

KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG UNG THƯ KHOANG MIỆNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ NĂM 2016 ĐẾN 2020

Trần Anh Bích¹, Nguyễn Văn Đô²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá một số yếu tố liên quan đến di căn hạch cổ ở bệnh nhân ung thư khoang miệng được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2016-2020.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 55 bệnh nhân ung thư khoang miệng được phẫu thuật cắt u nguyên phát kết hợp nạo vét hạch cổ. Các biến số bao gồm tuổi, giới, tình trạng hút thuốc, uống rượu, vị trí u, giai đoạn TNM, độ biệt hóa mô học và tình trạng di căn hạch cổ. Các yếu tố liên quan được phân tích bằng các phép kiểm soát kê thích hợp.

Kết quả: Tuổi trung bình là 58,3 (26-81 tuổi), nam giới chiếm 76,4%. Đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển (III-IV) chiếm 76,4%. Tỷ lệ di căn hạch cổ là 61,8%. Vị trí u chủ yếu ở lưỡi (60%) và sàn miệng (40%). Tất cả các trường hợp là ung thư biểu mô tế bào gai, trong đó 49,1% biệt hóa cao và 50,9% biệt hóa vừa. Giai đoạn bệnh và vị trí u có xu hướng liên quan đến tình trạng di căn hạch cổ.

Kết luận: Ung thư khoang miệng thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn và có tỷ lệ di căn hạch cổ cao. Giai đoạn bệnh và vị trí u nguyên phát là những yếu tố liên quan đến di căn hạch cổ. Cần tăng cường phát hiện sớm và đánh giá toàn diện hạch cổ trong điều trị bệnh.

Từ khóa: Ung thư khoang miệng, di căn hạch cổ, giai đoạn TNM, yếu tố liên quan.

SUMMARY

A STUDY OF ASSOCIATED FACTORS IN SURGICALLY TREATED ORAL CAVITY CANCER AT CHO RAY HOSPITAL FROM 2016 TO 2020

Objective: To describe the clinicopathological characteristics and evaluate factors associated with cervical lymph node metastasis in patients with oral cavity cancer treated surgically at Cho Ray Hospital from 2016 to 2020.

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 55 patients with oral cavity cancer who underwent surgical resection of the primary tumor with neck dissection. Variables included age, sex, smoking status, alcohol consumption, primary tumor site, TNM stage, histological differentiation, and cervical lymph node status. Associations were analyzed using appropriate statistical tests.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: trananhbich2015@gmail.com

Mã bài: N447

Ngày nhận bài: 21/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 20/3/2026

Ngày duyệt bài: 21/4/2026

Results: The mean age was 58.3 years (range: 26-81), with a male predominance (76.4%). Most patients were diagnosed at advanced stages (III-IV) (76.4%). The rate of cervical lymph node metastasis was 61.8%. The most common tumor sites were the tongue (60%) and floor of mouth (40%). All cases were squamous cell carcinoma, including 49.1% well-differentiated and 50.9% moderately differentiated tumors. Tumor stage and primary site were associated with cervical lymph node metastasis.

Conclusion: Oral cavity cancer is frequently diagnosed at an advanced stage and is associated with a high rate of cervical lymph node metastasis. Tumor stage and primary site are important factors related to nodal involvement. Early detection and comprehensive cervical evaluation are essential in management.

Keywords: Oral cavity cancer, cervical lymph node metastasis, TNM stage, associated factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh già hóa dân số và sự gia tăng của các bệnh không lây nhiễm, ung thư vùng đầu cổ ngày càng trở thành một vấn đề y tế quan trọng. Ung thư vùng này chiếm khoảng 4-5% tổng số các loại ung thư, trong đó ung thư khoang miệng là một trong những nhóm bệnh phổ biến. Theo GLOBOCAN 2020, mỗi năm trên thế giới ghi nhận khoảng 377.700 ca mắc mới ung thư môi và khoang miệng, với khoảng 177.700 trường hợp tử vong [1]. Ung thư biểu mô tế bào gai chiếm hơn 90% các trường hợp.

Ung thư khoang miệng thường gặp ở lưỡi, sàn miệng, tiếp theo là lợi, niêm mạc má và môi. Do đặc điểm giải phẫu phức tạp và triệu chứng lâm sàng giai đoạn sớm không điển hình, phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ sống còn 5 năm vẫn dao động khoảng 50-60% và chưa cải thiện đáng kể trong nhiều thập kỷ [2].

Nhiều yếu tố đã được xác định có ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh, bao gồm tuổi, giới, giai đoạn bệnh, vị trí u nguyên phát, tình trạng di căn hạch cổ và đặc điểm mô bệnh học [3],[4]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá toàn diện các yếu tố tiên lượng và đặc điểm lâm sàng của ung thư khoang miệng còn hạn chế.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư khoang miệng, từ đó góp phần cung cấp dữ liệu cho việc xây dựng chiến lược chẩn đoán và điều trị phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dân số nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư khoang miệng và được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong giai đoạn từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào gai khoang miệng (lưỡi/sàn miệng) bằng mô bệnh học.

Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ u nguyên phát kết hợp nạo vét hạch cổ.

Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị.

Có dữ liệu theo dõi sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có tiền sử ung thư khác hoặc ung thư thứ hai đồng thời.

Bệnh nhân điều trị không triệt để (không phẫu thuật hoặc chỉ điều trị giảm nhẹ).

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc thiếu thông tin quan trọng.

Bệnh nhân mất theo dõi hoàn toàn sau điều trị (không có thông tin kết cục).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Tất cả các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu được đưa vào phân tích (n = 55).

Thu thập biến số nghiên cứu

Các biến số được thu thập bao gồm:

Đặc điểm chung: tuổi, giới

Yếu tố nguy cơ: hút thuốc (≥ 10 gói-năm), uống rượu (≥ 4 ly chuẩn/ngày hoặc ≥ 14 ly chuẩn/tuần, trong đó 1 ly chuẩn được tính khi có cồn chứa 14g ethanol)

Đặc điểm khối u: vị trí u nguyên phát, mô bệnh học, độ biệt hóa

Giai đoạn bệnh: phân loại theo AJCC phiên bản 8

Điều trị: phương pháp phẫu thuật, nạo vét hạch cổ, điều trị bổ trợ (hóa trị, xạ trị)

Kết cục: tình trạng sống còn và thời gian theo dõi

Phân loại giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh được xác định theo hệ thống phân loại của American Joint Committee on Cancer (AJCC), phiên bản 8. Hệ thống này bao gồm hai điểm cập nhật quan trọng:

- Đưa độ sâu xâm lấn (depth of invasion - DOI) vào phân loại T

- Đưa xâm lấn vỏ bao hạch (extranodal extension - ENE) vào phân loại N

Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê (SPSS/R).

- Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm

- Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng)

- So sánh giữa các nhóm được thực hiện bằng các kiểm định phù hợp (χ^2 hoặc Fisher's exact test đối với biến định tính)

2.3. Y đức

- Tất cả thông tin của bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình điều trị và không ảnh hưởng đến quyền lợi của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Nghiên cứu bao gồm 55 bệnh nhân ung thư khoang miệng được điều trị phẫu thuật. Tuổi trung bình là 58,3 (dao động từ 26 đến 81 tuổi), trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (56,3%). Nam giới chiếm ưu thế với 42 trường hợp (76,4%), tỷ lệ nam/nữ là 3,32:1.

Về yếu tố nguy cơ, có 20 bệnh nhân (36,4%) có tiền sử hút thuốc lá ≥ 10 gói-năm và 18 bệnh nhân (32,7%) sử dụng rượu thường xuyên.

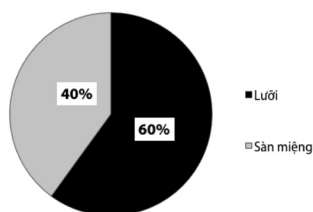
Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới tính của bệnh nhân

Nhóm tuổi	Giới tính		n (%)
	Nam	Nữ	
20-39	1	2	3 (5,4)
40-59	18	3	21 (38,3)
60-79	21	8	29 (52,7)
80-89	2	0	2 (3,6)
Tổng	42	13	55 (100)

3.2. Đặc điểm khối u nguyên phát và mô bệnh học

Vị trí khối u nguyên phát chủ yếu ở lưỡi (60%) và sàn miệng (40%). Tất cả các trường hợp đều được xác định là ung thư biểu mô tế bào gai.

Về độ biệt hóa mô học, 27 trường hợp (49,1%) thuộc loại biệt hóa cao và 28 trường hợp (50,9%) thuộc loại biệt hóa vừa; không ghi nhận trường hợp biệt hóa kém.



Biểu đồ 1. Vị trí u nguyên phát trong nghiên cứu

3.3. Giai đoạn bệnh (cTNM)

Phân bố giai đoạn bệnh theo TNM lâm sàng cho thấy đa số bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển.

Di căn hạch cổ được xác định qua giải phẫu bệnh sau phẫu thuật ở 34 trường hợp (61,8%), trong khi 21 trường hợp (38,2%) không ghi nhận di căn. Tất cả bệnh nhân đều được đánh giá hạch cổ trước mổ bằng chụp cắt lớp vi tính có cản quang; một số trường hợp được bổ sung cộng hưởng từ

Giai đoạn	n (%)
I	6 (10,9)
II	7 (12,7)
III	34 (61,8)
IV	8 (14,6)
Tổng	55 (100)

3.4. Phương pháp điều trị

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ rộng u nguyên phát kết hợp nạo vét hạch cổ (chọn lọc, cải biên hoặc triệt căn). Một số trường hợp được tái tạo khuyết hồng bằng các kỹ thuật như vật dưới cằm, vật mũi má hoặc vật cơ niêm mạc má.

Điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật bao gồm:

Hóa trị đơn thuần: 10 trường hợp

Xạ trị đơn thuần: 16 trường hợp

Hóa xạ trị đồng thời: 8 trường hợp

Không điều trị hỗ trợ: 21 trường hợp

3.5. Các yếu tố liên quan đến di căn hạch cổ

Phân tích cho thấy tỷ lệ di căn hạch cổ cao hơn ở nhóm bệnh nhân giai đoạn tiến triển (III-IV) so với nhóm giai đoạn sớm (I-II). Ngoài ra, các khối u vùng sàn miệng có xu hướng di căn hạch cổ cao hơn so với ung thư lưỡi.

Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa di căn hạch cổ với tuổi, giới hoặc mức độ sử dụng thuốc lá và rượu trong nghiên cứu này.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, ung thư khoang miệng gặp chủ yếu ở nam giới với tỷ lệ nam/nữ là 3,32:1, phù hợp với các báo cáo trước đây khi nam giới

chiếm ưu thế rõ rệt. Sự khác biệt này thường được giải thích bởi mức độ tiếp xúc cao hơn với các yếu tố nguy cơ, đặc biệt là hút thuốc lá và sử dụng rượu bia. Theo Sung và cộng sự [1], hai yếu tố này không chỉ làm tăng nguy cơ mắc bệnh mà còn có tác dụng hiệp đồng, làm gia tăng đáng kể nguy cơ ung thư khoang miệng khi kết hợp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử hút thuốc (36,4%) và uống rượu (32,7%) thấp hơn so với các báo cáo quốc tế (50-70%). Do thiết kế hồi cứu, thông tin về thói quen sinh hoạt chủ yếu dựa trên khai báo của bệnh nhân tại thời điểm nhập viện, do đó có thể xảy ra sai lệch nhớ lại hoặc xu hướng khai báo không đầy đủ. Ngoài ra, trong bối cảnh văn hóa - xã hội, việc đánh giá định lượng mức độ sử dụng rượu bia và thuốc lá còn gặp nhiều khó khăn, đặc biệt khi chưa có các thang đo chuẩn hóa trong hồ sơ bệnh án. Mặc dù chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hút thuốc, uống rượu và tình trạng di căn hạch cổ trong nghiên cứu này, nhưng vai trò của các yếu tố này trong sinh bệnh học ung thư khoang miệng đã được khẳng định rõ ràng. Thuốc lá chứa nhiều chất sinh ung thư như nitrosamine và các hydrocarbon thơm đa vòng, gây đột biến DNA và thúc đẩy quá trình sinh ung. Trong khi đó, ethanol và chất chuyển hóa acetaldehyde có thể làm tăng tính thấm niêm mạc, tạo điều kiện cho các chất gây ung thư xâm nhập sâu hơn vào mô. Sự phối hợp giữa hút thuốc và uống rượu được chứng minh có tác dụng hiệp đồng, làm tăng nguy cơ ung thư lên nhiều lần so với từng yếu tố riêng lẻ.

Đáng chú ý, một số nghiên cứu gần đây còn cho thấy các yếu tố lối sống này không chỉ liên quan đến nguy cơ mắc bệnh mà còn có thể ảnh hưởng đến đặc điểm tiến triển của khối u, bao gồm mức độ xâm lấn và khả năng di căn. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, mối liên quan này chưa được thể hiện rõ, có thể do cỡ mẫu còn hạn chế và thiếu dữ liệu định lượng chi tiết về mức độ phơi nhiễm.

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 58,3, phù hợp với đặc điểm dịch tễ học chung của ung thư khoang miệng, thường gặp ở nhóm tuổi trung niên và cao tuổi. Nghiên cứu của Kim và cộng sự [3] ghi nhận độ tuổi trung bình tương tự, với đa số bệnh nhân nằm trong khoảng 50-70 tuổi. Tuy nhiên, việc ghi nhận một số trường hợp ở bệnh nhân trẻ (<40 tuổi) trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với xu hướng “trẻ hóa” đã được báo cáo gần đây, có thể liên quan đến các yếu tố nguy cơ mới như nhiễm HPV hoặc thay đổi hành vi lối sống.

Về đặc điểm khối u, tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều là ung thư biểu mô tế bào gai, phù hợp với y văn khi loại mô bệnh học này chiếm hơn 90% các ung thư khoang miệng [1]. Vị trí u nguyên phát chủ yếu ở lưỡi (60%) và sàn miệng (40%),

tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Theo nhiều báo cáo, ung thư sàn miệng có xu hướng tiên lượng xấu hơn do đặc điểm giải phẫu thuận lợi cho xâm lấn tại chỗ và di căn hạch cổ hai bên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận xu hướng tỷ lệ di căn hạch cao hơn ở nhóm sàn miệng, mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê.

Một phát hiện đáng chú ý là tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển (III-IV) chiếm 76,4%. Tỷ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu tại các nước phát triển, nơi tỷ lệ giai đoạn muộn thường dao động khoảng 50-60%. Sự khác biệt này có thể phản ánh hạn chế trong việc phát hiện sớm, nhận thức cộng đồng và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế chuyên khoa. Theo Siegel và cộng sự [2], việc chẩn đoán muộn vẫn là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tiên lượng kém trong ung thư khoang miệng trên toàn cầu.

Tỷ lệ di căn hạch cổ trong nghiên cứu là 61,8%, tương đối cao so với các báo cáo khác. Theo Zbären và cộng sự [4], tỷ lệ di căn hạch cổ trong ung thư khoang miệng giai đoạn sớm dao động khoảng 20-40%, nhưng có thể tăng lên trên 50% ở các giai đoạn tiến triển. Điều này phù hợp với đặc điểm mẫu nghiên cứu của chúng tôi khi phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn III-IV. Ngoài ra, hệ thống dẫn lưu bạch huyết phong phú của vùng lưỡi và sàn miệng cũng góp phần làm tăng nguy cơ di căn hạch cổ.

Phân tích mối liên quan cho thấy giai đoạn bệnh có liên quan đến tình trạng di căn hạch cổ, phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó. Điều này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng, nhấn mạnh vai trò của việc đánh giá đầy đủ hạch cổ ngay từ đầu. Mặc dù chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa các yếu tố như tuổi, giới, hút thuốc và uống rượu với di căn hạch cổ, nhưng điều này có thể do cỡ mẫu còn hạn chế và thiết kế hồi cứu.

Về phương pháp điều trị, tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được phẫu thuật triệt để kết hợp nạo vét hạch cổ, phù hợp với khuyến cáo của NCCN [5]. Tỷ lệ sử dụng điều trị bổ trợ (hóa trị và/hoặc xạ trị) tương đối cao, phản ánh đặc điểm bệnh ở giai đoạn tiến triển. Điều trị đa mô thức hiện nay được xem là tiêu chuẩn trong các trường hợp nguy cơ cao nhằm cải thiện kiểm soát tại chỗ và vùng.

Nghiên cứu có một số hạn chế cần được lưu ý. Thứ nhất, thiết kế hồi cứu có thể dẫn đến sai lệch thông tin, đặc biệt trong việc thu thập các yếu tố nguy cơ. Thứ hai, cỡ mẫu còn hạn chế, làm giảm khả năng

phát hiện các mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Thứ ba, nghiên cứu chưa đánh giá được các yếu tố tiên lượng dài hạn do thiếu dữ liệu sống còn.

Mặc dù vậy, nghiên cứu cung cấp những dữ liệu có giá trị về đặc điểm lâm sàng và tình trạng di căn hạch cổ ở bệnh nhân ung thư khoang miệng tại một cơ sở tuyến cuối. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của phát hiện sớm và đánh giá toàn diện hạch cổ trong chiến lược điều trị, góp phần cải thiện kết quả lâm sàng cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy ung thư khoang miệng trong nhóm bệnh nhân này chủ yếu được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển và có tỷ lệ di căn hạch cổ cao. Giai đoạn bệnh và vị trí u nguyên phát là những yếu tố có liên quan đến tình trạng di căn hạch cổ.

Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện sớm và đánh giá toàn diện hạch cổ trong tiếp cận điều trị ung thư khoang miệng. Phẫu thuật triệt để kết hợp nạo vét hạch cổ vẫn là phương pháp điều trị chủ đạo, trong khi điều trị bổ trợ cần được cân nhắc ở các trường hợp nguy cơ cao.

Cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế tiền cứu nhằm làm rõ hơn các mối liên quan lâm sàng - mô bệnh học và tối ưu hóa chiến lược điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3): 209-49. doi:10.3322/caac.21660
2. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin.* 2023;73(1):17-48. doi:10.3322/caac.21763
3. Kim KY, Yoon SY, Kim EK, Kim SY. Prognostic factors in oral cavity cancer: analysis of 180 cases. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2013;39(4):171-8. doi:10.5125/jkaoms.2013.39.4.171
4. Zbären P, Lehmann W. Frequency and predictive factors of occult cervical lymph node metastases in early oral cancer. *Head Neck.* 2007;29(8):731-7. doi:10.1002/hed.20590
5. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Head and Neck Cancers. Version 2.2023. Available from: <https://www.nccn.org>.