

2. **Nguyễn Xuân Tịnh, Phạm Thiều Trung, Vũ Đức Định.** Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật lấy thai bằng kỹ thuật gây tê cơ vuông thắt lưng dưới hướng dẫn của siêu âm tại bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Phú Quốc. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;508:1-4.
3. **Mieszkowski MM, Mayzner-Zawadzka E, Tuyakov B, et al.** Evaluation of the effectiveness of the Quadratus Lumborum Block type I using ropivacaine in postoperative analgesia after a cesarean section — a controlled clinical study. Ginekologia Polska. 2018;89(2):89-96. doi:10.5603/GP.a2018.0015
4. **Naaz S, Kumar R, Ozair E, et al.** Ultrasound Guided Quadratus Lumborum Block Versus Transversus Abdominis Plane Block for Postoperative Analgesia in Patients Undergoing Total Abdominal Hysterectomy. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2021;49(5):357-364. doi: 10.5152/TJAR.2021.985
5. **Ökmen K, Metin Ökmen B, Topal S.** Ultrasound-guided posterior quadratus lumborum block for postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy: A randomized controlled double blind study. J Clin Anesth. 2018;49:112-117. doi:10.1016/j.jclinane.2018.06.027
6. **Blanco R, Ansari T, Girgis E.** Quadratus lumborum block for postoperative pain after caesarean section: A randomised controlled trial. Eur J Anaesthesiol. 2015;32(11):812-818. doi:10.1097/EJA.000000000000299
7. **Salama ER.** Ultrasound-guided bilateral quadratus lumborum block vs. intrathecal morphine for postoperative analgesia after caesarean section: a randomized controlled trial. Korean J Anesthesiol. 2020;73(2):121-128. doi:10.4097/kja.d.18.00269

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH NGỰC CỦA BỆNH NHÂN HO RA MÁU CÓ CHỈ ĐỊNH GÂY TẮC ĐỘNG MẠCH PHẾ QUẢN

Đào Ngọc Bằng¹, Tạ Bá Thắng¹, Bạch Quốc Tuấn¹,
Nguyễn Lam¹, Nguyễn Thanh Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính ngực của bệnh nhân ho ra máu có chỉ định gây tắc động mạch phế quản tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Quân y 103 trong 5 năm (từ 01/2016 đến 01/2021). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang trên 102 bệnh nhân ho ra máu có chỉ định gây tắc động mạch phế quản được chụp cắt lớp vi tính ngực, điều trị tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Quân y 103 từ 01/2016 đến 01/2021. **Kết quả:** bệnh nhân nam giới chiếm đa số (75,49%), tuổi trung bình là 56,09 tuổi. Nguyên nhân ho ra máu chủ yếu là giãn phế quản (63,73%). Tổn thương trên cắt lớp vi tính ngực gặp chủ yếu ở thùy trên phải 50%, thùy trên trái 48,04%. Tổn thương khu trú gặp 54,90%, lan tỏa gặp 45,10%. Hình ảnh đồng đặc phổi gặp chủ yếu (96,08%), hang gặp 27,45%, xẹp phổi 14,71%. Mức độ giãn phế quản trung bình gặp nhiều nhất (46,16%). **Kết luận:** Tổn thương trên cắt lớp vi tính ngực ở bệnh nhân ho ra máu có chỉ định gây tắc động mạch phế quản gặp chủ yếu là đồng đặc ở thùy trên 2 phổi và mức độ giãn phế quản trung bình.

Từ khóa: Ho ra máu, gây tắc động mạch phế quản, cắt lớp vi tính lồng ngực.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND CHEST

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đào Ngọc Bằng

Email: daongocbang@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.5.2023

COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES IN PATIENTS WITH HEMOPTYSIS HAVING INDICATION OF BRONCHIAL ARTERY EMBOLIZATION

Objectives: To describe the clinical characteristics and chest computed tomography images of patients with hemoptysis who had indication of bronchial artery embolization in Respiratory center, Military Hospital 103 in 5 years (from Jan 2016 to Jan 2021). **Subjects and methods:** A prospective cross-sectional study was carried out on 102 patients with hemoptysis, who had indication of bronchial artery embolization and underwent chest computed tomography, being treated Respiratory center, Military Hospital 103 from Jan 2016 to Jan 2021. **Results:** Subjects were mainly men (75.49%), with average age of 56.09 years old. The main cause of hemoptysis were bronchiectasis (63.73%). Lesions on chest computed tomography were mainly seen on the right upper lobe (50%) and the left upper lobe (48.04%). The lesions were local (54.9%) and diffuse (45.1%). The image of lung consolidation was mainly (96.08%), following by cavity (27.45%) and lung collapse (14.71%). The degree of bronchiectasis were mainly moderate (46.16%). **Conclusions:** Lesions on chest computed tomography in patients with hemoptysis, having indication for bronchial artery embolization, were mainly consolidation in the upper lobes of two lungs and moderate degree of bronchiectasis.

Keywords: Hemoptysis, bronchial artery embolization, chest computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho ra máu là tình trạng cấp cứu nội khoa đe dọa tính mạng cần được chẩn đoán và xử trí kịp

thời. Nguyên nhân ho ra máu rất đa dạng bao gồm các bệnh lý của phế quản, nhu mô phổi. Tại Việt Nam nguyên nhân phổ biến của ho ra máu là giãn phế quản, lao phổi và ung thư phổi. Tổn thương nguồn mạch gây ho ra máu bao gồm từ động mạch phế quản, động mạch phổi, các mao mạch..., trong đó nguồn chảy máu từ nguồn động mạch phế quản chiếm đa số. Chính vì vậy, kỹ thuật chụp và gây tắc động mạch phế quản đã trở thành một phương pháp điều trị có hiệu quả trong điều trị nhiều nguyên nhân và mức độ ho ra máu: ho ra máu nặng, tái diễn, dự phòng ho ra máu... [1]. Việc đánh giá đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính ngực có vai trò rất quan trọng trước kỹ thuật gây tắc động mạch phế quản: giúp định hướng cấy nguyên, vị trí chảy máu, đánh giá biến chứng và tiên lượng kết quả kỹ thuật. Mục tiêu của nghiên cứu là: Mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính ngực của bệnh nhân ho ra máu có chỉ định gây tắc động mạch phế quản tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Quân y 103 trong 5 năm (từ 01/2016 đến 01/2021).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Gồm 102 bệnh nhân ho ra máu, được điều trị can thiệp bằng gây tắc động mạch phế quản lần đầu tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Quân y 103 từ năm 01/2017 đến năm 12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ho ra máu do các nguyên nhân giãn phế quản, lao phổi, ung thư phổi có chỉ định và được thực hiện kỹ thuật chụp và gây tắc động mạch phế quản; tuổi ≥ 18.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có chống chỉ định kỹ thuật chụp và gây tắc động mạch phế quản; Bệnh nhân không chụp được cắt lớp vi tính ngực; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện. Các bệnh nhân được khám lâm sàng và làm các xét nghiệm đánh giá các dữ liệu: tuổi, giới, nguyên nhân ho máu, mức độ ho máu, biến chứng ho máu, chỉ định chụp và gây tắc động mạch phế quản cầm máu. Trước khi thực hiện kỹ thuật chụp và gây tắc động mạch phế quản, các bệnh nhân được chụp Xquang phổi quy ước và cắt lớp vi tính ngực độ phân giải cao tại Khoa Xquang chẩn đoán, Bệnh viện Quân y 103. Đọc và phân tích hình ảnh cắt lớp vi tính bởi các bác sỹ chẩn đoán hình ảnh và bác sỹ chuyên khoa hô hấp. Phân loại mức độ ho máu theo tiêu chuẩn: Mức độ nhẹ (< 50 mL máu/24 giờ), mức độ vừa (50

≤ số lượng máu/24 giờ < 200 mL), mức độ nặng (≥ 200 mL máu/24 giờ), mức độ rất nặng (máu chảy ồ ạt tràn ngập 2 phổi gây suy hô hấp nhanh chóng). Phân mức độ giãn phế quản dựa vào đường kính phế quản (d) so với đường kính mạch máu đi kèm: giãn nhẹ (1 < d ≤ 2), giãn vừa (2 < d ≤ 3) và giãn nặng (d > 3) [3]. Đánh giá hình ảnh cắt lớp vi tính theo tiêu chuẩn thống nhất: vị trí, hình thái, tính chất tổn thương.

Xử lý số liệu: thu thập, quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS version 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới

Đặc điểm	n (N = 102)	%
Tuổi		
< 20	0	0
20 - < 40	16	15,69
40 - < 60	38	37,25
≥ 60	48	47,06
X ± SD (tuổi)	56,09 ± 15,84	
Giới		
Nam	77	75,49
Nữ	25	24,51

Bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 56,09 ± 15,84, tập trung nhiều ở độ tuổi từ 40 tuổi trở lên (84,31%), trong đó nam giới là chủ yếu (75,49%).



Biểu đồ 1. Nguyên nhân ho máu

Nguyên nhân thường gặp nhất gây ho ra máu là giãn phế quản (63,73%), sau đó là lao phổi hoạt động (31,37%). Ít gặp hơn là u nấm Aspergillus (2,94%) và ung thư phổi (1,96%).

Bảng 2. Đặc điểm ho máu

Đặc điểm	n (N = 102)	%
Mức độ:		
Nhẹ	29	28,43
Vừa	53	51,96
Nặng	19	18,63
Rất nặng	1	0,98
Thời điểm ho máu:		
Lần đầu	20	19,61
Tái diễn	82	80,39

Ở bệnh nhân nghiên cứu ho ra máu chủ yếu là mức độ vừa (51,96%), sau đó là mức độ nhẹ

(28,43%) và nặng (18,63%). Có 1 trường hợp ho ra máu rất nặng. Trong số bệnh nhân nghiên cứu, đa số là ho ra máu tái diễn trên 2 lần (80,4%).

Bảng 3. Biến chứng ho máu

Biến chứng	n (N = 102)	%
Trụy tim mạch	1	0,98
Suy hô hấp	12	11,76
Xẹp phổi	15	14,71
Nhiễm khuẩn	26	25,49
Thiếu máu	37	36,27
Suy kiệt	35	34,31

Các biến chứng hay gặp là các biến chứng mạn tính như nhiễm khuẩn (25,49%), thiếu máu (36,27%), suy kiệt (34,31%); các biến chứng cấp tính gặp tỷ lệ thấp: trụy tim mạch (0,98%), suy hô hấp (11,76%) và xẹp phổi (14,71%).

3.2. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính ngực

Bảng 4. Vị trí và phân bố tổn thương trên cắt lớp vi tính ngực

Đặc điểm	n (N = 102)	%
Vị trí		
Thùy trên phải	51	50
Thùy trên trái	49	48,04
Thùy giữa	13	12,75
Thùy dưới phải	19	18,63
Thùy dưới trái	18	17,65
Phân bố		
Khu trú	56	54,90
Lan tỏa	46	45,10

Vị trí tổn thương chính là thùy trên phải (50%), thùy trên trái (48,04%), các vùng thấp ít gặp hơn; trong đó tổn thương thường khu trú (54,9%), tổn thương lan tỏa 45,1%.

Bảng 5. Hình thái tổn thương trên cắt lớp vi tính ngực

Hình thái tổn thương	n (N = 102)	%
Nốt/khối mỡ	2	1,96
Đông đặc	98	96,08
Hang	28	27,45
Xẹp phổi	15	14,71

Hình ảnh X-quang ngực phát hiện chủ yếu là đông đặc phế nang (96,08%), các hình ảnh khác ít gặp hơn: hang (27,45%), xẹp phổi (14,71%) và khối mỡ (1,96%).



Biểu đồ 2. Mức độ giãn phế quản

Ở những bệnh nhân giãn phế quản, đánh giá mức độ giãn phế quản so với mạch máu tùy hành: mức độ nhẹ (27,69%); trung bình (46,16%) và nặng (25,15%). Mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình là 56,09, trong đó nam giới chiếm chủ yếu (75,49%). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Bhalla A. và CS (2015), với tỉ lệ nam giới chiếm đến 76,3%, mặc dù độ tuổi trung bình trong nghiên cứu này thấp hơn (41 tuổi) so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [4]. Đặc điểm này liên quan đến nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu là nhóm bệnh nhân giãn phế quản, với đặc điểm bệnh tiến triển mạn tính, tái diễn nhiều đợt, khi điều trị nội khoa không ổn định cần xét chỉ định chụp và gây tắc động mạch phế quản. Trong nghiên cứu không gặp các bệnh nhân trẻ tuổi dưới 20 có ho máu nặng phải gây tắc động mạch phế quản. Đặc điểm này liên quan đến các trường hợp ho máu nặng ở bệnh nhân trẻ tuổi thường liên quan đến bệnh lý lao phổi, có phá huỷ hang lớn và tổn thương diện rộng. Tuy nhiên, cùng với sự phát triển của các phương tiện và kỹ thuật chẩn đoán, nhận thức của người dân về bệnh lao nâng cao góp phần chẩn đoán sớm các bệnh nhân lao phổi, giúp giảm tỉ lệ biến chứng nặng do lao, đặc biệt là biến chứng ho máu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các nguyên nhân hàng đầu ho máu cần phải gây tắc động mạch phế quản là giãn phế quản, bao gồm cả giãn phế quản nguyên phát và giãn phế quản thứ phát cạnh xơ sau lao, sau đó là đến nhóm lao hoạt động. Tỉ lệ ho máu do ung thư phổi và u nấm Aspergillus ít gặp hơn. Đặc điểm này cũng tương đồng với các nghiên cứu gần đây về ho máu. Nghiên cứu của Bhalla A. và CS cho thấy: tỉ lệ ho máu do giãn phế quản và di chứng sau lao (chủ yếu là giãn phế quản cạnh xơ) chiếm đến 74,4% [4]. Tỉ lệ này gặp trong nghiên cứu của Agmy G.M. (52,1%), của Dabó H. và CS (73,2%) [5], [6]. Tuy nhiên, tỉ lệ lao hoạt động trong nghiên cứu này cao hơn có thể liên quan đến dịch tễ lao phổi tại Việt nam, là nước có tỉ lệ mắc bệnh lao còn cao. Vì vậy, cần chú ý phát hiện và điều trị lao phổi sớm để giảm biến chứng ho máu nặng.

Mức độ ho ra máu trong nghiên cứu tương tự với kết quả của Bhalla A. và CS: mức độ nhẹ (20,9%), mức độ trung bình (58,4%), mức độ nặng (20,7%) [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi còn có 1 trường hợp ho ra máu rất nặng (ho

máu "sét đánh") được can thiệp cấp cứu. Trong số 102 bệnh nhân ho ra máu, có 20 bệnh nhân ho ra máu lần đầu, là các trường hợp ho ra máu nặng trở lên. Đây là một chỉ định của gây tắc động mạch phế quản. Với ho ra máu nhẹ hoặc trung bình, tái diễn nhiều lần là chỉ định thứ 2 của gây tắc động mạch phế quản. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ bệnh nhân ho máu tái diễn chiếm tỷ lệ 80,39%. Tỷ lệ tử vong do ho ra máu nếu không được điều trị thích hợp lên đến 50 - 60%. Nguyên nhân tử vong là do các biến chứng ho ra máu gây nên. Trong nghiên cứu này, các biến chứng cấp tính đe dọa tính mạng là trụy tim mạch (0,98%), suy hô hấp (11,16%), xẹp phổi (14,71%). Ho ra máu thường gây ra bởi nhiễm trùng do tổn thương niêm mạc khí phế quản, đồng thời máu cũng là môi trường thuận lợi cho các căn nguyên vi sinh phát triển. Tỷ lệ biến chứng nhiễm khuẩn lên đến 25,49% trong nghiên cứu này. Các trường hợp ho ra máu dai dẳng, kéo dài hoặc ho máu số lượng lớn có thể gây ra thiếu máu (36,27%) và gây suy kiệt do cả bệnh nền và tình trạng ho ra máu tái diễn gây nên.

Chụp X-quang ngực quy ước là một phương tiện sẵn có, có thể giúp định hướng sơ bộ vị trí chảy máu và nguyên nhân gây chảy máu. Tuy nhiên giá trị chẩn đoán chỉ khoảng 50%, một số trường hợp ho ra máu có hình ảnh X-quang ngực bình thường [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy X-quang ngực phát hiện tổn thương dạng khối (1,98%), tương ứng với 2 bệnh nhân ung thư phổi; đám mờ 96,08%, là các tổn thương đông đặc do viêm hoặc do máu gây nên; hình hang 27,45%, trong đó hang chủ yếu gặp trong các trường hợp lao phổi hoạt động, phá hủy hang gây tổn thương mạch máu. Tỉ lệ xẹp phổi gặp 14,71%, do ho ra máu bít tắc các phế quản gây giảm thể tích phổi. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có giá trị cao trong chẩn đoán nguyên nhân và định vị vị trí chảy máu ở 63 - 100% số bệnh nhân [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí tổn thương thường gặp là ở thùy trên phổi phải (50%) và thùy trên phổi trái (48,04%), sau đó là các thùy phổi phía dưới. Kết quả này hoàn toàn phù hợp vì trong các nguyên nhân gây ho ra máu chủ yếu bao gồm lao phổi hoặc giãn phế quản cạnh xơ sau lao, thường ở các thùy trên hơn so với các thùy dưới. Trong lao phổi, tổn thương thùy trên là đặc trưng vì có phân áp oxy cao, tạo thuận lợi cho vi khuẩn lao phát triển. U nấm *Aspergillus* phổi là một dạng nấm *Aspergillus* quần cư và phát triển trong hang tồn tại trước đó, thường gặp nhất là hang lao, nên vị trí cũng thường ở thùy trên. Một bệnh

nhân có thể có nhiều dạng tổn thương ở nhiều thùy khác nhau, như trong lao phổi do sự lan tràn của tổn thương lao; hoặc giãn phế quản có thể ở 2 bên phổi. Trong nghiên cứu này, tổn thương lan tỏa gặp ở 45,1%, còn lại là tổn thương khu trú 54,9%.

Việc phân loại mức độ giãn phế quản dựa vào đường kính phế quản so với mạch máu tùy hành. Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ giãn phế quản (bao gồm cả giãn phế quản nguyên phát và thứ phát sau lao) đều chủ yếu ở mức độ trung bình, sau đó là mức độ nhẹ và nặng. Mức độ giãn phế quản có thể liên quan đến mức độ ho ra máu. Tuy nhiên, ho ra máu ở bệnh nhân giãn phế quản còn liên quan đến nhiều yếu tố khác như loại giãn phế quản, đặc biệt là giãn phế quản hình túi (cystic bronchiectasis), số thùy phổi giãn phế quản, vi khuẩn quần cư *Pseudomonas aeruginosa*....

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hình ảnh cắt lớp vi tính ngực trên 102 bệnh nhân ho ra máu có chỉ định gây tắc động mạch phế quản tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Quân y 103 trong 5 năm, kết quả cho thấy: Tổn thương trên cắt lớp vi tính ngực gặp ở thùy trên phải 50%, thùy trên trái 48,04%, tổn thương khu trú gặp 54,90%, lan tỏa 45,10%, chủ yếu gặp hình ảnh đông đặc phổi (96,08%). Mức độ giãn phế quản trung bình gặp nhiều nhất (46,16%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zheng Z., Zhuang Z., Yang M., et al.** (2021). Bronchial artery embolization for hemoptysis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Interventional Medicine*, 4(4), 172-180.
2. **Bộ môn Nội Hô hấp.** (2021). Cấp cứu ho ra máu. **Trong:** Bệnh Hô hấp, Giáo trình giảng dạy sau đại học. Nhà xuất bản Quân đội, 391-397.
3. **Prasad M., Sowmya A., and Wilson P.** (2008). Automatic Detection of Bronchial Dilatation in HRCT Lung Images. *J Digit Imaging*, 21(Suppl 1), 148-163.
4. **Bhalla A., Kandasamy D., Veedu P., et al.** (2015). A Retrospective Analysis of 334 Cases of Hemoptysis Treated by Bronchial Artery Embolization. *Oman Med J*, 30(2), 119-128.
5. **Agmy G.M., Wafy S.M., Mohamed S.A.A., et al.** (2013). Bronchial and Nonbronchial Systemic Artery Embolization in Management of Hemoptysis: Experience with 348 Patients. *International Scholarly Research Notices*, 2013, e263259.
6. **Dabó H., Gomes R., Marinho A., et al.** (2016). Bronchial artery embolisation in management of hemoptysis – A retrospective analysis in a tertiary university hospital. *Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition)*, 22(1), 34-38.
7. **Chun J.Y., Morgan R., and Belli A.M.** (2010).

Radiological Management of Hemoptysis: A Comprehensive Review of Diagnostic Imaging and Bronchial Arterial Embolization. *Cardiovasc Intervent Radiol*, 33(2), 240–250.

8. Guan W.J., Yuan J.J., Gao Y.H., et al. (2017). Hemoptysis in adults with bronchiectasis: correlation with disease severity and exacerbation risk. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*, 40(1), 16–23.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG UNG THƯ LƯỠI DI ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN TRẺ TUỔI TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Duy^{1,2}, Ngô Xuân Quý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư lưỡi di động ở người trẻ tuổi tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 46 bệnh nhân ung thư lưỡi di động không quá 40 tuổi có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô vảy và được điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1/2017 đến tháng 5/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 34,1±4,9. Tỷ lệ nam/nữ: 0,84/1. Bệnh nhân vào viện vì đau tại u (63%) và tự phát hiện u (30,4%) và chủ yếu phát hiện trong 3 tháng đầu (58,7%). Triệu chứng xuất hiện đầu tiên: đau tại lưỡi (60,9%), sờ thấy u (26,1%), vết loét lưỡi (13%). Vị trí u lưỡi ở bờ tự do chiếm 89,1% với hình thái sùi loét kết hợp chiếm đa số (41,3%). Trên phim chụp cộng hưởng từ, trên xung T1, 67,4% BN có u giảm tín hiệu trước tiêm và 95,7% BN tăng tín hiệu sau tiêm; trên chuỗi xung STIR, phần lớn u tăng tín hiệu (95,7%). Về mô bệnh học, đa số bệnh nhân có độ biệt hóa vừa (78,3%). **Kết luận:** Ung thư lưỡi di động ở người trẻ tuổi (≤40 tuổi) ít gặp. Đa số bệnh nhân vào viện ở giai đoạn sớm hơn khi mới xuất hiện triệu chứng trong 3 tháng đầu với vị trí hay gặp ở bờ lưỡi di động. Chụp cộng hưởng từ có vai trò quan trọng trong chẩn đoán ung thư lưỡi. Giải phẫu bệnh vẫn là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán bệnh.

Từ khóa: ung thư lưỡi, ung thư khoang miệng, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

EVALUATION OF THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF YOUNG PATIENTS WITH ORAL TONGUE CANCER AT K HOSPITAL

Objectives: To evaluate the clinical and subclinical characteristics of young patients with squamous cell carcinoma oral tongue cancer at K hospital. **Patients and methods:** A retrospective and prospective descriptive study was conducted on 46 young patients (≤40 years old) with squamous cell carcinoma oral tongue cancer treated at K hospital from January 2017 to May 2022. **Results:** The mean

age was 34.09; male/female ratio was 0.84/1. The reason that patients were admitted to hospital were pain (63%) and detection of tumor (30.4%). 58.7% of patients went to hospital within 3 months from the first symptoms. The first signs and symptoms were pain (60.9%), detection of tumor (26.1%) and tongue ulcer (13%). The most common location of tumor was tongue edge (89.1%). The most morphological subtype was nodular-ulcerative (41.3%). On T1 MRI, 67.4% of patients had hypointense lesion and 95.7% of tumors had increased signal after injection; On STIR MRI, most of the tumors were hyperintense signal (95.7%). About pathology, the majority of patients are moderately differentiated (78,3%). **Conclusions:** Mobile tongue cancer in young adults (≤40 years) was uncommon. Most patients were admitted to the hospital at an earlier stage when symptoms appear in the first 3 months with a common location in tongue edge. Magnetic resonance imaging played an important role in the diagnosis of tongue cancer. Pathology remained the gold standard in diagnosis of mobile tongue cancer.

Keywords: oral cancer, tongue cancer, clinical features, subclinical features.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi (UTL) di động là ung thư thường gặp nhất trong các ung thư vùng khoang miệng. Theo GLOBOCAN năm 2020 ghi nhận có khoảng 2.152 ca mắc mới và 1.099 ca tử vong [1]. Ung thư lưỡi thường gặp ở lứa tuổi trung niên, và người lớn tuổi, nam giới gặp nhiều hơn nữ giới, ít gặp ở người trẻ tuổi. UTL ở người trẻ tuổi (≤ 40 tuổi) chỉ chiếm khoảng dưới 5% bệnh nhân ung thư đầu cổ với tỷ lệ này ngày càng gia tăng. UTL ở người trẻ tuổi thường có tiên lượng xấu hơn so với các lứa tuổi khác do bệnh thường tiến triển nhanh, nguy cơ tái phát cao, thời gian sống thêm thấp hơn [2]. Một câu hỏi đặt ra đó chính là ung thư lưỡi di động ở người trẻ tuổi có đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng gì khác hơn so với các lứa tuổi khác. Ở Việt Nam hiện tại còn rất ít nghiên cứu về ung thư lưỡi di động ở bệnh nhân trẻ tuổi. Chính vì những lí do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư lưỡi di động ở bệnh nhân trẻ tuổi.*

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Duy

Email: duyqhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023