



Original Article

Research of Clinical and Paraclinical Characteristics of Laryngeal Cancer of National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam from 11/2022 to 4/2023

Ha Xuan Nghia¹, Nguyen Tuan Son^{1,*}, Dao Dinh Thi²,
Le Thi Nhung¹, Pham Duc Duy¹, Nguyen Trung Duy¹

¹VNU University of Medicine and Pharmacy, 144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

²National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam, 78 Giai Phong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 26 April 2023

Revised 05 May 2023; Accepted 10 June 2023

Abstract: Objectives: studying clinical and paraclinical characteristics of laryngeal cancer. Patients and methods: 31 laryngeal cancer patients were diagnosed and treated in the Oncology Department of the national otorhinolaryngology hospital of Vietnam from 11/2022 to 4/2023 by a cross-sectional descriptive study. The results: patients having the most common age range was 60-80 occupied 52.8%, and the mean age was 60.5 ± 9.4 , ranging from 35 to 80. Males occupied 97.2% (35/36), females 2.8% (1/36). The most common functional symptom was hoarseness with 94.4%. The mean time of symptom onset was 5.9 ± 6.1 , ranging from 1-36 months. The most common tumor site is the vocal cords, accounting for 97.2% of endoscopic and 80.6% of CT SCAN findings. Squamous cell carcinoma accounts for 100%. Tumors in stage I account for 50%. Surgery is the main treatment (75%). Conclusion: Laryngeal cancer is one of the cancers with a high rate in our country. The symptoms are usually non-specific, with hoarseness being the most common symptom. The common form of the disease is squamous cell carcinoma, and surgical treatment at an early stage is the main method.

Keywords: Clinical, paraclinical, laryngeal cancer.

* Corresponding author.

E-mail address: tuansonent@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4509>

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư thanh quản tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 11/2022 đến tháng 4/2023

Hà Xuân Nghĩa¹, Nguyễn Tuấn Sơn^{1,*}, Đào Đình Thi¹,
Lê Thị Nhung¹, Phạm Đức Duy¹, Nguyễn Trung Duy¹

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, số 144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, 78 Giải Phóng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Nhận ngày 26 tháng 4 năm 2023

Chỉnh sửa ngày 5 tháng 5 năm 2020; Chấp nhận đăng ngày 10 tháng 6 năm 2023

Tóm tắt: Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư thanh quản. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 36 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ung thư thanh quản tại khoa ung bướu Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 11/2022 đến tháng 4/2023. Kết quả: người bệnh có độ tuổi gặp nhiều nhất 60-80 tuổi chiếm 52,8%, tuổi trung bình là $60,5 \pm 9,4$, tuổi nhỏ nhất là 36 lớn nhất là 80. Nam giới chiếm 97,2% (35/36), nữ giới chiếm 2,8% (1/36). Triệu chứng cơ năng hay gặp là khàn tiếng chiếm 94,4%. Thời gian khởi phát triệu chứng trung bình là $5,9 \pm 6,1$; kéo dài từ 1-36 tháng. Vị trí khối u thường gặp là dây thanh chiếm 97,2% phát hiện qua nội soi, và 80,6% qua chụp cắt lớp vi tính. Ung thư biểu mô vảy chiếm tỉ lệ 100%. Khối u ở giai đoạn I chiếm 50%. Điều trị phẫu thuật là chủ yếu (75%). Kết luận: ung thư thanh quản là một trong những ung thư vùng đầu mặt cổ hay gặp ở nước ta với triệu chứng khàn tiếng là phổ biến nhất. Thể mô bệnh học thường gặp là ung thư biểu mô vảy, điều trị phẫu thuật ở giai đoạn sớm là phương pháp thường được lựa chọn.

Từ khóa: Lâm sàng; cận lâm sàng; ung thư thanh quản.

1. Mở đầu

Ung thư thanh quản là khối u ác tính xuất phát chủ yếu từ lớp biểu mô của thanh quản. Theo thống kê từ GLOBOCAN, ung thư thanh quản xếp thứ 22 trong tổng số các loại ung thư trên thế giới năm 2020 [1]. Đây là loại ung thư gặp nhiều nhất trong các khối u ác tính của đường hô hấp và tiêu hóa trên ở các nước Âu-Mỹ. Ở Mỹ, năm 2019 có 12410 ca mắc mới và 3760 ca tử vong do ung thư thanh quản [2]. 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.

Do cấu trúc và vị trí giải phẫu của vùng hạ họng – thanh quản phức tạp, cơ quan đích ở sâu khó thăm khám, các triệu chứng cơ năng giai đoạn sớm rất nghèo nàn, thăm khám ban đầu bằng soi gián tiếp khó phát hiện các tổn thương nhỏ, nhất là các tổn thương tiền ung thư. Vì vậy, bệnh dễ bị bỏ qua ở giai đoạn đầu, khi phát hiện được thì đã muộn, khối u đã lớn, việc điều trị gặp nhiều khó khăn và để lại di chứng nặng nề. Để chẩn đoán ung thư thanh quản, ngoài khai thác

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: tuansonent@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4509>

tiền sử, cần dựa vào việc khám lâm sàng để phát hiện triệu chứng, cùng với sự hỗ trợ của các phương tiện cận lâm sàng để đánh giá chính xác tổn thương vùng thanh quản. Nhằm góp phần bổ sung kiến thức về chẩn đoán ung thư thanh quản, chúng tôi nghiên cứu đề tài với hai mục tiêu:

- i) Mô tả đặc điểm lâm sàng của ung thư thanh quản;
- ii) Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của ung thư thanh quản.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Thời gian, địa điểm nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11/2022 đến tháng 04/2023. Đối tượng nghiên cứu là những người bệnh được chẩn đoán và điều trị ung thư thanh quản tại Trung tâm Ung bướu và Phẫu thuật đầu cổ của Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu thu thập toàn bộ người bệnh đã tham gia nghiên cứu “đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư thanh quản” (nghiên cứu này thu thập được 36 bệnh nhân đã vào điều trị từ ngày 14/10/2022 đến hết ngày 07/04/2023).

Các chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi và giới, yếu tố nguy cơ, triệu chứng cơ năng, vị trí u thanh quản, kết quả mô bệnh học, giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị.

Phân loại giai đoạn ung thư thanh quản theo AJCC 2018.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

3.1.1. Phân bố theo tuổi

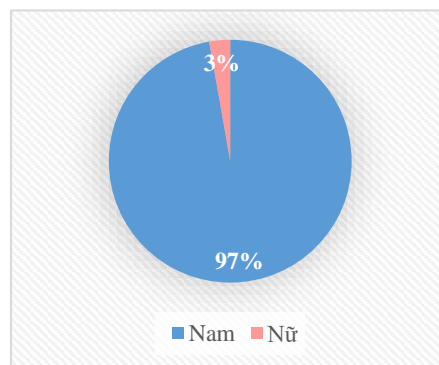
Bảng 1. Phân bố người bệnh theo tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 40	1	2,8
40-59	16	44,4
≥ 60	19	52,8
Tổng	36	100,0
$\bar{x} \pm SD$ (min – max)	60,5 ± 9,4 (35 – 80)	

Nhận xét: đa số người bệnh thuộc nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 52,8%, nhóm 40-59 chiếm tỷ lệ 44,4% và nhóm từ 40 tuổi trở xuống chỉ chiếm 2,8%. Tuổi trung bình là 60,5 tuổi trong đó đối tượng nhỏ nhất là 36 tuổi và cao nhất là 80 tuổi.

3.1.2. Phân bố theo giới

Nhận xét: tỷ lệ người bệnh nam là 97,2% cao hơn rất nhiều so với người bệnh nữ chỉ chiếm 2,3% (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Phân bố người bệnh theo giới (n=36).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh ung thư thanh quản

3.2.1. Tiền sử yếu tố nguy cơ

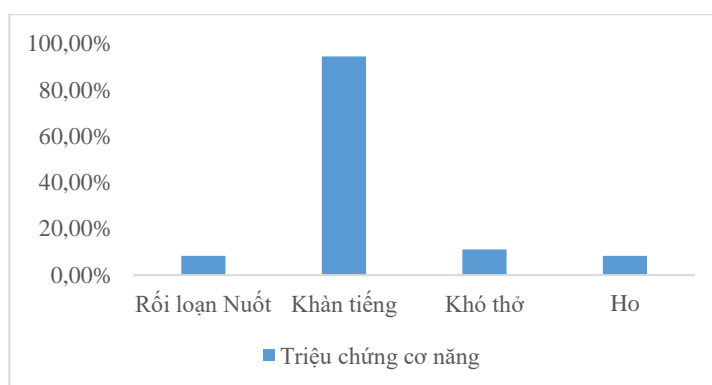
Bảng 2. Tiền sử các yếu tố nguy cơ của người bệnh

Tiền sử	Có		Không		Tổng
	n	%	n	%	
Hút thuốc lá	2	5,6	34	94,4	36 (100,0)
Hút thuốc lào	2	5,6	34	94,4	36 (100,0)
Uống rượu	6	16,7	30	83,3	36 (100,0)
Trào ngược họng-thanh quản	5	13,9	31	86,1	36 (100,0)
Ung thư nguyên phát khác	3	8,3	33	91,7	36 (100,0)

Nhận xét: tỷ lệ người bệnh có tiền sử hút thuốc lá, hút thuốc lào đều là 5,6%; tiền sử uống rượu là 16,7%; tiền sử trào ngược họng – thanh quản là 13,9%; tiền sử bệnh lý ung thư khác là 8,3%.

3.2.2. Triệu chứng cơ năng và thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi đi khám

i) Đặc điểm triệu chứng cơ năng



Biểu đồ 2. Triệu chứng cơ năng của người bệnh.

Nhận xét: tỷ lệ người bệnh có triệu chứng khàn tiếng là cao nhất chiếm đến 94,4%; các triệu chứng về rối loạn nuốt; khó thở; ho chiếm tỷ lệ lần lượt là 8,3%; 11,1% và 8,3%. Không ghi nhận đối tượng nào có triệu chứng gầy sút;

ii) Thời gian từ khi phát hiện triệu chứng đến khi đi khám của người bệnh

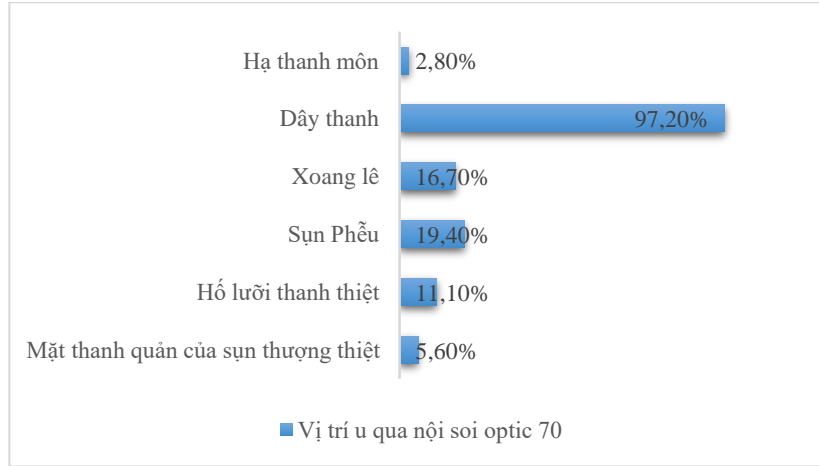
Bảng 3. Phân bố thời gian xuất hiện triệu chứng của người bệnh

Thời gian (tháng)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 3	7	19,4
3-6	21	58,4
>6	8	22,2
Tổng	36	100,0
$\bar{x} \pm SD$ (min – max)	5,9 \pm 6,1 (1 – 36)	

Nhận xét: tỷ lệ thời gian xuất hiện triệu chứng tới khi đến khám cao nhất ở nhóm từ 3-6 tháng là 58,4%; nhóm trên 6 tháng và dưới 3 tháng lần lượt chiếm 22,2% và 19,4%.

3.2.3. Triệu chứng thực thể

i) Vị trí u qua nội soi optic 70



Biểu đồ 3. Vị trí u qua nội soi optic 70 của người bệnh.

Nhận xét:

- Tỷ lệ xuất hiện khối u tại dây thanh qua nội soi optic 70 chiếm tỷ lệ rất cao 97,2%;
- Tại sụn phễu là 19,4%; xoang lê là 16,7%; hồ lưỡi thanh thiệt là 11,1%;
- Tại mặt thanh quản của sụn thượng thiệt là 5,6% và xuất hiện ở hạ thanh môn chỉ 2,8%.

ii) Hình thái ung thư thanh quản qua nội soi optic 70

Bảng 4. Hình thái u qua nội soi optic 70 của người bệnh

Hình thái tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sùi	29	80,6
Loét	1	2,8
Thâm nhiễm	1	2,8
Phối hợp (sùi loét)	5	13,8
Tổng	36	100,0

Nhận xét: về hình thái tổn thương, u sùi gặp với tỷ lệ rất cao 80,6%; u loét và u thâm nhiễm đều chỉ chiếm 2,8%; ngoài ra hình thái phối hợp (sùi loét) chiếm tỷ lệ 13,8%.

iii) Hạch cổ

Bảng 5. Tình trạng hạch cổ của người bệnh

Hạch cổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	2	5,6
Không	34	94,4
Tổng	36	100,0

Nhận xét: đa số không phát hiện hạch cổ qua thăm khám chiếm 94,4%; chỉ có 5,6% phát hiện được hạch cổ qua thăm khám người bệnh.

3.2.4. Đặc điểm cận lâm sàng ung thư thanh quản

i) Phân loại mô bệnh học qua sinh thiết

Bảng 6. Phân loại mô bệnh học qua sinh thiết của người bệnh

Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ung thư biểu mô vảy	36	100,0
Ung thư biểu mô tuyến	0	0,0
Loại khác	0	0,0
Tổng	36	100,0

Nhận xét: tất cả người bệnh đều có mô bệnh học qua sinh thiết là ung thư biểu mô vảy (100,0%).

ii) Đánh giá xâm lấn qua chụp cắt lớp vi tính

Bảng 7. Vị trí và xâm lấn u qua chụp cắt lớp vi tính của người bệnh

Vị trí u	Có		Không		Tổng
	n	%	n	%	
Hạ họng	7	19,4	29	80,6	36 (100,0)
Thượng thanh môn	5	13,9	31	86,1	36 (100,0)
Thanh môn	29	80,6	7	19,4	36 (100,0)
Hạ thanh môn	5	13,9	31	86,1	36 (100,0)

Nhận xét: qua cắt lớp vi tính phát hiện 80,6% u có mặt ở thanh môn; 19,4% u có mặt ở hạ họng; u có mặt ở thượng thanh môn và hạ thanh môn đều chiếm tỷ lệ 13,9%.

iii) Chẩn đoán giai đoạn ung thư thanh quản

Bảng 8. Chẩn đoán giai đoạn bệnh theo TNM của người bệnh

Phân độ mô học	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn I	8	22,2
Giai đoạn II	20	55,6
Giai đoạn III	4	11,1
Giai đoạn IV	4	11,1
Tổng	36	100,0

Nhận xét: đa số người bệnh chẩn đoán ở giai đoạn I chiếm 50,0%; tiếp đến giai đoạn II, III và IV lần lượt chiếm tỷ lệ giảm dần 22,2%; 16,7% và 11,1%.

3.3. Phương pháp điều trị ung thư thanh quản

3.3.1. Điều trị phẫu thuật

Bảng 9. Tỷ lệ phẫu thuật triệt căn của người bệnh

Phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	27	75,0
Không	9	25,0
Tổng	36	100,0

Nhận xét: tỷ lệ phẫu thuật đơn thuần của người bệnh là 75%, 25% còn lại điều trị bằng hóa chất và xạ trị.

3.3.2. Phẫu thuật nạo vét hạch vùng

Bảng 10. Phẫu thuật nạo vét hạch vùng

Nạo vét hạch	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	9	33,3
Không	18	66,7
Tổng	27	100,0

Nhận xét: tỷ lệ nạo vét hạch vùng của người bệnh phẫu thuật triệt căn là 33,3%; còn lại 66,7% không nạo vét hạch vùng.

3.3.3. Một số yếu tố liên quan đến phương pháp điều trị người bệnh ung thư thanh quản

Bảng 11. Mối liên quan giữa giới tính, tuổi với phẫu thuật triệt căn ung thư thanh quản

Phẫu thuật triệt căn		Có (n=27)		Không (n=9)		OR KTC 95% p
		n	%	n	%	
Giới	Nam	26	74,3	9	25,7	p = 1,0
	Nữ	1	100,0	0	0,0	
Nhóm tuổi	< 60	11	64,7	6	35,3	2,9 (0,6–15,1) 0,26
	Từ 60 trở lên	16	84,2	3	15,8	

Nhận xét:

Nhóm đối tượng nữ có tỷ lệ phẫu thuật triệt căn là 100% cao hơn nhóm nam với 74,3%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p=1,0>0,05);

Nhóm đối tượng từ 60 tuổi trở lên có tỷ lệ phẫu thuật triệt căn là 84,2% cao hơn so với nhóm dưới 60 tuổi với 64,7%. Tuy nhiên chưa tìm thấy mối liên quan đơn biến giữa nhóm tuổi và tỷ lệ phẫu thuật triệt căn (OR = 2,9; KTC 95%: 0,6 – 15,1; p=0,26>0,05).

Bảng 12: Mối liên quan giữa một số triệu chứng lâm sàng và phẫu thuật triệt căn ung thư thanh quản

Phẫu thuật triệt căn		Có (n=27)		Không (n=9)		OR KTC 95% p
		n	%	n	%	
Triệu chứng lâm sàng	Có	26	76,5	8	23,5	3,25 (0,17–62,3) 0,44
	Không	1	50,0	1	50,0	
Khàn tiếng	Có	1	33,3	2	66,7	0,13 (0,01–1,99) 0,15
	Không	26	78,8	7	21,2	
Rối loạn nuốt	Có	2	50,0	2	50,0	0,28 (0,03–2,55) 0,26
	Không	25	78,1	7	21,9	
Khó thở	Có	1	33,3	2	66,7	0,13 (0,01–1,99) 0,15
	Không	26	78,8	7	21,2	
Ho	Có	5	71,4	2	28,6	1,26 (0,19–8,2) 1,0
	Từ 3 tháng	22	75,9	7	24,1	

Nhận xét:

Nhóm có triệu chứng khàn tiếng có tỷ lệ phẫu thuật triệt căn là 76,5% cao hơn so với nhóm không có khàn tiếng với 50,0%. Tuy nhiên chưa tìm thấy mối liên quan đơn biến giữa triệu chứng khàn tiếng và tỷ lệ phẫu thuật triệt căn (OR = 3,25; KTC 95%: 0,17–62,3; p=0,44>0,05).

Nhóm có triệu chứng rối loạn nuốt có tỷ lệ phẫu thuật triệt căn là 33,3% thấp hơn so với nhóm không có rối loạn nuốt với 78,8%. Tuy nhiên chưa tìm thấy mối liên quan đơn biến giữa triệu chứng rối loạn nuốt và tỷ lệ phẫu thuật triệt căn (OR = 0,13; KTC 95%: 0,01–1,99; p=0,15>0,05).

Nhóm có triệu chứng khó thở có tỷ lệ phẫu thuật triệt căn là 50% thấp hơn so với nhóm không có khó thở với 78,1%. Tuy nhiên chưa tìm thấy mối liên quan đơn biến giữa triệu chứng khó thở và tỷ lệ phẫu thuật triệt căn (OR = 0,28; KTC 95%: 0,03 – 2,55; p=0,26>0,05).

Nhóm có triệu chứng ho có tỷ lệ phẫu thuật triệt căn là 33,3% thấp hơn so với nhóm không có ho với 78,8%. Tuy nhiên chưa tìm thấy mối liên quan đơn biến giữa triệu chứng ho và tỷ lệ phẫu thuật triệt căn (OR = 0,13; KTC 95%: 0,01–1,99; p=0,15>0,05).

Nhóm có thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng tới khi đến khám từ 3 tháng trở lên có tỷ lệ phẫu thuật triệt căn là 75,9% cao hơn so với nhóm dưới 3 tháng với 71,4%. Tuy nhiên chưa tìm thấy mối liên quan đơn biến giữa thời gian diễn biến bệnh và tỷ lệ phẫu thuật triệt căn (OR = 1,26; KTC 95%: 0,19–8,2; p=1,0>0,05).

4. Bàn luận**4.1. Đặc điểm lâm sàng ung thư thanh quản****4.1.1. Đặc điểm chung**

Bảng 1 và Biểu đồ 1 cho ta thấy bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 36 tuổi và bệnh nhân lớn tuổi nhất là 80 tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $60,5 \pm 9,4$ trong đó chủ yếu là nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tới 52,8%; cao hơn so với nghiên cứu của Bùi

Son Hải năm 2021 với tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $58,6 \pm 7,1$ tuổi [3]. Tỷ lệ giới tính chênh lệch đáng kể với hầu hết bệnh nhân là nam giới chiếm tỷ lệ 97,2%, nữ giới chiếm tỷ lệ 2,8%. Tỷ số giữa nam/nữ là 35/1 cao hơn so với nghiên cứu của Lê Xuân Nhân 2019 là 29/2 [4].

Thuốc lá và uống rượu là hai yếu tố nguy cơ quan trọng nhất trong ung thư thanh quản, nhiều công trình nghiên cứu trong và ngoài nước đã cho thấy hút thuốc và uống rượu làm tăng nguy cơ ung thư thanh quản. Trong 36 người bệnh của chúng tôi có 11,1% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc, 16,7% có tiền sử uống rượu.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng

Lý do đến khám bệnh là triệu chứng cơ năng khiến người bệnh phải đi khám bệnh. Theo nghiên cứu của chúng tôi; 94,4% bệnh nhân tới khám vì khàn tiếng, rối loạn nuốt (8,3%), ho (8,3%), khó thở (11,1%), không có bệnh nhân nào đến khám vì gầy sút. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Liên chỉ ra rằng 96,5% người bệnh nhập viện vì khàn tiếng, ho (28%), sụt cân 28%, khó thở thanh quản 49,1%, nuốt vướng 21%, khám thấy u vùng cổ 17,5% [5].

Tỷ lệ thời gian xuất hiện triệu chứng tới khi đến khám cao nhất ở nhóm từ 3-6 tháng là 58,4%; nhóm trên 6 tháng và dưới 3 tháng lần lượt chiếm 22,2% và 19,4%, thời gian trung bình là $5,9 \pm 6,1$. Nghiên cứu của Bùi Sơn Hải năm 2021, có 48,4% bệnh nhân đến viện trong 3 tháng đầu kể từ khi có triệu chứng đầu tiên, và số bệnh nhân đến viện sau 3 tháng là 51,6% [3]. Trong giai đoạn sớm của bệnh ung thư thanh quản, các triệu chứng thường tiến triển chậm, tăng dần, ít ảnh hưởng đến toàn trạng nên bệnh nhân chủ quan. Các tổn thương nhỏ thường dễ bị bỏ sót hoặc nhầm với các tổn thương lành tính, viêm nhiễm thông thường. Do đó, phần lớn bệnh nhân đến viện khi bệnh đã ở giai đoạn muộn. Khi đó u lớn, lan rộng, đã di căn hạch, xâm lấn mạch máu lớn hoặc di căn xa nên điều trị ít hiệu quả, tiên lượng xấu.

Ở Biểu đồ 3 và Bảng 4 cho thấy tỷ lệ xuất hiện khối u tại dây thanh qua nội soi optic 70 chiếm tỷ lệ rất cao 97,2%. U sùi gập với tỷ lệ cao

29/36 trường hợp chiếm 80,6%. Hình thái gặp nhiều thứ 2 là thể hỗn hợp sùi loét với 5/36 trường hợp chiếm 13,8%, chỉ ghi nhận 1 trường hợp có loét hoặc thâm nhiễm đơn thuần chiếm 2,8%. Các hình ảnh nội soi ghi nhận được trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với mô tả của nhóm tác giả Phạm Văn Hữu và Lê Công Định khi nghiên cứu 53 bệnh nhân ung thư thanh quản, u sùi là hình thái hay gặp nhất với tỷ lệ 88,7% [6].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng ung thư thanh quản

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp đều có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm 100%. Theo tác giả Schultz ung thư biểu mô tế bào vảy là loại ung thư hay gặp nhất, chiếm tỉ lệ trên 95% tổng số các loại ung thư thanh quản [7]. Theo kết quả của Tanadech Dechaphunkul cũng cho thấy ung thư biểu mô vảy chiếm từ >96% đến gần 99% [8].

Qua cắt lớp vi tính phát hiện 80,6% u có mặt ở thanh môn; 19,4% u có mặt ở hạ họng; u có mặt ở thượng thanh môn và hạ thanh môn đều chiếm tỷ lệ 13,9%. Kết quả này khá phù hợp với vị trí của khối u khi tiến hành soi qua optic 70. Chụp cắt lớp vi tính giúp phẫu thuật viên có thêm thông tin mà thăm khám lâm sàng không đánh giá được, giúp việc chẩn đoán giai đoạn theo TNM và đưa ra chỉ định phẫu thuật phù hợp.

4.3. Đặc điểm giai đoạn bệnh và điều trị phẫu thuật triệt căn ung thư thanh quản

Bảng 8, 9, 10 cho ta thấy đa số người bệnh chẩn đoán ở giai đoạn I chiếm 50,0%; tiếp đến giai đoạn II, III và IV lần lượt chiếm tỷ lệ giảm dần 22,2%; 16,7% và 11,1%. Trong đó, số lượng người bệnh có chỉ định phẫu thuật triệt căn là 27/36 chiếm tỉ lệ 75%, 9/36 người bệnh đang chờ điều trị hóa chất hoặc xạ trị. Trong số 27 bệnh nhân phẫu thuật có 9 bệnh nhân được nạo vét hạch vùng chiếm 33,33%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ở Bảng 11 có sự khác biệt về tỉ lệ phẫu thuật triệt căn giữa các nhóm tuổi và giới tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Sự khác biệt giữa tỉ lệ phẫu thuật triệt căn ở nhóm có triệu chứng và không có triệu chứng trong Bảng 12 cũng không có ý nghĩa thống kê.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 36 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ung thư thanh quản tại Trung tâm Ung bướu và Phẫu thuật đầu cổ, Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương, chúng tôi có kết luận sau:

Độ tuổi hay gặp nhất 60-80 tuổi chiếm 52,8%, tuổi trung bình là $60,5 \pm 9,4$;

Nam giới chiếm đa số với 97,2% (35/36);

Triệu chứng cơ năng hay gặp là khàn tiếng chiếm 94,4%. Thời gian khởi phát triệu chứng trung bình là $5,9 \pm 6,1$. Vị trí khối u thường gặp là dây thanh chiếm 97,2% phát hiện qua nội soi, và 80,6% qua CT SCAN. Ung thư biểu mô vảy chiếm tỉ lệ 100%, không có trường hợp ung thư biểu mô tuyến. Khối u ở giai đoạn I chiếm 50%. Điều trị phẫu thuật là chủ yếu (75%).

Cần có các biện pháp tuyên truyền giáo dục người dân đi khám tầm soát khi có các triệu chứng liên quan đến vùng tai mũi họng nói chung và vùng thanh quản nói riêng như khàn tiếng, rối loạn nuốt, khó thở,... để phát hiện sớm các trường hợp mắc ung thư thanh quản.

Tài liệu tham khảo

- [1] F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram, R. L. Siegel, L. A. Torre, A. Jemal, Global Cancer Statistics, Globocan Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, Published Correction Appears in CA Cancer J Clin, Vol. 70, No. 4, 2020, pp. 313, <https://doi.org/10.3322/caac.21492>.
- [2] R. L. Siegel, K. D. Miller, A. Jemal, A. Cancer Statistics, CA A Cancer J Clin, Vol. 69, 2019, pp. 7-34, <https://doi.org/10.3322/caac.21551>.
- [3] B. S. Hai, Results of Chemical Radiation (IMRT) and Stage III-IV Laryngeal Cancer at K Hospital, VMJ, Vol. 508, No. 2, 2022, <https://doi.org/10.51298/vmj.v508i2.1620> (in Vietnamese).

- [4] L. X. Nhan, Research of Clinical Characteristics and Treatment Outcome of Laryngeal Cancer in Hue, *Journal of Clinical Medicine*, Vol 68, No. 27, 2021, pp. 83,
<https://doi.org/10.38103/jcmhch.2021.68.12>
(in Vietnamese).
- [5] N. V. Lien, H. K. H. Van, Assessment of Early Surgery Results After Laryngectomy at Da Nang Oncology Hospital, *Journal of Oncology Vietnam*, Vol. 1, No. 5, pp. 115 (in Vietnamese).
- [6] L. C. Dinh, P. V. Huu, Results of Vocal Cord Cutting Surgery Treatment of Laryngeal Cancer at Otorhinolaryngology Department of Bach Mai Hospital, *Journal of Clinical Medicine*, Vol. 69, 2012, pp. 36-41 (in Vietnamese).
- [7] P. Schultz, Vocal Fold Cancer, *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, Vol. 128, No. 6, 2011, pp. 301-308.
- [8] D. Tanadech, Epidemiology, Risk Factors and Overall Survival Rate of Laryngeal Cancer in Songklanagarind Hospital, *J Med Assoc Thai*, Vol. 94, No. 3, 2011, pp. 355-360.