

3/44 tai có tình trạng xuất ngoại sau tai tương ứng với các bệnh nhân có dấu hiệu mất rãnh sau tai; 23/44 tai có mũ đặc trong sào bào và tất cả các thông bào chũm, vách thông bào mủn nát; 18/44 tai có hiện tượng hình thành các áp xe nhỏ trong các thông bào chũm và dưới niêm mạc.

Với kết quả 40/44 (91%) tai khô sau mổ 4 tuần và 44/44 tai khô sau mổ 6 tháng. Kỹ thuật khoét xương chũm đặt OTK sào bào xuyên ống tai thực sự là kỹ thuật mang lại hiệu quả mỹ mãn. Tuy nhiên, để đạt được thành công này chúng tôi phải đảm bảo được 3 mục tiêu của phẫu thuật: (1) Lấy sạch các nhóm thông bào viêm, đặc biệt là nhóm thái dương – mòm tiếp; (2) Lấy bỏ niêm mạc viêm để giải phóng eo nhĩ và phá bỏ dây chằng búa đe ngoài để đảm bảo dịch tiết được dẫn lưu tốt xuống hòm tai qua cả trong và ngoài xương con; (3) Đặt OTK sào bào để đảm bảo thông khí cho sào bào và cân bằng áp lực để dịch tiết được dẫn lưu tốt xuống hòm tai. Ngoài ra, tất cả các trường hợp đều phải được nạo V.A để giải quyết hoàn toàn yếu tố nguyên nhân, đảm bảo hiệu quả bền vững của phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Quy trình khám bao gồm nội soi chụp ảnh, đặt OTK màng nhĩ kết hợp hút mủ và làm thuốc

tai, chụp CLVT xương thái dương là quy trình nên được áp dụng như là một quy trình chuẩn hóa để tránh bỏ sót VXCC.

3 dấu hiệu: sập thành sau ống tai trên nội soi, chảy mủ tai kéo dài sau đặt OTK màng nhĩ, và hình ảnh mất vách xương của thông bào chũm trên CLVT xương thái dương là các dấu hiệu điển hình của VXCC và cũng là các dấu hiệu quyết định tiến hành phẫu thuật.

Kỹ thuật khoét xương chũm đặt OTK sào bào xuyên ống tai là kỹ thuật mang lại hiệu quả cao trong điều trị VXCC và có khả năng triển khai rộng ngay cả đối với các trường hợp VXC mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tấn Phong** (2001) Phẫu thuật Tai. Nhà xuất bản Y học.
2. **Nguyễn Tấn Phong** (2009) Phẫu Thuật Nội Soi Chức Năng Tai. Nhà xuất bản Y học.
3. **Palva T, Pukkinen K** (1959) Mastoiditis. J Laryngol Otol 73:573-588.
4. **Palva T, Virtanen H, Makinen J** (1985) Acute and latent mastoiditis in children. J Laryngol Otol 99:127-136.
5. **Ingvarsson L, Lundgren K, Olofsson B** (1985) Epidemiology of acute otitis media in children in an urban population. Auris Nasus Larynx 1 (Suppl 12): 105-107.
6. **Itzhak Brook** (2010) Pediatric Mastoiditis, <http://emedicine.medscape.com/article/966099>

NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT CẮT BÁN PHẦN DÂY THANH BẰNG LASER CO2 VÀ PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU TREO DÂY THANH ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THANH 2 BÊN TƯ THỂ KHÉP Ở NGƯỜI LỚN

Trương Mạnh Cường¹, Nguyễn Quang Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng quan kết quả điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thể khép ở người lớn bằng phương pháp phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO2 và phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh. **Thiết kế nghiên cứu:** Tổng quan luận điểm. **Phương pháp:** Chúng tôi tìm kiếm trên sở dữ liệu PubMed, Medline, thư viện điện tử đại học Y Hà Nội để xác định các bài báo liên quan đến phẫu thuật điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thể khép ở người lớn bằng phương pháp cắt bán phần dây thanh bằng laser CO2 và nội

soi khâu treo dây thanh trong 15 năm trở lại đây. **Kết quả:** 27 nghiên cứu trong đó 17 nghiên cứu về phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO2, 10 nghiên cứu về phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh được chọn vào tổng quan luận điểm này. Kết quả điều trị của phương pháp cắt bán phần dây thanh bằng laser CO2: Tỷ lệ rút canuyn thành công là 63,4% - 100%, thời gian rút canuyn là 7 ngày - 6,2 tháng, tỉ lệ biến chứng là 7,7% - 75,1%, tỉ lệ phẫu thuật lại là 9,7% - 58,3%. Kết quả điều trị của phương pháp nội soi khâu treo dây thanh: Tỷ lệ rút canuyn thành công là 66,7% - 100 %, thời gian rút canuyn là 0 - 39 ngày, tỉ lệ biến chứng là 6,3% - 100%, tỉ lệ phẫu thuật lại là 3,3% - 20%. **Kết luận:** Điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thể khép ở người lớn bằng phương pháp phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO2 và phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh đều cho kết quả khả quan vì cải thiện chức năng thở ở phần lớn bệnh nhân và rút được canuyn thành công ở

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Mạnh Cường

Email: trungtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.10.2022

Ngày duyệt bài: 24.10.2022

những bệnh nhân mở khí quản.

Từ khóa: Liệt dây thanh 2 bên tư thế khép ở người lớn, cắt bán phần dây thanh bằng laser CO₂, phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh.

SUMMARY

SCOPING REVIEW ABOUT RESULTS OF METHOD SURGICAL POSTERIOR CORDOTOMY LASER CO₂ AND ENDOSCOPY LATEROFIXTION FOR TREATMENT OF ADDUCTOR BILATERAL VOCAL FOLDS PARALYSIS

Objectives: Overview of treatment results for abductor bilateral vocal fold paralysis in adults by laser CO₂ posterior cordotomy and laterofixation of the vocal fold endoscopic. **Methods:** Scoping review. We searched the database on PubMed, Medline, the electronic library of Hanoi Medical University to identify original articles related to surgery treatment for abductor bilateral vocal fold paralysis in adults by posterior cordotomy laser CO₂ and laterofixation of the vocal fold endoscopic in the past 15 years. Results: 27 studies include 17 studies of laser CO₂ posterior cordotomy and 10 studies of laterofixation of the vocal fold endoscopic were included in this review. Outcomes of laser CO₂ posterior cordotomy method: successful decannulation rate: 63,4%-100%, timing of decannulation: 7 days-6,2 months, rate of complication: 7,7% - 75,1%, rate of revision surgery: 9,7% - 58,3%. Outcomes of laterofixation of the vocal fold endoscopic method: successful decannulation rate: 66,7% - 100%, timing of decannulation: 0 - 39 days, rate of complication: 6,3% - 100%, rate of revision surgery: 3,3%-20%. **Conclusion:** Treatment for abductor bilateral vocal fold paralysis in adults by laser CO₂ posterior cordotomy and laterofixation of the vocal fold endoscopic have positive results because they improved the breathing function in most patients and allowed decannulation in patients with tracheostomy.

Keywords: abductor bilateral vocal fold paralysis in adults, laser CO₂ posterior cordotomy, laterofixation of the vocal fold endoscopic

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thanh 2 bên tư thế khép là tình trạng mất khả năng vận động của cả 2 dây thanh, biểu hiện bằng 2 dây thanh cố định ở gần đường giữa. Can thiệp phẫu thuật được chỉ định khi bệnh nhân liệt dây thanh 2 bên tư thế khép có tắc nghẽn đường thở. Mục đích cơ bản của phẫu thuật là làm rộng đường thở, giảm khó thở, tăng thông khí cho bệnh nhân nhưng đồng thời bảo tồn tối đa các chức năng của thanh quản tạo ra một thách thức cho các bác sĩ tai mũi họng. Hiện nay có 2 phương pháp phẫu thuật được sử dụng nhiều nhất là cắt bán phần dây thanh bằng laser CO₂ và nội soi khâu treo dây thanh. Để

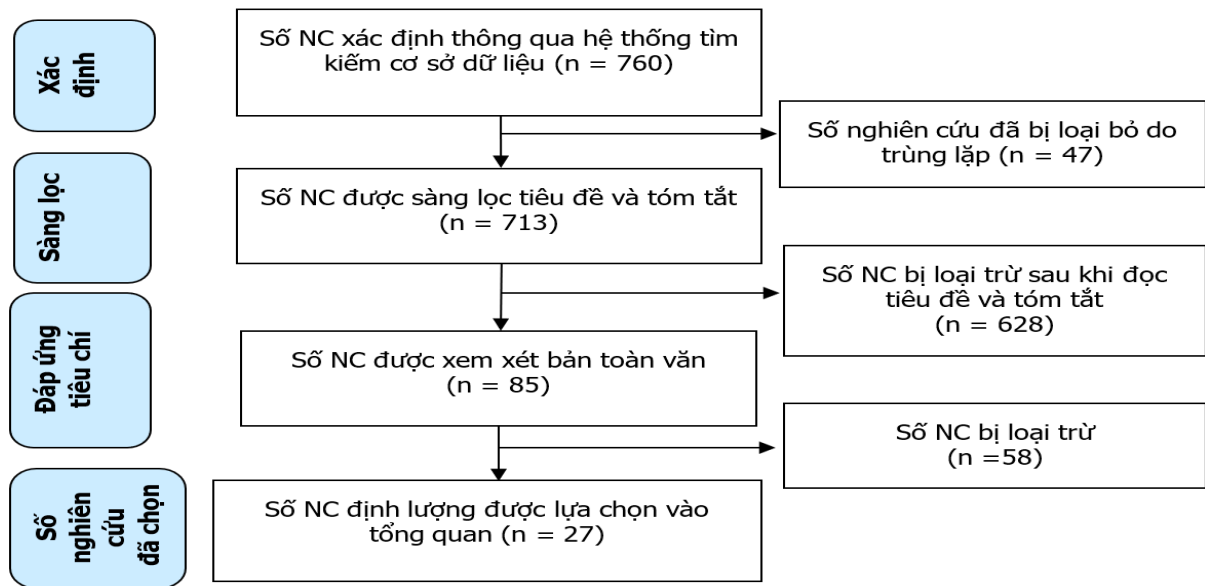
tổng hợp, nhận xét kết quả của 2 phương pháp này trên thế giới, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu tổng quan kết quả phương pháp phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO₂ và phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thế khép ở người lớn" với mục tiêu: *Tổng quan kết quả điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thế khép ở người lớn bằng phương pháp phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO₂ và phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ nghiên cứu. Tiêu chí lựa chọn là các nghiên cứu về phẫu thuật điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thế khép ở người lớn bằng phương pháp phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO₂ và phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh cung cấp dữ liệu đánh giá tỉ lệ rút nanuyn, tỉ lệ phẫu thuật lại, biến chứng sau mổ, chức năng hô hấp, chất lượng giọng nói, rối loạn nuốt. Tiêu chí loại trừ là những nghiên cứu có bệnh nhân <18 tuổi, nghiên cứu có bệnh nhân cố định khớp nhãn cầu, nghiên cứu có bệnh nhân ung thư thanh quản.

2.2. Nguồn cơ sở dữ liệu và chiến lược tìm kiếm tài liệu. Chúng tôi thực hiện tìm kiếm một cách hệ thống trong năm 2020 trên hệ thống dữ liệu PubMed, EmBase, thư viện Đại học Y Hà Nội để xác định tất cả các bài báo gốc liên quan đến phẫu thuật điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thế khép ở người lớn bằng phương pháp phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO₂ và phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh từ năm 2007 đến năm 2021. Các thuật ngữ được sử dụng để tìm kiếm trên Pubmed, Embase qua hệ thống MESH là: "abductor bilateral vocal fold paralysis in adults", "laser CO₂ posterior cordotomy", "laterofixation of the vocal fold endoscopic" và các từ đồng nghĩa, thư viện trường đại học Y Hà Nội là "Liệt dây thanh 2 bên tư thế khép ở người lớn".

2.3. Quá trình lựa chọn và công cụ nghiên cứu. Các bài báo gốc (bằng tiếng Anh và tiếng Việt) về phẫu thuật điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thế khép ở người lớn bằng phương pháp phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO₂ và phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh. Tên và tóm tắt nghiên cứu, toàn văn của tất cả các bài báo đã xác định được đánh giá để lựa chọn dựa trên protocols PRISMA-P 2009.



Hình 1. Sơ đồ quá trình lựa chọn và loại trừ các nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các nghiên cứu được lựa chọn và đặc điểm. Chúng tôi chọn 27 bài báo vào nghiên cứu tổng quan luận điểm này, được công bố từ năm 2007 đến năm 2021, với 17 bài báo với tổng số 499 bệnh nhân về phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO₂ và 10 bài báo với tổng số 203 bệnh nhân về phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh. Hình 1 cho thấy quá trình lựa chọn các bài báo vào nghiên cứu tổng quan luận điểm này.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 1. Tỷ lệ rút canuyn và thời gian rút canuyn

	Cắt bán phần dây thanh bằng laser CO ₂	Nội soi khâu treo dây thanh
Tỷ lệ rút canuyn	63,4 % - 100 %	66,7% - 100%
Thời gian rút canuyn	7 ngày - 6,2 tháng	0 - 39 ngày
Tỷ lệ không rút được canuyn	3 Nghiên cứu (NC): 9,7%; 16,7%; 36,6%	2 NC: 7,2%; 33,3%

Nhận xét: Trong phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO₂, 13 nghiên cứu tỷ lệ rút canuyn đạt 100 %, 5 nghiên cứu thời gian rút canuyn đạt được < 1 tháng. Phương pháp nội soi khâu treo dây thanh hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ rút canuyn là 100%, 1 nghiên cứu có thời gian rút canuyn ngay trong mổ là ngắn nhất.

Bảng 2. Biến chứng và tỷ lệ phẫu thuật lại

	Cắt bán phần dây thanh bằng laser CO ₂	Nội soi khâu treo dây thanh
Biến chứng	Tổng số biến chứng	8 NC: 6,3% - 100%
	Phù nề	4 NC: 4,2 % - 80 %
	U hạt	1 NC: 6,7%
	Đau	1 NC: 100 %
	Seo hẹp	1 NC: 6,7%
	Tái hẹp	-
	Tuột chỉ	4 NC: 5,9 % - 20 %
	Tụ máu	3 NC: 2,1 %, 7,7 % 20 %
Nhiễm trùng	-	1 NC: 6,5 %
Tỷ lệ phẫu thuật lại	10 NC: 9,7 % - 58,3 %	7 NC: 3,3 % - 20 %

Nhận xét: Trong phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO₂: Có 5 nghiên cứu không có bệnh nhân nào gặp biến chứng sau mổ, biến chứng thường gặp nhất trong phẫu thuật laser CO₂ là u hạt sau mổ. Phương pháp nội soi khâu treo dây thanh biến chứng hay gặp nhất là phù nề và tuột chỉ.

Bảng 3. Kết quả chức năng thở, nói và nuốt.

		Cắt bán phần dây thanh bằng laser CO2	Nội soi khâu treo dây thanh
Chức năng thở	FEV1	3 NC: 58,6%, 80%, 81,5%	2 NC: 91,3%, 93,1%
	Thang điểm MRC	1 NC: 2,58 điểm	1 NC: 1,18 điểm
Chức năng nói	Thang điểm VHI	5 NC: 26,17 – 51,3 điểm	1 NC: 36,4 điểm
Chức năng nuốt	Không nuốt sặc	91,7 % - 100 %	58,8% - 100%
	Nuốt sặc tạm thời	5 NC: 3,2 – 9,7 %	2 NC: 20 %, 41,2%
	Nuốt sặc > 6 tháng	0	1 NC: 5 %

MRC: Medical Research Council. VHI: Voice Handicap Index.

Nhận xét: Hầu hết các nghiên cứu cho thấy chức năng nuốt của bệnh nhân không ảnh hưởng, không nuốt sặc kéo dài, chỉ gặp nuốt sặc tạm thời sau đó tự hết. Về chức năng thở và chức năng nói, mỗi nghiên cứu sử dụng 1 phương pháp và thang điểm khác nhau để đánh giá nên rất khó để tổng hợp kết quả và đưa ra nhận xét.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ rút canuyn. Đối với phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ rút canuyn là 100%, có 2 nghiên cứu có bệnh nhân không rút được canuyn là nghiên cứu của Su¹ với tỷ lệ rút canuyn là 66,7% trong đó 33,3% bệnh nhân không rút được canuyn tương ứng với số bệnh nhân là 1 do không chịu được nuốt sặc, nếu rút canuyn có nguy cơ viêm phổi hít. Còn lại là nghiên cứu của Rao² với tỷ lệ bệnh nhân không rút được khí quản là 7,2% tương ứng với 1 bệnh nhân. Kết quả này cho thấy tỷ lệ rút canuyn của cả 2 phương pháp là gần giống nhau.

4.2. Thời gian rút canuyn. Trong phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO₂, 5 nghiên cứu thời gian rút canuyn đạt được <1 tháng, thời gian rút sớm nhất được báo cáo ở nghiên cứu của Khalil³ và Virmani⁴ là 7 ngày, cả 2 nghiên cứu này đều sử dụng kỹ thuật cắt ngang phần sau dây thanh. Có 4 nghiên cứu thời gian rút canuyn từ 1 - 6 tháng, 3 nghiên cứu thời gian rút canuyn >6 tháng, cao nhất là nghiên cứu của Fawaz⁶ với thời gian rút canuyn là 32 tuần, đây cũng là nhóm không sử dụng Mytomicin C trong nghiên cứu đối chứng của tác giả. Đối với phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh sớm nhất là nghiên cứu của Songu⁵ rút canuyn ngay trong mổ. Còn lại 4 nghiên cứu khác thời gian rút canuyn trung bình là 3,25 ngày – 39 ngày. Kết quả cho thấy phương pháp khâu treo có thời gian rút canuyn ngắn hơn so với phương pháp cắt laser CO₂.

4.3. Biến chứng sau mổ. Trong 9 nghiên cứu có bệnh nhân gặp biến chứng sau mổ, tỷ lệ

cao nhất là nhóm không sử dụng Mytomicin C trong nghiên cứu của Fawaz⁶ với 75,1% bệnh nhân gặp biến chứng sau mổ. Biến chứng thường gặp nhất trong phẫu thuật laser là u hạt sau mổ, gặp trong 7 nghiên cứu chiếm tỷ lệ từ 6,1% - 41,7% trong đó cao nhất là nghiên cứu của Fawaz⁶ với 41,7% bệnh nhân ở nhóm không sử dụng Mytomicin C và nghiên cứu của Hachiya⁷ với tỷ lệ là 40 % tuy nhiên có sự khác nhau đó là các bệnh nhân ở nghiên cứu của Hachiya⁷ chỉ cần điều trị nội khoa trong khi các bệnh nhân ở nghiên cứu của Fawaz⁶ đều phải mổ lại. Sự khác biệt này có thể giải thích bằng việc kỹ thuật mổ trong nghiên cứu của Hachiya⁷ có thêm bước khâu tạo hình niêm mạc. Tiếp đến là tái hẹp sau mổ chiếm tỷ lệ 7,7% -16,7% gặp ở 4 nghiên cứu. Biến chứng này gặp do phẫu thuật cắt chưa đủ rộng, bệnh nhân còn khó thở sau mổ đòi hỏi phẫu thuật lại để mở rộng đường thở. Đối với phương pháp nội soi khâu treo dây thanh 8 nghiên cứu có bệnh nhân gặp biến chứng sau mổ với tỷ lệ dao động từ 6,3% - 100%, cao nhất là nghiên cứu của Songu⁵ với 100% bệnh nhân đau sau mổ. Các biến chứng thường gặp là phù nề, chiếm tỷ lệ 4,2 – 80% gặp ở 4 nghiên cứu, cao nhất là nghiên cứu của Katilmis⁸ với 80% bệnh nhân phù nề sau mổ tuy nhiên các bệnh nhân chỉ cần điều trị nội khoa, không cần can thiệp phẫu thuật thêm. Tiếp theo là tuột chỉ chiếm 5,9% - 20% gặp ở 4 nghiên cứu, nếu bị tuột chỉ thì bệnh nhân hầu hết phải mổ lại.

4.4. Tỷ lệ phẫu thuật lại. Trong phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO₂: 6 nghiên cứu không có bệnh nhân phải phẫu thuật lại. Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật lại từ 9,7% - 58,3%, gặp ở 10 nghiên cứu. Trong đó cao nhất là nhóm không sử dụng Mytomicin C trong nghiên cứu của Fawaz⁶ với 58,3% bệnh nhân phải phẫu thuật lại. Đối với phương pháp nội soi khâu treo dây thanh Có 7 nghiên cứu trong đó bệnh nhân phải mổ lại, tỷ lệ từ 3,3% – 20%, 2 nghiên cứu không có bệnh nhân mổ lại.

4.5. Chức năng nuốt. Trong phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO2 có 15 nghiên cứu đánh giá chức năng nuốt, trong đó có 9 nghiên cứu 100% bệnh nhân không nuốt sặc. 5 nghiên cứu có bệnh nhân nuốt sặc tạm thời sau đó tự khỏi trong vài ngày – vài tuần sau mổ chiếm 3,2%-9,7%. Không nghiên cứu nào có bệnh nhân nuốt sặc >6 tháng. Đối với phương pháp nội soi khâu treo dây thanh Số bệnh nhân không nuốt sặc 58,8% - 100% trong đó có 4 nghiên cứu 100% bệnh nhân không nuốt sặc. Nghiên cứu của Rao² chỉ nói có 1 bệnh nhân nuốt sặc tuy nhiên không nói rõ bệnh nhân này nuốt sặc tạm thời hay nuốt sặc kéo dài >6 tháng. Đây cũng chính là bệnh nhân không rút được canuyn duy nhất được nhắc ở trên và bệnh nhân đã phải can thiệp phẫu thuật lại.

V. KẾT LUẬN

Điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thế khép ở người lớn bằng phương pháp phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO2 và phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh đều cho kết quả khả quan vì cải thiện chức năng thở ở phần lớn bệnh nhân và rút được canuyn thành công ở những bệnh nhân mở khí quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Su WF, Liu SC, Tang WS, Yang MC, Lin YY, Huang TT.** Suture Lateralization in Patients With

Bilateral Vocal Fold Paralysis. Journal of Voice. 2014;28(5):644-651.

2. **Rao R, Shenoy V, Prasad V, Kamath P, Hazarika P, Rao KS.** A comparative study of laser posterior cordotomy and vocal cord lateralization. Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences. 2015;16(3):255-258.
3. **Khalil MA, Tawab HMA.** Laser Posterior Cordotomy: Is it a Good Choice in Treating Bilateral Vocal Fold Abductor Paralysis? Clin Med Insights Ear Nose Throat. 2014;7:CMENT.S15888.
4. **Virmani N, Dabholkar J.** Laser-assisted posterior cordotomy for bilateral vocal fold paralysis: Our experience. J Head Neck Physicians Surg. 2016;4(1):23.
5. **Songu M, Aslan H, Denizoglu I, et al.** Vocal and ventricular fold lateralization using crossing sutures with the thyroplasty window technique for bilateral vocal fold immobility: long-term results. Acta Oto-Laryngologica. 2013;133(11):1201-1206.
6. **Fawaz SA, Sabri SM, Sweed AS, Hegazi MA, Riad MA.** Use of local mitomycin C in enhancing laryngeal healing after laser cordotomy: A prospective controlled study: Use of mitomycin C to enhance laryngeal healing after laser cordotomy. Head Neck. Published online January 2014
7. **Hachiya A, Nita LM, Chispim FS, Imamura R, Tsuji DH, Sennes LU.** Posterior Cordotomy and Partial Arytenoidectomy for Bilateral Vocal Cord Paralysis in Adduction Therapy. São Paulo.:6.
8. **Katılmış H, Öztürkcan S, Başoğlu S, et al.** New technique for the treatment of bilateral vocal cord paralysis: Vocal and ventricular fold lateralization using crossing sutures with thyroplasty technique. Acta Oto-Laryngologica. 2011;131(3):303-309.

KẾT QUẢ GHÉP GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN NGOÀI TIÊU CHUẨN MILAN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải*, Nguyễn Đức Trung, Nguyễn Quang Nghĩa*, Nguyễn Tiến Quyết***

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả ghép gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan ngoài tiêu chuẩn Milan tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 33 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan ngoài tiêu chuẩn Milan được ghép gan tại bệnh viện Việt Đức từ 5/2012 – 5/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình 55,06 ± 8,3, nhiễm virus

viêm gan B chiếm 87,6%, điều trị trước ghép bằng nút động mạch gan hoá chất (TACE) và hoặc đốt sóng cao tần (RFA) 84,8%, alpha fetoprotein (AFP) trước ghép > 200 ng/ml 21,2%. Child A chiếm 69,7%, ngoài tiêu chuẩn Milan trong University of California San Francisco (UCFS) 33,3%, ngoài tiêu chuẩn University of California San Francisco 66,7%. Ghép gan người hiến sống 12,1%, người hiến chết não 87,9%, thời gian thiếu máu lạnh 163,8 ± 82,2, thiếu máu nóng 53,2 ± 14,4. Tắc động mạch gan và tĩnh mạch cửa 3%, chảy máu sau ghép 6,1%, tử vong sau ghép 6,1%. Thời gian sống thêm sau 1 năm, 3 năm và 5 năm là 75,6%, 72,5% và 72,5%. Thời gian sống không bệnh sau 1 năm, 3 năm và 5 năm là 77,4%, 73,7% và 70%. **Kết luận:** Ghép gan là phương pháp hiệu quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan thậm chí ung thư tế bào gan ngoài tiêu chuẩn Milan

Từ khóa; ghép gan, ung thư biểu mô tế bào gan.

*Trung tâm ghép bệnh viện Việt Đức

**Nội trú ngoại đại học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 24.10.2022