

UNG THƯ THANH QUẢN

1. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư thanh quản là khối u ác tính xuất phát từ biểu mô thanh quản (gồm ba tầng).

Đây là ung thư thường gặp, đứng thứ 2 trong các ung thư vùng đầu mặt cổ sau ung thư vòm mũi họng.

2. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Hút thuốc là yếu tố nguy cơ chính trong ung thư thanh quản.
- Rượu: người vừa hút thuốc vừa uống rượu thì nguy cơ tăng gấp 25 – 50 lần.
- Các yếu tố nguy cơ khác như: trào ngược dạ dày - thực quản; tiền sử tiếp xúc tia xạ, tiếp xúc lâu dài với bụi gỗ, thạch miên, hoá chất bay hơi, mù tạt...
- Các bệnh lý tiền ung thư như:
 - + Loạn sản thanh quản các mức độ nhẹ, vừa và nặng.
 - + Bạch sản thanh quản.
 - + U nhú thanh quản nhất là thể đảo ngược, các type HPV 16, 18 có nguy cơ cao hơn type 6, 11.

3. DỊCH TỄ

- Tỷ lệ mắc: suất độ chuẩn của bệnh theo tuổi là 3,6/100000 dân, đứng hàng thứ 5 trong các ung thư mới mắc ở nam giới.
- Về giới: ở Việt Nam tỷ lệ nam:nữ = 10:1.
- Về tuổi: độ tuổi gặp nhiều nhất là 45 – 65 tuổi.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Triệu chứng lâm sàng

4.1.1. Triệu chứng cơ năng

Khàn tiếng: là triệu chứng sớm và chủ yếu, biểu hiện với giọng khàn, kéo dài và tăng dần, điều trị nội khoa không giảm. Tính chất khàn thô, cứng.

Các dấu hiệu cơ năng khác:

- Ho khan, rồi ho khạc đờm nhầy lẫn máu.
- Khó chịu ở họng, cảm giác như có dị vật.
- Rối loạn về nuốt: có khi khối u lan ra ngoài thanh quản đến hạ họng gây ra nuốt vướng, nghẹn, đau.
- Khó thở thanh quản: khi khối u lan rộng che lấp lòng thanh quản.

a. Ung thư thượng thanh môn

- Chiếm khoảng 41% ung thư thanh quản.
- Triệu chứng chủ yếu là nuốt vướng, nuốt đau.
- Khàn tiếng khi khối u xâm lấn dây thanh.
- Khó thở khi u lớn che lấp thanh môn.
- Hạch cổ xuất hiện sớm.

b. Ung thư thanh môn

- Thường gặp nhất, chiếm 58% ung thư thanh quản.
- Chủ yếu là khàn tiếng, tiến triển chậm và tăng dần theo thời gian.
- Khó thở khi khối u lớn dần và làm hẹp thanh môn.
- Ít khi có di căn hạch cổ.

c. Ung thư hạ thanh môn

- Ít gặp (khoảng 1%) và thường phát hiện ở giai đoạn muộn.
- Triệu chứng chủ yếu là khó thở tăng dần.
- Hạch cổ di căn gặp khoảng 25%.

4.1.2. Triệu chứng thực thể

- Hạch cổ: thường xuất hiện muộn hạch cổ nhóm II, III, tuy nhiên có thể xuất hiện sớm trong ung thư vùng thượng thanh môn. Cần đánh giá vị trí, số lượng, độ chắc, và sự di động của hạch cổ.
- Soi thanh quản:
 - + Soi thanh quản gián tiếp bằng gương soi thanh quản.
 - + Soi thanh quản bằng ống mềm qua đường mũi hoặc bằng ống cứng 70, 90° quan sát thấy khối u ở dây thanh, khối u thường ở dạng u sùi, loét, hoặc có khi thâm nhiễm, thay

đổi tính chất, màu sắc niêm mạc. Đại thể thường hay gặp 3 hình thái sau:

- Hình thái tăng sinh: bề ngoài giống như u nhú, một số trường hợp giống như một polyp có cuống.
 - Hình thái thâm nhiễm xuống phía sâu: bề ngoài niêm mạc có vẻ nguyên vẹn, đôi khi có hình như núm vú, niêm mạc vùng này bị đẩy phồng lên và di động bị hạn chế.
 - Hình thái loét thường bờ không đều, chạm vào dễ chảy máu. Nhưng hay gặp là thể hỗn hợp vừa tăng sinh vừa loét, hay vừa loét vừa thâm nhiễm.
- + Soi thanh quản trực tiếp: soi treo thanh quản và đánh giá dưới kính hiển vi phẫu thuật hoặc dùng các ống nội soi 0, 30, 70°, cho phép đánh giá chính xác hơn sự lan rộng của u, nhất là ở các vùng khó nhìn thấy như hạ thanh môn, mép trước dây thanh, chân thanh thiệt, buồng thanh thất.

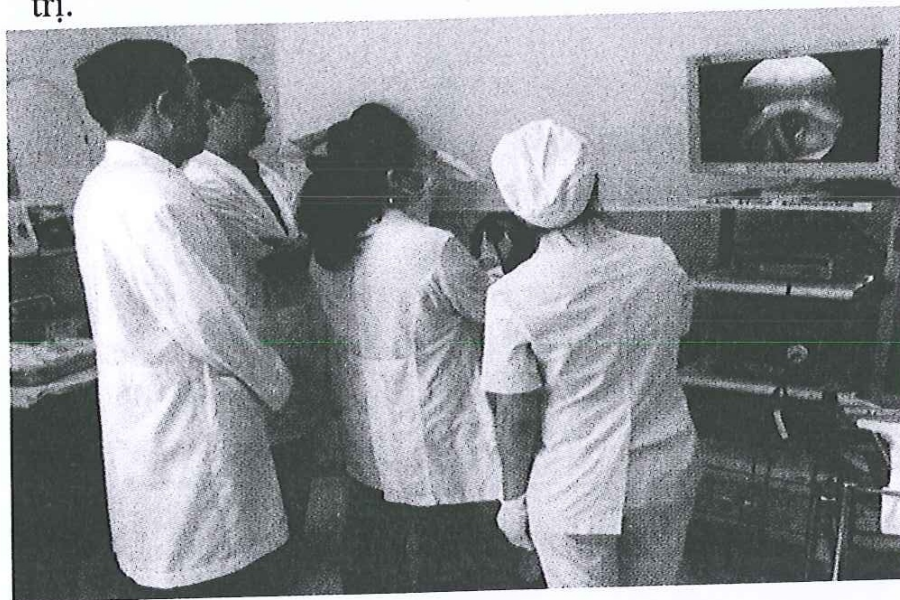
Trong trường hợp khối u to, có thể làm bít lấp thanh môn, cần phải mở khí quản trước khi soi.

4.2. Cận lâm sàng

- Sinh thiết u thử giải phẫu bệnh: ung thư biểu mô vảy xâm nhập chiếm 90% đến 95%, những thể khác như ung thư biểu mô tuyến nước bọt, ung thư biểu mô tế bào lớn ... rất hiếm gặp.
- Chụp X quang phổi hay chụp cắt lớp ngực: để đánh giá di căn phổi.
- C.T. scan và MRI với tiêm thuốc cản quang, cho phép đánh giá sự lan của khối u, đặc biệt ở các vị trí mép trước dây thanh, hạ thanh môn, các khoang của thanh quản như khoang giáp móng thanh thiệt, khoang cạnh thanh môn, hoặc sự lan của u đến hạ thanh môn, sụn giáp, sụn nhẫn. Bên cạnh đó có thể đánh giá tình trạng hạch cổ.
- Siêu âm vùng cổ: phát hiện các hạch cổ mà không khám thấy trên lâm sàng.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ BỆNH VIỆN TẠI MŨI HỌNG TP.HCM NĂM 2018

- Nội soi huỳnh quang cận hồng ngoại (Near-Infrared Endoscopy) với xanh indocyanine: giúp phân biệt giữa khối u và mô bình thường, giữa các mô khối u lành tính và ác tính, và giữa các mô khối u và mô viêm xung quanh, ứng dụng trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi tái phát sau điều trị.



Nội soi chẩn đoán bằng hệ thống huỳnh quang động

4.3. Tiếp cận chẩn đoán

- Chẩn đoán ung thư thanh quản qua giải phẫu bệnh lấy từ mẫu mô sinh thiết u thanh quản.
- Xếp loại TMN: Phân loại TNM trong ung thư thanh quản theo AJCC 7 năm 2010.

A. Xếp loại T

Bướu nguyên phát (T):

- Tx: bướu nguyên phát không thể xác định.
- T0: không bướu nguyên phát.
- Tis: bướu tại chỗ.

a. Ung thư thượng thanh môn:

- T1: u giới hạn một vùng trên thanh môn, dây thanh di động bình thường.
- T2: u xâm lấn dây thanh, không gây cố định thanh quản.
- T3: u giới hạn thanh quản với bất động dây thanh và hoặc xâm lấn vùng sau nhân, mô trước thanh thiệt hoặc sụn giáp.
- T4a: u xâm lấn xuyên sụn giáp hoặc xuống khí quản và mô mềm vùng cổ.
- T4b: u xâm lấn khoảng trước cột sống, cấu trúc trung thất hoặc động mạch cảnh.

b. Ung thư thanh môn:

- T1: u ở giới hạn trên dây thanh (có thể liên quan đến mép trước hoặc mép sau dây thanh), dây thanh còn di động bình thường.
 - + T1a: u giới hạn một bên dây thanh.
 - + T1b: u lan tràn ra hai dây thanh.
- T2: u giới hạn ở thanh quản với sự phát triển lên trên hoặc xuống dưới thanh môn và hoặc làm giảm sự di động của dây thanh.
- T3: u giới hạn ở thanh quản với dây thanh bất động và/hoặc xâm lấn khoang cạnh thanh môn và/hoặc xâm lấn mặt trong sụn giáp.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TP.HCM NĂM 2018

- T4a: u xâm lấn qua sụn giáp và/hay xâm lấn phần mềm ngoài thanh quản (khí quản, cơ ngoại lai, cơ trước giáp, tuyến giáp và thực quản).
- T4b: u xâm lấn khoang trước cột sống, bao cảnh, hay trung thất.

c. Ung thư hạ thanh môn:

- T1: u khu trú hạ thanh môn.
- T2: u lan đến dây thanh, di động dây thanh bình thường hoặc yếu.
- T3: u khu trú ở thanh quản kèm bất động dây thanh.
- T4a: u xâm lấn xuyên sụn giáp xuống khí quản và mô mềm vùng cổ.
- T4b: u xâm lấn khoảng trước cột sống, cấu trúc trung thất hoặc động mạch cảnh.

B. Xếp loại N

- N0: không di căn hạch.
- N1: xâm lấn 1 hạch cùng bên ung thư, đường kính hạch < 3cm.
- N2a: xâm lấn 1 hạch cùng bên ung thư, đường kính hạch 3-6 cm.
- N2b: xâm lấn nhiều hạch cùng bên ung thư, đường kính hạch < 6cm.
- N2c: xâm lấn hạch đối diện hoặc cả hai bên, đường kính hạch < 6cm.
- N3: có ít nhất 1 hạch bị xâm lấn, đường kính > 6cm.

C. Xếp loại M

- M0: không có di căn xa.
- M1: có di căn xa.
- Mx: chưa xác định có di căn xa.

D. Xếp loại giai đoạn bệnh:

- GĐ 0: Tis, N0, M0.
- GĐ 1: T1, N0, M0.
- GĐ 2: T2, N0, M0.
- GĐ 3: T1-2, N1, M0; T3, N0 - 1, M0.
- GĐ 4a: T1-3, N2, M0; T4a, N0-2, M0.

- GD 4b: T4b, N0-3, M0; bất kỳ T, N3, M0.
- GD 4c: bất kỳ T, bất kỳ N, M1.

4.4. Chẩn đoán phân biệt

- Lao thanh quản.
- U nhú thanh quản.
- Giang mai thanh quản.

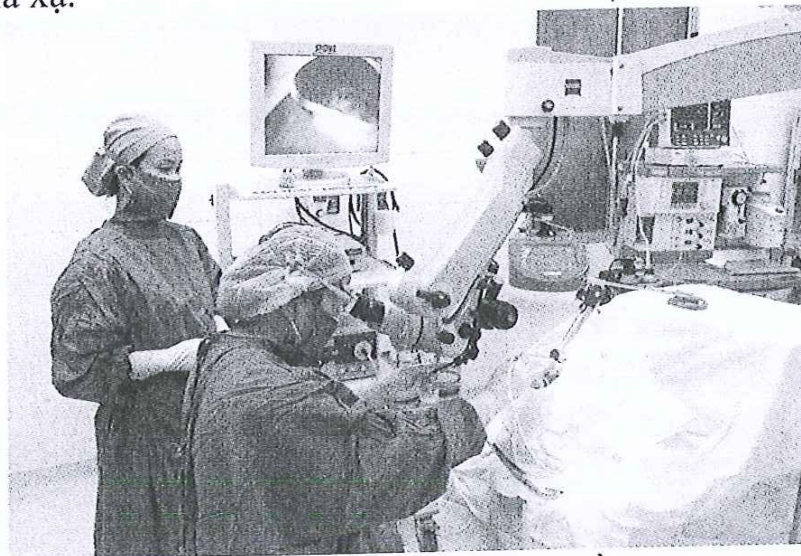
5. ĐIỀU TRỊ

Theo hướng dẫn điều trị ung thư thanh quản của Bộ Y Tế 2015.

5.1. Đối với khối u T1 thanh môn

- Chủ yếu là điều trị bằng phẫu thuật, có thể phẫu thuật với laser CO₂, phẫu thuật này được thực hiện dưới soi treo vi phẫu, thường không phải mở khí quản. Trong trường hợp khối u lan nhiều vào mép trước dây thanh có thể phẫu thuật bằng phương pháp mở sụn giáp cắt dây thanh hoặc cắt thanh quản trán bên.

Phẫu thuật ở giai đoạn T1 này thường không nặng nề, nhất là với phương tiện vi phẫu thuật thanh quản với laser CO₂, chất lượng giọng vẫn giữ khá tốt, tránh được các biến chứng do tia xạ.



Phẫu thuật nội soi thanh quản bằng laser

- Xạ trị: thường được chỉ định cho khối u T1b, lan rộng cả hai dây thanh. Liệu trình tia xạ phải mất 6 tuần, phương pháp này giúp bảo tồn thanh quản tốt hơn. Nếu thất bại có thể phẫu thuật vớt lại. Biến chứng sớm là nuốt đau, phù nề thanh quản. Biến chứng muộn là xơ thanh quản, hoại tử sụn, hay suy giáp. Tỷ lệ sarcoma do tia xạ thấp.

5.2. Đối với ung thư thanh quản T2

Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần trên nhĩn: Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần trên nhĩn kiểu CHEP cho các ung thư giai đoạn T2, một số T3. Phẫu thuật này giúp có thể lấy hết bệnh tích mà vẫn giữ được chức năng của thanh quản.

Hiện nay với các trung tâm có hệ thống chẩn đoán hình ảnh, chẩn đoán giải phẫu bệnh lý tốt, có thể phẫu thuật bằng laser CO₂ trong một số trường hợp khối u T2.

Xạ trị: thường chỉ định trong các trường hợp chống chỉ định phẫu thuật hoặc bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật.

5.3. Ung thư giai đoạn muộn T3, T4

Điều trị chủ yếu hiện nay ở Việt Nam vẫn là cắt bỏ thanh quản toàn bộ kèm nạo vét hạch cổ, phối hợp với tia xạ sau mổ. Liệu tia vào diện u là 60 - 70Gy, vào hạch cổ là 50Gy nếu hạch âm tính và 60 - 70Gy nếu hạch có di căn.. Khó khăn nhất là bệnh nhân bị mất thanh quản, không thể nói được.



Phẫu thuật cắt thanh quản

Tuy nhiên với sự phát triển vấn đề phục hồi phát âm: Lắp van phát âm khí thực quản, tập nói giọng thực quản hoặc sử dụng thanh quản điện có thể giúp cho bệnh nhân lấy lại được giọng nói.

- Một xu hướng khác cho điều trị ung thư thanh quản giai đoạn muộn là vẫn bảo tồn thanh quản với hoá xạ trị đồng thời, protocol hoá chất gồm Cisplatin và 5 FU.
- Xạ trị đơn thuần chỉ áp dụng cho những trường hợp ung thư lan rộng, không còn khả năng phẫu thuật, hoặc những trường hợp bị tái phát tại chỗ, di căn xa như một trị liệu vớt vát.

6. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT

6.1. Chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dây thanh bằng laser CO₂ qua đường miệng

6.1.1. Định nghĩa

- Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu cho phép phẫu thuật viên lấy đi khối u vùng thanh môn qua đường miệng bằng laser CO₂, mà không làm ảnh hưởng đến các cấu trúc lân cận.
- Bảo tồn chức năng hô hấp và phát âm.

6.1.2. Biến chứng

- Chảy máu: ít gặp, laser CO₂ có khả năng cầm máu tốt với những mạch có đường kính < 0,5mm, nếu chảy máu nhiều có thể đốt cầm máu bằng Bipolar vi phẫu.
- Bỏng: đề phòng biến chứng này phải che nắng, gạc cho bệnh nhân và đồng thời không nên để phẫu trường khô (có thể dùng gạc hoặc bông ướt ở phẫu trường...). Xử trí cho thuốc kháng sinh chống bội nhiễm, kháng viêm, chống phù nề, giảm đau, theo dõi, bù nước - điện giải.
- Tràn khí: xảy ra chủ yếu khi phẫu thuật ở vùng hạ thanh môn bị tia laser làm thủng màng nhĩ giáp, không khí qua lỗ thủng này tràn vào các mô mềm vùng cổ. Biện pháp xử trí ban đầu là tiến hành băng ép vùng cổ, nếu tràn khí nhiều có thể mở khí quản.
- Khó thở: ít gặp, nguyên nhân thường là do phù nề vết mổ, thường gặp trong khoảng từ 1- 6 giờ sau mổ. Xử trí cho thuốc chống viêm, chống phù nề.
- Sẹo hẹp thanh quản: chủ yếu trong trường hợp nghi có xâm lấn mép trước, diện cắt rộng, dễ hình thành sẹo hẹp, theo dõi sát sau mổ, nếu ảnh hưởng nhiều đến chức năng thanh quản cần tiến hành phẫu thuật tách dính.

6.1.3. Chăm sóc**a. Nằm viện****Thuốc:**

- ❖ Kháng sinh: dùng kháng sinh phổ rộng (Beta-lactams; Cephalosporins thế hệ II, III, IV), Aminoglycosides, Macrolides hay Quinolones kết hợp thêm Metronidazole nếu nghi ngờ có vi trùng kỵ khí. Trường hợp nặng phải dùng nhóm các Penem (ví dụ: Imipenem, Ertapenem, Meropenem,...)
 - Nhóm Betalactam
 - Amoxicillin + Acid Clavulanic
 - + Trẻ em: 30mg/kg x 2 - 4 lần/ngày (TMC).
 - + Người lớn: 1g x 2 - 4 lần/ngày (TMC).
 - Nhóm Cephalosporine
 - Cefuroxime 0,75g
 - + Trẻ em: 30 - 100mg/kg/ngày (TMC).
 - + Người lớn: 0,75g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
 - Cefotaxime 1g
 - + Trẻ em: 50 - 150mg/kg/ngày (TMC).
 - + Người lớn: 1 g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
 - Ceftazidime 1g hoặc Ceftriaxone 1g
 - + Trẻ em: 25 - 150mg/kg/ngày (TMC).
 - + Người lớn: 1g - 2g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
 - Cefepime:
 - + Người lớn và trẻ >12 tuổi: 1 - 2g/lần x 2 lần/ngày (TM).
 - + Trẻ em 50mg/kg/lần x 2 lần/ngày (TM).
 - Nhóm Carbapenem (cũng thuộc nhóm beta lactam phổ rộng)
 - Imipenem 0,5g: 20mg/kg x 2 - 4 lần/ngày (TTM).
 - Meropenem 1g: 20mg/kg x 2 - 3 lần/ngày (TTM),...
 - Kháng sinh nhóm Quinolone
 - Ciprofloxacin 0,5g x 2 (uống) hoặc 0,2g x 2 lần/ngày (TTM).
 - Levofloxacin 0,5g x 1 lần/ngày (uống).
 - Moxifloxacin 0,4g x 1 lần/ngày (uống).

Ofloxacin 0,2g x 2 lần/ngày (TTM).

- Nhóm Glycopeptid

Vancomycin:

+ Người lớn: 500mg x 4 lần/ngày (TTM).

+ Trẻ em: 11mg/kg/lần x 4 lần/ngày (TTM).

Teicoplanin

+ Người lớn: 6mg/kg (TB, TTM) trong ngày đầu, giảm nửa liều các ngày tiếp theo.

+ Trẻ em: 10mg/kg/ngày trong 3 ngày, sau đó 6mg/kg/ngày.

- Nhóm Macrolid

Clarithromycin:

+ Người lớn 250 - 500mg x 2 lần/ngày (uống), hoặc 500mg x 2 lần/ngày (TTM).

+ Trẻ em: liều 7,5mg/kg x 2 lần/ngày (uống), không khuyến cáo dùng đường tiêm truyền.

Spiramycin:

+ Người lớn: 1,5 - 3 triệu UI x 3 lần/ngày (uống) hoặc 1,5 triệu UI x 3 lần/ngày (TTM).

+ Trẻ em: 50000 UI/lần x 3 lần/ngày, không dùng dạng tiêm truyền.

Azithromycin

+ Người lớn: 500mg/lần/ngày (uống).

+ Trẻ em: 10mg/kg/lần/ngày (uống).

- Nhóm Lincomycin:

Clindamycine (Dalacin C):

+ Người lớn: 300mg/1viên x 3 lần/ngày (uống).

+ Trẻ em liều 8 - 16mg/kg/ngày chia 3 lần/ngày (uống).

- Nhóm Metronidazole:

+ Người lớn: 0,5g x 2 - 3 lần/ngày (Uống, TTM).

+ Trẻ em: 20-30mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần (Uống,TTM).

❖ Kháng viêm:

- Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) liều 0,5 - 1mg/Kg/ngày trong 3 - 5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần.
- Hoặc kháng viêm NSAIDs: Etodolac 200mg liều 1 viên x 3 lần/ngày,...
- Hoặc kháng viêm dạng men:
Alphachymotripsine 4,2mg (Alpha Choay) 2 viên x 3 - 4 lần/ngày.
Aescin 20mg liều 2 viên x 2 - 3 lần/ngày.

❖ Giảm đau: khi bệnh nhân đau, hoặc nhức đầu, hoặc sốt.

Người lớn: tùy mức độ đau

- + Paracetamol 1g/100ml TTM C g/p 1 chai * 2 - 3 lần/ngày.
- + Hoặc uống paracetamol 0,5g hoặc 0,65g 1v * 2 - 4 lần/ngày.

Trẻ em: paracetamol 10 - 15mg/kg * 3 - 4 lần/ngày.

Trường hợp dị ứng paracetamol, hoặc đau nhiều sau mổ, có thể dùng một trong các loại kháng viêm sau:

- + Diclofenac: TB 75mg/2ml * 2 lần/ngày.
Hoặc 50mg 1v * 2 - 3 lần/ngày.
- + Ibuprofen 200mg: 1v * 2 - 3 lần/ngày.
(TE >6 tháng, và > 7kg dùng dạng siro liều: 5 - 10mg/kg * 2 - 3 lần/ngày).

b. Theo dõi sau mổ:

- Nội soi thanh quản bằng ống mềm đánh giá diện cắt.
- Theo dõi và xử trí bên chứng (nếu có): khó thở, chảy máu, tràn khí, bông...
- Kết quả mô học sau phẫu thuật của lát cắt rìa có phù hợp với kết quả sinh thiết tức thì: nếu âm tính sẽ không cần thiệp thêm, nếu dương tính sẽ đánh giá để phẫu thuật cắt bỏ lại tổn thương hoặc xạ trị.
- Thời gian hậu phẫu: trung bình 3 - 4 ngày.

c. Theo dõi định kỳ:

- Tái phát tại chỗ.
- Di căn xa.
- Tỷ lệ sống.
 - + Trong 3 tháng đầu tiên: theo dõi định kỳ 1 tháng/lần.
 - + Trong các tháng tiếp theo: theo dõi định kỳ 3 tháng/lần, trong thời gian tối thiểu là 2 năm và tối đa là 5 năm.

6.2. Chăm sóc bệnh nhân sau cắt thanh quản bán phần

6.2.1. Định nghĩa

- Cắt bỏ một phần thanh quản.
- Bảo tồn chức năng hô hấp và phát âm.

6.2.2. Biến chứng

a. Ngay sau mổ

- Chảy máu: cổ sưng phồng, ống dẫn lưu ra nhiều máu đỏ tươi, mạch tăng, huyết áp giảm.
- Khó thở: nghẹt canule, viêm phổi do tắc nghẽn.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Nuốt sặc.

b. Khi về nhà

- Nuốt sặc.
- Khó thở.
- Viêm phổi do sặc.

6.2.3. Chăm sóc

a. Nằm viện

1. Canule: bệnh nhân thở qua canule có cửa sổ ngay sau mổ.
 - Cột dây cố định canule vừa đủ chặt và thắt nút khóa.
 - Hút đàm nhớt thường xuyên:
 - + Dùng ống mềm hút qua canule.
 - + Thời gian mỗi lần hút không quá 20 giây.
 - + Số lần hút tùy thuộc xuất tiết nhiều hay ít.

- + Áp lực máy hút: 80 - 100mmHg (100 -150cm H₂O)
- + Nhỏ nước muối sinh lý, hoặc các loại thuốc làm lỏng đàm nhớt (α chymotrypsine, Mistabron...) để tránh khô đặc đàm nhớt.
- Thay rửa nòng trong của canule ít nhất 2 lần/ngày.
- Rút canule
 - + Nội soi thanh quản ống mềm kiểm tra: thanh môn, hạ thanh môn thông, rộng.
 - + Người bệnh thở thông qua đường tự nhiên (bịt canule có cửa sổ 2 - 3 ngày, người bệnh thở thông qua đường mũi).
 - + Thường là vào ngày 10 - 15 sau phẫu thuật.

2. Ống dẫn lưu:

- Đảm bảo áp lực dẫn lưu là áp lực âm và kín.
- Không để tắc dẫn lưu.
- Theo dõi dịch chảy ra dẫn lưu mỗi ngày về số lượng, màu sắc, tính chất:
 - + Ra máu đỏ tươi, ngày càng tăng, cổ sưng phồng: mở lại vết mổ cầm máu.
 - + Ra dịch nhầy, bọt: theo dõi dò họng
 - Nếu ít: băng ép vùng cổ và theo dõi.
 - Nếu nhiều: mở lại vết mổ đóng dò họng.
- Rút ống dẫn lưu khi lượng dịch ra < 5ml/ngày.

3. Dinh dưỡng và chăm sóc Tube Levin:

- Người bệnh được nuôi ăn qua Tube Levin ít nhất là 10 ngày đầu bằng các chất dinh dưỡng: sữa, súp đảm bảo năng lượng 30 - 40kcal/kg/ngày:
 - + Chia làm 6 - 8 bữa/ngày.
 - + 150 - 300ml/bữa.
- CỤ thể (bảng 1).
- N8 - N9 sau mổ: cho bệnh nhân tập nuốt nước bọt, nếu không sặc và không dò (uống Blue Méthylène, chụp đường dò có cản quang) thì có thể rút Tube Levin vào N10.

- Chế độ dinh dưỡng sau rút Tube Levin (bảng 2).

4. Thay băng:

- Luôn đảm bảo nguyên tắc vô trùng.
- Sát trùng vết mổ bằng Betadine.
- Băng ép vùng cổ trong 48 – 72 giờ.
- Cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày.

5. Thuốc: tương tự phần **Chăm sóc bệnh nhân sau cắt dây thanh bằng Laser qua đường miệng.**

6. Các vấn đề khác:

- Chăm sóc mũi miệng:
 - + Nhắc người bệnh nhổ hết nước bọt ra ngoài trong thời gian nuôi ăn bằng Tube Levin.
 - + Hút dịch và nhỏ thuốc mũi, giữ gìn vệ sinh răng miệng.
- Vô lung cho người bệnh mỗi buổi sáng để tránh ứ đọng đàm nhớt.
- Cân nặng bệnh nhân mỗi ngày.
- Kiểm tra điện giải mỗi 3 ngày.
Khi xuất viện: hướng dẫn bệnh nhân và gia đình các tự chăm sóc tại nhà.
- Nghỉ ngơi 6 tháng sau mổ:
 - + Không lao động nặng, không chơi thể thao.
 - + Không hoạt động gắng sức trong mọi sinh hoạt.
- Tập ho, vô lung cho bệnh nhân thường xuyên, nhất là vào buổi sáng.
- Làm mạng che để tránh bụi, không khí lạnh vào đường thở.
- Nếu còn mang canule:
 - + Thay nòng canule: rút nòng trong 3 lần/ngày, rửa sạch, luộc sôi, để nguội, đặt lại và khóa nòng lại.
 - + Lau thuốc sát trùng (Betadine) vùng da xung quanh lỗ canule 1 lần/ngày.

- Tái khám đúng hẹn, hướng dẫn bệnh nhân luyện giọng tại khoa Thanh học.
- Tái khám ngay khi:
 - + Có những triệu chứng bất ổn về toàn thân hoặc tại chỗ mổ cắt thanh quản.
 - + Khó thở. Sặc khi ăn.
- Lưu ý khi nuôi dưỡng bệnh nhân qua ống sonde dạ dày:
 - + Đảm bảo Tube Levin luôn đặt đúng vào dạ dày.
 - + Chỉ bơm ăn cho người bệnh ở tư thế ngồi.
 - + Bơm chậm 100ml qua ống trong 15 phút.
 - + Tráng ống trước và sau khi cho ăn, bơm thuốc (100-200ml nước chín hoặc nước không) + nước muối sinh lý.
 - + Từ ngày thứ 6 trở đi, có thể cho thêm nước trái cây giữa 2 lần.

*Bảng 1: Nuôi dưỡng bệnh nhân qua ống sonde dạ dày.
(Trường hợp cắt bỏ thanh quản bán phần – toàn phần)*

Ngày	Dịch truyền (ml)	6 giờ	9 giờ	12 giờ	15 giờ	18 giờ	21 giờ	24 giờ
N1	3000-3500	Mỏ	Mỏ	Mỏ	-	-	-	-
N2	2000-2500		150ml Nước đường hay coca hớt bọt	150ml sữa hay soup thịt	150ml sữa hay soup thịt	150ml sữa hay soup thịt	150ml sữa	
N3	2000	200ml sữa +1/2 gói E	200ml soup thịt	200ml soup thịt	200ml soup thịt	200ml soup thịt	200ml sữa + 1/2 gói E	
N4	1000 - 1500	250ml sữa + 1 gói E	250ml soup thịt	250ml soup thịt	250ml soup thịt	250ml soup thịt	250ml sữa + 1 gói E	
N5	1000	250ml sữa + 1 gói E	250ml-300ml soup thịt	250-300ml soup thịt	250-300ml soup thịt	250-300ml soup thịt	250ml sữa + 1 gói E	
N6 - rút ống	Ngưng dịch truyền	300ml sữa + 1 gói E	300ml soup thịt	300ml soup thịt	300ml soup thịt	300ml soup thịt	250ml sữa + 1 gói E	±250ml sữa + 1 gói E

Bảng 2: Phác đồ dinh dưỡng sau khi rút sonde dạ dày (cắt bỏ thanh quản bán phần)

- **2 ngày trước khi rút sonde dạ dày:** Tập nuốt nước bọt.
- **Sau khi rút sonde dạ dày:**
 - + Ngày 1-Ngày 2: Nuốt sương sa (không nước).
 - + Ngày 3-Ngày 4: Nếu không sặc -> Nuốt khoai tây nghiền thịt trứng, nuốt vài muỗng cà phê nước.
 - + Ngày 5: Nếu không sặc -> Nuốt cháo đặc, nuốt vài muỗng cà phê nước.
 - + Ngày 6: Nếu không sặc -> Nuốt cháo lỏng, nước.
 - + Ngày 7: Nếu không sặc -> Ăn uống bình thường.
- **Tư thế khi ăn sau rút sonde dạ dày:**
 - + Bệnh nhân ngậm một hớp nước (hay thức ăn vón cục) ở trong miệng.
 - + Hai tay buông lỏng, cúi gập đầu sát vào cổ, nuốt.

6.3. Chăm sóc sau cắt thanh quản toàn phần

6.3.1. Định nghĩa

- Cắt toàn bộ thanh quản.
- Bệnh nhân thở qua lỗ mở khí quản ra da.

6.3.2. Biến chứng

a. Ngay sau mổ

- Chảy máu: cổ sưng phồng, ống dẫn lưu ra nhiều máu đỏ tươi, mạch tăng, huyết áp giảm.
- Khó thở: nghẹt canule, viêm phổi do tắc nghẽn.
- Nuốt sặc.
- Dò họng.
- Nhiễm trùng vết mổ.

b. Khi về nhà

- Sẹo hẹp lỗ mở khí quản ra da.
- Viêm phổi.

6.3.3. Chăm sóc

a. Nằm viện

1. Canule: Rút sau mổ 48-72 giờ.
2. Ống dẫn lưu: như chăm sóc cắt thanh quản bán phần.
3. Dinh dưỡng và chăm sóc Tube Levin
 - Dinh dưỡng trong thời gian nuôi ăn qua Tube Levin giống như trong cắt thanh quản bán phần.
 - Sau rút Tube Levin:
 - + Tập nuốt nước bọt.
 - + Uống nước ít -> tăng dần.
 - + Chế độ ăn từ lỏng -> đặc.
4. Thay băng.
5. Thuốc: tương tự phần **Chăm sóc bệnh nhân sau cắt dây thanh bằng Laser qua đường miệng.**
6. Các vấn đề khác:
 - Chăm sóc mũi, miệng:
 - + Nhắc người bệnh nhỏ hết nước bọt ra ngoài trong thời gian nuôi ăn bằng Tube Levin.
 - + Hút dịch mũi, nhỏ thuốc mũi, giữ gìn vệ sinh răng miệng.
 - Vỗ lưng cho người bệnh mỗi buổi sáng để tránh ứ đọng đàm nhớt.
 - Cân nặng bệnh nhân mỗi ngày.
 - Kiểm tra điện giải mỗi 3 ngày.
 - Giải thích với bệnh nhân các vấn đề:
 - + Phải thở vĩnh viễn qua lỗ mở khí quản ra da.
 - + Phải ăn qua sonde trong thời gian đầu do đã may ống họng mới.
 - Giải thích với thân nhân
 - + Cần tâm lý với bệnh nhân vì họ không nói được, tuy nhiên có thể luyện giọng sau mổ.

b. Ra viện

- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình cách tự chăm sóc tại nhà.
- Tái khám đúng hẹn.
- Tái khám ngay khi:
 - + Có những triệu chứng bất ổn về toàn thân hoặc tại chỗ mô cắt thanh quản.
 - + Khó thở.
 - + Sẹo hẹp lỗ mở khí quản ra da.
- Luyện tập giọng thực quản.

7. PHÒNG BỆNH

- Chế độ dinh dưỡng hợp lý: ăn nhiều rau xanh, chất xơ, hoa quả, uống nhiều nước đồng thời hạn chế ăn đồ ăn cay nóng, đồ chiên xào, đồ nướng...
- Không sử dụng thuốc lá và hạn chế uống rượu.
- Tránh tiếp xúc với hóa chất chất độc hại, sử dụng bảo hộ lao động đầy đủ, đúng cách.
- Kiểm tra sức khỏe định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, Bộ Y Tế 2015 tr. 278-281.
2. Võ Tấn (1983). Ung thư thanh quản, *Tai Mũi Họng thực hành*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 95 - 104.
3. Edge, S.B. and C.C. Compton (2010). The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Ann Surg Oncol*, 17(6): p. 1471-4.
4. Flint, P. W., B. H. Haughey, et al. (2014). *Cummings Otolaryngology-Head and Neck Surgery: Head and Neck Surgery*, Elsevier Health Sciences.

5. Hartl DM, et al. Evidence-based review of treatment options for patients with glottic cancer. *Head & Neck*. 2011 Nov;33(11):1638-48.
6. Haughey BH, Hinni ML, Salassa JR, Hayden RE, Grant DG, Rich JT, et al. Transoral laser microsurgery as primary treatment for advanced-stage oropharyngeal cancer: A united states multicenter study. *Head & neck*. 2011;33(12):1683-94.
7. Hinni et al. Transoral Laser Microsurgery for Advanced Laryngeal Cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007. 12, vol 133.
8. Network NCC. Head and Neck Cancers. Version 1.2012. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology* (NCCN Guidelines). 2012.