

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THANH QUẢN TẠI HUẾ

Lê Xuân Nhân^{1*}, Đặng Thanh², Trần Phương Nam¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.68.12

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị ung thư thanh quản.

Đối tượng và phương pháp: 31 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ung thư thanh quản tại khoa Tai Mũi Họng và Trung tâm Ung Bướu Bệnh viện Trung ương Huế từ 03/2018 đến 05/2019 bằng phương pháp tiến cứu, quan sát, mô tả, có can thiệp lâm sàng.

Kết quả: Bệnh nhân có độ tuổi gặp nhiều nhất 51-70 tuổi chiếm 67,6%, tuổi trung bình là $60,5 \pm 9,8$, tuổi nhỏ nhất là 39, lớn nhất là 83. Nam giới chiếm 93,5% (29/31), nữ chiếm 6,5% (2/31). Triệu chứng cơ năng hay gặp là khàn tiếng chiếm 83,9%. Khối u ở giai đoạn III với T3N0M0 chiếm tỷ lệ 38,7%. Điều trị phẫu thuật và hóa xạ trị là chủ yếu (80,6%). Bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật chiếm 43,8% (7/16). Sau điều trị 6 tháng, bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn chiếm 95,5%.

Kết luận: Ung thư thanh quản là một trong những ung thư chiếm tỷ lệ cao ở nước ta, phát hiện và điều trị ở giai đoạn sớm sẽ cho kết quả tốt. Phẫu thuật và hóa xạ trị vẫn là phương pháp điều trị tốt nhất cho bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư thanh quản, phẫu thuật cắt thanh quản, hóa xạ trị.

SUMMARY

RESEARCH OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOME OF LARYNGEAL CANCER IN HUE

Le Xuan Nhan^{1*}, Dang Thanh², Tran Phuong Nam¹

Objectives: Study of clinical characteristics, evaluation of treatment results of laryngeal cancer.

Patients and methods: 31 laryngeal cancer patients were diagnosed and treated in ENT Department and Oncology Center of Hue Central Hospital from 03/2018 to 05/2019 by prospective, observative, descriptive method with clinical intervention.

Results: Patients having the most common age range was 51-70 occupied 67.6%, the mean age was 60.5 ± 9.8 , ranging from 39 to 83. Male occupied 93.5% (29/31), females 6.5% (2/31). The most common functional symptom was hoarseness with 83.9%. Tumors at stage III with T3N0M0 took 38.7%. Laryngectomy combined with chemoradiation therapy was the treatment solution mostly used with 80.6%. Patients having postoperative complications occupied 43.8% (7/16). After treatment 6 months, patients had complete response occupied 95.5%.

Conclusions: Laryngeal cancer is one of the most common cancers in Vietnam, good treatment results

¹Khoa TMH - Bệnh viện Trung ương Huế

²Đại học Y Dược Huế

- Ngày nhận bài (Received): 02/3/2021; Ngày phản biện (Revised): 06/4/2021;

- Ngày đăng bài (Accepted): 27/4/2021

- Người phản hồi (Corresponding author): Lê Xuân Nhân

- Email: lexuannhanbvh@gmail.com; SĐT: 0934743191

will be achieved with diagnosis and treatment in early stage. Surgery and chemoradiation therapy are still the best treatment solutions for laryngeal cancer patients.

Keywords: Laryngeal cancer, laryngectomy, chemoradiation therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản là những u nằm trong lòng thanh quản bao gồm thanh thiệt, băng thanh thất, thanh thất Morgagni, dây thanh và hạ thanh môn, trong đó ung thư dây thanh gặp nhiều hơn cả rồi đến ung thư vùng thượng thanh môn và hiếm hơn là ung thư ở vùng hạ thanh môn. Ung thư thanh quản là một trong những khối u phổ biến của đường hô hấp. Điều trị ung thư thanh quản đã có những bước tiến đáng kể trong thập kỷ qua trong đó phẫu thuật, xạ trị và liệu pháp toàn thân là những phương pháp đóng vai trò quan trọng trong quá trình điều trị. Cấu trúc và vị trí giải phẫu của vùng hạ họng - thanh quản phức tạp, cơ quan ở sâu khó thăm khám, các triệu chứng cơ năng giai đoạn sớm rất nghèo nàn, thăm khám ban đầu bằng soi gián tiếp khó phát hiện các tổn thương nhỏ, nhất là các tổn thương tiền ung thư. Do đó, bệnh dễ bị bỏ qua ở giai đoạn đầu, khi phát hiện được thì đã muộn, khối u đã lớn. Vấn đề điều trị gặp nhiều khó khăn hơn với chỉ định cắt bỏ thanh quản toàn bộ, di chứng sau điều trị nặng nề, bệnh nhân mất khả năng giao tiếp bằng giọng nói và tiên lượng trở nên trầm trọng hơn. Trong khi nếu bệnh được phát hiện sớm, cho phép thực hiện điều trị bảo tồn, cải thiện được chất lượng cuộc sống cho người bệnh và tiên lượng được coi là tốt nhất trong các ung thư của đường tiêu hóa và hô hấp trên. Đa số bệnh nhân được phát hiện bệnh khi không còn khả năng điều trị bảo tồn, thường phải tiến hành cắt thanh quản toàn bộ, kèm theo nạo vét hạch cổ. Để tìm hiểu kỹ hơn về ung thư thanh quản, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư thanh quản.

2. Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư thanh quản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư thanh quản

3.1.1. Tuổi

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi (n=31)

Nhóm tuổi	≤ 40	41 – 50	51 - 60	61 - 70	> 70	Tổng
Số BN	1	5	8	13	4	31
Tỷ lệ %	3,2	16,1	25,8	41,9	12,9	100,0
			67,6			
Tuổi TB	60,5 ± 9,8 tuổi					

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 31 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ung thư thanh quản tại khoa Tai Mũi Họng và Trung tâm Ung bướu của Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 03 năm 2018 đến tháng 05 năm 2019.

- Loại trừ những bệnh nhân có tiền sử điều trị ung thư thanh quản hoặc do tái phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp mô tả, tiến cứu, có can thiệp lâm sàng và theo dõi dọc.

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Lập bệnh án nghiên cứu và thăm khám lâm sàng.

+ Nội soi mềm dải ánh sáng hẹp và chụp cắt lớp vi tính.

+ Sinh thiết khối u chẩn đoán dưới gây mê nội khí quản.

+ Thực hiện các phương pháp điều trị thích hợp.

+ Chăm sóc, theo dõi bệnh nhân sau điều trị.

+ Tái khám và đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng, 6 tháng.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi và giới, yếu tố nguy cơ, triệu chứng cơ năng, vị trí u thanh quản, kết quả mô bệnh học, giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị, biến chứng sau phẫu thuật, đáp ứng khối u trên lâm sàng.

- Phân loại giai đoạn ung thư thanh quản: theo AJCC 2018.

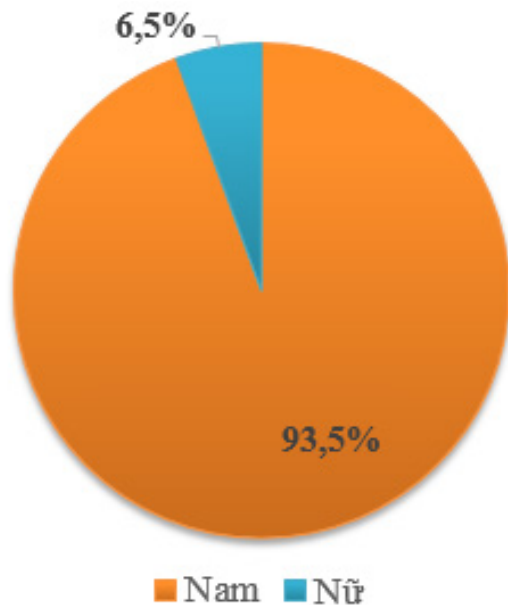
- Đáp ứng lâm sàng về khối u: theo đánh giá đáp ứng của khối u đặc RECIST 2000.

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm Excel 2013 và SPSS 20.0.

Bệnh viện Trung ương Huế

Độ tuổi 51 - 70 chiếm đa số 67,6%. Tuổi trung bình $60,5 \pm 9,8$ tuổi (39 - 83 tuổi).

3.1.2. Giới



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo giới (n=31)

Có 29 bệnh nhân nam (93,5%) cao hơn rất nhiều so với nữ (6,5%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.1.3. Yếu tố nguy cơ

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ (n=31)

Yếu tố nguy cơ	Số BN	Tỷ lệ %
Hút thuốc lá và uống rượu	12	38,7
Hút thuốc lá	11	35,5
Viêm thanh quản mạn tính, trào ngược dạ dày-thực quản	8	25,8
Tiếp xúc môi trường độc	7	22,6
Thức ăn nướng, lên men	6	19,4
Uống rượu	3	9,7
Gia đình có người ung thư thanh quản	2	6,5

Số bệnh nhân bị ung thư thanh quản vừa hút thuốc lá, vừa uống rượu chiếm tỷ lệ cao nhất 38,7%, tiếp đến là hút thuốc lá 35,5%.

3.1.4. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3: Triệu chứng cơ năng khiến bệnh nhân nhập viện (n=31)

Triệu chứng cơ năng	Số BN	Tỷ lệ %
Khàn tiếng	26	83,9
Đau họng	12	38,7
Ho	10	32,3
Nuốt khó	9	29,0
Khó thở	9	29,0
Hơi thở hôi	3	9,7

Khàn tiếng là triệu chứng thường gặp nhất trên bệnh nhân chiếm 83,9%, đau họng có tỷ lệ 38,7%, tiếp đến là ho chiếm 32,3%.

3.1.5. Vị trí khối u thanh quản

Bảng 4: Vị trí khối u thanh quản (n=31)

Vị trí khối u	Số BN	Tỷ lệ %
Thanh môn - thượng thanh môn	14	45,2
Thanh môn	9	29,0
Thượng thanh môn	6	19,4
Thanh môn - hạ thanh môn	2	6,5
Hạ thanh môn	0	0,0
Tổng	31	100,0

Đa số u ở vị trí thanh môn - thượng thanh môn có 14 bệnh nhân chiếm 45,2%, không có bệnh nhân nào u nằm ở hạ thanh môn. Sự khác biệt vị trí không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.6. Kết quả mô bệnh học

Bảng 5: Phân loại mô bệnh học (n=31)

Tính chất	Số BN	Tỷ lệ %
Biểu mô vảy	31	100,0
Biểu mô tuyến	0	0,0
Loại khác	0	0,0
Tổng	31	100,0

100% bệnh nhân có kết quả biểu mô vảy. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.1.7. Chẩn đoán giai đoạn bệnh

Bảng 6: Chẩn đoán giai đoạn bệnh (n=31)

Giai đoạn	Số BN	Tỷ lệ %	
Giai đoạn 0	0	0,0	
Giai đoạn I	4	12,9	
Giai đoạn II	8	25,8	64,5%
Giai đoạn III	12	38,7	
Giai đoạn IV	7	22,6	
Tổng	31	100,0	

Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thanh quản trong nghiên cứu của chúng tôi ở vào giai đoạn II, giai đoạn III với tỷ lệ 64,5%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Kết quả điều trị ung thư thanh quản

3.2.1. Phương pháp điều trị

Bảng 7: Phương pháp điều trị (n=31)

Phương pháp điều trị	Số BN	Tỷ lệ %
Phối hợp phẫu thuật và xạ trị	9	29,0
Xạ trị và hóa trị	9	29,0
Phẫu thuật đơn thuần	7	22,6
Xạ trị đơn thuần	5	16,1
Điều trị triệu chứng	1	3,2
Tổng	31	100,0

3.2.3. Đáp ứng lâm sàng về khối u

Bảng 9: Kết quả đáp ứng lâm sàng sau điều trị về khối u

Kết quả đáp ứng lâm sàng sau điều trị về khối u	3 tháng (n=23)		6 tháng (n=22)	
	Số BN	%	Số BN	%
Đáp ứng hoàn toàn	15	65,2	21	95,5
Đáp ứng một phần	8	34,8	1	4,5
Không đáp ứng	0	0,0	0	0,0
Bệnh tiến triển	0	0,0	0	0,0

Sau 3 tháng điều trị có 15 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn tỷ lệ 65,2%, 8 trường hợp đáp ứng một phần tỷ lệ 34,8%. Sau 6 tháng điều trị có 95,5% bệnh nhân đáp ứng điều trị trên lâm sàng, đáp ứng một phần 4,5%. Sự đáp ứng lâm sàng sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trong số các phương pháp thì phối hợp phẫu thuật và xạ trị và hóa xạ trị có tỷ lệ cao nhất 29%, phẫu thuật đơn thuần 22,6%, xạ trị đơn thuần có tỷ lệ 16,1%, điều trị triệu chứng chỉ chiếm 3,2%.

3.2.2. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 8: Biến chứng sau phẫu thuật (n=16)

Biến chứng sau phẫu thuật	Số BN	Tỷ lệ %
Không có biến chứng	9	56,2
Tụ dịch, tràn khí ổ mỗ	4	25,0
Dò họng	2	12,5
Chảy máu	1	6,3
Nhiễm trùng ổ mỗ	0	0,0

Trong số 16 bệnh nhân được phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật chiếm 43,8%, phân bố như sau: 4 bệnh nhân bị tụ dịch, tràn khí ổ mỗ chiếm tỷ lệ 25%, 2 bệnh nhân dò vùng họng chiếm tỷ lệ 12,5%, có 1 bệnh nhân chảy máu sau phẫu thuật chiếm 6,3%. Không có bệnh nhân nào nhiễm trùng ổ mỗ.

Bệnh viện Trung ương Huế

3.2.4. Mối liên quan giữa giai đoạn bệnh với phương pháp điều trị

Bảng 10: Mối liên quan giữa giai đoạn bệnh và phương pháp điều trị (n=31)

GIAI ĐOẠN BỆNH	PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ											
	PT đơn thuần		Phẫu thuật và xạ trị		Xạ trị đơn thuần		Xạ trị và hóa trị		Điều trị triệu chứng		Tổng	
	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
Giai đoạn I	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0
Giai đoạn II	1	12,5	2	25,0	5	62,5	0	0,0	0	0,0	8	100,0
Giai đoạn III	1	8,3	7	58,3	0	0,0	3	25,0	1	8,3	12	100,0
Giai đoạn IV	1	14,3	0	0,0	0	0,0	6	85,7	0	0,0	7	100,0
Tổng	7	22,6	9	29,0	5	16,1	9	29,0	1	3,2	31	100,0

Ở giai đoạn I số bệnh nhân phẫu thuật đơn thuần chiếm 100%. Ở giai đoạn II bệnh nhân được xạ trị đơn thuần chiếm 62,5%. Ở giai đoạn III đa số bệnh nhân đều được phẫu thuật và xạ trị tỷ lệ 58,3%. Ở giai đoạn IV bệnh nhân chủ yếu hóa xạ trị với tỷ lệ 85,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư thanh quản

Bảng 1 cho thấy độ tuổi 51 - 70 chiếm đa số 67,7%. Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu của chúng tôi là 60,5 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 39 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 83 tuổi. Nam giới có tỷ lệ 93,5% lớn hơn nhiều so với nữ giới là 6,5% với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Tuổi và giới trong nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu trước đó của Võ Nguyễn Hoàng Khôi với độ tuổi trung bình là 60,5 tuổi và Lê Chí Thông độ tuổi từ 50 - 59 hay gặp với tỷ lệ 71,8% [4], [6].

Số bệnh nhân bị ung thư thanh quản vừa hút thuốc lá, vừa uống rượu chiếm tỷ lệ cao nhất 38,7%, tiếp đến là hút thuốc lá 35,5% (bảng 2). Ung thư biểu mô tế bào vảy thanh quản có liên quan mạnh mẽ đến việc hút thuốc lá. Ước tính nó chiếm hơn 70% ung thư thanh quản và lên đến 89% nếu có uống rượu. Có 66% bệnh nhân trong nhóm thử nghiệm có tiền sử hút thuốc lá thường xuyên so với nhóm chứng chỉ chiếm 6%. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả của tác giả khác cho thấy có sự giảm đáng kể tình trạng hút thuốc lá và bia rượu. Lạm dụng thuốc lá và rượu thường xuyên dẫn đến

nhiều yếu tố rủi ro. Vì vậy, bệnh nhân lớn tuổi hút thuốc và uống rượu nhiều thường liên quan đến ung thư thanh quản.

Khàn tiếng là triệu chứng thường gặp nhất trên bệnh nhân chiếm 83,9%, đau họng có tỷ lệ 38,7%, tiếp đến là ho chiếm 32,3%. Kết quả này tương đương với tác giả Vũ Văn Bản 100% bệnh nhân có triệu chứng khàn tiếng [1]. Với các ung thư dây thanh, triệu chứng sớm nhất là khàn tiếng với đặc điểm tiến triển chậm nhưng càng ngày càng tăng và không bao giờ tự khỏi kể cả khi bệnh nhân dùng thuốc kháng sinh, chống phù nề. Khi u lan rộng, đặc biệt là khi đã lan tới mép trước thì khàn tiếng nặng hơn và sau đó kèm theo ho từng cơn. Khó thở thường xuất hiện ở giai đoạn muộn của bệnh, khi u đã to, sùi loét hoặc bội nhiễm.

Ở bảng 4 đa số u ở vị trí thanh môn - thượng thanh môn chiếm 45,2%, thanh môn 29%, thượng thanh môn 19,4%. Kết quả của chúng tôi gần tương đương với tác giả Lê Minh Kỳ, Đỗ Văn Khánh cho thấy rằng các u ở thanh quản thường gây triệu chứng khàn tiếng là triệu chứng đầu tiên của bệnh là lý do bệnh nhân đến khám [3], [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân có kết quả biểu mô vảy. Sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê với $p < 0,01$. Kết quả này tương đương với tác giả Trần Long Giang có tỷ lệ 100% ung thư biểu mô tế bào vảy. Theo thống kê của Mount Sinai Medical Center từ năm 1994 đến 2003 về chẩn đoán mô học cho 479 bệnh nhân có khối u ác tính thanh quản thì có 383 bệnh nhân có type ung thư biểu mô tế bào vảy có tỷ lệ 79,9% [7].

Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thanh quản trong nghiên cứu của chúng tôi ở vào giai đoạn II, giai đoạn III với tỷ lệ 64,5% (bảng 6). Về chẩn đoán giai đoạn ung thư thanh quản nghiên cứu của các tác giả có sự thay đổi lớn, không tương đồng nhau, điều này dễ hiểu bởi vì đánh giá giai đoạn TNM phải dựa vào 3 tiêu chí là T khối u, N hạch di căn và M di căn xa. Có tác giả T chỉ vào giai đoạn T1 T2 nhưng đã có di căn hạch, ngược lại có bệnh T3 hoặc T4 nhưng chưa di căn hạch cổ. Do vậy đánh giá TNM rất quan trọng trên lâm sàng, nó quyết định rất lớn đến phương pháp phẫu thuật và tiên lượng bệnh nhân.

4.2. Kết quả điều trị ung thư thanh quản

Về điều trị ở bảng 7, trong số các phương pháp thì phối hợp phẫu thuật và xạ trị và hóa xạ trị có tỷ lệ cao nhất 29%, phẫu thuật đơn thuần 22,6%, xạ trị đơn thuần có tỷ lệ 16,1%, điều trị triệu chứng chỉ chiếm 3,2%. Theo Newman J. R. và cộng sự nghiên cứu trên 6.647 bệnh nhân ung thư thanh quản từ năm 1973 đến 2003, ghi nhận có khuynh hướng xạ trị thay thế phẫu thuật (tỷ lệ điều trị tia xạ tăng từ 43,1% lên 52,1%), phẫu thuật kết hợp xạ trị không thay đổi nhiều (tỷ lệ 43,6%) và bệnh nhân được phẫu thuật đơn thuần giảm từ 14% còn 7,3% [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân phẫu thuật kết hợp xạ trị chiếm đa số, những bệnh nhân này đa số là cắt thanh quản toàn phần + nạo vét hạch cổ kết hợp với xạ trị, những bệnh nhân không được phẫu thuật thì có thể xạ trị đơn thuần hoặc hóa xạ trị kết hợp. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi có những bệnh nhân phẫu thuật nhưng không xạ trị, ngược lại có bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nhưng không phẫu thuật mà xạ trị luôn.

Tỷ lệ bệnh nhân không có biến chứng sau phẫu thuật chiếm 56,2%, có 4 bệnh nhân bị tụ dịch, tràn

khí ổ mổ tỷ lệ 25%, có 2 bệnh nhân dò vùng họng tỷ lệ 12,5% và 1 bệnh nhân chảy máu sau phẫu thuật có tỷ lệ 6,3%, không có bệnh nhân nào nhiễm trùng ổ mổ. Những bệnh nhân tụ dịch, tràn khí ổ mổ điều trị nội khoa ổn định, tuy nhiên có 2 bệnh nhân dò họng đã được cắt thanh quản toàn phần + nạo vét hạch cổ, biến chứng dò họng điều trị lâu dài và dai dẳng nhất.

Sau 3 tháng điều trị có 15 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn tỷ lệ 65,2%, 8 trường hợp đáp ứng một phần tỷ lệ 34,8%. Sau 6 tháng điều trị có 95,5% bệnh nhân đáp ứng điều trị trên lâm sàng, đáp ứng một phần 4,5%. Sự đáp ứng lâm sàng sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tiêu chí của chúng tôi đánh giá phân độ đáp ứng của khối u đặc RECIST - 2000 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumours - 2000). Theo phân độ RECIST - 2000, đáp ứng điều trị khối u được đánh giá sau kết thúc đợt xạ trị hoặc hóa trị cuối cùng tối thiểu là 4 tuần [8].

Ở giai đoạn I có 100% bệnh nhân được phẫu thuật đơn thuần. Ở giai đoạn II bệnh nhân được xạ trị đơn thuần chiếm 62,5%. Ở giai đoạn III đa số bệnh nhân đều được phẫu thuật và xạ trị tỷ lệ 58,3%. Ở giai đoạn IV bệnh nhân chủ yếu hóa xạ trị với tỷ lệ 85,7%. Chúng tôi phẫu thuật và xạ trị chủ yếu ở giai đoạn III, giai đoạn IV khi khối u xâm lấn thì hóa xạ trị là phương pháp điều trị chủ yếu. Tuy nhiên việc điều trị còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi, điều kiện sức khỏe bệnh nhân, sự đồng ý của bệnh nhân, tác động của gia đình, bạn bè...

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 31 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ung thư thanh quản tại Khoa Tai Mũi Họng và Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi có kết luận sau:

5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư thanh quản

- Độ tuổi 51 - 70 chiếm đa số 67,7%. Tuổi trung bình $60,5 \pm 9,8$ tuổi (39 - 83 tuổi). Nam có tỷ lệ 93,5% gặp nhiều hơn nữ với tỷ lệ 6,5%.

- Số bệnh nhân bị ung thư thanh quản vừa hút thuốc lá, vừa uống rượu chiếm tỷ lệ cao nhất 38,7%, tiếp đến là hút thuốc lá 35,5%.

Bệnh viện Trung ương Huế

- Khàn tiếng là triệu chứng thường gặp nhất trên bệnh nhân chiếm 83,9%, đau họng có tỷ lệ 38,7%, tiếp đến là ho chiếm 32,3%.

- Đa số u ở vị trí thanh môn - thượng thanh môn chiếm 45,2%. Tất cả 31 bệnh nhân đều có kết quả xét nghiệm mô bệnh học là biểu mô vảy.

- Ung thư thanh quản được phát hiện ở giai đoạn II, giai đoạn III chiếm tỷ lệ 64,5%.

5.2. Kết quả điều trị ung thư thanh quản

- Các phương pháp điều trị thì phối hợp phẫu thuật và xạ trị và hóa xạ trị có tỷ lệ cao nhất 29%,

phẫu thuật đơn thuần 22,6%, điều trị triệu chứng chỉ chiếm 3,2%.

- Tỷ lệ bệnh nhân không có biến chứng sau phẫu thuật chiếm 56,2%.

- Sau 3 tháng điều trị có 15 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn tỷ lệ 65,2%, 8 trường hợp đáp ứng một phần tỷ lệ 34,8%. Sau 6 tháng điều trị có 95,5% bệnh nhân đáp ứng điều trị trên lâm sàng, đáp ứng một phần có tỷ lệ 4,5%.

- Đa số bệnh nhân đều được phẫu thuật và xạ trị ở giai đoạn III chiếm tỷ lệ 62,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Bản (2015), Đánh giá giá trị chẩn đoán sớm ung thư vòm mũi họng, ung thư thanh quản và ung thư hạ họng bằng nội soi bước sóng ngắn, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Trần Long Giang (2013), Khảo sát di căn hạch nhóm II, III, IV trong ung thư thanh quản tại bệnh viện Chợ Rẫy, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
3. Đỗ Văn Khánh (2014), Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, nội soi, cắt lớp vi tính và mô bệnh học của ung thư biểu mô thanh quản, Khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
4. Võ Nguyễn Hoàng Khôi (2017), Đặc điểm hậu phẫu của bệnh nhân cắt thanh quản toàn phần tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy từ 4/2016 -7/2017, Luận án chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
5. Lê Minh Kỳ và cs (2015), Nghiên cứu ứng dụng vi phẫu thuật thanh quản Laser CO2 trong điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm, Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam, 60-25(1), 27-31.
6. Lê Chí Thông (2018), Nghiên cứu giá trị của nội soi mềm dải ánh sáng hẹp trong chẩn đoán và theo dõi sau điều trị ung thư hạ họng và ung thư thanh quản, Luận án chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Dược Huế.
7. Barnes L. et al. (2017), Tumours of the Hypopharynx, Larynx and Trachea, Pathology and Genetics Heck and Neck Tumours, 108-162.
8. Eisenhauer E. A. et al. (2009), New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1), European Journal of Cancer, 45(2), 228-47.
9. Newman J. R. et al. (2014), Survival Trends in Hypopharyngeal Cancer: A Population-Based Review, Laryngoscope 00: Month 2014, 1-6.