

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG UNG THƯ TAI MŨI HỌNG VÀO KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC VÀ BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Tư Thế, Nguyễn Thế Thành
Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đề tài này được thực hiện nhằm đánh giá các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của ung thư trong Tai Mũi Họng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu 103 bệnh nhân ung thư Tai Mũi Họng bằng phương pháp mô tả - cắt ngang. **Kết quả:** Bệnh nhân nam (78,6%), nhiều hơn nữ (21,4%). Người lớn (98,1%) cao hơn trẻ em (1,9%). Lứa tuổi trên 45 tuổi chiếm 73,8%, nông thôn và miền núi 70,9% thành thị 29,1%, nghề nghiệp lao động chân tay 48,6%. Tỷ lệ hút thuốc lá 69,9% và uống rượu 57,3%. Vào viện trong 6 tháng đầu 75,8%, mắc bệnh trên 1 năm 2,8%. Lý do vào viện theo thứ tự: Đau tại vùng có khối u 47,5%, rối loạn ruột 44,7%, hội chứng thanh quản 41,8%, nhức đầu 37,9%, hội chứng tai 31,1%, hội chứng mũi xoang 29,1%, hạch cổ 25,2%... Thứ tự ung thư Tai Mũi Họng: Ung thư vòm họng 33,0%, thanh quản 24,3%, hạ họng 19,4%, mũi xoang 11,7%, amidan 9,7%, tai 1,9%. Di căn hạch đến nhóm cảnh trên (28,2%) là nhiều nhất. Ung thư biểu mô tế bào gai (88,4%) là cao nhất. **Kết luận:** Ung thư Tai Mũi Họng ở Huế có đặc điểm dịch tễ và lâm sàng tương tự như các vùng miền trong cả nước. Kết quả điều trị sẽ khả quan hơn nếu được chẩn đoán sớm và điều trị đúng.

Abstract

A STUDY ON THE CLINICAL FEATURES OF ENT CANCERS AT HUE UNIVERSITY HOSPITAL AND HUE CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Tu The, Nguyen The Thanh

Background: The study made to determine the epidemiologic and clinical features of cancers in ENT. **Patients and method:** Study 103 patients of ENT cancers by cross-sectional and descriptive methods. **Results:** - Male patients (78.6%) are more numerous than female patients (21.4%). Adults (98.1%) are more numerous than children (1.9%). - Age range more than 45 years (73.8%), living in rural and mountainous area (70.9%), urban area (29.1%), manual labor profession (48.6%). - The percentage of smokers (69.9%) and alcoholics (57.3%). - Hospitalization in the first 6 months of disease (75.8%), diseased time more than 1 year (2.8%). - Reasons of hospitalization following in order: Pain at tumor area (47.5%), dysphagy (44.7%), laryngeal syndrome (41.8%), headache (37.9%), otologic syndrome (31.1%), nasosinusial syndrome (29.1%), cervical nodes (25.2%)... - Order of ENT cancers: nasopharyngeal cancer (33.0%), laryngeal cancer (24.3%), hypopharyngeal cancer (19.4%), nasosinusial cancer (11.7%), tonsillar cancer (9, 7%), otologic cancer (1.9%). - Metastasis to lymphatic nodes of superior carotide group (28.2%) is most frequent. - Squamous cell carcinoma (88.4%) is most common. **Conclusion:** ENT cancers in Hue having epidemiologic and clinical features similar to those of other regions in the country. Result of treatment will be better if cancers are diagnosed early and treated properly.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lĩnh vực Tai Mũi Họng (TMH) xu hướng ngày càng tăng không chỉ là nỗi lo cho Bác sĩ chuyên khoa mà cho toàn xã hội. Vấn đề ô nhiễm môi trường, các hóa chất độc hại, sự công nghiệp hóa và bùng nổ dân số bên cạnh đội ngũ cán bộ y tế với trang thiết bị ngày càng hiện đại đã giúp phát hiện sớm bệnh ung thư này.

Theo ước tính của tổ chức y tế thế giới mỗi năm trên thế giới có khoảng 9 triệu trường hợp mắc và 5 triệu người chết vì bệnh ung thư. Ung thư đầu mặt cổ chiếm khoảng 10% tổng số khối u ác tính [9], ước tính khoảng 40% xảy ra ở miệng, 25% ở thanh quản, 15% ở họng, 7% ở các tuyến nước bọt và 13% ở các vị trí còn lại [10].

Ở Việt Nam, ung thư vòm họng đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư đầu mặt cổ, với tỷ lệ: 20-30 bệnh nhân / 100.000 dân / năm, đứng hàng thứ 4, 5 sau ung thư phổi, tử cung, buồng trứng, vú, ung thư gan [4], các loại ung thư khác như thanh quản, amygdale, mũi xoang, tai, hạ họng, vòm họng,... cũng khá phổ biến, hàng ngày vào khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế.

Để đánh giá tình hình chung ung thư TMH ở khu vực Thừa Thiên Huế và miền Trung đến khám và điều trị tại Huế, chúng tôi thực hiện đề tài: “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ung thư Tai Mũi Họng vào khám và điều trị tại*

Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược và Bệnh viện Trung ương Huế”, với hai mục tiêu:

1. *Đánh giá dịch tễ học ung thư lĩnh vực Tai Mũi Họng.*
2. *Nhận xét đặc điểm lâm sàng các ung thư Tai Mũi Họng.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 103 bệnh nhân được khám lâm sàng và chẩn đoán xác định là ung thư bằng kết quả giải phẫu bệnh lý, thuộc lĩnh vực TMH.

- Địa điểm nghiên cứu:

+ Phòng khám TMH, khoa TMH, khoa Ung bướu, phòng điều trị bằng tia Gamma bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế.

+ Khoa TMH, Khoa ung bướu Bệnh Viện Trung ương Huế.

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 06/2009 đến tháng 04/2010.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 103 bệnh nhân ung thư TMH đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện TW Huế từ tháng 6/2009 đến tháng 4/2010, chúng tôi có một số đánh giá về kết quả thu được như sau:

3.1. Đặc điểm dịch tễ học:

3.1.1. Số liệu chung

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Tổng số	Tỷ lệ %	p
	n	%	n	%			
Trẻ em (≤ 15 tuổi)	2	1,9	0	0,0	2	1,9	< 0,01
Người lớn (>15 t)	79	76,7	22	21,4	101	98,1	
Tổng số	81	78,6	22	21,4	103	100	
p	< 0,01						

Nhận xét: Tỷ lệ nam (78,6%) cao hơn nữ (21,4%) ($p < 0,01$). Tỷ lệ nam/nữ là 3,7 /1. Tỷ lệ

người lớn (98,1%) cao hơn hẳn trẻ em (1,9%) ($p < 0,01$). Đặc điểm này không khác các nhận xét của Nguyễn Hữu Khôi và Sanderson R.J. [2], [9], thậm chí Nguyễn Đình Phúc còn cho tỷ lệ nam/nữ trong ung thư thanh quản là 9/1 [4].

3.1.2. Phân loại theo nhóm tuổi và giới

Bảng 3.2: Phân loại theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Giới	Nam		Nữ		Tổng cộng		p
		n	%	n	%	n	%	
≤ 15		2	1,9	0	0,0	2	1,9	<0,01
16 - 30		1	0,9	2	2,0	3	2,9	
31 - 45		15	14,6	7	6,8	22	21,4	
46 - 60		31	30,1	4	3,9	35	34,0	
> 60		32	31,1	9	8,7	41	39,8	
Tổng số		81	78,6	22	21,4	103	100	

Nhận xét: - Trên 60 tuổi có tỷ lệ cao nhất (39,8%), nhóm tuổi 46-60 cao thứ hai (34,0%), cao hơn các nhóm khác ($p < 0,01$). Như vậy ≥ 46 tuổi chiếm đến 73,8%. Nguyễn Đình Bảng công bố ung thư vòm họng trung bình 40-60 tuổi [1], Trần Hữu Tuấn cho rằng ung thư hạ họng 50-60 tuổi, ung thư thanh quản 45-70 [8].

3.1.3. Địa dư

Bảng 3.3: Phân bố bệnh theo địa dư

Địa dư	n	Tỷ lệ %	p
Thành thị	30	29,1	< 0,01
Nông thôn và miền núi	73	70,9	
Tổng	103	100	

Nhận xét: Nông thôn và miền núi (70,9%) có tỷ lệ ung thư vào điều trị cao hơn thành thị (29,1%) ($p < 0,01$). Có thể ung thư tỷ lệ thuận với yếu tố kinh tế khó khăn, ngoài ra hiện nay nhờ có mạng lưới y tế phát triển rộng khắp nên việc khám phát hiện ung thư vùng nông thôn và miền núi ngày càng nhiều tương tự Phạm Thụy Liên, Nguyễn Hữu Thợi [3], [7].

3.1.4. Nghề nghiệp

Bảng 3.4: Phân bố bệnh theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	n	Tỷ lệ %
Lao động chân tay (LĐCT)	50	48,6
Các nghề khác (già, hưu trí...)	30	29,1
Cán bộ công nhân viên chức (BCNVC)	20	19,4
Học sinh-sinh viên (HS-SV)	3	2,9
Tổng	103	100

Nhận xét: Bệnh ung thư gặp nhiều nhất là nghề lao động chân tay (48,6%), cao hơn so với các nhóm nghề khác ($p < 0,01$). Điều này cũng phù hợp với tình hình kinh tế xã hội chúng ta hiện nay.

3.1.5. Các yếu tố nguy cơ gây ung thư ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.5: Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân (n=103)	Tỷ lệ %
Hút thuốc lá	72	69,9
Uống rượu	59	57,3
Sử dụng thực phẩm có nguy cơ cao gây ung thư	35	33,9
Tiếp xúc môi trường hóa chất	11	10,7
Nhai trầu	8	7,8

Nhận xét: - Hút thuốc chiếm tỷ lệ 69,9%. Uống rượu 57,3%. Thực phẩm có nguy cơ gây ung thư 33,9% (dưa chua, mắm khô, đồ chiên nướng). Thật ra đây chỉ là số liệu tham khảo nhưng với ung thư TMH chúng ta cần chú ý về thuốc lá và rượu [3], [5].

Chúng tôi có tìm hiểu thêm về tiền sử bệnh lý toàn thân, bệnh TMH mạn tính và tiền sử ung thư trong gia đình nhưng chưa phát hiện gì đặc biệt

3.1.6. Mùa bệnh nhân vào viện

Bảng 3.6: Tỷ lệ bệnh nhân vào viện theo mùa

Mùa	n	Tỷ lệ %	p
Mùa nóng (tháng 4-tháng 9)	31	30,1	< 0,05
Mùa lạnh (tháng 10-tháng 3)	72	69,9	
Tổng số	103	100	

Nhận xét: Bệnh nhân vào viện trong mùa lạnh (69,9%) cao hơn mùa nóng (30,1%). ($p < 0,05$). Có thể số liệu còn ít và thời gian chưa dài nên rất khó giải thích về đặc điểm này phải chăng mùa nóng nhiều công việc nhà nông hơn mùa lạnh nên họ có thời gian đi khám và điều trị cao hơn.

3.2. Đặc điểm lâm sàng ung thư Tai Mũi Họng:

3.2.1. Thời gian mắc bệnh trước khi vào viện

Bảng 3.7: Phân bố thời gian mắc bệnh trước khi vào viện

Thời gian mắc bệnh	n	Tỷ lệ %
< 3 tháng	31	30,1
3 – 6 tháng	47	45,7
7 – 9 tháng	8	7,8
10 – 12 tháng	14	13,6
13 – 24 tháng	2	1,9
25 – 36 tháng	1	0,9
> 36 tháng	0	0,0
Tổng	103	100

Nhận xét: BN có thời gian mắc bệnh trước khi vào viện từ 3-6 tháng (45,7%), cao hơn so với các nhóm khác ($p < 0,01$). Vào viện <3 tháng 30,1%. Như vậy vào viện trong 6 tháng đầu chiếm 75,8%. Điều này nói lên hiện nay bệnh nhân ung thư đi khám và điều trị sớm hơn. Một nghiên cứu của tác giả Đặng Thanh năm 2000 tại Huế cũng thấy rằng ung thư vòm họng 70% đến khám trong 6 tháng đầu [5], [6].

3.2.2. Lý do vào viện

Bảng 3.9: Tỷ lệ lý do vào viện

Lý do vào viện	Số bệnh nhân (n=103)	Tỷ lệ %
Đau tại vùng có khối u	49	47,5
Nuốt đau, nuốt vướng, nuốt khó, khạc máu	46	44,7
Khàn tiếng, ho, khó thở, mất tiếng	43	41,8
Nhức đầu	39	37,9
Chảy máu mũi, ngạt mũi, khịt máu	30	29,1
Chảy máu, mù tai, ù tai, nghe kém	32	31,1
Sung hạch cổ	26	25,2
Phát hiện u bất thường	2	1,9

Nhận xét: BN vào viện vì lý do đau tại vùng có u chiếm 47,5%, do những rối loạn về nuốt 44,7%, ho khàn tiếng hay khó thở 41,8%, chảy mủ ù tai nghe kém 31,1%, chảy máu mũi ngạt mũi 29,1%...Nhìn chung đó là các hội chứng về Tai Mũi Họng, thanh quản khi chức năng sinh lý bị tổn thương.

3.2.3. Phân bố bệnh ung thư Tai Mũi Họng

Bảng 3.10: Tỷ lệ loại bệnh ung thư TMH theo giới

Loại ung thư	Giới		Tổng		p
	Nam	Nữ	n	Tỷ lệ %	
Vòm họng	25	9	34	33,0	< 0,01
Thanh quản	24	1	25	24,3	
Hạ họng	15	5	20	19,4	
Mũi xoang	9	3	12	11,7	
Amygdale	7	3	10	9,7	
Tai	1	1	2	1,9	
Tổng số	81	22	103	100	

Nhận xét: Ung thư vòm họng có tỷ lệ cao nhất 33,0%, đến thanh quản 24,3%, thấp nhất là ung thư tai 1,9%. Nguyễn Đình Bảng [2], Nguyễn Hữu Thợ [7], và Trần Hữu Tuấn [8] cũng cho rằng đứng đầu là ung thư vòm họng sau đó là ung thư thanh quản.

3.2.5. Đặc điểm vị trí hạch

Bảng 3.11: Tỷ lệ các nhóm hạch

Các nhóm hạch	Số BN (n=103)	Tỷ lệ %
Hạch cảnh trên	29	28,2
Hạch dưới cằm, dưới hàm	21	20,4
Hạch cảnh giữa	13	12,6
Hạch tam giác cổ sau	1	0,9
Không có hạch	39	37,9
Tổng số	103	100

Nhận xét: BN vào viện chưa có hạch 37,9%, nhóm hạch cảnh trên 28,2%, nhóm dưới cằm dưới hàm 20,4%, hạch cảnh giữa 12,6%, không thấy hạch cảnh dưới và trước khí quản. Tác giả Trần Hữu Tuấn [8] thấy 82% hạch cảnh trên trong di căn ung thư hạ họng và Đặng Thanh thấy 76% trong di căn ung thư vòm họng [5].

3.2.7. Đặc điểm giải phẫu bệnh lý

Bảng 3.13: Phân loại cấu trúc mô học qua sinh thiết

Tổ chức ung thư	n	Tỷ lệ %
Ung thư biểu mô tế bào gai	91	88,4
Ung thư biểu mô tuyến	6	5,8
Ung thư tổ chức liên kết	4	3,9
Lymphoma	2	1,9
Tổng số	103	100

Nhận xét: Ung thư loại tế bào gai có tỷ lệ cao nhất (88,4%), tế bào tuyến 5,8%. Theo Nguyễn Đình Bảng ung thư thanh quản chủ yếu là biểu mô tế bào gai, Trần Thị Hợp [7] và Trần Hữu Tuấn [8] đều có tỷ lệ tế bào gai ở ung thư hạ họng thanh quản 95%, Gunar Zagars cũng cho rằng >80% ung thư vùng đầu mặt cổ là biểu mô tế bào gai [10].

4. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 103 trường hợp bệnh nhân ung thư Tai Mũi Họng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 6/2009 đến tháng 4/2010, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

4.1. Về đặc điểm dịch tễ học ung thư Tai Mũi Họng

- Bệnh nhân nam mắc bệnh (78,6%), cao hơn nữ (21,4%). Người lớn (98,1%) cao hơn trẻ em (1,9%), ($p < 0,01$). - Lứa tuổi trên 45 tuổi 73,8% chiếm tỷ lệ cao nhất.

- Bệnh nhân từ nông thôn và miền núi 70,9%

cao hơn thành thị 29,1%, nghề nghiệp lao động chân tay có tỷ lệ cao nhất 48,6%.

- Tỷ lệ hút thuốc lá 69,9% và uống rượu 57,3%.

- Bệnh nhân vào điều trị mùa lạnh 69,9% cao hơn mùa nóng 30,1%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng ung thư Tai Mũi Họng

- Vào viện trong 6 tháng đầu 75,8%, mắc bệnh >1 năm chiếm 2,8%.

- Lý do vào viện theo thứ tự: Đau tại vùng có khối u 47,5%, rối loạn nuốt 44,7%, hội chứng thanh quản 41,8%, nhức đầu 37,9%, hội chứng tai 31,1%, hội chứng mũi xoang 29,1%, hạch cổ

25,2%, u bất thường 1,9%.

- Thứ tự ung thư lĩnh vực Tai Mũi Họng: Ung thư vòm họng 33,0%, thanh quản 24,3%, hạ họng 19,4%, mũi xoang 11,7%, Amygdale 9,7%, tai 1,9%.

- Di căn hạch vùng đến nhóm cảnh trên (28,2%) là nhiều nhất.

- Loại ung thư biểu mô tế bào gai (88,4%) là cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Bảng (2008), “Ung thư vòm họng”, Bài giảng TMH, Trường ĐH Y Dược TP. Hồ Chí Minh, tr 262-292, tr 305-309.
2. Nguyễn Hữu Khôi (2007), “Phát hiện sớm ung thư đường ăn và đường thở trên”, Bài giảng lâm sàng Tai Mũi Họng, Trường Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, NXB Y Học, tr 205-209.
3. Phạm Thụy Liên, Lê Vũ Anh, Dương Đình Thiện (1984), “Một vài đặc điểm dịch tễ học của bệnh ung thư vòm họng Miền Bắc Việt Nam”, Chuyên đề về ung thư vòm họng, Tạp chí y học thực hành số 4 tháng 7 và 8, Bộ Y tế xuất bản, tr 1-5.
4. Nguyễn Đình Phúc (2009), “Ung thư thanh quản và ung thư hạ họng (tổng kết 1030 bệnh nhân của 54 năm 1955 đến 2008 tại bệnh viện TMH TW)”, Tạp chí Tai Mũi Họng, Tổng hội Y học Việt Nam, tr 30-35.
5. Đặng Thanh (2000), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và kết quả điều trị UTVH tại Bệnh viện Trung ương Huế”, Luận văn thạc sĩ Y học Đại học Huế, Trường Đại học Y Huế
6. Nguyễn Tư Thế (2006), “Nhận xét về ung thư Tai Mũi Họng vào khám và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 4/2004 – 5/2005”, Tạp chí Y học thực hành, (536), Hội nghị khoa học kỹ thuật ngành Y tế Thừa Thiên Huế, Bộ Y tế xuất bản, tr 428-433.
7. Nguyễn Hữu Thới, Trần Thị Hợp (1999), “Chẩn đoán và điều trị ung thư”, Bộ Y tế, Bệnh viện K, NXB Y học Hà Nội. tr. 80-92, tr.114-120; tr.122-127; tr.157-164
8. Trần Hữu Tuấn (2003), “Ung thư thanh quản”, Bách khoa thư bệnh học tập 3, NXB Y Học, tr 465-478.
9. Sanderson R.J, Ironside J.A.D (2002), “Squamous cell carcinomas of the head and neck”, Bristish medical journal, pp. 822-827.
10. Gunar Zagar, John D. Norante (1993), “Head and neck Tumors” Clinical oncology for medical students and physicians – A multi disciplinary approach American Cancer Society, pp. 230-257.