

6. **Hiếu Nguyễn Phan Trọng, Thiện Trần Chí, Nam Nguyễn Thành** (2022), "Đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh và một số yếu tố liên quan", Tạp Chí y học Việt Nam tập 515 - tháng 6-số 1, pp. 82-88.
7. **Tuệ Phan Thị Thúy, Anh Phạm Vân, Tuyển Nguyễn Đình** (2023), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến suy hô hấp sơ sinh nặng tại bệnh viện Sản Nhi Quảng Ngãi", Tạp chí y học Việt Nam tập 529-tháng 8- số 1, pp. 363-365.
8. **Vân Nguyễn Thanh, Nam Nguyễn Thành** (2025), "Đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang", Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 66, Special Issue 6, pp. 287-293.
9. **Baseer Kaa Auid-Orcid, Mohamed, M. Auid-Orcid, Abd-Elmawgood, Ea Auid-Orcid** (2020), "Risk Factors of Respiratory Diseases Among Neonates in Neonatal Intensive Care Unit of Qena University Hospital, Egypt"(2214-9996 (Electronic)).
10. **World Health Organization** (2024), "Newborns mortality", <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/newborn-mortality>.

UNG THƯ BIỂU MÔ TYPE TUYẾN NƯỚC BỌT NGUYÊN PHÁT Ở PHỔI: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Hoàng Văn Lương¹, Nguyễn Thị Thương²

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô type tuyến nước bọt nguyên phát ở phổi là một loại u hiếm gặp chiếm <1% các khối u ở phổi. Loại u này phát sinh từ các tuyến nằm trong lớp dưới niêm mạc của khí quản hoặc phế quản và có đặc điểm mô học tương đồng với các u tuyến nước bọt xuất phát từ vùng đầu - cổ cũng như vú, tuyến ức. Bệnh thường gặp ở độ tuổi trung niên, không hút thuốc và dễ nhầm lẫn với viêm phổi do biểu hiện không đặc hiệu. Chúng tôi báo cáo bệnh nhân nữ 39 tuổi nhập viện vì viêm phổi tái diễn nhiều lần. Chụp CLVT ngực cho thấy khối u nội phế quản trung gian phải gây viêm và xẹp một phần thùy dưới phổi phải. Nội soi ghi nhận khối u dễ chảy máu, bít tắc gần hoàn toàn lòng phế quản. Mô bệnh học xác định chẩn đoán ung thư biểu mô type tuyến nước bọt thể biểu mô nhầy-biểu bì độ thấp. Bệnh nhân được loại trừ u di căn từ tuyến nước bọt bằng thăm khám và chẩn đoán hình ảnh toàn thân. Phẫu thuật nội soi cắt nối phế quản kết hợp hóa trị paclitaxel-carboplatin được tiến hành, sau 7 tháng theo dõi không ghi nhận tái phát. Ca bệnh này cho thấy ung thư biểu mô type tuyến nước bọt nguyên phát ở phổi mặc dù hiếm nhưng vẫn cần được nghĩ đến trong chẩn đoán phân biệt các trường hợp ho hoặc viêm phổi tái phát nhiều lần. Phẫu thuật triệt căn vẫn là điều trị tối ưu, mang lại tiên lượng thuận lợi cho ung thư biểu mô nhầy-biểu bì độ thấp. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô type tuyến nước bọt nguyên phát ở phổi, ung thư biểu mô nhầy-biểu bì, phẫu thuật nội soi cắt-nối phế quản.

SUMMARY

PRIMARY PULMONARY SALIVARY GLAND-TYPE CARCINOMA: A RARE CASE REPORT

¹Trung tâm CDHA&YHHN - Bệnh viện Phổi Trung Ương

²Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Lương

Email: bshoangluong@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Primary salivary gland-type carcinoma of the lung is a rare neoplasm, accounting for less than 1% of all pulmonary tumors. This tumor arises from the submucosal glands of the trachea or bronchi and shares histological features with salivary gland tumors originating from the head and neck region, as well as from the breast and thymus. The disease is typically seen in middle-aged, non-smoking individuals and can easily be misdiagnosed as pneumonia due to its nonspecific clinical presentation. We report the case of a 39-year-old woman who was admitted with recurrent pneumonia. Chest CT revealed an endobronchial mass in the right intermediate bronchus, leading to inflammation and partial atelectasis of the right lower lobe. Bronchoscopy demonstrated a friable mass almost completely obstructing the bronchial lumen. Histopathology confirmed the diagnosis of low-grade mucoepidermoid carcinoma, a subtype of primary salivary gland-type carcinoma of the lung. Systemic evaluation excluded metastasis from salivary glands. The patient underwent bronchoplastic resection with end-to-end anastomosis combined with paclitaxel-carboplatin chemotherapy. After seven months of follow-up, no recurrence was observed. This case highlights that although primary salivary gland-type carcinoma of the lung is rare, it should be considered in the differential diagnosis of patients with chronic cough or recurrent pneumonia. Complete surgical resection remains the treatment of choice and offers a favorable prognosis, particularly in low-grade mucoepidermoid carcinoma.

Keywords: Primary pulmonary salivary gland-type carcinoma, mucoepidermoid carcinoma, bronchoplastic resection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô type tuyến nước bọt nguyên phát ở phổi (Primary Pulmonary Salivary Gland-type Carcinomas) là khối u phổi hiếm gặp, chiếm dưới 1% các khối u nguyên phát ở phổi. Loại u này bắt nguồn từ các tuyến nằm trong lớp dưới niêm mạc của khí quản hoặc phế quản và

có đặc điểm mô học tương tự như các u tuyến nước bọt vùng đầu - cổ [1,2]. Trong khi u tuyến nước bọt ở vùng đầu - cổ phần lớn là lành tính, thì u tuyến nước bọt nguyên phát ở phổi phần lớn lại là ác tính [1]. Việc phân biệt chính xác khối u này với các tổn thương có mô học tương tự có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và quyết định điều trị. Chúng tôi xin trình bày một trường hợp ung thư biểu mô type tuyến nước bọt nguyên phát tại phổi hiếm gặp, đã được điều trị thành công tại Bệnh viện Phổi Trung ương với mong muốn chia sẻ kinh nghiệm trong chẩn đoán và xử trí, góp phần nâng cao nhận thức và giảm thiểu nguy cơ nhầm lẫn trong thực hành lâm sàng.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 39 tuổi, trú tại Yên Hòa, Cẩm Xuyên, Hà Tĩnh, nhập viện ngày 08/07/2024 với lý do ho kéo dài. Bệnh nhân cho biết trong khoảng 2 năm gần đây, thường xuyên bị ho tái phát nhiều lần. Mỗi đợt kéo dài khoảng 2 tuần kèm theo đờm và sốt. Bệnh nhân đã nhiều lần đi khám tại cơ sở y tế địa phương, được chụp X-quang và chẩn đoán viêm phổi. Bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh không rõ loại. Sau mỗi lần điều trị, triệu chứng có cải thiện nhưng không lâu sau lại xuất hiện đợt ho mới, ngày càng thường xuyên hơn. Cách ngày vào viện 1 tuần bệnh nhân tiếp tục bị ho thỉnh thoảng có ho ra ít máu đỏ tươi nên quyết định đến khám tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

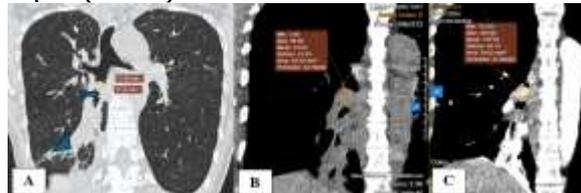
Lúc vào viện: bệnh nhân ho có đờm, thỉnh thoảng có lẫn ít máu đỏ tươi, sốt 38°C, thở 23 lần/phút, SpO₂ 95%, BMI 18. Nghe phổi thấy có ran ẩm, ran nổ ở 1/2 dưới phổi phải. Các xét nghiệm công thức máu: WBC 13.11 G/L, NEU% 86.9%, CRP 72.3 mg/L. Xquang ngực trên phim thẳng thấy đám mờ không đồng nhất, không rõ ranh giới vị trí đáy phổi phải, cạnh tim (mũi tên). Trên phim nghiêng không thấy bất thường (hình 1).



Hình 1. Phim Xquang ngực thẳng lúc vào viện thấy đám mờ không đồng nhất, không rõ ranh giới vị trí đáy phổi phải, cạnh tim (mũi tên)

Bệnh nhân được chụp CLVT ngực có tiêm thuốc cản quang, kết quả thấy hình ảnh đồng đặc kèm xẹp một phần nhu mô thùy dưới phổi phải. Phế quản trung gian phải có nốt tỷ trọng mô mềm kích thước ~ 11x18mm, gây bít tắc

hoàn toàn lòng phế quản, sau tiêm ngấm thuốc mạnh (hình 2).



Hình 2. Phim CLVT ngực

A: Nốt trong lòng phế quản trung gian phải (mũi tên). Đồng đặc kèm xẹp một phần nhu mô thùy dưới phổi phải (đầu mũi tên). B: phim trước và sau tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch thấy nốt ngấm thuốc mạnh sau tiêm.

Bệnh nhân sau đó được chỉ định nội soi khí quản-phế quản bằng ống mềm thấy phế quản trung gian phải có tổ chức u dễ chảy máu gây bít tắc gần hoàn toàn khẩu kính (hình 3). Phế quản phần còn lại thông thoáng, niêm mạc phủ xung huyết nhẹ. Người bệnh được rửa phế quản lấy dịch làm xét nghiệm Bactec, cấy VK, Xpert và sinh thiết u làm xét nghiệm mô bệnh học.



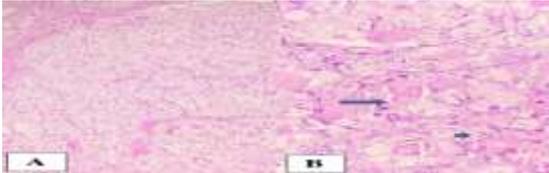
Hình 3. Hình ảnh nội soi phế quản: Khối u gây bít tắc gần hoàn toàn lòng phế quản trung gian phải (mũi tên)

Kết quả sinh thiết thấy mảnh sinh thiết là vùng mô liên kết, thấy nhiều đám tế bào biểu mô tuyến xâm nhập, tế bào nhân đặc tăng sắc và mất cực tính. Các tế bào này sắp xếp tạo cấu trúc tuyến. Chẩn đoán theo dõi ung thư biểu mô thiên về type tuyến nước bọt.

Bệnh nhân được chỉ định siêu âm tuyến nước bọt, chụp MRI sọ não, CT ổ bụng và PET/CT nhưng chưa phát hiện bất thường ở các tuyến nước bọt và các cơ quan khác cũng như chưa thấy dấu hiệu của di căn. Sau 3 tuần điều trị kháng sinh với augmentin các chỉ số viêm của bệnh nhân trở về bình thường (WBC 8,41 G/L, NEU% 69%, CRP 0,7 mg/L). Bệnh nhân được hội chẩn đa chuyên khoa và được quyết định điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt nốt tạo hình phế quản phải.

Khối u được cắt bỏ có kích thước khoảng 2x2x1,5 cm, cấu tạo bởi sự phối hợp của tế bào dạng vảy và tế bào chế nhầy (hình 4), xếp thành các đám đặc và cấu trúc nang nhỏ. Một số vùng có hiện tượng phản ứng mô đệm xơ hóa nhẹ, không thấy hoại tử lan rộng hay nhân chia nhiều. Nhuộm PAS cho thấy các tế bào nhầy

chứa glycogen và mucin trong bào tương. Về hóa mô miễn dịch, các tế bào u dương tính lan tỏa với cytokeratin (CK) 7 và p63/p40, đồng thời biểu hiện CK5/6 ở một phần tế bào vảy. Khối u âm tính với TTF-1 và Napsin A, giúp loại trừ ung thư biểu mô tuyến phổi thông thường. Các dấu ấn thần kinh nội tiết (chromogranin, synaptophysin), cơ trơn (SMA, calponin) và các marker khác đều âm tính. Với đặc điểm mô học và miễn dịch trên, chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô nhầy-biểu bì phổi độ ác tính thấp. Hiện tại không thấy xâm lấn mạch máu hay thần kinh.



Hình 4: Hình ảnh mô bệnh học

A: (HE x100). Mô u là vùng đặc gồm tế bào dạng vảy và tế bào chế nhầy. B: (HE x400) vùng tế bào dạng vảy (mũi tên dài), vùng tế bào chế nhầy (mũi tên ngắn).

Bệnh nhân được tiếp tục điều trị hóa chất với phác đồ phổi hợp paclitaxel và carboplatin 4 đợt, mỗi đợt cách nhau 3 tuần. Một tháng sau mổ bệnh nhân được nội soi phế quản kiểm tra miệng nổi thấy miệng nổi phế quản trung gian phải kín, niêm mạc phủ xung huyết kèm ít tổ chức hạt (hình 5).



Hình 5: Hình ảnh nội soi phế quản kiểm tra vị trí nối tại phế quản trung gian phải sau mổ 1 tháng

Sau 7 tháng phẫu thuật và 4 đợt hóa chất bệnh nhân đi kiểm tra lại bằng chụp CLVT ngực thấy vị trí miệng nối phế quản có dải xơ nhỏ gây hẹp không đáng kể lòng phế quản. Các tổn thương ở nhu mô phổi hai bên đã biến mất hoàn toàn (hình 6).



Hình 6: Hình ảnh CLVT ngực sau mổ 7 tháng

III. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô type tuyến nước bọt nguyên phát ở phổi (Primary Pulmonary Salivary Gland-type Carcinomas) là một nhóm u phổi riêng biệt. Những khối u này có đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học khác biệt so với các loại u phổi khác [2]. Đa số các u tuyến nước bọt nguyên phát tại phổi là ác tính. Tuy nhiên, chúng thường tiến triển chậm hơn đáng kể so với các ung thư phổi thường gặp khác như ung thư biểu mô tuyến hoặc ung thư tế bào nhỏ. Nhóm này chủ yếu bao gồm ung thư biểu mô nhầy-biểu bì (Mucoepidermoid carcinoma - MEC), ung thư biểu mô tuyến-nang (Adenoid cystic carcinoma - AdCC), ung thư biểu mô-cơ biểu mô (Epithelial-myoepithelial carcinoma - EMC) và u tuyến đa hình (Pleomorphic adenoma - PA). Ngoài ra, y văn cũng ghi nhận một số thể hiếm như ung thư tế bào sáng hyalin hóa, u tuyến niêm mạc, ung thư biểu mô tế bào nang, ung thư biểu mô ống tuyến nước bọt và u tế bào hình que [1]. Các khối u này chỉ chiếm dưới 1% tổng số u phổi, trong đó MEC là loại thường gặp nhất [1,2,3]. U biểu mô type tuyến nước bọt nguyên phát ở phổi được cho là phát sinh từ tuyến seromucin dưới niêm mạc cây khí-phế quản. Đa số khối u phát triển ở đường thở trung tâm và biểu hiện dưới dạng tổn thương nội phế quản, do đó bệnh nhân thường có triệu chứng tắc nghẽn đường thở như khó thở, thở rít, ho, ho ra máu, viêm phổi tắc nghẽn và hình ảnh viêm phổi và/hoặc xẹp phổi phía xa [3]. Trong một số trường hợp, khối u có thể xuất hiện ở ngoại vi phổi dưới dạng nốt đơn độc và hoàn toàn không triệu chứng [1,3]. Các u này thường gặp ở lứa tuổi trung niên - độ tuổi thấp hơn so với các ung thư phổi phổ biến khác và không có sự chênh lệch giới tính rõ rệt [3,4], chưa ghi nhận mối liên quan với hút thuốc lá [2].

Các khối u biểu mô type tuyến nước bọt nguyên phát tại phổi không đặc hiệu về lâm sàng và hình ảnh, do đó chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào mô bệnh học [1]. WHO 2021 khuyến cáo phân loại MEC thành hai nhóm: độ thấp và độ cao, dựa trên hoạt động nhân chia, hoại tử và mức độ dị dạng tế bào trên mô bệnh học [2]. MEC độ cao hiếm gặp, đặc trưng bởi dị dạng nhân rõ rệt, mật độ nhân chia nhiều, thường có hoại tử, và thành phần chủ yếu là tế bào trung gian cùng tế bào dạng vảy [2,4,5]. Trong loạt 18 ca được Heitmiller và cộng sự báo cáo, tất cả bệnh nhân MEC độ thấp đều sống sót sau trung bình 4.7 năm theo dõi, trong khi nhóm MEC độ cao tử vong trong vòng 16 tháng; một số trường hợp không thể phẫu thuật do xâm lấn

tại chỗ [6]. Như vậy, độ mô học là yếu tố tiên lượng quan trọng: MEC độ thấp có tiên lượng rất thuận lợi với tỷ lệ sống 5 năm có thể đạt tới 95%, trong khi MEC độ cao diễn tiến nhanh và tiên lượng kém đáng kể [4].

Trong chẩn đoán phân biệt, điều quan trọng nhất là loại trừ u di căn tuyến nước bọt từ vùng đầu cổ, cũng như từ các cơ quan khác như vú, da hay tuyến ức [3]. Vì u tuyến nước bọt phổi có đặc điểm mô học, hóa mô miễn dịch và biến đổi gen tương đồng với u tuyến nước bọt tại các vị trí khác, nên việc phân biệt này không thể dựa vào mô bệnh học hay phân tích phân tử, nên chỉ khi có bằng chứng rõ ràng từ lâm sàng và hình ảnh học mới xác định được đó là u nguyên phát tại phổi [1,2,3].

Đa phần các ung thư biểu mô type tuyến nước bọt nguyên phát ở phổi là khối u ác tính độ thấp nên tốc độ tiến triển chậm, song vẫn có nguy cơ xâm lấn tại chỗ, tái phát hoặc di căn. Do tần suất hiếm gặp nên hiện vẫn chưa có hướng dẫn điều trị chuẩn hóa; các khuyến nghị chủ yếu dựa trên báo cáo ca lâm sàng hoặc các loạt ca nhỏ [1]. Phẫu thuật cắt bỏ vẫn là phương pháp điều trị nền tảng [3], trong khi vai trò của hóa trị và xạ trị hỗ trợ chưa được xác định rõ ràng [1].

Trường hợp chúng tôi báo cáo là bệnh nhân nữ 39 tuổi với các triệu chứng và dấu hiệu trên hình ảnh học và mô bệnh học điển hình của một MEC độ thấp tại phế quản trung gian phải. Bệnh nhân có biểu hiện của tình trạng viêm phổi tái diễn nhiều lần. Nguyên nhân khiến bệnh nhân bị chẩn đoán muộn là do hình ảnh X-quang ngực ban đầu chỉ cho thấy một đám mờ, dễ gợi ý tới viêm phổi, mà không phát hiện được nốt hay khối bất thường nào. Trên cơ sở đó, thầy thuốc chủ yếu tập trung vào điều trị viêm phổi bằng kháng sinh, trong khi bỏ qua yếu tố quan trọng là tình trạng viêm phổi tái diễn nhiều lần. Sự thiếu sót này dẫn đến việc bệnh nhân không được chỉ định các thăm dò chuyên sâu hơn như chụp CLVT ngực hoặc nội soi phế quản, vốn có thể giúp phát hiện sớm khối u nội phế quản gây tắc nghẽn. Tình huống này tương tự nhiều ca trong y văn, khi MEC bị nhầm với viêm phổi kéo dài và điều trị kháng sinh nhiều lần trước khi được chẩn đoán.

Hình ảnh CLVT ngực và nội soi phế quản đều thấy khối u nội phế quản gây xẹp và viêm phổi phía xa. Về mô bệnh học, khối u thể hiện đặc trưng của MEC với sự phối hợp của tế bào dạng vảy và tế bào chế nhầy, sắp xếp thành đám và cấu trúc nang nhỏ. Nhuộm PAS khẳng định sự hiện diện của glycogen và mucin trong tế bào nhầy. Kết quả hóa mô miễn dịch dương tính với

CK7, p63/p40 và CK5/6, trong khi âm tính với TTF-1, Napsin A và các dấu ấn thần kinh nội tiết, giúp loại trừ adenocarcinoma và carcinoid phổi. Những đặc điểm này phù hợp chẩn đoán MEC phổi độ ác tính thấp.

Bệnh nhân đã được loại trừ u di căn từ tuyến nước bọt và loại trừ tình trạng u tiến triển di căn tới các cơ quan khác bằng siêu âm, MRI và PET/CT. Điều trị phẫu thuật nội soi cắt nối phế quản kết hợp hóa trị hỗ trợ paclitaxel-carboplatin giúp bệnh nhân hồi phục tốt, hiện tại sau 7 tháng theo dõi thấy miệng nối phế quản thông thoáng, không thấy tổn thương tái phát và tổn thương nhu mô biến mất hoàn toàn.

Sau với y văn, ca bệnh này phù hợp với đặc điểm dịch tễ (độ tuổi trung niên, không hút thuốc), lâm sàng (ho tái phát, ho ra máu), hình ảnh học (u nội phế quản), và mô bệnh học (MEC độ thấp). Kết quả điều trị cũng củng cố nhận định rằng MEC độ thấp có tiên lượng tốt sau phẫu thuật triệt căn.

IV. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô type tuyến nước bọt nguyên phát ở phổi là khối u hiếm gặp, thường biểu hiện bằng triệu chứng tắc nghẽn đường thở và dễ bị chẩn đoán nhầm là viêm phổi mạn tính. Mô bệnh học có vai trò quyết định trong chẩn đoán. Trường hợp của chúng tôi nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nghĩ đến ung thư biểu mô type tuyến nước bọt nguyên phát ở phổi trong chẩn đoán phân biệt ở bệnh nhân trẻ, không hút thuốc, có viêm phổi kéo dài hoặc tái phát nhiều lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Falk N, et al.** Primary Pulmonary Salivary Gland-type Tumors: A Review and Update. *Advances in Anatomic Pathology*, 2016.
2. **Naso JR, Roden AC.** Recent developments in the pathology of primary pulmonary salivary gland-type tumours. *Histopathology*. 2024;84(1): 102-123.
3. **Minhua Wang, Syed Gilani, Haodong Xu, Guoping Cai;** Salivary Gland-type Tumors of the Lung: A Distinct Group of Uncommon Lung Tumors. *Arch Pathol Lab Med* 1 November 2021; 145 (11): 1379-1386.
4. **Alsaidawi, Said & Morris, John & Wikenheiser-Brokamp, Kathryn & Starnes, Sandra & Karim, Nagla.** (2013). Mucoepidermoid Carcinoma of the Lung: A Case Report and Literature Review. *Case reports in oncological medicine*. 2013. 625-243.
5. **Chin CH, Huang CC, Lin MC, Chao TY, Liu SF.** Prognostic factors of tracheobronchial mucoepidermoid carcinoma 15 years experience. *Respirology*. 2008;13(2):275-280.
6. **Heitmiller RF, Mathisen DJ, Ferry JA, Mark EJ, Grillo HC.** Mucoepidermoid lung tumors. *Ann Thorac Surg*. 1989;47(3):394-399.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT UNG THƯ LƯỠI DI ĐỘNG GIAI ĐOẠN I-II Ở NỮ GIỚI TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Duy^{1,2}, Mai Văn Chinh^{2,3},
Hoàng Mạnh Thắng^{1,2}, Ngô Xuân Quý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật ung thư lưỡi di động giai đoạn I, II ở nữ giới tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 91 BN nữ được chẩn đoán ung thư biểu mô vảy lưỡi di động giai đoạn I-II và điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 60,5 ± 13,6, nhóm >60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (58,2%). Triệu chứng đầu tiên thường gặp là đau lưỡi (60,4%). Vị trí tổn thương hay gặp nhất ở bờ tự do lưỡi (90,1%). Mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô vảy độ II (71,4%). Giai đoạn I chiếm 74,7%, giai đoạn II 25,3%. 100% BN được vét hạch cổ. Hầu hết các bệnh nhân đều có kết quả PT tốt, chỉ một số BN có biến chứng tạm thời: Tổn thương nhánh thần kinh XI tạm thời 12,1%, tổn thương thần kinh XI tạm thời 4,4%. **Kết luận:** ung thư lưỡi ở nữ giới giai đoạn I-II thường gặp ở BN lớn tuổi, tổn thương chủ yếu tại bờ tự do lưỡi. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn I. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, đem lại kết quả tốt cho nhóm bệnh nhân ở giai đoạn này. **Từ khóa:** Ung thư lưỡi, ung thư khoang miệng, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EARLY SURGICAL OUTCOMES OF STAGE I-II MOBILE TONGUE CANCER IN FEMALE PATIENTS AT K HOSPITAL

Objective: To describe the clinical, paraclinical characteristics, and early surgical outcomes of stage I-II mobile tongue cancer in female patients at K Hospital. **Patients and Methods:** A retrospective combined with prospective study was conducted on 91 female patients diagnosed with stage I-II squamous cell carcinoma of the mobile tongue and treated at K Hospital from January 2018 to December 2024. **Results:** The mean age was 60.5 ± 13.6 years, with the >60 age group accounting for the highest proportion (58.2%). The most common initial symptom was tongue pain (60.4%). The most frequent tumor location was the free margin of the tongue (90.1%). Histopathology was predominantly grade II squamous cell carcinoma (71.4%). Stage I accounted for 74.7% and stage II for 25.3%. All

patients (100%) underwent neck dissection. Most patients achieved good surgical outcomes, with only a few experiencing temporary complications: transient marginal mandibular nerve injury (12.1%) and transient spinal accessory nerve injury (4.4%). **Conclusion:** Stage I-II mobile tongue cancer in female patients often occurs in older individuals, with lesions mainly located at the free margin of the tongue. The majority of patients presented at stage I. Surgery remains the main treatment modality and provides favorable outcomes for this group of patients. **Keywords:** tongue cancer, oral cancer, clinical features, subclinical features.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi (UTL) di động là u ác tính nguyên phát của lưỡi, hay gặp nhất trong các ung thư khoang miệng, chiếm đa số là ung thư biểu mô vảy. Theo GLOBOCAN 2022, có khoảng 389.846 ca mắc mới và 188.438 ca tử vong do ung thư khoang miệng [1]. Trong nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam cho thấy ung thư lưỡi thường gặp ở lứa tuổi trung niên và người lớn tuổi, nam giới gặp nhiều hơn nữ giới. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc của nữ giới trong những năm gần đây có xu hướng gia tăng. Ở Mỹ cách đây 40 năm, tỷ lệ mắc ung thư lưỡi nam/nữ là 4/1, gần đây là 3/1. Theo nghiên cứu của Todd Burus và cộng sự tại Mỹ thống kê từ 2001 đến 2019, tỷ lệ mắc ung thư lưỡi ở nữ giới có xu hướng tăng cao hơn nam giới (Tỷ lệ phần trăm thay đổi trung bình hàng năm của nữ là 3.6% so với 2.6 % của nam) [2]. Một câu hỏi đặt ra đó là ung thư lưỡi di động ở nữ giới có đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị có gì khác hơn so với nam giới? Chính vì lí do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật ung thư lưỡi di động giai đoạn I, II ở nữ giới tại Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm BN UTLĐĐ nữ giới giai đoạn I-II được chẩn đoán bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy và điều trị tại bệnh viện K từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô vảy của lưỡi di động.
- Giới nữ, giai đoạn I-II

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Mai Văn Chinh

Email: drchinh1994@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025