

## ĐỐI CHIẾU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẮT LỚP VI TÍNH VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ THANH QUẢN GIAI ĐOẠN SỚM

Nguyễn Hải Yên<sup>1</sup>, Đào Đình Thi<sup>2</sup>, Phùng Thị Hòa<sup>3</sup>

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

2. Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

3. Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i72.314>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính và mô bệnh học của bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn sớm.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 41 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thanh quản giai đoạn sớm tại Khoa Ung Bướu – Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ tháng 9/2024 đến tháng 10/2025.

**Kết quả:** Tuổi trung bình  $61,61 \pm 9,89$  tuổi, 100% bệnh nhân là nam giới. Nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm 51,2%, 51-60 tuổi chiếm 36,6%, 41-50 tuổi chiếm 12,2%, không có bệnh nhân  $\leq 40$  tuổi. Yếu tố nguy cơ: hút thuốc lá (85,4%), uống rượu (70,7%), cả rượu và thuốc lá (68,3%). Lý do vào viện: 100% khàn tiếng. Triệu chứng cơ năng: khàn tiếng (100%), hụt hơi (39,0%), ho (2,4%), rối loạn nuốt (2,4%). Độ di động dây thanh: 100% bình thường. Vị trí xuất phát khối u: 1 bên dây thanh (97,6%), 2 dây thanh (2,4%). Phân độ T qua nội soi: T1 (80,5%), T2 (19,5%). Trên cắt lớp vi tính: tăng ngấm thuốc cản quang (92,7%), 100% không phá hủy sụn giáp. Mô bệnh học: 100% ung thư biểu mô vảy với độ I (34,1%), độ II (64,5%), độ III (2,4%).

**Kết luận:** Ung thư thanh quản giai đoạn sớm gặp hoàn toàn ở nam giới, tuổi trung niên và cao tuổi. Thuốc lá và rượu là yếu tố nguy cơ hàng đầu. Khàn tiếng là triệu chứng chủ yếu. Ung thư biểu mô vảy là typ mô bệnh học hay gặp nhất.

**Từ khóa:** ung thư thanh quản, giai đoạn sớm, cắt lớp vi tính, mô bệnh học

---

\* Tác giả liên hệ: Phùng Thị Hòa

ĐT: 0934237958

Email: Hoaphungtmh@gmail.com

Nhận bài: 09/11/2025

Ngày nhận phản biện: 11/11/2025

Ngày nhận phản hồi: 12/11/2025

Ngày duyệt đăng: 16/11/2025

## COMPARISON OF CLINICAL, COMPUTED TOMATOGRAPHY AND HISTOPATHOLOGY FEATURES OF PATIENTS WITH EARLY STAGE LARYNGEAL CANCER

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the clinical, computed tomography and histopathological features of patients with early-stage laryngeal cancer.

**Methods:** A retrospective and prospective cross-sectional study of 41 patients diagnosed with early-stage laryngeal cancer at the Department of Oncology - National ENT Hospital from September 2024 to October 2025.

**Results:** Mean age was  $61.61 \pm 9.89$  years, 100% were male. Age group  $> 60$  years accounted for 51.2%, 51-60 years 36.6%, 41-50 years 12.2%, no patients  $\leq 40$  years. Risk factors: smoking (85.4%), alcohol (70.7%), both alcohol and tobacco (68.3%). Reason for admission: 100% hoarseness. Clinical symptoms: hoarseness (100%), shortness of breath (39.0%), cough (2.4%), swallowing disorders (2.4%). Vocal cord mobility: 100% normal. Tumor origin: unilateral vocal cord (97.6%), bilateral vocal cords (2.4%). T staging by endoscopy: T1 (80.5%), T2 (19.5%). CT findings: contrast enhancement (92.7%), 100% without thyroid cartilage destruction. Histopathology: 100% squamous cell carcinoma with grade I (34.1%), grade II (64.5%), grade III (2.4%). Clinical-CT correlation: concordance for unilateral vocal cord lesion was 73.2%, T1 staging 68.3%, T2 19.5%.

**Conclusion:** Early-stage laryngeal cancer occurs exclusively in males, middle-aged and elderly. Tobacco and alcohol are the leading risk factors. Hoarseness is the main symptom. Squamous cell carcinoma is the only histopathological type. There is relative agreement between clinical and CT findings in disease staging.

**Keywords:** *laryngeal cancer, early stage, computed tomography, histopathology*

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản là khối u ác tính xuất phát chủ yếu từ biểu mô thanh

quản, thuộc vùng đường hô hấp – tiêu hóa trên [1]. Ung thư thanh quản giai đoạn sớm được định nghĩa là khi khối u

còn khu trú tại thanh quản, chưa lan đến các mô lân cận, hạch bạch huyết hoặc di căn xa, tương ứng với giai đoạn T1-T2N0M0 theo phân loại TNM của AJCC.

Tại Việt Nam, ung thư thanh quản đứng hàng thứ hai trong các ung thư vùng đầu mặt cổ (sau ung thư vòm họng) và đứng hàng thứ 9 trong tổng số các loại ung thư [1,2]. Bệnh có xu hướng gặp chủ yếu ở nam giới với tỷ lệ nam/nữ là 30/1, chiếm 96,9% [1]. Yếu tố nguy cơ quan trọng nhất là hút thuốc lá và uống rượu, chiếm hơn 70% tổng số ca bệnh [1,3]. Trong những năm gần đây, tỷ lệ ung thư thanh quản ở nữ có xu hướng gia tăng do thói quen hút thuốc lá ngày càng phổ biến trong phụ nữ [4].

Trên thế giới, tại Pháp ung thư thanh quản chiếm 25% các ung thư đường hô hấp - tiêu hóa trên và 4% tổng số ung thư toàn cơ thể [5]. Tại Hoa Kỳ, năm 2012 ước tính có 12.360 ca mới mắc và 3.650 ca tử vong do ung thư thanh quản [6].

Ung thư thanh quản giai đoạn sớm có tiên lượng tương đối tốt với tỷ lệ sống còn 5 năm đạt 80-95% khi được phẫu thuật triệt để hoặc xạ trị [7]. Tuy nhiên, các triệu chứng ban đầu thường không đặc hiệu như khàn tiếng, ho khan

khiến người bệnh chủ quan, dẫn đến chẩn đoán muộn. Vùng thanh quản có cấu trúc giải phẫu phức tạp, nằm ở ngã tư đường thở và đường tiêu hóa, đóng vai trò quan trọng trong chức năng thở, phát âm, nuốt và bảo vệ đường thở.

Chẩn đoán xác định ung thư thanh quản dựa vào mô bệnh học, chủ yếu là ung thư biểu mô vảy chiếm 90-95% [7]. Để đánh giá giai đoạn bệnh, cần kết hợp khám lâm sàng, nội soi thanh quản và chẩn đoán hình ảnh, trong đó cắt lớp vi tính (CLVT) đóng vai trò quan trọng trong đánh giá mức độ xâm lấn tại chỗ, tại vùng và di căn xa. Tuy nhiên, đôi khi có sự không tương xứng giữa biểu hiện lâm sàng và hình ảnh CLVT, đặc biệt khi khối u chỉ lan tràn bề mặt niêm mạc.

Với những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đối chiếu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính và mô bệnh học của bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn sớm" nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính và mô bệnh học của bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn sớm.

## **2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu:** 41 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư thanh quản giai đoạn sớm (T1-T2N0M0), điều trị tại Khoa Ung Bướu – Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ tháng 9/2024 đến tháng 10/2025.

**2.3. Biến số:** Tuổi, giới, yếu tố nguy cơ (thuốc lá, rượu), triệu chứng cơ năng, thời gian từ khi có triệu chứng đến khi vào viện, kết quả nội soi thanh quản, vị trí và đặc điểm khối u, kết quả CLVT, kết quả mô bệnh học.

**2.4 Phân tích số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng thống kê mô tả với tần số, tỷ lệ phần trăm cho biến định tính; giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng.

### 3. KẾT QUẢ

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1: Phân bố theo nhóm tuổi và giới tính**

Nhóm tuổi	n	%
≤ 40 tuổi	0	0,0
41-50 tuổi	5	12,2

51-60 tuổi	15	36,6
> 60 tuổi	21	51,2
Tuổi trung bình	61,61 ± 9,89	(43-87)
Giới tính nam	41	100,0

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 61,61 ± 9,89 tuổi (thấp nhất 43 tuổi, cao nhất 87 tuổi). Nhóm tuổi > 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (51,2%), tiếp theo là nhóm 51-60 tuổi (36,6%). Không có bệnh nhân nào ≤ 40 tuổi. 100% bệnh nhân là nam giới.

#### 3.2. Các yếu tố nguy cơ

**Bảng 2: Các yếu tố nguy cơ của ung thư thanh quản**

Yếu tố nguy cơ	n	%
Hút thuốc lá	35	85,4
Uống rượu	29	70,7
Cả rượu và thuốc lá	28	68,3
Bệnh lý tiền ung thư	1	2,4

**Nhận xét:** Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ cao nhất (85,4%), tiếp theo là uống rượu (70,7%). Phối hợp cả rượu và thuốc lá chiếm 68,3%. Chỉ có 1 bệnh nhân (2,4%) có bệnh lý tiền ung thư (u nhú thanh quản).

#### 3.3. Đặc điểm lâm sàng

**Bảng 3.1: Lí do vào viện**

Triệu chứng đầu tiên	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Khàn tiếng	41	100,0
Rối loạn nuốt	1	2,4
Hụt hơi	2	4,9

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân có lí do vào viện là khàn tiếng, hụt hơi gặp ở 4,9 % bệnh nhân, rối loạn nuốt ít gặp (2,4%).

**Bảng 3.2: Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên tới khi vào viện**

Thời gian	< 3 tháng	3-6 tháng	7-12 tháng	>12 tháng
N	7	24	10	0
%	17,1	58,5	24,4	0,0

	Mean	±SD	Min	Max
Thời gian	5,27	3,07	1	12

**Nhận xét:** Thời gian trung bình từ khi có triệu chứng đến khi vào viện là 5,27 ± 3,07 tháng, trong đó 58,5% bệnh nhân đến khám trong khoảng 3-6 tháng.

**Bảng 3.3: Triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng cơ năng	n	%
Khàn tiếng	41	100,0
Hụt hơi	16	39,0
Ho	1	2,4
Rối loạn nuốt	1	2,4

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân có triệu chứng khàn tiếng và đây cũng là lý do chính khiến bệnh nhân đến khám. Hụt hơi gặp ở 39,0% bệnh nhân. Ho và rối loạn nuốt ít gặp (2,4%).

### 3.4. Đặc điểm khối u qua nội soi/Panendoscopy và độ di động của dây thanh

**Bảng 4.1: Vị trí của khối u**

Vị trí		N	n (%)
Thanh môn	1 dây thanh	40	97,6
	2 dây thanh	1	2,4
Thượng thanh môn		0	0,0
Hạ thanh môn		0	0,0
<b>Tổng số</b>		<b>41</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Khối u chủ yếu xuất phát từ 1 bên dây thanh (97,6%).

**Bảng 4.2: Phân độ tổn thương của khối u qua nội soi/Panendoscopy**

T Vị trí	T1		T2		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Thanh môn	33	80,5	8	19,5	41	100,0
Thượng thanh môn	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Hạ thanh môn	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tổng	33	80,5	8	19,5	41	100,0

**Nhận xét:** Phân độ T1 chiếm 80,5%, T2 chiếm 19,5%.

**Bảng 4.3: Độ di động của dây thanh**

Độ di động	n	%
Bình thường	41	100,0
Hạn chế	0	0,0
Cố định	0	0,0
N	41	100,0

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân có dây thanh di động bình thường.

### 3.5. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính

**Bảng 5: Đặc điểm tổn thương trên CLVT**

Đặc điểm CLVT	n	%
Tăng ngấm thuốc cản quang	38	92,7
Tăng tỷ trọng	2	4,9
Ranh giới không rõ	2	4,9
Mật độ không đồng nhất	1	2,4
Phá hủy sụn giáp	0	0,0

Phát hiện hạch cổ	9	22,0
-------------------	---	------

**Nhận xét:** Đặc điểm chính trên CLVT là tăng ngấm thuốc cản quang (92,7%). 100% không có phá hủy sụn giáp. Phát hiện hạch cổ trên CLVT ở 22,0% bệnh nhân với kích thước trung bình  $10,11 \pm 5,97$  mm.

### 3.6. Đặc điểm mô bệnh học

**Bảng 6.1: Kết quả mô bệnh học**

Mô bệnh học	n	%
Ung thư biểu mô vảy	41	100,0
Ung thư biểu mô tuyến	0	0,0
Khác	0	0,0
N	41	100,0

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy.

**Bảng 6.2: Đặc điểm độ mô học**

Phân độ MBH	n	%
Độ I	14	34,1
Độ II	26	64,5

Độ III	1	2,4
<b>Tổng</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Độ biệt hóa vừa (độ II) chiếm tỷ lệ cao nhất (64,5%), tiếp theo là độ biệt hóa cao (độ I) chiếm 34,1%, chỉ có 1 bệnh nhân (2,4%) biệt hóa kém (độ III).

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm dịch tễ học

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là  $61,61 \pm 9,89$  tuổi, tương đồng với các nghiên cứu trong nước và quốc tế. Theo Nguyễn Đình Phúc (2018), tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư thanh quản là 62,3 tuổi [8]. Nghiên cứu của Chen và cộng sự (2020) tại Trung Quốc cũng cho thấy tuổi trung bình là 63,5 tuổi [9]. Điều này phản ánh ung thư thanh quản chủ yếu gặp ở người trung niên và cao tuổi, có thể do thời gian phơi nhiễm lâu dài với các yếu tố nguy cơ.

100% bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới, cao hơn so với các báo cáo khác. Theo Phạm Tuấn Cảnh (2019), tỷ lệ nam/nữ là 28/1 [10]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nhỏ của nghiên cứu hoặc do tỷ lệ hút thuốc lá ở

nam giới Việt Nam vẫn cao hơn nhiều so với nữ giới.

### 4.2. Yếu tố nguy cơ

Hút thuốc lá (85,4%) và uống rượu (70,7%) là hai yếu tố nguy cơ chính trong nghiên cứu. Kết quả này phù hợp với y văn thế giới. Theo IARC (2012), thuốc lá làm tăng nguy cơ ung thư thanh quản gấp 10-15 lần, rượu tăng gấp 2-5 lần, và phối hợp cả hai tăng nguy cơ lên đến 50 lần [11]. Cơ chế gây ung thư của thuốc lá liên quan đến các chất gây ung thư trong khói thuốc như benzopyrene, nitrosamine gây tổn thương DNA của tế bào biểu mô thanh quản.

### 4.3. Đặc điểm lâm sàng

Khàn tiếng là triệu chứng gặp ở 100% bệnh nhân, phù hợp với vị trí khối u chủ yếu ở thanh môn (100%). Theo Marioni (2019), khàn tiếng là triệu chứng sớm và nhạy nhất của ung thư thanh môn do ảnh hưởng trực tiếp đến dao động của dây thanh [12]. Thời gian trung bình từ khi có triệu chứng đến khi vào viện là 5,27 tháng, cho thấy bệnh nhân thường chủ quan với triệu chứng khàn tiếng.

100% bệnh nhân có dây thanh di động bình thường, phù hợp với giai đoạn

sớm T1-T2. Theo phân loại TNM, cố định dây thanh là tiêu chuẩn xếp loại T3 [13].

#### 4.4. Đặc điểm cắt lớp vi tính

Tăng ngấm thuốc cản quang là dấu hiệu chính (92,7%), phản ánh sự tăng sinh mạch trong khối u. 100% không có phá hủy sụn giáp, phù hợp với giai đoạn sớm. Theo Becker (2018), phá hủy sụn là dấu hiệu của giai đoạn T3-T4 [14]. Phát hiện hạch cổ trên CLVT ở 22% bệnh nhân nhưng với kích thước nhỏ (10,11 mm), có thể là hạch viêm phản ứng.

#### 4.5. Đặc điểm mô bệnh học

100% là ung thư biểu mô vảy, phù hợp với y văn cho rằng typ này chiếm 90-95% ung thư thanh quản [15]. Độ biệt hóa vừa chiếm 64,5%, cao chiếm 34,1%, cho thấy đa số khối u có độ ác tính trung bình, tiên lượng tương đối tốt. Theo Thompson (2017), độ biệt hóa là yếu tố tiên lượng quan trọng, với tỷ lệ sống 5 năm của độ I là 85%, độ II là 70%, độ III là 50% [16].

### 5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 41 bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn sớm, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

1. Ung thư thanh quản giai đoạn sớm gặp chủ yếu ở nam giới, tuổi trung bình  $61,61 \pm 9,89$  tuổi, nhóm tuổi > 60 chiếm 51,2%.
2. Yếu tố nguy cơ chính là hút thuốc lá (85,4%) và uống rượu (70,7%).
3. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là khàn tiếng (100%), khối u xuất phát từ 1 bên dây thanh (97,6%), dây thanh di động bình thường (100%).
4. CLVT cho thấy tăng ngấm thuốc cản quang (92,7%), không có phá hủy sụn giáp (100%).
5. Mô bệnh học 100% là ung thư biểu mô vảy, chủ yếu độ biệt hóa vừa (64,5%).

**Kiến nghị:** Cần tăng cường tuyên truyền về tác hại của thuốc lá, rượu bia và tầm quan trọng của khám sớm khi có triệu chứng khàn tiếng kéo dài. Kết hợp khám lâm sàng, nội soi và CLVT để đánh giá chính xác giai đoạn bệnh, từ đó lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư thanh quản. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Mai Trọng Khoa và cộng sự (2019). Ghi nhận ung thư tại Việt Nam năm 2019. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 2019(1): 23-29.
3. Nocini R, Molteni G, Mattiuzzi C, Lippi G (2020). Updates on larynx cancer epidemiology. Chin J Cancer Res, 32(1):18-25.
4. Steuer CE, El-Deiry M, Parks JR, et al (2017). An update on larynx cancer. CA Cancer J Clin, 67(1):31-50.
5. Groome PA, O'Sullivan B, Irish JC, et al (2018). Management and outcome differences in supraglottic cancer. Am J Otolaryngol, 39(2):182-189.
6. Siegel RL, Miller KD, Jemal A (2019). Cancer statistics, 2019. CA Cancer J Clin, 69(1):7-34.
7. Thompson LDR (2017). Laryngeal Dysplasia, Squamous Cell Carcinoma. Head Neck Pathol, 11(3):269-284.
8. Nguyễn Đình Phúc (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của ung thư thanh quản tại Bệnh viện K. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
9. Chen X, Zhang H, Wang Z, et al (2020). Clinical characteristics of laryngeal cancer in China. Head Neck, 42(8):1947-1955.
10. Phạm Tuấn Cảnh và cộng sự (2019). Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm. Y học TP Hồ Chí Minh, 23(2):145-151.
11. IARC (2012). A Review of Human Carcinogens: Alcohol, Tobacco. IARC Monographs, Vol 100E.
12. Marioni G, Marchese-Ragona R, Cartei G, et al (2019). Current opinion in diagnosis and treatment of laryngeal cancer. Cancer Treat Rev, 75:11-18.
13. AJCC (2017). Cancer Staging Manual, 8th edition. Springer International Publishing.
14. Becker M, Burkhardt K, Dulguerov P, Allal A (2018). Imaging of the larynx and hypopharynx. Eur J Radiol, 107:74-82.
15. Lewis JS Jr, Mehrad M (2017). Diagnostic Pathology: Head and Neck, 2nd edition. Elsevier.
16. Thompson LDR, Bishop JA (2017). Head and Neck Pathology: A Volume in Foundations in Diagnostic Pathology Series. Elsevier.