

là hai test được sử dụng rộng rãi nhất, có vai trò nhất định trong việc chẩn đoán nguy cơ trẻ mắc dị tật bẩm sinh, thai định kỳ.

4.2 Một số yếu tố liên quan đến kiến thức của thai phụ về sàng lọc trước sinh tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức. Những thai phụ trên 35 tuổi có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh cao hơn so với những thai phụ từ 35 tuổi trở xuống ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Trần Thị Mộng Tuyền và cộng sự (2021) tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An, thai phụ từ 25 tuổi trở lên có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh cao hơn so với nhóm thai phụ dưới 25 tuổi [4].

Những thai phụ có trình độ học vấn từ phổ thông trung học trở lên có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh cao hơn so với những thai phụ có trình độ học vấn dưới phổ thông trung học ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Mộng Tuyền và cộng sự (2021) tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An, thai phụ có trình độ học vấn càng cao thì có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh càng tăng ($p < 0,01$) [4].

Những thai phụ tham gia lớp học tiền sản có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh cao hơn so với những thai phụ không tham gia lớp học tiền sản ($p < 0,001$). Tương tự, kết quả nghiên cứu của Ngô Thị Vân Huyền và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, những thai phụ đã từng tìm hiểu về dị tật bẩm sinh ở trẻ sẽ có kiến thức tốt hơn so với những thai phụ không quan tâm tìm hiểu về dị tật bẩm sinh [5].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thai phụ có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh là 60,8%. Nhóm tuổi, trình độ học vấn, tham gia lớp học tiền sản có liên quan đến kiến thức của thai phụ về sàng lọc trước sinh ($p < 0,05$). Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của Bệnh viện Thành phố Thủ Đức cần tăng cường truyền thông cho thai phụ đến khám hoặc điều trị tại Bệnh viện có kiến thức về sàng lọc trước sinh từ đó gia tăng thực hành đúng về sàng lọc trước sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization WH.** Birth Defects in South-East Asia A public health challenge. 2013.
2. **Tâm NTP.** Kiến thức, thái độ, thực hành của thai phụ về chương trình sàng lọc trước sinh tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An năm 2013 [Luận văn Thạc sĩ Dịch vụ Y tế]: Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2013.
3. **Phạm Thị Thu Huyền, Vũ Thị Nhung.** Kiến thức, thái độ, hành vi về sàng lọc trước sinh ở quý 1 và các yếu tố liên quan của thai phụ tại Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Thuận. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2018;Tập 23, Số 2:tr.101-7.
4. **Trần Thị Mộng Tuyền, Lê Minh Thi.** Kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ mang thai và các yếu tố liên quan tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An năm 2022. Tạp chí Y học Dự phòng. 2022;Tập 32, Số 6:tr.105-15.
5. **Ngô Thị Vân Huyền, Hoàng Thị Mai Nga, Nguyễn Thu Trang, Trần Lệ Thu.** Thực trạng kiến thức của thai phụ về dị tật bẩm sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020. Tạp chí Trường Đại học Thái Nguyên. 2021;Số 47:93-8.

GIÁ TRỊ CỦA SINH THIẾT TỨC THÌ VÙNG RÌA TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ HẠ HỌNG

Nguyễn Văn Trường¹, Tống Xuân Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư hạ họng (UTHH) có chỉ định phẫu thuật, Đối chiếu giữa kết quả của sinh thiết tức thì với tổn thương đại thể để rút kinh nghiệm trong phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang. Đối tượng gồm 54 bệnh nhân được chẩn đoán UTHH và được can thiệp phẫu thuật tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ

tháng 05/2022 đến 06/2023 có kết quả MBH trước mổ và làm xét nghiệm Sinh thiết tức thì (STTT) vùng rìa trong lúc mổ. **Kết quả:** tuổi trung bình 62,1 tuổi. Vị trí u gặp nhiều nhất ở xoang lê 87,0%. Tổn thương thể sùi 74,1%. Bệnh nhân đến khám phần lớn ở giai đoạn muộn 3,4 với 40 trường hợp (74,1%). Trong 209 mẫu làm STTT có 15 mẫu cho kết quả dương tính (DT) chiếm 7,2% trong đó tỷ lệ mẫu MBH vùng rìa DT ở nhóm cắt diện cắt cách u ≤ 1 cm là 11/209 mẫu (5,3%), nhóm cắt diện cắt cách u 1,2 – 1,5cm là 4/209 (1,9%) Những mẫu cắt diện cắt cách u $> 1,5$ cm tất cả đều âm tính (AT). **Kết luận:** UTHH vị trí tổn thương hay gặp nhất là xoang lê, hình thái khối u hay gặp nhất là thể sùi đơn thuần. MBH chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào vảy. STTT là phương pháp hiệu quả, có vai trò rất quan trọng giúp định hướng cho các phẫu thuật viên ngay trong phẫu thuật. **Từ khóa:** Sinh thiết tức thì, Ung thư hạ họng

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trường

Email: drtruong108h@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2023

Ngày duyệt bài: 3.10.2023

SUMMARY**THE VALUE OF INTRAOPERATIVE FROZEN SECTION FOR MARGIN TISSUE IN THE SURGICAL TREATMENT OF HYPOPHARYNGEAL CANCER**

Background: Frozen section (FS) is a histopathological test that gives quick results in 10-20 minutes. FS is performed intraoperatively to help surgeons make decisions for the surgery as well as the next treatment plan. **Objectives:** To describe clinical and subclinical features of hypopharyngeal cancer with indications for surgery. Compare the results of FS with gross lesions to have experience in surgery. **Objects and methods:** The research method is a cross-sectional description. Objects include 54 patients diagnosed with hypopharyngeal cancer and operated on at the National Otolaryngology Hospital from 5/2022 to 6/2023 with preoperative biopsy results and intraoperative frozen section assessed the tumor margin area. **Results:** mean age 62.1 years. The most common tumor location is the pyriform sinus at 87.0%. Wart lesions 74.1%. The majority of patients come to the clinic in stages 3 and 4 with 40 cases (74.1%). Out of 209 samples for FS, there are 15 samples with positive results, accounting for 7.2%, of which the rate of FS samples in the margin region is positive in the group that has a margin region \leq 1cm from the tumor is 11/209 samples (5.3%), the group that has a margin region at 1.2 - 1.5cm from the tumor was 4/209 (1.9%). Samples with a margin region $>$ 1.5 cm from the tumor are all negative results. **Conclusion:** The most common tumor location is the pyriform sinus, and the most shape of the tumor is a wart. Histopathology is primarily a squamous cell carcinoma. Frozen section is an effective method, which plays a very important role in helping guide surgeons in surgery. **Keywords:** Frozen section, hypopharyngeal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng (UTHH) là một tổn thương ác tính xuất phát chủ yếu từ lớp biểu mô Malpighi của niêm mạc bao phủ hạ họng. UTHH chiếm 3% - 5% ung thư đầu cổ^{1,2,3}. Theo Xue - Ying Deng UTHH chiếm khoảng 20% trong các ung thư đường hô hấp và tiêu hoá trên⁴. Ở Việt Nam, UTHH đứng sau ung thư thanh quản, ung thư vòm mũi họng. UTHH gặp nhiều hơn ở nam giới tỷ lệ nam/nữ là 5/1, độ tuổi trung niên, nhóm tuổi hay gặp nhất là 40-60 tuổi^{2,3}. Bệnh nhân bị UTHH, thường phát hiện khi bệnh đã ở giai đoạn muộn (giai đoạn III và IV) do đó tiên lượng xấu, nguy cơ tử vong cao gấp hai đến ba lần những bệnh nhân giai đoạn I hoặc II². Chẩn đoán mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng để khẳng định chẩn đoán có hay không có ung thư, cho biết typ mô bệnh học, có hay không có các biến thể mô học, có xâm nhập hay không và tổn thương ung thư đó ở độ mô học nào.

Điều trị bệnh chủ yếu là phẫu thuật, xạ trị, hoá trị. Một khó khăn đặt ra cho các phẫu thuật viên trong quá trình phẫu thuật là phải bảo tồn tối đa tổ chức lành vùng hạ họng trong khi vẫn phải đảm bảo lấy hết bệnh tích. Phẫu thuật viên chỉ có thể đánh giá lấy hết bệnh tích qua đại thể còn những xâm lấn ở mức độ vi thể thì khó xác định đó là nguồn gốc của các tái phát về sau.

Sinh thiết tức thì (STTT) là phương pháp chẩn đoán mô học ngay trong lúc mổ trên các tiêu bản cắt lạnh, làm cơ sở để phẫu thuật viên thực hiện quyết định điều trị ngay lập tức cho người bệnh trong và sau phẫu thuật. STTT đã được áp dụng trong phẫu thuật bảo tồn nhằm xác định tình trạng vùng rìa sau khi đã cắt bỏ bệnh tích ngay trong phẫu thuật, từ đó giúp phẫu thuật viên có những quyết định đúng đắn^{5,6}.

Với đặc điểm của UTHH là khối u thường lan tràn, không có hàng rào bảo vệ, phát triển khó đánh giá bằng đại thể qua mắt thường nên STTT đóng vai trò quan trọng. Vì vậy, để góp phần xác định giá trị của STTT trong phẫu thuật UTHH, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá giá trị của sinh thiết tức thì vùng rìa trong phẫu thuật ung thư hạ họng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 54 bệnh nhân được chẩn đoán UTHH và được can thiệp phẫu thuật tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ tháng 05/2022 đến 06/2023.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTHH có chỉ định và được can thiệp phẫu thuật.
- Bệnh nhân được làm STTT vùng rìa của khối u theo 3 chiều không gian (trên - dưới, trước- sau, trong - ngoài) và có kết quả trả về theo hồ sơ bệnh án.
- Có hồ sơ ghi chép đầy đủ, có biên bản phẫu thuật mô tả tình trạng khối u trong phẫu thuật và kết quả của STTT vùng rìa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang, tiến cứu, thực hiện tại khoa B1 - Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 05/2022 đến 06/2023.

Chọn mẫu theo phương pháp không xác suất - chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Các bước tiến hành và nội dung nghiên cứu:

Bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu. Nhóm bệnh nhân này được hỏi bệnh, khám bệnh, nội soi bằng optic 70 độ hoặc nội soi hạ họng thanh quản ống mềm,

sinh thiết chẩn đoán, chụp CLVT, được tiến hành phẫu thuật và lấy sinh thiết tức thì vùng rìa theo 3 chiều không gian.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa và nhập vào phần mềm Epidat và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y học của Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Cỡ mẫu 54 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là 62,1 tuổi, trẻ tuổi nhất 39 tuổi, lớn tuổi nhất 80 tuổi. Nhóm tuổi 51 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 33 bệnh nhân (61,1 %)

- Tỷ lệ nam/ nữ là 17/1

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư hạ họng có chỉ định phẫu thuật.

3.2.1. Triệu chứng cơ năng

Trong 54 bệnh nhân, triệu chứng cơ năng khiến bệnh nhân đi khám sớm có rối loạn nuốt (nuốt đau, nuốt vướng/sặc) chiếm nhiều nhất (63,0%), tiếp đến là nhóm vừa có rối loạn nuốt và khàn tiếng (25,9%). Lý do đến viện do hạch cổ to 7,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào có rối loạn nuốt kèm theo khó thở thanh quản.

3.2.2. Vị trí u nguyên phát

Bảng 1: Vị trí u nguyên phát qua khám nội soi

Vị trí khối u		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Xoang lê	Thành trong	37	68,5
	Đáy	5	9,3
	Thành ngoài	5	9,3
Sau sụn nhân		3	5,5
Thành sau hạ họng		4	7,4
Tổng		54	100

Trong 54 trường hợp ung thư hạ họng, có 47 trường hợp u xuất phát ở xoang lê (87,0%) chủ yếu từ thành trong với 37 trường hợp (68,5%); các vị trí khác hiếm gặp hơn.

3.2.3. Hình thái tổn thương

Bảng 5. Kết quả STTT vùng rìa theo vị trí

Kết quả	Trước		Sau		Trên		Dưới		Ngoài		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AT	32	80,0	37	80,4	36	83,7	35	74,5	28	84,8	168	80,4
DT	3	7,5	3	6,5	2	4,7	4	8,5	3	9,1	15	7,2
Loạn sản nhẹ, trung bình (TB)	4	10,0	5	10,9	4	9,3	8	17,0	2	6,1	23	11,0
Loạn sản nặng	1	2,5	1	2,2	1	2,3	0	0,0	0	0,0	3	1,4
Tổng	40		46		43		47		33		209	100

Bảng 2. Hình thái tổn thương trên nội soi

Hình thái khối u	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Sùi	40	74,1
Loét	2	3,7
Thâm nhiễm	5	9,3
Thể hỗn hợp (sùi, loét + thâm nhiễm)	7	13,0
Tổng	54	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tổn thương dạng sùi đơn thuần là chủ yếu 40 trường hợp (74,1%).

3.2.4. Chẩn đoán mô bệnh học khối u trước phẫu thuật

Bảng 3. Kết quả độ mô học của khối u trước phẫu thuật

Độ mô học	Trước phẫu thuật	
	n	%
Độ I	1	1,9
Độ II	11	20,8
Độ III	37	69,8
Độ IV	4	7,5
Tổng	53	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 53 trường hợp là ung thư biểu mô tế bào vảy trong đó chủ yếu gặp độ mô học II, III chiếm 90,6 %. Có 1 trường hợp là ung thư biểu mô dạng tuyến nang (adenoid kystic carcinoma)

3.2.5. Xếp loại giai đoạn (S)

Bảng 4. Chẩn đoán giai đoạn (Stage)

Phân loại	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
S1	0	0,0
S2	14	25,9
S3	22	40,7
S4	18	33,4
Tổng	54	100

Bệnh nhân đến khám phần lớn ở giai đoạn muộn 3,4 với 40 trường hợp (74,1%) có 14 trường hợp (25,9%) ở giai đoạn 2, không có trường hợp nào bệnh nhân đến khám sớm ở giai đoạn 1.

3.3. Đối chiếu giữa kết quả của sinh thiết tức thì với tổn thương đại thể giúp rút kinh nghiệm trong phẫu thuật.

3.3.1. Kết quả STTT vùng rìa theo vị trí sinh thiết

Tỷ lệ MBH vùng rìa DT là 15/209 mẫu (7,2%), loạn sản nặng có 3/209 mẫu (1,4%).

3.3.2. Khoảng cách đại thể từ u đến diện cắt

Bảng 6. Khoảng cách đại thể từ u đến các diện cắt

Khoảng cách	STTT				Tổng
	AT	DT	Loạn sản nhẹ, TB	Loạn sản nặng	
≤ 1cm	46	11	15	3	75
1,2-1,5cm	116	4	8	0	128
> 1,5 cm	6	0	0	0	6
Tổng	168	15	23	3	209

Tỷ lệ mẫu MBH vùng rìa DT ở nhóm cắt diện cắt cách u ≤ 1cm là 11/209 mẫu (5,3%), nhóm cắt diện cắt cách u 1,2 – 1,5cm là 4/209 (1,9%). Nhóm mẫu MBH vùng rìa loạn sản nặng 3/209 mẫu (1,4%) đều ở nhóm cắt diện cắt cách u ≤ 1cm. Những mẫu cắt diện cắt cách u > 1,5cm tất cả đều AT.

3.3.3. Đối chiếu giữa kết quả của sinh thiết tức thì có kết quả DT với tổn thương đại thể

a. Vị trí tổn thương

Bảng 7. Tỷ lệ mẫu STTT kết quả DT so với vị trí tổn thương của UTHH

Vị trí	Mẫu DT/ số BN	Tỷ lệ (%)
Thành trong xoang lê	8/37	21,6
Đáy xoang lê	1/5	20,0
Thành ngoài xoang lê	4/5	80,0
Vùng sau sụn nhân	0/3	0,0
Thành sau hạ họng	2/4	50,0
Tổng	15/54	

Với vị trí tổn thương của UTHH tại thành ngoài xoang lê và thành sau hạ họng có mẫu STTT kết quả DT tỷ lệ cao nhất tương ứng là 80% và 40%

b. Hình thái tổn thương

Bảng 8. Tỷ lệ mẫu STTT kết quả DT so với hình thái tổn thương đại thể

Hình thái	Mẫu DT/ số BN	Tỷ lệ (%)
Sùi	9/40	22,5
Loét	1/2	50,0
Thâm nhiễm	3/5	60,0
Thể hỗn hợp	2/7	28,6
Tổng	15/54	

Tỷ lệ mẫu STTT có kết quả DT cao chủ yếu nằm ở nhóm tổn thương đại thể là loét và thâm nhiễm tương ứng 50% và 60%

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 54 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 62,1 tuổi, nhóm

tuổi mắc nhiều nhất là 51 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ 61,1%. Trong nghiên cứu của các tác giả Juloori A, Koyfman SA, Geiger JL và các cộng sự bệnh nhân trong phạm vi tuổi từ 42 tuổi đến 74 tuổi, tuổi trung bình là 60 tuổi⁷. Tỷ lệ này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Xue – Ying Deng, Nguyễn Đình Phúc^{2,4}.

4.1. Đặc điểm tổn thương. Về vị trí tổn thương, tổn thương ở xoang lê chiếm tỷ lệ cao nhất có 47 trường hợp u xuất phát ở xoang lê (87,0%) chủ yếu từ thành trong với 37 trường hợp (68,5%); Có 3 trường hợp xuất phát từ sau nhân phễu (5,5%). Khối u xuất phát thành sau hạ họng gặp 4 trường hợp chiếm là 7,4%, Theo Nguyễn Như Ước tỷ lệ vị trí xuất phát là xoang lê 90,1% sau nhân phễu 6,6%, thành sau họng 3,3%³

Về hình thái tổn thương, trong nghiên cứu, chúng tôi thấy thể sùi gặp nhiều nhất 40/54 (chiếm 74,1%), rồi đến thể hỗn hợp và thâm nhiễm 12/54 (chiếm 22,3%). Thể loét gặp ít nhất 2/54 (chiếm 3,7%). Kết quả của chúng tôi cũng giống với nghiên cứu của Trần Hữu Tước, Nguyễn Như Ước^{8,3}

Kết quả MBH có 53 trường hợp là ung thư biểu mô tế bào vảy (carcinoma squamous cell) trong đó chủ yếu gặp độ mô học II, III chiếm 90,6%. Có 1 trường hợp là ung thư biểu mô dạng tuyến nang (adenoid kystic carcinoma). Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Xue - Ying Deng (100%)⁴ và Nguyễn Như Ước (100%)³

Chẩn đoán giai đoạn (S), Bệnh nhân đến khám phần lớn ở giai đoạn muộn 3,4 với 40 trường hợp (74,1%) có 14 trường hợp (25,9%) ở giai đoạn 2, không có trường hợp nào bệnh nhân đến khám sớm ở giai đoạn 1 cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đình Phúc (1,7%)⁹ và Trần Hữu Tước (0%)⁸ nhưng ở giai đoạn 3 + 4 kết quả của chúng tôi (74,1%) thấp hơn 98,3% và 100%. Có sự khác biệt giữa các nghiên cứu về giai đoạn bệnh trên lâm sàng nhưng không có ý nghĩa thống kê, một phần do điều kiện y tế phát triển, có thêm nhiều phương tiện chẩn đoán hiện đại nên hiện nay bệnh nhân được khám bệnh và chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm hơn.

4.2. Giá trị của STTT vùng rìa trong phẫu thuật UTHH. Đánh giá kết quả vùng rìa khối u có 15/209 bệnh phẩm (trên 13 bệnh nhân) có kết quả STTT DT (7,2%), loạn sản nặng có 3/209 mẫu (1,4%). Trong nghiên cứu có 13 bệnh nhân có kết quả STTT DT, chiếm tỷ lệ 24,1%, Tỷ lệ này tương ứng nghiên cứu của Nayla Matar 2008 (26,5%)¹⁰, nhưng cao hơn so với Nguyễn Thị Huệ 2018 (11,4%)⁶. Điều này đánh giá vai trò rất quan trọng của việc STTT

trong phẫu thuật, tránh làm sót tổn thương. Những bệnh nhân có kết quả STTT DT và loạn sản nặng tiếp tục được cắt rộng thêm vùng niêm mạc tại vị trí sinh thiết đến khi cho kết quả AT đây cũng là những khuyến cáo chung với các bệnh nhân được làm STTT trong phẫu thuật. Với những vị trí STTT cho kết quả loạn sản nhẹ và vừa, chúng tôi tiến hành cắt thêm khoảng 2-5mm niêm mạc tùy mức độ đánh giá để đủ điều kiện khâu tạo hình phục hồi ống họng và không cần làm lại sinh thiết MBH.

Khoảng cách đại thể từ u đến các diện cắt được đo trong phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mẫu MBH vùng rìa DT ở nhóm cắt diện cắt cách u \leq 1cm là 11/209 mẫu (5,3%), nhóm cắt diện cắt cách u 1,2 – 1,5cm là 4/209 (1,9%). Nhóm mẫu MBH vùng rìa loạn sản nặng 3/209 mẫu (1,4%) đều ở nhóm cắt diện cắt cách u \leq 1cm. Những mẫu cắt diện cắt cách u $>$ 1,5cm tất cả đều AT. Với phẫu thuật UTHH điều khó khăn đặt ra cho các phẫu thuật viên trong quá trình phẫu thuật là phải bảo tồn tối đa tổ chức lành vùng hạ họng trong khi vẫn phải đảm bảo lấy hết bệnh tích nên ngay khi phẫu thuật không thể cắt quá rộng làm khó khăn cho việc khâu phục hồi ống họng. Qua kết quả trên giúp cho phẫu thuật viên có thể rút ra được khoảng cách an toàn trong phẫu thuật thường là cắt rộng cách u khoảng 1,5 cm nếu không có điều kiện làm STTT.

Đối chiếu giữa kết quả của sinh thiết tức thì có kết quả DT với tổn thương đại thể: Với vị trí tổn thương của UTHH tại thành ngoài xoang lê và thành sau hạ họng có tỷ lệ mẫu STTT kết quả DT cao nhất tương ứng là 80% và 40%, điều này cũng phù hợp vì tại vị trí này khi phẫu thuật thường phẫu thuật viên cố gắng bảo tồn tối đa niêm mạc nên diện cắt không thể rộng quá ngay lần cắt đầu tiên, tuy nhiên với những cơ sở không có STTT hỗ trợ, khuyến cáo của chúng tôi để đảm bảo lấy hết tổn thương nên cắt rộng cách khối u ít nhất 1,2cm vì tỷ lệ DT với diện cắt \leq 1cm với u ở vị trí này là rất cao. Tương tự vậy, tỷ lệ mẫu STTT có kết quả DT chủ yếu nằm ở nhóm tổn thương đại thể là loét và thâm nhiễm tương ứng 1/2 (50%) và 3/5 (60%) mặc dù thể này ít gặp, tuy nhiên chúng tôi cũng đưa ra khuyến cáo các phẫu thuật viên nên cắt rộng với những trường hợp tổn thương dạng loét và thâm nhiễm.

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 4 bệnh nhân có phân độ mô học IV, tuy nhiên tỷ lệ mẫu STTT có kết quả ở nhóm này có kết quả DT với tỷ lệ cao 2/4 trường hợp (50%), với những bệnh nhân có kết quả MBH trước phẫu thuật

thuộc nhóm này nên được chú ý trước để PTV nên cắt rộng khối u ngay thì đầu trong phẫu thuật nếu có thể trừ những trường hợp có nguy cơ thiếu niêm mạc tạo hình gây chít hẹp sau phẫu thuật thì cần bảo tồn tối đa và làm STTT đợi kết quả quyết định.

V. KẾT LUẬN

UTHH thường gặp ở người lớn tuổi, chủ yếu ở nam giới. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là xoang lê, hình thái khối u hay gặp nhất là thể sùi đơn thuần. MBH chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào vảy, trong đó nhiều nhất là độ mô học II, III. Bệnh nhân thường đến khám ở giai đoạn muộn.

STTT có vai trò rất quan trọng giúp cho PTV khi đánh giá xác định tình trạng vùng rìa sau khi đã cắt bỏ bệnh tích ngay trong phẫu thuật, từ đó giúp phẫu thuật viên có những quyết định đúng đắn cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Habib A** (2018). "Management of advanced hypopharyngeal carcinoma: systematic review of survival following surgical and nonsurgical treatments". *J Laryngol Ot*
2. **Nguyễn Đình Phúc** (2009). "Tổng kết 1030 bệnh nhân của 54 năm 1955 - 2008 tại bệnh viện TMH TW". *Tạp chí Y học Việt Nam*, 359(2), 8-12.
3. **Nguyễn Như Ước** (2019). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính và mối liên quan của một số yếu tố tiên lượng với kết quả điều trị của ung thư hạ họng. Luận văn tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Deng X.Y, Su Y, Zheng L et al.** (2009). "Regional invasion of hypopharyngeal carcinoma base on CT--a report of 65 cases". *Chinese journal of cancer*, 28(6), 647-651
5. **Trần Phan Chung Thủy và cộng sự** (2020). Vai trò của sinh thiết tức thì trong phẫu thuật laser vi phẫu qua đường miệng điều trị ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm tại BV Tai mũi họng Tp HCM. *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam* 65-47 (1), 21-28
6. **Nguyễn Thị Huệ** (2018). Đánh giá giá trị của sinh thiết tức thì vùng rìa trong phẫu thuật bảo tồn ung thư biểu mô vảy thanh quản. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội
7. **Juloori A, Koyfman SA, Geiger JL et al.** (2018). "Definitive Chemoradiation in Locally Advanced Squamous Cell Carcinoma of the Hypopharynx: Long-term Outcomes and Toxicity". *Anticancer Res*, 38(6), 3543-3549
8. **N. Matar, M. Ren=macle, M. Nollevaux et al** (2008). "Reliability of frozen section analysis in transoral laser microsurgery of upper aerodigestive tract advanced malignant tumors". *Int. J. Phonosurg. Laryngol* 1, 44-46
9. **Ngô Thị Minh Hạnh và cộng sự** (2013). Giá trị của sinh thiết cắt lạnh trong phẫu thuật. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 17(3), 101-107
10. **Đ. T. Cẩn và CS** (2001). Giá trị của chẩn đoán sinh thiết tức thì qua nghiên cứu 1917 trường hợp tại bệnh viện K Hà Nội. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 5(4), 9-13