

- characteristics: a comparison between the computed tomographic classification and combinations of computed tomographic predictors. *Neurosurgery*. 2005;57(6):1173-1182; discussion 1173-1182. doi:10.1227/01.neu.0000186013.63046.6b
5. **Jennett B, Bond M.** Assessment of outcome after severe brain damage: A Practical Scale. *The Lancet*. 1975;305(7905):480-484. doi:10.1016/S0140-6736(75)92830-5
  6. **Oertel M, Kelly DF, McArthur D, et al.** Progressive hemorrhage after head trauma: predictors and consequences of the evolving injury. *J Neurosurg*. 2002;96(1):109-116. doi:10.3171/jns.2002.96.1.0109
  7. **Nasi D, di Somma L, Gladi M, et al.** New or Blossoming Hemorrhagic Contusions After Decompressive Craniectomy in Traumatic Brain Injury: Analysis of Risk Factors. *Front Neurol*. 2019;9:1186. doi:10.3389/fneur.2018.01186
  8. **Flint AC, Manley GT, Gean AD, Hemphill JC, Rosenthal G.** Post-operative expansion of hemorrhagic contusions after unilateral decompressive hemicraniectomy in severe traumatic brain injury. *J Neurotrauma*. 2008; 25(5):503-512. doi:10.1089/neu.2007.0442
  9. **Brown FD, Mullan S, Duda EE.** Delayed traumatic intracerebral hematomas. Report of three cases. *J Neurosurg*. 1978;48(6):1019-1022. doi:10.3171/jns.1978.48.6.1019
  10. **Chang EF, Meeker M, Holland MC.** Acute traumatic intraparenchymal hemorrhage: risk factors for progression in the early post-injury period. *Neurosurgery*. 2006; 58(4):647-656; discussion 647-656. doi:10.1227/01.NEU.0000197101.68538.E6

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THANH QUẢN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT TP HCM TỪ NĂM 2020 ĐẾN NĂM 2024

Hoàng Văn Phước<sup>1</sup>, Lương Hữu Đăng<sup>1</sup>,  
Trương Hoàng Việt<sup>2</sup>, Trần Minh Trường<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư thanh quản là một loại ung thư vùng cổ mặt thường gặp, một trong số các triệu chứng chính của bệnh là khàn tiếng. Điều trị ung thư thanh quản bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, trong đó phẫu thuật được áp dụng cho những trường hợp bệnh giai đoạn sớm hoặc tiến triển chưa có di căn xa. Tại Bệnh viện Thống Nhất TP HCM, việc triển khai phẫu thuật cắt thanh quản vào năm 2020 đã cho thấy nỗ lực trong việc cải thiện chất lượng điều trị ung thư thanh quản. Để nghiên cứu kỹ hơn về tình hình điều trị ung thư thanh quản tại đây, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu "Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp ung thư thanh quản và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thanh quản trong các trường hợp ung thư thanh quản đã được phẫu thuật". **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 52 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thanh quản và 13 bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt thanh quản do ung thư tại Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh từ 01/01/2020 đến 30/06/2024 bằng phương pháp mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 62,5 ± 8 tuổi, nhỏ nhất là 52 tuổi, lớn nhất là 75 tuổi. Nam giới chiếm 100%. Triệu chứng cơ năng hay gặp là khàn tiếng chiếm 86,5%. Khối u độ T3 chiếm tỉ lệ 38,7%, không di căn hạch chiếm 58,2%. Bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật chiếm 23,1% (3/13). Tỉ lệ tái

phát là 12,5% (1/8). **Kết luận:** Ung thư thanh quản là một trong những ung thư chiếm tỉ lệ cao ở nước ta, phát hiện và điều trị ở giai đoạn sớm sẽ cho kết quả tốt. Phẫu thuật được áp dụng cho những trường hợp bệnh giai đoạn sớm hoặc tiến triển chưa có di căn xa. Bước đầu ghi nhận các trường hợp cắt thanh quản do ung thư tại Bệnh viện Thống Nhất có kết quả khả quan. **Từ khóa:** Ung thư thanh quản, cắt thanh quản toàn phần, cắt thanh quản bán phần.

### SUMMARY

#### OUTCOMES OF LARYNGEAL CANCER TREATMENT AT THONG NHAT HOSPITAL HO CHI MINH CITY FROM 2020 TO 2024

**Background:** Laryngeal cancer is a common type of head and neck cancer, with hoarseness being one of its primary symptoms. Treatment for laryngeal cancer includes surgery, radiation therapy, and chemotherapy, with surgery being often used for early stage or locally advanced cases without distant metastasis. At Thong Nhat Hospital, the implementation of laryngectomy surgery from 2020 has shown efforts to improve the quality of laryngeal cancer treatment. We conducted this research with the aim of investigating the clinical and subclinical characteristics of laryngeal cancer cases and evaluating the primary outcomes of surgical treatment of laryngeal cancer in this group of patients. **Method:** The study was conducted on 52 patients diagnosed with laryngeal cancer and 13 patients who underwent laryngectomy for laryngeal cancer at Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City, from 01/01/2020 to 30/06/2024, using a retrospective descriptive method. **Result:** The average age of the patients was 62,5 ± 8 years, with the youngest being 52 and the oldest 75 years old. Males accounted for 100% of the cases. Hoarseness was the most common symptom, present

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Thống Nhất TP. HCM

<sup>3</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lương Hữu Đăng

Email: luonghuudang167@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024

in 86,5% of patients. Tumors classified as T3 made up 38,7%, and 58,2% of patients had no lymph node metastasis. Postoperative complications occurred in 23,1% (3/13) of patients, and the recurrence rate was 12,5% (1/8). **Conclusion:** Laryngeal cancer is one of the prevalent cancers in Vietnam. Early detection and treatment lead to better outcomes. Surgery is applied in early or locally advanced stages without distant metastasis. Initial findings show favorable outcomes in laryngectomy for laryngeal cancer at Thong Nhat Hospital. **Keywords:** Laryngeal cancer, total laryngectomy, partial laryngectomy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản là bệnh lý thường gặp trên thế giới và Việt Nam, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống. Tại Việt Nam, ung thư thanh quản đứng hàng thứ 4 trong bệnh lý ung thư đầu cổ. Năm 2020, tại Việt Nam ghi nhận 2.021 trường hợp mắc mới và 1.109 trường hợp tử vong do bệnh này<sup>1</sup>.

Khối u ở thanh quản bao gồm các vị trí như thượng thanh môn, thanh thất morgagni, thanh môn và hạ thanh môn, trong đó ung thư thanh môn là hay gặp nhất. Các triệu chứng lâm sàng vì thế mà có liên quan mật thiết với vị trí khối u, với giai đoạn bệnh. Hầu hết triệu chứng thường kín đáo và xuất hiện muộn nên phần lớn bệnh nhân đến khám lần đầu thì triệu chứng đã khá rõ và giai đoạn bệnh cũng tiến triển nhiều hơn.

Điều trị ung thư thanh quản là một phương pháp đa mô thức bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị. Phẫu thuật là phương pháp áp dụng cho những trường hợp ung thư giai đoạn sớm hoặc tiến triển mà chưa có di căn xa, trong đó phẫu thuật cắt thanh quản bán phần áp dụng cho những trường hợp bệnh ở giai đoạn sớm và cắt thanh quản toàn phần áp dụng cho những trường hợp bệnh ở giai đoạn tiến triển lan rộng mà không thể cắt bán phần.

Tại Bệnh viện Thống Nhất TP HCM, việc triển khai phẫu thuật cắt thanh quản vào năm 2020 đã cho thấy nỗ lực trong việc cải thiện chất lượng điều trị ung thư thanh quản. Để nghiên cứu kỹ hơn về tình hình điều trị ung thư thanh quản tại đây, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với hai mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư thanh quản từ năm 2020 đến nửa đầu năm 2024.

2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cắt thanh quản do ung thư từ năm 2020 đến nửa đầu năm 2024

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu thu được 52 bệnh nhân được chẩn đoán và điều

trị ung thư thanh quản tại khoa Tai Mũi

Họng Bệnh viện Thống Nhất từ ngày 01/01/2020 đến ngày 30/06/2024, trong đó có 13 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt thanh quản.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp mô tả hồi cứu.

- Các biến số nghiên cứu: tuổi và giới, yếu tố nguy cơ, triệu chứng cơ năng, đặc điểm đại thể khối u, kết quả mô bệnh học, giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị, đặc điểm nạo vét hạch, đặc điểm đóng họng, biến chứng sau phẫu thuật, tỉ lệ tái phát, tình trạng sống còn.

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm Excel 2013.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư thanh quản

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (N=52)**

Đặc điểm	Giá trị	N	%
Giới	Nam	52	100
	Nữ	0	0
Thói quen	Hút thuốc lá	32	61,5
	Rượu bia	20	38,5
Tuổi (TB±ĐLC)	62,5 ± 8 (nhỏ nhất 52, lớn nhất 75 tuổi)		
	≤ 60	32 (61,5%)	
	> 60	20 (38,5%)	

Độ tuổi dưới 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao hơn 61,5%. Tuổi trung bình là 62,5 ± 8 tuổi (52-75 tuổi).

Tất cả các bệnh nhân là nam giới. Tỉ lệ hút thuốc lá khá cao chiếm 61,5%

**Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng (N=52)**

Triệu chứng cơ năng	Số BN	Tỷ lệ %
Khàn tiếng	45	86,5
Đau họng	12	23,1
Nuốt khó	15	29,0
Khó thở	15	29,0

Khàn tiếng là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 86,5%, kế tiếp là nuốt khó và khó thở cùng chiếm tỉ lệ 29%, cuối cùng là đau họng chiếm 23,1%.

**Bảng 3.3. Đặc điểm giải phẫu bệnh (N=52)**

Đặc điểm	N	%	
Đại thể	Sùi	36	69,2
	Loét	8	15,4
	Thâm nhiễm	8	15,4
Vi thể	Carcinom tế bào gai	52	100
	Loại khác	0	0
Độ biệt hóa	Thấp	0	0
	Trung bình	28	53,8
	Cao	24	46,2

Về đại thể: thể sùi chiếm đa số 69,2%, kế tiếp là thể loét và thâm nhiễm cùng chiếm 15,4%.

Về vi thể: tất cả là carcinom tế bào gai.

Độ biệt hóa trung bình chiếm 53,8%, độ biệt hóa cao chiếm 46,2%

**Bảng 3.4. Phân độ ung thư (N=52)**

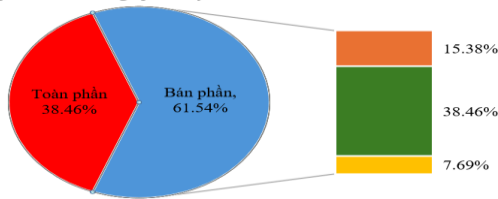
Đặc điểm		N	%
T	T1	3	12,9
	T2	8	26,6
	T3	2	38,7
	T4	0	21,8
N	N0	13	58,2
	N1	0	21,8
	N2	0	20
M	M0	13	90,6
	M1	0	9,4

Khối u T3 chiếm tỉ lệ cao nhất 38,7%, kế tiếp là u T2 26,6%, T4 21,8%, T1 12,9%

Tỉ lệ N0 chiếm cao nhất 58,2%, kế tiếp là N1 21,8%, N2 20%; tỉ lệ M0 chiếm 90,6%, M1 9,4%

**3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật cắt thanh quản do ung thư**

■ Toàn phần ■ Mở sụn giáp cắt dây thanh ■ Kiểu trán bên ■ Kiểu CHEP



**Biểu đồ 3.1. Phương pháp phẫu thuật (N=13)**

Trong số 13 ca đã được tiến hành phẫu thuật: cắt thanh quản toàn phần có 5 ca chiếm 38,46%, cắt thanh quản bán phần có 8 ca chiếm 61,54%. Trong số các ca cắt bán phần: kiểu trán bên được thực hiện nhiều nhất 38,46%, kế tiếp là mở sụn giáp cắt dây thanh 15,3% và cắt thanh quản bán phần kiểu CHEP là ít nhất 7,7%.

**Bảng 3.5. Đặc điểm nạo vét hạch cổ**

Đặc điểm	Toàn phần N=5 (%)	Bán phần N=8 (%)
Không nạo	0	8 (100)
Nạo hạch chọn lọc	5 (100)	0

Tất cả trường hợp cắt thanh quản toàn phần đều nạo hạch chọn lọc, cắt bán phần không nạo hạch.

**Bảng 3.6. Đặc điểm đóng họng trong cắt toàn phần**

Đặc điểm đóng họng		Toàn phần N=5 (%)
Kiểu đóng họng	Kiểu chữ T	5 (100)
	Kiểu túi	0
Tái tạo ống họng	Không	5 (100)

Cắt thanh quản toàn phần đều đóng họng kiểu chữ T và không có trường hợp nào cần tái tạo ống họng.

**Bảng 3.7. Biến chứng sau phẫu thuật**

Đặc điểm	Toàn phần (N=5)	Bán phần (N=8)
Biến chứng sau phẫu thuật	Nhiễm trùng vết mổ: 1	Tràn khí dưới da: 2 Chảy máu: 1

Biến chứng sau phẫu thuật gồm 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ trong cắt thanh quản toàn phần; cắt thanh quản bán phần ghi nhận 2 trường hợp tràn khí dưới da, 1 trường hợp chảy máu lỗ mở khí quản.

**Bảng 3.8. Tỉ lệ tái phát**

Tái phát	Toàn phần N=3	Bán phần N=5
Có	0	1
Không	3	4

Thời gian theo dõi tái phát là ít nhất 6 tháng nên chỉ áp dụng cho các bệnh nhân từ trước năm 2024 là 8 ca, trong đó có 3 ca cắt toàn phần và 5 ca cắt bán phần. Trong nhóm cắt bán phần có 1 trường hợp tái phát (tái phát tại chỗ) trong khi không có trường hợp tái phát nào ở nhóm cắt toàn phần.

**Bảng 3.9. Tình trạng sống còn**

Tình trạng	Toàn phần N=5 (%)	Bán phần N=8 (%)
Còn sống	5 (100)	8 (100)
Tử vong	0	0

Tất cả các trường hợp đã phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần và bán phần đều còn sống.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,5 tuổi, tất cả bệnh nhân đều là nam giới, tương đối phù hợp với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Nguyễn Trung Hiếu và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân là 60 ± 8, tỉ lệ nam giới là 88%.<sup>2</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thói quen hút thuốc lá và sử dụng rượu bia là những yếu tố nguy cơ chính. Cụ thể, 61,5% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá và 38,5% có tiền sử sử dụng rượu bia. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Thomas K. Hoffmann (2021). Theo Hoffmann, việc kết hợp giữa tiêu thụ rượu và hút thuốc lá có tác động cộng hưởng, làm tăng gấp nhiều lần nguy cơ phát triển ung thư thanh quản so với khi chỉ có một trong hai yếu tố này.<sup>3</sup>

Khàn tiếng là triệu chứng thường gặp nhất trên bệnh nhân chiếm 86,5%, nuốt khó và khó thở chiếm 29%, cuối cùng là đau họng chiếm 23,1%. Kết quả này tương đương với tác giả Vũ Văn Bản với 100% bệnh nhân có triệu chứng

khàn tiếng<sup>4</sup>. Với các ung thư dây thanh, triệu chứng sớm nhất là khàn tiếng, tiến triển chậm và ngày càng tăng dần, không bao giờ tự khỏi kể cả khi dùng thuốc kháng sinh, chống phù nề. Khi u lan rộng thì khàn tiếng nặng hơn và kèm theo đau họng, nuốt khó. Khó thở thường xuất hiện ở giai đoạn muộn khi u đã che lấp toàn bộ thanh môn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả kết quả giải phẫu bệnh là carcinom tế bào gai (Squamous Cell Carcinoma - SCC), loại ung thư phổ biến nhất trong các trường hợp ung thư thanh quản. Đây là một kết quả phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Nguyễn Khắc Sơn và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM cho thấy 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của họ đều mắc SCC.<sup>5</sup>

Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chẩn đoán ở giai đoạn T3 chiếm 38,7%, kế tiếp là T2 chiếm 26,6%. Điều này cho thấy bệnh thường được phát hiện khi đã có sự phát triển nhất định của khối u. Nghiên cứu của Hoffmann (2021) chỉ ra rằng việc phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm như T1 hoặc T2 có thể cải thiện kết quả điều trị và giảm nguy cơ tái phát. Tuy nhiên, các trường hợp bệnh ở giai đoạn muộn hơn như T3 hoặc T4, thường liên quan đến tỷ lệ biến chứng cao hơn và kết quả điều trị kém hơn<sup>3</sup>.

Về đặc điểm nạo vét hạch, tất cả các trường hợp cắt thanh quản toàn phần đều được nạo vét hạch chọn lọc, trong khi tất cả các trường hợp cắt thanh quản bán phần đều không nạo vét hạch. Kết quả này cũng tương đồng các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Võ Thị Thùy Linh và cộng sự (2022) trên các trường hợp cắt bán phần ghi nhận có 76,3% bệnh nhân không nạo vét hạch và 23,7% bệnh nhân được nạo vét hạch chọn lọc<sup>6</sup>. Nguyễn Khắc Sơn và cộng sự (2022) nghiên cứu trên các trường hợp cắt thanh quản toàn phần ghi nhận phần lớn bệnh nhân có nạo vét hạch chọn lọc với 84,4%, nạo vét tiết căn biến đổi là 6,3%, nạo vét tiết căn là 4,7% và 3,1% không nạo vét hạch, thấp nhất là nạo vét mở rộng 1,6%.<sup>5</sup>

Về đặc điểm đóng họng, nghiên cứu ghi nhận tất cả các trường hợp cắt thanh quản toàn phần đều được đóng họng kiểu chữ T và không cần tái tạo ống họng. Nghiên cứu của Meulemans J và cộng sự (2020) ghi nhận 173 trường hợp (43,03%) không cần tái tạo ống họng, 131 trường hợp (32,59%) tái tạo bằng vạt trên da cơ ngực lớn, 94 trường hợp (23,38%) tái tạo bằng vạt trong da cơ ngực lớn, 3 trường hợp (0,75%) tái tạo bằng vạt cơ cẳng tay quay.<sup>7</sup>

Biến chứng sau phẫu thuật ghi nhận trong cắt thanh quản toàn phần có 1 trường hợp

niêm trùng vết mổ. Đây là một biến chứng thường gặp và yêu cầu điều trị kháng sinh. Trong cắt thanh quản bán phần có 2 trường hợp tràn khí dưới da đã được chọc kim, 1 trường hợp chảy máu lỗ mổ khí quản đã được đốt cầm máu. Các biến chứng đều được can thiệp và không để lại hậu quả nghiêm trọng. Stankovic và cộng sự (2015) ghi nhận tỷ lệ biến chứng sau cắt thanh quản toàn phần cao hơn, tỉ lệ rò hầu họng là 15% sau phẫu thuật ban đầu và 29,7% sau phẫu thuật cứu vãn. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 19,7%<sup>8</sup>. Võ Thị Thùy Linh và cộng sự nghiên cứu trên các trường hợp cắt thanh quản bán phần: Tràn khí dưới da chiếm 13,1%, viêm phổi chiếm 7,9%. Tụ dịch ổ mổ và nhiễm trùng vết mổ đều chiếm 5,3%. Rò họng, chảy máu và viêm phế quản đều chiếm 2,6%.<sup>6</sup>

Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật là 20% cho nhóm cắt bán phần, trong khi không có trường hợp tái phát nào ở nhóm cắt toàn phần. Dù số lượng mẫu còn ít nhưng cũng cho thấy kết quả rất khả quan. Trong nghiên cứu của Võ Thị Thùy Linh, tỉ lệ tái phát sau cắt thanh quản bán phần là 7,9%.<sup>6</sup>

## V. KẾT LUẬN

### 5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư thanh quản

- Tuổi trung bình 62,5 (52 - 75 tuổi). Nam chiếm tỉ lệ 100%

- Tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá là 61,5%, rượu bia là 38,5%.

- Khàn tiếng là triệu chứng thường gặp nhất trên bệnh nhân chiếm 86,5%, nuốt khó và khó thở cùng có tỉ lệ 29%, cuối cùng là đau họng chiếm 23,1%.

- Tất cả bệnh nhân đều có kết quả xét nghiệm mô bệnh học là carcinom tế bào gai.

- Khối u T3 chiếm tỉ lệ cao nhất 38,7%, kế tiếp là u T2 26,6%, T4 21,8%, T1 12,9%. Tỷ lệ N0 chiếm cao nhất 58,2%, kế tiếp là N1 21,8%, N2 20%. Tỷ lệ M0 chiếm 90,6%, M1 9,4%.

### 5.2. Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư thanh quản.

Kết quả điều trị phẫu thuật bước đầu tại Bệnh viện Thống Nhất có sự khả quan. Tất cả bệnh nhân ra viện với tình trạng ổn định. Thái độ của bệnh nhân đa phần đều hài lòng và thường xuyên quay lại để tái khám và ghi nhận kết quả điều trị tốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. International Agency for Research on cancer. The Global Cancer Observatory Globocan 2020. Viet Nam. 2021:1-2.
2. Nguyễn Trung Hiếu, Tông Xuân Thắng. Nhận xét kết quả phẫu thuật cắt thanh quản ngang trên

- thanh môn điều trị ung thư thanh quản tăng thượng thanh môn. Tạp chí Y học Việt Nam. 02/24 2023;523(1)doi:10.51298/vmj.v523i1.4420
- Hoffmann Thomas K.** Total Laryngectomy—Still Cutting-Edge 2021;13(6):1405.
  - Vũ Văn Bản.** Đánh giá giá trị chẩn đoán sớm ung thư vòm mũi họng, ung thư thanh quản và ung thư hạ họng bằng nội soi bước sóng ngắn. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2015.
  - Nguyễn Khắc Sơn, Nguyễn Hữu Dũng, Lý Xuân Quang.** Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần điều trị ung thư thanh quản tại bệnh viện đại học y dược tp.hồ chí minh từ năm 2018 đến năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 05/16 2023;526(1A)doi:10.51298/vmj.v526i1A.5299.
  - Võ Thị Thùy Linh, Nguyễn Hữu Dũng, Lý Xuân Quang.** Kết quả phẫu thuật cắt thanh quản bán phần trong điều trị ung thư thanh quản tại bệnh viện đại học y dược tp.hcm từ 2018 đến 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 05/16 2023;526(1A)doi:10.51298/vmj.v526i1A.5280.
  - Meulemans Jeroen, Demarsin Hannelore, Debacker Jens, et al.** Functional outcomes and complications after salvage total laryngectomy for residual, recurrent, and second primary squamous cell carcinoma of the larynx and hypopharynx: a multicenter retrospective cohort study. 2020; 10:1390.
  - Stankovic M., Milisavljevic D., Zivic M., Stojanov D., Stankovic P.** Primary and salvage total laryngectomy. Influential factors, complications, and survival. Journal of BUON: official journal of the Balkan Union of Oncology. Mar-Apr 2015;20(2):527-39.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B TÁI PHÁT KHÁNG TRỊ

Đỗ Huyền Nga<sup>1</sup>, Hoàng Thị Trà My<sup>2</sup>,  
Lê Phong Thu<sup>2</sup>, Nguyễn Thanh Tùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát kháng trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 83 bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị điều trị phác đồ RGEMOX tại khoa Nội Hệ tạo Huyết Bệnh viện K từ 05/2019-03/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 59,9; Tỷ lệ nam/nữ là ~1/1; ECOG 0-1 chiếm 97,6%. Hội chứng B gặp ở 19,3% bệnh nhân; Bệnh nhân biểu hiện tái phát tại hạch chiếm 97,6%; Kích thước tổn thương trung vị là 4,2 cm. Tổn thương bulky chiếm 20,5%; Có 38 bệnh nhân có tổn thương ngoài hạch chiếm 45,8%. Vị trí tổn thương tại hạch hay gặp nhất là hạch ổ bụng (67,5%) và hạch đầu cổ (63,9%). Hầu hết các bệnh nhân có LDH trong giới hạn bình thường chiếm 91,6%. Có 73 bệnh nhân có thể mô bệnh học là DLBCL chiếm 87,9%. **Kết luận:** Các đặc điểm lâm sàng đặc trưng của u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị hỗ trợ các bác sĩ trong quá trình chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời cho các bệnh nhân này. **Từ khóa:** U lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARA-CLINICAL FEATURES OF RELAPSED/REFRACTORY B-CELL NON-HODGKIN LYMPHOMA

**Objective:** To Describe the clinical and

paraclinical characteristics of relapsed/refractory B-cell non-Hodgkin lymphoma. **Research subjects and methods:** Cross-sectional prospective study conducted on 83 patients with relapsed/refractory B-cell non-Hodgkin lymphoma treated with RGEMOX regimen at the Hematologic Oncology Department, K Hospital since 05/2019-03/2024. **Results:** The average age was 59.9 years-old; The male/female ratio was ~1/1; ECOG 0-1 accounts for 97.6%. Syndrome B occurs in 19.3% of patients; Patients with recurrence in lymph nodes account for 97.6%; Median lesion size was 4.2 cm. Bulky lesions accounted for 20.5%; There were 38 patients had extranodal lesions, accounting for 45.8%. The most common locations of lymph node lesions were abdominal lymph nodes (67.5%) and cervical lymph nodes (63.9%). Most patients had LDH within normal limits, accounting for 91.6%. There were 73 patients whose histopathology was DLBCL, accounting for 87.9%. **Conclusions:** The clinical and paraclinical features of relapsed/refractory B-cell non-Hodgkin lymphoma assist physicians in the early diagnosis and timely treatment of these patients. **Keywords:** Relapsed/refractory B-cell non-Hodgkin lymphoma.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho ác tính không Hodgkin (ULAKH) là một nhóm bệnh tăng sinh ác tính của mô lympho. Đây là một trong những bệnh ung thư phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo báo cáo của Tổ chức Ung thư Toàn cầu (GLOBOCAN) năm 2020, tỷ lệ mắc ULAKH chuẩn theo tuổi ở cả hai giới trên thế giới là 5,8/100.000 dân. Bệnh đứng thứ 11 trong số các bệnh ung thư trên thế giới. Ở Việt Nam, tỉ lệ mắc chuẩn theo tuổi chung cho cả 2 giới là 10,07/100.000 dân và là một trong số 13 bệnh

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Trà My

Email: tramy22051997@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2024

Ngày duyệt bài: 5.12.2024