

- Leucovorin As Adjuvant Treatment in Stage II or III Colon Cancer in the MOSAIC Trial. J Clin Oncol. 2009;27(19):3109-3116. doi:10.1200/JCO.2008.20.6771
3. **Võ Văn Kha.** Đánh giá kết quả điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ XELOX trong ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn II, III. Luận án Tiến sỹ Y học, trường Đại học Y Hà Nội, 2016.
 4. **Từ Thị Thanh Hương.** Đánh giá kết quả hóa trị hỗ trợ phác đồ FOLFOX4 trong ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn III. Luận án Tiến sỹ Y học, trường Đại học Y Hà Nội, 2019.
 5. **Tsai Y-J, Lin J-K, Chen W-S, et al.** Adjuvant FOLFOX treatment for stage III colon cancer: how many cycles are enough? Springerplus. 2016; 5(1):1318. doi:10.1186/s40064-016-2976-9
 6. **Nguyễn Quang Thái.** Nghiên cứu giá trị một số phương pháp chẩn đoán và kết quả sống 5 năm sau điều trị phẫu thuật ung thư đại tràng. Luận án Tiến sỹ Y học, trường Đại học Y Hà Nội, 2002.
 7. **Phan Thị Hồng Đức.** Hóa trị hỗ trợ carcinoma đại tràng giai đoạn III với phác đồ FOLFOX4. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2013;4:239-250.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XỬ TRÍ CÁC BIẾN CHỨNG VÀ DI CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN BẢO TỒN TRONG UNG THƯ THANH QUẢN

Phan Thanh Hưng¹, Tống Xuân Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ và đánh giá kết quả xử trí các biến chứng và di chứng của phẫu thuật cắt thanh quản bảo tồn trong ung thư thanh quản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, 219 bệnh nhân được phẫu thuật cắt thanh quản bảo tồn do ung thư thanh quản, tại bệnh viện tai mũi họng trung ương từ tháng 10/2018 đến 9/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ biến chứng là 17,4%, di chứng là 6,8%. Tỉ lệ biến chứng của từng phương pháp mở sụn giáp cắt dây thanh, cắt thanh quản bán phần ngang trên thanh môn, CHEP, Tucker lần lượt là 20,6%, 15,4%, 16,4%, 17,4%. Tỉ lệ di chứng của từng phương pháp là 0,9%, 38,5%, 14,5%, 6,8%. Tỉ lệ các biến chứng chảy máu 5%, tràn khí 9,5%, nhiễm trùng vết mổ 2,3%, viêm phổi 4,1%. Di chứng chỉ gặp hẹp thanh quản với tỉ lệ 6,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt thanh quản bảo tồn có tỉ lệ biến chứng và di chứng thấp. Các biến chứng và di chứng có thể xử lý được và đem lại kết quả tốt cho bệnh nhân.

Từ khóa: ung thư thanh quản, cắt thanh quản bảo tồn, biến chứng và di chứng.

SUMMARY

EVALUATE COMPLICATIONS AND SEQUELAE MANAGEMENT OUTCOME OF CONSERVATION LARYNGEAL SURGERY

Objective: To determine complications and sequelae rates postoperative of conservative laryngeal surgery for laryngeal cancer and evaluate results of management outcome. **Methods:** cross-sectional study of 219 patients underwent conservative laryngeal surgery in National ENT hospital from October 2018 to August 2021. **Result:** Complication

rate was 17.4% and sequela rate was 6.8%, complication rate of cordectomy, supraglottic horizontal, Tucker, CHEP was 20.6%, 15.4%, 16.4%, 17.4% respectively. Sequela rate of cordectomy, supraglottis, Tucker, CHEP was 0.9%, 38.5%, 14.5%, 6.8% sequentially. Rate of hemorrhage was 5%, emphysema was 9.5%, wound infection was 2.3% and pneumonia was 4.1%. **Conclusion:** the conservative laryngeal surgery has relatively low complication and sequela rates. Postoperative care and management of complication and sequela are important.

Keywords: laryngeal cancer, conservative laryngeal surgery, complication and sequela.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản chủ yếu xuất phát từ biểu mô dây thanh, vùng thượng thanh môn ít gặp hơn, vùng hạ thanh môn chiếm dưới 1%¹. Bệnh liên quan với tình trạng hút thuốc lá và uống nhiều rượu. Điều trị ung thư thanh quản chủ yếu là phẫu thuật và xạ trị, mục tiêu của điều trị không chỉ giải quyết bệnh tích khối u mà còn phải bảo tồn được chức năng của thanh quản. Phẫu thuật hiện nay có hai phương pháp cơ bản là phẫu thuật cắt thanh quản toàn bộ và phẫu thuật bảo tồn thanh quản.

Phẫu thuật cắt thanh quản bảo tồn áp dụng với các tổn thương u còn khu trú giúp bảo vệ chức năng nói, thở theo đường tự nhiên, tránh cho bệnh nhân phải mở khí quản vĩnh viễn. Có nhiều phương pháp phẫu thuật bảo tồn thanh quản khác nhau, tùy theo vị trí khối u và giai đoạn của khối u, tình trạng của người bệnh và thói quen của phẫu thuật viên, để lựa chọn phương pháp phẫu thuật thích hợp. Ngày nay cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, trang thiết bị, phẫu thuật bảo tồn thanh quản đã có nhiều tiến bộ. Tuy nhiên, vẫn không thể tránh khỏi các biến chứng và di chứng mắc phải sau

¹Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

²Trường đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thanh Hưng

Email: phanthanhung159@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2021

Ngày duyệt bài: 24.8.2021

phẫu thuật. Nó làm ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị, tăng chi phí chăm sóc người bệnh, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và thậm chí là tính mạng của người bệnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định tỉ lệ biến chứng, di chứng của phẫu thuật cắt thanh quản bảo tồn trong ung thư thanh quản và đánh giá kết quả xử trí các biến chứng và di chứng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. 219 bệnh nhân ung thư thanh quản được phẫu thuật cắt thanh quản bảo tồn tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW. Thời gian từ tháng 10/2018 đến tháng 8/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt thanh quản bảo tồn bằng các kỹ thuật sau: Mở sụn giáp cắt dây thanh; Cắt thanh quản bán phần ngang trên thanh môn; Cắt thanh quản bán phần ngang trên nhân tạo hình kiểu CHEP; Cắt thanh quản trán trước tạo hình kiểu Tucker.

- Hồ sơ ghi chép đầy đủ các thông tin (bệnh nhân hồi cứu).

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.

- Bệnh nhân ung thư thanh quản được điều trị bằng phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần hoặc cắt thanh quản nội soi sử dụng laser.

- Bệnh nhân có di chứng không được theo dõi đầy đủ.

2.2. Thiết kế nghiên cứu : Mô tả cắt ngang

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi trung bình là 61 (21-81).
 - Chủ yếu gặp ở nam giới 95,4%.
 - Tỉ lệ hút thuốc lá 81,3%, uống rượu 61,6%.
 - 25,6% có bệnh kèm theo: cao huyết áp, tim mạch, tiểu đường, COPD...

- Trong 219 bệnh nhân có 48,9% phẫu thuật mở sụn giáp cắt dây thanh, 5,9% cắt thanh quản bán phần ngang trên thanh môn, 25,1% cắt thanh quản bán phần ngang trên nhân tạo hình kiểu CHEP, 20,1% cắt thanh quản trán trước tạo hình kiểu Tucker.

- 52,% không nạo vét hạch, 28,7% nạo vét hạch một bên, 17,8% nạo vét hạch hai bên.

3.2. Tỉ lệ biến chứng và di chứng.

3.2.1 Tỉ lệ biến chứng và di chứng.

Bảng 3.1 Tỉ lệ các biến chứng và di chứng (N=219)

	Có		Không	
	n	%	n	%
Biến chứng	38	17,4	181	82,6
Di chứng	15	6,8	202	92,2

Trong 219 bệnh nhân nghiên cứu có 38 trường hợp bị biến chứng chiếm 17,4%, và 15 trường hợp có di chứng chiếm 6,8%.

3.2.2. Tỉ lệ biến chứng của các phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.2 Tỉ lệ biến chứng của từng phương pháp phẫu thuật (N=219)

Phương pháp phẫu thuật	Có		Không		p
	n	%	n	%	
Mở sụn giáp cắt dây thanh	22	20,6	85	79,4	0,585
Cắt thanh quản ngang trên thanh môn	2	15,4	11	84,6	
CHEP	9	16,4	46	83,6	
Tucker	5	17,4	39	82,6	

Tỉ lệ biến chứng cao nhất ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật mở sụn giáp cắt dây thanh 20,6%, tiếp đến lần lượt là ở nhóm phẫu thuật Tucker 16,4% và CHEP 16,4% thấp nhất ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật cắt thanh quản bán phần ngang trên thanh môn 15,4%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p= 0,585

3.2.3. Tỉ lệ di chứng của từng phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.3 Tỉ lệ di chứng của từng phương pháp phẫu thuật (N=219)

Phương pháp phẫu thuật	Có		Không		p
	n	%	n	%	
Mở sụn giáp cắt dây thanh	1	0,9	106	99,1	0.000
Cắt thanh quản ngang trên thanh môn	3	23,1	10	76,9	
CHEP	8	14,5	47	85,5	
Tucker	3	6,8	41	93,2	

Tỉ lệ di chứng cao nhất xảy ra ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt thanh quản ngang trên thanh môn 23,1%. Tiếp theo lần lượt là ở nhóm phẫu thuật CHEP 14,5% và Tucker 6,8%. Thấp nhất ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật mở sụn giáp cắt dây thanh 0,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0.000

3.3. Đánh giá kết quả xử trí các biến chứng và di chứng.

3.3.1. Biến chứng sau phẫu thuật cắt thanh quản bảo tồn

Bảng 3.4 Các loại biến chứng (N=219)

Biến chứng	n	%
Chảy máu	11	5%
Tràn khí	21	9,5%
Nhiễm trùng	5	2,3%
Viêm phổi	9	4,1%

Biến chứng gặp nhiều nhất là tràn khí 9,5%, tiếp theo là chảy máu 5%, viêm phổi 4,1%, tình

trạng nhiễm trùng gặp ít nhất với 2,3%

3.3.2. Xử trí chảy máu. Vị trí chảy máu gặp chủ yếu tại chân can nuyn7/11BN (63,6%), tại diện cắt u 3/11 BN (27,3%), vùng nạo vét hạch 1 BN (9,1%).

Bảng 3.5 Phương pháp xử trí chảy máu (N=11)

Xử trí	n	%
Băng ép	6	54,5
Nội soi cầm máu	3	27,3
Mở lại hốc mổ cầm máu	2	18,2

Phần lớn bệnh nhân được xử trí bằng cách băng ép 6/11 chiếm 54,5%, Có 2 trường hợp phải mở lại hốc mổ để cầm máu, và 3 trường hợp được tiến hành nội soi cầm máu.

3.3.4. Xử trí tràn khí. Có 21 bệnh nhân xuất hiện tràn khí sau mổ, 100% các bệnh nhân tràn khí dưới da, có 3 bệnh nhân xuất hiện tràn khí trung thất mức độ nhẹ. Các bệnh nhân đều được điều trị bằng cách băng ép, trong đó có 3 bệnh nhân phải tiến hành cắt chỉ vết mổ, không có trường hợp nào phải rạch da, hay đặt dẫn lưu dưới da. Hai bệnh nhân tràn khí trung thất được theo dõi tự phục hồi.

3.3.5. Xử trí nhiễm trùng vết mổ. Trong 5 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ, 100% đều được phối hợp kháng sinh để điều trị, có 3 trường hợp phải cắt chỉ vết mổ và hút sạch mủ, thay băng hàng ngày.

3.3.6. Điều trị viêm phổi. Sau mổ có 9 bệnh nhân bị viêm phổi, không có trường hợp nào bệnh nhân phải điều trị theo kháng sinh đồ, đa số bệnh nhân được phối hợp kháng sinh để điều trị, có 2/7 trường hợp chỉ cần thay kháng sinh.

3.3.7 Xử trí di chứng. Di chứng sau mổ xảy ra ở 15/219 BN(6,8%), tất cả đều là các di chứng về đường thở, với các nguyên nhân khác nhau gây hẹp thanh quản. Không gặp các di chứng về đường ăn làm cho bệnh nhân phải đặt sonde ăn, mở thông dạ dày hay cắt thanh quản toàn phần.

Bảng 3.6 Nguyên nhân gây hẹp thanh quản (N=15)

Nguyên nhân	n	%
Phù nề niêm mạc	4	26,7
Vạt niêm mạc	4	26,7
Tổ chức hạt	3	20
Seo hẹp	4	26,7

Nguyên nhân gây hẹp thanh quản do phù nề niêm mạc, vạt niêm mạc, sẹo hẹp ở mỗi nhóm là 4/15BN (26,7%), do tổ chức hạt là 3/15 BN.

Xử trí: 4 bệnh nhân phù nề niêm mạc được điều trị nội khoa, 11 bệnh nhân do nguyên nhân còn lại được điều trị bằng phẫu thuật nội soi sử dụng laser để chỉnh hình.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tỉ lệ biến chứng và di chứng. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được theo dõi sau mổ, tỉ lệ biến chứng 17,4%, các biến chứng chúng tôi gặp là chảy máu, tràn khí, nhiễm trùng vết mổ, viêm phổi, chúng tôi không gặp trường hợp nào rò ống họng sau mổ, và cũng không gặp trường hợp nào bị rò bạch huyết. Trong nghiên cứu của Ian Ganly² tiến hành trên 150 bệnh nhân năm 2009, tỉ lệ biến chứng chung 20%, biến chứng tại chỗ 11%, rò ống họng 4%, rò bạch huyết 1%. Có sự khác biệt trên là do trong số bệnh nhân của Ganly có 21 bệnh nhân phẫu thuật cứu trợ sau xạ trị thất bại.

Tỉ lệ biến chứng theo từng phương pháp phẫu thuật mở sụn giáp cắt dây thanh, cắt thanh quản ngang trên thanh môn, cắt thanh quản ngang trên nhẫn có tạo hình kiểu CHEP, cắt thanh quản kiểu Tucker lần lượt là 20,6%, 15,4%, 16,4%, 17,4%. Trong nghiên cứu của Tông Xuân Thăng³ tiến hành trên bệnh nhân cắt thanh quản tạo hình kiểu CHEP tỉ lệ biến chứng là 7,8% thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là do tác giả chỉ tập trung vào các biến chứng chảy máu, nhiễm trùng và rò, không đề cập đến biến chứng tràn khí và viêm phổi. Trong nghiên cứu của Lê Minh Kỳ⁴ tiến hành trên 17 bệnh nhân cắt thanh quản Tucker có ghi nhận một trường hợp chảy máu sau mổ.

Các bệnh nhân sau phẫu thuật bảo tồn thanh quản sẽ được tiến hành thay canyl shiley để tập nói, bắt đầu sớm các bài tập phục hồi chức năng về nuốt và nói. Nhờ đó tránh cho bệnh nhân tình trạng cứng khớp nhẫn phễu, và hình thành sẹo hẹp. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6,8% di chứng sau phẫu thuật, tất cả các di chứng là do hẹp thanh quản. Chúng tôi không ghi nhận các di chứng rối loạn nuốt khiến bệnh nhân phải đặt sonde ăn kéo dài, hay mở thông dạ dày.

Tỉ lệ di chứng cao nhất xảy ra ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt thanh quản ngang trên thanh môn 23,1%. Tiếp theo lần lượt là ở nhóm phẫu thuật CHEP 14,5% và Tucker 6,8%. Thấp nhất ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật mở sụn giáp cắt dây thanh 0,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.000$. Các bệnh nhân được phẫu thuật cắt thanh quản bán phần ngang trên thanh môn được áp dụng cho các bệnh nhân có khối u ở vùng thượng thanh môn, do đó nguy cơ di căn hạch sớm, nên các bệnh nhân sau mổ thường phải điều trị bổ trợ bằng xạ trị hoặc hóa xạ trị đồng thời, làm tăng nguy cơ phù nề niêm mạc, hình thành vạt niêm mạc và sẹo hẹp.

4.3 Đánh giá kết quả xử trí các biến chứng và di chứng. Chảy máu sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả ở mức độ nhẹ, không làm rối loạn huyết động, không có bệnh nhân nào phải truyền máu. Vị trí chảy máu gặp chủ yếu tại chân can nuyen 63,6%, do cầm máu không kỹ và sự di chuyển của can nuyen làm tổn thương các mạch máu, các trường hợp này đều được xử trí tại buồng bệnh bằng cách băng ép tại chỗ, có một bệnh nhân không cầm máu phải vào nhà mổ để tìm điểm chảy và cầm máu bằng đông điện. Có 3 bệnh nhân chảy máu tại diện cắt u được nội soi đốt điểm chảy tại nhà mổ. Một bệnh nhân chảy máu do nạo vét hạch cổ, khi mở lại hốc mổ thấy chảy máu từ nhánh của tĩnh mạch cảnh trong đã được buộc chỉ lại. Sau phẫu thuật tất cả bệnh nhân đều có kết quả tốt, không có trường hợp nào tái phát chảy máu lại.

Biến chứng tràn khí gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi với tỉ lệ 9,5%, tỉ lệ cao là do các bệnh nhân hầu hết được phẫu thuật mở khí quản, và mở sụn giáp hoặc cắt bỏ một phần sụn giáp. Tất cả các bệnh nhân đều có tràn khí dưới da, có 3 bệnh nhân xuất hiện tràn khí trung thất mức độ nhẹ. Các bệnh nhân đều xuất hiện tràn khí sau mổ một ngày có 3 bệnh nhân tràn khí sau khi rút can nuyen, do sau mổ bệnh nhân thường xuất ho nhiều. Các bệnh nhân được điều trị bằng cách ép, nghỉ ngơi tại giường bệnh, giảm ho, có 3 bệnh nhân xuất hiện tràn khí sau khi rút can nuyen và khâu lỗ mở khí quản nên đã được cắt chỉ và băng ép vùng cổ. Ba bệnh nhân tràn khí trung thất mức độ nhẹ không tăng lên, được hỗ trợ thở oxy, tình trạng tràn khí tự hết. Tất cả các bệnh nhân đều hết tràn khí sau 1 tuần. Không có trường hợp nào phải rạch da, đặt dẫn lưu dưới da hay dẫn lưu màng phổi khác với nghiên cứu của Manouchehr Aghajanzadeh⁵ tất cả các bệnh nhân đều được rạch da ở dưới xương đòn 2cm và đặt dẫn lưu dưới da. Có sự khác biệt này là do mức độ tràn khí ở các bệnh nhân của chúng tôi đều nhẹ.

Các bệnh nhân bị nhiễm khuẩn hốc mổ được điều trị bằng kháng sinh phối hợp, phổ rộng, kết hợp với kháng sinh chống kỵ khí. Trong đó có 3 trường hợp phải cắt chỉ vết mổ, hút sạch mủ và thay băng hàng ngày. Tất cả các bệnh nhân đều đáp ứng tốt sau một tuần điều trị. Để giảm nguy cơ nhiễm khuẩn hốc mổ trong quá trình phẫu thuật cần bộc lộ phẫu trường tối ưu nhất, hạn chế tổn thương các mô không cần thiết, cầm máu kỹ hốc mổ, đảm bảo trường mổ luôn được giữa ẩm, trước khi đóng hốc mổ cần cầm máu kỹ, rửa sạch phẫu trường. Chăm sóc sau mổ phải

đảm bảo vô khuẩn, kiểm tra dẫn lưu kỹ không để hở, tắc, tụt dẫn lưu.

Sau phẫu thuật có 9 bệnh nhân xuất hiện viêm phổi, chiếm 4,1%. Trong nghiên cứu của Oreste Gallo⁶ trên 535 bệnh nhân từ 1982 đến 2007 tỉ lệ viêm phổi là 13,3%. Do trong nghiên cứu của chúng tôi có tiến hành trên nhóm bệnh nhân mở sụn giáp cắt dây thanh. Ngoài ra thì sự phát triển của kỹ thuật phẫu thuật, chăm sóc hậu phẫu và kháng sinh đã làm giảm viêm phổi bệnh viện. Các bệnh nhân viêm phổi phần lớn là do nuốt sặc sau phẫu thuật, ngoài ra do phải thở qua can nuyen cũng làm tăng nguy cơ viêm phổi. Trong 9 bệnh nhân viêm phổi có 2 bệnh nhân thay kháng sinh, 7 bệnh nhân phải phối hợp kháng sinh, tất cả các bệnh nhân đều đáp ứng tốt, sau 3 ngày điều trị thì hết sốt, giảm ho khạc đờm và ổn định sau 10 ngày.

Di chứng đường thở gặp ở 15 bệnh nhân (6,8%), tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Marco Lucioni⁷, khi tiến hành trên các bệnh nhân cắt thanh quản bán phần ngang type II và type III tỉ lệ hẹp thanh quản là 15,4%. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật mở sụn giáp cắt dây thanh. Nguyên nhân gây nên hẹp thanh quản là do phù nề xuất hiện sau xạ trị, vạt niêm mạc, tổ chức hạt và sẹo hẹp. Trong đó thì có 4 bệnh nhân bị phù nề niêm mạc nguyên nhân do xạ trị sau mổ được điều trị nội khoa, còn lại 11 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi chỉnh hình bằng laser. Kết quả điều trị 14 bệnh nhân đã rút được can nuyen, còn một bệnh nhân hiện tại đang mang can nuyen tháng thứ 8 và hiện tại chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào tái hẹp sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ biến chứng chung là 17,4%, di chứng là 6,8%. Các phương pháp phẫu thuật mở sụn giáp cắt dây thanh, cắt thanh quản bán phần ngang trên nhân tạo hình kiểu CHEP, cắt thanh quản bán phần tạo hình kiểu Tucker có tỉ lệ biến chứng lần lượt là 20,6%, 15,4%, 16,4%, 17,4%, tỉ lệ di chứng tương ứng là 0,9%, 38,5%, 14,5%, 6,8%. Di chứng chúng tôi gặp trong tất cả các trường hợp là do hẹp thanh quản.

Các biến chứng và di chứng sau phẫu thuật được phát hiện sớm và xử trí tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chu EA, Kim YJ. Laryngeal cancer: diagnosis and preoperative work-up. *Otolaryngol Clin North Am.* 2008;41(4):673-695, v. doi:10.1016/

- j.etc.2008.01.016
2. **Ganly I, Patel SG, Matsuo J, et al.** Analysis of postoperative complications of open partial laryngectomy. *Head Neck.* 2009;31(3):338-345. doi:10.1002/hed.20975
 3. **Tống Xuân Thắng.** Các biến chứng và di chứng sau cắt một phần thanh quản trên nhân có tạo hình kiểu nhân - móng - thanh thiệt. *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam.* 2013;58-13:33-38.
 4. **Lê Minh Kỳ.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt bán phần thanh quản Tucker trong điều trị ung thư thanh quản. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2012;tập 392:43-46.
 5. **Aghajanzadeh M, Dehnadi A, Ebrahimi H, et al.** Classification and Management of Subcutaneous Emphysema: a 10-Year Experience. *Indian J Surg.* 2015;77(S2):673-677. doi:10.1007/s12262-013-0975-4
 6. **Gallo O, Locatello LG, Larotonda G, Napoleone V, Cannavici A.** Nomograms for prediction of postoperative complications in open partial laryngeal surgery: GALLO ET AL. *J Surg Oncol.* 2018;118(6):1050-1057. doi:10.1002/jso.25232
 7. **Lucioni M, Bertolin A, Lionello M, et al.** Transoral laser microsurgery for managing laryngeal stenosis after reconstructive partial laryngectomies: TLM for Postoperative Laryngeal Stenosis. *The Laryngoscope.* 2017;127(2):359-365. doi:10.1002/lary.26056

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ *IN VITRO* CỦA CÁC PHỐI HỢP KHÁNG SINH TRÊN PHẪ CẦU GÂY VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ EM

Nguyễn Thị Nam Phong*, Phạm Viết Tín*,
Võ Đình Sơn*, Trần Thị Thúy Nga*, Đỗ Thị Hồng Tươi**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kháng sinh và các phác đồ phối hợp là các liệu pháp chính trong điều trị viêm phổi cộng đồng (VPCĐ). Trước những thách thức gia tăng nhanh chóng các chủng vi khuẩn phế cầu (PC) đa đề kháng tại Việt Nam, cần thiết phải đánh giá lại hiệu quả của các phối hợp kháng sinh nhằm hỗ trợ kiểm soát đề kháng kháng sinh và lựa chọn liệu pháp điều trị phù hợp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát sự hiệp đồng tác dụng của một số phối hợp kháng sinh đang được sử dụng trong điều trị VPCĐ ở trẻ em trên các chủng phế cầu đa kháng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực nghiệm đánh giá hiệu quả hiệp lực tác động của một số cặp phối hợp kháng sinh trên phế cầu đa kháng bằng phương pháp E-Test. **Kết quả:** Sự hiện diện của azithromycin, gentamicin làm giảm MIC của các kháng sinh sử dụng trong phối hợp với cefotaxim, ceftriaxon trên chủng PC. Các kháng sinh trong các cặp phối hợp (gentamycin + cefotaxim) và (gentamycin + ceftriaxon) làm tăng tác dụng hỗ trợ lẫn nhau trên chủng PCa, tuy nhiên chưa có tác dụng hiệp lực rõ ràng. Các cặp phối hợp macrolid và beta-lactam chưa thể hiện được tác dụng hiệp đồng diệt khuẩn *in vitro*. **Kết luận:** Trong trường hợp VPCĐ do phế cầu đa kháng thuốc, các phối hợp giữa nhóm macrolid và beta-lactam không đem lại hiệu quả hiệp lực tác động *in vitro* so với kháng sinh riêng lẻ. Các bác sĩ lâm sàng có thể cân nhắc lựa chọn các cặp kháng sinh phù hợp để nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Phối hợp kháng sinh, *in vitro*, E-test, viêm phổi cộng đồng, phế cầu khuẩn

*Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng

**Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hồng Tươi

Email: hongtuoi@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2021

Ngày duyệt bài: 25.8.2021

SUMMARY

IN-VITRO EFFICACY EVALUATION OF ANTIMICROBIAL COMBINATION ON PNEUMOCOCCAL-INFECTED- COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN

Introduction: Antibiotics and combination regimens are of importance in the treatment of Community-Acquired Pneumonia (CAP). In the face of the rapid emergence of multidrug-resistant pneumococcal strains, it is necessary to re-evaluate the efficacy of combination therapies to support controlling antimicrobial resistance and selecting appropriate regimens for the treatment of CAP. **Objectives:** To investigate the synergistic effect of some commonly used combination therapy for the treatment of CAP on multidrug-resistant pneumococcal isolates. **Methods:** The experimental study was conducted to evaluate the synergistic effects of several dual antimicrobial therapies on multidrug-resistant pneumococcal isolates using E-test methods. **Results:** The presence of azithromycin, gentamicin reduced the MIC of antibiotics used in combination with cefotaxime, ceftriaxone on the pneumococcal strains. Gentamicin-plus-cefotaxime and gentamicin-plus-ceftriaxone combinations showed the additive antimicrobial effects on the pneumococcal strain Pca; however, there were no clear synergistic activities. Macrolide and beta-lactam combinations have not shown *in vitro* synergistic bactericidal effects. **Conclusions:** In the case of CAP induced by multidrug-resistant *Streptococcus pneumoniae*, combining macrolides and β -lactams does not produce *in vitro* synergistic effects. The clinicians should carefully consider the selection of appropriate antibiotic combinations to enhance the treatment efficacy.

Keywords: Combination therapy, *in vitro*, E-test, Community-Acquired Pneumonia, *Streptococcus pneumoniae*