

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG NỘI SOI DẢI ÁNH SÁNG HẸP KẾT HỢP NỘI SOI VI PHẪU BẰNG LASER CO₂ TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ HẠ HỌNG, THANH QUẢN GIAI ĐOẠN SỚM

*Trần Phương Nam **, *Lê Chí Thông**, *Phan Ngô Huy**,
*Lê Quốc Anh**, *Dương Mạnh Đạt**

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả ứng dụng nội soi dải ánh sáng hẹp kết hợp nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂ trong chẩn đoán và điều trị ung thư hạ họng và ung thư thanh quản giai đoạn sớm. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, có can thiệp lâm sàng trên 24 bệnh nhân ung thư hạ họng, ung thư thanh quản ở giai đoạn sớm, được phát hiện tổn thương ác tính bằng nội soi dải ánh sáng hẹp, điều trị phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂. **Kết quả:** Tuổi trung bình mắc bệnh là 61,2 ± 10,6; triệu chứng khàn tiếng chiếm 70,8%, ung thư giai đoạn T1a có tỷ lệ 66,7%; IPCL type V là 70,8%; khả năng kiểm soát bờ rìa là 87,5%, không có tai biến trong phẫu thuật 23/24 trường hợp và di chứng sau phẫu thuật tháng thứ 1 là tấy sinh mô hạt (66,7%), tháng thứ 3 là dính mép trước dây thanh (20,8%). **Kết luận:** Nội soi dải ánh sáng hẹp có giá trị phát hiện sớm ung thư hạ họng, thanh quản. Phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂ các khối ung thư hạ họng, ung thư thanh quản ở giai đoạn sớm mang lại kết quả tốt, tỷ lệ tai biến và biến chứng sau phẫu thuật rất thấp, bảo tồn được tối đa chức năng phát âm, hô hấp và nuốt.

Từ khoá: ung thư hạ họng giai đoạn sớm, ung thư thanh quản giai đoạn sớm, nội soi mềm dải ánh sáng hẹp, phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂.

STUDY ON APPLYING NARROW BAND IMAGING ENDOSCOPY COMBINED WITH CO₂ LASER ENDOSCOPIC MICROSURGERY IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EARLY STAGE HYPOPHARYNGEAL AND LARYNGEAL CARCINOMA

ABSTRACT

Objective: to evaluate the results of applying narrow band imaging endoscopy combined with CO₂ laser endoscopic microsurgery in diagnosis and treatment of early stage hypopharyngeal and laryngeal carcinoma. **Methods:** A prospective study with clinical intervention was conducted on 24 patients with early stage hypopharyngeal and laryngeal cancer. All patients were detected malignant lesions by narrow band imaging endoscopy, treated with CO₂ laser endoscopic microsurgery and followed up after

* Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phương Nam Email: bstranphuongnam@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/10/2022. Ngày nhận phản biện: 17/10/2022

Ngày nhận phản hồi: 27/10/2022. Ngày duyệt đăng: 29/10/2022

treatment. Results: the mean age was 61.2 ± 10.6 ; the rate of hoarseness was 70,8%, T1a tumor stage was 66,7%, IPCL type V was 70,8%, marginal tumor control was 87,5%. There was of 23/24 cases with no complication during operation. The rate of extensive granuloma was 66.7% in the first month and of anterior commissure adhesion was 20.8% in the third month. Conclusion: Narrow band imaging endoscopy was an valuable tool in screening for early-stage hypopharyngeal and laryngeal cancer. CO₂ laser endoscopic microsurgery was an effective methods. The rate of intra - and post operation complication was small, preserving the maximum function of speech, breathing and swallowing.

Keywords: *early stage pharyngeal cancer, early stage laryngeal cancer, narrow band imaging endoscopy, CO₂ laser endoscopic microsurgery*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng và ung thư thanh quản là bệnh lý ác tính tại niêm mạc hạ họng - thanh quản, chủ yếu ở thể mô bệnh học ung thư biểu mô vảy. Đây là nhóm bệnh ung thư phổ biến hàng thứ 3 của ung thư đầu cổ. Bệnh hay gặp ở nam giới, có liên quan đến môi trường sống và thói quen sinh hoạt [1].

Theo Globocan, năm 2020, ung thư hạ họng có 82.254 trường hợp mắc mới mắc ung thư hạ họng, chiếm 0,4% số mắc mới ung thư; ung thư thanh quản có 184.615 trường hợp mắc mới, chiếm tỷ lệ 1% số trường hợp mới mắc ung thư. [2]. Tại Việt Nam, số ca mắc mới và tỷ lệ tử vong của ung thư hạ họng là 2.356 và 1%; của ung thư thanh quản là 2.021 và 0,9% [3].

Ở giai đoạn sớm, ung thư hạ họng và ung thư thanh quản có triệu chứng mơ hồ, rất dễ nhầm lẫn và bỏ sót trong chẩn đoán. Các tổn thương sớm tại niêm mạc hạ họng và thanh quản khó phát hiện bằng thăm khám gián tiếp qua gương hoặc dưới nội soi ánh sáng trắng thông thường. Năm 2006, nhà sản xuất Olympus giới thiệu thương mại hệ thống nội soi dải ánh sáng hẹp NBI Evis Lucera spectrum. Đây là hệ

thống nội soi dựa vào đặc tính tán xạ và hấp thu các bước sóng ánh sáng khác nhau đối với mỗi loại mô trong cơ thể để tạo ảnh, giúp phân biệt những khối u với những tổn thương không tăng sản ung thư. Nội soi dải ánh sáng hẹp rất có giá trị trong sàng lọc, chẩn đoán, định hướng sinh thiết các tổn thương nghi ngờ ác tính và theo dõi sau điều trị đối với ung thư hạ họng và ung thư thanh quản.

Điều trị ung thư hạ họng và ung thư thanh quản ở giai đoạn sớm vẫn ưu tiên lựa chọn phẫu tích lấy bỏ hết khối ung thư. Lựa chọn kết hợp xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật thay đổi tùy theo tình trạng u, khả năng tiếp cận, phẫu tích khối u và mô bệnh học bờ rìa khối u sau phẫu thuật. Tổng liều tia xạ giảm đối với những bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt bỏ hết khối ung thư. Do đó các biến chứng và di chứng sau điều trị giảm có ý nghĩa, tăng chất lượng cuộc sống bệnh nhân sau điều trị. Hạn chế lớn nhất đối với các phẫu thuật kinh điển, phẫu thuật hở trước đây là không xác định chính xác mức độ xâm lấn của ung thư bằng mắt thường nên phẫu thuật viên có xu hướng phẫu tích rộng hơn, khối lượng mô lành bị mất đi nhiều hơn ảnh hưởng lớn đến các

chức năng của hạ họng và thanh quản sau này và làm tăng các nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật. Dưới hỗ trợ kính hiển vi điện tử và hệ thống Laser gắn kết với kính hiển vi, phẫu thuật cắt khối ung thư thanh quản qua nội soi và vi phẫu thanh quản dễ dàng hơn, chính xác hơn, ít sót bệnh tích hơn so với các phương pháp phẫu thuật kinh điển trước đây. Dao mổ Laser CO₂ rất hiệu quả trong phẫu thuật các khối ung thư thanh quản và hạ họng ở giai đoạn sớm nhờ vào tính chất phẫu thuật không tiếp xúc, tổn thương mô lành tối thiểu, hậu phẫu phục hồi nhanh.

Tại khu vực miền Trung - Tây Nguyên, Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Trung ương Huế là đơn vị đầu tiên triển khai nội soi mềm dải ánh sáng hẹp trong sàng lọc, chẩn đoán ung thư hạ họng, thanh quản và áp dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi vi phẫu Laser CO₂ trong điều trị ung thư hạ họng, thanh quản. Áp dụng các công nghệ mới, kỹ thuật tiên tiến và hiện đại này đã mang lại hiệu quả cao trong điều trị ung thư hạ họng thanh quản giai đoạn sớm. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: ***Đánh giá kết quả ứng dụng nội soi mềm dải ánh sáng hẹp kết hợp nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂ trong chẩn đoán và điều trị ung thư hạ họng, thanh quản giai đoạn sớm.***

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 24 bệnh nhân ung thư hạ họng, ung thư thanh quản ở giai đoạn sớm (giai đoạn I, giai đoạn II) được khám, chẩn đoán và điều trị phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng dao Laser CO₂

tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 6/2020 đến tháng 12/2021.

* **Tiêu chuẩn chọn bệnh:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư hạ họng, ung thư thanh quản ở giai đoạn I và giai đoạn II, mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy.

- Bệnh nhân được thực hiện nội soi mềm dải ánh sáng hẹp hạ họng - thanh quản đánh giá khối u, phân loại tổn thương cuống mao mạch trong nhú (IPCL) và phẫu thuật cắt bỏ khối ung thư bằng laser CO₂.

- Bệnh nhân có tái khám sau kết thúc điều trị 01, 03 tháng

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn loại trừ**

Các khối u ác tính hạ họng, thanh quản đã được điều trị trước đó bằng phẫu thuật, xạ trị, hóa trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát, mô tả, tiền cứu, có can thiệp lâm sàng.

2.2.2. Cơ mẫu và cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, ngẫu nhiên, không xác suất.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Ghi nhận thông tin hành chính, bệnh sử, khám lâm sàng “Đánh giá và phân loại TNM khối u hạ họng, u thanh quản theo UICC [4].

Nội soi mềm dải ánh sáng hẹp hạ họng

- thanh quản, chụp cắt lớp vi tính đánh giá khối u.

Bước 2: Sinh thiết khối u chẩn đoán dưới gây mê nội khí quản

Sinh thiết khối u tại vị trí nghi ngờ trên nội soi mềm dải ánh sáng hẹp dưới nội soi treo thanh quản.

Bước 3: Điều trị nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂ và tái khám sau điều trị.

Đối với phẫu thuật cắt dây thanh, sử dụng phân loại phẫu thuật cắt dây thanh bằng Laser theo ELS - Hội thanh quản Châu Âu.

Tái khám sau điều trị 1 tháng và 3 tháng

2.2.5. Thu thập và xử lý số liệu:

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để xử lý số liệu và phân tích thống kê.

3. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi dải ánh sáng hẹp ung thư hạ họng và ung thư thanh quản giai đoạn sớm

Tuổi trung bình là 61,2 ± 10,6 tuổi; tuổi nhỏ nhất là 41 và tuổi lớn nhất là 90. Nam giới chiếm 22 trường hợp, nữ giới là 2 trường hợp.

Bảng 3.1. Một số yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Hút thuốc lá	17	70,8
Thói quen uống rượu	10	41,6
Hút thuốc và uống rượu	12	50

Có 17/24 (tỷ lệ 70,8%) số bệnh nhân hút thuốc lá và 12/24 số trường hợp (50%)

có yếu tố nguy cơ gồm hút thuốc lá và uống rượu.

Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng, vị trí khối u, giai đoạn u

	Số trường hợp	Tỷ lệ %	
Triệu chứng cơ năng (n = 24)			
Nuốt khó	1	4,2	
Nuốt đau	4	16,7	
Khàn tiếng	17	70,8	
Vị trí khối u			
Thanh quản - dây thanh (n = 19)	1/3 trước	12	63,2
	1/3 giữa	4	21,1
	1/3 sau	3	15,7
Hạ họng - xoang lê (n = 5)	5	100	
Giai đoạn u			
T1aN0M0	16	66,7	
T1bN0M0	8	33,3	

Triệu chứng khàn tiếng chiếm tỷ lệ 70,8%. Có 1 trường hợp có triệu chứng nuốt khó. Tổn thương tại thanh quản ở 1/3 trước dây thanh chiếm 63,2%. Khối u ở giai đoạn T1a chiếm tỷ lệ 70,8%.

Bảng 3.3. Đặc điểm hình ảnh nội soi khối u

Đặc điểm hình ảnh nội soi dải ánh sáng hẹp khối u	Số trường hợp	Tỷ lệ%
Thở u		
Thở sùi, loét	17	70,8
Thở thâm nhiễm	4	16,7
Mảng bạch sản	3	12,5
Tổn thương kế cận u		
Phù nề niêm mạc	2	8,3
Không có tổn thương	22	91,7
Hình thái u dưới nội soi ánh sáng trắng		
Không có hình ảnh nghi ngờ ác tính	10	41,7
Nghi ngờ ác tính	14	58,3
Hình thái IPCL dưới nội soi dải ánh sáng hẹp		
TypeIV	7	29,2
TypeV	17	70,8

Tổn thương thể sùi loét chiếm tỷ lệ 70,8%, không có tổn thương kế cận u chiếm 91,7%. Ở

chế độ nội soi dải ánh sáng trắng, tổn thương có hình ảnh nghi ngờ ác tính chiếm tỷ lệ 41,7%, ở chế độ dải ánh sáng hẹp, hình thái IPCL type V, tổn thương ung thư, chiếm tỷ lệ 70,8%

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂ ung thư thanh quản và ung thư hạ họng giai đoạn sớm

Bảng 3.4. Thời gian phẫu thuật và nằm viện sau phẫu thuật

Thời gian	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian phẫu thuật (phút)	31,2± 11,1	15	60
Nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	7,2 ±2,1	6	9

Thời gian phẫu thuật trung bình là 31,2 ± 11,1 phút, thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 7,2 ±2,1 ngày.

Bảng 3.5. Mô bệnh học bờ rìa phẫu trường

Mô bệnh học bờ rìa phẫu trường	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Niêm mạc lành tính	21	87,5
Niêm mạc loạn sản	3	12,5
Tổng	24	100%

Có 3/24 trường hợp (tỷ lệ 12,5%), mô bệnh học niêm mạc bờ rìa phẫu trường là loạn sản.

Bảng 3.6. Phân loại phương pháp phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂

Phương pháp phẫu thuật		n	%
Ung thư thanh quản (n = 19)	Phẫu tích từ lớp biểu mô dây thanh đến hết một phần cơ dây thanh - type III	5	26,3
	Phẫu tích toàn bộ dây thanh một bên đến lớp màng sụn giáp - type IV	10	41,7
	Phẫu tích toàn bộ dây thanh một bên đến lớp màng sụn giáp và một phần phía trước dây thanh đối bên - Type Va	4	22,0
Ung thư hạ họng (n = 5)	Phẫu tích toàn bộ khối u và phần niêm mạc cách rìa u 5mm	5	100

19/24 trường hợp khối ung thư ở thanh quản được phẫu thuật type IV chiếm 10/19

số trường hợp (41,7%). 5/5 trường hợp ung thư hạ họng phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u và phần niêm mạc cách rìa u 5mm.

Bảng 3.7. Tai biến trong phẫu thuật

Tai biến trong phẫu thuật	Số trường hợp (n = 24)	Tỷ lệ %
Chảy máu	1	4,2
Bong niêm mạc diện rộng	0	0
Tràn khí vùng cổ	0	0
Không có tai biến	23	95,8

23/24 bệnh nhân không có tai biến nào trong quá trình phẫu thuật. Có 1/24 trường hợp (4,2%), chảy máu nhiều trong phẫu thuật.

Bảng 3.8. Tình trạng hở mồm sau 1 tháng và 3 tháng

Tình trạng hở mồm	Sau 1 tháng (n = 24)		Sau 3 tháng (n = 24)	
	n	%	n	%
Giả mạc	7	21,2	0	0
Tăng sinh mô hạt	16	66,7	7	21,2
Dính mép trước dây thanh	4	16,7	5	20,8

Tình trạng mô hạt tăng sinh sau 1 tháng chiếm tỷ lệ 66,7%, sau 3 tháng là 21,2%. Tỷ lệ dính mép trước dây thanh sau mổ 1 tháng và 3 tháng là 16,7% và 20,8%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi dải ánh sáng hẹp ung thư hạ họng, ung thư thanh quản giai đoạn sớm

Tuổi mắc bệnh trung bình là 61,2 ± 10,6 tuổi. Nam giới chiếm 22/24 số trường hợp. Võ Nguyễn Hoàng Khôi nghiên cứu trên 45 bệnh nhân ung thư thanh quản, tuổi trung bình mắc bệnh ung thư thanh quản là 60,5 ± 9,5 [5]. Theo Muto và cộng sự, tuổi trung bình mắc ung thư hạ họng là 59,5 tuổi [6]. Y văn ghi nhận ung thư hạ họng và ung thư thanh quản gặp phổ biến ở nam giới,

lứa tuổi trung niên.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hơn một nửa số bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá (70,8%), uống rượu (41,6%), bảng 1. Thuốc lá và uống rượu đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây ung thư hạ họng và ung thư thanh quản thông qua cơ chế trực tiếp tổn thương mạn tính niêm mạc, tác động ở mức độ phân tử, tạo các đoạn đột biến, đứt gãy cấu trúc gen. Trong khối thuốc lá tìm thấy hơn 30 tác nhân gây thư [7]. Nguy cơ này tăng cao khi kết hợp cả hút thuốc và uống rượu. Bảng 2 ghi nhận triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất là khàn tiếng 17/24 trường hợp (70,8%), rối loạn nuốt bao gồm nuốt đau và nuốt khó là 5/24 trường hợp. Các triệu chứng cơ năng cũng chính là các lý do đến khám. Các tổn thương tại niêm mạc ở giai đoạn sớm gây nên các triệu chứng rất mơ hồ do vậy thường bị bỏ sót. Trong thực hành lâm sàng, chúng tôi khuyến cáo bệnh nhân nam giới, khàn tiếng, nuốt đau kéo dài trên 2 tuần nên được thực hiện nội soi hạ họng - thanh quản để phát hiện sớm tổn thương ác tính.

Nghiên cứu ghi nhận 24 bệnh nhân ung thư hạ họng và ung thư thanh quản ở giai đoạn I, khối u ở giai đoạn T_{1a} chiếm tỷ lệ 66,7%. Nghiên cứu của Trần Thế Quang, tỷ lệ ung thư giai đoạn là 86,2% [8]. Ở giai đoạn sớm có các triệu chứng không rõ ràng, bệnh nhân thường bỏ qua và chỉ đến khám ở giai đoạn muộn khi đã thấy hạch cổ, hoặc khi khối u ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, nuốt.

Đặc điểm hình ảnh khối u dưới nội soi, chúng tôi ghi nhận u thể sùi, loét chiếm 70,8%, 91,7% số trường hợp không có các tổn thương kế cận u, bảng 3. Nghiên cứu của Phạm Hữu Nhân hình thái đại thể u sùi chiếm tỷ lệ 91,2% [9]. Các thể thâm nhiễm,

thể loét đơn thuần ít gặp hơn. Theo Nguyễn Quốc Dũng và cộng sự thể sùi gặp nhiều nhất, 42/62 trường hợp, tỷ lệ 67,7% [10]. Tổn thương dạng sùi là dạng tổn thương đặc trưng của ung thư lớp niêm mạc do sự tăng sinh tế bào ác tính xếp lớp, nhiều hình dạng, kích thước khác nhau. Kèm theo sự tăng sinh tế bào là sự gia tăng mạch máu đến u và vùng cận u. Với các ưu điểm ống mềm, kích thước nhỏ, dễ tiếp cận áp sát bề mặt tổn thương, khả năng nhuộm màu quang học của dải ánh sáng hẹp, chúng tôi đánh giá được tổn thương u, vùng kế cận u và giới hạn u nhiều thuận lợi.

Các biến đổi hình thái các mạch máu dưới niêm mạc được bộc lộ bằng tính năng nhuộm màu của dải ánh sáng hẹp giúp xác định rìa tổn thương dễ dàng, u xâm lấn khi ở một mức giải phẫu khác kế cận có biến đổi hình thái mạch máu ở bề mặt niêm mạc. Cách đánh giá này có ý nghĩa trong chẩn đoán giai đoạn u, lựa chọn vị trí sinh thiết khối u, định hướng phương án điều trị phẫu thuật thích hợp để đảm bảo lấy bệnh tích được tối đa mà diện tổn thương, mất chất ở mức tối thiểu. Trong nghiên cứu phân tích tổng quan - hệ thống, Sun C. và cộng sự đặt tên cho dải ánh sáng hẹp là sinh thiết quang học [11].

Theo kết quả bảng 3, ở chế độ dải ánh sáng trắng thông thường, biểu hiện hình ảnh nghi ngờ ác tính chiếm 58,3% trong khi ở chế độ dải ánh sáng hẹp bộc lộ hình thái cuộn mao mạch trong nhú ở type V là type của ung thư niêm mạc chiếm tỷ lệ 70,8%. Ở chế độ nội soi dải ánh sáng hẹp, tỷ lệ phát hiện tổn thương nghi ngờ ung thư cao hơn. Dưới chế độ nội soi ánh sáng trắng, tình trạng phù niêm mạc, giả viêm, thể sùi ở mức độ ít hoặc thể thâm nhiễm làm sai lệch các biểu hiện đại thể đặc trưng của khối u, dẫn đến bỏ sót nghi ngờ ác tính.

Ở chế độ nội soi dải ánh sáng hẹp, ngoài có được các hình ảnh của dải ánh sáng trắng tại lớp niêm mạc, các biến đổi của cuộn mạch trong nhú làm tăng nhận biết và đặc hiệu cho tổn thương ác tính. Back ghi nhận độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán ung thư hạ họng - thanh quản của nội soi ánh sáng trắng độ phân giải cao và nội soi dải ánh sáng hẹp lần lượt là 62%, 81% và 100%, 84% [12]. Phân tích tổng quan hệ thống của Cosway độ nhạy và độ đặc hiệu của nội soi mềm dải ánh sáng hẹp lần lượt là 71,1% và 84,1%. Tác giả cũng ghi nhận nội soi dải ánh sáng hẹp có độ chính xác cao trong chẩn đoán ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ [13].

Shoffel-Havakuk và cộng sự so sánh vai trò chẩn đoán ung thư thanh quản dưới nội soi ánh sáng trắng và nội soi dải ánh sáng hẹp nhận định: nội soi dải ánh sáng hẹp cho hình ảnh tổn thương ác tính rõ hơn, đánh giá diện tổn thương toàn diện hơn và có độ nhạy cao hơn. Theo Shoffel-Havakuk có 2 lý do có giúp nội soi dải ánh sáng hẹp tăng độ nhạy trong chẩn đoán đó là: (1) dải ánh sáng hẹp làm bộc lộ các mạch máu bất thường có liên quan đến sự tăng sản ác tính; (2) ánh sáng trắng có thể cho hình ảnh sai lệch dẫn đến chẩn đoán quá mức mức độ tổn thương tại niêm mạc [14].

4.2. Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂ ung thư thanh quản và ung thư hạ họng giai đoạn sớm

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô vảy tại hạ họng và thanh quản bằng kết quả mô bệnh học qua sinh thiết khối u tại các vị trí được xác định dưới nội soi mềm dải ánh sáng hẹp. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng laser CO₂ tại công suất tia từ 8 - 12 watt, chế độ xung ngắt quãng. Kết quả bảng 4, ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình

31,2 ± 11,1 phút. Ở những trường hợp khối u tại vị trí ngách hoặc vùng mép trước dây thanh, thời gian phẫu thuật thường kéo dài do nhược điểm của tia laser là đi thẳng, không gập góc nên phẫu thuật viên phải bộc lộ phẫu trường tốt hơn để kiểm soát được đường tia laser. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 7,2 ± 2,1 ngày. Thời gian nằm viện được rút ngắn lại so với các phương pháp phẫu thuật hở, kinh điển.

Ở những phương pháp phẫu thuật kinh điển, quá trình tiếp cận khối u không những cắt mô mềm mà còn phải cắt mở sụn giáp để vào được vùng họng - thanh quản. Hậu quả là biến chứng tràn khí vùng cổ và liên thương chậm, làm kéo dài thời gian điều trị. Với phương pháp phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂, chúng tôi tiếp cận khối u qua ống soi và kính hiển vi qua đường miệng. Khối u được bộc lộ hoàn toàn, phóng đại, rõ ràng, chính xác khối u và phân biệt tốt giới hạn tổn thương lành tính và ác tính. Theo đó mà khối u được phẫu tích hoàn toàn, niêm mạc bờ rìa lành tính chiếm tỷ lệ 87,5%. Có 3/18 trường hợp niêm mạc bờ rìa loạn sản (bảng 5). 3 bệnh nhân này có đặc điểm khối u ở vị trí mép trước dây thanh. Đây là khu vực khó tiếp cận trong phẫu thuật. Cả 3 trường hợp này, chúng tôi tiếp tục theo dõi định kỳ mỗi 3 tháng, phát hiện sớm và đánh giá tình trạng tái phát. Kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Hữu trên 30 bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn sớm được phẫu thuật bằng nội soi laser CO₂, có 1/30 trường hợp còn sót bệnh tích, bờ rìa còn tế bào ung thư [15], Lê Minh Kỳ nghiên cứu 50 bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn sớm được phẫu thuật bằng Laser CO₂, có 3/50 trường hợp (6%), rìa diện cắt dương tính tế bào ung thư [16].

Phương pháp phẫu thuật đối với khối u ở thanh quản, chúng tôi lựa chọn phương

pháp phẫu thuật theo chỉ định và phân loại phẫu thuật cắt dây thanh bằng Laser của Hội thanh quản Châu Âu. Đây là phân loại phổ biến, khuyến cáo nên được áp dụng rộng rãi. Theo kết quả ở bảng 6, có 10/24 trường hợp (41,7%) phẫu thuật type IV, phẫu tích toàn bộ dây thanh một bên đến lớp màng sụn giáp. Với type phẫu thuật này, đảm bảo lấy được hết bệnh tích, chỉ định cho những trường hợp khối u ở giai đoạn T1a và bảo tồn được chức năng phát âm và hô hấp tốt. Có 4 trường hợp được phẫu thuật theo type Va - phẫu tích toàn bộ dây thanh một bên đến lớp màng sụn giáp và một phần phía trước dây thanh đối bên. Chỉ định của type này hiện vẫn đang tranh luận nhiều, sự xâm lấn của khối u vào mép trước là một chống chỉ định của phẫu thuật nội soi vì rất khó thao tác ở vùng này. Xét về mặt ung thư, thì mép trước phải được xem như là một vùng yếu trong việc ngăn sự lan tràn của ung thư ra ngoài thanh quản. Do vậy khối u phải được cắt bỏ hoàn toàn. Với khối hạ họng, chúng tôi phẫu tích toàn bộ khối u và phần niêm mạc cách rìa tối thiểu 5mm, đảm bảo không còn sót bệnh tích. Như vậy chúng tôi nhận thấy, nếu đánh giá đúng mức độ xâm lấn của ung thư, sự hỗ trợ của thiết bị nội soi và kính hiển vi và chỉ định type phẫu thuật thích hợp sẽ giúp kiểm soát tốt khối u, bảo tồn tối đa chức năng đồng thời tránh bỏ sót tổn thương u.

Bên cạnh đó, với các ưu điểm về hình ảnh của kính hiển vi vi phẫu kết nội soi thanh quản và ưu điểm về tính không tiếp xúc, kiểm soát tổ chức, giảm bỏng nhiệt sâu rộng của tia laser, phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng laser đã hạn chế được tối đa các biến chứng và tai biến trong quá trình phẫu thuật. Có 23/24 trường hợp không có biến chứng, 1/24 trường hợp (4,2%) có tai biến chảy máu trong phẫu thuật (bảng 7). Tỷ lệ

tai biến chảy máu theo thống kê từ Flint của Hinni là 5%, Rudert là 6%, Ellies và Steiner nghiên cứu trên 1528 bệnh nhân, chảy máu chêm tỷ lệ 4,7% [1]. Trường hợp chảy máu trong nghiên cứu này, khối u ở vùng giàu mạch và có tăng sinh mạch ở u nên khi cắt u gây chảy máu nhiều. Chúng tôi kết hợp tính năng quang đông của tia laser và đốt hút đơn cực đã kiểm soát được điểm chảy máu.

Tất cả bệnh nhân được theo dõi sau ra viện và đánh giá tình trạng hồ mỗ ở thời điểm 1 tháng và 3 tháng. Theo bảng 8, tình trạng mô hạt tăng sinh sau 1 tháng chiếm tỷ lệ 66,7%, sau 3 tháng là 21,2%. Sự tăng sinh mô hạt do hiện tượng viêm, mất tính biểu mô hoá niêm mạc để liền thương và một phần của “mô hạt - than”, phần mô bị đốt cháy, than hoá được bao bọc bởi mô tăng sinh. Hiện tượng này giảm dần theo thời gian. Kinh nghiệm của chúng tôi là trong quá trình phẫu thuật phải làm sạch mẫu mô bị đốt cháy, than hoá, làm mát mô cắt bằng bông tẩm nước muối sinh lý, nói sớm và nhẹ nhàng sau phẫu thuật để làm giảm ứ đọng dịch xuất tiết, điều trị chống trào ngược dịch vị tốt sẽ làm giảm được tình trạng tăng sinh mô hạt. Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, sự hình thành mô hạt quá mức hoặc hình thành sẹo co rút sẽ gây sẹo dính. Vùng mép trước dây thanh là vùng khó tiếp cận, diện cắt rộng, diện đốt sâu đến góc trước sụn giáp dẫn đến nguy cơ hình thành mô hạt quá mức và tạo sẹo co dính. Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dính mép trước dây thanh sau mổ 1 tháng và 3 tháng là 16,7% và 20,8%. (5,6%). Phân tích tổng quan của tác giả Gottingen ghi nhận tỷ lệ sẹo dính, co rút hoặc tạo màng vùng thanh quản sau phẫu thuật Laser từ 6,9% lên đến 42% [17].

Từ nghiên cứu này, chúng tôi có một

số kinh nghiệm sau:

- Nội soi tầm soát ung thư hạ họng thanh quản khi bệnh nhân là nam giới, khàn tiếng kéo dài, có thói quen hút thuốc lá, uống rượu.

- Sử dụng linh hoạt nội soi chế độ ánh sáng trắng và chế độ dải ánh sáng hẹp để tăng độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán.

- Đánh giá chính xác mức độ xâm lấn và vị trí khối u, đặc biệt là khối u ở vùng mép trước dây thanh.

- Luôn làm sạch muội than, mô bị cắt đốt và làm mát phẫu trường liên tục để giảm tối đa các biến chứng và đi chứng sau phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Nội soi mềm dải ánh sáng hẹp là công cụ hữu ích trong tầm soát, định hướng chẩn đoán ung thư hạ họng thanh quản giai đoạn sớm. Phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂ là kỹ thuật phẫu thuật có hiệu quả, khả năng kiểm soát tại chỗ tốt, tỷ lệ tái biến và biến chứng trong phẫu thuật thấp, ứng dụng kết hợp nội soi mềm dải ánh sáng hẹp và phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂ trong chẩn đoán và điều trị ung thư hạ họng thanh quản giai đoạn sớm mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh, đảm bảo được nguyên tắc can thiệp tối thiểu, hiệu quả tối đa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Flint PW, Cummings cw. Neoplasms of the Hypopharynx and Cervical Esophagus, Malignant Tumors of the Larynx. Cummings otolaryngology head & neck surgery: Philadelphia, PA : Mosby/Elsevier; 2010. p. 1421 - 41,81-512.

2. WHO I. Hypopharnx, Larynx, Vietnam fact sheet. GLOBOCAN 2020. 2020.
3. Trần Văn Thuận. Một số đặc điểm dịch tễ học qua ghi nhận ung thư tại Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2009;62(3):41 - 7.
4. James D. Brierley, Mary K. Gospodarowicz, Christian Wittekind. TNM Classification of Malignant Tumours: Wiley-Blackwell; 2016.
5. Võ Nguyễn Hoàng Khôi, Đặc điểm hậu phẫu của bệnh nhân cắt thanh quản toàn phần tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy, từ 4/2016 - 7/2017: Đại học Dược thành phố Hồ Chí Minh; 2017.
6. Muto M, Nakane M, Katada C, Sano Y, Ohtsu A, Esumi H, et al. Squamous Cell Carcinoma In Situ at Oropharyngeal and Hypopharyngeal Mucosal Sites. Cancer. 2004;101(56):1375 - 81.
7. Ansarin M, Cattariego A, De Benedetto L, Zorzi s, Lombardi F, Alterio D, et al. Retrospective analysis of factors influencing oncologic outcome in 590 patients with early-intermediate glottic cancer treated by transoral laser microsurgery. Head Neck. 2017;39(1): 71 - 81.
8. Trần Thế Quang. Đánh giá tổn thương và kết quả bước đầu của phẫu thuật bằng Laser CO₂ trong ung thư dây thanh giai đoạn TI [Luận văn thạc sĩ y học]. Trường Đại học Y Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
9. Phạm Hữu Nhân. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư hạ họng bằng hóa - xạ trị đồng thời tại Bệnh viện Trung ương

- Huế [Luận án chuyên khoa cấp II]. Huế: Trường Đại học Y Dược Huế; 2013.
10. Nguyễn Quốc Dũng, Bùi Diệu, Nguyễn Đình Phúc. Đánh giá tổn thương của u trên chụp cắt lớp vi tính và đối chiếu lâm sàng của ung thư hạ họng. Y học thực hành. 2013;893:97-9.
 11. Sun C, Han X, Li X, Zhang Y, Du X. Diagnostic Performance of Narrow Band Imaging for Laryngeal Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017; 156(4):589-97.
 12. Back LJJ, Rekola J, Raittinen L, Halme E, Pietarinen p, Keski-Santti H, et al. The feasibility of NBI in patients with suspected upper airway lesions: A multicenter study. The Laryngoscope. 2017; 127(8): 1821-5.
 13. Cosway B, Drinnan M, Paleri V. Narrow band imaging for the diagnosis of head and neck squamous cell carcinoma: A systematic review. Head Neck. 2016;38 Suppl 1:E2358-67.
 14. Shoffel-Havakuk H, Lahav Y, Meidan B, Haimovich Y, Warman M, Hain M, et al. Does narrow band imaging improve preoperative detection of glottic malignancy? A matched comparison study. The Laryngoscope. 2016.
 15. Phạm Văn Hữu, Lê Công Định. Kết quả phẫu thuật cắt dây thanh điều trị ung thư thanh quản tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học lâm sàng. 2013;69:36-41.
 16. Lê Minh Kỳ, Hoàng Vũ Giang, Nguyễn Tiến Hùng, Nguyễn Quang Trung, Tống Xuân Thắng, Nguyễn Đình Phúc, et al. Nghiên cứu ứng dụng vi phẫu thanh quản Laser CO2 trong điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 2015; 60-25(1): 27-31.
 17. Brady JS, Marchiano E, Kam D, Baredes S, Eloy JA, Park RC. Survival Impact of Initial Therapy in Patients with T1-T2 Glottic Squamous Cell Carcinoma. Otolaryngol Head Neck Surg. 2016; 155 (2): 257-64.