ĐÁNH GIÁ NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG MỀM KẾT HỢP SINH THIẾT TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ THANH QUẢN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thủy Tiên[1*], Đào Đình Thi[1,2] , Phùng Thị Hòa[1]

1.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.v71i78.543

TÓM TẮT

***Mục tiêu**:* Mô tả đặc điểm nội soi thanh quản ống mềm ở người bệnh nghi ngờ ung thư thanh quản và đánh giá kết quả nội soi ống mềm kết hợp sinh thiết trong chẩn đoán ung thư thanh quản so với kết quả mô bệnh học.

***Đối tượng và phương pháp**:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 83 người bệnh có tổn thương nghi ngờ ung thư thanh quản được nội soi ống mềm kết hợp sinh thiết dưới gây tê tại chỗ tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 01/01/2026 đến 30/06/2026.

Kết quả: Tuổi trung bình 61,20 ± 10,76 (33-87 tuổi), nam giới chiếm 92,8%. Khàn tiếng là triệu chứng chủ đạo (94,0%); 72,3% người bệnh đến khám trong vòng 6 tháng. Trên nội soi, tổn thương khu trú ở thanh môn chiếm 65,1% (thanh môn có liên quan ở 96,4%), hình thái sùi 95,2%, di động dây thanh bình thường 92,8%; mức độ tổn thương T ước tính qua nội soi gồm T1 65,1%, T2 31,3% và T3 3,6%. Sinh thiết lần đầu phát hiện ác tính ở 35/83 người bệnh (42,2%); 9 trường hợp (10,8%) còn nghi ngờ được sinh thiết lại và phát hiện thêm 2 ung thư biểu mô tế bào vảy. Mô bệnh học cuối cùng ghi nhận 37/83 (44,6%) ác tính (36 ung thư biểu mô tế bào vảy, 1 u lympho T), trong đó 94,6% được phát hiện ngay ở lần sinh thiết đầu. Ở nhóm chưa phát hiện ác tính, thường gặp nhất là tổn thương có ghi nhận nấm (32,6%) và quá sản biểu mô vảy (30,4%); tổn thương tiền ung thư chiếm 19,3% toàn mẫu. Tỷ lệ ác tính tăng theo số tầng tổn thương (31,6%; 72,7%; 75,0%; p = 0,001) và theo mức T (31,5%; 65,4%; 100%; p = 0,001), tuy nhiên 45,9% số ca ung thư vẫn là tổn thương T1.

***Kết luận**:* Nội soi thanh quản ống mềm kết hợp sinh thiết dưới gây tê tại chỗ là phương pháp chẩn đoán ban đầu hiệu quả, xác định được phần lớn ung thư thanh quản ngay từ lần sinh thiết đầu mà không cần gây mê. Kết quả không ác tính cần được đối chiếu với hình ảnh nội soi và sinh thiết lại khi còn nghi ngờ, đặc biệt khi mô bệnh học lần đầu là loạn sản.

***Từ khóa**:* Ung thư thanh quản; Nội soi thanh quản ống mềm; Sinh thiết tại phòng khám; Mô bệnh học; Gây tê tại chỗ.

---

* Tác giả liên hệ: Nguyễn Thủy Tiên SĐT: 0839469036

Email: tiennguyennh@gmail.com

Nhận bài: 15/11/2026
Ngày nhận phản hồi: 16/11/2026
Ngày nhận phản biện: 15/11/2026
Ngày duyệt đăng: 18/11/2026

EVALUATION OF FLEXIBLE LARYNGOSCOPY COMBINED WITH BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF LARYNGEAL CANCER AT THE VIETNAM NATIONAL ENT HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: To describe flexible laryngoscopic findings in patients with suspected laryngeal cancer and to evaluate the results of flexible laryngoscopy combined with biopsy compared with histopathology.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study with retrospective and prospective data collection was conducted on 83 patients with suspected laryngeal cancer who underwent flexible laryngoscopy-guided biopsy under local anesthesia at the Vietnam National Otorhinolaryngology Hospital from January to June 2026.

Results: The mean age was 61.20 ± 10.76 years (range, 33-87), and 92.8% of patients were male. Hoarseness was the predominant symptom (94.0%), and 72.3% of patients presented within 6 months of symptom onset. Endoscopically, lesions were confined to the glottis in 65.1% (glottic involvement in 96.4%), were exophytic in 95.2%, and vocal fold mobility was normal in 92.8%; the endoscopically estimated T category was T1 in 65.1%, T2 in 31.3%, and T3 in 3.6%. The first biopsy detected malignancy in 35/83 patients (42.2%); nine patients (10.8%) with persistent suspicion underwent repeat biopsy, which identified two additional squamous cell carcinomas. Final histopathology confirmed malignancy in 37/83 patients (44.6%; 36 squamous cell carcinomas and one T-cell lymphoma), 94.6% of which were diagnosed at the first biopsy. Among non-malignant cases, fungal lesions (32.6%) and squamous hyperplasia (30.4%) were the most common; precancerous lesions accounted for 19.3% of the whole sample. The malignancy rate increased with the number of laryngeal subsites involved (31.6%, 72.7%, and 75.0%; $p = 0.001$) and with T category (31.5%, 65.4%, and 100%; $p = 0.001$); however, 45.9% of cancers were T1 lesions.

Conclusion: Flexible laryngoscopy combined with biopsy under local anesthesia is an effective first-line diagnostic method that establishes the diagnosis of most laryngeal cancers at the first biopsy without general anesthesia. Non-malignant results should be interpreted in light of endoscopic findings, and repeat biopsy is warranted when suspicion persists, particularly when the initial histopathology shows dysplasia.

Keywords: Laryngeal cancer; flexible laryngoscopy; office-based biopsy; histopathology; local anesthesia.

1. Đặt vấn đề

Ung thư thanh quản (UTTQ) là khối u ác tính xuất phát chủ yếu từ biểu mô thanh quản. Theo GLOBOCAN 2024, thế giới ước tính có 193.937 ca mắc mới và 96.619 ca tử vong do UTTQ; tại Việt Nam có 1.990 ca mắc mới, xếp thứ 19 trong các loại ung thư, với nam giới chiếm ưu thế rõ rệt [1]. Chẩn đoán xác định UTTQ dựa trên mô bệnh học (MBH) - "tiêu chuẩn vàng", và sinh thiết qua soi thanh quản trực tiếp (soi treo) dưới gây mê toàn thân vẫn được xem là phương pháp lấy bệnh phẩm truyền thống [2]. Tuy nhiên, phương pháp này tiềm ẩn nguy cơ liên quan đến gây mê, đòi hỏi nhập viện, chờ lịch mổ, chi phí cao và không đánh giá được di động dây thanh trong điều kiện sinh lý [2].

Nội soi thanh quản ống mềm (NSÔM) có kênh dụng cụ cho phép quan sát cả ba tầng thanh quản khi người bệnh tỉnh, tiếp cận các vùng khó quan sát và lấy bệnh phẩm sinh thiết ngay tại phòng khám dưới gây tê tại chỗ, giúp rút ngắn thời gian chẩn đoán, giảm chi phí và biến chứng [3], [4]. Mặt khác, bệnh phẩm qua ống mềm thường nhỏ và nông, nên kết quả lành tính chưa loại trừ hoàn toàn ác tính khi lâm sàng và hình ảnh còn nghi ngờ [2]. Tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, kỹ thuật này đã được triển khai thường quy nhưng chưa có tổng kết hệ thống đối chiếu hình ảnh nội soi, kết quả sinh thiết với MBH cuối cùng. Mục đích của bài báo là *mô tả đặc điểm nội soi thanh quản ống mềm ở người bệnh nghi ngờ ung thư thanh quản và đánh giá kết quả nội soi ống mềm kết hợp sinh thiết so với kết quả mô bệnh học.*

2. Đối tượng và phương pháp

Đối tượng nghiên cứu: 83 người bệnh có tổn thương nghi ngờ UTTQ được NSÔM kết hợp sinh thiết tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 01/01/2026 đến 30/06/2026, gồm giai đoạn hồi cứu (01/01/2026-17/05/2026; hồ sơ đầy đủ thông tin về đặc điểm người bệnh, mô tả nội soi và kết quả MBH) và giai đoạn tiến cứu (18/05/2026-30/06/2026; người bệnh đồng ý tham gia, thu thập theo phiếu nghiên cứu). Loại trừ các trường hợp không đủ thông tin để xác định kết quả sinh thiết hoặc không đối chiếu được dữ liệu nội soi với MBH.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện; đơn vị phân tích là người bệnh, các lần sinh thiết của cùng một người bệnh được liên kết theo mã nghiên cứu.

Quy trình nội soi và sinh thiết: Người bệnh được gây tê tại chỗ niêm mạc mũi, họng, thanh quản bằng Xylocain 2% kèm thuốc co mạch. Bác sĩ đưa ống soi mềm qua đường mũi, quan sát hạ họng-thanh quản khi người bệnh thở và phát âm, ghi nhận trước khi có kết quả MBH: vị trí, phạm vi tổn thương theo tầng, hình thái (sùi, loét, thâm nhiễm, hỗn hợp), di động dây thanh (bình thường, hạn chế, cố định), dấu hiệu nghi lan ra ngoài thanh quản và mức độ tổn thương T ước tính theo AJCC ấn bản 8 [5]. Trợ thủ luồn kìm sinh thiết qua kênh dụng cụ, lấy một hoặc nhiều mẫu tại vùng nghi ngờ nhất và vùng ranh giới; bệnh phẩm cố định trong formol 10% và gửi Khoa Giải phẫu bệnh. Trường hợp MBH lần đầu chưa ghi nhận ung thư nhưng hình ảnh nội soi vẫn nghi

ngờ ác tính được xếp nhóm "nghi ngờ" và sinh thiết lại cũng bằng NSÔM dưới gây tê tại chỗ.

Tiêu chuẩn xác minh chẩn đoán: "MBH cuối cùng" là kết quả sau toàn bộ quy trình sinh thiết (lần 1 và lần 2 nếu có). Người bệnh có MBH ác tính ở bất kỳ lần nào được xếp nhóm ác tính; các trường hợp còn lại xếp nhóm "chưa phát hiện ác tính" và được theo dõi theo chỉ định lâm sàng. Mức T trong nghiên cứu là "T ước tính qua nội soi", chưa kết hợp chẩn đoán hình ảnh nên không tương đương phân giai đoạn cTNM đầy đủ.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng EpiData và phân tích bằng IBM SPSS Statistics. Biến định lượng được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn, trung vị; biến định tính bằng tần số, tỷ lệ. So sánh tỷ lệ ác tính giữa các nhóm đặc điểm nội soi bằng kiểm định chính xác Fisher hoặc Fisher - Freeman - Halton; tương quan giữa thời gian diễn biến và mức T bằng hệ số Spearman. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương đồng ý và được chấp thuận theo Quyết định số 2251/QĐ-ĐHYD ngày 22/06/2026 của Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội. Thông tin người bệnh được mã hóa và bảo mật.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm người bệnh và đặc điểm nội soi thanh quản ống mềm

Bảng 1. Đặc điểm chung và triệu chứng lâm sàng (n = 83)

Đặc điểm	**n**	**Tỷ lệ (%)**
Tuổi trung bình ± ĐLC (nhỏ nhất - lớn nhất)	61,20 ± 10,76 (33 - 87)	
Nhóm tuổi		
≤ 50 tuổi	12	14,4
51 - 60 tuổi	23	27,7
61 - 70 tuổi	33	39,8
> 70 tuổi	15	18,1
Giới		
Nam / Nữ	77 / 6	92,8 / 7,2
Triệu chứng khi thăm khám*		
Khàn tiếng	78	94,0
Hụt hơi	30	36,1
Rối loạn nuốt	11	13,3
Ho khan	5	6,0
Đau họng	4	4,8
Khó thở	1	1,2
Thời gian diễn biến		
< 3 tháng	43	51,8
3 - < 6 tháng	17	20,5
6 - < 12 tháng	8	9,6
≥ 12 tháng	15	18,1

**Một người bệnh có thể có nhiều triệu chứng.*

Người bệnh chủ yếu là nam giới (tỷ số nam/nữ khoảng 12,8/1), 85,5% trên 50 tuổi. Có 58/83 hồ sơ (69,9%) không ghi nhận yếu tố nguy cơ; hút thuốc lá được ghi nhận ở 16,9%, uống rượu bia 8,4%, đồng thời cả hai 6,0% và tiền sử tổn thương biểu mô thanh quản 13,3%. Khàn tiếng là triệu chứng nổi bật cả khi khởi phát (92,8%) và khi thăm khám (94,0%).

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương trên nội soi ống mềm (n = 83)

Đặc điểm nội soi	**n**	**Tỷ lệ (%)**
Vị trí tổn thương		
Thanh môn	54	65,1
Thanh môn - thượng thanh môn	17	20,5
Thanh môn - hạ thanh môn	5	6,0
Cả ba tầng	4	4,8
Thượng thanh môn	2	2,4
Hạ thanh môn	1	1,2
Phạm vi tổn thương		
Một tầng / Hai tầng / Ba tầng	57 / 22 / 4	68,7 / 26,5 / 4,8
Dấu hiệu nghi lan ra ngoài thanh quản	5	6,0
Di động dây thanh		
Bình thường / Hạn chế / Cố định	77 / 3 / 3	92,8 / 3,6 / 3,6
Hình thái tổn thương		
Sùi / Hỗn hợp	79 / 4	95,2 / 4,8
Mức độ tổn thương T ước tính		
T1 / T2 / T3 / T4	54 / 26 / 3 / 0	65,1 / 31,3 / 3,6 / 0

Tổn thương khu trú ở thanh môn đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất; nếu tính cả tổn thương phối hợp, thanh môn có liên quan ở 80/83 người bệnh (96,4%). Không ghi nhận hình thái loét hoặc thâm nhiễm đơn thuần; 96,4% tổn thương ở mức T1-T2.

3.2. Kết quả nội soi ống mềm kết hợp sinh thiết so với mô bệnh học

Bảng 3. Kết quả sinh thiết lần đầu, lần hai và mô bệnh học cuối cùng

Nội dung	**n**	**Tỷ lệ (%)**
Sinh thiết lần đầu (n = 83)		
Ác tính (34 UTBMTBV, 1 u lympho T)	35	42,2
Lành tính	39	47,0
Nghi ngờ cần sinh thiết lại	9	10,8
Sinh thiết lần hai (n = 9)		
Ác tính (UTBMTBV)	2	22,2
Chưa phát hiện ác tính	7	77,8
Mô bệnh học cuối cùng (n = 83)		
Ác tính	37	44,6
Chưa phát hiện ác tính	46	55,4

Trong 37 trường hợp ác tính, 35 trường hợp (94,6%) được phát hiện ngay ở lần sinh thiết đầu và 2 trường hợp (5,4%) chỉ được phát hiện nhờ sinh thiết lần hai. Ở nhóm 9 người bệnh sinh thiết lại, cả hai ca ung thư đều có MBH lần đầu là loạn sản (2/3 ca loạn sản so với 0/6 ca không loạn sản; p = 0,083). Sinh thiết lần hai làm thay đổi chẩn đoán ở 7/9 trường hợp (77,8%): 2 ung thư, 2 loạn sản nặng, 1 viêm do lao và 2 tổn thương có ghi nhận nấm.

Bảng 4. Các nhóm tổn thương mô bệnh học cuối cùng

Loại mô bệnh học	**n**	**Tỷ lệ (%)**
Ác tính	37	44,6[a]
Ung thư biểu mô tế bào vảy (UTBMTBV)	36	43,4[a]

Độ I / Độ II / Độ III	12 / 21 / 3	33,3 / 58,3 / 8,3[b]
U lympho T nguyên phát thanh quản	1	1,2[a]
Chưa phát hiện ác tính*	46	55,4[a]
Tổn thương có ghi nhận nấm	15	32,6[c]
Quá sản biểu mô vảy	14	30,4[c]
U nhú biểu mô vảy	8	17,4[c]
Loạn sản vừa / nặng	5 / 3	10,9 / 6,5[c]
Viêm do lao	4	8,7[c]
U hạt	1	2,2[c]

[a] *Tỷ lệ trên n = 83;* [b] *trên 36 UTBMTBV;* [c] *trên 46 trường hợp chưa phát hiện ác tính.* Các tổn thương có thể đồng hiện trên cùng bệnh phẩm.*

Bảng 5. Phân bố ác tính theo các đặc điểm nội soi

Đặc điểm nội soi	n	Ác tính, n (%)	p
Phạm vi tổn thương			0,001
Một tầng	57	18 (31,6)	
Hai tầng	22	16 (72,7)	
Ba tầng	4	3 (75,0)	
Mức độ T ước tính			0,001
T1	54	17 (31,5)	
T2	26	17 (65,4)	
T3	3	3 (100)	
Di động dây thanh			0,188
Bình thường	77	33 (42,9)	
Hạn chế	3	1 (33,3)	
Cố định	3	3 (100)	
Hình thái tổn thương			0,319
Sùi	79	34 (43,0)	
Hỗn hợp	4	3 (75,0)	
Dấu hiệu nghi lan ngoài thanh quản			0,652
Có	5	3 (60,0)	
Không	78	34 (43,6)	

Kiểm định chính xác Fisher hoặc Fisher - Freeman - Halton.

Theo vị trí, tỷ lệ ác tính ở tổn thương thanh môn đơn thuần là 31,5%, thấp hơn rõ so với tổn thương phối hợp thanh môn - thượng thanh môn (70,6%), thanh môn - hạ thanh môn (80,0%) và cả ba tầng (75,0%) (p = 0,005). Mặc dù tỷ lệ ác tính tăng theo mức T, tổn thương T1 vẫn chiếm 17/37 trường hợp ung thư (45,9%). Ở 37 người bệnh ác tính, không ghi nhận tương quan có ý nghĩa giữa thời gian diễn biến triệu chứng và mức T (ρ = 0,118; p = 0,488); 12/25 người bệnh đến khám trong vòng 6 tháng đã ở mức T2-T3.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm nội soi thanh quản ống mềm

Đặc điểm chung. Tuổi trung bình 61,20 ± 10,76 và tỷ lệ nam giới 92,8% phù hợp với đặc điểm dịch tễ UTTQ [1], tương đồng với Nguyễn Trung Duy và cộng sự tại cùng bệnh viện (60,5 ± 9,4 tuổi; nam

97,2%) [6] và Hoàng Văn Phước và cộng sự (62,5 ± 8 tuổi; nam 100%) [7]. Tỷ lệ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể do đối tượng là toàn bộ người bệnh được sinh thiết vì nghi ngờ, trong đó hơn một nửa có kết quả cuối cùng không ác tính; tương tự, Clark và cộng sự ghi nhận tỷ lệ ác tính 37,6% trong 490 lần sinh thiết tại phòng khám [8]. Tỷ lệ ghi nhận hút thuốc lá, uống rượu bia thấp (16,9% và 8,4%) trong khi đây là hai yếu tố nguy cơ chính, với nguy cơ tăng 38,75 lần khi phối hợp mức độ nặng [9], nhiều khả năng phản ánh hạn chế ghi chép tiền sử trong hồ sơ hồi cứu hơn là sự vắng mặt thực sự của phơi nhiễm.

Triệu chứng cơ năng. Khàn tiếng gặp ở 94,0% người bệnh, tương đồng với các tác giả trong nước (86,5-100%) [6], [7], [10], phù hợp với việc thanh môn có liên quan ở 96,4% trường hợp. Tuy nhiên, khàn tiếng không đặc hiệu cho ung thư: 100% người bệnh nấm thanh quản tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương đến khám vì khàn tiếng [11], và 91,2% người bệnh viêm thanh quản do nấm có rối loạn giọng [12]. Khàn tiếng vì vậy là lý do chỉ định nội soi, nhưng không giúp phân biệt lành tính với ác tính.

Vị trí, phạm vi và mức độ tổn thương. Ưu thế tổn thương thanh môn tương đồng với Nguyễn Trung Duy (97,2% ở dây thanh) [6]; Clark và cộng sự ghi nhận tỷ lệ thanh môn thấp hơn (52,4%) do đối tượng gồm cả tổn thương vùng họng [8]. Đầu ống soi mềm uốn linh hoạt giúp tiếp cận các "điểm mù" như buồng thanh thất, mép trước, hạ thanh môn, nhờ đó mô tả được đầy đủ phạm vi lan tầng. Một giá trị riêng của NSÔM là đánh giá di động dây thanh khi người bệnh tỉnh - yếu tố quyết định phân biệt T1-T2 với T3 theo AJCC [5], điều không thực hiện được khi soi treo dưới gây mê. Hình thái sùi chiếm 95,2%, cao hơn nghiên cứu của Trần Anh Bích (75,7%) [10], do mẫu của chúng tôi gồm nhiều tổn thương không ác tính có bề mặt gồ ghề như u nhú, quá sản hoặc giả mạc nấm; do đó hình thái sùi đơn thuần không đủ để định hướng ác tính. Phân bố 96,4% T1-T2 phản ánh đặc điểm nhóm được chỉ định sinh thiết ống mềm tại phòng khám, khi đường thở chưa bị đe dọa.

Thời gian diễn biến. 72,3% người bệnh đến khám trong vòng 6 tháng, tương đồng với thời gian diễn biến trung bình 5,9 ± 6,1 tháng của Nguyễn Trung Duy [6]. Đáng chú ý, thời gian ngắn không loại trừ ác tính cũng như mức độ lan rộng: gần một nửa người bệnh ung thư đến khám trong vòng 6 tháng đã ở mức T2-T3. Thời gian diễn biến dựa trên hồi tưởng của người bệnh, dễ bị đánh giá thấp do người bệnh thường cho rằng khàn tiếng là viêm nhiễm thông thường [13], [14]. Vì vậy, mọi trường hợp khàn tiếng kéo dài trên 3-4 tuần cần được nội soi sớm.

4.2. Kết quả nội soi ống mềm kết hợp sinh thiết so với mô bệnh học

Sinh thiết lần đầu. Sinh thiết lần đầu cho kết quả xác định ở 89,2% người bệnh và phát hiện 94,6% số ca ung thư chỉ với một thủ thuật gây tê tại phòng khám. Kết quả này tương đồng với y văn: Clark và cộng sự ghi nhận sinh thiết tại phòng khám giúp xử trí được 88,4% trường hợp [8]; tổng quan của Owusu-Ayim và cộng

sự cho thấy 81,6% được chẩn đoán chính xác ngay tại phòng khám [2]; Swaminathan và cộng sự ghi nhận tỷ lệ biến chứng thấp và tiết kiệm chi phí nhưng vẫn có nguy cơ âm tính giả [15]. Không có trường hợp ác tính ở lần đầu bị thay đổi sau đó, nên kết quả "ác tính" có thể dùng ngay để lập kế hoạch điều trị; ngược lại, kết quả không ác tính chỉ đáng tin khi phù hợp với hình ảnh nội soi.

Vai trò của sinh thiết lần hai. Sinh thiết lại 9 trường hợp nghi ngờ phát hiện thêm 2 UTBMTBV, đều có MBH lần đầu là loạn sản. Kết quả phù hợp với khuyến cáo của Clark và cộng sự: khi sinh thiết tại phòng khám cho kết quả loạn sản nặng hoặc ung thư tại chỗ cần nghi ngờ ung thư xâm nhập bên dưới [8]; Hội Thanh quản học châu Âu nhấn mạnh chẩn đoán loạn sản phải kết hợp nội soi và MBH, với theo dõi là phần không thể thiếu [16]. Nguyên nhân âm tính giả gồm bệnh phẩm nhỏ, nông, lấy vào vùng hoại tử, sừng hóa hoặc bị che phủ bởi giả mạc nấm; Trần Thị Thu Hiền và cộng sự đã phát hiện UTBMTBV dưới lớp giả mạc nấm [11], tương tự 1 trường hợp có ghi nhận nấm ở lần đầu sinh thiết và được chẩn đoán ung thư ở lần sinh thiết hai trong nghiên cứu này. Ngoài ung thư, sinh thiết lần hai còn mang lại chẩn đoán mới có ý nghĩa điều trị (loạn sản nặng, lao, nấm) ở 5 trường hợp khác. Với người bệnh đã có hai lần sinh thiết ống mềm âm tính nhưng vẫn nghi ngờ cao, nên chuyển soi treo sinh thiết dưới gây mê.

Đặc điểm mô bệnh học. UTBMTBV chiếm 97,3% số ca ác tính, phù hợp với phân loại WHO ấn bản 5 [17]; độ biệt hóa vừa chiếm ưu thế, tương đồng với Nguyễn Hải Yến và cộng sự [18]. Trường hợp u lympho T nguyên phát - thể rất hiếm, chiếm khoảng 1% khối u thanh quản [19] - cho thấy không thể xác định loại mô học chỉ dựa vào hình ảnh nội soi. Trong nhóm chưa phát hiện ác tính, tổn thương có ghi nhận nấm chiếm tỷ lệ cao nhất (32,6%) cho thấy tổn thương thanh quản do nấm dễ nhầm với tổn thương ác tính. Điều này cũng đúng với tổn thương thanh quản do lao [20]. Tổn thương tiền ung thư chiếm 19,3% toàn mẫu; nguy cơ chuyển dạng ác tính tăng theo mức độ loạn sản [21], nên cần được quản lý và theo dõi nội soi định kỳ [16]. Tỷ lệ 55,4% tổn thương nghi ngờ cuối cùng chưa phát hiện ác tính khẳng định MBH là bắt buộc trước khi quyết định điều trị.

Liên quan giữa đặc điểm nội soi và kết quả mô bệnh học. Phạm vi tổn thương và mức T ước tính là hai đặc điểm liên quan rõ nhất với ác tính ($p = 0,001$), phù hợp với đặc tính xâm lấn tại chỗ của u ác tính. Trên thực hành, tổn thương lan nhiều tầng hoặc T cao là dấu hiệu cảnh báo cần sinh thiết kỹ, sinh thiết lại nếu âm tính và chỉ định chẩn đoán hình ảnh sớm. Tuy nhiên, 45,9% số ca ung thư là T1 khu trú - nhóm có tiên lượng tốt nếu được phát hiện kịp thời, vì vậy tổn thương nhỏ không phải lý do để trì hoãn sinh thiết. Cố định dây thanh, hình thái hỗn hợp và dấu hiệu nghi lan ngoài thanh quản có tỷ lệ ác tính cao hơn tỷ lệ chung nhưng chưa có ý nghĩa thống kê do cỡ nhóm nhỏ.

Hạn chế. Nghiên cứu đơn trung tâm, cỡ mẫu vừa, chọn mẫu thuận tiện; dữ liệu hồi cứu về yếu tố nguy cơ có thể thiếu.

MBH cuối cùng chưa được đối chiếu với bệnh phẩm phẫu thuật và nhóm lành tính ở lần đầu chưa được theo dõi chuẩn hóa, nên có thể tồn tại sai lệch xác minh. Mức T chỉ ước tính qua nội soi ánh sáng trắng; tai biến thủ thuật và mức độ dung nạp chưa được đánh giá hệ thống.

5. Kết luận

Người bệnh nghi ngờ ung thư thanh quản chủ yếu là nam giới trên 50 tuổi, biểu hiện khàn tiếng; trên nội soi ống mềm, tổn thương thường gặp ở thanh môn, hình thái sùi, di động dây thanh bình thường và ở mức T1-T2. Nội soi thanh quản ống mềm kết hợp sinh thiết dưới gây tê tại chỗ xác định được 94,6% số ca ung thư ngay từ lần sinh thiết đầu; sinh thiết lại nhóm nghi ngờ giúp phát hiện thêm 5,4% số ca ung thư và thay đổi chẩn đoán ở trường hợp. Tỷ lệ ác tính tăng theo số tầng tổn thương và mức T, nhưng gần một nửa số ca ung thư là T1. Hơn một nửa tổn thương nghi ngờ là lành tính, khẳng định vai trò bắt buộc của mô bệnh học. Đây là phương pháp hiệu quả, an toàn, có thể dùng làm bước chẩn đoán ban đầu cho phần lớn người bệnh nghi ngờ ung thư thanh quản; soi treo sinh thiết dưới gây mê nên dành cho các trường hợp sinh thiết ống mềm nhiều lần không phù hợp với hình ảnh nội soi hoặc có nguy cơ đường thở cao.

Tài liệu tham khảo

1. Sung H., et al. (2026), "Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries", *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 76(4), p. e70090.

2. Owusu-Ayim M., et al. (2022), "Diagnostic accuracy outcomes of office-based (outpatient) biopsies in patients with laryngopharyngeal lesions: a systematic review", *Clinical Otolaryngology*, 47(2), pp. 264-278.

3. Naidu H., Noordzij J.P., Samim A., et al. (2012), "Comparison of efficacy, safety, and cost-effectiveness of in-office cup forcep biopsies versus operating room biopsies for laryngopharyngeal tumors", *Journal of Voice*, 26(5), pp. 604-606.

4. Schutte H.W., et al. (2018), "Digital video laryngoscopy and flexible endoscopic biopsies as an alternative diagnostic workup in laryngopharyngeal cancer: a prospective clinical study", *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 127(11), pp. 770-776.

5. Amin M.B., Edge S.B., Greene F.L. (2017), *AJCC Cancer Staging Manual*, 8th ed., Springer International Publishing.

6. Nguyen Trung Duy, Pham Duc Duy, Le Thi Nhung, et al. (2023), "Research of clinical and paraclinical characteristics of laryngeal cancer of National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam from 11/2022 to 4/2023", *VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences*, 39(2).

7. Hoàng V.P., Lương H.Đ., Trương H.V., Trần M.T. (2024), "Đánh giá kết quả điều trị ung thư thanh quản tại Bệnh viện Thống Nhất TP HCM từ năm 2020 đến năm 2024", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 545(3).

8. Clark A., Nam Y.S., MacKay C., et al. (2025), "Assessing the accuracy, safety,

and tolerance of office-based endoscopic biopsies for laryngopharyngeal lesions", *Laryngoscope*, 135(9), pp. 3287-3295.

9. Jun S., et al. (2024), "The combined effects of alcohol consumption and smoking on cancer risk by exposure level: a systematic review and meta-analysis", *Journal of Korean Medical Science*, 39(22), p. e185.

10. Trần Anh Bích (2024), "Đặc điểm ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm tại Bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 542(2).

11. Trần Thị Thu Hiền, Đào Đình Thi, et al. (2024), "Đánh giá kết quả điều trị nấm thanh quản tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương năm 2023", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 545(3).

12. Wijesekera A., Ekanayake M., Wijesekera N., et al. (2024), "Fungal laryngitis management in immunocompetent patients: a systematic review", *Australian Journal of Otolaryngology*, 7.

13. Brouha X.D., Tromp D.M., de Leeuw J.R., et al. (2005), "Laryngeal cancer patients: analysis of patient delay at different tumor stages", *Head & Neck*, 27(4), pp. 289-295.

14. Atula M., et al. (2023), "Patient and health care delays in large (class T3-T4) oral, oropharyngeal, and laryngeal carcinomas", *Head & Neck*, 45(5), pp. 1215-1225.

15. Swaminathan R., Rosa Opatha S., Mughal Z., Prasad S. (2023), "A systematic review on efficacy, safety and cost-effectiveness of office-based laryngeal biopsy", *Journal of Laryngology & Otology*, 137(9), pp. 946-952.

16. Eckel H.E., et al. (2021), "European Laryngological Society position paper on laryngeal dysplasia Part II: diagnosis, treatment, and follow-up", *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 278(6), pp. 1723-1732.

17. Zidar N., Gale N. (2022), "Update from the 5th edition of the World Health Organization classification of head and neck tumors: hypopharynx, larynx, trachea and parapharyngeal space", *Head and Neck Pathology*, 16(1), pp. 31-39.

18. Nguyễn Hải Yến, Đào Đình Thi, Phùng Thị Hòa (2026), "Đối chiếu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính và mô bệnh học của bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn sớm", *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*, 70(72).

19. Hu J., Han B., Ding R., et al. (2024), "Case report: Suspicious laryngeal mass: a case of laryngeal lymphoma misdiagnosed as chronic inflammation", *Frontiers in Oncology*, 14, p. 1424785.

20. Migliorelli A., et al. (2022), "Laryngeal tuberculosis: a case report with focus on voice assessment and review of the literature", *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 42(5), pp. 407-414.

21. Odell E., et al. (2021), "European Laryngological Society position paper on laryngeal dysplasia Part I: aetiology and pathological classification", *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 278(6), pp. 1717-1722.