

nhân đều sử dụng giảm đau opioid trong và sau mổ; đây là các yếu tố gây tăng nguy cơ nôn/buồn nôn hậu phẫu

Phân tích tổng hợp 3 nghiên cứu gây tê ESP trên phẫu thuật bụng của Viderman cũng cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ nôn/buồn nôn giữa nhóm gây tê ESP và nhóm không gây tê. Ngứa cũng là một tác dụng phụ thường gặp với bệnh nhân sử dụng morphin sau mổ với tỉ lệ từ 2-10%. Ngứa ở các bệnh nhân này có thể do thuốc họ morphin giải phóng histamin, đặc điểm ngứa thường ở vùng mặt, cổ và phần trên ngực. Trong nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ ngứa ở nhóm I và nhóm II lần lượt là 10,0% và 13,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi không có bệnh nhân nào gặp biến chứng liên quan gây tê mặt phẳng cơ dựng sống như chọc vào mạch máu, thần kinh hay khoang màng phổi/phổi, ngộ độc thuốc tê, ức chế vận động chi, sưng nề hoặc tụ máu vùng chọc kim hoặc nhiễm trùng vùng chọc kim.

V. KẾT LUẬN

Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống một liều duy nhất bằng Ropivacain phối hợp dexamethason có hiệu quả tốt để giảm đau trong 18 giờ đầu sau phẫu thuật sỏi đường mật với ít tác dụng không mong muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abu Elyazed MM, Mostafa SF, Abdelghany MS, Eid GM.** Ultrasound-Guided Erector Spinae Plane Block in Patients Undergoing Open Epigastric Hernia Repair: A Prospective Randomized Controlled Study. *Anesth Analg.* 2019; 129(1):235-240. doi:10.1213/ANE.0000000000004071
2. **Hamed MA, Goda AS, Basiony MM, Fargaly OS.** Erector spinae plane block for postoperative analgesia in patients undergoing total abdominal hysterectomy: a randomized controlled study original study. *J Pain Res.* 2019; Volume 12:1393-1398. doi:10.2147/JPR.S196501
3. **Huang J, Liu JC.** Ultrasound-guided erector spinae plane block for postoperative analgesia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Anesthesiol.* 2020;20:83. doi:10.1186/s12871-020-00999-8
4. **Viderman D, Aubakirova M, Abdildin YG.** Erector Spinae Plane Block in Abdominal Surgery: A Meta-Analysis. *Front Med.* 2022;9:812531. doi:10.3389/fmed.2022.812531
5. **Cui Y, Wang Y, Yang J, et al.** The Effect of Single-Shot Erector Spinae Plane Block (ESPB) on Opioid Consumption for Various Surgeries: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Pain Res.* 2022;15:683-699. doi:10.2147/JPR.S346809
6. **Gherghina V, Nicolae G, Cindea I, Popescu R, Gras C.** Patient-Controlled Analgesia After Major Abdominal Surgery in the Elderly Patient. In: *Fyneface-Ogan S, ed. Epidural Analgesia - Current Views and Approaches. InTech;* 2012. doi:10.5772/36613

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN BÁN PHẦN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THANH QUẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM TỪ 2018 ĐẾN 2021

Võ Thị Thùy Linh¹, Nguyễn Hữu Dũng², Lý Xuân Quang³

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. **Đôi 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 31/12/2021 và theo dõi tình trạng tái phát và tử vong của bệnh nhân.

Kết quả: Phần lớn là nam chiếm 92,1% với tuổi trung bình là $63,0 \pm 8,8$ tuổi. Phương pháp phẫu thuật bao gồm vi phẫu bằng laser qua đường miệng là 13,2%, phẫu thuật mở cắt thanh quản bán phần là 86,8%. 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 13,1%, viêm phổi là 7,9%; tụ dịch ổ mổ và nhiễm trùng vết mổ là 5,3%; rò rỉ máu, chảy máu và viêm phế quản đều là 2,6%. Kết quả theo dõi xa thấy tỉ lệ tái phát là 7,9%. 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

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thùy Linh

Email: thuylinhyak36@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.4.2023

không bệnh sau 3 năm là 90,8%. 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

RESULTS OF PART LARYNGECTOMY IN TREATMENT OF LARYNGEAL CANCER AT UNIVERSITY MEDICAL HCMC FROM 2018 TO 2021

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 find out some factors related to surgical results. **Method:** The study was carried out on 38 laryngeal cancer patients undergoing partial laryngectomy at the University Medical Center HCMC from January 1, 2018 to December 31, 2021 and monitor the patient's recurrence and death. **Result:** The majority were male, accounting for 92.1% with the mean age of 63.0 ± 8.8 years. Surgical methods including oral laser microsurgery were 13.2%, partial laryngectomy was 86.8%. The mean postoperative hospital stay was 7.4 ± 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 13.1%, pneumonia was 7.9%; surgical site effusion and wound infection were 5.3%; Throat fistula, bleeding and bronchitis were all 2.6%. The results of distant follow-up showed that the recurrence rate was 7.9%. 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 90.8%. 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).¹ 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.²

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 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%.³

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. 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 31/12/2021.

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 38 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 38 bệnh nhân UTTQ cắt TQBP tại khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 01/01/2018 đến 30/12/2021. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $63,0 \pm 8,8$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 47 tuổi và cao nhất là 83 tuổi. Nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao hơn là 60,5%. Phần lớn bệnh nhân UTTQ là nam giới chiếm 92,1%. Phần lớn bệnh nhân UTTQ trong nghiên cứu có tiền sử hút thuốc là 81,6% và uống rượu là 68,4%. Có 23,7% bệnh nhân UTTQ cắt TQBP có tiền sử đã điều trị UTTQ, trong đó: 2,6% tái phát sau xạ trị, tái phát sau vi phẫu laser là 21,1%.

Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cho thấy: chủ yếu khối u của UTTQ có thể sùi với 94,7%, thể loét là 5,3%. Độ biệt hóa của tế bào

ung thư có 65,8% là biệt hóa trung bình, 28,9% biệt hóa cao và 5,3% biệt hóa kém. Mức độ xâm lấn khối u T2 là 42,1%, T1b là 28,9%, T1a đều là 26,3% và T3 là 2,6%. Trong 38 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 52,6% giai đoạn I, 42,1% giai đoạn II và 5,3% 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) n = 38 | Tỉ lệ (%) |
|------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------|
| Phương pháp phẫu thuật | Vi phẫu bằng laser qua đường miệng | 5 | 13,2 |
| | Mở sụn giáp cắt dây thanh | 8 | 21,1 |
| | Cắt TQBP theo chiều dọc kiểu trán-bên | 18 | 47,3 |
| | Cắt TQBP kiểu CHEP | 7 | 18,4 |
| Nạo vét hạch | Không nạo hạch | 29 | 76,3 |
| | Có nạo hạch chọn lọc | 9 | 23,7 |
| Đặt thông dạ dày | Có | 32 | 84,2 |
| | Không | 6 | 15,8 |
| Đặt dẫn lưu hố mỡ | Có | 32 | 84,2 |
| | Không | 6 | 15,8 |
| Mở khí quản | Có | 29 | 76,3 |
| | Không | 9 | 23,7 |

Nhận xét: Có 13,2% là vi phẫu bằng laser qua đường miệng, 21,1% là mở sụn giáp cắt dây thanh, 47,3% là cắt TQBP theo chiều dọc kiểu trán-bên và 18,4% là cắt TQBP kiểu CHEP. Tỉ lệ bệnh nhân nạo hạch là 23,7% và không nạo hạch là 76,3%. Có 84,2% bệnh nhân đặt thông dạ dày và đặt dẫn lưu hố mỡ, 76,3% bệnh nhân mở khí quản.

Bảng 3.2: Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

| Đặc điểm | Chung | Vi phẫu laser | PT mở | p |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|---------|
| | TB ± ĐLC (NN - LN) | TB ± ĐLC (NN - LN) | TB ± ĐLC (NN - LN) | |
| Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày) | 7,4 ± 4,4 (1-24) | 2,2 ± 0,8 (1-3) | 8,2 ± 4,1 (3-24) | < 0,005 |
| n | 38 | 5 | 33 | |

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 | 2,6 |
| Rò họng | 1 | 2,6 |
| Tụ dịch hố mổ | 2 | 5,3 |
| Nhiễm trùng vết mổ | 2 | 5,3 |
| Viêm phế quản | 1 | 2,6 |
| Viêm phổi | 3 | 7,9 |
| Tràn khí dưới da | 5 | 13,1 |

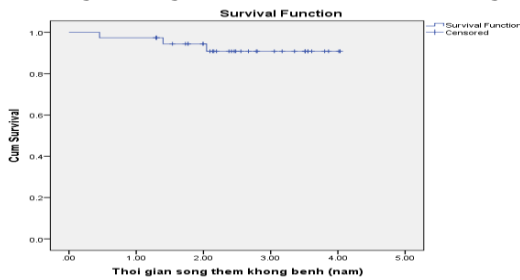
Nhận xét: Tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật nhiều nhất là tràn khí dưới da là 13,1%, viêm phổi là 7,9%, tụ dịch hố mổ và nhiễm trùng vết mổ là 5,3%, rò họng, chảy máu và viêm phế quản đều là 2,6%.

100% bệnh nhân đều ổn định và ra viện, không có bệnh nhân nào tình trạng nặng xin về hay tử vong.

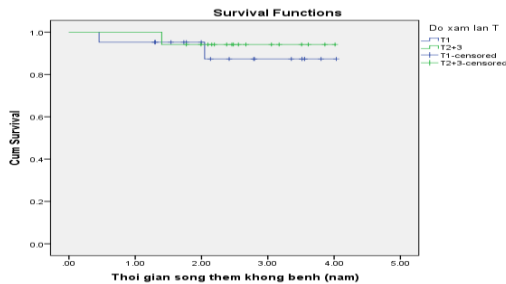
Bảng 3.4: Tình trạng tái phát ung thư của bệnh nhân

| Tái phát | Số bệnh nhân (n) | Tỉ lệ (%) |
|-------------|------------------|------------|
| Có | 3 | 7,9 |
| Không | 35 | 92,1 |
| Tổng | 38 | 100 |

Nhận xét: Thời gian theo dõi ngắn nhất là 6 tháng và dài nhất là 4,5 năm. Tỉ 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.



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

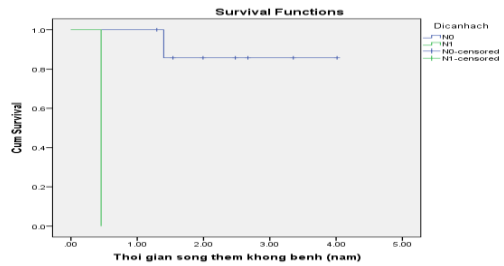


Biểu đồ 3.2: Thời gian sống thêm không

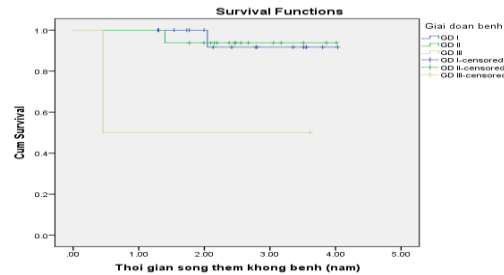
bệnh theo độ xâm lấn T

Nhận xét: Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 3,7 năm, CI95%: 3,5-4,1 năm. Tỉ lệ sống thêm không bệnh sau 1 năm là 97,4%, sau 3 năm là 90,8%.

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 (CI95%: 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 38 bệnh nhân UTTQ cắt TQBP ở nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $63,0 \pm 8,8$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 47 tuổi và cao nhất là 83 tuổi. Nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao hơn là 60,5%. Phần lớn bệnh nhân UTTQ là

nam giới chiếm 92,1%. 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.^{4,5}

Về phương pháp phẫu thuật nghiên cứu chúng tôi có 13,2% là vi phẫu bằng laser qua đường miệng, 21,1% là mở sụn giáp cắt dây thanh, 47,3% là cắt TQBP theo chiều dọc kiểu trán-bên và 18,4% là cắt TQBP kiểu CHEP. Trong nghiên cứu của Đoàn Thị Hồng Nhật và cs (2020)⁴ 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 trong nghiên cứu của chúng tôi là 23,7% và không nạo hạch là 76,3%. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không nạo hạch đều được đánh giá không có hạch di căn tại thời điểm bắt đầu điều trị. Theo Bui AT và cs (2018)⁶ 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)⁷ 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 cs⁴ và Bui AT và cs⁶ 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 13,1%, viêm phổi là 7,9%, tụ dịch hố mổ và nhiễm trùng vết mổ là 5,3%, rò họng, chảy máu và viêm phế quản đều là 2,6%. 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 đờm 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)⁸ tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật cắt TQBP là 17,50%. Đoàn Thị Hồng Nhật và cs (2020)⁴ biến chứng chảy máu 2,4%. Nghiên cứu của Xu W và cs (2019)⁹ 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 97,4%, sau 3 năm là 90,8%. 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 cs⁴ 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)⁷ 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)¹⁰, 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 kết quả phẫu thuật cắt TQBP của 38 bệnh nhân UTTQ tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ 2018-2021, 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. **International Agency for Research on cancer.** The Global Cancer Observatory Globocan 2020. World. 2021:1-2.
2. **International Agency for Research on cancer.** The Global Cancer Observatory Globocan 2020. Viet Nam. 2021:1-2.
3. **American cancer society.** Survival Rates for Laryngeal and Hypopharyngeal Cancers. <https://www.cancer.org/cancer/laryngeal-and-hypopharyngeal-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html>
4. **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.
5. **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.
6. **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.ijso.2018.09.011.
7. **Gökmen MF, Büyükcatalay 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.
8. **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.
9. **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.
10. **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.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÔ CẢM GÂY MÊ PROPOFOL KIỂM SOÁT NỒNG ĐỘ ĐÍCH CHO NỘI SOI TÁN SỎI NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG TẠI TRUNG TÂM KỸ THUẬT CAO VÀ TIÊU HÓA HÀ NỘI

Đỗ Đình Tùng¹, Trần Nguyễn Nhật¹,
Trần Quang Hải¹, Lê Đức Thuận¹, Nguyễn Hoàng Việt Tuấn¹

TÓM TẮT

Phương pháp gây mê tĩnh mạch propofol kiểm soát nồng độ đích với thông khí hỗ trợ có nhiều ưu điểm so với không kiểm soát nồng độ đích, có thể áp dụng cho các can thiệp tiết niệu trung bình và nặng, về trong ngày với hiệu quả khả cao. Nghiên cứu tiền cứu, mô tả lâm sàng có đối chứng, tại Trung tâm Kỹ thuật cao và Tiêu hóa Hà Nội, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn trong thời gian từ tháng 02 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021, với cỡ mẫu 120 BN ASA I/II được lựa chọn cho can thiệp hệ tiết niệu có hoặc không về trong ngày, chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm. Nhóm I (60BN) gây mê tĩnh mạch với propofol kiểm soát nồng độ đích (KSNĐĐ). Nhóm II (60BN) gây mê propofol bằng bơm điện thông thường không kiểm soát nồng độ đích. Theo nghiên cứu của chúng tôi: thời gian mất tri giác (giây) của nhóm I là 46,02±7,71 so với nhóm II là 39,82±6,73 (p<0,001); thời gian đủ ĐK đặt NTQ

(phút) của nhóm I là 4,44±0,72 so với nhóm II là 3,95±0,82 (p<0,001). Thời gian can thiệp tán sỏi hệ tiết niệu (không tính thời gian chuẩn bị trải toàn kê tư thế): 25,8±17,4 phút so với 24,8±16,1 phút theo thứ tự TCI/BTĐ. Kết quả này cũng phù hợp với thời gian trung bình tán sỏi niệu quản nội soi trong nghiên cứu của Taylor [9] là 21 phút.

Từ khóa: Gây mê tĩnh mạch, kiểm soát nồng độ đích, gây mê thông khí hỗ trợ, can thiệp tiết niệu.

SUMMARY

THE EVALUATE EFFICACY OF INTRAVENOUS ANESTHESIA WITH AND WITHOUT TARGET CONTROLLED INFUSION PROPOFOL FOR UROLOGICAL PROCEDURES AT THE HANOI HIGH AND DIGESTIVE CENTER

Intravenous anesthesia with propofol TCI together with LMA ventilation has many advantages compared to propofol without TCI. It can apply to medium and short urological procedures for outpatients, with pretty high efficiency. Randomized controlled clinical trials. At the Hanoi High Tech and Digestive Center, Saint Paul General Hospital from February 2021 to October 2021, 120 ASA I/II patients are selected to undergo

¹Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinh tung@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023