

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Trần Phương Nam¹, Phan Ngô Huy¹, Nguyễn Quốc Dũng¹, Lê Chí Thông¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 34 bệnh nhân ung thư thanh quản được phẫu thuật tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 3/2013 đến tháng 6/2017. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp. **Kết quả:** Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 97,1%, nữ 2,9%. Độ tuổi trung bình là $53 \pm 10,2$. Tất cả bệnh nhân ở giai đoạn muộn với 88,2% giai đoạn III, 11,8% giai đoạn IV. Biến chứng sớm sau phẫu thuật: dò ống họng chiếm tỷ lệ 14,7%, tụ máu 11,8%, nhiễm trùng 20,6%. Biến chứng muộn: 20,6% sẹo hẹp lỗ mở khí quản ra da và không có trường hợp nào sẹo hẹp họng – thực quản.

Từ khóa: Phẫu thuật cắt thanh quản.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RESULTS OF TOTAL LARYNGECTOMY AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Tran Phuong Nam¹, Phan Ngo Huy¹, Nguyen Quoc Dung¹, Le Chi Thong¹

Objectives: Evaluating the results of total laryngectomy. **Methods:** A total of 34 patients laryngeal cancer who had undergone total laryngectomy at ENT Department – Hue Central Hospital from 3/2013 to 6/2017. A prospective cohort study was conducted. **Results:** There were 97.2% of male, 2.9% female. The average of age was $53 \pm 10,2$. The AJCC classification of laryngeal cancer was at stage III (88.2%), stage IV (11.8%). Early complications were pharyngocutaneous fistula (14.7%), hematoma (11.8%), wound infection (20.6%) and late complications were stomal stenosis (20.6%), no case of have pharyngoesophagus stenosis and stricture.

Key words: Laryngectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản là ung thư xuất phát chủ yếu từ biểu mô lót thanh quản. Năm 2010, tại Mỹ ung thư thanh quản phổ biến thứ 2 trong ung thư đường hô hấp - tiêu hóa trên, với hơn 11.000 trường hợp mỗi năm [12]. Theo Globocan - dự án của Cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế thuộc Tổ chức Y

tế Thế giới (IARC/WHO), năm 2012, có 157.000 trường hợp mắc mới ung thư thanh quản, chiếm tỷ lệ 1,1% trường hợp mới mắc ung thư. Bệnh gặp nhiều ở nam hơn nữ với tỷ lệ từ 3/1 - 7/1. Số bệnh nhân tử vong là 83.000, chiếm 1% tử vong do bệnh ung thư, nam giới chiếm 73.000 trường hợp [7]. Tại Việt Nam, đến nay vẫn chưa có báo cáo đầy đủ

1. Bệnh viện Trung ương Huế

- Ngày nhận bài (received): 16/7/2017; Ngày phản biện (Revised): 20/7/2017;
- Ngày đăng bài (Accepted): 28/8/2017
- Người phản hồi (Corresponding author): Trần Phương Nam
- Email: bstranphuongnam@gmail.com; ĐT: 0914001944

Bệnh viện Trung ương Huế

trên phạm vi toàn quốc về tỉ lệ mới mắc, tỉ lệ hiện mắc ung thư thanh quản. Tại Hà Nội, theo thống kê của Trần Văn Thuấn tỷ lệ mắc ung thư giai đoạn 2001 - 2005, ung thư thanh quản là 0,8% [3]. Số bệnh nhân mắc bệnh thanh quản xu hướng ngày càng tăng, gây tốn kém điều trị và gánh nặng cho xã hội. Điều trị ung thư thanh quản bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị đơn thuần hoặc phối hợp các phương pháp với nhau. Phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần là phẫu thuật lớn, có nhiều biến chứng và di chứng nhưng đây là phương pháp phẫu thuật được lựa chọn hàng đầu trong điều trị ung thư thanh quản giai đoạn muộn hoặc ung thư tái phát sau điều trị [11], [12]. Nhằm đánh giá kết quả điều trị ung thư

thanh quản bằng phẫu thuật chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: “Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 34 bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn muộn được điều trị phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 3/2013 đến tháng 6/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có cận thiệp lâm sàng.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

3.1.1. Tuổi, giới bệnh nhân

Bảng 1. Tuổi và giới bệnh nhân

Giới Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
≤ 30	1	2,9	0	0	1	2,9
31 – 45	7	20,6	0	0	7	20,6
46 – 60	14	41,2	0	0	14	41,2
> 60	11	32,4	1	2,9	12	35,3
Tổng	33	97,1	1	2,9	34	100

Tuổi trung bình: 53 ± 10,2. Tuổi nhỏ nhất: 27, tuổi lớn nhất: 69

Nghiên cứu trên 34 bệnh nhân ung thư thanh quản được phẫu thuật, nam giới chiếm tỷ lệ 97,1%, nữ giới 2,9%, sự khác biệt tỷ lệ mắc bệnh theo giới có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với ghi nhận của y văn và các nghiên cứu gần đây. Theo Hồ Phan Ly Đa nam giới chiếm 97,5%, Trần Minh Trường nam giới chiếm 96,1%, Juan P. Rodrigo nam giới chiếm 97% [1], [4], [8]. Giả thuyết cho rằng nam giới tiếp xúc nhiều hơn với các yếu tố nguy cơ gây ung thư thanh quản (thuốc lá, rượu, hóa chất...) nên nguy cơ mắc bệnh cao hơn.

Tuổi trung bình mẫu nghiên cứu là 53 ± 10,2, tuổi nhỏ nhất là 27 và lớn nhất là 69. Nghiên cứu của Hồ Phan Ly Đa độ tuổi trung bình là 57 tuổi,

Juan P. Rodrigo là 64 tuổi và Ryan. P. Goepfert là 64,1 tuổi [1], [8], [10]. Nhóm tuổi 46 - 60 chiếm tỷ lệ 41,2%, nhóm tuổi lớn 60 là 35,3%. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu khác, theo Lê Thanh Lâm bệnh nhân ở độ tuổi 50 – 64 chiếm đến 71,2% [2]. Ung thư thanh quản là bệnh lý ảnh hưởng bởi các yếu tố môi trường và lối sống (hút thuốc lá, uống rượu...) nên thường xảy ra ở những bệnh nhân lớn tuổi, qua thời gian dài tiếp xúc với yếu tố nguy cơ. Ở bệnh nhân lớn tuổi thường có những yếu tố không thuận lợi đối với phẫu thuật như bệnh lý mạn tính toàn thân (đái tháo đường...), tình trạng dinh dưỡng kém sẽ có ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật.

3.1.2. Tiền sử bệnh nhân

Bảng 2. Tiền sử bệnh nhân

Đặc điểm	n	%
Hút thuốc lá	27	79,4
Uống rượu	16	47,1
Điều trị xạ trị	7	20,6

Trong nghiên cứu chúng tôi có 20,6% bệnh nhân đã được điều trị xạ trị, 79,4% hút thuốc lá và 47,1% uống rượu. Hút thuốc lá và uống rượu ngoài việc được xem là nguyên nhân gây ra ung thư thanh quản đây còn được biết đến là những yếu tố ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương và nguy cơ gia tăng biến chứng sau phẫu thuật [6], [10]. Nghiên cứu của Juan P. Rodrigo có đến 96% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá, 89% sử dụng rượu, Ryan. P. Goepfert có 86,1% tiền sử hút thuốc lá, 51,8% sử dụng rượu [8], [10]. Theo Ryan. P. Goepfert có mối liên hệ chặt chẽ giữa những người hút thuốc lá với các biến chứng vết mổ và sự ảnh hưởng tiêu cực của việc hút thuốc lá đến quá trình lành vết thương (do thiếu oxy máu ở mô) [10]. Điều này cho thấy chúng ta cần nỗ lực hơn nữa trong việc phòng chống hút thuốc lá ở bệnh nhân ung thư thanh quản nói riêng và cộng đồng nói chung.

3.1.3. Giai đoạn ung thư

Bảng 3. Phân độ ung thư theo AJCC (2002)

Phân độ theo AJCC	n	%
Giai đoạn u – T		
T3	32	94,1
T4	2	5,9
Giai đoạn hạch – N		
N0	27	79,4
N1	4	11,8
N2	3	8,8
N3	0	0
Di căn xa – M		
M0	30	100,0
M1	0	0
Giai đoạn bệnh theo TNM		
III	30	88,2
IV	4	11,8

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân ở giai đoạn muộn với 88,2% giai đoạn III và 11,8% giai đoạn IV, như vậy phù hợp với chỉ định phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần. Chưa có di căn hạch chiếm tỷ lệ 79,4%, không có trường hợp nào di căn xa.

Ung thư thanh quản ở giai đoạn sớm có nhiều lựa chọn điều trị hiệu quả như phẫu thuật, xạ trị. Đối với giai đoạn muộn (III, IV) hoặc ung thư tái phát thì điều trị phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần được ưu tiên lựa chọn, kết hợp xạ trị khối u và hạch cổ bổ trợ sau phẫu thuật để làm tăng hiệu quả điều trị. Khác với ung thư hạ họng, ung thư thanh quản thường di căn hạch muộn hơn do hệ thống bạch huyết kém phong phú hơn. Do vậy mà tỷ lệ chưa có di căn hạch cao hơn nhiều so với nhóm có di căn hạch mặc dù giai đoạn u đã là giai đoạn T3 hoặc T4. Nhiều nghiên cứu cho thấy khối u ở giai đoạn T4 kết hợp với giai đoạn hạch N2 trở lên mới tăng nguy cơ di căn xa [12].

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	n	%
Dò ống họng	5	14,7
Nhiễm trùng	7	20,6
Tụ máu	4	11,8
Dẫn lưu thất bại	0	0
Khác	4	11,8

Kết quả phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần trên 34 bệnh nhân ghi nhận không có trường hợp nào tai biến trong mổ, một số biến chứng sớm như dò ống họng, tụ máu, nhiễm trùng và các biến chứng khác (chảy máu từ lỗ mở khí quản ra da, tràn khí dưới da và giảm protid máu), không có trường hợp nào dẫn lưu thất bại và biến chứng muộn là sẹo hẹp lỗ mở khí quản ra da và không có trường hợp nào sẹo hẹp họng - thực quản.

Biến chứng dò ống huyệt sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần là biến chứng đáng lo ngại nhất, làm ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương, ảnh hưởng trực tiếp đến sự hồi phục sau phẫu thuật, kéo dài thời gian nằm viện. Dò ống huyệt thường xuất hiện từ tuần thứ 1 đến tuần thứ 6 sau phẫu thuật [6]. Trong nghiên cứu chúng tôi, có 14,7% bệnh nhân bị dò ống huyệt. Theo y văn thế giới tỷ lệ dò ống huyệt dao động 2% - 35% [5]. Nghiên cứu Trần Minh Trường tỷ lệ dò ống huyệt là 18%, Hồ Phan Ly Đa là 8,75%, Juan P. Rodrigo là 27%, Ryan. P. Goepfert là 13,9% [1], [8], [10]. Theo Juan P. Rodrigo, mặc dù có những tiến bộ trong kỹ thuật mổ và sử dụng kháng sinh dự phòng, dò ống huyệt sau phẫu thuật vẫn là vấn đề chính ở bệnh nhân cắt thanh quản toàn phần [8]. Dò ống huyệt cần được phát hiện sớm và chẩn đoán chính xác với các biểu hiện lâm sàng như tăng thân nhiệt, da vùng cổ đỏ và nóng, có dịch hôi chảy từ vết mổ hay ống dẫn lưu hoặc cho bệnh nhân uống nước có chất chỉ thị màu (xanh methylen) để từ đó phẫu thuật viên xử trí kịp thời biến chứng này. Phần lớn dò ống huyệt tự đóng kín khoảng 6 tuần từ ngày khởi phát, nhưng một lựa chọn tốt khác là sử dụng vật cản cơ tại chỗ, vật da - cơ có cuống (vật cơ ngực lớn...) hay mô tự do để đóng khuyết hổng gây dò [5], [8]. Bên cạnh đó việc kiểm soát tình trạng trào ngược dạ dày - thực quản giúp cho việc ngăn ngừa và quản lý biến chứng dò ống huyệt [6]. Nghiên cứu chúng tôi có 2/5 trường hợp dò ống huyệt phải dùng vật cơ - mô tại chỗ khâu phủ, không có trường hợp nào phải sử dụng vật da - cơ có cuống để đóng lỗ dò. Với 3 trường hợp còn lại, chúng tôi mở dẫn lưu dịch, chăm sóc hố mổ, nuôi ăn qua sonde dạ dày, rồi để đường dò tự đóng.

Tỷ lệ tụ máu vùng cổ sau phẫu thuật là 11,8%. Nghiên cứu của Ryan. P. Goepfert có 9% [9], Juan P. Rodrigo có 5% số trường hợp tụ máu sau phẫu thuật [8]. Đây cũng là biến chứng chính hay gặp thứ hai sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần. Chúng ta cần can thiệp kịp thời để tránh tình trạng tăng áp lực phân ly vùng huyệt vừa được tái tạo

và áp lực gây chèn ép vùng huyệt trên khí quản [6], [9]. Đây cũng là yếu tố khiến bệnh nhân nằm viện kéo dài, gia tăng nguy cơ nhiễm trùng tại chỗ. Theo Ryan. P. Goepfert, bệnh nhân có tụ máu sau phẫu thuật nằm viện dài hơn 3 ngày so với số ngày trung bình của bệnh nhân không có tụ máu [10]. Đối với những bệnh nhân này chúng tôi đưa vào phòng mổ, mở hố mổ, kiểm tra, cầm máu, làm sạch các cục máu đông, băng ép và đặt lại dẫn lưu mới. Sau xử trí bệnh nhân ổn định, không tái phát tình trạng tụ máu. Để ngăn ngừa biến chứng này chúng ta cần chú ý kỹ thuật lúc phẫu thuật, không gây tổn thương các mạch máu lớn, dập mô và cơ, cầm máu kỹ trước khi đóng vết mổ.

Nhiễm trùng vết mổ thường xuất hiện vào ngày thứ 3 đến ngày thứ 5 sau phẫu thuật [6], [9] với phù nề vật da, chảy dịch mủ từ vết thương, có mùi hôi, có thể có sốt, gia tăng số lượng bạch cầu... Nghiên cứu chúng tôi có 20,6% bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ. Trong khi đó nghiên cứu của Juan P. Rodrigo có 31% bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ. Nhiễm trùng vết mổ cũng là nguyên nhân khiến vết thương chậm lành, nhất là những trường hợp có dò ống huyệt. Trong 7 trường hợp nhiễm trùng thì có 4 trường hợp kèm theo dò ống huyệt, khi có khuyết hổng ở vùng huyệt, nước bọt, dịch từ huyệt miệng, môi trường bên ngoài xâm nhập khiến nguy cơ nhiễm trùng tăng lên. Ngoài việc chăm sóc vết mổ, đảm bảo vô trùng chúng tôi điều chỉnh sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ để xử lý tình trạng nhiễm trùng. Mặc dù tất cả bệnh nhân đều được điều trị ổn định nhưng đã ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương. Do đó việc đảm bảo vô trùng lúc phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu (nhất là nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện), quản lý những trường hợp dò ống huyệt cần được chú ý.

Trong nghiên cứu chúng tôi, không có bệnh nhân nào có biến chứng dẫn lưu thất bại và có 11,8% bệnh nhân có các biến chứng khác như chảy máu từ lỗ mở khí quản ra da, tràn khí dưới da và giảm protid máu.

3.2.2. Một số yếu tố liên quan với biến chứng dò ống họng

Bảng 5. Tương quan của dò ống họng

Yếu tố		Dò ống họng	Không dò
Nhóm tuổi	≤ 30	0	1
	31 – 45	1	6
	46 – 60	3	11
	> 60	1	11
Hút thuốc lá	Có	3	24
	Không	2	5
Tiền sử xạ trị	Có	2	5
	Không	3	24
Phẫu thuật nạo vét hạch cổ	Có	4	17
	Không	1	12

Dò ống họng là biến chứng phổ biến nhất sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần [5]. Theo các nghiên cứu khác nhau có nhiều yếu tố làm tăng nguy cơ dò ống họng như hút thuốc lá, tình trạng dinh dưỡng kém, tiền sử xạ trị trước phẫu thuật hoặc có nạo vét hạch cổ kèm theo, cắt lọc rộng niêm mạc vùng họng – thực quản... [6], [9], [10]. Trong nghiên cứu chúng tôi, bệnh nhân bị dò ống họng ở nhóm tuổi 46 - 60 chiếm tỷ lệ 21,4% cao hơn các nhóm tuổi khác (sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê). Trong khi đó nhóm bệnh nhân không hút thuốc có tỷ lệ dò ống họng 28,6% cao hơn nhóm không hút thuốc, điều này không phù hợp với y văn và một số nghiên cứu khác, theo Trần Minh Trường bệnh nhân hút thuốc có tỷ lệ dò ống họng cao hơn không hút thuốc (với $p < 0,05$) [4]. Tỷ lệ dò ống họng ở nhóm bệnh nhân có xạ trị trước phẫu thuật là 28,6% và nhóm có phẫu thuật nạo vét hạch cổ là 19% cao hơn nhóm bệnh nhân không xạ trị và không phẫu thuật nạo vét hạch cổ. Theo y văn thế giới tỷ lệ dò ống họng gia tăng có ý nghĩa ở bệnh nhân có điều trị xạ trị trước phẫu thuật [5], [6], [9]. Chúng tôi nhận thấy rằng nguy cơ biến chứng dò ống họng phụ thuộc vào nhiều yếu tố kết hợp của bệnh nhân lẫn kỹ thuật mổ của bác sĩ. Với cỡ mẫu nhỏ nên chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của các yếu tố nguy cơ đối với dò ống họng mà cần phải nghiên cứu thêm.

3.3.3. Biến chứng muộn sau phẫu thuật

Bảng 6. Biến chứng muộn

Biến chứng muộn	n	%
Sẹo hẹp lỗ mở khí quản	7	20,6
Sẹo hẹp họng – thực quản	0	0
Không có biến chứng	27	79,4

Biến chứng sẹo hẹp lỗ mở khí quản ra da (sẹo hẹp lỗ mở khí quản) và sẹo hẹp họng – thực quản là các biến chứng muộn, phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần. Nghiên cứu chúng tôi, 79,4% bệnh nhân không có biến chứng muộn, 20,6% bệnh nhân bị sẹo hẹp lỗ mở khí quản ra da, không có bệnh nhân nào bị sẹo hẹp họng - thực quản.

Sẹo hẹp lỗ mở khí quản sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần là biến chứng làm giảm khả năng thông khí thậm chí gây khó thở nếu lỗ mở bị chít hẹp nhiều. Sẹo hẹp lỗ mở khí quản là kết quả của sự liền sẹo ở vùng giao nhau giữa da và niêm mạc hoặc do khối u tái phát chèn ép gây hẹp. Theo y văn có một số yếu tố nguy cơ của sẹo hẹp khí quản bao gồm kích thước ban đầu của lỗ mở khí quản, cơ địa sẹo lồi, tiền sử điều trị xạ trị, mở khí quản trước phẫu thuật, phẫu thuật nạo vét hạch cổ kèm theo, nhiễm trùng vết mổ... [5]. Trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ sẹo hẹp lỗ mở khí quản là 20,6%. Theo tổng hợp nhiều nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ này dao động từ 4% - 42% [5]. Khi bệnh nhân có nguy cơ xuất hiện sẹo hẹp, chúng tôi cho bệnh nhân đeo Cannule khí quản kéo dài để nong, duy trì đường thở đầy đủ, đây là lựa chọn đầu tiên cho biến chứng này [5], [9]. Nếu sẹo hẹp nhiều, cản trở sự thông khí của bệnh nhân thì có chỉ định phẫu thuật [9]. Chúng tôi thực hiện tại phòng mổ, gây tê tại chỗ, cắt lọc phần sẹo hẹp và chỉnh hình lại lỗ mở khí quản ra da. Theo một số tác giả, yếu tố quan trọng nhất để ngăn ngừa sẹo hẹp lỗ mở khí quản là chú ý đến kỹ thuật mổ chi tiết và tỉ mỉ lúc tạo hình lỗ mở khí quản ra da [5].

Sẹo hẹp họng – thực quản cũng là một biến chứng muộn sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần, gây trở ngại trong việc ăn uống qua đường miệng của bệnh nhân. Trong nghiên cứu chúng tôi không có trường hợp nào bị sẹo hẹp họng – thực

quản. Biến chứng này gặp nhiều hơn ở những bệnh nhân cần phải thực hiện phẫu thuật một phần vùng họng, giai đoạn di căn hạch cao hay những trường hợp tái phát bệnh [5]. Có thể thấy nhóm bệnh nhân chúng tôi tất cả là ung thư thanh quản, chưa có hoặc có xâm lấn ít vào vào hạ họng, giai đoạn di căn hạch thấp nên trong quá trình phẫu thuật không cắt lọc rộng rãi, còn bảo tồn được niêm mạc vùng họng - thực quản, thuận lợi cho việc tái tạo ống họng - thực quản, tránh gây ra sẹo hẹp họng - thực quản.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 34 bệnh nhân ung thư thanh quản được phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi có một số kết luận như sau:

Cắt thanh quản toàn phần là phương pháp phẫu thuật đầu tay, an toàn được lựa chọn cho điều trị

phẫu thuật ung thư thanh quản giai đoạn III, IV.

- Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $53 \pm 10,2$ với 97,1% nam và 2,9% nữ.

- Tiền sử bệnh nhân: 20,6% có điều trị xạ trị trước phẫu thuật, 79,4% hút thuốc lá và 47,1% uống rượu là những yếu tố ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương và tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật.

- Bệnh nhân ở giai đoạn III chiếm tỷ lệ 88,2% và giai đoạn IV là 11,8%.

- Các biến chứng sớm sau phẫu thuật: dò ống họng (14,7%), tụ máu (11,8%) và nhiễm trùng (20,6%).

- Nhóm bệnh nhân điều trị xạ trị trước phẫu thuật, phẫu thuật nạo vét hạch cổ kèm theo có tỷ lệ dò ống họng cao hơn nhóm còn lại.

- Biến chứng muộn là sẹo hẹp lỗ mở khí quản ra da (20,6%) và không có trường hợp nào bị sẹo hẹp họng - thực quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Phan Ly Đa và cs (2015), “Đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần trong điều trị ung thư thanh quản tại Bệnh viện Đà Nẵng từ 2010 - 2015”, Kỷ yếu tóm tắt và báo cáo khoa học, Hội nghị Tai Mũi Họng toàn quốc 2015, tr. 30 – 33.
2. Lê Thanh Lâm và cs (2015), “Phẫu thuật cắt thanh quản trong điều trị ung thư thanh quản tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP HCM từ 1/2012 đến 6/2014”, Chuyên đề Tai Mũi Họng và Phẫu thuật Đầu cổ, Nhà xuất bản Y học, tr. 195 – 200.
3. Trần Văn Thuận (2009), “Một số đặc điểm dịch tễ học qua ghi nhận ung thư tại Hà Nội”, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 62 (3), tr. 41 - 47.
4. Trần Minh Trường (2009), “Nghiên cứu dò ống họng sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần: tần suất, các yếu tố nguy cơ và hiệu quả điều trị”, *Y học Tp Hồ Chí Minh*, 13(1), tr. 135 – 138.
5. Arash Mohebbati, Jatin P. Shah (2010), “Total Laryngectomy”, *Otorhinolaryngology Clinics: An International Journal*, 2 (3), pp. 207 – 214.
6. Christopher H. Rassekh, Bruce H. Haughey (2010), “Total Laryngectomy and Laryngopharyngectomy”, Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, 5th ed., vol. 2.
7. Ferlay J. et al. (2015), “Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012”, *Int J Cancer*, 136(5), pp. E359-386.
8. Juan P. Rodrigo (2015), “Results of Total Laryngectomy as Treatment for Locally Advanced Laryngeal Cancer in the Organ-Preservation Era”, *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2015, 66 (3), pp. 132 – 138.
9. Miquel Quer and Hans Edmund Eckel (2010), “Total Laryngectomy”, *Surgery of Larynx and Trachea*, Springer, pp. 229 – 243.
10. Ryan. P. Goepfert (2016), “Complications, Hospital Length of Stay, and Readmission After Total Laryngectomy”, *Article in Cancer*.
11. William M. Mendenhall, John W. Werning (2014), “*Cancer of the Larynx*”, *Head and neck cancer A Multidisciplinary Approach*, 4thed., pp. 441 – 459.
12. William B. Armstrong et al. (2010), “*Malignant Tumors of the Larynx*”, Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery 2010, 5th ed., vol. 2.