn tuyến Meibomius 50%. Triệu chứng thường gặp nhất là đau nhói với 29 mắt (96.7%), tiếp theo là đỏ mắt với 27 mắt (90%), chảy nước mắt 25 mắt (83.3%), nhìn mờ 24 mắt (80.0%) và ít gặp hơn là sợ ánh sáng 22 mắt (73.3%). Tại thời điểm trước khi điều trị, phần lớn bệnh nhân có mức thị lực trung bình 20/80-20/50 (60%), thị lực tốt: 6 mắt (20%) và thị lực kém 6 mắt (20%). Vị trí ổ tổn thương: 1/3 dưới 22 mắt (73.3%), 1/3 giữa 7 mắt (23.3%), 1/3 trên 1 mắt (3.3%). Phân loại tổn thương: 18 mắt (60%) dạng microform và 12 mắt (40%) dạng macroform. Tỷ lệ chẩn đoán nhầm trước

đây 56.7%, thường gặp nhất là trợt biểu mô giác mạc 64.7%. **Kết luận:** Tróc biểu mô giác mạc ở nghiên cứu nổi bật khởi phát vào buổi sáng ngay khi vừa tỉnh giấc, đau nhói và đỏ mắt là biểu hiện chính, thường gặp ở tuổi lao động, sử dụng thiết bị điện tử tần suất cao, ưu thế tổn thương ở 1/3 dưới giác mạc, liên quan nhiều đến tiền sử chấn thương, khô mắt và rối loạn tuyến Meibomius, dễ chẩn đoán nhầm sang bệnh lý khác. **Từ khóa:** Tróc biểu mô giác mạc tái phát, khô mắt, Rối loạn tuyến Meibomius, Chẩn thương giác mạc

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF RECURRENT CORNEAL EPITHELIAL EROSION AT THE VIETNAM NATIONAL EYE HOSPITAL

Purpose: To describe the clinical characteristics of patients with recurrent corneal epithelial erosion (RCEE). **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on patients diagnosed with RCEE at the Vietnam National Eye Hospital between April and August 2025. **Results:** The mean age was 33.93 ± 12.34 years (range: 13–67), with the 30–60 age group accounting for 56.7%. Males represented 60.0% of cases. Symptom onset occurred upon awakening in 90.0% and during the night in 10.0%. The recurrence interval was ≤ 3 months in 36.7%. Prolonged electronic device use (> 6 hours/day) was reported in 83.3%. Common predisposing factors included previous corneal trauma (56.7%), dry eye (70.0%), and Meibomian gland dysfunction (50.0%). The most frequent symptoms were sharp pain (96.7%), followed by redness (90.0%), tearing (83.3%), blurred vision (80.0%), and photophobia (73.3%). Before treatment, most patients had moderate visual acuity (20/80–

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thúy Hằng

Email: hangvo.ykv@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2025

Ngày duyệt bài: 12.01.2026