

- spontaneous carotid-cavernous sinus fistulas. *J Neurosurg.* 1985;62(2):248-256.
- Chi CT, et al.** Direct traumatic carotid cavernous fistula: angiographic classification and treatment strategies. *Interv Neuroradiol.* 2014;20(4):461-475.
 - Henderson AD, Miller NR.** Carotid-cavernous fistula: current concepts in aetiology, investigation, and management. *Eye (Lond).* 2018 Feb; 32(2):164-172. doi: 10.1038/eye.2017.240. Epub 2017 Nov 3. PMID: 29099499; PMCID: PMC5811734.
 - Supasai P, Kanjana K, Yospaiboon Y.** Direct and Dural Carotid Cavernous Sinus Fistulas: Comparison of Clinical Characteristics. *Clin Ophthalmol.* 2023 Apr 25;17:1207-1214. doi: 10.2147/OPTH.S410930. PMID: 37138824; PMCID: PMC10149770.
 - Chen CC, Chang PC, Shy CG, Chen WS, Hung HC.** CT angiography and MR angiography in the evaluation of carotid cavernous sinus fistula prior to embolization: a comparison of techniques. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2005 Oct;26(9):2349-56. PMID: 16219844; PMCID: PMC7976166.
 - Kohli GS, Patel BC.** Carotid Cavernous Fistula. StatPearls Publishing; 2024.

ĐỐI CHIẾU KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH VÀ HÌNH ẢNH NỘI SOI TRÊN CÁC TỔN THƯƠNG DÂY THANH

Trần Hương Giang^{1,2}, Nguyễn Trinh^{2,3}, Lương Anh Khoa¹, Phạm Hồng Ngọc³, Ngô Thị Tuyết Hạnh², Hồ Thị Hồng Phát², Nguyễn Đức Duy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm nội soi, giải phẫu bệnh và phân tích mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi với chẩn đoán mô bệnh học trên các tổn thương dây thanh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang trên 202 bệnh nhân có tổn thương dây thanh được nội soi và sinh thiết tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 55,1 ± 12,0 tuổi (từ 22 đến 94 tuổi), nam giới chiếm ưu thế (91,6%). Nhóm tổn thương viêm và nghịch sản độ thấp chiếm 78,2%, trong khi nghịch sản độ cao và ung thư biểu mô tế bào gai chiếm 21,8%. Trên nội soi, các tổn thương thường gặp là màng trắng, sùi và loét, có liên quan có ý nghĩa thống kê với nhóm nghịch sản độ cao/ác tính ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nội soi thanh quản giúp định hướng ban đầu trong đánh giá tổn thương dây thanh, nhưng giải phẫu bệnh vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định. Việc phối hợp hai phương pháp có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng nhằm nâng cao độ chính xác chẩn đoán.

Từ khóa: Dây thanh, nội soi thanh quản, giải phẫu bệnh, nghịch sản, ung thư biểu mô tế bào gai.

SUMMARY

CORRELATION OF HISTOPATHOLOGY AND LARYNGOSCOPIC FEATURES IN VOCAL FOLD LESIONS

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Phục hồi chức năng-Điều trị bệnh nghề nghiệp

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trinh

Email: bsnguyentrinh92@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.10.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

Objectives: To investigate the laryngoscopic and histopathological features, and to analyze the associations between clinical characteristics, laryngoscopic findings, and histopathological diagnoses of vocal fold lesions. **Materials and methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 202 patients with vocal cord lesions who underwent laryngoscopic examination and biopsy at the University Medical Center Ho Chi Minh City from January 2023 to December 2023. **Results:** The mean age was 55.1 ± 12.0 years (range: 22–94), with a predominance of males (91.6%). Benign lesions and low-grade dysplasia accounted for 78.2%, while high-grade dysplasia and squamous cell carcinoma represented 21.8%. Laryngoscopic features such as leukoplakia, exophytic masses, and ulcerations were significantly associated with high-grade/malignant lesions ($p < 0.05$). **Conclusions:** Laryngoscopic examination provides useful initial guidance in the evaluation of vocal cord lesions; however, histopathology remains the gold standard for definitive diagnosis. The combination of both methods is crucial to enhance diagnostic accuracy in clinical practice.

Keywords: Vocal cord, laryngoscopy, histopathology, dysplasia, squamous cell carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dây thanh là cấu trúc trung tâm của thanh quản, giữ vai trò thiết yếu trong quá trình phát âm và tham gia điều hòa luồng khí hô hấp. Cấu trúc này thường xuyên chịu tác động cơ học trong quá trình nói, hát, la hét, đồng thời tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, rượu bia, trào ngược dạ dày – thực quản, ô nhiễm không khí hay lạm dụng giọng nghề nghiệp (giáo viên, ca sĩ, người dẫn chương trình). Do đó, dây thanh là vị trí dễ xuất hiện nhiều loại tổn thương, từ lành tính như hạt xơ, polyp, nang, u nhú, cho đến các tổn thương tiền

ung thư và ác tính, điển hình là ung thư biểu mô tế bào gai (squamous cell carcinoma – SCC) [1,2]. Những tổn thương này không chỉ gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng giọng nói, sinh hoạt và nghề nghiệp mà còn có thể đe dọa tính mạng khi tiến triển ác tính.

Trong thực hành lâm sàng, nội soi thanh quản là phương tiện đầu tay, cho phép bác sĩ quan sát trực tiếp vị trí, mức độ lan rộng và đặc điểm hình thái của tổn thương (màng trắng, sùi, loét, phù nề, hạt/polyp...). Nội soi có ưu điểm là nhanh chóng, ít xâm lấn và cung cấp nhiều thông tin ban đầu giúp định hướng chẩn đoán. Tuy nhiên, độ đặc hiệu của hình ảnh nội soi còn hạn chế: cùng một hình thái đại thể có thể xuất hiện trong nhiều bệnh cảnh khác nhau, ví dụ màng trắng có thể gặp ở tăng sừng lành tính, nghịch sản hoặc SCC; tổn thương sùi hoặc loét có thể gặp trong lao thanh quản, ung thư hoặc viêm mạn tính. Sinh thiết và phân tích giải phẫu bệnh vẫn được xem là "tiêu chuẩn vàng" để xác định bản chất tổn thương, đánh giá mức độ ác tính và định hướng điều trị [2,3].

Các nghiên cứu quốc tế ghi nhận rằng nội soi có độ chính xác cao trong nhận diện một số tổn thương lành tính như hạt, polyp hay nang. Trong khi đó, các tổn thương màng trắng, sùi hoặc loét thường gây nhầm lẫn lao với SCC. Ngoài ra, tỉ lệ và phổ bệnh lý dây thanh có thể thay đổi đáng kể tùy theo đặc điểm dân số, thói quen hút thuốc, tần suất trào ngược và tình hình dịch tễ lao của từng khu vực. Ở các nước đang phát triển, lao thanh quản vẫn còn được ghi nhận và có thể nhầm lẫn với ung thư trên nội soi, gây khó khăn cho chẩn đoán [4].

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu [5–7] mô tả đặc điểm bệnh lý thanh quản và kết quả điều trị các tổn thương lành tính hoặc ung thư dây thanh giai đoạn sớm. Tuy nhiên, dữ liệu phân tích mối liên quan giữa yếu tố lâm sàng, đặc điểm nội soi và kết quả mô bệnh học còn hạn chế, nhất là trong bối cảnh cơ sở y tế tuyến cuối tiếp nhận đa dạng ca bệnh, bao gồm cả các tổn thương tiền ung thư và ác tính phức tạp. Các báo cáo trước thường tập trung vào một nhóm bệnh cụ thể hoặc có cỡ mẫu hạn chế, chưa đánh giá toàn diện mối tương quan giữa tuổi, giới, đặc điểm lan rộng, hình thái nội soi với chẩn đoán mô bệnh học [1–3]. Điều này dẫn đến khoảng trống trong việc xác định những yếu tố gợi ý nguy cơ ác tính để hỗ trợ bác sĩ lâm sàng lựa chọn chiến lược xử trí phù hợp (theo dõi, sinh thiết, can thiệp sớm hay phẫu thuật).

Trong bối cảnh bệnh viện tuyến cuối như

Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh tiếp nhận nhiều ca bệnh phức tạp và đa dạng, việc làm rõ giá trị định hướng của nội soi, đồng thời xác định vai trò không thể thay thế của giải phẫu bệnh là rất cần thiết. Nghiên cứu cũng góp phần cung cấp dữ liệu dịch tễ và bệnh học mới, phản ánh đặc thù dân số Việt Nam, bao gồm tỉ lệ lao thanh quản – một thực thể bệnh lý dễ bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm là ung thư.

Từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi của các tổn thương dây thanh.

2. Phân tích mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, nội soi và chẩn đoán mô bệnh học, từ đó góp phần hỗ trợ quá trình định hướng chẩn đoán và lựa chọn chiến lược xử trí hợp lý trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. 202 bệnh nhân có tổn thương dây thanh được nội soi thanh quản và sinh thiết tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu gồm: ((1) bệnh nhân có kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh mẫu sinh thiết tổn thương dây thanh, trong đó trường hợp ung thư dây thanh được xác nhận bằng mẫu phẫu thuật; (2) hồ sơ bệnh án có đầy đủ các thông tin gồm tuổi, giới, báo cáo kết quả nội soi dây thanh, báo cáo kết quả giải phẫu bệnh. Tiêu chuẩn loại trừ gồm: (1) báo cáo nội soi không mô tả đặc điểm tổn thương dây thanh; (2) mẫu sinh thiết chỉ cho thấy hiện diện một ít biểu mô hoặc mô đệm lành tính, không tương xứng với tổn thương trên nội soi thanh quản; (3) lam bệnh phẩm bị hư hỏng, thất lạc.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu được xác định theo công thức ước tính tỷ lệ trong quần thể:

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu cần thiết; Z là giá trị từ phân phối chuẩn tương ứng với mức tin cậy 95% (Z = 1,96); p là tỷ lệ chẩn đoán tương hợp giữa nội soi và giải phẫu bệnh trong nghiên cứu trước (p = 0,789); d là sai số mong muốn, chọn d = 0,06.

Thay các giá trị vào công thức:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.789 \times (1 - 0.789)}{(0.06)^2} = 178$$

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 178 bệnh nhân. Trong thực tế, nghiên cứu thu thập được 202 trường hợp

Các biến số nghiên cứu. Các biến số nghiên cứu bao gồm đặc điểm chung (tuổi, giới) được thu thập từ hệ thống bệnh án điện tử; đặc điểm nội soi thanh quản gồm vị trí tổn thương trên dây thanh (1/3 trước, 1/3 giữa, 1/3 sau, lan toả >2/3 dây thanh), bên tổn thương (trái, phải, hai bên), hình thái tổn thương gồm loét, sùi, mảng trắng, dạng khác (hạt, polyp, nang, phù) và phân nhóm nội soi (lành tính hoặc nghi ngờ ác tính) được lấy từ báo cáo nội soi của bác sĩ lâm sàng (BS Tai mũi họng), kết hợp với hình ảnh chụp tổn thương trong quá trình nội soi thanh quản, được trích xuất từ hồ sơ bệnh án điện tử; đặc điểm mô bệnh học được đánh giá qua lam nhuộm H&E, bao gồm: tăng sừng, tăng sản biểu mô, phù, xơ hoá, phản ứng viêm, hoại tử, chẩn đoán mô bệnh học. Đối với các trường hợp tân sinh biểu mô gai, các tổn thương tiền ung thư được phân độ nghịch sản (nghịch sản độ thấp hoặc cao), và trong các trường hợp carcinôm tế bào gai, độ biệt hoá của u (biệt hoá rõ, trung bình, kém) được đánh giá theo hệ thống phân loại U Thanh quản của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) lần thứ 5 [8].

Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Thu thập dữ liệu hành chính (họ tên, tuổi, giới, mã số hồ sơ) từ hệ thống bệnh án điện tử của Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Bước 2: Ghi nhận đặc điểm nội soi thanh quản dựa trên phiếu trả lời kết quả và hình ảnh nội soi được lưu trữ.

Bước 3: Thu thập và đánh giá đặc điểm mô bệnh học từ lam nhuộm H&E tại Khoa Giải phẫu bệnh.

Bước 4: Nhập, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê.

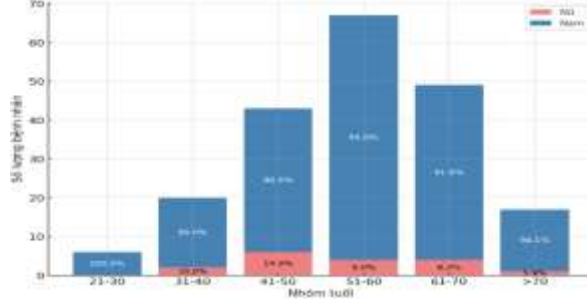
Phân tích thống kê. Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 25.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỉ lệ phần trăm; biến định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn. So sánh giữa các nhóm sử dụng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test cho biến định tính và kiểm định t cho biến định lượng. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh của Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh thông qua theo chấp thuận số 3529/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 14 tháng 11 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung dân số nghiên cứu.

Trong tổng số 202 bệnh nhân, tuổi dao động từ 22 đến 94, trung bình $55,1 \pm 12,0$ tuổi.



Biểu đồ 1. Phân bố nhóm tuổi theo giới tính

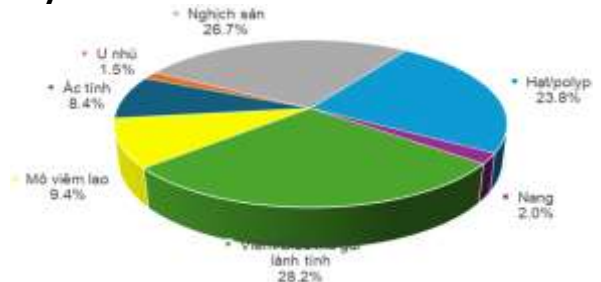
Nhóm tuổi 51–60 chiếm tỉ lệ cao nhất (33,2%), nhóm tuổi 21 – 30 chiếm tỉ lệ thấp nhất (3,0%). Nam giới chiếm 91,6% (185/202), tập trung nhiều nhất ở độ tuổi từ 51 – 60 tuổi. Nữ giới chiếm 8,4% (17/202), tập trung nhiều ở nhóm 41 – 50 tuổi. Tỉ lệ Nam/Nữ = 11:1. Tuổi trung bình của bệnh nhân nam là $55,2 \pm 12,1$ tuổi và của nữ là $54,2 \pm 12,1$ tuổi (kiểm định t, $p = 0,751$).

Tuổi trung bình ở nhóm nghịch sản độ cao/ác tính cao hơn so với nhóm viêm/nghịch sản độ thấp ($62,8 \pm 10,8$ tuổi, so với $52,9 \pm 11,6$ tuổi). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (kiểm định t, $p < 0,001$).

Đặc điểm tổn thương dây thanh trên hình ảnh nội soi.

Vị trí tổn thương tập trung chủ yếu ở 1/3 giữa dây thanh (41,1%), trong khi vị trí ít gặp nhất là 1/3 sau (10,4%). Tỉ lệ phân bố tổn thương một bên chiếm nhiều nhất (63,9%) so với phân bố hai bên (36,1%). Về phân loại nội soi, nhóm tổn thương lành tính chiếm ưu thế (57,9%) so với nhóm nghi ngờ ác tính (42,1%).

Đặc điểm mô bệnh học các tổn thương dây thanh



Biểu đồ 2. Phân bố chẩn đoán Giải phẫu bệnh

Kết quả mô bệnh học cho thấy các tổn thương dây thanh rất đa dạng, trong đó nhóm viêm/biểu mô gai lành tính chiếm tỉ lệ cao nhất với 28,2% tổng số ca. Tiếp theo là nghịch sản

với 26,7% và hạt/polyp với 23,8%. SCC chiếm 8,4%, trong khi mô viêm lao chiếm 9,4%. Tỷ lệ nang dây thanh và u nhú thấp, lần lượt 2,0% và 1,5% mỗi loại.

Khi phân tích đặc điểm vi thể, đặc điểm tăng sản là phổ biến nhất (81,2%), liên quan có ý nghĩa thống kê đến nhóm nghịch sản độ cao/ác tính (kiểm định Fisher, $p < 0,001$). Tăng sừng chiếm 18,8%, chủ yếu gặp ở nhóm lành tính/ngịch sản độ thấp (kiểm định Fisher, $p = 0,028$). Phù mô đệm (22,3%) chỉ xuất hiện ở

nhóm lành tính/ngịch sản độ thấp (kiểm định Fisher, $p < 0,001$). Xơ hoá gặp với tỷ lệ cao (73,8%), tập trung chủ yếu ở nhóm lành tính/ngịch sản độ thấp (kiểm định Chi-square, $p < 0,001$). Hoại tử chiếm 14,4%, nổi bật trong mô viêm lao (kiểm định Fisher, $p < 0,001$). Ngược lại, phản ứng viêm hiện diện ở hầu hết các mẫu (97,0%) nhưng không khác biệt giữa các nhóm (kiểm định Fisher, $p = 0,495$).

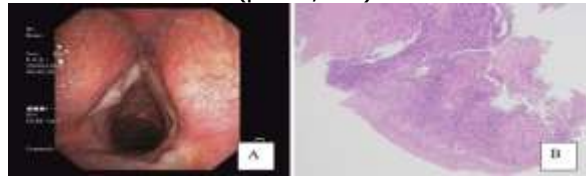
Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi với chẩn đoán giải phẫu bệnh

Bảng 1: Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng – nội soi và chẩn đoán giải phẫu bệnh các tổn thương dây thanh

Đặc điểm	Chẩn đoán GPB				p
	Tổng	Lành tính/Nghịch sản độ thấp	Mô viêm lao	Nghịch sản độ cao/Ác tính	
Tuổi					
≤50 tuổi	136 (67,3)	126 (92,7)	4 (2,9)	6 (4,4)	<0,001 ^a
>50 tuổi	66 (32,7)	13 (19,7)	15 (22,7)	38 (57,6)	
Giới tính					
Nam	185 (91,6)	124 (67,0)	17 (9,2)	44 (23,8)	0,040 ^a
Nữ	17 (8,4)	15 (88,2)	2 (11,8)	0 (0)	
Dây thanh tổn thương					
Một bên	129 (63,9)	80 (62,0)	17 (13,2)	32 (24,8)	0,008 ^a
Hai bên	73 (36,1)	59 (80,8)	2 (2,7)	12 (16,4)	
Vị trí tổn thương					
1/3 dây thanh	128 (63,4)	113 (88,3)	0 (0)	15 (11,7)	<0,001 ^a
Lan tỏa hơn 2/3 dây thanh	74 (36,6)	26 (35,1)	19 (25,7)	29 (39,2)	
Mô tả nội soi					
Dạng khác	113 (55,9)	112 (99,1)	0 (0)	1 (0,9)	<0,001 ^a
Màng trắng/sùi/loét	89 (44,1)	27 (30,3)	19 (21,4)	43 (48,3)	

^a Kiểm định chính xác Fisher

Nhóm lao và nghịch sản độ cao/ác tính gặp chủ yếu ở bệnh nhân >50 tuổi (57,6% và 22,7%) và nam giới (23,8% và 9,2%), cao hơn so với nhóm lành tính/ngịch sản độ thấp ($p < 0,05$). Về đặc điểm tổn thương, nhóm lành tính/ngịch sản độ thấp thường khu trú một bên và 1/3 dây thanh, trong khi nhóm lao và ác tính có xu hướng lan tỏa > 2/3 dây thanh ($p < 0,001$). Hình ảnh nội soi dạng màng trắng/sùi/loét tập trung chủ yếu ở nhóm ác tính (48,3%) và lao (21,4%), khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm lành tính ($p < 0,001$).



Hình 1: Tổn thương dạng loét toàn bộ dây thanh trái trên nội soi thanh quản (A) và mô viêm lao với hình ảnh hoại tử bã đậu đặc trưng - H&E, x200 (B)

(Bệnh nhân: Mã Hoàng S., 61 tuổi)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung dân số nghiên cứu.

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $55,1 \pm 12,0$ tuổi, cao hơn so với nghiên cứu của Priya Malik [1] ghi nhận tuổi trung bình chỉ 39,0 tuổi, Nguyễn Văn Trường [6] là 47,2 tuổi, và Hoàng Văn Anh [7] là 48,2 tuổi. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi đặc điểm mẫu nghiên cứu của cả ba nghiên cứu trên đều tập trung chủ yếu vào các tổn thương lành tính, nên độ tuổi bệnh nhân thấp hơn. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi, bao gồm cả các trường hợp nghịch sản độ cao và SCC, vốn thường gặp ở người lớn tuổi. Đáng chú ý, nhóm nghịch sản độ cao/ác tính có tuổi trung bình $62,8 \pm 10,8$ tuổi, cao hơn so với nhóm viêm/ngịch sản độ thấp ($52,9 \pm 11,6$ tuổi, $p < 0,001$). Bệnh nhân chủ yếu tập trung ở nhóm 51–60 tuổi, tương đồng với kết quả của Nguyễn Quang Trung [5] khi khảo sát trên nhóm ung thư dây thanh. Điều này phản ánh đặc điểm dịch tễ học và tỷ lệ ác tính cao hơn trong quần thể bệnh nhân tại cơ sở của chúng tôi, nơi

tiếp nhận chủ yếu các trường hợp phức tạp và nghi ngờ ác tính.

Nam giới chiếm ưu thế tuyệt đối (91,6%, tỉ lệ Nam/Nữ = 11:1), cao hơn so với các nghiên cứu Nguyễn Văn Trường [6] và Hoàng Văn Anh [7], trong đó nữ giới chiếm ưu thế lần lượt 72,9% và 62,2%. Hai nghiên cứu này tập trung chủ yếu vào các tổn thương lành tính dây thanh, trong khi nghiên cứu của chúng tôi bao gồm các trường hợp được bẩm sinh thiết và có kết quả giải phẫu bệnh, nên tập trung nhiều hơn vào nhóm tổn thương nguy cơ cao, thường gặp ở nam giới, như phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ thuốc lá và rượu bia. Kết quả này cũng tương đồng với những nghiên cứu có tỉ lệ ung thư cao, như nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung [5] (nam chiếm 97,3%) và Naila Awal [2] (nam chiếm 79,0%). Ngoài ra, do đặc thù cơ sở tuyến cuối, các tổn thương lành tính thường gặp ở nữ giới (như hạt/polyp dây thanh) thường đáp ứng với điều trị bảo tồn, nên ít được chỉ định sinh thiết, góp phần làm tăng tỉ lệ bệnh nhân nam lớn tuổi trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi.

Đặc điểm tổn thương dây thanh trên hình ảnh nội soi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số tổn thương dây thanh khu trú một bên (63,9%), phân bố cân đối giữa bên phải và bên trái dây thanh, trong khi tổn thương cả hai bên chiếm 36,1%. Tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Văn Anh [7] trong đó tổn thương hai bên chiếm 52,7%, nhưng tương đồng với các báo cáo của Nguyễn Quang Trung [5] và Naila Awal [2], ghi nhận tỉ lệ tổn thương một bên lần lượt 78,4% và 91,0%. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu xuất phát từ đặc điểm bệnh nhân và tiêu chí chọn mẫu. Nghiên cứu của Hoàng Văn Anh [7] có tổn thương lành tính gặp nhiều nhất là hạt dây thanh, thường gặp ở cả hai bên dây thanh. Ngược lại, nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào các trường hợp có chỉ định sinh thiết, nên tỉ lệ các tổn thương nghi ngờ ác tính hoặc ác tính cao hơn (42,1%), vốn có xu hướng khu trú một bên.

Đặc điểm mô bệnh học các tổn thương dây thanh. Trong 202 ca sinh thiết, kết quả mô bệnh học phân bố đa dạng. Tỉ lệ hạt/polyp trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nhiều tác giả trong và ngoài nước, như Nguyễn Văn Trường (70,1%), Hoàng Văn Anh (50,0%) và Priya Malik (88,0%) [1,6,7]. Sự khác biệt này có thể do tiêu chí chọn mẫu khác nhau: các nghiên cứu trên tập trung gần như hoàn toàn vào tổn thương lành tính, trong khi nghiên cứu của chúng tôi tập trung các trường hợp tổn thương lành tính và nghi ngờ ác tính, nên dẫn đến tỉ lệ

tổn thương lành tính thấp hơn. Tương tự, tỉ lệ nang và u nhú dây thanh thấp hơn một số báo cáo trước [1,3,6,7], trong khi mô viêm lao chiếm 9,4%, một tỉ lệ hiếm gặp trong các nghiên cứu trước đó, phản ánh đặc thù bệnh nhân tại cơ sở nghiên cứu, nơi tiếp nhận nhiều trường hợp phức tạp và được chỉ định sinh thiết để chẩn đoán xác định.

Đáng chú ý, tỉ lệ nghịch sản (26,7%) gần tương đương nhóm viêm/biểu mô gai lành tính (28,2%), cho thấy gánh nặng tiền ung thư đáng lưu ý trong quần thể bệnh nhân được sinh thiết dây thanh. Tỉ lệ SCC của chúng tôi chiếm 8,4%, thấp hơn so với báo cáo của Fatima Sohaila [9] và Nupur Nerurkar [3], lần lượt ghi nhận 22,4% và 20,3%. Mặc dù tỉ lệ SCC thấp hơn, song tỉ lệ nghịch sản trong nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn đáng kể (26,7% so với 6,1% của Fatima Sohaila và 5,1% của Nupur Nerurkar). Sự khác biệt này có thể xuất phát từ chiến lược sàng lọc và chỉ định sinh thiết sớm các tổn thương nghi ngờ ác tính tại cơ sở của chúng tôi, trong khi các nghiên cứu quốc tế nói trên gồm các trường hợp có hình ảnh nội soi gợi ý rõ rệt ác tính, dẫn đến tỉ lệ SCC cao hơn và nghịch sản thấp hơn. Về độ biệt hoá SCC, phần lớn các trường hợp SCC trong nghiên cứu thuộc nhóm biệt hoá vừa và rõ, không ghi nhận trường hợp nào biệt hoá kém. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Naila Awal [2], trong đó chỉ 3,0% SCC biệt hoá kém. Sự khác biệt nhỏ về phân bố độ biệt hoá giữa hai nghiên cứu có thể liên quan đến quy mô mẫu khác nhau - nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 17 ca SCC, trong khi Naila Awal [2] ghi nhận 273 ca SCC (13,2%), dẫn đến khả năng phản ánh đầy đủ phổ biệt hoá mô học bị hạn chế hơn. Ngoài ra, đặc điểm mô học cho thấy hiện tượng tăng sản liên quan đến nhóm ác tính, trong khi phù và xơ hoá chủ yếu gặp ở nhóm lành tính, còn đặc điểm hoại tử thường gặp trong lao, kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trước [10]. Sự tương quan giữa hình ảnh nội soi và đặc điểm mô học phản ánh bản chất bệnh sinh của các tổn thương dây thanh. Cụ thể, hiện tượng tăng sừng và tăng sản biểu mô dẫn đến bề mặt trắng đục – tương ứng với hình ảnh màng trắng trên nội soi; sự phá hủy lớp biểu mô kèm phản ứng viêm hoại tử tạo nên hình thái loét; trong khi sự tăng sinh tân mạch và mô liên kết ở nền tổn thương tạo nên bề mặt sùi hoặc gồ ghề. Do đó, việc nhận diện các đặc điểm này giúp bác sĩ nội soi định hướng được mức độ nghi ngờ ác tính trước khi sinh thiết.



Hình 2: Tổn thương dạng sùi toàn bộ dây thanh phải (A) và kết quả mô bệnh học là SCC biệt hóa vừa – H&E, x200 (B)

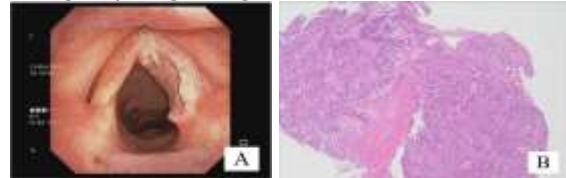
(Bệnh nhân: Lê Văn H., 52 tuổi)

Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi với chẩn đoán Giải phẫu bệnh. Phân tích Bảng 1 cho thấy sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm tổn thương chính. Các tổn thương nghịch sản độ cao/ác tính gặp chủ yếu ở bệnh nhân > 50 tuổi (57,6%), trong khi nhóm lành tính/ngịch sản độ thấp tập trung ở ≤ 50 tuổi (92,7%) ($p < 0,001$). Giới nam chiếm ưu thế ở cả hai nhóm, ở nhóm nghịch sản độ cao/ác tính không ghi nhận trường hợp nữ ($p = 0,040$). Vị trí và mức độ lan tỏa là đặc điểm phân biệt nổi bật: các tổn thương lành tính thường khu trú 1/3 dây thanh và một bên, trong khi tổn thương lan > 2/3 dây thanh lại có xu hướng thuộc nhóm ác tính ($p < 0,001$), phù hợp với nghiên cứu của Fatima Sohaila [9], Nguyễn Văn Trường [6] và Hoàng Văn Anh [7]. Đáng chú ý, hình ảnh nội soi màng trắng, sùi, loét có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với nhóm nghịch sản độ cao/ác tính (48,3%, $p < 0,001$), hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung [5], khi tác giả cũng ghi nhận hình thái bề mặt bất thường dạng loét, hoặc sùi là yếu tố dự báo ác tính cao, song giải phẫu bệnh vẫn là tiêu chuẩn vàng để xác định bản chất tổn thương.

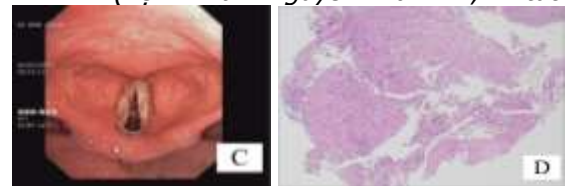
Đáng chú ý là nhóm mô viêm lao (9,4%) có nhiều đặc điểm lâm sàng và nội soi tương đồng với nhóm nghịch sản độ cao/ác tính, bao gồm tuổi cao, giới nam, tổn thương lan rộng > 2/3 dây thanh và hình thái màng trắng/sùi/loét. Sự trùng lặp này khiến nhiều trường hợp dễ bị nghi ngờ ác tính trên nội soi, đặc biệt trong bối cảnh Việt Nam vẫn là quốc gia có tỷ lệ lao cao. Do đó, chẩn đoán dựa trên nội soi đơn thuần là không đủ để phân biệt hai thực thể này, làm cho lao trở thành một chẩn đoán phân biệt quan trọng trong thực hành lâm sàng [4]. Vì vậy, giải phẫu bệnh vẫn giữ vai trò quyết định trong xác định bản chất tổn thương [2,9].

Từ góc độ lâm sàng, kết quả nghiên cứu cho thấy những tổn thương dây thanh có đặc điểm sùi, loét hoặc lan rộng > 2/3 dây thanh thường liên quan đến nghịch sản độ cao hoặc ác tính và cần được chỉ định sinh thiết sớm. Riêng với các tổn thương dạng màng trắng, cần được đánh giá

thêm về phạm vi lan tỏa, ranh giới tổn thương và các triệu chứng đi kèm trước khi quyết định sinh thiết, vì hình thái này có thể gặp trong cả tổn thương lành tính và tiền ung thư. Việc nhận diện sớm các dấu hiệu nghi ngờ và chỉ định sinh thiết hợp lý sẽ giúp rút ngắn thời gian chẩn đoán, nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế bỏ sót các trường hợp ung thư giai đoạn sớm.



(Bệnh nhân: Nguyễn Thanh B., 42 tuổi)



(Bệnh nhân: Huỳnh Bác A., 61 tuổi)

Hình 3: Sùi toàn bộ dây thanh (P) (A) - SCC biệt hóa vừa (B); Sùi toàn bộ hai bên dây thanh (C) - Lao dây thanh (D)

Nghiên cứu hiện tại tồn tại một số hạn chế cần được lưu ý khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, thiết kế hồi cứu cắt ngang dựa trên dữ liệu bệnh án sẵn có nên có thể bị ảnh hưởng bởi sai lệch ghi nhận thông tin lâm sàng hoặc mô tả nội soi, đặc biệt ở các trường hợp không có hình ảnh nội soi lưu trữ đầy đủ. Thứ hai, việc phân loại tổn thương nội soi được dựa trên báo cáo của các bác sĩ Tai Mũi Họng lâm sàng khác nhau, có thể gây ra sự không đồng nhất trong đánh giá hình thái tổn thương. Cuối cùng, nghiên cứu chưa đánh giá được mối liên quan giữa các đặc điểm nội soi – mô bệnh học với diễn tiến lâm sàng hay đáp ứng điều trị, đây là hướng cần được mở rộng trong các nghiên cứu tiến cứu có thời gian theo dõi dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $55,1 \pm 12,0$ tuổi (thấp nhất 22 tuổi, cao nhất 94 tuổi), nam giới chiếm ưu thế rõ rệt (tỉ lệ Nam:Nữ = 11:1). Nhóm tổn thương viêm/ngịch sản độ thấp chiếm 78,2%, trong khi nghịch sản độ cao và SCC chiếm 21,8%. Các đặc điểm tuổi > 50, giới nam, tổn thương lan tỏa > 2/3 dây thanh và hình thái nội soi dạng màng trắng, sùi hoặc loét có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhóm nghịch sản độ cao/ác tính. Trong đó, lao dây thanh là một chẩn đoán phân biệt quan trọng do có hình ảnh nội soi dễ nhầm lẫn với

SCC. Kết hợp hình ảnh nội soi và giải phẫu bệnh giúp nâng cao độ chính xác chẩn đoán và định hướng điều trị phù hợp.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh và Khoa Giải phẫu bệnh đã tạo điều kiện thuận lợi cho nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Malik P, Yadav SPS, Sen R, Gupta P, Singh J, Singla A, Vashisht S.** The Clinicopathological Study of Benign Lesions of Vocal Cords. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019 Oct;71(S1):212–20.
2. **Awal N, Rahman MS.** Histomorphological Pattern of Vocal Cord Lesions in a Tertiary Care Hospital. *J Histopathol Cytopathol.* 2023 July;7(2):95–102.
3. **Nupur Kapoor Nerurkar, Sunil Garg.** Correlation between Rigid Laryngoscopy and Histopathology of Laryngeal Lesions at Our Voice Clinic. *Int J Phonosurgery Laryngol.* 2011 June;1(1):29–31.
4. **El Ayoubi F, Chariba I, El Ayoubi A, Chariba S, Essakalli L.** Primary tuberculosis of the larynx. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2014 Dec;131(6):361–4.
5. **Nguyễn Quang Trung.** Đối chiếu tổn thương ung thư dây thanh giai đoạn sớm qua lâm sàng, nội soi và cắt lớp vi tính. *Tạp Chí Tai Mũi Họng Việt Nam.* 2015 June;60–27:57–64.
6. **Nguyễn Văn Trường, Nguyễn Minh Ngọc, Nguyễn Văn Hữu, Nguyễn Văn Giảng.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi vi phẫu các tổn thương lành tính thanh quản tại Khoa Phẫu thuật và Điều trị theo yêu cầu - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *J 108 - Clin Med Pharmacy [Internet].* 2022 Aug 8 [cited 2024 June 9]; Available from: <https://tcydl108.benhvien108.vn/index.php/YDLS/article/view/1368>
7. **Hoàng Văn Anh.** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh dây thanh qua nội soi hoạt nghiệm thanh quản ở bệnh nhân khàn tiếng tại bệnh viện trường đại học Y dược Cần Thơ từ tháng 09/2020 đến tháng 06/2021. *Tạp Chí Tai Mũi Họng Việt Nam.* 2022 Dec;67–58:57.
8. **Zidar N, Gale N.** Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Hypopharynx, Larynx, Trachea and Parapharyngeal Space. *Head Neck Pathol.* 2022 Mar;16(1):31–9.
9. **Fatima Sohaila, Nasir Mohamed Badri R.** Clinicopathological Spectrum of Laryngeal Lesions Over Seven years in a Tertiary Hospital. *Medreseach.* 2022 Apr;8:41–6.
10. **Ahmad N, Khan S, Hassan MohdJ, Mohroo R, Hameed S, Jetley S.** Clinico-pathological Study of Benign Vocal Fold Polyps and Nodules: A Single Institution Experience of 7 Years at a Tertiary Care Centre, New Delhi, India. *Natl J Lab Med [Internet].* 2024 [cited 2024 June 12]; Available from: https://njlm.net/article_FULLTEXT.aspx?issn=0973-709x&year=2024&month=January&volume=13&issue=1&page=PO37%20-%20PO40&id=2809

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SIÊU ÂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM BAO GÂN DE QUERVAIN

Nguyễn Văn Thăng¹, Hoàng Văn Hưng¹, Phạm Thị Thu Thủy¹, Nguyễn Thị Nga¹, Nguyễn Thành Luân¹, Lê Phi Hảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng, siêu âm và kết quả điều trị viêm bao gân De Quervain. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 51 bệnh nhân với 53 cổ tay có viêm bao gân De Quervain được điều trị tại Bệnh viện trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương từ tháng 12 năm 2021 đến tháng 5 năm 2022. **Kết quả:** Hầu hết bệnh nhân viêm bao gân De Quervain là nữ và tổn thương ở 1 bên. Đau vùng cổ tay hoặc ngón tay cái cũng như nghiệm pháp Finkelstein dương tính được ghi nhận ở 100% các trường hợp. Phần lớn bệnh nhân

đau ở mức độ vừa (điểm VAS 5-7 điểm), chiếm 64,1%. Trên siêu âm, dấu hiệu tăng kích thước của gân và dày bao gân tương ứng 100% và 92,5%. Trên siêu âm Doppler màu và Doppler năng lượng, đa số các trường hợp xuất hiện dấu hiệu tăng tưới máu bao gân. Ở nhóm bệnh nhân là nam, 100% các trường hợp khỏi đau hoàn toàn chỉ sau tiêm bao gân một mũi duy nhất. Ở nhóm bệnh nhân nữ, 85,7% khỏi đau hoàn toàn sau tiêm một mũi, không có trường hợp nào là không cải thiện sau tiêm. **Kết luận:** Đau vùng cổ tay và nghiệm pháp Finkelstein dương tính là những triệu chứng lâm sàng thường gặp của bệnh lý viêm bao gân De Quervain. Siêu âm là phương pháp thăm khám vừa có giá trị trong chẩn đoán vừa giúp phân biệt với các bệnh lý khác vùng cổ tay.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm, viêm bao gân De Quervain

Viết tắt: PDUS: Power Doppler ultrasound, VAS: Visual Analogue Scale, VBG: Viêm bao gân

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thăng
Email: nguyenvanthang@hmtu.edu.vn
Ngày nhận bài: 25.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025
Ngày duyệt bài: 28.11.2025