

in the Pre-school Child Population of Lodz, Poland. Oral Health Prev Dent. 2015;13(6):557-566.

7. **Amogh Tanwar, et al.** Prevalence of dental caries in primary and permanent teeth and its relation

with tooth brushing habits among 6-12 year old school children in Nangal Raya village, New Delhi: A cross-sectional study. International Journal of Current Research. 2018;10(08):72989-72992.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG HỌNG KIỂU T BẰNG MŨI KHÂU GAMBEE TRONG PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN

Phạm Hoàng Nam¹, Trần Anh Bích¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Ung thư thanh quản (UTTQ) chiếm 25% trong ung thư đầu mặt cổ, làm cho 100.000 tử vong trên thế giới. Đa số bệnh nhân (BN) đến khám vào giai đoạn muộn, phải cắt thanh quản toàn phần. Kỹ thuật đóng họng là một trong những phương pháp giúp làm giảm các biến chứng sau khi cắt thanh quản toàn phần. Phương pháp đóng họng kiểu T có ưu điểm là đơn giản, chắc chắn và ít biến chứng. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng của BN UTTQ được cắt thanh quản toàn phần. **Đánh giá kết quả của kỹ thuật đóng họng kiểu T bằng mũi khâu Gambee trong phẫu thuật (PT) cắt thanh quản toàn phần.** **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng với BN UTTQ, điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng (TMH) - Bệnh viện Chợ Rẫy (BVCR) từ tháng 3/2019 đến tháng 10/2019. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 35 BN với tuổi trung bình là 62,7 ± 7,8, tỷ lệ nam (97,1%) nhiều hơn nữ. 77,1% BN vừa hút thuốc vừa uống rượu. Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện trên 6 tháng chiếm 60%. BN đến khám vì khàn tiếng chiếm 85%. Mô bệnh học là ung thư tế bào gai biệt hóa trung bình (68,6%). 25,8% BN nhập viện khi ung thư đã tiến triển đến giai đoạn muộn (IVa). Kỹ thuật đóng họng kiểu T bằng mũi khâu GAMBEE trong PT cắt thanh quản toàn phần có biến chứng sau PT là dò họng (8,6%), tụ dịch ổ mỡ (8,6%), chảy máu ổ mỡ (5,7%), viêm phổi (2,9%) và nhiễm trùng vết da cổ (2,9%). Thời gian bắt đầu ăn bằng miệng sau mổ trung bình là 9,2 ± 6,3 ngày. Thời gian nằm viện sau PT trung bình là 12,6 ± 2,6 ngày. Không có BN nào bị hẹp lỗ mở khí quản. Sau PT 1 tháng, không BN nào khó nuốt. **Kết luận:** Phương pháp đóng họng kiểu T bằng mũi khâu Gambee trong PT cắt thanh quản toàn phần có hiệu quả cao và ít biến chứng.

Từ khóa: Ung thư thanh quản, phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần, đóng họng kiểu T bằng mũi khâu Gambee.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF T-SHAPED CLOSURE WITH GAMBEE INTERRUPTED-

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Nam

Email: bsnamtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2023

Ngày duyệt bài: 10.4.2023

SUTURE TECHNIQUES IN LARYNGECTOMY

Background: Laryngeal cancers represent a quarter of head and neck cancers, causing 100,000 deaths worldwide. Most of patients come to the clinic at a late stage, requiring total laryngectomy. Throat closure technique is one of the methods to help reduce complications after total laryngectomy. The T-shape closure method has the advantages of simplicity, stabilization, and few complications. **Objective:** To examine on general, clinical and paraclinical characteristics of patients with laryngeal cancer undergoing total laryngectomy. To evaluate the results of the T-shape closure with Gambee suture technique in total laryngectomy. **Method:** Uncontrolled clinical intervention study on LR patients treated at ENT Department of Cho Ray Hospital from 03/2019 to 10/2019. **Results:** Study on 35 patients with mean age of 62.7 ± 7.8, male rate (97.1%) is higher than female. 77.1% of patients both smoked and drank alcohol. Time from symptom onset to hospital admission for more than 6 months accounted for 60%. Patients came to the clinic because of hoarseness accounting for 85%. Histopathology was moderately differentiated squamous cell carcinoma (68.6%). 25.8% of patients were admitted to the hospital when the cancer had progressed to an advanced stage (IVa). T-shaped closure with GAMBEE suture in total laryngectomy with postoperative complications was pharyngeal fistula (8.6%), fluid collection at surgical site (8.6%), bleeding (5.7%), pneumonia (2.9%), and neck flap infection (2.9%). The average time to start oral feeding after surgery was 9.2 ± 6.3 days. The mean hospital stay after surgery was 12.6 ± 2.6 days. None of the patients had tracheostomy stenosis. After 1 month of surgery, no patient had difficulty swallowing. **Conclusion:** T-shape closure method with Gambee interrupted-suture technique in laryngectomy is highly effective and has few complications.

Keywords: Laryngeal cancer, total laryngectomy, T-shape closure, Gambee interrupted suture technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTTQ chiếm 25% trong ung thư đầu mặt cổ và 1% trong tất cả các loại ung thư [10]. Mỗi năm, có khoảng 12.000 BN UTTQ được phát hiện tại Mỹ, 2.300 BN UTTQ được phát hiện tại Anh và làm cho 100.000 BN UTTQ tử vong trên thế giới [1]. Tại Việt Nam (VN), UTTQ đứng hàng

thứ 5 trong các ung thư ở nam giới và thứ 10 trong tất cả các loại ung thư.

UTTQ có thể được chẩn đoán sớm nếu BN và thầy thuốc chú ý triệu chứng khàn tiếng. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sống 5 năm của ung thư giai đoạn sớm 1 và 2 là rất cao, tương ứng 95% và 85 - 90% [7]. Trong khi đó, UTTQ phát hiện muộn (giai đoạn 3 và 4) có tỷ lệ sống 5 năm thấp hơn nhiều. Ở nước ta, UTTQ còn bị bỏ sót rất nhiều và đa số BN đến khám vào giai đoạn muộn (giai đoạn 3 và 4), khi đó không thể điều trị bảo tồn thanh quản cho BN mà phải cắt thanh quản toàn phần.

Điều trị UTTQ hiện nay chủ yếu dựa vào điều trị đa mô thức kết hợp phẫu trị, hóa trị và xạ trị. Trong đó PT là chọn lựa đầu tiên nhằm mục đích cắt bỏ được hết khối u đồng thời thiết lập lại sự lưu thông của đường tiêu hóa. PT cắt thanh quản toàn phần là một đại phẫu, thường gặp ở người lớn tuổi, có nhiều bệnh lý kèm theo và dễ xảy ra nhiều biến chứng, hay gặp nhất là dò họng ra da và nhiễm trùng vết mổ [12]. Những biến chứng này ảnh hưởng đến tính mạng, kéo dài thời gian nằm viện và làm giảm chất lượng cuộc sống của BN. Có nhiều cách có thể làm giảm các biến chứng này, trong đó kỹ thuật đóng họng là một trong những phương pháp góp phần làm giảm các biến chứng sau khi cắt thanh quản toàn phần. Có nhiều phương pháp khâu đóng họng như đóng họng kiểu T, kiểu Y, kiểu dọc, kiểu ngang, kiểu túi và có nhiều kiểu mũi khâu niêm mạc. Trong đó, phương pháp đóng họng kiểu T có ưu điểm là đơn giản, chắc chắn và ít biến chứng.

Phương pháp đóng họng kiểu T đã được áp dụng từ lâu nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá về hiệu quả của đóng họng kiểu T này với mũi khâu Gambee. Chính vì vậy, nghiên cứu đánh giá kết quả phương pháp đóng họng kiểu T bằng mũi khâu Gambee trong PT cắt thanh quản toàn phần trên các BN UTTQ rất quan trọng và cần thiết, giúp bác sĩ lâm sàng nâng cao chất lượng điều trị.

Mục tiêu nghiên cứu:

- *Khảo sát đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng của BN UTTQ được cắt thanh quản toàn phần.*

- *Đánh giá kết quả của kỹ thuật đóng họng kiểu T bằng mũi khâu Gambee trong PT cắt thanh quản toàn phần.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng với BN UTTQ, điều

trị tại Khoa TMH - BVCR từ tháng 3/2019 đến tháng 10/2019.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Tất cả các BN UTTQ không kèm theo ung thư hạ họng được cắt thanh quản toàn phần với phương pháp đóng họng kiểu T mũi khâu Gambee.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN được phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần có tái tạo họng bằng mô từ vùng khác.

- BN UTTQ đã có di căn xa (phổi, xương,...).

Các biến số nghiên cứu:

- Biến chứng sau PT: viêm phổi, nhiễm trùng vết da cổ, dò họng, chảy máu hố mổ, tụ dịch hố mổ.

- Tình trạng lỗ mở khí quản: hẹp, không hẹp.

- Thời gian bắt đầu ăn bằng đường miệng: được tính bằng ngày bắt đầu ăn bằng đường miệng trừ cho ngày PT.

- Thời gian xuất viện sau PT: được tính bằng ngày.

Phân tích thống kê: Số liệu được mã hóa, nhập và xử lý theo chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 3/2019 đến tháng 10/2019, tại Khoa TMH - BVCR, chúng tôi khảo sát được 35 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

Về đặc điểm chung của dân số nghiên cứu, BN có tuổi trung bình là $62,7 \pm 7,8$ tuổi. BN nam chiếm tỷ lệ 97,1%. Có 77,1% BN vừa hút thuốc vừa uống rượu. Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện trên 6 tháng chiếm 60%. BN đến khám vì khàn tiếng chiếm tỷ lệ 85%. Mô bệnh học là ung thư tế bào gai biệt hóa trung bình chiếm tỷ lệ cao 68,6%. BN nhập viện khi ung thư đã tiến triển đến giai đoạn muộn (IVa) chiếm tỷ lệ 25,8%.

Kết quả của kỹ thuật đóng họng kiểu T bằng mũi khâu Gambee trong PT cắt thanh quản toàn phần có biến chứng sau PT thường gặp là dò họng (8,6%), tụ dịch hố mổ (8,6%), chảy máu hố mổ (5,7%), viêm phổi và nhiễm trùng vết da cổ (2,9%). Thời gian bắt đầu ăn bằng đường miệng sau mổ trung bình là $9,2 \pm 6,3$ ngày. Thời gian nằm viện sau PT trung bình là $12,6 \pm 2,6$ ngày. Không có BN nào bị hẹp lỗ mở khí quản. Sau PT 1 tháng, không BN nào khó nuốt.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $62,7 \pm 7,8$ tuổi. So với các nghiên cứu đã được thực hiện tại Việt Nam, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt [9],[11]. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với một số nghiên cứu nước ngoài [4],[8].

UTTQ xảy ra ở cả nam và nữ, trong đó nam chiếm ưu thế. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, BN UTTQ chủ yếu là nam giới (97,1%). Điều này phù hợp với y văn và các nghiên cứu trong và ngoài nước là nam bị UTTQ nhiều hơn nữ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt so với các kết quả nghiên cứu trong nước [9] và ngoài nước [4],[8]. Nhiều tác giả cho rằng nữ giới ít bị UTTQ là do ít tiếp xúc với các yếu tố có liên quan đến gây bệnh hơn so với nam giới.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 77,1% BN vừa hút thuốc vừa uống rượu. Thuốc lá được xem là chất gây ung thư và rượu làm thúc đẩy vai trò sinh ung thư của thuốc lá. Một số tác giả cho rằng tác động gộp của rượu và thuốc lá làm tăng tỷ lệ UTTQ. Vừa uống rượu, vừa hút thuốc lá sẽ tăng tỷ lệ mắc bệnh gấp 10 - 20 lần so với những người không hút thuốc và không uống rượu. Theo nghiên cứu của Trần Minh Trường [14], nhóm BN có hút thuốc lá bị dò họng sau mổ nhiều hơn nhóm BN không hút thuốc lá và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của UTTQ. Thời gian phát hiện UTTQ phản ánh sự quan tâm của BN với tình trạng bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện trên 6 tháng chiếm 60%. Như vậy, đa số BN đều đến khám ở giai đoạn muộn. BN đến muộn đa số do không hiểu biết về bệnh hoặc điều trị ở những chuyên khoa khác, không được nội soi thanh quản chẩn đoán. Khi bệnh không khỏi BN mới đến khám chuyên khoa TMH và được chẩn đoán UTTQ. Hoặc BN có đi khám bệnh nhưng được chẩn đoán nhầm là viêm thanh quản mạn hoặc lao thanh quản. Chính vì thế, việc khuyến cáo người dân khi có những dấu hiệu nuốt vướng, khàn tiếng kéo dài quá 3 tuần ở người trên 30 tuổi cần đi khám chuyên khoa TMH.

Chúng tôi ghi nhận BN đến khám vì khàn tiếng chiếm 85%. Triệu chứng khàn tiếng thường khởi phát liên tục và kéo dài đến lúc chẩn đoán bệnh. Nếu không được điều trị kịp thời, khối u sẽ ngày càng phát triển và gây hẹp đường thở, làm BN khó thở phải mở khí quản. Kết quả nghiên

cứ của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước khác [11].

Việc đánh giá phân loại TNM là hết sức cần thiết vì giúp cho bác sĩ điều trị có hướng khi xử lý các ung thư cũng như giúp cho việc nghiên cứu khoa học sau này. Ngoài việc đánh giá trên lâm sàng, PET - CT cũng giữ vai trò quan trọng và rất hữu ích. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 25,8% BN nhập viện khi ung thư đã tiến triển đến giai đoạn muộn (IVa).

Kết quả PT cắt thanh quản toàn phần với phương pháp đóng họng kiểu T bằng mũi khâu GAMBEE

Biến chứng sau PT: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận biến chứng dò họng và tụ dịch ổ mổ thường gặp nhất, kể đến là chảy máu ổ mổ, nhiễm trùng vết da cổ và viêm phổi. Các biến chứng sau PT cắt thanh quản có ảnh hưởng đáng kể tới tình trạng bệnh và chi phí chăm sóc sức khỏe, thời gian nằm viện, di chứng lâu dài và đôi khi gây tử vong. Khi so sánh với các tác giả trong nước [9],[15] và ngoài nước [3],[6], nghiên cứu của chúng tôi gặp ít các biến chứng hơn, điều này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ hơn. Những điểm cơ bản để giảm thiểu các biến chứng là kỹ thuật mổ, giải quyết sớm các biến chứng, vai trò tích cực của dinh dưỡng và vận động sớm sau mổ.

Thời gian bắt đầu ăn bằng đường miệng. Vấn đề khi nào cho ăn qua đường miệng sau PT cắt thanh quản toàn phần vẫn còn là vấn đề tranh cãi của phẫu thuật viên. Mặc dù đã có một số nghiên cứu chứng minh tính an toàn của ăn sớm trong 48 giờ sau phẫu thuật, nhưng để áp dụng tại Việt Nam thì cần nghiên cứu thêm để chứng minh sự an toàn và lợi ích của nó. Quan điểm của chúng tôi là cho BN ăn sớm bằng đường miệng, thường bắt đầu vào ngày thứ 7 sau PT, trong những trường hợp đặc biệt hoặc cần theo dõi tình trạng viêm ở cổ thì thời gian cho ăn đường miệng có thể trễ hơn, kéo dài tới 14 ngày.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian bắt đầu ăn bằng đường miệng trung bình là $9,2 \pm 6,3$ ngày. Khi BN có một trong các dấu hiệu sau thì sẽ rút ống nuôi ăn mũi dạ dày chậm hơn: nhiễm trùng vết da cổ, cổ sưng nề, đỏ da, ấn đau, BN sốt chưa tìm được nguyên nhân. Khi tình trạng nhiễm trùng vùng cổ ổn định có thể chụp X quang họng thực quản bằng thuốc cản quang tan trong nước hoặc nội soi ống mềm kiểm tra miệng nối họng. BN sẽ ăn qua đường miệng khi không có dò họng và tình trạng miệng nối ổn định.

Nhiều nghiên cứu về việc cho ăn sớm qua đường miệng sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần cho thấy tỷ lệ biến chứng không có sự khác biệt so với cho ăn sau 7 ngày. Aswani [2] đã nghiên cứu so sánh BN được cho ăn vào ngày thứ 2 sau phẫu thuật với BN được cho ăn chậm sau phẫu thuật. Kết quả nhóm ăn sớm có tỷ lệ dò họng là 20%, nhóm ăn chậm có tỷ lệ dò họng là 15,5% với $p = 0,592$. Ở những BN không dò họng, nhóm ăn sớm có thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm ăn chậm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,007$). Hay Ashley [5] nghiên cứu mối liên quan giữa tỷ lệ tử vong, dò họng, chất lượng cuộc sống, thời gian nằm viện và biến chứng với cho ăn sớm hay chậm qua đường miệng sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong, dò họng, biến chứng trong 6 tháng sau mổ. Ở nhóm cho ăn sớm có thời gian nằm viện ngắn hơn 2,27 ngày.

Thời gian nằm viện sau PT: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian nằm viện sau PT trung bình là $12,6 \pm 2,6$ ngày, sớm nhất là 9 ngày và trễ nhất 20 ngày. Theo Võ Nguyễn Hoàng Khôi, thời gian nằm viện sau PT trung bình là $10,8 \pm 2,2$ ngày, ít nhất là 8 ngày và nhiều nhất là 17 ngày [16]. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật tùy thuộc sự hồi phục của bệnh nhân, tình trạng lành thương và biến chứng. Một số nghiên cứu cho thấy thời gian nằm viện được rút ngắn khi BN được cho ăn sớm qua đường miệng.

Đánh giá tình trạng nuốt sau 1 tháng

PT: Về tình trạng nuốt, chúng tôi đánh giá dựa vào hỏi bệnh sử và cho uống nước và ăn chuối khi tái khám. Chúng tôi đã chia 4 chế độ ăn dựa theo phân loại chế độ ăn của Ward khi nghiên cứu đánh giá nuốt trên BN cắt thanh quản toàn phần. Độ nhớt và kết cấu thực phẩm góp phần quyết định các loại thức ăn khác nhau. Độ nhớt là lực ma sát của thức ăn để nhai cắn thức ăn. Kết cấu thực phẩm là các tính chất vật lý bắt nguồn từ kết cấu thực phẩm có thể cảm nhận bằng xúc giác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết BN ăn uống bình thường, không có tình trạng khó nuốt sau mổ 1 tháng.

Theo Nguyễn Đình Bảo Quỳnh [9], không có mối liên quan giữa mức độ khó nuốt với kỹ thuật khâu đóng họng trong PT cắt thanh quản toàn phần ($p = 1$). Trong đó đóng họng kiểu T, có 37,5% nuốt bình thường, 25% khó nuốt nhẹ, 33,3% khó nuốt trung bình và 4,2% khó nuốt nặng sau mổ. Theo nghiên cứu của Martine [8], trong 27 BN được đóng họng kiểu T, có 13 BN bị

khó nuốt sau mổ (48,1%).

V. KẾT LUẬN

Phương pháp đóng họng kiểu T bằng mũi khâu GAMBEE trong PT cắt thanh quản toàn phần có hiệu quả cao và ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anastasios G., Hantzakos** (2009), "Treatment options for laryngeal and hypopharyngeal cancer", *Surgery of Larynx and Trachea*, Springer, pp. 183 - 195.
2. **Aswani J, Thandar M, Otiti J, Fagan J** (2009), "Early oral feeding following total laryngectomy", *The Journal of Laryngology & Otology*, 123 (3), pp. 333 - 338.
3. **Goepfert Ryan P, Hutcheson Katherine A, Lewin Jan S, Desai Neha G, Zafereo Mark E, Hessel Amy C, Lewis Carol M, Weber Randal S, Gross Neil D** (2017), "Complications, hospital length of stay, and readmission after total laryngectomy", *Cancer*, 123 (10), pp. 1760 - 1767.
4. **Govindasamy Gopu, Shanmugam Subbiah** (2019), "A review of pharyngeal mucosal closure technique in total laryngectomy", *Int. J. Otorhinolaryngol. Head Neck Surg.*, 5(1), pp.145-148.
5. **Hay Ashley, Pitkin Lisa, Gurusamy Kurinchi** (2014), "Early versus Delayed Oral Feeding in Patients following Total Laryngectomy", *Advances in Otolaryngology*, 2014.
6. **Herranz Jesús, Sarandeses Adolfo, Fernández Mario Fernández, Barro Carlos Vázquez, Vidal José Martínez, Gavilán Javier** (2000), "Complications after total laryngectomy in nonradiated laryngeal and hypopharyngeal carcinomas", *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 122 (6), pp. 892 - 898.
7. **Hinerman Russell W, Mendenhall William M, Amdur Robert J, Villaret Douglas B, Robbins K Thomas** (2002), "Early laryngeal cancer", *Current treatment options in oncology*, 3(1), pp. 3-9.
8. **Martine F, Rinkel Rico NPM, Eerenstein Simone EJ** (2017), "The influence of closure technique in total laryngectomy on the development of a pseudo-diverticulum and dysphagia" *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 274 (4), pp. 1967 - 1973.
9. **Nguyễn Đình Bảo Quỳnh** (2014), "Khảo sát chức năng nuốt sau mổ cắt thanh quản toàn phần do ung thư tại Bệnh viện Chợ Rẫy", Luận Văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
10. **Nguyễn Đình Phúc, Lê Minh Kỳ, Đàm Trọng Nghĩa** (2009), "Biến chứng do nạo vét hạch cổ ở bệnh nhân ung thư thanh quản", *Y học thực hành*, (777), tr. 23 - 28.
11. **Nguyễn Mạnh Quốc, Vũ Văn Vũ, Nguyễn Chân Hùng** (2004), "Dịch tễ học và ghi nhận ung thư", *Ung bướu học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr. 15 - 20.
12. **Talwar B, Donnelly R, Skelly R, Donaldson M** (2016), "Nutritional management in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines", *The Journal of Laryngology & Otology*, 130 (S2), pp. S32 - S40.