

bệnh đái tháo đường tuýp II điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Sông Mã năm 2017.

19. **Tô Văn Hải, Phạm Hoài Anh** (2006), "Biến chứng về mắt ở người bệnh đái tháo đường tuýp 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thanh Nhân - Hà Nội", *Tạp chí Y học thực hành*, (548), tr. 166-172.

20. **Đặng Văn Hoà, Nguyễn Kim Lương** (2007), "Đánh giá tổn thương mắt ở người bệnh đái tháo đường tuýp 2 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên", *Hội nghị khoa học toàn quốc*

chuyên ngành nội tiết và chuyển hoá lần thứ 3, tr. 888-895.

21. **Colditz G.A., Willett W.C., Rotnitzky A., Manson J.E.** (1995), "Weight gain as a risk factor for Clinical diabetes mellitus in men", *Ann Intern Med*, 122, pp. 481-486.

22. **Manson J.E., Ajani U.A., Liu S., Nathan D.M.**, (2000), "A prospective study of cigarette smoking and the incidence of diabetes mellitus among US. male physicians", *Am J Med*, 109, pp. 538-542.

TỔNG QUAN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THANH QUẢN TẦNG THANH MÔN GIAI ĐOẠN T2

ĐẶNG VĂN ĐOÀN¹, NGUYỄN QUANG TRUNG²

¹*Bệnh viện Công an tỉnh Nghệ An*

²*Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Hà Nội*

TÓM TẮT

Ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm có kết quả điều trị ung thư cũng như bảo tồn chức năng rất khả quan. Loại bỏ bệnh tích là mục tiêu chính trong ung thư tầng thanh môn ở giai đoạn T2, bên cạnh đó thì vấn đề bảo tồn chức năng (như thở, nuốt và nói) là mục tiêu rất được quan tâm mà phẫu thuật bảo tồn thanh quản hoặc xạ trị triệt căn đáp ứng được yêu cầu này.

Mục tiêu: Tổng quan kết quả điều trị của ung thư tầng thanh môn giai đoạn T2 bằng phương pháp xạ trị (XT), phẫu thuật nội soi bằng laser (PTNSL) hoặc phẫu thuật cắt thanh quản bán phần (CTQBP).

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu này được thực hiện sử dụng cơ sở dữ liệu từ trang thông tin điện tử Pubmed, Thư viện Đại học Y Hà Nội và các tìm kiếm thủ công. Tiêu chí lựa chọn là những nghiên cứu về ung thư tầng thanh môn giai đoạn T2, được điều trị đơn mô thức bằng phẫu thuật bảo tồn hoặc xạ trị và báo cáo về kết quả ung thư sau 5 năm được tính theo phương pháp Kaplan-Meier.

Thiết kế nghiên cứu: Tổng quan luận điểm.

Kết quả: Kết quả tại thời điểm 5 năm khi điều trị bằng phương pháp xạ trị, phẫu thuật nội soi bằng Laser và Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần: Tỷ lệ kiểm soát tại chỗ (KSTC) lần lượt là: 56-97,6%, 63,6-89,4% và 93,9- 97,5%, Tỷ lệ bảo tồn thanh quản (BTTQ) lần lượt là: 74,4-97%,

73,2-100% và 97,8%. Tỷ lệ sống toàn bộ (STB) là: 49-100%, 46-84,5% và 69,5-93,1%. Tỷ lệ sống với bệnh đặc hiệu (SVBĐH) lần lượt là: 74,4-100%, 60-98,3% và 88,5-98%. Tỷ lệ sống không bệnh (SKB) lần lượt là: 53,6-91,5%, 58,9-84,7% và 82,3%.

Kết luận: Điều trị ung thư tầng thanh môn ở giai đoạn T2 bằng các phương pháp xạ trị, phẫu thuật nội soi bằng laser, phẫu thuật cắt thanh quản bán phần đều cho kết quả rất khả quan, là một trong những lựa chọn cho điều trị ở giai đoạn này.

Từ khóa: Ung thư tầng thanh môn, xạ trị, phẫu thuật nội soi bằng laser, phẫu thuật cắt thanh quản bán phần và các từ đồng nghĩa.

SUMMARY

OVERVIEW OF TREATMENT RESULTS FOR STAGE T2 GLOTTIC CANCER

Objective: Overview of treatment results for stage T2 glottic cancer by radiation therapy, endoscopic laser surgery or partial laryngectomy.

Methods: This study was conducted using databases from Pubmed website, Hanoi Medical University Library and manual searches. The inclusion criteria were studies of stage T2 glottic cancer, monotherapy treated with preservation surgery or radiation therapy, and 5-year oncological outcomes reporting calculated by the Kaplan-Meier. Study design: Scoping review.

Results: Outcomes at 5 years with radiation therapy, endoscopic laser surgery and partial laryngectomy: Local control rates: 56-97.6%, 63.6-89.4% and 93.9-97.5% respectively. Laryngeal preservation rates: 74.4-97%, 73.2-100% and 97.8% respectively. Overall survival

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Đoàn

Email: dangdoan91@gmail.com

Ngày nhận: 02/6/2021

Ngày phản biện: 24/6/2021

Ngày duyệt bài: 08/7/2021

rates 49-100%, 46-84.5% and 69.5-93.1% respectively. Disease-specific survival rates 74.4-100%, 60-98.3% and 88.5-98% respectively, the disease-free survival rates 53.6-91.5%, 58.9-84.7% and 82.3% respectively.

Conclusion: Treatment for stage T2 glottic cancer by radiation therapy, endoscopic laser surgery, or partial laryngectomy have very positive results and are one of the options for treatment at this stage.

Keywords: Glotticglottic cancer, radiation therapy, endoscopic laser surgery, partial laryngectomy and synonyms.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tăng thanh môn giai đoạn T2 có thể lựa chọn điều trị bằng phương pháp phẫu thuật bảo tồn thanh quản hoặc xạ trị triệt căn. Phẫu thuật bảo tồn bao gồm phẫu thuật nội soi bằng laser hoặc phẫu thuật cắt thanh quản bán phần. Với những phương pháp này, trên thế giới vẫn đang sử dụng song hành, tuy nhiên trong những năm gần đây điều trị bằng phẫu thuật nội soi bằng laser và xạ trị đơn thuần có xu hướng được thực hiện nhiều hơn ở các nước phát triển. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống của Handriksma M và cộng sự báo cáo về điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi bằng Laser và xạ trị có tỉ lệ sống toàn bộ lần lượt là 69,2 % và 82,9%, tỉ lệ kiểm soát tại chỗ là 74,6 và 76,5% [1]. Ở Việt Nam, điều trị ung thư tăng thanh môn giai đoạn T2 thì phẫu thuật thường được lựa chọn, trong đó phổ biến hơn cả là phẫu thuật cắt thanh quản bán phần. Phẫu thuật nội soi bằng laser đã được thực hiện trong những năm gần đây, chủ yếu áp dụng cho những trường hợp ung thư thanh quản tăng thanh môn giai đoạn sớm và đạt được kết quả cao. Để có góc nhìn tổng quan về kết quả của từng phương pháp điều trị giúp cho các bác sĩ có được cách nhìn đa chiều trong ung thư thanh quản tăng thanh môn giai đoạn T2 về kết quả điều trị ung thư lâu dài của ung thư chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Tổng quan kết quả của điều trị của phương pháp phẫu thuật nội soi bằng laser, cắt thanh quản bán phần hoặc xạ trị triệt căn.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chí lựa chọn và loại trừ

Tiêu chí lựa chọn là các nghiên cứu về ung thư tăng thanh môn có giai đoạn T2, được điều trị đơn mô thức bằng phẫu thuật bảo tồn hoặc xạ trị, kết quả ung thư được báo cáo tại thời điểm 5 năm sau điều trị theo phương pháp Kaplan-Meier.

Tiêu chí loại trừ là những nghiên cứu không nêu rõ các dữ liệu của giai đoạn T2, nghiên cứu ung thư tái phát hoặc thời gian theo dõi ngắn hơn 2 năm.

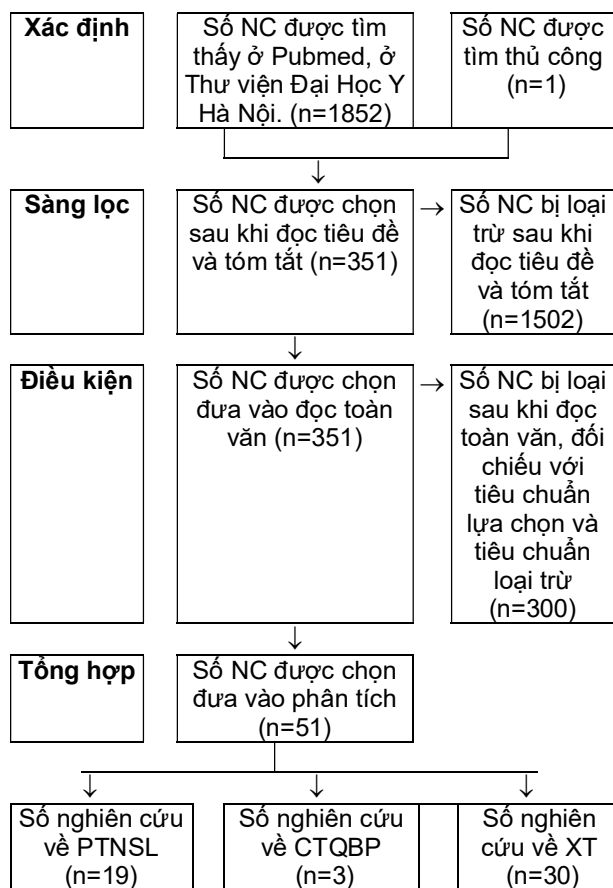
Nguồn cơ sở dữ liệu

Một tìm kiếm có hệ thống được thực hiện trong năm 2020 bởi 2 tác giả Đặng Văn Đoàn và Nguyễn Quang Trung, dữ liệu được thu thập từ tháng 1/2005 đến hết 31/12/2020.

Các nghiên cứu được tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu y học trực tuyến như: *Pudmed* với từ khóa “Glottic AND (transoral laser microsugery OR open partial laryngectomy OR radiation therapy)” và các từ đồng nghĩa. Ở trang *Thư viện Đại học Y Hà Nội* với từ khóa “Ung thư thanh quản”.

Các tài liệu tìm kiếm thủ công: Các tạp chí y học, công trình nghiên cứu trong nước, các bài báo cáo tổng kết của WHO.

Chọn lọc, quản lý tài liệu và trích xuất dữ liệu.



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

Các nghiên cứu tìm được sẽ được đọc cẩn thận phần tiêu đề và tóm tắt lựa chọn để tìm ra những tài liệu phù hợp lấy bản toàn văn. Các

bài toàn văn sẽ được đọc chi tiết, đối chiếu với tiêu chí lựa chọn và loại trừ để chọn ra các nghiên cứu phù hợp và xem xét trích xuất dữ liệu bao gồm: Tỷ lệ kiểm soát tại chỗ, tỷ lệ bảo tồn thanh quản, tỷ lệ sống toàn bộ, sống không bệnh hoặc sống với bệnh đặc hiệu.

Các báo cáo tìm được sẽ được quản lý bằng phần mềm Zotero5.0.

KẾT QUẢ

1. Kết quả tìm kiếm

Kết quả tìm kiếm trên trang Pubmed có 1788

2. Kết quả ung thư

Bảng 1. Kết quả ung thư tại thời điểm 5 năm sau điều trị

Tổng số bệnh nhân	Khoảng thời gian theo dõi (Tháng)	KSTC		BTTQ		STB		SVBDH		SKB	
		NC/ n	Tỉ lệ %	NC/ n	Tỉ lệ %	NC/ n	Tỉ lệ %	NC/ n	Tỉ lệ %	NC/ n	Tỉ lệ %
5329	36-144	28/ 2814	56-98	7/ 390	74,4-97	11/ 3721	49-100	7/ 1129	74,2- 100	4/ 453	53,6- 91,5
1481	18-139	16/ 1235	63,6- 89,4	13/ 1074	73,2- 100	11/ 952	46- 84,5	10/ 792	60- 98,3	5/ 393	58,9- 84,7
417	85-139	2/ 335	93,9- 97,5	1/ 207	97,8	3/ 417	69,5- 93,1	3/ 417	88,5-98	1/ 82	82,3

NC/n: Số nghiên cứu/ Số bệnh nhân báo cáo

Có 19 nghiên cứu về phẫu thuật nội soi bằng laser với tổng số bệnh nhân tham trong nghiên cứu là 1481 bệnh nhân, thời gian theo dõi của các nghiên cứu từ 18-139 tháng. Kết quả về tỉ lệ kiểm soát tại chỗ từ 63,6- 89,4%, bảo tồn thanh quản từ 73,2- 100%, sống toàn bộ từ 46-84,5%, sống với bệnh đặc hiệu là 60- 98,3% và sống không bệnh là 58,9- 84,7% (Bảng 1).

Có 30 nghiên cứu về xạ trị triệt căn với tổng số bệnh nhân là 5329, thời gian theo dõi trung bình là 36-144 tháng. Tỷ lệ kiểm soát tại chỗ là 56-97,6%, bảo tồn thanh quản từ 74,4- 97%, sống toàn bộ là 49-100%, sống với bệnh đặc hiệu là 74,2- 100% và sống không bệnh 53,6- 91,5% (Bảng 1).

Có 3 nghiên cứu về phẫu thuật cắt thanh quản bán phần với tổng số bệnh nhân là 417, thời gian theo dõi từ 85-139 tháng. Tỷ lệ kiểm soát tại chỗ từ 93,9- 97,3%, bảo tồn thanh quản là 97,8%, sống toàn bộ là 69,5- 93,1%, sống với bệnh đặc hiệu là 88,5- 98% và sống không bệnh là 82,3%. (Bảng 1).

Bảng 2. Kết quả ung thư theo T2a và T2b.

Giai đoạn	KSTC		BTTQ		STB		SVBDH		SKB	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	
T2a	446	271	74,2-95,2	414	62 - 86,2	334	93,2 - 100	83	61,8 - 93	
T2b	300	195	77 - 88	273	33,3 - 87	236	83,9 - 100	39	18,7 - 89	

n: số bệnh nhân được báo cáo

Có 7 trong 51 nghiên cứu báo cáo rõ ràng về kết quả của T2a và T2b cho kết quả ung thư cụ thể trình bày trên Bảng 2.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng số lượng các nghiên cứu về phẫu thuật cắt thanh quản bán phần (3 nghiên cứu) ít hơn đáng kể so với các nghiên cứu về xạ trị (30 nghiên cứu) và phẫu thuật nội soi bằng laser (19 nghiên cứu) trong khoảng 16 năm nay, điều này có thể cho thấy phẫu thuật nội soi bằng laser và xạ trị triệt căn đang ngày càng ưu tiên lựa chọn. Điều này có thể do kết quả kết quả ung thư của các phương pháp này không quá khác biệt mà bên

nhận cứu, ở Thư viện Đại học Y Hà Nội có 64 nghiên cứu và 1 nghiên cứu được tìm thấy thủ công. Sau khi đọc phần tiêu đề và tóm tắt đã chọn được 351 bài. Các nghiên cứu này được tìm và đọc toàn văn sau đó đối chiếu với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ và mục tiêu đề tài, kết quả thu được 51 nghiên cứu thỏa mãn và được đưa vào phân tích, trong đó 1 nghiên cứu của Mantopolos báo cáo về cả kết quả ung thư của phẫu thuật nội soi bằng laser và phẫu thuật cắt thanh quản bán phần.

cạnh đó kết quả chức năng (như phát âm và nuốt), tỉ lệ giảm biến chứng của xạ trị và phẫu thuật nội soi bằng laser có vẻ ưu thế hơn [2].

Một số yếu tố liên quan đến kết quả ung thư

Sự di động của dây thanh

Có 7 nghiên cứu báo cáo rõ ràng kết quả ung thư của giai đoạn T2a và T2b [3-9] (hiện tại không còn được chia trong phân loại khối u theo TNM của AJCC năm 2017) và một số báo cáo khác nhắc đến sự di động bình thường hoặc hạn chế của dây thanh nhưng không tách biệt kết quả rõ ràng [10-12]. Mặc dù vậy trong nghiên cứu này cho thấy rằng những bệnh nhân có hạn

ché di động dây thanh có tiên lượng kém hơn so với dây thanh di động bình thường cả trong xạ trị^[5,7,9] và phẫu thuật nội soi bằng laser^[3,4]. Nhiều tác giả đồng thuận rằng kết quả ung thư kém hơn đối với các khối u T2 gây hạn chế di động dây thanh. Thậm chí tác giả Holsinger và Glanz còn đề xuất rằng khối u gây hạn chế di động dây thanh nên được xếp vào T3 cùng với khối u gây cố định dây thanh^[13,14]. Tác giả Forner và Chera còn khuyến nghị hóa trị liệu toàn thân với Platinum đồng thời cho những bệnh nhân này và nên dùng là cisplatin hàng tuần (30mg/m²)^[6,7]. Tác giả Sjögren và Warner còn chỉ rõ rằng hạn chế vận động dây thanh (T2b) ảnh hưởng đến kiểm soát tại chỗ là do trường hợp khối u xâm lấn vào vùng khớp nhắt phếu mà không do khối u xâm lấn vào các cơ dây thanh hay khối u đơn thuần^[15,16].

Trong nghiên cứu này tỉ lệ kiểm soát tại chỗ với 446 bệnh nhân T2a và 300 bệnh nhân T2b, kết quả là 79,5-96% so với 65-100%. Tỉ lệ bảo tồn thanh quản được báo cáo ở 271 trường hợp T2a và 195 trường hợp T2b lần lượt là 74,2-95,2 và 77-88%. Chúng tôi thấy rằng tiên lượng những khối u thanh môn gây hạn chế di động dây thanh có kết quả ung thư kém hơn so với khối u có dây thanh di động bình thường.

Khối u liên quan đến mép trước

Sự xâm lấn mép trước của khối u là vấn đề rất được quan tâm trong kết quả điều trị ung thư và đến thời điểm hiện tại thì vẫn còn nhiều tranh cãi. Laccourreye và cộng sự thấy rằng các khối u thanh quản (T1 và T2) liên quan đến mép trước đã trải qua phẫu thuật cắt thanh quản bán phần đứng có tỉ lệ tái phát là 22,7%, cao hơn các vùng giải phẫu khác^[17]. Ngược lại, một số nghiên cứu gần đây cho rằng khối u xâm lấn mép trước là một yếu tố độc lập với tái phát tại chỗ^[10,18,19]. Tỉ lệ sống toàn bộ thấp hơn không đáng kể đối với các khối u xâm lấn mép trước cũng được báo cáo ở phương pháp phẫu thuật nội soi laser^[10,11,19-21] và xạ trị^[8,22,23] và điều này cũng được thấy trong một nghiên cứu tổng quan của Hendrickson và cộng sự^[24]. Sự mở rộng khối u mép trước theo mặt phẳng đứng được xem như là một yếu tố nguy cơ gây nên thất bại trong điều trị vì nó có mối quan hệ mật thiết với các cấu trúc ở thanh quản (khoảng trước thanh thiệt, sụn giáp, hạ thanh môn...) và có nguy cơ lây lan vi thể vào những khu vực này^[25]. Tác giả cho rằng phẫu thuật nội soi bằng laser vẫn là một lựa chọn điều trị hiệu quả cho các khối u xâm lấn mép trước^[10,18,19].

Tóm lại, trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy còn nhiều quan điểm trái chiều khi tiên

lượng một khối u tầng thanh môn có liên quan mép trước. Hạn chế của nghiên cứu này là toàn bộ các nghiên cứu đều hồi cứu, không có nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng. Không đồng nhất trong cách phân loại mức độ xâm lấn mép trước của khối u, phạm vi cắt bỏ khối u chưa được báo cáo chi tiết, đánh giá diện cắt chưa rõ ràng trong các phẫu thuật. Các nghiên cứu xạ trị thì sử dụng nhiều kỹ thuật khác nhau (3D, IMRT, VMAT), liều lượng tổng thể và liều phân đoạn khác nhau. Một điều lưu ý ở đây là nhiều nghiên cứu về phẫu thuật nội soi bằng laser đã có sự chọn lựa bệnh nhân. Các khối u T2 lớn hoặc xâm lấn mép trước không phù hợp với cách tiếp cận qua đường miệng thì việc điều trị cần phải cá thể hóa tùy thuộc vào giải phẫu của người bệnh.

Kiểm soát tại chỗ

Với phương pháp xạ trị, tỉ lệ kiểm soát tại chỗ thấp nhất là 56% và cao nhất là 97,6%. Phẫu thuật nội soi bằng laser có tỉ lệ kiểm soát tại chỗ từ 63,6 đến 89,4%. Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tỉ lệ kiểm soát tại chỗ là 93,9-97,5%. Trong nghiên cứu này tỉ lệ kiểm soát tại chỗ của phẫu thuật cắt thanh quản bán phần được báo cáo đều trên 90%, một con số tuyệt vời khi điều trị ung thư. Một điều không may ở đây là kết quả chức năng (nuốt và nói) và các biến chứng của cắt thanh quản bán phần trong các báo cáo kém ưu thế hơn so với xạ trị và phẫu thuật nội soi bằng laser^[2,4]. Tuy nhiên số lượng các báo cáo của cắt thanh quản bán phần còn ít và không đủ bằng chứng về kết quả ung thư của phương pháp nào ưu việt hơn. Các báo cáo cho thấy rằng kiểm soát tại chỗ của khối u gây hạn chế di động dây thanh kém hơn so với dây thanh di động bình thường trong cả phẫu thuật nội soi bằng laser^[3,4] và xạ trị^[5-7,9].

Bảo tồn thanh quản

Tỉ lệ bảo tồn thanh quản ở khi phẫu thuật nội soi bằng laser là từ 73,2 đến 100%. Với phương pháp xạ trị là 74,4 đến 97%. Phương pháp cắt thanh quản bán phần là 97,8% và chỉ được báo cáo ở duy nhất 1 nghiên cứu.

Phẫu thuật nội soi bằng laser có lợi thế là có nhiều sự lựa chọn khi điều trị vớt vát như xạ trị hoặc phẫu thuật (tái sử dụng phẫu thuật nội soi bằng laser, cắt thanh quản bán phần hoặc cắt toàn bộ thanh quản). Ngược lại, nếu điều trị ban đầu là xạ trị thì điều trị vớt vát thường ít có sự lựa chọn hơn, chủ yếu là cắt toàn bộ thanh quản. Ngoài ra, phẫu thuật vớt vát sau xạ trị thất bại thường gặp nhiều biến chứng hơn với tỉ lệ khoảng 5-78% tổng số biến chứng, đa số là rò hầu họng khoảng 73%^[26].

KẾT LUẬN

Điều trị ung thư tăng thanh môn ở giai đoạn T2 có thể lựa chọn một trong các phương pháp là xạ trị triệt căn, phẫu thuật nội soi bằng laser và phẫu thuật cắt thanh quản bán phần, trong đó vai trò của xạ trị triệt căn và phẫu thuật nội soi bằng laser đang có xu hướng được ưu tiên lựa chọn. Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần cũng cho thấy kết quả ung thư tuyệt vời. Việc lựa chọn phương thức điều trị phù hợp vẫn nên được cá thể hóa.

Đối với các khối u liên quan đến mép trước vẫn là một vấn đề còn nhiều tranh cãi do chưa có sự đồng nhất về các thang đo trong các nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hendriksma M, Heijnen BJ, Sjögren EV.** Oncologic and functional outcomes of patients treated with transoral CO2 laser microsurgery or radiotherapy for T2 glottic carcinoma: a systematic review of the literature. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018; 26(2): 84-93. doi:10.1097/MOO.0000000000000438
- Succo G, Crosetti E, Bertolin A, et al.** Benefits and drawbacks of open partial horizontal laryngectomies, Part A: Early- to intermediate-stage glottic carcinoma. *Head Neck.* 2016; 38(S1): E333-E340. doi:https://doi.org/10.1002/hed.23997
- Canis M, Martin A, Ihler F, et al.** Transoral laser microsurgery in treatment of pT2 and pT3 glottic laryngeal squamous cell carcinoma - results of 391 patients. *Head Neck.* 2014;36(6):859-866. doi:10.1002/hed.23389
- Forner D, Rigby MH, Hart RD, Trites JR, Taylor SM.** Oncological and Functional Outcomes Following Transoral Laser Microsurgery in Patients with T2a Vs T2b Glottic Squamous Cell Carcinoma. *J Otolaryngol - Head Neck Surg.* 2019; 48. doi: 10.1186/s40463-019-0346-7
- Dagan R, Morris CG, Bennett JA, et al.** Prognostic significance of paraglottic space invasion in T2N0 glottic carcinoma. *Am J Clin Oncol.* 2007; 30(2): 186-190. doi:10.1097/O1.coc.0000251403.54180.df
- Jones DA, Mendenhall CM, Kirwan J, et al.** Radiation therapy for management of t1-t2 glottic cancer at a private practice. *Am J Clin Oncol.* 2010; 33(6): 587-590. doi:10.1097/COC.0b013e3181beaab0
- Chera BS, Amdur RJ, Morris CG, Kirwan JM, Mendenhall WM.** T1N0 to T2N0 squamous cell carcinoma of the glottic larynx treated with definitive radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2010; 78(2): 461-466. doi:10.1016/j.ijrobp.2009.08.066
- Gorphe P, Blanchard P, Breuskin I, Temam S, Tao Y, Janot F.** Vocal fold mobility as the main prognostic factor of treatment outcomes and survival in stage II squamous cell carcinomas of the glottic larynx. *J Laryngol Otol.* 2015; 129(9): 903-909. doi: 10.1017/S002221511500184X
- Khan MK, Koyfman SA, Hunter GK, Reddy CA, Saxton JP.** Definitive radiotherapy for early (T1-T2) glottic squamous cell carcinoma: a 20 year Cleveland Clinic experience. *Radiat Oncol Lond Engl.* 2012; 7: 193. doi: 10.1186/1748-717X-7-193
- Rödel RMW, Steiner W, Müller RM, Kron M, Matthias C.** Endoscopic laser surgery of early glottic cancer: involvement of the anterior commissure. *Head Neck.* 2009; 31(5): 583-592. doi:10.1002/hed.20993
- Peretti G, Piazza C, Del Bon F, et al.** Function preservation using transoral laser surgery for T2-T3 glottic cancer: oncologic, vocal, and swallowing outcomes. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg.* 2013; 270(8): 2275-2281. doi:10.1007/s00405-013-2461-9
- Ansarin M, Cattaneo A, De Benedetto L, 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. doi: 10.1002/hed.24534
- Glanz H, Hermanek P, Kleinsasser O, Popella C.** [Further development in TNM classification of laryngeal cancers]. *Laryngorhinootologie.* 1993; 72(11): 568-573. doi:10.1055/s-2007-997956
- Holsinger FC, Diaz EM.** Laryngeal preservation in the era of chemoradiation: limitations of the current AJCC staging system. *Head Neck.* 2006; 28(12): 1058-1060. doi:10.1002/hed.20499
- Sjögren E.** Transoral Laser Microsurgery in Early Glottic Lesions. *Curr Otorhinolaryngol Rep.* 2017; 5(1): 56-68. doi: 10.1007/s40136-017-0148-2
- Warner L, Lee K, Homer JJ.** Transoral laser microsurgery versus radiotherapy for T2 glottic squamous cell carcinoma: a systematic review of local control outcomes. *Clin Otolaryngol Off J ENT-UK Off J Neth Soc Oto-Rhino-Laryngol Cervico-Facial Surg.* 2017; 42(3): 629-636. doi:10.1111/coa.12790
- Laccourreye O, Weinstein G, Brasnu D, Trotoux J, Laccourreye H.** Vertical partial laryngectomy: a critical analysis of local recurrence. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1991; 100(1): 68-71. doi: 10.1177/000348949110000111
- Mantsopoulos K, Psychogios G, Koch M, Zenk J, Waldfahrer F, Iro H.** Comparison of different surgical approaches in T2 glottic cancer. *Head Neck.* 2012; 34(1): 73-77. doi:10.1002/hed.21687
- Blanch J-L, Vilaseca I, Caballero M, Moragas M, Berenguer J, Bernal-Sprekelsen M.** Outcome of transoral laser microsurgery for T2-T3 tumors growing in the laryngeal anterior commissure. *Head Neck.* 2011; 33(9): 1252-1259. doi: 10.1002/hed.21605

20. Peretti G, Piazza C, Cocco D, et al. Transoral CO(2) laser treatment for T(is)-T(3) glottic cancer: the University of Brescia experience on 595 patients. *Head Neck*. 2010; 32(8): 977-983. doi: 10.1002/hed.21278

21. Hoffmann C, Cornu N, Hans S, Sadoughi B, Badoual C, Brasnu D. Early glottic cancer involving the anterior commissure treated by transoral laser cordectomy. *The Laryngoscope*. 2016; 126(8): 1817-1822. doi: 10.1002/lary.25757

22. Murakami R, Nishimura R, Baba Y, et al. Prognostic factors of glottic carcinomas treated with radiation therapy: value of the adjacent sign on radiological examinations in the sixth edition of the UICC TNM staging system. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2005; 61(2): 471-475. doi: 10.1016/j.ijrobp.2004.05.024

23. Short S, Krawitz H, Macann A, et al. TN/TN glottic carcinoma: a comparison of two

fractionation schedules. *Australas Radiol*. 2006; 50(2): 152-157. doi: 10.1111/j.1440-1673.2006.01559.x

24. Hendriksma M, Sjögren EV. Involvement of the Anterior Commissure in Early Glottic Cancer (Tis-T2): A Review of the Literature. *Cancers*. 2019; 11(9). doi: 10.3390/cancers11091234

25. Peretti G, Piazza C, Mensi MC, Magnoni L, Bolzoni A. Endoscopic treatment of cT2 glottic carcinoma: prognostic impact of different pT subcategories. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2005; 114(8): 579-586. doi: 10.1177/000348940511400801

26. Silverman DA, Puram SV, Rocco JW, Old MO, Kang SY. Salvage laryngectomy following organ-preservation therapy - An evidence-based review. *Oral Oncol*. 2019; 88: 137-144. doi: 10.1016/j.oraloncology.2018.11.022

XÁC ĐỊNH TỶ LỆ PHÂN BỐ CỦA VI KHUẨN GRAM DƯƠNG GÂY BỆNH THƯỜNG GẶP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

NGUYỄN VĂN CAO

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Nghiên cứu xác định tỷ lệ phân bố của vi khuẩn Gram dương gây bệnh thường gặp tại Bệnh viện Quân y 103. Đối tượng nghiên cứu: Là 1478 chủng vi khuẩn Gram dương phân lập được tại Bệnh viện Quân y 103 bằng phương pháp nuôi cấy hiếu khí thời gian từ 01/2014 đến 12/2018.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu, tiến cứu và phân tích labo.

Kết quả: Có 1478 chủng vi khuẩn Gram dương chiếm 40,1% được phân lập tại Bệnh viện Quân y 103. Các căn nguyên vi khuẩn Gram dương phân lập được nhiều tại Bệnh viện Quân y 103 là *Staphylococcus aureus* (15,9%) và *Streptococcus viridans* (9,2%). Vi khuẩn Gram dương phân lập được nhiều nhất tại khoa Truyền nhiễm (15,4%), gặp nhiều nhất ở bệnh phẩm mũi (27,9%). Sự phân bố vi khuẩn Gram dương theo nhóm tuổi thể hiện xu hướng tăng theo độ tuổi với $p < 0,05$.

Từ khóa: Vi khuẩn Gram dương, *Staphylococcus aureus*, *S. Viridans*.

SUMMARY

Research to determine the distribution rate of Gram-positive bacteria that cause common diseases at Military Hospital 103.

Research subjects: 1478 strains of Gram-positive bacteria isolated at 103 Military Hospital by culture method aerobic period from 01/2014 to 12/2018.

Methods: Descriptive study combining retrospective, prospective and laboratory analysis.

Results: 1478 Gram-positive bacteria strains, accounting for 40.1%, were isolated at 103 Military Hospital. The most common causes of Gram-positive bacteria isolated at 103 Military Hospital were *Staphylococcus aureus* (15.9%) and *Streptococcus viridans* (9.2%). Gram-positive bacteria were isolated most often in the Department of Infectious Diseases (15.4%), most commonly in pus specimens (27.9%). The distribution of age groups in Gram-positive isolates showed an increasing trend with age with $p < 0.05$.

Keywords: Gram-positive bacteria, *Staphylococcus aureus*, *S. viridans*.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay tình trạng kháng kháng sinh đang là mối nguy hại đe dọa công tác chăm sóc sức khỏe, phòng và điều trị các bệnh nhiễm trùng trên toàn thế giới. Tại Hoa Kỳ, ước tính 50 - 60% các bệnh nhiễm trùng là do vi khuẩn kháng

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Cao

Email: caorang1985@gmail.com

Ngày nhận: 25/5/2021

Ngày phản biện: 02/7/2021

Ngày duyệt bài: 12/7/2021