

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ THỰC TRẠNG CHẨN ĐOÁN
UNG THƯ THANH QUẢN TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN Ở HÀ NỘI HIỆN NAY**

Lê Thị Hòa¹

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và thực trạng chẩn đoán ung thư thanh quản tại một số bệnh viện ở Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả trên 828 người bệnh được chẩn đoán xác định bằng lâm sàng và giải phẫu bệnh là ung thư thanh quản được điều trị tại Bệnh viện Tai mũi họng trung ương, Bệnh viện K trung ương, Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ 2014 đến 2019. **Kết quả:** Triệu chứng cơ năng thường thấy nhất là khàn tiếng chiếm 96,1% ; người bệnh được phát hiện bệnh dưới 6 tháng kể từ khi có triệu chứng cơ năng đầu tiên là 84,7%; ung thư khởi đầu từ thanh môn chiếm tỷ lệ cao nhất 94,3%; Tổn thương ung thư khu trú ở 1 tầng thanh quản chiếm 53%, chủ yếu ở thanh môn (49,6%); người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn sớm T1, T2 với tỷ lệ 87,2%; Số người bệnh không có di căn hạch vùng chiếm tỷ lệ cao nhất 98,1%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng chủ yếu trên người bệnh ung thư thanh quản là khàn tiếng. Đa số người bệnh được chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm và tỷ lệ di căn hạch thấp.

Từ khóa: Ung thư thanh quản, Bệnh viện Tai mũi họng trung ương, Bệnh viện K trung ương, Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

**CLINICAL CHARACTERISTICS AND DIAGNOSTIC STATUS OF
LARYNGEAL CANCER IN SOME HOSPITALS IN HANOI**

ABSTRACT

Objectives: Description of clinical features and diagnostic status of laryngeal cancer at some hospitals in Hà Nội. **Patients and methods:** A retrospective descriptive study on 828 patients with a confirmed clinical and pathological diagnosis of laryngeal cancer treated in ENT hospital, National cancer hospital, Ha Noi oncology hospital from 2014 to 2019. **Results:** The most common functional symptom is hoarseness with 96,1%; Patients diagnosed less than 6 months after having the first symptoms were 84,7%; Cancer starting from the glottis accounted for the highest rate of 94,3%; cancerous lesions are localized in a single layer of the larynx, accounting for 53%, mainly in the glottis (49,6%); Patients were diagnosed at early stage T1, T2 with the rate of 87,2%; Patients with no regional lymph node metastasis accounted for the highest rate of 98,1%. **Conclusion:** The main

Tác giả: Lê Thị Hòa
Địa chỉ: Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Email: lehoa150388@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/4/2022
Ngày hoàn thiện: 16/5/2022
Ngày đăng bài: 17/5/2022

clinical symptom of laryngeal cancer is hoarseness. Most patients are diagnosed at an early stage and the rate of lymph node metastasis is low.

Keywords: *laryngeal cancer, ENT hospital, National cancer hospital, Ha Noi Oncology hospital*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản là loại ung thư đứng hàng thứ 8 trong các ung thư ác tính hay gặp nhất và đứng hàng thứ hai trong các khối u ác tính đường hô hấp sau ung thư phổi. Ở Việt Nam trong số các ung thư vùng đầu cổ, ung thư thanh quản đứng hàng thứ 2 sau ung thư vòm mũi họng [1], [2]. Ung thư thanh quản gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ khác nhau ở từng nước [3] vì bệnh liên quan đến hai yếu tố nguy cơ là rượu và thuốc lá. Tuổi thường gặp là từ 45 – 70 tuổi. Các triệu chứng của ung thư thanh quản thay đổi tùy theo vị trí, kích thước và mức độ xâm lấn của khối u. Tuy là một bệnh ác tính nhưng tỷ lệ ung thư thanh quản điều trị khỏi cao trong các trường hợp được phát hiện sớm. Trong những năm gần đây với sự phát triển của kinh tế xã hội, trình độ dân trí ngày càng cao cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật với phương tiện chẩn đoán hiện đại thì tỷ lệ người bệnh ung thư thanh quản được chẩn đoán sớm ngày càng tăng đặc biệt ở các bệnh viện, các trung tâm ung bướu lớn. Để đánh giá chi tiết các triệu chứng của ung thư thanh quản và ý nghĩa tiên lượng của chúng cũng như có cái nhìn tổng quát về thực trạng chẩn đoán ung thư thanh quản hiện nay, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và thực trạng chẩn đoán ung thư thanh quản ở một số bệnh viện tại Hà Nội.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm NC

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh nghiên

cứu: người bệnh được chẩn đoán xác định bằng lâm sàng và giải phẫu bệnh là ung thư thanh quản được điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương, Bệnh viện K Trung ương.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh ung thư thanh quản tái phát
- Các người bệnh có một ung thư khác trước, sau hoặc cùng lúc với ung thư thanh quản.

2.1.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10/2019 đến 10/2020 tại Kho lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương, Bệnh viện K Trung ương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

- Chọn mẫu thuận tiện
- Cỡ mẫu: 828 người bệnh ung thư thanh quản thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Lấy danh sách tất cả các người bệnh UTTQ đủ tiêu chuẩn từ tháng 6 năm 2014 đến tháng 6 năm 2019.

+ Chẩn đoán giai đoạn theo mức độ xâm lấn của khối u (T) theo AJCC 2018.

Giai đoạn	Ung thư thượng thanh môn	Ung thư thanh môn	Ung thư hạ thanh môn
T1	Khối u khu trú ở một vị trí thượng thanh môn với di động dây thanh bình thường	Khối u khu trú ở dây thanh (có thể xâm lấn mép trước hay mép sau) với cử động dây thanh bình thường. T _{1a} Khối u khu trú ở 1 bên dây thanh. T _{1b} Khối u xâm lấn cả 2 bên dây thanh	Khối u khu trú ở một vị trí của hạ thanh môn, di động dây thanh bình thường
T2	Khối u xâm lấn hơn một vị trí thượng thanh môn hay thanh môn hoặc vùng kế cận ngoài thanh môn với di động dây thanh bình thường	Khối u xâm lấn thượng thanh môn và / hay hạ thanh môn với hạn chế cử động dây thanh	Khối u xâm lấn tới dây thanh với di động dây thanh bình thường hay hạn chế
T3	Khối u còn giới hạn ở thanh quản gây cố định dây thanh hay xâm lấn vùng sau sụn phễu, hoặc khoang trước thanh thiệt (PES), khoang cạnh thanh môn (PGS) và hoặc bào mòn tối thiểu sụn giáp	Khối u giới hạn ở thanh quản với sự cố định dây thanh và /hay xâm lấn khoang cạnh thanh môn, bào mòn sụn giáp tối thiểu	Khối u khu trú ở thanh quản làm cố định dây thanh
T4a	Khối u xâm lấn qua sụn nhẫn hoặc sụn giáp và/ hay xâm lấn phần mềm quanh thanh quản (khí quản, mô mềm quanh cổ, cơ thất sâu đáy lưỡi, cơ thang, tuyến giáp hay thực quản)		
T4b	Khối u xâm lấn khoảng trước sống, xâm lấn bao cảnh, xâm lấn các cấu trúc trung thất		

+ Chẩn đoán vị trí khởi đầu dựa vào triệu chứng có năng đầu tiên của bệnh nhân phối hợp khám thực thể nội soi tai mũi họng gián tiếp và trực tiếp.

- Hồi cứu trên bệnh án thu thập số liệu nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu
- Xử lý và phân tích số liệu trên SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ

3.1. Triệu chứng cơ năng thường thấy

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng thường thấy

Triệu chứng	SL	%
Khàn tiếng	796	96,1
Khó thở	130	15,7
Nuốt vướng	187	22,6
Nuốt đau	174	21
Nuốt sặc	12	1,4
Ho khạc máu	7	0,8
Tự sờ thấy hạch cổ	6	0,7
Gầy sút	4	0,5

Trong các triệu chứng cơ năng thường thấy thì tỷ lệ khàn tiếng luôn là cao nhất chiếm 96,1%, các triệu chứng về rối loạn nuốt ít gặp hơn (nuốt vướng 22,6%, nuốt đau 21%, nuốt sặc chỉ có 1,4%), khó thở chiếm 15,7%, tự sờ thấy hạch cổ gặp 0,7%, gầy sút chỉ gặp 0,5%.

3.2. Thời gian bắt đầu của triệu chứng đến lúc phát hiện bệnh

Bảng 2. Thời gian bắt đầu của triệu chứng đến lúc phát hiện bệnh

Thời gian	SL	%
< 3 tháng	258	31,2
3 – 6 tháng	443	53,5
7 – 12 tháng	93	11,2
> 12 tháng	34	4,1
Tổng	828	100

Đa số bệnh nhân được phát hiện bệnh dưới 6 tháng kể từ khi có triệu chứng cơ năng đầu tiên (84,7%)

3.3. Vị trí khởi đầu của ung thư

Bảng 3. Vị trí khởi đầu của ung thư

Vị trí	SL	%
Thượng thanh môn	34	4,1
Thanh môn	781	94,3
Hạ thanh môn	4	0,5
Không xác định	9	1,1
Tổng	828	100

Qua bảng 3 cho thấy ung thư khởi đầu từ thanh môn, thượng thanh môn, hạ thanh môn lần lượt là 94,3%; 4,1%; 0,5%, có 9 bệnh án cho thấy khi phát hiện, ung thư đã lan rộng nên không xác định được vị trí khởi đầu.

3.4. Sự lan tràn của tổn thương

Bảng 4. Sự lan tràn của tổn thương

	SL	%
Chỉ lan tràn ở TTM	28	3.4
Chỉ lan tràn ở TM	411	49.6
TM – TTM	234	28.3
TM- HTM	50	6
Cả 3 tầng TQ	105	12.7
Tổng	828	100

Tổn thương ung thư khu trú ở 1 tầng thanh quản chiếm tỷ lệ cao nhất là 53%, chủ yếu ở thanh môn (49,6%), tổn thương khu trú ở hạ thanh môn không có bệnh nhân nào. Tổn thương ung thư lan rộng 2 tầng thanh quản chiếm tỷ lệ 34,3%; ung thư lan rộng cả 3 tầng thanh quản thấp nhất với 12,7%.

3.5. Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn xâm lấn của khối u (T)

Bảng 5. Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn xâm lấn của khối u (T)

Khối u	SL	%
T1	413	49,9
T2	309	37,3
T3	92	11,1
T4	14	1,7
Tổng số	828	100

Qua bảng 5 cho thấy chủ yếu gặp người bệnh ở giai đoạn sớm T1, T2 với tỷ lệ 87,2%, nhiều nhất người bệnh ở giai đoạn T1 (49,9%; ít nhất ở giai đoạn T4 (1,7%)

3.6. Liên quan giữa giai đoạn hạch và sự lan tràn của tổn thương

Bảng 6. Liên quan giữa giai đoạn hạch và sự lan tràn của tổn thương

Sự lan tràn của tổn thương	Di căn hạch				Tổng
	N0	N1	N2	N3	
Chỉ lan tràn ở TM	409	1	1	0	411
	99,5%	0,2%	0,2%	0%	100%
Chỉ lan tràn ở TTM	25	2	1	0	28
	89,3%	7,1%	3,6%	0%	100%
TM – TTM	226	4	3	1	234
	96,6%	1,7%	1,3%	0,4%	100%
TM- HTM	50	0	0	0	50
	100%	0%	0,0%	0%	100%
Cả 3 tầng TQ	102	2	1	0	105
	97,1%	1,9%	1%	0%	100%
Tổng	812	9	6	1	828
	98,1%	1,1%	0,7%	0,1%	100%

Số người bệnh không có di căn hạch vùng chiếm tỷ lệ cao nhất 98,1%; 2 nhóm có di căn hạch vùng ở giai đoạn N1, N2 có tỷ lệ gần bằng nhau là 1,1% và 0,7%; nhóm di căn ở giai đoạn N3 chiếm tỷ lệ rất thấp với 0,1%

4. BÀN LUẬN

4.1. Các triệu chứng cơ năng thường thấy

Khàn tiếng là triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất ở các người bệnh ung thư thanh quản chiếm 96,1% tổng số người bệnh. Đây là triệu chứng sớm và luôn có ở các người bệnh có khối u nằm ở vị trí dây thanh. Các khối u ở vị trí khác như thượng thanh môn, hạ thanh môn thì khàn tiếng thường xuất hiện muộn hơn.

Rối loạn nuốt chiếm tỷ lệ 45%, rối loạn nuốt trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nuốt vướng, nuốt đau, nuốt sặc chỉ có 1,4%. Rối loạn nuốt là biểu hiện triệu

chứng của ung thư thượng thanh môn. Tuy nhiên nhiều trường hợp khởi đầu các biểu hiện nuốt vướng, nuốt đau không rõ ràng làm người bệnh nhầm tưởng với viêm họng thông thường khiến cho việc khám và chẩn đoán khi đã ở giai đoạn muộn.

Khó thở chiếm tỷ lệ 15,7%, những người bệnh này có khối u lớn và thường là giai đoạn muộn làm mất sự di động của thanh quản. Đây là dấu hiệu xấu trong tiên lượng bệnh. Robert Hermans [4] cũng đưa ra nhận xét những khối u vùng hạ thanh môn thường phát hiện rất muộn, chỉ khi xuất hiện khó thở do khối u làm hẹp đường thở hoặc khi khối u tiến triển lên dây thanh làm người bệnh xuất hiện khàn tiếng.

Tự sờ thấy hạch cổ gặp 6 người bệnh (0,7%), gây sút chỉ gặp ở 4 người bệnh (0,5%)

4.2. Thời gian phát hiện bệnh

Thời gian trung bình phát hiện bệnh 5,08 tháng, thời gian sớm nhất <1 tháng, thời gian muộn nhất 10 năm. Đa số người bệnh được phát hiện bệnh dưới 6 tháng kể từ khi có triệu chứng cơ năng đầu tiên (84,7%). Kết quả của chúng tôi khác với kết quả nghiên cứu trước của Bùi Viết Linh [5]: thời gian phát hiện bệnh trung bình là 6 tháng, thời gian phát hiện bệnh dưới 6 tháng là 76,8%, Nguyễn Thị Phương Thúy [6] lần lượt là 5,4 tháng và 77,7%. Như vậy thời gian phát hiện bệnh đã được rút ngắn hơn, tỷ lệ người bệnh được phát hiện bệnh dưới 6 tháng đã tăng lên chứng tỏ ý thức chăm sóc sức khỏe của người dân đã nâng cao hơn.

4.3. Vị trí khởi đầu của ung thư

Việc xác định vị trí khởi đầu của ung thư trong chẩn đoán ung thư thanh quản rất quan trọng. Điều này giúp cho việc nhận định đúng sự lan tràn của tổn thương để đưa ra đánh giá giai đoạn một cách chính xác, từ đó có chiến lược điều trị thích hợp. Theo các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cho thấy thanh môn là vị trí thường gặp nhất, trong khi các khối u ở hạ thanh môn được coi là cực kỳ hiếm gặp. Tuy nhiên, tần suất của vị trí khác nhau đáng kể giữa các quốc gia. Trong một nghiên cứu ở Bắc Hy Lạp [7] có 60,2% khởi đầu từ thanh môn, 32,8% từ thượng thanh môn, 1,1% ở hạ thanh môn và 5,9% không xác định được. Ở Phần Lan [8] có 70% ung thư khởi đầu từ thanh môn, 25% ung thư khởi đầu từ thượng thanh môn, 1% ung thư khởi đầu từ hạ thanh môn, 4% không xác định được vị trí khởi đầu của ung thư. Ngược lại ở Hoa Kỳ và Pakistan có tỷ lệ ung thư khởi đầu từ thanh môn cao hơn

hắn. Ở Hoa Kỳ [9] từ thanh môn là 76%, thượng thanh môn là 19%, hạ thanh môn không có người bệnh nào, còn ở Pakistan [10] tỷ lệ này là 87,8% ung thư khởi đầu từ thanh môn, từ thượng thanh môn là 10,9%, từ hạ thanh môn là 1,4%. Qua hồi cứu 828 hồ sơ, chúng tôi thấy có 781 bệnh án khẳng định ung thư khởi đầu từ thanh môn chiếm 94,3%, 34 bệnh án khẳng định ung thư khởi đầu từ thượng thanh môn chiếm 4,1%, 4 bệnh án khẳng định ung thư khởi đầu từ hạ thanh môn chiếm 0,5%, 9 bệnh án cho thấy khi phát hiện, ung thư đã lan rộng nên không xác định được vị trí khởi đầu. Mối liên quan giữa hút thuốc lá với ung thư khởi đầu từ thanh môn và mối liên quan giữa ung thư khởi đầu từ thượng thanh môn với sự kết hợp của rượu và hút thuốc [11], [12] có thể phân nào biện minh cho những khác biệt này, tùy thuộc vào thói quen ở từng vùng.

4.4. Sự lan tràn của tổn thương

Ở thời điểm phát hiện bệnh có 53% số người bệnh ung thư thanh quản có tổn thương khu trú ở một tầng của thanh quản, tổn thương ở 2 tầng thanh quản là 34,3%, tổn thương lan tràn cả 3 tầng thanh quản là 12,7%. Kết quả này khác với các nghiên cứu của Bùi Viết Linh [5]: ung thư giới hạn ở 1 tầng thanh quản là 29,6%, ở 2 tầng thanh quản là 45,2%, tổn thương lan cả 3 tầng thanh quản là 25,2%. Và của tác giả Lê Minh Kỳ [13] với các tỷ lệ lần lượt là 30,4%, 31,7% và 37,9%. Như vậy những năm trước đây ung thư thanh quản thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn khi tổn thương đã lan tràn ra 2, 3 tầng thanh quản. Càng những năm về sau, đặc biệt trong giai đoạn chúng tôi nghiên cứu thì tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn sớm đã tăng lên rõ rệt với 53% bệnh nhân khi tổn thương mới chỉ khu trú ở một tầng thanh quản.

4.5. Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn u (T)

Trong số 828 người bệnh nghiên cứu thì chúng tôi chủ yếu gặp người bệnh ở giai đoạn sớm T1, T2 với tỷ lệ 87,2%, nhiều nhất người bệnh ở giai đoạn T1 (49,9%). Người bệnh gặp ở giai đoạn muộn T3, T4 là 12,8%, ít nhất ở giai đoạn T4 (1,7%). Kết quả này khác so với các kết quả của các tác giả trong và ngoài nước như Bùi Viết Linh [5]: có 37% là giai đoạn T1, T2, 63% là giai đoạn T3, T4, trong đó thấp nhất là giai đoạn T1(11%). Lê Minh Kỳ [13] công bố có 42% ở giai đoạn T1, T2, 58% ở giai đoạn T3, T4, thấp nhất là giai đoạn T4 với 12,9%. Sự khác biệt này cho thấy có sự thay đổi trong chẩn đoán giai đoạn T theo chiều hướng tích cực đó là tỷ lệ người bệnh UTTQ được chẩn đoán ở giai đoạn sớm ngày càng tăng lên, đồng nghĩa với việc số lượng người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn muộn đã giảm đi rõ rệt. Điều này có được là nhờ sự tiến bộ của máy nội soi và các phương pháp thăm dò không xâm lấn khác đã giúp phát hiện và chẩn đoán bệnh sớm hơn.

4.6. Liên quan giữa giai đoạn hạch và sự lan tràn của tổn thương

Trong ung thư thanh quản, sự di căn hạch theo các giai đoạn tương đối ít gặp. Chúng tôi thấy ở giai đoạn N0 có 812 người bệnh chiếm tỷ lệ 98,1% trong khi các giai đoạn N1, N2, N3 chỉ chiếm 1,9% trong đó N3 là 0,1%. Ngay cả khi ung thư lan rộng cả 3 tầng thanh quản thì tỷ lệ người bệnh không có di căn hạch vẫn là 97,1%. Theo số liệu của K MarKou [7] thì tỷ lệ di căn hạch của ung thư thanh quản là 13,3%, của Mohamamad Adeel [10] là 8%. Còn theo các nghiên cứu ở Việt Nam như theo tác giả Nguyễn Đình Phúc [1] công bố tỷ lệ di căn hạch trên người bệnh ung thư thanh quản là 11,3%, của Bùi Viết Linh [5] là 30%, của Lê

Minh Kỳ [13] là 14,7%. So với các tác giả trong nước cũng như nước ngoài thì tỷ lệ di căn hạch trong nghiên cứu này thấp hơn nhiều, có thể giải thích là các người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đã đi khám và được chẩn đoán sớm hơn.

Tuy nhiên nếu xét riêng tỷ lệ di căn hạch theo sự lan tràn của tổn thương, chúng tôi thấy ung thư thượng thanh môn và ung thư thanh môn – thượng thanh môn cho tỷ lệ di căn hạch sớm và tỷ lệ cao hơn cả là 4,2%. Ung thư thanh môn ít khi di căn hạch với tỷ lệ 0,4% và nếu di căn hạch chứng tỏ u đã tiến triển tại chỗ trong thời gian dài. Khi ung thư lan rộng cả 3 tầng thì tỷ lệ di căn hạch là 2,9%. Có thể nói rằng ung thư thanh quản là loại ung thư tiến triển tại chỗ trong thời gian tương đối dài trước khi cho di căn hạch. Mạng lưới bạch huyết ở thượng thanh môn, hạ thanh môn rất phong phú và 2 bên giao nhau nên di căn sớm hơn thường thấy khi tổn thương ở thượng thanh môn. Trong khi ung thư của thanh môn cho di căn muộn bởi vì vùng thanh môn hầu như không có sự lưu thông của bạch huyết.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 828 người bệnh ung thư thanh quản chúng tôi nhận thấy: khàn tiếng là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất chiếm 96,1%. Thời gian phát hiện bệnh trung bình là 5,08 tháng. Đa số người bệnh được chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm T1, T2 (87,2%) với tổn thương chủ yếu khu trú ở 1 tầng thanh quản (53%) và tỷ lệ di căn hạch thấp là 1,9%. Tuy nhiên vẫn còn có những người bệnh được chẩn đoán muộn khiến cho việc điều trị trở nên khó khăn hơn và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh sau điều trị. Do đó cần đẩy mạnh hơn nữa công tác truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm cung cấp cho người dân những kiến thức cơ bản và kỹ năng cần thiết về phòng chống ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Phúc, Phạm Thị Cự và cs. Ung thư thanh quản và hạ họng. Nhận xét lâm sàng qua 58 bệnh nhân được phẫu thuật từ 1995 - 1998. *kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học toàn quốc 1999*. Published online 1999.
2. Nguyễn Vĩnh Toàn. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính của tổn thương ung thư thanh quản đối chiếu với phẫu thuật. Published online 2007.
3. Bùi Thế Anh. Đối chiếu biểu hiện của Galectin -3 với đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của ung thư thanh quản - hạ họng. Published online 2005.
4. Hermans R. Staging of laryngeal and hypopharyngeal cancer: value of imaging studies. *Eur Radiol*. 2006;16(11):2386-2400. doi:10.1007/s00330-006-0301-7
5. Bùi Viết Linh. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị ung thư thanh quản bằng phẫu thuật và xạ trị. 2002
6. Nguyễn Thị Phương Thúy. Nghiên cứu hình thái lâm sàng và phân tích chỉ định phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư thanh quản xuất phát từ tầng thanh môn. Published online 2017.
7. Markou K, Christoforidou A, Karasmanis I, et al. Laryngeal cancer: epidemiological data from Northern Greece and review of the literature. *Hippokratia*. 2013;17(4):313-318.
8. Haapaniemi A, Koivunen P, Saarilahti K, et al. Laryngeal cancer in Finland: A 5-year follow-up study of 366 patients. *Head Neck*. 2016;38(1):36-43. doi: 10.1002/hed.23834. Epub 2015 Jan 27
9. Misono S, Marmor S, Yueh B, Virnig BA. Treatment and Survival in 10,429 Patients With Localized Laryngeal Cancer: A Population-Based Analysis. *Cancer*. 2014;120(12):1810-1817. doi: 10.1002/cncr.28608
10. Adeel M, Faisal M, Rashid A, et al. An Overview of Laryngeal Cancer Treatment at a Tertiary Care Oncological Center in a Developing Country. *Cureus*. 10(6). DOI: 10.7759/cureus.2730
11. M.S. Cattaruzza, P. Maisonneuve and P. Boyle. Epidemiology of Laryngeal Cancer. *Eur J Cancer B Oral Oncol* . September 1996:293-305. doi: 10.1016/0964-1955(96)00002-4
12. Muscat JE, Wynder EL. Tobacco, alcohol, asbestos, and occupational risk factors for laryngeal cancer. *Cancer*. 1992;69(9):2244-2251. doi:10.1002/1097-0142(19920501)69:9<2244::aid-cncr2820690906>3.0.co;2-o
13. Lê Minh Kỳ. Nghiên cứu lâm sàng và phẫu thuật điều trị ung thư thanh quản tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2012;2:53-57.