

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Thị Tiểu Di, Võ Tá Sơn và Lê Đức Vĩnh (2019), "Nghiên cứu các đặc điểm siêu âm và kết quả xử trí thai kỳ song thai một bánh nhau tại bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng", Tạp Chí Phụ sản, 16(4), tr. 56-65.
2. Ngô Thị Hương (2021), Nhận xét kết quả xử trí thai kỳ ở các trường hợp song thai tự nhiên tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội 6 tháng cuối năm 2020, Khóa luận tốt nghiệp, Đại học Quốc gia - Trường đại học Y dược, Hà Nội.
3. Nguyễn Hồng Hoa (2016), "Các biến chứng của song thai", Tạp Chí Phụ sản, 14(2), tr. 17-25.
4. Nguyễn Thanh Hiền và Nguyễn Vũ Quốc Huy (2017), "Nghiên cứu tỷ lệ, một số yếu tố liên quan và kết quả kết thúc thai kỳ ở các sản phụ song thai", Tạp Chí Phụ sản, 14(4), tr. 28-34.
5. Ninh Văn Minh và Lê Hải Dương (2013), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí song thai chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình", Y học thực hành, 870, tr. 174-175.
6. Apichart Chittacharoen MD, Duangtip Singhakun MD và Nathpong Israngura Na Ayudhya MD (2006), "The pregnancy result of twins Ramathibodi Hospital", J Med PGS Thai, 89(4).
7. Charles R B Beckman (2014), Multifetal Gestation, 7th, Obstetrics and Gynecology.
8. Martin JC van Gemert, Jeroen PHM van den Wijngaard và Frank PHA Vandebussche (2015), "Twin reversed arterial perfusion sequence is more common than generally accepted", Birth Defects Res A Clin Mol Teratol, 107(7).
9. P O D Pharoah và T Cooke. (1996), "Cerebral palsy and multiple births", Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition, 75(3), tr. F174-F177.
10. Phùng Đức Nhật Nam (2015), Một số yếu tố liên quan đến xử trí song thai đủ tháng chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2014-2015, Luận văn Thạc sỹ Y học,, Trường Đại Học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN BÁN PHẦN CÓ TẠO DÂY THANH TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ THÁNG 09/2020 ĐẾN THÁNG 06/2021

Trần Anh Bích¹, Vũ Kim Ngân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phát âm và lành thương trên nội soi sau phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tái tạo dây thanh bằng vật niêm mạc bằng thanh thất hay vật cơ dưới móng tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm được phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tái tạo dây thanh tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 09/2020 đến 06/2021. **Kết quả và bàn luận:** Thang điểm VAS (Visual Analogue Scale) về khả năng tiếng trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng lần lượt là: 7,6±1,32; 5,3±1,53 và 2,5±1,62. Điểm VAS sau phẫu thuật 1 tháng và sau phẫu thuật 3 tháng có sự cải thiện so với trước phẫu thuật lần lượt là 2 điểm và 5 điểm. Điểm VAS của 2 nhóm kỹ thuật tạo hình không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả nội soi thanh quản sau phẫu thuật 1 tháng là giả mạc hố mổ chiếm 60,6% và sau phẫu thuật 3 tháng là hình ảnh lành thương hoàn toàn chiếm 90,9%. **Kết luận:** Kỹ thuật cắt thanh quản bán phần có tạo hình bằng vật cơ dưới móng hay vật bằng thanh thất đều cải thiện điểm VAS so với lúc trước mổ, sự khác biệt giữa 2 cách tạo vật không có ý nghĩa thống kê. Hình ảnh nội soi 3

tháng sau phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tái tạo dây thanh tại bệnh viện Chợ Rẫy đạt 90% liền hoàn toàn. **Từ khóa:** cắt thanh quản bán phần trần bên, cắt thanh quản, tái tạo dây thanh

SUMMARY

EVALUATION THE RESULTS OF PARTIAL LARYNGECTOMY WITH VOCAL CORD RECONSTRUCTION AT CHO RAY HOSPITAL FROM 09/2020 TO 06/2021

Objective: Evaluation of pronunciation and laryngoscopy images 1 month and 3 months after partial laryngectomy using a false cord flap or an infrahyoid muscle flap to reconstruct the defect. **Subjects and methods:** Patients diagnosed with early stage laryngeal cancer underwent partial laryngectomy at Cho Ray hospital from September 2020 to June 2021. **Results and discussion:** VAS (Visual Analogue Scale) score for hoarseness before surgery, 1 month and 3 months after surgery are: 7.6±1.32; 5.3±1.53 and 2.5±1.62, respectively. VAS score at 1 month and 3 months after surgery have an improvement compared to the score before surgery. There was no statistically significant difference between the VAS score of the two reconstruction techniques. The majority of endoscopic images at 1 month after surgery are white slough at the surgical site (60.6%) and at 3 months after surgery are completely healing wound (90.9%). **Conclusion:** partial laryngectomy with reconstruction of the defect improved the VAS score of hoarseness. The wound healed completely after 3 months on laryngoscopy.

Keywords: partial laryngectomy, laryngectomy, vocal cord reconstruction

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: trananhbich2015@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 12.3.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản là loại ung thư phổ biến thứ hai trong số các ung thư vùng đầu cổ trên thế giới, đứng hàng thứ 5 trong các ung thư ở nam giới tại Việt Nam [1]. Trước đây bệnh nhân ung thư thanh quản thường đến khám ở giai đoạn muộn và phải thực hiện cắt thanh quản toàn phần kèm nạo vét hạch cổ để đảm bảo lấy sạch bệnh tích. Điều này gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [8].

Hiện nay ung thư thanh quản được phát hiện sớm hơn, phẫu thuật cắt thanh quản bán phần giúp bảo tồn chức năng thở và duy trì phát âm theo đường sinh lý tự nhiên [8]. Khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy đã áp dụng nhiều kỹ thuật tạo hình để lấp khuyết hổng sau cắt thanh quản bán phần trong điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm và đạt nhiều kết quả tốt, nâng cao khả năng phục hồi chức năng phát âm. Trong đó, phẫu thuật tạo hình bằng vật niêm mạc bằng thanh thất và vật cơ dưới móng được sử dụng phổ biến [4,5].

Một trong những mục đích của đề tài này là đánh giá kết quả phát âm và lành thương trên nội soi sau phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tái tạo dây thanh bằng vật niêm mạc bằng thanh thất so sánh với vật cơ dưới móng tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Ba mươi ba bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán ung thư thanh quản tăng thanh môn giai đoạn sớm được chỉ định phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tái tạo dây thanh tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 09/2020 – 06/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.
- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thanh quản tăng thanh môn giai đoạn sớm được chỉ định phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tái tạo dây thanh tại bệnh viện Chợ Rẫy, có hồ sơ bệnh án và thăm khám đầy đủ.
- Bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu, cam kết tái khám đúng lịch, chăm sóc thay băng vết thương tốt, hợp tác nội soi và trả lời câu hỏi nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có 1 trong những tiêu chuẩn sau:
 - Ung thư thanh quản tăng thanh môn giai đoạn muộn (T3, T4).
 - Bệnh nhân ung thư thanh quản đã có di căn xa.
 - Bệnh nhân già yếu, suy kiệt, không đủ khả

năng hiểu và tự trả lời các câu hỏi trong bảng câu hỏi.

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa không thể gây mê.

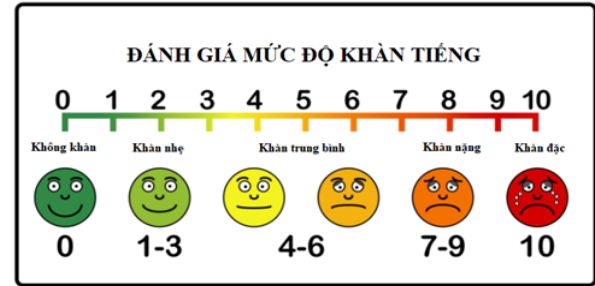
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt ca, có can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng.

Các biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới
- Về mặt chức năng phát âm: đánh giá sự phục hồi chức năng nói bằng giao tiếp tại thời điểm 1 tháng, 3 tháng bằng điểm số VAS giọng nói và so sánh với trước khi phẫu thuật.
- Về mặt giải phẫu: đánh giá sự tiến triển của vật cơ vai móng hay vật niêm mạc bằng thanh thất sau tạo hình, hình ảnh hồ mổ qua nội soi thanh quản tại thời điểm tái khám sau 1 tháng, 3 tháng.



Hình 2.1. Thang điểm đánh giá mức độ khàn tiếng theo VAS

Quy trình nghiên cứu. Bệnh nhân (BN) có đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu. Giải thích để BN đồng ý tham gia nghiên cứu, kí bảng đồng thuận nghiên cứu theo mẫu. Tiếp theo BN sẽ được hỏi bệnh sử, thăm khám, thu thập hồ sơ bệnh án và kết quả cận lâm sàng. Sau đó chúng tôi tiến hành phẫu thuật (PT) cắt thanh quản bán phần kèm tái tạo dây thanh. Hẹn BN tái khám để đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Độ tuổi trung bình là $64,5 \pm 10,2$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 40 và tuổi lớn nhất là 82, nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất nằm trong khoảng từ 60 – 79 tuổi. Số lượng bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 69,7% (23/33 trường hợp).
- Tỷ lệ nam:nữ là 7:1

3.2. Đánh giá giọng nói theo VAS

3.2.1. Điểm VAS trước khi phẫu thuật



Biểu đồ 3.2. Điểm số VAS về mức độ khàn tiếng của bệnh nhân trước khi phẫu thuật

Điểm số VAS trung bình về mức độ khàn tiếng so với giọng nói bình thường theo đánh giá của BN trước phẫu thuật là $7,61 \pm 1,32$ điểm, điểm nhỏ nhất 4, điểm lớn nhất 9. Không có BN nào bị khàn tắt tiếng hoàn toàn so với trước khi mắc bệnh.

3.2.2. Điểm VAS sau phẫu thuật 1 tháng



Biểu đồ 3.3. Điểm VAS mức độ khàn tiếng sau phẫu thuật 1 tháng

Bảng 3.7. Điểm số VAS trước và sau phẫu thuật 1 tháng

	Số trung bình	Số nhỏ nhất	Số lớn nhất
VAS trước PT	$7,6 \pm 1,32$	4	9
VAS sau PT 1 tháng	$5,3 \pm 1,53$	2	8

Điểm VAS sau PT 1 tháng có sự cải thiện khoảng 2 điểm so với trước khi PT. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo phép kiểm Pair sample T với ($t = 18,16; p = 0,000 < 0,05$).

3.2.3. Điểm VAS sau phẫu thuật 3 tháng



Biểu đồ 3.4. Điểm VAS mức độ khàn tiếng sau phẫu thuật 3 tháng

Bảng 3.8. Điểm số VAS trước và sau phẫu thuật 3 tháng

	Số trung bình	Số nhỏ nhất	Số lớn nhất
VAS trước PT	$7,6 \pm 1,32$	4	9
VAS sau PT 3 tháng	$2,5 \pm 1,62$	0	9

Điểm VAS sau PT 3 tháng có sự cải thiện khoảng 5 điểm so với trước khi PT. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo phép kiểm Pair sample T với ($t = 19,39; p = 0,000 < 0,05$).

3.2.4. Đánh giá giọng nói theo VAS giữa 2 nhóm kỹ thuật tạo hình thanh quản

Bảng 3.9. Điểm VAS giữa hai nhóm kỹ thuật tạo hình dây thanh

	Nhóm VNMBTT	Nhóm VCDM	Z	P
VAS trước PT	$7,72 \pm 1,45$	$7,47 \pm 1,19$	0,56	0,58
VAS sau PT 1 tháng	$5,39 \pm 1,54$	$5,27 \pm 1,58$	0,22	0,82
VAS sau PT 3 tháng	$2,56 \pm 1,95$	$2,47 \pm 1,23$	0,16	0,87

VNMBTT: Vạt niêm mạc băng thanh thất; VCDM: Vạt cơ dưới móng

Điểm VAS của 2 nhóm kỹ thuật tạo hình không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở cả 3 thời điểm.

3.3. Hình ảnh nội soi thanh quản

3.3.1. Sau phẫu thuật 1 tháng

Bảng 3.10. Đặc điểm nội soi thanh quản sau phẫu thuật 1 tháng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tần suất
Giả mạc hồ mỡ	20	60,6%
Mô hạt viêm	6	18,2%
Liên hoàn toàn	7	21,2%

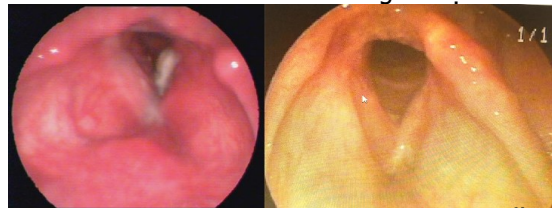
Sau PT 1 tháng hình ảnh nội soi còn giả mạc hồ mỡ chiếm đa số khoảng 3/5 tổng số bệnh nhân.

3.3.2. Sau phẫu thuật 3 tháng

Bảng 3.11. Nội soi thanh quản sau phẫu thuật 3 tháng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tần suất
Giả mạc hồ mỡ	0	0%
Mô hạt viêm	3	9,1%
Liên hoàn toàn	30	90,9%

Sau PT 3 tháng hình ảnh nội soi lành thương hoàn toàn chiếm đa số # 90% tổng số bệnh nhân.



Hình 3.3. Nội soi thanh quản sau phẫu thuật 1 tháng (trái) và 3 tháng (phải) của BN Lê Công H. 55 tuổi, tái tạo 1 bên dây thanh bằng VCDM

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu của chúng tôi có 33 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là $64,5 \pm 10,2$ tuổi, nhóm tuổi được ghi nhận nhiều nhất là 60-79 tuổi, nằm ngoài độ tuổi lao động

hoặc đã nghỉ hưu chiếm đa số.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam:nữ là khoảng 7:1, điều này phù hợp theo y văn thế giới ghi nhận ung thư thanh quản thường gặp ở nam giới với tỷ lệ nam hơn hẳn so với nữ trung bình là từ 6-10:1.

4.2. Đánh giá giọng nói theo VAS

4.2.1. Đánh giá giọng nói trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng.

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy điểm số VAS trung bình về mức độ khàn tiếng so với giọng nói bình thường là khoảng 7-8 điểm, tuy không có bệnh nhân khàn đặc hoàn toàn nhưng điểm số lệch nhiều về phía điểm 10 điều này chứng tỏ là bệnh nhân cảm nhận sự khàn tiếng có ảnh hưởng nhiều so với giọng nói trước đây.

Trong nghiên cứu, chúng tôi theo dõi sự thay đổi của điểm số VAS theo 3 mốc thời gian: trước PT, sau PT 1 tháng, sau PT 3 tháng và nhận thấy có sự giảm dần điểm VAS # 2-5 điểm so với trước khi PT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo phép kiểm Pair sample T. Thang điểm VAS được bệnh nhân tự nhận xét và đánh giá trực quan, và tất cả bệnh nhân đều hài lòng với sự thay đổi tốt giọng nói so với trước khi phẫu thuật. Từ cả 2 dữ kiện trên, chúng tôi nhận thấy rằng phẫu thuật mang lại sự thay đổi rõ rệt và bản thân bệnh nhân tự nhận biết được một cách dễ dàng. Trong nghiên cứu, sau 3 tháng, chúng tôi ghi nhận chưa nhiều bệnh nhân phục hồi giọng nói hoàn toàn (VAS 0 điểm) như lúc trước khi khởi bệnh nhưng điều này cũng có thể chấp nhận ngoài yếu tố giải phẫu được tái tạo, những yếu tố mô học thần kinh liên quan đến giọng nói đã thay đổi [6] do đó cần phải giới thiệu bệnh nhân đến âm ngữ trị liệu để có những bài tập phù hợp, đồng thời cai thuốc lá, rượu hoàn toàn nếu muốn đạt hiệu quả giọng nói tối ưu và tránh nguy cơ tái phát ung thư [2,3].

4.2.2. Đánh giá giọng nói giữa 2 nhóm kỹ thuật tạo hình thanh quản.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm số VAS của nhóm được tạo hình bằng vật cơ dưới móng (VCDM) có giảm thấp hơn so với tạo hình bằng vật niêm mạc bằng thanh thất (VNMBTT), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở cả 2 thời điểm sau PT 1 tháng và 3 tháng. Do đó, để xác định rõ kỹ thuật VCDM có tạo được ưu thế về sự thay đổi giọng nói tốt hơn, sau này chúng tôi cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đạt phân phối chuẩn và phép kiểm T theo cặp chính xác.

4.3. Hình ảnh nội soi thanh quản

4.3.1. Sau phẫu thuật 1 tháng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau PT 1 tháng, đa số hình ảnh nội soi đều cho thấy vật tạo hình lên giả mạc lành tốt, không dấu nhiễm khuẩn hoại tử; một số trường hợp cho kết quả lành hoàn toàn và dây thanh di động rất tốt. Bệnh nhân cần được tư vấn hạn chế nói nhiều, nói to, nói lâu trong giai đoạn này vì làm tăng nguy cơ phù nề, dây dính vết mổ vào dây thanh đối diện; tuy nhiên, cũng không yêu cầu ngưng nói hoàn toàn mà bước đầu phát âm chậm và nói nhỏ tiếng

4.3.2. Sau phẫu thuật 3 tháng. Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy sau PT 3 tháng hình ảnh nội soi ghi nhận liền thương hoàn toàn chiếm đa số gần 90% tổng số bệnh nhân. Dây thanh mới được tạo hình lành tốt, thanh môn mở rộng khi thở và khép kín khi phát âm. Một số trường hợp ghi nhận có mô hạt viêm ít nhưng sau khi điều trị nội khoa bằng kháng viêm và chống trào ngược đường uống tái khám lại thì hình ảnh nội soi lành hoàn toàn. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị mô hạt viêm nhiều hoặc dính mép trước cần phải can thiệp nội soi cắt bỏ, cắt dính như trong nghiên cứu của Trần Anh Bích (2010) [3], Nguyễn Quốc Dũng (2018) [2] và Olga Jurek-Matusiak (2017) [7]. Khi phẫu thuật tạo VCDM bên dây thanh bị ung thư, chúng tôi tiến hành khâu màng sụn giáp phủ lên chỗ cắt 1/3 trước dây thanh đối bên để tránh tiếp xúc giữa 2 bề mặt vết thương hở và hướng dẫn chế độ luyện giọng phù hợp sẽ giúp hạn chế nguy cơ dính mép trước.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật cắt thanh quản bán phần có tạo hình bằng vật cơ dưới móng hay vật bằng thanh thất đều cải thiện điểm VAS so với lúc trước mổ, sự khác biệt giữa 2 cách tạo vật không có ý nghĩa thống kê. Hình ảnh nội soi 3 tháng sau phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tái tạo dây thanh đạt 90% liền hoàn toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đàm Trọng Nghĩa, Bùi Thanh Hùng** (2019), "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi ung thư thanh quản giai đoạn T1N0M0 Tại Bệnh Viện Ung Bướu Hà Nội", Tạp chí Ung Thư Học Việt Nam, TP HỒ CHÍ MINH. Số 5, tr. 64-69.
2. **Nguyễn Quốc Dũng, Trần Phương Nam** (2018), "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm tại khoa tai mũi họng Bệnh Viện Trung Ương Huế", Tạp chí Y học lâm sàng-Bệnh viện Trung Ương Huế, TP Huế, số 50, tr. 24-29.
3. **Trần Anh Bích** (2010), Cắt thanh quản bán phần trong điều trị ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm, Luận án tốt nghiệp chuyên khoa 2,

- Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, Thành phố HỒ CHÍ MINH.
4. **Trần Anh Bích, Trần Minh Trường** (2010), "Đánh giá kết quả cắt dây thanh có tái tạo bằng vật niêm mạc thanh thất trong ung thư tầng thanh môn", Tạp chí Y học, Đại học Y Dược TP.HCM, số đặc biệt hội nghị khoa học kỹ thuật bệnh viện Chợ Rẫy. tập 14 (2), tr.332-335.
 5. **Trần Anh Bích, Trần Minh Trường** (2011), "Cắt thanh quản bán phần trán bên tái tạo bằng vật cơ dưới móng", Tạp chí Y học, Đại học Y Dược TP.HCM, Hội Nghị Khoa Học Kỹ Thuật BV. Chợ Rẫy 2011. tập 15 (4), tr. 48-52.
 6. **Chirilă M. et al.** (2015), "Voice rehabilitation with tragal cartilage and perichondrium after vertical partial laryngectomy for glottic cancer", J Res Med Sci. 20 (4), pp. 323-328.
 7. **Jurek-Matusiak O. et al.** (2018), "Vertical partial frontolateral laryngectomy with simultaneous pedunculated sternothyroid muscle flap reconstruction of the vocal fold - surgical procedure and treatment outcomes", Otolaryngol Pol. 72 (1), pp. 23-29.
 8. **National Comprehensive Cancer Network** (2021), Cancer of Glottic Larynx, Head and Neck Cancers, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®), www.nccn.org, pp. 44-52.

ĐẶC ĐIỂM CÁC CHỈ SỐ XÉT NGHIỆM TỔNG PHÂN TÍCH TẾ BÀO MÁU NGOẠI VI VÀ ĐÔNG MÁU CƠ BẢN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ GAN

Đinh Thị Thu Trang¹, Trần Thị Thủy Nguyên¹,
Hoàng Thu Soan¹, Vũ Tiến Thăng¹, Vi Thị Phương Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các chỉ số xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi và các chỉ số xét nghiệm đông máu cơ bản (PT, APTT, Fbg) trên bệnh nhân ung thư gan. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang đặc điểm xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi và các chỉ số đông máu cơ bản của các bệnh nhân ung thư gan tại Trung tâm Huyết học Truyền máu Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 6/2022 đến tháng 5/2023. **Kết quả:** số lượng hồng cầu của các bệnh nhân là $4,08 \pm 0,89$ T/L, HGB là $119,77 \pm 28,29$ g/L; HCT là $36,60 \pm 8,31$ L/L; MCV là $89,86 \pm 9,33$ fL; MCH là $29,40 \pm 3,88$ pg; MCHC là $326,43 \pm 18,45$ g/L; RDW là $15,74 \pm 3,11$ %. Tỷ lệ thiếu máu chiếm 49,02% trong đó thiếu máu mức độ nhẹ chiếm 35,29%; mức độ vừa là 11,76%, mức độ nặng là 1,31%, mức độ rất nặng là 0,65%. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng bạch cầu là 21,57%; tăng tiểu cầu là 7,8%; giảm bạch cầu là 12,43%; giảm tiểu cầu là 32,68%. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số PT% giảm chiếm 57,61%, PT giây kéo dài là 78,26%, 100% bệnh nhân có PTr kéo dài. Chỉ số APTT giây kéo dài là 2,23% và APTTr kéo dài là 44,44%, chỉ số APTT giảm là 64,44%, và APTTr giảm là 3,34%, Fibrinogen tăng là 62,50%. Chỉ số PLT có mối liên quan nghịch mức độ yếu với chỉ số HGB. **Kết luận:** Trên bệnh nhân ung thư gan, đa số có sự biến đổi các chỉ số đông máu cơ bản và các chỉ số trong xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi theo chiều hướng ngược nhau. **Từ khóa:** Ung thư gan, PT, APTT.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF BLOOD CELL COUNT

¹Trường ĐHY - Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm: Hoàng Thu Soan
Email: hoangthusoan@tnmc.edu.vn
Ngày nhận bài: 9.01.2024
Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024
Ngày duyệt bài: 13.3.2024

TEST AND BASIC COAGULATION IN LIVER CANCER PATIENTS

Objective: Describe blood cell count test indexes and basic coagulation test indexes (PT, APTT, Fbg) in liver cancer patients. **Method:** cross-sectional description of blood cell count test and basic coagulation indices of liver cancer patients at the Hematology and Blood Transfusion Center of Thai Nguyen Central Hospital since 6/2022 to 5/2023. **Results:** the patient's RBC was 4.08 ± 0.89 T/L, HGB was 119.77 ± 28.29 g/L; HCT was 36.60 ± 8.31 L/L; MCV was 89.86 ± 9.33 fL; MCH is 29.40 ± 3.88 pg; MCHC is 326.43 ± 18.45 g/L; RDW is 15.74 ± 3.11 %. The rate of anemia accounts for 49.02%, of which mild anemia accounts for 35.29%; Moderate level is 11.76%, severe level is 1.31%, very severe level is 0.65%. The proportion of patients with leukocytosis is 21.57%; Thrombocytosis was 7.8%; Leukopenia was 12.43%; Thrombocytopenia was 32.68%. The proportion of patients with decreased PT% was 57.61%, prolonged PTs was 78.26%, 100% of patients had prolonged PTr. The prolonged APTTs was 2.23% and the prolonged APTTr was 44.44%, the reduced APTTs was 64.44%, and the reduced APTTr was 3.34%, and the increased Fibrinogen was 62.50%. The PLT has a weak negative relationship with the HGB. **Conclusion:** In liver cancer patients, the majority have changes in basic coagulation indices and indices in peripheral blood cell analysis tests in opposite directions. **Keywords:** liver cancer, PT, APTT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan là loại ung thư phổ biến, đứng thứ sáu trên thế giới và là nguyên nhân xếp hàng thứ hai gây tử vong liên quan đến ung thư. Ung thư gan có nguyên nhân do nhiễm virus viêm gan B, virus viêm gan C mãn tính (HBV). Các yếu tố nguy cơ khác của ung thư gan gồm: xơ gan, rối loạn chuyển hóa, uống rượu quá