

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Belyansky I, Daes J, Radu VG, Balasubramanian R, Reza Zahiri H, Weltz AS, et al. A novel approach using the enhanced-view totally extraperitoneal (eTEP) technique for laparoscopic retromuscular hernia repair. Surg Endosc 2018;32:1525-32.
2. Muysoms F. E., Miserez M., Berrevoet F., Campanelli G., et al, (2009), "Classification of primary and incisional abdominal wall hernias", Hernia, 13 (4), pp. 407-414.
3. Novitsky YW, editor. Hernia Surgery. Cham: Springer International Publishing (2016).
4. Muysoms F, Campanelli G, Champault GG, et al. EuraHS: the development of an international online platform for registration and outcome measurement of ventral abdominal wall hernia repair. Hernia. 2012;16(3):239-250. doi:10.1007/s10029-012-0912-7.
5. Novitsky YW, Elliott HL, Orenstein SB, Rosen MJ. Transversus abdominis muscle release: a novel approach to posterior component separation during complex abdominal wall reconstruction. Am J Surg.2012; 204:709–716.
6. Radu VG, Lica M. The endoscopic retromuscular repair of ventral hernia: the eTEP technique and early results. Hernia. 2019;23(5):945-955. doi:10.1007/s10029-019-01931-x
7. Kivotaka I, Minoru T, Yoshivasu A (2021). "P052 early operative outcomes of enhanced-view totally extra peritoneal repair (eTEP) for ventral hernias", British Journal of Surgery, 108(8).
8. Baig SJ, Priya P. Extended totally extraperitoneal repair (eTEP) for ventral hernias: Short-term results from a single centre. J Minim Access Surg.2019; 15:198–203.
9. Khetan M, Dey A, Bindal V, Suviraj J, Mittal T, Kalhan S, et al. e-TEP repair for midline primary and incisional hernia: technical considerations and initial experience. J Hernia. 2021:1-12.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ HẠ HỌNG, THANH QUẢN

Đào Trọng Tuấn^{1,2}, Nguyễn Văn Ba³, Quân Thành Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả và đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư hạ họng – thanh quản, góp phần hỗ trợ chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng, theo dõi dọc, được thực hiện trên 184 bệnh nhân ung thư (127 thanh quản, 57 hạ họng) và 58 bệnh nhân nhóm chứng tại ba bệnh viện lớn từ 12/2022 đến 12/2025. Dữ liệu được thu thập qua khám lâm sàng, nội soi, chụp CT, xét nghiệm máu và phân tích bằng SPSS 20.0. **Kết quả:** Khàn tiếng, nuốt vướng và nuốt đau là các triệu chứng phổ biến ở nhóm bệnh. Ung thư thanh quản thường xuất phát từ dây thanh và được phát hiện ở giai đoạn sớm hơn, trong khi ung thư hạ họng chủ yếu khởi phát từ xoang lê và phát hiện muộn hơn với tỉ lệ xâm lấn, di căn hạch và độ mô bệnh học cao hơn. Nhóm bệnh có bạch cầu, glucose, AST và creatinine tăng đáng kể so với nhóm chứng. **Kết luận:** Ung thư hạ họng – thanh quản có biểu hiện và tiến triển khác biệt theo vị trí tổn thương, trong đó ung thư hạ họng thường nặng và phát hiện muộn hơn. Nghiên cứu cung cấp dữ liệu thực tiễn quan trọng phục vụ chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả bệnh lý ung thư đầu cổ.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, ung thư hạ họng - thanh quản.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH HYPOPHARYNGEAL AND LARYNGEAL CANCER

Objective: This study aimed to describe and evaluate the clinical and paraclinical characteristics of patients with hypopharyngeal and laryngeal cancer, thereby contributing to improved diagnosis, treatment, and prognosis. **Methods:** A prospective, cross-sectional study with a control group and longitudinal follow-up was conducted on 184 cancer patients (127 with laryngeal cancer and 57 with hypopharyngeal cancer) and 58 control patients at three major hospitals from December 2022 to December 2025. Data were collected through clinical examinations, endoscopy, CT scans, blood tests, and analyzed using SPSS 20.0. **Results:** The most common symptoms among patients were hoarseness, dysphagia, and odynophagia. Laryngeal cancer typically originated from the vocal cords and was more frequently diagnosed at earlier stages, whereas hypopharyngeal cancer mainly originated from the pyriform sinus and was diagnosed at more advanced stages with higher rates of local invasion, lymph node metastasis, and higher histopathological grading. The cancer group had significantly elevated levels of white blood cells, glucose, AST, and creatinine compared to the control group. **Conclusion:** Hypopharyngeal and laryngeal cancers show distinct clinical and paraclinical features based on tumor location. Hypopharyngeal cancer tends to present more severely and is often diagnosed later. This study provides important practical data to support early diagnosis and effective treatment of

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

³Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Quân Thành Nam

Email: dr.namb6@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025

head and neck cancers. **Keywords:** Clinical characteristics, paraclinical characteristics, hypopharyngeal cancer, laryngeal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai toàn cầu và ngày càng trở thành gánh nặng y tế nghiêm trọng. Năm 2022 ghi nhận 20 triệu ca ung thư mới và 9,7 triệu ca tử vong, trong đó ung thư biểu mô hạ họng – thanh quản là loại phổ biến thứ sáu trong nhóm ung thư đầu cổ [1], [2]. Tại Việt Nam, theo Globocan, năm 2022 có hơn 180.000 ca mắc mới và hơn 120.000 ca tử vong do ung thư, với gần 410.000 người đang sống chung với bệnh [3].

Việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư hạ họng – thanh quản là rất cần thiết do đây là loại ung thư vùng đầu cổ có tỷ lệ phát hiện muộn cao, triệu chứng sớm nghèo nàn và dễ nhầm lẫn. Vị trí giải phẫu sâu, khó tiếp cận khiến việc phát hiện các tổn thương nhỏ, đặc biệt là tổn thương tiền ung thư, gặp nhiều khó khăn. Hậu quả là đa số trường hợp được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, khi khối u đã phát triển lớn. Trong khi đó, nếu được phát hiện sớm, bệnh có khả năng điều trị bảo tồn hiệu quả và tiên lượng tốt. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả và đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư hạ họng – thanh quản năm 2025, từ đó cung cấp thêm dữ liệu có giá trị hỗ trợ chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm các

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng		Nhóm bệnh (n=184)		Nhóm chứng bệnh (n=58)		p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Khàn tiếng	Không	56	30,4	2	3,4	<0,001
	Có	128	69,6	56	96,6	
Khó thở	Không	168	91,3	58	100,0	0,015*
	Có	16	8,7	0	0,0	
Nuốt vướng	Không	127	69,0	54	93,1	<0,001
	Có	57	31,0	4	6,9	
Nuốt nghẹn	Không	182	98,9	58	100,0	>0,999*
	Có	2	1,1	0	0,0	
Nuốt sặc	Không	183	99,5	58	100,0	>0,999*
	Có	1	0,5	0	0,0	
Nuốt đau	Không	150	81,5	57	98,3	0,002
	Có	34	18,5	1	1,7	
Ho	Không	173	94,0	55	94,8	>0,999*
	Có	11	6,0	3	5,2	
Đau vùng cổ, họng	Không	167	90,8	56	96,6	0,260*
	Có	17	9,2	2	3,4	

bệnh nhân ung thư hạ họng, thanh quản điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và Bệnh viện K từ 12/2022 đến 12/2025. Nhóm bệnh là những bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư vùng hạ họng/thanh quản, chưa điều trị, đồng ý tham gia nghiên cứu. Nhóm chứng gồm bệnh nhân có tổn thương lành tính vùng thanh quản. Loại trừ các trường hợp thiếu dữ liệu, có di căn xa hoặc khối u nguyên phát thứ hai.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 12/2022 đến 12/2025 tại 3 bệnh viện: Quân y 103, Tai Mũi Họng Trung ương và Bệnh viện K.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng, theo dõi dọc.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Gồm 184 bệnh nhân ung thư (127 thanh quản, 57 hạ họng) và 58 người nhóm chứng.

2.5. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu: Dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn, khám lâm sàng, nội soi, siêu âm, chụp CT, xét nghiệm máu. Nhóm bệnh và chứng lấy mẫu máu tại một thời điểm trước điều trị.

2.6. Quản lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng SPSS 20.0. Dữ liệu định tính trình bày bằng tần suất, so sánh bằng χ^2 . Dữ liệu định lượng mô tả bằng trung bình $\pm$ SD hoặc trung vị (nếu không chuẩn). So sánh dùng T-test, ANOVA hoặc Mann-Whitney tùy theo phân phối.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của Học viện Quân y. Người bệnh được giải thích rõ ràng và tham gia trên cơ sở tự nguyện.

Sút cân	Không	177	96,2	58	100,0	0,202*
	Có	7	3,8	0	0,0	
Khác	Không	166	90,2	45	77,6	0,012
	Có	18	9,8	13	22,4	

* Fisher's Exact Test

Ở nhóm bệnh, những triệu chứng cơ năng phổ biến nhất là khàn tiếng (69,6%), nuốt vướng (31,0%) và nuốt đau (18,5%). Ở nhóm chứng bệnh, có 96,6% số đối tượng bị khàn tiếng. So với nhóm chứng bệnh, nhóm bệnh có

tỷ lệ khàn tiếng thấp hơn (69,6% so với 96,6%; $p<0,001$); tỷ lệ bị khó thở (8,7% so với 0%; $p=0,015$), nuốt vướng (31,0% so với 6,9%; $p<0,001$), nuốt đau (18,5% so với 1,7%; $p=0,002$) cao hơn.

Bảng 2. Đặc điểm bên tổn thương và di động dây thanh của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Ung thư thanh quản (n=127)		Ung thư hạ họng (n=57)		Nhóm chứng bệnh (n=58)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bên tổn thương chính	Bên phải	61	48,0	27	47,4	21	36,2
	Bên trái	57	44,9	28	49,1	17	29,3
	Hai bên	9	7,1	2	3,5	20	34,5
Di động dây thanh âm	Di động tốt	106	83,5	39	72,2	58	100,0
	Hạn chế	9	7,1	5	9,3	0	0,0
	Cố định	12	9,4	10	18,5	0	0,0

Ở nhóm bệnh nhân ung thư thanh quản, có 48,0% có khối u xuất phát từ bên phải, 44,9% có khối u xuất phát từ bên trái và 7,1% có tổn thương ngang nhau ở cả 2 bên. Đa số bệnh nhân (83,5%) có dây thanh còn di động tốt. Ở nhóm bệnh nhân ung thư hạ họng, có 47,4% có khối u xuất phát từ bên phải, 49,1% có khối u

xuất phát từ bên trái và 3,5% có tổn thương ngang nhau ở cả 2 bên. Đa số bệnh nhân (72,2%) có dây thanh còn di động tốt. Ở nhóm chứng bệnh, có 36,2% có tổn thương chính ở bên phải, 29,3% có tổn thương chính ở bên trái và 34,5% có tổn thương ngang nhau ở cả 2 bên. 100% bệnh nhân có dây thanh di động tốt.

Bảng 3. Vị trí xuất phát điểm và đặc điểm xâm lấn của khối u

Vị trí xuất phát	Ung thư thanh quản (n=127)				Ung thư hạ họng (n=57)			
	Vị trí xuất phát		Vị trí xâm lấn		Vị trí xuất phát		Vị trí xâm lấn	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thanh môn	120	94,5	58	45,7			4	7,0
Thượng thanh môn	7	5,5	58	45,7			23	40,4
Hạ thanh môn	0	0,0	23	18,1			1	1,8
Khí quản			2	1,6			0	0,0
Xoang lê	Thành trong		4	3,1	41	71,9	4	7,0
	Đáy		0	0,0	1	1,8	28	49,1
	Thành ngoài		0	0,0	4	7,0	35	61,4
Vùng sau sụn nhân			3	2,4	3	5,3	16	28,1
Thành sau hạ họng			0	0,0	6	10,5	14	24,6
Sụn phễu			3	2,4	2	3,5	13	22,8
Miệng thực quản			0	0,0			7	12,3
Vùng khác			58	45,7			10	17,5

Về vị trí xuất phát khối u: Ở bệnh nhân ung thư thanh quản, khối u chủ yếu xuất phát từ dây thanh (chiếm 94,5%). Ở bệnh nhân ung thư hạ họng, khối u chủ yếu xuất phát từ thành trong xoang lê (chiếm 71,9%). Về đặc điểm xâm lấn của khối u: Ở bệnh nhân ung thư thanh quản,

khối u chủ yếu lan sang dây thanh bên đối diện (chiếm 45,7%) và lên thượng thanh môn (45,7%). Ở bệnh nhân ung thư hạ họng, khối u chủ yếu lan ra thành ngoài xoang lê (61,4%), đáy xoang lê (49,1%) và lên thượng thanh môn (40,4%).

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương hạch

Đặc điểm	Ung thư thanh quản (n=127)		Ung thư hạ họng (n=57)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hạch cổ trên 1cm	34	26,8	33	57,9

Hạch trung thất trên 1 cm	3	2,4	7	12,3
Hình ảnh phá hủy cấu trúc hạch	21	16,5	30	52,6

Ở bệnh nhân ung thư thanh quản, có 34/127 (26,8%) có hạch cổ trên 1cm, 3/127 (2,4%) có hạch trung thất trên 1cm và 21/127 (16,5%) bệnh nhân có hình ảnh phá hủy cấu trúc hạch. Ở bệnh nhân ung thư hạ họng, có 33/57 (57,9%) có hạch cổ trên 1cm, 7/57 (12,3%) có hạch trung thất trên 1cm và 30/57 (52,6%) bệnh nhân có hình ảnh phá hủy cấu trúc hạch.

Bảng 5. Chẩn đoán giai đoạn TNM sau phẫu thuật

Giai đoạn TNM		Ung thư thanh quản (n=127)		Ung thư hạ họng (n=57)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
T	T1	57	44,9	3	5,3
	T2	31	24,4	16	28,1
	T3	29	22,8	24	42,1
	T4	10	7,9	14	24,6
N	N0	120	94,5	35	61,4
	N1	5	3,9	7	12,3
	N2	0	0,0	11	19,3
	N3	2	1,6	4	7,0
Tổng		127	100,0	57	100,0

Bệnh nhân ung thư thanh quản chủ yếu được phát hiện ở giai đoạn T1 (chiếm 44,9%) và N0 (94,5%). Bệnh nhân ung thư hạ họng chủ yếu ở giai đoạn T2-4 (94,7%) và N0 (61,4%).

Bảng 6. Phân bố theo giai đoạn S và phân loại độ mô bệnh học của đối tượng

Phân loại		Ung thư thanh quản (n=127)		Ung thư hạ họng (n=57)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Theo giai đoạn S	S1	57	44,9	2	3,5
	S2	31	24,4	14	24,6
	S3	28	22,0	19	33,3
	S4	11	8,7	22	38,6
Theo độ mô bệnh học	Độ 1	18	14,2	2	3,5
	Độ 2	52	40,9	9	15,8
	Độ 3	57	44,9	46	80,7
Tổng		127	100,0	57	100,0

Theo giai đoạn S, bệnh nhân ung thư thanh quản chủ yếu ở giai đoạn 1 (gần 45%). Còn bệnh nhân ung thư hạ họng chủ yếu ở giai đoạn 4 (38,6%) và giai đoạn 3 (33,3%). Theo phân độ mô bệnh học: Phần lớn bệnh nhân nhóm ung

thư hạ họng có kết quả xét nghiệm độ 3 (80,7%). Bệnh nhân ung thư thanh quản có kết quả xét nghiệm mô bệnh học độ 2 (40,9%) và độ 3 (44,9%) chiếm đa số.

Bảng 7. Một số kết quả xét nghiệm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n1, n2	Nhóm bệnh (n1)	Nhóm chứng bệnh (n2)	p*
		M ± SD hoặc trung vị (min-max)		
Mạch	181; 42	80 (50; 110)	78,8 ± 12,9	0,308
Huyết áp tâm thu	179; 42	120 (100; 180)	119,4 ± 13,9	0,003
Huyết áp tâm trương	179; 42	80 (60; 130)	74,3 ± 10,7	0,027
BMI	166; 37	21,7 ± 2,6	22,2 ± 2,4	0,266**
Bạch cầu (G/l)	177; 58	8 (4,1; 16,8)	7,5 ± 1,9	0,016
NEU (%)	177; 58	61 (23,5; 85,3)	57 (29,7; 92,1)	0,006
LYM (%)	177; 58	26,8 (7,3; 58,6)	30,8 (5; 51,3)	<0,001
BASO (%)	177; 58	0,9 ± 0,8	0,8 ± 0,4	0,296**
EOS (%)	177; 58	1,9 (0,1; 17,7)	2,2 (0; 13,1)	0,195
MONO (%)	177; 58	8,5 (3,2; 24,6)	6,4 ± 2,1	<0,001
Hồng cầu (T/l)	177; 58	4,8 (3,3; 7,2)	4,8 ± 0,5	0,737
Huyết sắc tố (g/l)	177; 58	146 (104; 178)	143 ± 17	0,181
Tiểu cầu (G/l)	177; 58	244 (89; 525)	253,6 ± 65,1	0,298
Uree máu (mmol/l)	176; 58	5,5 (2,2; 10,5)	5,5 ± 1,4	0,269
Glucose máu (mmol/l)	176; 58	5,9 (3,8; 20,1)	5,3 (4; 9,3)	<0,001

AST (U/l)	176; 58	27,3 (14,4; 277,3)	23 (6,1; 105,6)	0,001
ALT (U/l)	176; 58	23,7 (5,9; 156,1)	21,4 (7; 100)	0,239
Creatinine (μ mol/l)	176; 58	83 (53; 154)	64,5 (43; 330)	<0,001

* Mann-Whitney U; ** T-test

So với nhóm chứng bệnh, nhóm bệnh có số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu trung tính và bạch cầu đơn nhân cao hơn với $p=0,016$; $p=0,006$ và $p<0,001$; tỷ lệ bạch cầu lympho thấp hơn ($p<0,001$). So với nhóm chứng, nhóm bệnh có nồng độ glucose, AST và creatinine cao hơn với $p<0,001$; $p=0,001$ và $p<0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Khàn tiếng là triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân ung thư hạ họng – thanh quản (69,6%), thấp hơn nhiều so với tỷ lệ 96,1% được ghi nhận trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hòa (2022) [4] và cũng thấp hơn nhóm chứng (96,6%; $p<0,001$), điều này có thể khiến người bệnh chủ quan, dễ bỏ sót chẩn đoán sớm. Rối loạn nuốt, đặc biệt là nuốt vướng (31,0%) và nuốt đau (18,5%), cũng là biểu hiện thường gặp nhưng dễ bị nhầm với viêm họng thông thường. Đa số trường hợp ung thư chỉ tổn thương một bên thanh quản hoặc hạ họng, trong khi nhóm chứng có tỷ lệ tổn thương hai bên cao hơn (34,5%). Hầu hết bệnh nhân vẫn giữ được di động thanh dây tốt, đây là yếu tố quan trọng trong tiên lượng và xác định khả năng bảo tồn thanh quản.

Kết quả phân tích cho thấy vị trí xuất phát và hướng lan của khối u có sự khác biệt rõ rệt giữa ung thư thanh quản và ung thư hạ họng. Ung thư thanh quản chủ yếu phát sinh từ dây thanh (94,5%), phù hợp với nghiên cứu của Hà Xuân Nghĩa (2023) ghi nhận tỷ lệ 97,2% [5], và có liên quan đến đặc điểm giải phẫu cũng như cơ chế tiếp xúc trực tiếp với các yếu tố nguy cơ như khói thuốc. Trong khi đó, ung thư hạ họng chủ yếu xuất phát từ thành trong xoang lê (71,9%), tương tự nghiên cứu của Deep Jyoti và cộng sự (2019) thực hiện tại Ấn Độ, cho thấy xoang lê là vị trí thường gặp nhất (24/34 trường hợp) [6]. Đặc điểm xâm lấn của khối u cũng phản ánh xu hướng lan khác nhau: khối u thanh quản lan theo trục dọc và nội tại thanh quản, còn khối u hạ họng lan theo chiều ngang và lên trên trong vùng hạ họng.

Tỷ lệ xuất hiện hạch cổ lớn hơn 1cm và hình ảnh phá hủy cấu trúc hạch ở bệnh nhân ung thư hạ họng cao hơn nhiều so với ung thư thanh quản. Điều này cho thấy ung thư hạ họng có xu hướng di căn hạch sớm hơn, phù hợp với đặc điểm giải phẫu có mạng lưới bạch huyết dày đặc và triệu chứng lâm sàng kín đáo. Trong khi đó,

ung thư thanh quản thường được phát hiện sớm hơn và có tỷ lệ di căn hạch thấp hơn, từ đó có tiên lượng sống tốt hơn.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy phần lớn bệnh nhân ung thư thanh quản được chẩn đoán ở giai đoạn T1 (44,9%) và N0 (94,5%), trong khi bệnh nhân ung thư hạ họng chủ yếu ở giai đoạn T2–T4 (94,7%) và tỷ lệ N0 chỉ là 61,4%. Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Takes và cộng sự (2012) cho thấy ung thư thanh quản thường được chẩn đoán ở giai đoạn sớm hơn [7]. Tuy nhiên, mặc dù ung thư hạ họng có xu hướng phát hiện muộn, vẫn có tỷ lệ đáng kể chưa di căn hạch, cho thấy cơ hội phát hiện sớm vẫn khả thi nếu có chiến lược tầm soát phù hợp.

Phân tích giai đoạn S và mô bệnh học cho thấy phần lớn ung thư thanh quản ở giai đoạn I (44,9%) với độ mô bệnh học trung bình, trong khi ung thư hạ họng chủ yếu ở giai đoạn III–IV với độ mô bệnh học độ 3 (80,7%). Điều này tương đồng với dữ liệu SEER về ung thư hạ họng, với khoảng 52–53% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn IV. Các xét nghiệm cận lâm sàng cũng cho thấy sự khác biệt rõ giữa nhóm bệnh và nhóm chứng, với sự gia tăng bạch cầu, glucose, AST và creatinine, phản ánh phản ứng viêm, rối loạn chuyển hóa và tổn thương chức năng gan – thận đặc trưng ở người bệnh ung thư.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy ung thư thanh quản – hạ họng có biểu hiện lâm sàng và đặc điểm cận lâm sàng đặc trưng theo từng vị trí tổn thương, với sự khác biệt rõ rệt về mức độ tiến triển, mô bệnh học và chỉ số xét nghiệm giữa hai nhóm bệnh. Ung thư hạ họng thường được phát hiện muộn hơn và có tiên lượng nặng hơn so với ung thư thanh quản. Các kết quả thu được góp phần cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn giúp nâng cao hiệu quả chẩn đoán sớm, phân tầng nguy cơ và lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp cho người bệnh ung thư đầu cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bakshi J, et al.** Stage-specific expression analysis of MMP-2 & MMP-9 in laryngeal carcinoma. *J Cancer Res Ther.* 2020;16(3):517-520.
2. **Lí X, et al.** Human papillomavirus infection and laryngeal cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *J Infect Dis.* 2013;207(3):479-488.
3. **World Health Organization.** Global cancer burden growing, amidst mounting need for services [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 22].

Available from: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing-amidst-mounting-need-for-services>

4. **Nguyễn Thị Hòa.** Đặc điểm lâm sàng và thực trạng chẩn đoán ung thư thanh quản tại một số bệnh viện ở Hà Nội hiện nay. Tạp chí Khoa học điều dưỡng. 2022; 5 (2): 115-123.
5. **Nghia H X, et al.** Research of Clinical and Paraclinical Characteristics of Laryngeal Cancer of National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam

from 11/2022 to 4/2023. VNU J Sci Med Pharm Sci. 2023;39(2).

6. **Deep J, et al.** Clinical profile of the patients presenting with laryngeal and hypopharyngeal carcinoma: an institution based retrospective study. Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2019;5(5):1161-1166.
7. **Takes RP, et al.** Early detection of laryngeal carcinoma: limited improvement possible. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2012;269:85-90.

KẾT QUẢ MỞ THÔNG DẠ DÀY DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA NỘI SOI BẰNG KỸ THUẬT ĐẶT TRỰC TIẾP (INTRODUCER)

Đặng Quang Nam¹, Phạm Như Hòa¹, Nguyễn Thị Phương¹, Nguyễn Trường Sơn^{1,2}, Lê Diệu Hương¹, Nguyễn Hoài Nam^{1,2}, Nguyễn Thanh Nam¹, Nguyễn Thanh Tùng¹, Bùi Thanh Tùng¹, Phạm Thị Minh Hằng¹, Kiều Văn Tuấn¹, Nguyễn Công Long^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả của kỹ thuật mở thông dạ dày da ra dưới hướng dẫn của nội soi bằng kỹ thuật đặt trực tiếp (introducer). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân được mở thông dạ dày bằng kỹ thuật introducer tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 72,1 tuổi, tỷ lệ nam/nữ: 1,8/1. Chỉ số BMI trung bình $19,3 \pm 2,7$ kg/m². Nhóm bệnh lý thần kinh chiếm 73,5%. Tỷ lệ dùng thuốc kháng sinh toàn thân trước can thiệp chiếm 91,2%. Bệnh nhân được vô cảm bằng gây mê đường tĩnh mạch: 97,1%, có 1 bệnh nhân vô cảm bằng tê tại chỗ. Tỷ lệ thành công của kỹ thuật 100%. Thời gian thực hiện: $7,5 \pm 2,5$ phút (5-10 phút). Có 1 trường hợp gặp tai biến trong thủ thuật do xuyên troca vào thành sau dạ dày gây chảy máu. Kết luận: Mở thông dạ dày ra da bằng kỹ thuật introducer là thủ thuật an toàn với tỷ lệ thành công cao, dễ thực hiện với thời gian can thiệp ngắn. **Từ khóa:** Mở thông dạ dày qua nội soi, introducer.

SUMMARY

THE RESULTS OF PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY WITH INTRODUCER TECHNIQUE

Objective: To describe the clinical characteristics and outcomes of endoscopic percutaneous gastrostomy using the direct introducer technique. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 34 patients who underwent percutaneous gastrostomy using the introducer

technique at Bach Mai Hospital from January 2023 to December 2023. **Results:** The mean age was 72.1 years, with a male/female ratio of 1.8/1. The mean Body Mass Index (BMI) was 19.3 ± 2.7 kg/m². Neurological diseases accounted for 73.5% of cases. The rate of systemic antibiotic use before the procedure was 91.2%. Intravenous anesthesia was used in 97.1% of patients, with one patient receiving local anesthesia. The technical success rate was 100%. The procedure time was 7.5 ± 2.5 minutes (range: 5-10 minutes). There was one case of a complication, which involved posterior gastric wall perforation causing bleeding. **Conclusion:** Percutaneous gastrostomy using the introducer technique is a safe and easily performed procedure with a high success rate and a short intervention time. **Keywords:** Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG), introducer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở thông dạ dày (MTDD) ra da là phương pháp đặt một ống thông từ trong dạ dày qua thành bụng ra ngoài da. Mở thông dạ dày được chỉ định trong các trường hợp như rối loạn nuốt kéo dài, các bệnh lý tắc nghẽn hầu họng, thực quản, người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng do giảm cung cấp thức ăn qua miệng. Kỹ thuật mở thông dạ dày dưới hướng dẫn của nội soi (kỹ thuật Pull) được thực hiện đầu tiên từ năm 1980 bởi Gauderer và Ponsky.¹ Về sau có thêm kỹ thuật đẩy (Push technique) và sau đó là kỹ thuật Introducer (tạm dịch là kỹ thuật đặt trực tiếp).² Tại bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi đã sử dụng nhiều kỹ thuật khác nhau trong mở thông dạ dày dưới hướng dẫn của nội soi từ hơn 20 năm qua, kỹ thuật introducer được sử dụng khoảng 5 năm gần đây với nhiều ưu điểm hơn các kỹ thuật khác. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quang Nam

Email: dangquangnam82@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025