

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SINH THIẾT TỨC THÌ CỦA UNG THƯ THANH QUẢN ĐƯỢC PHẪU THUẬT BẰNG LASER CO₂ QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH TỪ 06/2020 ĐẾN 06/2021

Huỳnh Nguyễn Xuân Thảo¹, Trần Phan Chung Thủy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phát hiện sớm ung thư thanh quản để có thể phẫu thuật bằng laser là vấn đề cấp thiết.

Mục tiêu: Khảo sát lâm sàng, cận lâm sàng ung thư thanh quản phẫu thuật laser CO₂ qua nội soi và đánh giá các biên phẫu thuật bằng sinh thiết tức thì.

Đối tượng và phương pháp: Bệnh nhân ung thư thanh quản phẫu thuật laser CO₂ qua nội soi tại bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu cắt ngang mô tả cho nhóm tiến cứu và thống kê hồi cứu cho nhóm hồi cứu.

Kết quả: Lý do vào viện chủ yếu là khàn tiếng. Soi thanh quản ống mềm thấy u xâm lấn mép trước (53,3%) và u xâm lấn thanh thất Morgagni (13,3%). Soi thanh quản trực tiếp dưới gây mê thấy u xâm lấn mép trước (26,7%) và u xâm lấn thanh thất Morgagni (6,7%). Giai đoạn khô u (AJCC 7) gồm giai đoạn 0 (10%); giai đoạn I (83,3%); giai đoạn II (6,7%). Giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư tế bào gai tại chỗ (10%), biệt hóa cao (33,3%); biệt hóa vừa (56,7%). 6 trường hợp sinh thiết tức thì có biên phẫu thuật dương tính (20%). Vị trí biên phẫu thuật dương tính gồm biên trước (66,7%), biên sau (16,7%) và biên dưới (16,7%).

Kết luận: Phát hiện sớm ung thư thanh quản là cần thiết để có thể phẫu thuật laser. Vi phẫu bằng laser kết hợp sinh thiết tức thì là phương pháp hiệu quả trong điều trị ung thư thanh quản tăng thanh môn giai đoạn sớm.

Từ khóa: sinh thiết tức thì, ung thư thanh quản, vi phẫu

ABSTRACT

CLINICAL SYMPTOMS, PARACLINICAL CHARACTERISTICS, AND FROZEN-SECTION BIOPSY RESULTS OF PATIENTS WITH LARYNGEAL CANCER TREATED WITH TRANSORAL LASER MICROSURGERY AT EAR NOSE THROAT HOSPITAL OF HOCHIMINH CITY FROM 06/2020 TO 06/2021

Huynh Nguyen Xuan Thao, Tran Phan Chung Thuy

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 26 - No 1 - 2022: 330-336

Background: Early diagnosis of laryngeal carcinoma is necessary for transoral laser microsurgery.

Objective: Investigate clinical symptoms and paraclinical characteristics of patients with laryngeal carcinoma who had transoral laser microsurgery and intra-operative frozen-section biopsy.

Methods: Patients with laryngeal carcinoma who had transoral laser microsurgery at ENT hospital of Hochiminh City. Cross-sectional study and retrospective study.

Results: The major reason for hospitalization is voice hoarseness. We found anterior commissure invasion (53.3%) and laryngeal ventricle invasion (13.3%) on flexible laryngoscopy. We found commissure invasion (26.7%) and laryngeal ventricle invasion (6.7%) on direct laryngoscopy under general anesthesia. For tumor staging (AJCC 7), we found that stage 0 was 10%, stage I was 83.3%, and stage II was 6.7%. Post-operative

¹Bộ môn Tai Mũi Họng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bộ môn Tai Mũi Họng - Khoa Y - Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: BS. Huỳnh Nguyễn Xuân Thảo ĐT: 0969720630 Email: dr.huynhthao.hg@gmail.com

pathology showed that carcinoma in situ was 10%, high-differentiated squamous cell carcinoma was 33.3%, and moderately-differentiated squamous cell carcinoma was 56.7%. Six cases had positive margin (20%), which included: anterior margin (66.7%), posterior margin (16.7%), and inferior margin (16.7%).

Conclusions: *Early diagnosis of laryngeal carcinoma is necessary for transoral laser microsurgery. Transoral laser microscopy and frozen-section biopsy is effective for the treatment of early glottic carcinoma.*

Keywords: *frozen-section biopsy, laryngeal carcinoma, microsurgery*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản là ung thư thường gặp nhất trong các loại ung thư vùng đầu cổ⁽¹⁾. Triệu chứng sớm nhất của ung thư tầng thanh môn thường là khàn tiếng kéo dài⁽²⁾. Ở giai đoạn này nếu phát hiện và điều trị kịp thời tỉ lệ sống sau 5 năm đối với các khối u T₁N₀ là khoảng 90% và đối với các khối u T₂N₀ là 75%⁽³⁾. Vì vậy việc chẩn đoán và điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm là hết sức quan trọng. Ngày nay, với sự hỗ trợ của nội soi thanh quản ống mềm, soi thanh quản huỳnh quang, soi thanh quản trực tiếp dưới gây mê, chụp cắt lớp vi tính việc chẩn đoán ung thư thanh quản đã dần trở nên hiệu quả hơn và phát hiện được các khối u ở giai đoạn T₁ hoặc T₂.

Lê Minh Kỳ nhận thấy rằng phẫu thuật vi phẫu thanh quản bằng laser CO₂ đã bước đầu có hiệu quả trong điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm, cụ thể như bệnh nhân tránh được phẫu thuật mở, đa số không cần mở khí quản, hậu phẫu nhẹ nhàng, ít biến chứng⁽⁴⁾. Do đó, việc phát hiện ung thư thanh quản khi bệnh còn ở giai đoạn sớm để bệnh nhân có thể được phẫu thuật bằng laser là vô cùng cấp thiết. Tuy nhiên, hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, đặc biệt là tại Việt Nam.

Chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư thanh quản được phẫu thuật bằng laser CO₂ qua nội soi và đánh giá các biên phẫu thuật bằng sinh thiết tức thì trong lúc phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh từ 06/2020 đến 06/2021.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân ung thư thanh quản được phẫu thuật bằng laser CO₂ qua nội soi tại bệnh

viện Tai mũi họng Thành phố Hồ Chí Minh từ 06/2020 đến 06/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư biểu mô tế bào gai của dây thanh giai đoạn T₁, T₂.

Bệnh nhân điều trị lần đầu, trước đó chưa được điều trị bằng bất kỳ phương pháp nào khác.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có ung thư thanh quản không xuất phát từ tầng thanh môn hoặc có khối u kèm theo ở vị trí khác với ung thư thanh quản.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả cho nhóm bệnh nhân tiến cứu và thống kê hồi cứu hồ sơ bệnh án cũ cho nhóm bệnh nhân hồi cứu.

Cỡ mẫu

Nghiên cứu của chúng tôi theo phương pháp mô tả, tính chất bệnh hiếm gặp nên sử dụng chọn mẫu thuận tiện do đó không ước tính cỡ mẫu. Trong đề tài này chúng tôi nghiên cứu trên 30 mẫu.

Phương pháp thực hiện

Lâm sàng

- + Yếu tố nguy cơ: hút thuốc lá và uống rượu.
- + Lý do vào viện.
- + Thời gian xuất hiện triệu chứng cơ năng đầu tiên đến lúc nhập viện (tháng).
- + Qua soi thanh quản ống mềm và soi thanh quản trực tiếp dưới gây mê đánh giá: dây thanh nào có khối u, sự xâm lấn mép trước của khối u, sự xâm lấn qua các tầng thanh quản của khối u, sự di động của dây thanh.
- + Khám sụn giáp và khoang giáp móng

thanh thiết để đánh giá sự lan tràn của khối u ra những vùng này.

+ Khám hạch cổ để đánh giá các đặc tính về vị trí, số lượng, kích thước, mật độ, độ di động của hạch cổ (nếu có).

Cận lâm sàng

+ Chụp cắt lớp vi tính toàn bộ thanh quản (bề dày mỗi lát cắt 0,7 mm) để đánh giá có hay không có khối u trên cắt lớp vi tính (dựa vào sự dầy lên của phần mềm ở vị trí khối u và sự mất đối xứng hai bên), dây thanh nào có khối u, có hay không sự lan đến mép trước, sự xâm lấn qua các tầng thanh quản của khối u và sự di căn hạch của khối u.

+ Siêu âm hạch cổ giúp tìm hạch cổ nhỏ không phát hiện được trên lâm sàng, số lượng, vị trí, liên quan với mạch máu.

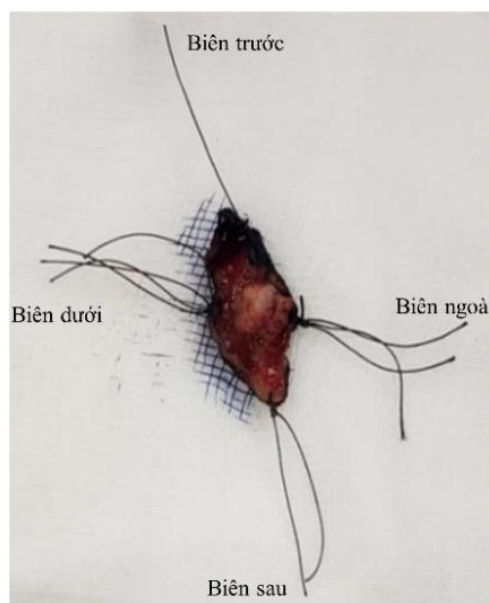
+ Giải phẫu bệnh trước và sau mổ: giải phẫu bệnh trước mổ là kết quả mô bệnh học của mẫu mô lấy từ khối u trên dây thanh nhằm chẩn đoán bản chất của khối u. Mẫu mô này lấy từ việc sinh thiết trong quá trình soi thanh quản trực tiếp dưới gây mê. Giải phẫu bệnh sau mổ: là kết quả mô bệnh học của khối u được lấy ra sau phẫu thuật cắt dây thanh bằng laser CO₂ và được gửi làm xét nghiệm mô bệnh học thường quy để lưu trữ. Dựa vào độ biệt hóa của tế bào và độ xâm nhập qua màng đáy theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới, chúng tôi chia thành: ung thư biểu mô tế bào gai biệt hóa cao, ung thư biểu mô tế bào gai biệt hóa vừa, ung thư biểu mô tế bào gai biệt hóa kém và ung thư biểu mô tế bào gai tại chỗ.

+ Xác định giai đoạn ung thư thanh quản: tổng hợp tất cả thăm khám lâm sàng, kết quả cận lâm sàng nhằm chẩn đoán xác định khối ung thư thanh quản và phân giai đoạn theo Ủy ban Liên hợp về Ung thư của Hoa Kỳ (American Joint Committee On Cancer viết tắt là AJCC) lần thứ 7 năm 2010.

Đánh giá biên phẫu thuật bằng sinh thiết tức thì trong lúc mổ

+ Tất cả bệnh nhân đều được lấy bốn mẫu

biên phẫu thuật trước, sau, ngoài và dưới của khối u để làm sinh thiết tức thì. Kết quả sinh thiết tức thì biên phẫu thuật được chia thành hai nhóm: biên phẫu thuật âm tính và biên phẫu thuật dương tính. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn biên phẫu thuật an toàn là 5 mm trên dây thanh trước cắt và 2 mm trên mẫu bệnh phẩm gửi sinh thiết tức thì



Hình 1: Mô tả cách đánh dấu biên phẫu thuật trên mẫu bệnh phẩm gửi sinh thiết tức thì

+ Vị trí biên phẫu thuật dương tính: chúng tôi đánh dấu vị trí biên phẫu thuật bằng chỉ silk 3/0. Thống nhất cách đánh dấu như sau: chỗ đánh dấu một sợi chỉ là biên trước của khối u, chỗ đánh dấu hai sợi chỉ là biên sau của khối u, chỗ đánh dấu ba sợi chỉ là biên ngoài của khối u, chỗ đánh dấu bốn sợi chỉ là biên dưới của khối u (Hình 1).

Phương pháp thống kê

Các dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0 cho Windows. Các biến số liên tục được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn. Các biến số không liên tục được trình bày dưới dạng trung vị hoặc khoảng nếu không có độ lệch chuẩn. Các biến số rời được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. So sánh giữa các nhóm dữ liệu định tính bằng kiểm định Chi bình phương hoặc

kiểm định Fisher Exact trong trường hợp bảng 2x2 có ít nhất một ô có giá trị kỳ vọng nhỏ hơn 5. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Y đức

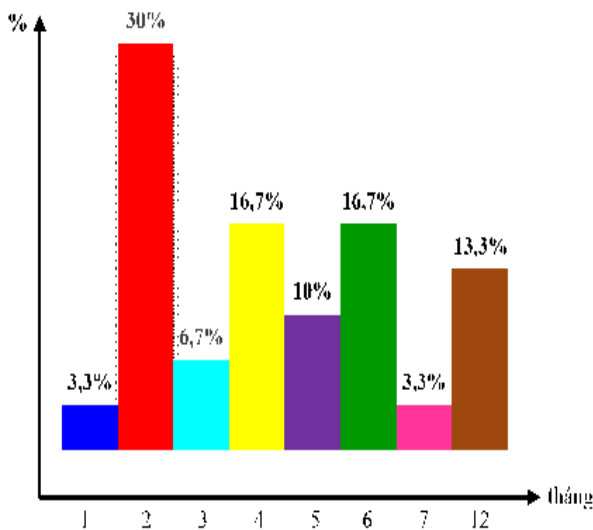
Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, số 502/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 25/08/2020

KẾT QUẢ

Lâm sàng

Trong 30 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, tất cả bệnh nhân này đều là nam. Tuổi trung bình là $59 \pm 7,5$ tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 44. Tuổi lớn nhất là 73. Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là từ 50 đến dưới 60 tuổi (46,7%). Nhóm lao động trí thức chiếm tỉ lệ thấp nhất với 16,7%, nhóm già - hưu trí chiếm tỉ lệ cao nhất với 43,3%.

Tất cả các BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều hút thuốc lá, trong đó có 30% bệnh nhân chỉ hút thuốc lá mà không uống rượu và 70% bệnh nhân vừa hút thuốc lá vừa uống rượu.



Hình 2: Phân bố thời gian xuất hiện khàn tiếng đến lúc nhập viện

Bảng 1: Đối chiếu sự xâm lấn mép trước qua soi thanh quản trực tiếp và soi thanh quản ống mềm

Sự xâm lấn mép trước của khối u	Soi thanh quản trực tiếp dưới gây mê		Tổng	p
	Có	Không		
Soi thanh quản ống mềm	Có	8 (50%)	8 (50%)	0,003 (Fisher)
	Không	0 (0%)	14 (100%)	
Tổng		8 (26,7%)	22 (73,3%)	30 (100%)

Trong số 30 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, lý do vào viện và cũng là triệu chứng cơ năng duy nhất của tất cả bệnh nhân là khàn tiếng nên chúng tôi đổi tên gọi biến thời gian xuất hiện triệu chứng cơ năng đầu tiên đến lúc nhập viện thành biến thời gian xuất hiện khàn tiếng đến lúc nhập viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian xuất hiện khàn tiếng đến lúc nhập viện của các bệnh nhân dao động từ 1 tháng đến 12 tháng. Nhóm bệnh nhân nhập viện sau 2 tháng khàn tiếng chiếm tỉ lệ cao nhất với 30%. Có những bệnh nhân nhập viện rất sớm từ lúc khàn tiếng kéo dài 1 tháng. Trong khi đó có đến 13,3% bệnh nhân khàn tiếng đến 12 tháng mới nhập viện điều trị (Hình 2).

Soi thanh quản ống mềm không ghi nhận trường hợp nào có dây thanh hạn chế di động.

Tất cả các trường hợp khi soi thanh quản ống mềm chưa xâm lấn mép trước thì soi thanh quản trực tiếp dưới gây mê cũng chưa xâm lấn mép trước. Trong 16 trường hợp khi soi thanh quản ống mềm phát hiện đã xâm lấn mép trước thì soi trực tiếp dưới gây mê chỉ thấy 50% trường hợp thực sự xâm lấn mép trước. Sự khác biệt khi đánh giá tình trạng xâm lấn mép trước của khối u qua soi thanh quản ống mềm và soi thanh quản trực tiếp dưới gây mê là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Bảng 1).

Qua soi thanh quản ống mềm phát hiện 13,3% bệnh nhân có khối u xâm lấn thanh thất Morgagni. Tuy nhiên khi soi thanh quản trực tiếp dưới gây mê chỉ phát hiện 6,7% trường hợp. Không có trường hợp nào phát hiện khối u xâm lấn xuống hạ thanh môn kể cả khi soi thanh quản ống mềm và soi thanh quản trực tiếp dưới gây mê (Bảng 2).

Bảng 2: Sự xâm lấn qua các tầng thanh quản của khối u

Sự xâm lấn qua các tầng thanh quản của khối u	Soi thanh quản ống mềm		Soi thanh quản trực tiếp dưới gây mê	
	Tần suất (n)	Tỉ lệ (%)	Tần suất (n)	Tỉ lệ (%)
Xâm lấn thanh thất Morgagni	4	13,3	2	6,7
Khối u chỉ khu trú trên dây thanh	26	86,7	28	93,3
Xâm lấn hạ thanh môn	0	0	0	0
Tổng	30	100	30	100

Chúng tôi chỉ phát hiện một trường hợp khối u xâm lấn mép trước trên phim cắt lớp vi tính. Trong khi đó, soi thanh quản trực tiếp dưới gây mê phát hiện có đến 8 trường hợp (26,7%) khối u đã xâm lấn mép trước. Sự khác biệt khi đánh giá tình trạng xâm lấn mép trước của khối u qua cắt lớp vi tính và soi thanh quản trực tiếp dưới gây mê là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

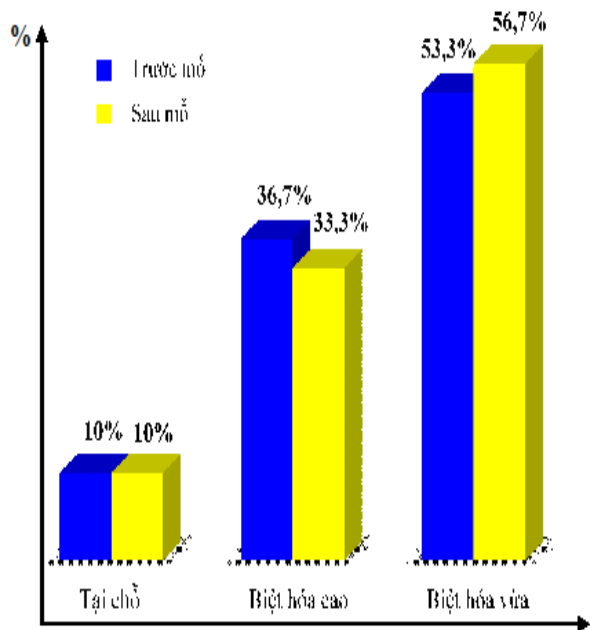
Cận lâm sàng

Chúng tôi nhận thấy, trên phim cắt lớp vi tính, tất cả bệnh nhân có khối u ở một bên dây thanh. Tuy nhiên sau phẫu thuật có 13,3% trường hợp khối u ở hai bên dây thanh nhưng cắt lớp vi tính không phát hiện được. Có sự khác biệt khi đánh giá dây thanh có khối u qua cắt lớp vi tính và sau phẫu thuật ($p < 0,05$).

Về hạch cổ, không có bệnh nhân có hạch cổ sờ được trên lâm sàng. Khi siêu âm và chụp cắt lớp vi tính cũng không phát hiện hạch cổ nghi ngờ ác tính trên tất cả các bệnh nhân.

Về giai đoạn ung thư thanh quản, bệnh nhân ở giai đoạn I chiếm tỉ lệ cao nhất với 83,3% trong đó có 73,3% trường hợp khối u có phân độ T_{1a}N₀M₀, 10% trường hợp khối u có phân độ là T_{1b}N₀M₀; tiếp theo là bệnh nhân ở giai đoạn 0 (T_{is}N₀M₀) với tỉ lệ 10%; thấp nhất là bệnh nhân ở giai đoạn II (T₂N₀M₀) với tỉ lệ 6,7%.

Về giải phẫu bệnh trước và sau mổ, có ba loại phân độ mô bệnh học là ung thư tế bào gai tại chỗ, ung thư tế bào gai biệt hóa cao, và ung thư tế bào gai biệt hóa vừa. Tỉ lệ cao nhất ở nhóm ung thư biểu mô tế bào gai biệt hóa vừa với tỉ lệ trước mổ là 53,3% và tỉ lệ sau mổ là 56,7%. Có một trường hợp bệnh nhân có sự chênh lệch từ biệt hóa cao trước mổ xuống biệt hóa vừa sau mổ (Hình 3).



Hình 3: Phân bố mức độ biệt hóa ung thư biểu mô tế bào gai trước và sau mổ (n=30)

Đánh giá biên phẫu thuật bằng sinh thiết tức thì

Về kết quả sinh thiết tức thì biên phẫu thuật, có 6 mẫu dương tính của 6 bệnh nhân (chiếm 20%). Trong đó có 4 mẫu (66,6%) dương tính ở vị trí biên trước của khối u. Ở vị trí biên sau và biên dưới có một mẫu dương tính (16,7%). Không có trường hợp nào biên phẫu thuật dương tính ở vị trí biên ngoài của khối u. Trong số 6 bệnh nhân có biên phẫu thuật dương tính, số bệnh nhân có khối u đã xâm lấn mép trước và không xâm lấn mép trước qua soi thanh quản trực tiếp dưới gây mê có tỉ lệ bằng nhau. Đa số khối u nằm ở toàn bộ một bên dây thanh với tỉ lệ 66,6% (Bảng 3). Các bệnh nhân còn lại có khối u nằm ở 2/3 trước hoặc ở cả hai bên dây thanh với cùng tỉ lệ là 16,7%.

Bảng 3: Phân bố vị trí khối u qua soi thanh quản trực tiếp dưới gây mê ở bệnh nhân có biên phẫu thuật dương tính (n=6)

Vị trí của khối u	Xâm lấn mép trước		Không xâm lấn mép trước		Tổng	
	Tần suất (n)	Tỉ lệ (%)	Tần suất (n)	Tỉ lệ (%)	Tần suất (n)	Tỉ lệ (%)
2/3 trước 1 bên dây thanh	0	0	1	16,7	1	16,7
Toàn bộ 1 bên dây thanh	2	33,3	2	33,3	4	66,6
Hai bên dây thanh	1	16,7	0	0	1	16,7
Tổng	3	50	3	50	6	100

BÀN LUẬN

Chúng tôi nhận thấy triệu chứng khàn tiếng là triệu chứng cơ năng duy nhất và sớm nhất ở tất cả các bệnh nhân. Kết quả này giống với nhiều nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Quang Trung⁽⁵⁾.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian bệnh nhân xuất hiện khàn tiếng dao động trong khoảng rộng từ một tháng đến mười hai tháng, đa số là nằm trong khoảng từ hai đến sáu tháng, có những bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán lúc một tháng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của nhóm tác giả Nguyễn Đình Phúc và Phạm Văn Hữu⁽⁶⁾. Các tác giả này nghiên cứu trên 53 bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn sớm (T₁) nhận thấy rằng đa phần bệnh nhân được khám và điều trị trong vòng sáu tháng đầu (69,8%), thời gian tiến triển khàn tiếng sớm nhất là một đến hai tháng và có thể đến một năm.

Trường hợp u không phát hiện được bằng cắt lớp vi tính có thể do khối u nhỏ, ở bề mặt dây thanh, chưa xâm lấn sâu, dây thanh vẫn còn di động tốt. Do đó có thể nhận định rằng rất khó để phát hiện khối u dây thanh ở giai đoạn sớm qua cắt lớp vi tính. Những trường hợp này cần soi thanh quản trực tiếp dưới gây mê để đánh giá kỹ lưỡng hơn trước khi tiến hành phẫu thuật.

Về giai đoạn của ung thư thanh quản, kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Hendriksma M nghiên cứu ung thư thanh môn giai đoạn sớm T_{is} đến T₂ điều trị bằng laser CO₂ ghi nhận giai đoạn I chiếm tỉ lệ cao nhất (59,5%), tiếp theo là giai đoạn 0 (22,6%), và giai đoạn II (17,9%).

Chúng tôi ghi nhận 20% trường hợp có biên phẫu thuật dương tính. Tỉ lệ này cao hơn so với

nghiên cứu của Lê Minh Kỳ⁽⁴⁾. Nhóm tác giả ghi nhận tỉ lệ là 1/50 trường hợp có biên phẫu thuật dương tính khi nghiên cứu trên 50 bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn T₁, T₂ được phẫu thuật bằng laser CO₂ qua đường miệng. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Fang TJ⁽⁷⁾. Các tác giả ghi nhận 32% bệnh nhân có biên phẫu thuật dương tính sau lần cắt đầu tiên khi nghiên cứu trên 75 bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn sớm được phẫu thuật bằng laser.

Kết quả sinh thiết tức thì biên phẫu thuật của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Huệ và Tống Xuân Thắng⁽⁸⁾. Tác giả Nguyễn Thị Huệ ghi nhận bảy trường hợp có kết quả biên phẫu thuật dương tính. Vị trí khối u của bảy bệnh nhân này cũng nằm nhiều nhất là ở toàn bộ dây thanh và phía trước dây thanh, không có khối u ở phía sau dây thanh.

KẾT LUẬN

Bệnh nhân ung thư thanh quản được phẫu thuật bằng laser CO₂ qua nội soi chủ yếu là những bệnh nhân có khối u còn ở giai đoạn sớm T₁, T₂. Khàn tiếng là triệu chứng cơ năng sớm nhất và duy nhất cho đến lúc nhập viện. Phát hiện sớm ung thư thanh quản là cần thiết để bệnh nhân có thể được phẫu thuật cắt dây thanh bằng laser qua đường miệng. Vi phẫu bằng laser kết hợp sinh thiết tức thì là phương pháp hiệu quả trong điều trị ung thư thanh quản tăng thanh môn giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Iro H, Waldfahrer F (2006). Larynx and Trachea. In: Probst R, Grevers G, Iro H. Basic Otorhinolaryngology: A Step-by-Step Learning Guide, 2nd ed, pp.337-383. Thieme, Stuttgart.
2. Stinnett S, Chmielewska M, Akst LM. (2018). Update on Management of Hoarseness. *Medical Clinics of North America*, 102(6):1027-1040.

3. Hoffman HT, Iseli TA, Karnell LH, et al (2010). Management of Early Glottic Cancer. In: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, et al. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, 5th ed, pp.1512-1524. *Mosby (Elsevier)*, Missouri.
4. Lê Minh Kỳ, Hoàng Vũ Giang, Nguyễn Tiến Hùng và cộng sự (2015). Nghiên cứu ứng dụng vi phẫu thuật thanh quản laser CO₂ trong điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm. *Tai Mũi Họng Việt Nam*, 60-25(1):27-31.
5. Nguyễn Quang Trung, Võ Thanh Quang (2015). Đối chiếu tổn thương ung thư dây thanh giai đoạn sớm qua lâm sàng, nội soi và cắt lớp vi tính. *Tai Mũi Họng Việt Nam*, 60-27(3):57-64.
6. Nguyễn Đình Phúc, Phạm Văn Hữu (2010). Yếu tố nguy cơ và dấu hiệu khàn tiếng trong ung thư thanh quản giai đoạn sớm (T1). *Nghiên Cứu Y Học*, 67(2):53-57.
7. Fang TJ, Courey MS, Liao CT, et al (2013). Frozen margin analysis as a prognosis predictor in early glottic cancer by laser cordectomy. *Laryngoscope*, 123(6):1490-1495.
8. Nguyễn Thị Huệ, Tống Xuân Thắng (2018). Đánh giá giá trị của sinh thiết tức thì vùng rìa trong phẫu thuật bảo tồn ung thư biểu mô vảy thanh quản. *Tai Mũi Họng Việt Nam*, 63-40(2):76-83.

Ngày nhận bài báo:	07/12/2021
Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo:	10/02/2022
Ngày bài báo được đăng:	15/03/2022