

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, ĐỐI CHIẾU VỚI CẮT LỚP VI TÍNH TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ HẠ HỌNG

Cung Thị Thanh Tuyền¹, Lương Thị Minh Hương², Phùng Thị Hòa³

1.3. Trường Đại học Y Dược, Đại Học Quốc Gia Hà Nội

2. Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i72.294>

TÓM TẮT

Ung thư hạ họng là khối u ác tính xuất phát từ biểu mô phủ malpigi của hạ họng, chiếm 5% trong tất cả các loại ung thư đầu và cổ. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, đối chiếu đặc điểm u trên lâm sàng với phim cắt lớp vi tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt trường hợp, bao gồm 40 bệnh nhân được điều trị tại bệnh viện K3 Tân Triều trong năm 2024-2025. **Kết quả:** Nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là từ 51 – 70 tuổi chiếm 72,5%, 100% là nam giới, triệu chứng đầu tiên xuất hiện cũng là lý do vào viện phổ biến nhất là rối loạn nuốt chiếm 85%. Đa số các bệnh nhân đi khám sau khi có triệu chứng đầu tiên từ 1 đến 3 tháng (60%). Tiền sử hút thuốc lá ghi nhận ở 80% bệnh nhân, 75% bệnh nhân có tiền sử uống rượu thường xuyên. Xoang lê là vị trí thường xuyên gặp nhất trong ung thư hạ họng (80%), mặt sau nhần phễu là vị trí hiếm gặp (2,5%).

Từ khoá: Ung thư hạ họng, cắt lớp vi tính, lâm sàng

* Tác giả liên hệ: Phùng Thị Hòa

ĐT: 0934237958

Email: Hoaphungtmh@gmail.com

Nhận bài: 21/10/2025

Ngày nhận phản biện: 23/10/2025

Ngày nhận phản hồi: 28/10/2025

Ngày duyệt đăng: 03/11/2025

A STUDY OF THE CLINICAL FEATURE OF HYPOPHARYNGEAL CANCER, TO COMPARE WITH COMPUTER TOMOGRAPHY.

SUMMARY

Hypopharyngeal cancers involve a tumor that is relatively more silent than other head and neck cancer tumors. **Objective:** Describe the clinical and CT scan features. **Materials and method:** A study from a series of 40 patients are diagnosed of hypopharyngeal cancers. **Results and discussion:** disease mainly age of 51-70 years old 72,5%, male 100%. Patient with high risk factor smoking 80%, drinking 75%. Symptom dysphagia 85%. The initial site of pyriform sinus (80%). CT scan evaluated features and primary site of tumor.

Keywords: Cancer, hypopharyngeal, CT scanner

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ung thư hạ họng thuộc ung thư vùng đầu cổ, chiếm 4-5% ung thư vùng đầu cổ, là khối u ác tính chủ yếu xuất phát từ lớp biểu mô malpigi của niêm mạc bao phủ hạ họng. Rượu và thuốc lá được biết đến là yếu tố nguy cơ cao gây ra ung thư vùng đầu cổ nói chung và ung thư hạ họng nói riêng. Chẩn đoán xác định dựa vào tiêu chuẩn vàng là mô bệnh học, đa số là ung thư biểu mô vảy 95%. Chẩn đoán giai đoạn dựa vào lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, CLVT cổ có tiêm thuốc cản quang với độ dày lát cắt 4-5mm là phương tiện đánh giá kích thước, độ xâm lấn các mô xung quanh, di căn hạch cổ. Như vậy phim CLVT có vai trò vô cùng quan trọng, giúp phẫu thuật viên đánh giá giai đoạn T nói riêng và đánh giá giai đoạn bệnh ung thư hạ họng nói chung, ảnh hưởng trực tiếp đến định hướng điều trị cho bệnh nhân là phẫu thuật hay bảo tồn, trong phẫu thuật CLVT giúp phẫu thuật viên lựa chọn đường vào và ranh giới cắt, đảm bảo nguyên tắc lấy hết bệnh tích và bảo tồn

chức năng tối đa cho bệnh nhân. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu sau:

1. Đặc điểm lâm sàng của ung thư hạ họng
2. Đối chiếu đặc điểm ung thư hạ họng trên lâm sàng và phim cắt lớp vi tính

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 40 bệnh nhân ung thư hạ họng điều trị nội trú tại khoa Tai Mũi Họng-Bệnh viện K3 Tân Triều. Thời gian từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 06 năm 2025. Lựa chọn các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư hạ họng, có kết quả giải phẫu bệnh lý, đầy đủ hồ sơ lưu trữ. Loại trừ các bệnh nhân đã hóa trị, xạ trị trước đó.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả loạt trường hợp ca bệnh, cách thức chọn mẫu

thuận tiện, thu thập dữ liệu bằng hồi cứu hồ sơ bệnh án. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 xử lý và phân tích số liệu theo phương pháp thống kê y học. Các thông số nghiên cứu: Thăm khám lâm sàng, CLVT.

Ứng dụng phần mềm SPSS 20.0 xử lý.

Các thông số nghiên cứu: Thăm khám lâm sàng, CLVT.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi, giới: Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là 51-70 tuổi chiếm 72,5%. Tuổi thấp nhất 40, tuổi cao nhất 77, tuổi trung bình $58,72 \pm 8,59$. 100% số ca bệnh ghi nhận ở nam giới.

3.2. Yếu tố nguy cơ: Có 80% các bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá > 10 bao.năm; 75% bệnh nhân có tiền sử uống rượu > 500ml mỗi ngày trong nhiều năm.

3.3. Lý do vào viện: Nguyên nhân chủ yếu làm bệnh nhân tới viện khám là rối loạn nuốt với 85%, có 2 bệnh nhân đến khám vì u giai đoạn muộn gây khó thở, 1 bệnh nhân đến khám vì khàn tiếng. Đa số bệnh nhân đi khám và được phát hiện u sau khi xuất hiện triệu chứng trong vòng 1-3 tháng chiếm 60%. Có 1 trường hợp phát hiện u sau 7 tháng xuất hiện nuốt vướng.

3.4. Các triệu chứng cơ năng

Rối loạn nuốt gặp ở 100% các bệnh nhân, trong đó có 70% nuốt đau, 85% nuốt vướng, giai đoạn muộn hơn ghi nhận trường hợp khàn tiếng, tự sờ thấy hạch cổ.

3.5. Hình thái u: 100% là ung thư biểu mô vảy thể sùi. 92,5% bệnh nhân có khối u độ mô học II; 5% độ mô học III.

3.6. Đối chiếu vị trí xuất phát của u trên lâm sàng và CLVT

Bảng 1: Đối chiếu vị trí xuất phát của u trên lâm sàng và CLVT

	Xoang lê		Thành sau hạ họng		Mặt sau nhĩ hầu	
	n	%	n	%	n	%
Nội soi	32	80	7	17,5	1	2,5
CLVT	33	82,5	7	17,5	0	

Xoang lê là vị trí phổ biến nhất của ung thư hạ họng chiếm 82,5%, mặt sau nhĩ hầu ít gặp nhất. Có sự khác nhau giữa vị trí xuất phát của u trên lâm sàng và CLVT, với $p < 0,05$.

3.8. Đối chiếu sự khu trú của u trên lâm sàng và CLVT

Bảng 2: Đối chiếu sự khu trú của u trên lâm sàng và CLVT

Lâm sàng CLVT	Khu trú	Lan	Tổng
Khu trú	15	5	20
Lan	3	17	20
Tổng	18	22	40

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa tổn thương u trên lâm sàng và CLVT.

3.9. Đối chiếu sự lan tràn của u trên lâm sàng và CLVT

Bảng 3: Đối chiếu sự lan tràn của u trên lâm sàng và CLVT

Tổn thương		Lâm sàng		CLVT	
		N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)
Lan vào thanh quản	Băng thanh thất	19	47,5	19	47,5
	Dây thanh	14	35	14	35
	Sụn phễu/nếp phễu thanh thiệt/sụn nắp	25	62,5	25	62,5
	Sụn nắp	8	20	8	20
Lan lên trên	HLTT/ đáy lưỡi	4	10	4	10
	Amidan	4	10	4	10
	Thành bên họng	5	12,5	5	12,5
	Thực quản	0	0	5	12,5

Xuống dưới	Khí quản/tuyến giáp	0	0	1	2,5
Ra trước	Sụn giáp, sụn nhân, màng giáp móng	2	2,5	11	27,5
Ra sau	CSC	0	0	2	5
Hai bên	Bó cảnh	0	0	0	0

3.10. Đối chiếu phân độ T của khối u qua lâm sàng và CLVT

Bảng 4. Đối chiếu phân độ T của khối u qua lâm sàng và CLVT

CLVT	T1	T2	T3	T4
Lâm sàng				
T1	1	1	0	0
T2	2	15	1	4
T3	0	1	6	1
T4a	1	1	1	4

Nhận xét: Có sự khác biệt về phân độ T giữa lâm sàng và CLVT, $p < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân ung thư hạ họng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 40 bệnh nhân ung thư hạ họng cho thấy

100% là nam giới, độ tuổi mắc bệnh tập trung chủ yếu ở nhóm 51-70 tuổi (72,5%), tuổi trung bình là $58,72 \pm 8,59$ tuổi. Tuổi thấp nhất 40, tuổi cao nhất 77. Tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Dũng (2010) với và quốc tế, tuổi trung bình lần lượt là 60,5 tuổi, 62,5 tuổi, tỷ lệ nam giới lần lượt chiếm 95%, 94,3% [1] [2].

Có 80% các bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá > 10 bao.năm; 75% bệnh nhân có tiền sử uống rượu > 500ml mỗi ngày trong nhiều năm. Phù hợp với dịch tễ ở nước Việt Nam khi đàn ông Việt Nam thường xuyên uống rượu hút thuốc, điều này cũng giải thích tỷ lệ mắc UTHH nữ giới ở Việt Nam ít hơn hẳn so với thế giới (14:1 và 5,7:1) [3], [4]. Các yếu tố nguy cơ này làm tăng đáng kể khả năng đột biến p53 và stress oxy hoá, góp phần thúc đẩy tiến triển u ác tính vùng hạ họng. Mô hình nguy cơ kép thuốc lá+ rượu là yếu tố sinh ung thư quan trọng nhất. Người hút thuốc lá có nguy cơ mắc UTHH cao gấp 9 lần so với người không hút, hút thuốc lá kết hợp uống rượu làm tăng nguy cơ mắc gấp 40 lần so với nhóm không phơi nhiễm.

Lý do chính khiến các bệnh nhân đi khám là rối loạn nuốt với 85% đây cũng chính là triệu chứng xuất hiện sớm nhất ở các người bệnh. Đa số bệnh nhân được phát hiện u sau khi xuất hiện triệu chứng từ 1-3 tháng chiếm 60%. Có 1 trường hợp phát hiện u sau 7 tháng xuất hiện nuốt vướng. Nguyên nhân do đây là khối u tiên

triển âm thầm, lan theo bề rộng niêm mạc giai đoạn đầu gây ra cảm giác vướng họng mơ hồ, bệnh nhân dễ thích nghi dần, khiến người bệnh chủ quan không đi khám; cấu trúc giải phẫu xoang lê nhiều nếp gấp, khó quan sát khi thăm khám, hạ họng dễ ứ đọng dịch acid dạ dày, gây biến đổi niêm mạc dễ sinh ra ung thư, dễ bị kích thích nên chẩn đoán ban đầu dễ bị nhầm với viêm họng do trào ngược.

Ung thư hạ họng có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng do khối u vùng hạ họng tiến triển dần làm hẹp khẩu kính đường ăn, đường thở, xâm lấn cơ quan phát âm lân cận gây khàn tiếng, khó thở; mặt khác hạ họng là vùng có mạng lưới bạch huyết phong phú, không có hàng rào bảo vệ như khung sụn của thanh quản, do đó tế bào ung thư dễ xâm nhập vào hệ thống bạch huyết, lan nhanh. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% BN có triệu chứng rối loạn nuốt, trong đó 70% nuốt đau, 85% nuốt vướng, 75% ăn uống kém, nhiều bệnh nhân đến khi u xâm lấn mạnh gây 42,5%khàn tiếng, 17,5% khó thở, 22,5% nổi hạch. Tỷ lệ khàn tiếng 42,5% của chúng tôi tương đồng với Nguyễn Quốc Dũng ghi nhận 43% trường hợp; và tỷ lệ trong các báo cáo quốc tế trong khoảng từ 37-43%. Nguyên nhân gây ra khàn tiếng có thể do u xâm lấn trực tiếp vào sụn phễu, cơ thanh quản gây cố định dây thanh, hoặc u giai đoạn muộn (T4a) xâm lấn thần kinh quặt ngược gây liệt hồi quy, hoặc các tổn thương trực tiếp trên bề mặt bờ tự do dây thanh cũng có thể là nguyên nhân khàn tiếng [7].

100% các bệnh nhân là ung thư biểu mô vảy, với hình ảnh đại thể là thể sùi, phù hợp với các nghiên cứu trong nước và quốc tế khác [4], [5], [6].

4.2. Đối chiếu u trên lâm sàng và CLVT

Bảng 1 cho ta biết vị trí xuất phát của u hạ họng đa phần là từ xoang lê, nội soi bằng optic 70 độ xác định vị trí tương đối chính xác, chỉ có 1 trường hợp u thành trong xoang lê bị đánh giá sơ bộ chưa chính xác (sau nhĩn phễu), đối chiếu trên bệnh án nhận thấy trường hợp này có khối u thành trong xoang lê, lan vào sụn phễu và mặt sau sụn phễu dẫn đến định vị chưa hoàn toàn đúng. CLVT cho ta biết chính xác vị trí khối u nằm ở vùng nào. U xoang lê chiếm 82,5%, tương đồng với các nghiên cứu trong nước và thế giới, Nguyễn Quốc Dũng(2010) 91,1%; Phạm Chính Trực (2020) 78,3%; Jaipuria (2018, Iran) 85%; Codunianu et al (2023, Romania); Zhang (2021, Trung Quốc) 79% [7] [1], [3], [8]. Sự tương đồng này phản ánh cơ chế bệnh sinh do kích thích mạn tính và yếu tố giải phẫu đặc thù. U xuất phát từ xoang lê thường xâm lấn vào phía sau sụn giáp, tuyến giáp, tổ chức phần mềm vùng cổ bên, thanh quản (khoảng cạnh thanh môn, dây thanh, băng thanh thất, các cơ nội tại thanh quản...) gây cố định dây thanh, khàn tiếng, khó thở. UTBMV xoang lê thường được phát hiện muộn. U có thể lan rộng theo niêm mạc hoặc thâm nhiễm sâu dưới niêm mạc.

Bảng 2 cho thấy có 32 trường hợp có sự phù hợp về nhận định khu trú hoặc lan

tràn của khối u, chiếm 80%, số trường hợp không phù hợp chiếm 20%. CLVT phát hiện 5 trường hợp lan tràn mà trên nội soi thường chỉ đánh giá là khu trú (12,5%), các trường hợp lan tràn bị bỏ sót chủ yếu bao gồm trường hợp u xâm lấn vào khoang cạnh thanh môn, u xâm lấn vào sụn giáp, sụn nhĩn, màng giáp móng, tuyến giáp, cân trước sống, mà trên nội soi không quan sát được. Khẳng định giá trị của CLVT trong việc đánh giá xâm lấn u.

Bảng 3 cho ta thấy đối với ung thư hạ họng, hướng lan vào thanh quản là hướng lan phổ biến nhất, trong đó cấu trúc bị xâm lấn nhiều nhất là sụn phễu, nếp phễu thanh thiệt chiếm 62,5% do cấu trúc giải phẫu nằm ngay kế cạnh xoang lê, là cấu trúc gần cách hạ họng và thanh quản. Hướng lan ra trước phổ biến thứ 2 chiếm 27,5% khi đánh giá trên CLVT. So với lâm sàng CLVT vượt trội khi đánh giá mức độ lan tràn của u, đặc biệt là các hướng xuống dưới, ra trước và ra sau mà khám lâm sàng khó xác định. U lan ra trước được phát hiện 11 ca trên CLVT trong khi lâm sàng chỉ phát hiện được 1 khi u đã xâm lấn thâm nhiễm ra da, u lan xuống dưới không được phát hiện trên lâm sàng, tuy nhiên trên CLVT có 5 ca lan xuống đến thực quản (12,5%) và 1 ca lan đến tuyến giáp (2,5%). Tác giả thế giới Katano (2024) cũng ghi nhận kết quả tương tự với 14,8% [9]. Về hướng lan ra sau trên lâm sàng ta có thể nhận biết u xâm lấn cột sống cổ bằng dấu hiệu lồi cột thanh quản cột sống, tuy nhiên khi u

mới chỉ thâm nhiễm, xâm lấn ít thì ta không thể phát hiện trên lâm sàng, chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp xâm lấn vào cân trước sống trên phim CLVT, mà chưa phát hiện trên lâm sàng, chiếm tỷ lệ 5%. Như vậy CLVT tỏ ra rất hữu ích để đánh giá hướng xâm lấn khối u đặc biệt ra trước và xuống dưới ra sau.

Bảng 4 cho thấy ở giai đoạn T1, lâm sàng chỉ phát hiện 2 trường hợp, CLVT ghi nhận có 4. Ở T2, lâm sàng nghi có 23 trường hợp, CLVT xác nhận có 19. Ở T4, lâm sàng nghi 7 trường hợp, CLVT xác nhận lại có 9 ca. Ở T3, lâm sàng và CLVT đều xác định có 8 ca. Các trường hợp mà lâm sàng không phát hiện được đa phần là khối u xâm lấn vào sụn giáp, sụn nhẫn, sụn phễu, sụn thanh thiệt, miệng thực quản, khoang cạnh thanh môn, băng thanh thất. Nhất là khi khối u to che lấp một phần hoặc toàn bộ cấu trúc ở xung quanh. Sự khác biệt về phân độ T trên lâm sàng với CLVT có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhận xét này phù hợp với kết luận của các tác giả trong nước và quốc tế [7] [1], [3], [8].

V. KẾT LUẬN

Tuổi, giới: gặp nhiều ở 51-70 tuổi, tuổi trung bình $58,72 \pm 8,59$, 100% nam giới. Đa số các bệnh nhân đều có yếu tố nguy cơ, ghi nhận 80% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá > 10 bao.năm; 75% có tiền sử uống rượu > 500 ml mỗi ngày trong nhiều tháng. Các bệnh nhân đến khám chủ yếu là do rối loạn nuốt với 85%, chủ yếu đi khám sau 1-3 tháng xuất hiện triệu chứng đó, với 60%. Vị trí u gặp nhiều

nhất ở xoang lê, hướng lan phổ biến là vào trong thanh quản. Lan ra trước, lan xuống dưới và ra sau khó đánh giá trên lâm sàng, vai trò phim CLVT không chỉ nổi bật trong vai trò đánh giá mức độ lan ra cấu trúc xung quanh mà còn đánh giá xâm lấn tại chỗ, giúp đánh giá giai đoạn của khối u trước mổ một cách tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Q.D. (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính-ĐỐI CHIẾU VỚI PHẪU THUẬT CỦA UNG THƯ HẠ HỌNG*, Đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sỹ Y học.
2. Cordunianu A.-G.V., Ganea G., Cordunianu M.A., et al. (2023). Hypopharyngeal cancer trends in a high-incidence region: A retrospective tertiary single center study. *World J Clin Cases*, **11**(24), 5666–5677.
3. Phạm C.T. (2020), *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán ung thư hạ họng thanh quản*, Đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sỹ Y học.
4. Mousavi S.E., Ilaghi M., Mirzazadeh Y., et al. (2024). Global epidemiology and socioeconomic correlates of hypopharyngeal cancer in 2020 and its projection to 2040: findings from GLOBOCAN 2020. *Front Oncol*, **14**, 1398063.
5. Zbären P., Becker M., and Läng H. (1996). Pretherapeutic staging of laryngeal carcinoma. Clinical findings, computed tomography, and magnetic resonance imaging compared with histopathology. *Cancer*, **77**(7), 1263–1273.

6. Nguyễn Đ.P. (1999). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị ung thư thanh quản và hạ họng qua 132 bệnh nhân khoa B1 – Viện Tai Mũi Họng trung ương từ 1995 đến 1998. Tạp chí Thông tin Y Dược, số đặc biệt chuyên đề ung thư, accessed: 10/05/2025.
7. Jaipuria B., Dosemane D., Kamath P.M., et al. (2018). Staging of Laryngeal and Hypopharyngeal Cancer: Computed Tomography versus Histopathology. *Iran J Otorhinolaryngol*, **30(99)**, 189–194.
8. Bialek E.J., Jakubowski W., Zajkowski P., et al. (2006). US of the major salivary glands: anatomy and spatial relationships, pathologic conditions, and pitfalls. *Radiogr Rev Publ Radiol Soc N Am Inc*, **26(3)**, 745–763.
9. Katano A. and Yamashita H. (2024). Early-stage hypopharyngeal squamous cell carcinoma treated with radical radiotherapy at a uniform dose of 70 Gy in 35 fractions: a single-center study. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, **281(8)**, 4401–4407.