

## NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN NGANG TRÊN THANH MÔN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THANH QUẢN TẦNG THƯỢNG THANH MÔN

Nguyễn Trung Hiếu<sup>1</sup>, Tống Xuân Thắng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả phẫu thuật cắt thanh quản ngang trên thanh môn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Đối tượng:** 25 bệnh nhân phẫu thuật cắt thanh quản ngang trên thanh môn tại Khoa Ung Bướu và Phẫu thuật đầu cổ BV TMH TW từ 1/2014 đến 9/2022. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là 60 ± 8, độ tuổi gặp nhiều nhất là 50-70 tuổi, trong đó 22 bệnh nhân là nam giới và 3 bệnh nhân là nữ giới, hầu hết có tiền sử sử dụng thuốc lá và rượu nhiều năm. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là rối loạn nuốt (92%): nuốt vướng 76%, nuốt đau 48%. Giai đoạn T2 là 88%, T1 là 12%. Sụn nắp là vị trí hay gặp nhất ở 96%. 100% bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy. Biến chứng sau phẫu thuật: viêm phổi là biến chứng hay gặp nhất chiếm 28%, chảy máu sau mổ 20%, nhiễm khuẩn vết mổ 16%. Di chứng sau phẫu thuật: phổ biến nhất là sặc kéo dài 56%, không rút được canuyn 16%, hẹp thanh môn 12%. OS thô là 72%, OS sau 3 năm là 87,5%, OS sau 5 năm là 57,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt thanh quản ngang trên thanh môn cho phép bảo tồn chức năng của thanh quản. Chỉ định chủ yếu cho các khối u thuộc giai đoạn T2. Phẫu thuật xứng đáng chiếm một vị trí quan trọng trong điều trị ung thư thanh quản tầng thượng thanh môn.

**Từ khóa:** Ung thư thượng thanh môn, phẫu thuật cắt thanh quản ngang trên thanh môn.

### SUMMARY

#### OUTCOME OF SUPRAGLOTTIC LARYNGECTOMY ON MANAGEMENT OF SUPRAGLOTTIC LARYNGEAL CANCER

**Objectives:** Application of supraglottic laryngectomy and evaluation of the primary results. **Methods & Materials:** Cross-sectional study of 25 patients with supraglottic laryngeal cancer who had done supraglottic laryngectomy. **Results:** Mean age 60 ± 8 years, the most common age group is 50-70 years old. There are 22 males and 3 females, most had a history of tobacco and alcohol use for many years. The most common clinical symptom is swallowing disorders (92%): dysphagia 76%, odynophagia 48%. The most common tumor is in the T2 stage, accounting for 88% and the T1 stage for 12%. Epiglottitis is the most common site for cancer

lesions in 96%, 100% of patients with squamous carcinoma. Pneumonia is the most common complication 28%, hemorrhage 20%, wound infection 16%. Severe aspiration is the most common sequelae 56%, no decannulation 16%, laryngeal stenosis 12%. OS 71%, three years OS 87,5%, five years OS 57,1%. **Conclusion:** Supraglottic laryngectomy permitted the restoration of laryngeal functions. The principal indication was for the tumor in T2. It is worth having an important place among the management of supraglottic laryngeal cancer.

**Keywords:** supraglottic laryngeal cancer, supraglottic laryngectomy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản là khối u ác tính xuất phát chủ yếu từ lớp biểu mô của thanh quản. Ở Việt Nam, trong số các ung thư vùng đầu cổ, ung thư thanh quản đứng hàng thứ 2 sau ung thư vòm mũi họng. Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới. Tuổi thường gặp từ 55 - 65, liên quan chặt chẽ với tình trạng hút thuốc lá và uống rượu. Khoảng 85- 95% là ung thư biểu mô vảy, thường gặp ở thanh môn và thượng thanh môn, hiếm gặp hạ thanh môn (59%-40%-1%)[1]. Ung thư thượng thanh môn có khá ít triệu chứng giai đoạn sớm và dễ nhầm với bệnh cơ quan lân cận khác.

Phẫu thuật cắt thanh quản ngang trên thanh môn là một trong các phương pháp bảo tồn chức năng của thanh quản vừa đảm bảo việc lấy sạch bệnh tích. Năm 1947, Justo Marfa Alonso lần đầu tiên mô tả phẫu thuật cắt thanh quản ngang trên thanh môn, và sau này được gọi là "Alonso's technique". Năm 1993, Herranz đã tổng hợp các cải tiến của kỹ thuật "Alonso's technique" để đưa ra "MODIFICATIONS TO ALONSO'S TECHNIQUE"[2]. Tại khoa Ung Bướu và Phẫu thuật Đầu cổ - bệnh viện TMH TW, từ năm 2005 tiến hành phẫu thuật cắt thanh quản trên thanh môn kiểu cắt xương móng, một phần đáy lưỡi-thanh thiệt (hyo-glosso-epiglottomy) mang lại một số kết quả khả quan về bảo tồn chức năng thanh quản, giảm tái phát, biến chứng và di chứng. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu sau: *Nhận xét kết quả phẫu thuật cắt thanh quản ngang trên thanh môn.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 25 bệnh nhân phẫu thuật cắt thanh quản ngang trên thanh

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Hiếu

Email: trunghieu27051996@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023

môn tại Khoa Ung Bướu và Phẫu thuật đầu cổ BV TMH TW từ 1/2014 đến 9/2022.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

- Ung thư thượng thanh môn giai đoạn T1 và T2.
- Phẫu thuật cắt thanh quản ngang trên thanh môn và theo dõi tại khoa Ung bướu và Phẫu thuật đầu cổ BV TMH TƯ.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân**

Bệnh phổi tắc nghẽn có suy hô hấp, các bệnh nội khoa nặng tim mạch, gan... Ung thư xâm lấn khoang cạnh thanh môn, dây thanh cổ định, xâm lấn sụn giáp, tổn thương sụn phổi 2 bên hoặc tổn thương khoang gian phổi, u lan tới đáy xoang lê và lan tới đáy lưỡi quá nhiều.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được thống kê theo mẫu về các thông số lâm sàng. Kết quả điều trị được thống kê qua các lần tái khám định kỳ của bệnh nhân. Các số liệu được xử lý bằng sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Tuổi và giới.** Tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu là 60 ± 8. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 41 tuổi và bệnh nhân lớn tuổi nhất là 74 tuổi, độ tuổi gặp nhiều nhất là 50-70 tuổi là 19 bệnh nhân chiếm 76%. Đa số bệnh nhân là nam giới tỷ lệ 22/25 (88%) và 3 bệnh nhân là nữ giới tỷ lệ 12%.

**3.2. Yếu tố nguy cơ.** Tỷ lệ bệnh nhân thuốc lá 68%, vừa hút thuốc lá+ thuốc lào 48%, uống rượu là 88%, tỷ lệ bệnh nhân vừa hút thuốc (lá hoặc lào) vừa uống rượu là 88%.

**3.3. Đặc điểm lâm sàng**

**3.3.1. Triệu chứng cơ năng:** Phổ biến nhất là triệu chứng nuốt vướng với tỷ lệ 19/25 (76%) sau đó là nuốt đau 12/25 (48%), khó nuốt 9/25 (36%), nuốt sặc 3/35 (12%), ho khạc đờm lẫn máu 11/25 (44%), khàn tiếng 3/25 (12%), khó thở 2/25 (8%), hạch cổ 2/25 (8%), gầy sút cân 8/25(32%) .

**3.3.2. Thời gian khởi phát bệnh đến khi vào viện:**

**Bảng 1. Thời gian khởi phát bệnh đến khi vào viện**

Thời gian	n	%
≤ 3 tháng	11	44
3 – 6 tháng	11	44
6 – 12 tháng	2	8
≥ 12 tháng	1	4
N	25	100

Thời gian trung bình xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến lúc đi khám là 4,1 tháng, thấp

nhất là 1 tháng và cao nhất là 14 tháng .Khoảng thời gian dưới 3 tháng và từ 3 - 6 tháng chiếm nhiều nhất với tỷ lệ như nhau và là 11/25 (44%). Thời gian từ 6 - 12 tháng chiếm tỷ lệ là 2/25 (8%). Chỉ có 1/25 (6,7%) số ca bệnh đến khám với thời gian muộn hơn 12 tháng.

**3.4. Triệu chứng thực thể**

**3.4.1. Vị trí khối u**

**Bảng 2. Vị trí khối u khi nội soi trực tiếp**

Vị trí khối u	n	%
Mặt lưỡi của sụn nắp	22	88
Mặt thanh quản sụn nắp	18	72
Nẹp phổi thanh thiệt	6	24
Băng thanh thất	2	8
Sụn phổi	0	0
Đáy lưỡi	7	28

Tổn thương gặp nhiều nhất tại mặt lưỡi sụn nắp tỷ lệ 22/25 (88%), mặt thanh quản của sụn nắp với tỷ lệ 18/25 (72%), nẹp phổi thanh thiệt tỷ lệ 6/25 (24 %), băng thanh thất tỷ lệ 2/25 (8%), đáy lưỡi 7/25( 28%), không gặp trường hợp khối u ở sụn phổi, thanh môn, hạ thanh môn.

**3.4.2. Hình ảnh đại thể của tổn thương.**

Tổn thương đại thể thường gặp nhất của khối ung thư thượng thanh môn là tổn thương dạng sùi đơn thuần tỷ lệ 22/25 (88%), dạng phổi hợp sùi và loét chiếm tỷ lệ 3/25 (12%). Không gặp tổn thương loét đơn thuần, thâm nhiễm đơn thuần.

**3.4.3. Kết quả mô bệnh học.** 100% bệnh nhân có mô bệnh học sau mổ là ung thư biểu mô vảy.

**3.4.4. Phân độ tổn thương.** Trong số 25 bệnh nhân được phẫu thuật, có 3 trường hợp ung thư thượng thanh môn thuộc giai đoạn T1 (12%) và 22 bệnh nhân thuộc giai đoạn T2 (88%).

**3.5. Kết quả sau phẫu thuật**

**3.5.1. Các biến chứng sau phẫu thuật**

**Bảng 3. Biến chứng sau phẫu thuật**

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	5	20
Nhiễm trùng vết mổ	4	16
Viêm phổi	7	28
Rò ống họng	0	0
Khó thở	0	0
Phải nằm ICU	0	0

Viêm phổi là biến chứng hay gặp nhất chiếm 28% tổng số bệnh nhân, chảy máu sau mổ có 5 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 20 %, nhiễm khuẩn vết mổ gặp ở 4 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 16%. Chúng tôi không ghi nhận biến chứng khác như: khó thở, rò ống họng, nằm phòng hồi sức.

**3.5.3. Các di chứng sau phẫu thuật**

**Bảng 4. Các di chứng sau phẫu thuật**

Di chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Sắc kéo dài	14	56

Không rút được canuyn	4	16
Hẹp thanh môn	3	12
Không rút sonde dạ dày hoặc mở thông dạ dày	1	4

Sắc kéo dài là di chứng phổ biến nhất gặp trên 14/25 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 56%. Không rút

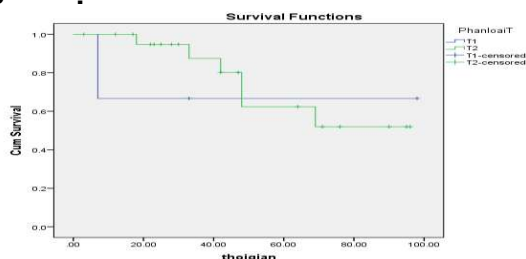
**Bảng 5. Tỷ lệ sống thêm sau phẫu thuật**

Sau phẫu thuật	Thời gian sống					
	Đến thời điểm kết thúc nghiên cứu		Sống thêm >3 năm		Sống thêm > 5 năm	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Còn sống	18	72	14	87.5	8	57.1
Tử vong	7	28	2	12.5	6	42.9
N	25	100	16	100	14	100

Trong tổng số 25 bệnh nhân nghiên cứu có 7 bệnh nhân tử vong chiếm 28%, 18 bệnh nhân còn sống chiếm 72%. Sau điều trị phẫu thuật đến khi kết thúc quá trình nghiên cứu, số bệnh nhân sống thêm trên 3 năm là 14/16 bệnh nhân chiếm 87,5%, số bệnh nhân sống thêm trên 5 năm là 8/14 bệnh nhân chiếm 57,1 %.

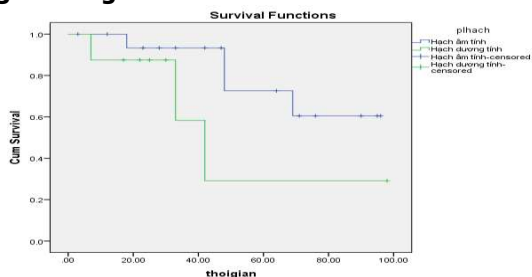
**3.5.5. Phân tích thời gian sống sau mổ theo Kaplan-Meier**

**Liên quan giữa thời gian sống thêm với giai đoạn T**



- Thời gian sống trung bình của giai đoạn T1 là 67,67 tháng
- Thời gian sống trung bình của giai đoạn T2 là 72 tháng
- Sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  (Log rank test)

**Liên quan giữa di căn hạch với thời gian sống thêm sau mổ**



- Thời gian sống trung bình của nhóm có hạch âm tính là 77,58 tháng

được canuyn gặp trên 4/ 25 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 16%, di chứng hẹp thanh môn với 3/25 bệnh nhân tỷ lệ 12%, không rút sonde dạ dày hoặc mở thông dạ dày với 1/25 bệnh nhân tỉ lệ 4%.

**3.5.4. Số bệnh nhân còn sống sau phẫu thuật**

- Thời gian sống trung bình của nhóm hạch dương tính là 51,33 tháng
- Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Log rank test)

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Tuổi và giới.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Lê Xuân Nhân và cộng sự tuổi trung bình của người bệnh là  $61 \pm 9,84$  tuổi, độ tuổi 51-70 chiếm đa số 67,6%[3]. Bệnh nhân lớn tuổi nhất trong nghiên cứu là 74 tuổi. Điều này cho thấy phẫu thuật này có thể thực hiện được trên những người lớn tuổi, tuy nhiên phải cân nhắc với bệnh nhân trên 70 tuổi về các thông số hô hấp, tim mạch cũng như cách thức phẫu thuật.

Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới, chiếm 88%. Kết quả này phù hợp với nhiều tác giả khác, có thể giải thích do nam giới tiếp xúc với yếu tố nguy cơ (thuốc lá, thuốc lào, rượu) nhiều hơn.

**4.2. Triệu chứng cơ năng.** Theo nghiên cứu của chúng tôi 92% bệnh nhân tới khám vì có rối loạn nuốt trong đó nuốt vướng chiếm 76%, nuốt đau 48%, triệu chứng thay đổi về giọng nói thường ít và xuất hiện muộn khi khối u đã phát triển. Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Quản Thành Nam và Phạm Minh Tuấn đều chỉ ra rằng lý do vào viện của bệnh nhân ung thư thanh quản tăng thanh môn 100% là khàn tiếng[4][5]. Thời gian trung bình xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến lúc đi khám là 4,1 tháng, thời gian này tương đối muộn so với ung thư tăng thanh môn sơ dĩ là do trong giai đoạn đầu của ung thư thượng thanh môn không có triệu chứng nào đặc. Rối loạn nuốt biểu hiện đa dạng: nuốt vướng, nuốt đau, khó nuốt, nuốt sặc... ban đầu triệu chứng đơn giản như hóc xương cá, sau vài ngày có giảm sau đó lại xuất hiện trở lại. Do vậy trên các đối tượng có yếu tố nguy cơ, xuất hiện rối loạn nuốt cần phải được thăm khám nội

soi Tai Mũi Họng tỷ mỉ.

**4.3. Triệu chứng thực thể.** Sụn nắp thanh thiệt là vị trí hay gặp tổn thương ung thư nhất ở 96%, trong đó mặt lưỡi sụn nắp tỷ lệ 88%, mặt thanh quản của sụn nắp với tỷ lệ 72%.

Tổn thương đại thể thường gặp nhất là tổn thương dạng sùi 88%, dạng phổi hợp sùi và loét chiếm tỷ lệ 12%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Phạm Văn Hữu, khi nội soi trực tiếp phát hiện 83,33% bệnh nhân có tổn thương dạng u sùi.

100% bệnh nhân có mô bệnh học sau mổ là ung thư biểu mô vảy. Kết này cũng tương tự với nhiều tác giả như Nguyễn Văn Quang, Đoàn Thị Hồng Nhật, Phạm Minh Tuấn đều có kết quả 100% ung thư biểu mô vảy. Kết quả của chúng tôi tương đồng với Hannu Raitiola (2000) trên 318 bệnh nhân tham gia nghiên cứu tại Đại học Tampere (Phần Lan), có 312 bệnh nhân (98%) có hình ảnh giải phẫu bệnh khối u là tế bào vảy[6]. Trong số 25 bệnh nhân được phẫu thuật, chủ yếu bệnh nhân thuộc giai đoạn T2 tỷ lệ 88%. Kết quả này cao hơn của Lê Minh Kỳ nghiên cứu trên 17 trường hợp có 70,6% ở giai đoạn T2. Và Đoàn Thị Hồng Nhật trên 42 bệnh nhân có 73,8% ở giai đoạn T2 [10]. Điều này có thể được giải thích bởi ung thư thanh môn có khá ít triệu chứng giai đoạn sớm và dễ nhầm lẫn với bệnh cơ quan lân cận nên thường được phát hiện ở giai đoạn muộn hơn.

**4.4. Kết quả sau phẫu thuật.** Viêm phổi là biến chứng hay gặp nhất chiếm 28% , chảy máu sau mổ chiếm tỷ lệ 20 % , phải mổ lại để cầm máu, nhiễm khuẩn vết mổ chiếm tỷ lệ 16%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận các biến chứng khác như: khó thở, tràn khí, rò ống họng. Theo nghiên cứu của Phan Thanh Hưng tỉ lệ biến chứng chung là 17,4%, biến chứng hay gặp nhất là tràn khí 9,6%, tiếp đến là chảy máu 5%, viêm phổi là 4,1%, ít nhất là nhiễm trùng vết mổ 2,3%, không ghi nhận các biến chứng rò ống họng, rò bạch huyết [8]. Sờ dĩ chúng tôi gặp tỷ lệ gặp biến chứng viêm phổi nhiều hơn có thể do thời gian nằm viện hậu phẫu tương đối dài, cộng thêm bệnh nhân có nuốt sặc sau mổ trong quá trình tập ăn làm tăng nguy cơ viêm phổi.

Sắc kéo dài là di chứng phổ biến nhất tỷ lệ 56%. Không rút được canuyn chiếm tỷ lệ 16%, di chứng hẹp thanh môn với 3/25 bệnh nhân tương ứng tỷ lệ 12%, di chứng không rút sonde dạ dày hoặc mở thông dạ dày tỷ lệ 4%. Nghiên cứu của Phan Thanh Hưng trên 219 bệnh nhân cho thấy hẹp thanh quản là di chứng thường gặp nhất

chiếm tỷ lệ 6,8%[8]. Nghiên cứu của Succo trên 216 bệnh nhân phẫu thuật cắt thanh quản bán phần ngang type II và III thì 12% di chứng sau phẫu thuật chủ yếu là di chứng hẹp thanh quản, hai bệnh nhân bị nuốt sặc nhưng sau đó đều hồi phục.

Tỷ lệ sống thô của chúng tôi là 72%. Thấp hơn nghiên cứu của Tống Xuân Thắng trên 125 bệnh nhân có 19 bệnh nhân tử vong, 106 bệnh nhân còn sống, tỷ lệ sống thô là 84,2%[9]. Có 16 bệnh nhân được theo dõi trên 3 năm số bệnh nhân còn sống là 14/16 chiếm 87,5%, bệnh tử vong là 2/16 chiếm 12,5%. Có 14 bệnh nhân được theo dõi trên 5 năm, bệnh nhân còn sống là 8/14 chiếm 57,1%, có 6 bệnh nhân tử vong chiếm 42,9%. Kết quả này tương đồng với Phạm Minh Tuấn trên 115 bệnh nhân, sau 3 năm có 100 bệnh nhân còn sống chiếm tỷ lệ 87%, có 15 bệnh nhân tử vong chiếm 13%, sau 5 năm có 62 bệnh nhân còn sống chiếm tỷ lệ 53,9%, có 15 bệnh nhân tử vong chiếm 46,1%[5]. Tỷ lệ sống thêm thấp hơn nghiên cứu của Đoàn Thị Hồng Nhật trên 42 bệnh nhân, sau 3 năm có 41 bệnh nhân còn sống chiếm tỷ lệ 97,6%, có 1 bệnh nhân tử vong chiếm 2,4%, sau 5 năm có 38 bệnh nhân còn sống chiếm tỷ lệ 85,7%, có 4 bệnh nhân tử vong chiếm 14,6%[10].

Thời gian sống trung bình trên bệnh nhân giai đoạn T1 và T2 không có sự khác biệt. Kết quả này tương đồng với kết quả của Tống Xuân Thắng năm 2008, nghiên cứu trên 125 bệnh nhân cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm giữa các giai đoạn bệnh[9], Đoàn Thị Hồng Nhật năm 2018, nghiên cứu trên 42 bệnh nhân cũng cho kết quả thời gian sống thêm giữa các giai đoạn T1, T2 và T3 là như nhau [10]

Thời gian sống trung bình của nhóm có hạch âm tính và nhóm có hạch dương tính có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê. Như vậy ta thấy, di căn hạch là một yếu tố tiên lượng xấu trong ung thư thanh quản nói chung và ung thư tăng thượng thanh môn nói riêng, làm giảm thời gian sống thêm cho bệnh nhân cụ thể trong nghiên cứu này sau 5 năm, tỷ lệ sống thêm ở nhóm hạch âm tính là 41,2%, giảm xuống còn 12,5% ở nhóm có hạch cổ dương tính.

## V. KẾT LUẬN

- Tuổi mắc bệnh trung bình là 60 ± 8.
- Đa số gặp ở nam giới (88%), liên quan đến hút thuốc lá, thuốc lào, uống rượu.
- Triệu chứng thường gặp là rối loạn nuốt (92%): nuốt vướng 76%, nuốt đau 48%.
- Sụn nắp thanh thiệt là vị trí hay gặp tổn

thương ung thư nhất ở 96%.

- Mô bệnh học sau mổ là thường ung thư biểu mô vảy.

- Hay gặp nhất khối u thượng thanh môn ở giai đoạn T2 chiếm 88%.

- Biến chứng hay gặp nhất chiếm 28%, chảy máu sau mổ chiếm tỷ lệ 20 %, nhiễm khuẩn vết mổ chiếm tỷ lệ 16%.

- Di chứng sau phẫu thuật: Sặc kéo dài là di chứng phổ biến nhất tỷ lệ 56%, không rút được canuyn tỷ lệ 16%, hẹp thanh môn tỷ lệ 12%.

- Tỷ lệ sống thô là 72%, tỷ lệ sống trên 3 năm là 87,5%, sống trên 5 năm là 57,1%.

- Thời gian sống thêm giữa nhóm bệnh nhân T1 và T2 là khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- Di căn hạch là yếu tố tiên lượng xấu đến thời gian sống thêm.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jonhson, Rosen** (2015) Bailey's Head and neck surgery Otolaryngology. 5th Edition, p 1942
2. **Herranz J, Martínez-Vidal J, Gavilán J.** Horizontal supraglottic laryngectomy: Modifications to alonso's technique. Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 1993;4(4):252-257. doi:10.1016/S1043-1810(10)80151-4
3. **Lê Xuân Nhân, Đặng Thanh, Trần Phương**

**Nam.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ung thư thanh quản tại Huế. Tạp chí Y Dược học- Trường Đại học Y Dược Huế 2019;9(6+7):114-120.

4. **Quận Thành Nam** (2013). Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thanh quản bán phần trên nhân kiểu Tucker trong điều trị ung thư thanh quản giai đoạn T2 tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Phạm Minh Tuấn** (2015). Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt một phần thanh quản trên nhân và tạo hình nhân - móng- thanh nhiệt, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Hannu Raitiöla** (2000) "Epidemiology, clinical characteristics and treatment outcome of laryngeal cancer". Tampere University dissertation.
7. **Gallo O, Locatello LG, Larotonda G, Napoleone V, Cannavici A.** Nomograms for prediction of postoperative complications in open partial laryngeal surgery. J Surg Oncol. 2018;118(6):1050-1057. doi:10.1002/jso.25232.
8. **Phan Thanh Hưng** (2021) 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, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội
9. **Tống Xuân Thăng** (2008). Nghiên cứu ứng dụng cắt một phần thanh quản trên nhân có tạo hình kiểu nhân - móng - thanh nhiệt, Luận văn tiến sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
10. **Đoàn Thị Hồng Nhật** (2018). Nhân xét kết quả phẫu thuật cắt thanh quản bán phần trên nhân tạo hình kiểu Tucker, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.

## TÁC DỤNG CẢI THIỆN CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CỦA PHƯƠNG PHÁP CẤY CHỈ KẾT HỢP UỐNG CAO THÔNG TỶ TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU THẮT LƯNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG

Nguyễn Thị Thanh Vân<sup>1</sup>, Dương Trọng Nghĩa<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá tác dụng cải thiện chức năng vận động cột sống thắt lưng bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp uống cao Thông tỳ trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. **Phương pháp:** can thiệp lâm sàng, có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị. 60 bệnh nhân chia làm 2 nhóm, nhóm nghiên cứu 30 bệnh nhân cấy chỉ kết hợp uống Cao thông tỳ, nhóm đối chứng, điện châm kết hợp uống Cao thông tỳ. Thời gian điều trị 20 ngày. **Kết quả:** Sau điều trị, độ giãn cột sống thắt lưng (chỉ số Schober), nghiệm pháp tay đất, tầm vận động cột

sống thắt lưng (cúi, ngửa, nghiêng phải, nghiêng trái) đều cải thiện tốt hơn trước điều trị ( $p < 0,05$ ), hiệu quả nhóm nghiên cứu tương đương nhóm đối chứng ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** Phương pháp cấy chỉ kết hợp uống Cao thông tỳ có tác dụng cải thiện chức năng vận động cột sống thắt lưng trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. Mức độ cải thiện tương đương nhóm uống Cao thông tỳ kết hợp điện châm.

**Từ khóa:** Cấy chỉ, Điện châm, Cao thông tỳ, Thoái hóa cột sống thắt lưng.

### SUMMARY

**MOTION IMPROVING EFFICACY OF THE CATGUT EMBEDDING THERAPY COMBINED WITH CAO THONG TY DECOCTION IN TREATING LOW BACK PAIN DUE TO LUMBAR SPINE SPONDYLOSIS**

**Objective:** This study aimed to evaluate the efficacy on improving lumbar spine's motor function of the catgut embedding therapy combined with Cao

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Vân

Email: nguyenthanhvan.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.11.2022

Ngày phân biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023