

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ UNG THƯ LƯỠI GIAI ĐOẠN I, II TẠI BỆNH VIỆN K - HÀ NỘI TỪ 2005-2010

NGÔ XUÂN QUỲ, *Bệnh viện K Hà Nội,*
LÊ VĂN QUẢNG, *Đại học Y Hà Nội.*

TÓM TẮT:

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị ung thư lưỡi giai đoạn I, II tại bệnh viện K từ năm 2005 - 2010. Đối tượng nghiên cứu là 130 BN (có 26 trường hợp tiến cứu) có chẩn đoán MBH là ung thư biểu mô vảy của lưỡi có đầy đủ các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng, phương pháp điều trị. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. Các biến số nghiên cứu gồm: Tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, triệu chứng đầu tiên của bệnh, lý do khám bệnh, thời gian từ khi biểu hiện đến khi chẩn đoán xác định, chẩn đoán MBH, chẩn đoán giai đoạn và phương pháp điều trị. **Kết quả:** 1/ Lứa tuổi hay gặp nhất là trên 40 tuổi (89,2%) trong đó tuổi 41 -50 tuổi (27,7%) và 51-60 tuổi (36,9%). Tỷ lệ nam /nữ = 1,3/1. 2/Thói quen uống rượu và/ hoặc hút thuốc lá hay gặp nhất (41,9%). Đa số bệnh nhân được phát hiện trong vòng 6 tháng đầu (70%), triệu chứng đầu tiên hay gặp nhất là khối u lưỡi và/ hoặc vết loét lưỡi. Vị trí tổn thương ở bờ tự do lưỡi chiếm tỷ lệ cao (83,9%). 3/ Hình thái tổn thương hay gặp trong UTL là dạng sùi + loét (50%). Typ mô bệnh học nhiều nhất là UTBM vảy (99,2%). 4/ Đa số BN được điều trị bằng phẫu thuật đơn thuần chiếm 82,3%, trong đó phẫu thuật cắt lưỡi bán phần + vét hạch cổ chọn lọc là chính (57,7%), cắt rộng khối u là 35,4%.

Từ khóa: Ung thư lưỡi, tongue carcinoma.

SUMMARY:

Objective: Get at some of the clinical and paraclinical characteristics, treatments for tongue cancer stages I and II at K hospital in 2005-2010. 130 patients with histopathological diagnosis was squamous carcinoma of the tongue have full access clinical information and clinical treatments. **Study design:** cross-sectional description. The variables studied included: age, sex, risk factors, early symptoms of the disease, medical reasons, the time from when the expression to determine the diagnosis, histopathological diagnosis, period of diagnosis and the treatments. **Result:** 1 / The most common age group was over 40 years old (89.2%) aged 41 -50 years old (27.7%) and 51-60 years (36.9%). Ratio male / female = 1.3 / 1. 2 / drinking habits and / or most frequent smokers (41.9%). The majority of patients were detected within the first 6 months (70%), the first symptoms are the most common tumors tongue and / or ulcers tongue. Location injuries freedom edged higher proportion (83.9%). 3 / lesion morphology or tongue cancer is found in rough shape + ulcers (50%). Typ histopathological most

squamous carcinoma (99.2%). 4 / Most patients were treated with surgery alone accounted for 82.3%, including partial tongue resection + selective dredging cervical lymphadenopathy is the main (57.7%), cutting width of 35 tumors, 4%.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ung thư lưỡi (UTL) là ung thư thường gặp nhất trong các ung thư vùng khoang miệng (chiếm 30-40%) [1]. Bệnh gặp ở tất cả các khu vực trên thế giới nhưng nhiều nhất là Ấn Độ [1]. Ở giai đoạn I, II điều trị bằng phẫu thuật cắt lưỡi bán phần hoặc xạ trị. Ở nước ta trước đây, điều trị UTL giai đoạn I, II chủ yếu bằng phẫu thuật đơn thuần hoặc phẫu thuật kết hợp xạ trị. Theo Nguyễn Đức Lợi thời gian sống thêm 5 năm giai đoạn T1 và T2 là 62,7% và tỷ lệ tái phát tại chỗ là 10,8% [2]. Theo Decroix, tỷ lệ sống thêm 5 năm với T1 là 80%, T2 là 56% [3]. Hiện nay, ở Việt Nam việc điều trị UTL giai đoạn I (T1N0M0) còn nhiều tranh luận, có tác giả chủ trương chỉ cắt rộng u, có tác giả vừa cắt rộng u vừa vét hạch cổ. Với giai đoạn II (T2N0M0), phương pháp điều trị hiện nay là phẫu thuật cắt lưỡi bán phần + vét hạch cổ cùng bên, có hoặc không xạ trị sau mổ. Mặc dù còn nhiều quan điểm chưa thông nhất trong điều trị UTL giai đoạn I, II nhưng các nghiên cứu về vấn đề này không nhiều, đặc biệt là các nghiên cứu về kết quả điều trị. Với mong muốn không ngừng cải thiện kết quả điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị ung thư lưỡi giai đoạn I, II tại bệnh viện K từ năm 2005 - 2010.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 130 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là UTL bằng xét nghiệm mô bệnh học (MBH) ở phần lưỡi di động, giai đoạn I, II được điều trị tại bệnh viện K (bao gồm 104 trường hợp hồi cứu và 26 trường hợp tiến cứu).

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu

- Các BN ung thư lưỡi phần di động giai đoạn I, II theo phân loại của UICC (2002).
- BN được điều trị lần đầu.
- Có chẩn đoán MBH tại u là ung thư biểu mô vảy.
- BN không mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian gần.
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.
- BN không mắc ung thư khác trước đó.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Những BN bị UTL thiếu 1 trong các tiêu chuẩn

lựa chọn ở trên

- Các bệnh nhân ung thư lưỡi giai đoạn III, IV, ung thư đáy lưỡi.

- Bệnh nhân đã được điều trị phẫu thuật từ tuyến trước.

- BN bỏ điều trị.

- BN cũ từ trước năm 2005 đến điều trị tiếp, vì tái phát, di căn.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.2. Cơ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, không cần công thức tính cỡ mẫu.

2.3. Các bước tiến hành

2.3.1. Nghiên cứu lâm sàng

Các thông tin được khai thác qua hồ sơ bệnh án và trực tiếp hỏi ở tất cả BN.

- Hành chính: Tên, tuổi, giới, địa chỉ, nghề nghiệp, ngày vào viện, ngày ra viện.

- Tiền sử bản thân: liên quan đến yếu tố nguy cơ như: uống rượu, hút thuốc, nhai trầu, bệnh lý răng miệng.

- Lý do người bệnh đến khám bệnh: u sùi ở lưỡi, vết loét lưỡi, đau tại u, chảy máu lưỡi□

- Thời gian từ khi phát hiện bệnh đến khi vào viện (tính theo tháng).

- Các triệu chứng đầu tiên khiến người bệnh chú ý đến bệnh: u lưỡi, vết loét lưỡi, đau tại u, chảy máu lưỡi□

- Các thông tin thu được qua khám lâm sàng: Tình trạng toàn thân(gây sút cân, sốt□), Vị trí u (Bờ tự do lưỡi, mặt trên, mặt dưới, đầu lưỡi), Hình thái tổn thương (Sùi, loét, sùi thâm nhiễm, loét thâm nhiễm), Đánh giá giai đoạn T dựa vào kích thước u và đánh giá mức độ thâm nhiễm, xâm lấn vào tổ chức xung quanh, xem mức độ di động của lưỡi.

2.3.2. Phân loại mô bệnh học và chẩn đoán

- Chẩn đoán mô bệnh học: Bệnh phẩm cố định bằng formol 10%, vùi nén, cắt nhuộm H.E (Hematoxylin - Eosin) tại khoa giải phẫu bệnh của bệnh viện K, phân loại theo tiêu chuẩn của TCYTGT năm 2005.

- Chẩn đoán lâm sàng, xếp loại TNM và giai đoạn bệnh theo phân loại của UICC (2002).

3.3. Nghiên cứu về điều trị

- Các phương pháp điều trị phẫu thuật: Đối với U: Cắt rộng u cách rìa u > 1cm/ Cắt lưỡi bán phần. Đối với hạch: Có vết hạch/ Không vết hạch.

- Xạ trị: Chỉ định trong trường hợp có di căn hạch qua xét nghiệm vi thể.

3. Xử lý số liệu: Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng phương pháp thống kê y học thông thường trong xử lý và phân tích kết quả.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 4. Vị trí, hình thái tổn thương u và giai đoạn bệnh

Vị trí	n	%	Hình thái	n	%	Giai đoạn	n	%
Bờ tự do	109	83,9	Sùi	22	16,9	I	47	36,2
Mặt dưới lưỡi	16	12,3	Loét	31	23,8			

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Tổng số	
			Số BN	Tỷ lệ %
30 - 40	9	5	14	10,8
41 - 50	22	14	36	27,7
51 - 60	27	21	48	36,9
61 - 70	8	11	19	14,6
>70	8	5	13	10,0
Tổng	74	56	130	100

Nhận xét: Trong 130 BN có 74 nam (56,9%) và 56 nữ (43,1%). Nhóm tuổi hay gặp nhất là > 50 tuổi, chiếm tỷ lệ 61,5 %. Đỉnh cao 51 - 60 tuổi, chiếm 36,9 %. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1.

Bảng 2. Tiền sử, thói quen và triệu chứng xuất hiện đầu tiên

Triệu chứng xuất hiện đầu tiên	n	%	Tiền sử và thói quen	n	%
U lưỡi	51	39,2	Không có nguy cơ	50	38,5
Loét lưỡi	60	46,2	Uống rượu	17	13,1
Đau tại u	19	14,6	Hút thuốc	3	2,3
Tổng số	130	100	Ăn trầu	11	8,5
			Uống rượu + Hút thuốc	47	36,2
			Bệnh răng miệng	2	1,5
			Tổng số	130	100

Nhận xét: Triệu chứng đầu tiên khiến BN chú ý đến bệnh chủ yếu là vết loét ở lưỡi (46,2%); triệu chứng đầu tiên là u lưỡi chiếm 39,2 %. Đau tại u là 14,6 %. Không có yếu tố nguy cơ chiếm tỉ lệ 38,5%. Số BN uống rượu là 17, chiếm 13,1%. Số BN hút thuốc lá là 2,3%. Tỷ lệ BN hút thuốc và uống rượu chiếm 36,2 %. Chỉ có 2 BN (1,5%) có bệnh răng miệng trước đó.

Bảng 3. Lý do và thời gian phát hiện bệnh

Lý do đến khám bệnh	Số BN	Tỷ lệ %	Thời gian phát hiện bệnh	Số BN	Tỷ lệ %
U sùi	68	52,3	< 3 tháng	60	46,2
Loét lưỡi	49	37,7	3 - 6 tháng	31	23,8
Đau tại u	11	8,5	7 - 12 tháng	28	21,5
Chảy máu lưỡi	2	1,5	13 - 24 tháng	6	4,6
Tổng	130	100,0	> 24 tháng	5	3,8
			Tổng số	130	100,0

Nhận xét: Hai triệu chứng u sùi ở lưỡi (52,3%) và loét lưỡi (37,7%) là những triệu chứng chính khiến BN đến viện. Đa số BN đến viện trong vòng 3 tháng đầu, chiếm 46,2%. Có 23,8% BN đến viện trong vòng 3 - 6 tháng, cũng có 5 BN (3,8 %) đến viện sau 2 năm.

Mặt trên lưỡi	3	2,3	Sùi + Loét	65	50,0	II	83	63,8
Đầu lưỡi	2	1,5	Sùi thâm nhiễm	5	3,8			
Tổng số	130	100	Loét thâm nhiễm	7	5,4	Tổng số	130	100
			Tổng số	130	100			

Nhận xét: Vị trí tổn thương đa số ở bờ tự do của lưỡi chiếm 83,9 %; u mặt dưới lưỡi chiếm 12,3 % và có 2 trường hợp u ở đầu lưỡi < 1,5 %, 3 trường hợp mặt trên lưỡi chiếm 2,3 %. Hình thái tổn thương trên lâm sàng hay gặp nhất là kết hợp sùi + loét, với tỷ lệ 50%. Sau đó là tổn thương loét đơn thuần (23,8%) và sùi là 16,9%. Sùi thâm nhiễm và loét thâm nhiễm chiếm tỷ lệ thấp tương ứng 3,8% và 5,4%. Giai đoạn II nhiều hơn giai đoạn I là 1,76 lần.

Bảng 5. Chẩn đoán mô bệnh học

Chẩn đoán trước mổ			Sinh thiết tức thì			Chẩn đoán sau mổ		
	n	%		n	%		n	%
Có ung thư	116	89,2	Có ung thư	14	100,0	UTMBV sừng hóa	99	76,1
Nghi ngờ UT	10	7,7	Nghi ngờ UT	0	0,0	UTBMV không sừng hóa	30	23,1
Không UT	4	3,1	Không UT	0	0,0	U nhú ung thư hóa	1	0,8
Tổng	130	100,0	Tổng	130	100,0	Tổng	130	100,0

Nhận xét: Tất cả BN được sinh thiết u trước mổ, tỷ lệ dương tính là 89,2%; có 7,7% số trường hợp nghi ngờ và có 4 BN (3,1%) âm tính. Những trường hợp sinh thiết âm tính được sinh thiết tức thì, kết quả 100% là ung thư. Mô bệnh học u sau phẫu thuật đa số là loại UTBM vảy sừng hóa (76,1%), không sừng hóa 23,1% và u nhú ung thư hóa là 0,8%.

2. Phương pháp điều trị. Bảng 6.

Phương pháp điều trị			Cảnh thức phẫu thuật		
Phẫu thuật đơn thuần	107	82,3	Cắt rộng u	46	35,4
Phẫu thuật + Xa trị	23	17,7	Cắt 1/2 lưỡi	9	6,9
Tổng	130	100	Cắt 1/2 lưỡi + vét hạch	75	57,7
			Tổng	130	100

Nhận xét: Phương pháp điều trị đối với giai đoạn I, II chủ yếu là phẫu thuật đơn thuần (107 BN chiếm 82,3%). Phẫu thuật phối hợp với tia là 17,7%. Phương pháp phẫu thuật cắt 1/2 lưỡi + vét hạch cổ chọn lọc chiếm 57,7%; có 35,4% số trường hợp chỉ lấy rộng tổ chức ung thư.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh học

1.1. Tuổi, giới: Ung thư khoang miệng nói chung, UTL nói riêng thường gặp ở lứa tuổi trên 40. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ UTL giai đoạn I, II ở lứa tuổi >40 chiếm 89,2% trong đó 2 đỉnh cao là 41-50 tuổi (27,7%) và 51-60 tuổi (36,9%). Tuổi trung bình là 54,1 tuổi. Nhìn chung, tuổi mắc bệnh trải dài từ 30-84 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài. Theo nghiên cứu của Shabbir Akhtar gồm 94 bệnh nhân UTL giai đoạn I, II tuổi trung bình là 55 và tuổi mắc bệnh trải dài từ 25 đến 78 tuổi [4]. Theo Trần Văn Công, nhóm tuổi có tỷ lệ mắc cao từ 50 -60 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1 [5]. Theo Nguyễn Đức Lợi, nhóm tuổi 50-69 tuổi chiếm 52,2% với 2 đỉnh cao là 50-59(27,1%) và 60-69 tuổi (25,2%) [2]. Trong tất cả các nghiên cứu về UTL thì tỷ lệ nam giới mắc bệnh luôn cao hơn nữ giới, tỷ lệ này thay đổi trong các nghiên cứu của Kiyoto Shiga là 1,52 [6], của Shabbir Akhtar là 1,6, của Brasnu là 5,7/1; của Nguyễn Quốc Bảo là 1,2/1[7], Nguyễn Văn Vi là 2/1 [8]. Còn trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1. Có lẽ tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới cao hơn nữ giới là do nam giới chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, uống rượu□

1.2 Tiền sử và các thói quen sinh hoạt liên quan đến ung thư lưỡi:

Đã có nhiều công trình nghiên cứu đề cập tới hút thuốc lá, uống rượu, ăn trâu là những yếu tố nguy cơ chính gây ung thư khoang miệng nói chung và UTL nói riêng. Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 130 bệnh nhân có 17 bệnh nhân uống rượu chiếm 13,1%, cả hút thuốc lá và uống rượu chiếm 36,2%. Số bệnh nhân nhai trâu là 11 bệnh nhân (8,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả khác như Nguyễn Văn Vi [8] trong 157 bệnh nhân có 41% hút thuốc, 32,5% uống rượu, khi kết hợp cả 2 yếu tố hút thuốc và uống rượu là 73,2%. Theo nghiên cứu của Trần Văn Công có 34/135 bệnh nhân chiếm (17,7%) nghiện thuốc và rượu. Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân liên quan đến các yếu tố nguy cơ còn thấp, có thể là do trong số bệnh nhân hồi cứu đã không ghi nhận một cách đầy đủ các yếu tố trên. Tuy nhiên để đánh giá đúng mức sự liên quan của bệnh đối với các yếu tố nguy cơ gây bệnh cần phải cỡ mẫu lớn và một phương pháp nghiên cứu chuyên về dịch tễ học của bệnh.

1.3. Lý do đến viện và thời gian phát hiện

bệnh: Hai triệu chứng u ở lưỡi và vết loét lưỡi là triệu chứng xuất hiện đầu tiên ở hầu hết các bệnh nhân (46,2% và 39,2%). Những triệu chứng này cũng là lý do đến viện của hầu hết các trường hợp. Theo nghiên cứu của chúng tôi, lý do đến khám bệnh sau khi có triệu chứng đầu tiên, u sùi chiếm 52,3%, loét lưỡi chiếm 37,7%. Như vậy trong UTL biểu hiện tổn thương lúc đầu chỉ là những vết loét lan rộng và kéo dài. Theo nghiên cứu của Trần Văn Công [5] với triệu chứng đầu tiên của bệnh biểu hiện khối u lưỡi chiếm 28,1% và loét

lưỡi chiếm 42,9%, đau tại vùng tổn thương là 20,7%. Nghiên cứu của Trần Đăng Ngọc Linh, triệu chứng khối u ở lưỡi chiếm 47,6% và loét lưỡi gặp 40,7% các trường hợp. Biểu hiện đau nhức tại vùng tổn thương gặp 11 trường hợp chiếm 8,5%. Theo Nguyễn Đức Lợi [2] tỷ lệ này là 17,6% nhưng theo kết quả nghiên cứu của StrimSon và Mondie thì dấu hiệu đau nhức tại u lại là triệu chứng đầu tiên hay gặp và cũng là lý do chính khiến người bệnh đến viện khám. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ nghiên cứu những bệnh nhân ở giai đoạn I, II nên không có bệnh nhân đến viện vì lý do nổi hạch cổ hoặc di căn xa. Từ nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh xuất hiện đầu tiên là rất có giá trị nếu được bệnh nhân chú ý đến và đi khám ngay. Kết hợp với điều này, người thầy thuốc đặc biệt là bác sĩ chuyên khoa răng hàm mặt, tai mũi họng là những người khám bệnh và chỉ định điều trị lần đầu tiên phải nghĩ đến UTL thì mới có thể chẩn đoán được bệnh ở giai đoạn sớm.

1.4. Thời gian đến viện: Thời gian đến viện chính là thời gian được chẩn đoán xác định bệnh (được tính từ lúc có triệu chứng đầu tiên khiến họ phải chú ý tới bệnh tới lúc vào viện khám chẩn đoán xác định). Cũng như các nghiên cứu trước đây, thời gian phát hiện bệnh của các bệnh nhân thường trong 6 tháng đầu. Theo nghiên cứu của Shabbir Akhtar [4] thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi được chẩn đoán là từ 1-6 tháng, trung bình là 6,5 tháng. Nghiên cứu của Silverman là 77%. Kết quả của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân đến viện trong vòng 6 tháng chiếm 70% trong đó đến viện trước 3 tháng là 46,2%, từ 3-6 tháng là 23,8%. Cũng có 21,5% đến viện trong khoảng thời gian từ 7 đến 12 tháng và 11 bệnh nhân (8,4%) đến viện sau 12 tháng. Thời gian đến viện muộn thường do BN đã được khám và điều trị ở tuyến dưới, nhiều BN đến khám với những khối u hoặc vết loét nhỏ nhưng chỉ được điều trị kháng sinh chống viêm mà không được theo dõi và không sinh thiết tổn thương để chẩn đoán MBH. Theo Đoàn Hữu Nghị và CS 68% BN đến BVK để chẩn đoán và điều trị ở giai đoạn muộn, còn theo Trần Văn Công và CS là 57% [5]

1.5. Vị trí và hình thái tổn thương: Các nghiên cứu từ trước đến nay cho thấy bệnh ung thư lưỡi có vị trí hay gặp ở bờ tự do, sau đó đến mặt dưới lưỡi, còn vị trí đầu lưỡi ít gặp. Vị trí u có ý nghĩa quan trọng trong phẫu thuật, u ở vị trí bờ tự do dễ phẫu thuật hơn các u ở vị trí khác. Theo tác giả Nguyễn Đức Lợi u ở bờ tự do chiếm 87,5% [2], Nguyễn Quốc Bảo 93% [7], Brasnu cho biết vị trí tổn thương ở bờ tự do là 87,5%, mặt dưới lưỡi 9%, mặt trên là 2,5% và đầu lưỡi là 1%. Decroix thấy ở bờ tự do là 77%, mặt dưới là 11%, mặt trên là 5%, đầu dưới là 3% [3]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự, vị trí u ở bờ tự do là 83,9%, mặt dưới lưỡi là 12,3%, mặt trên lưỡi 2,3%, đầu lưỡi là 1,5%. Hình thái tổn thương UTL cũng rất đa dạng. Loại hình thái tổn thương hay gặp là sùi loét chiếm 50%, loét đơn thuần 23,8%, sùi đơn thuần 16,9%, sùi thâm nhiễm và loét thâm nhiễm lần lượt là

3,8% và 5,4%. Các quan sát cho thấy khi một khối u lớn vùng trung tâm có thể hoại tử do thiếu dinh dưỡng, các chất hoại tử bị đào thải ra ngoài để lại ổ loét xen lẫn tổ chức sùi. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của Trần Đăng Ngọc Linh, dạng sùi là 19,4%, loét 17,8% và sùi loét 52,9%. Tác giả Nguyễn Đức Lợi thể sùi với tỷ lệ 18,6% và thể loét 23,1%, sùi loét 30,3% [2].

1.6. Đặc điểm mô bệnh học: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều được sinh thiết trước mổ, tỷ lệ có ung thư là 89,2%, nghi ngờ ung thư là 7,7% và âm tính là 3,1%. Mặc dù cho kết quả nghi ngờ hay âm tính chúng tôi vẫn tiến hành phẫu thuật nhưng những bệnh nhân này đều được lấy u trước để làm sinh thiết tức thì và kết quả 100% có ung thư. Về phân loại mô bệnh học sau phẫu thuật, các tác giả trong và ngoài nước đều cho thấy trong ung thư khoang miệng nói chung và UTL nói riêng thì mô bệnh học loại ung thư biểu mô vảy hay gặp nhất chiếm tỷ lệ trên 90%. Trong nghiên cứu của chúng tôi typ mô bệnh học UTBM tế bào vảy chiếm 99,2%, u nhú ung thư hóa 0,8% (trong đó loại UTBM tế bào vảy sừng hóa là 76,1%, loại không sừng hóa là 23,1%). Nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi [2], tỷ lệ UTBM tế bào vảy là 99,3% trong đó loại sừng hóa 83,8%, loại không sừng hóa 15,5%, u nhú sừng hóa ung thư hóa 0,35%. Trần Văn Công [5] là 97,8%.

2. Phương pháp điều trị: Phẫu thuật và xạ trị là 2 phương pháp điều trị chủ yếu đối với UTL. Việc lựa chọn phương pháp nào điều trị đầu tiên còn tùy thuộc vào từng nơi khác nhau. Tại viện Curie ở Pháp, người ta dùng phương pháp xạ trị là chính, trong khi đó ở Mỹ thì áp dụng phẫu thuật là phương pháp đầu tiên với điều trị UTL. Phẫu thuật có ưu điểm lấy đi toàn bộ tổn thương cùng hệ hạch nhưng việc nạo vét hạch một cách thường quy đối với giai đoạn I còn nhiều ý kiến khác nhau. Ở giai đoạn II việc nạo vét hạch ngay từ đầu là bắt buộc. Người ta thấy rằng kết quả của điều trị phẫu thuật hoặc xạ trị đơn thuần là như nhau với giai đoạn sớm. Phẫu thuật đối với giai đoạn I còn nhiều tranh luận, chỉ lấy rộng tổ chức u hay kèm với vét hạch phòng ngừa. Với giai đoạn II thì cắt lưỡi bán phần cùng với vét hạch phòng ngừa sau đó có thể xạ trị hoặc không. Vấn đề này còn bàn cãi vì có tác giả cho rằng dù việc vét hạch hay không vét hạch thì thời gian sống thêm giữa 2 nhóm không có sự khác biệt [9]. Tuy nhiên ngày nay đa số các tác giả ủng hộ quan điểm vét hạch phòng ngừa trong ung thư lưỡi vì vét hạch phòng ngừa giúp kiểm soát vùng cổ tốt hơn và chất lượng cuộc sống tốt hơn, người ta thấy rằng tỷ lệ tái phát hạch ở nhóm được vét hạch cổ phòng ngừa thường thấp hơn nhóm không được vét hạch và trong nhóm không được vét hạch thì tái phát hạch cổ thường ở mức độ nặng và tỷ lệ điều trị vớt vát cho nhóm này kém. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ phẫu thuật đơn thuần chiếm 82,3%, phẫu thuật kết hợp với xạ trị là 17,7%. Đối với phương pháp phẫu thuật, cắt rộng u là 35,4%, cắt lưỡi bán phần là 6,3%,

cắt lưỡi bán phần kèm với vét hạch cổ chọn lọc là 57,7%. Chính vì tỷ lệ hạch di căn ẩn rất cao do đó việc vét hạch cổ phòng ngừa là một quyết định đúng đắn để giúp nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện thời gian sống thêm.

KẾT LUẬN:

Lứa tuổi hay gặp nhất là trên 40 tuổi(89,2%) trong đó tuổi 41 -50 tuổi (27,7%) và 51-60 tuổi (36,9%). Tỷ lệ nam /nữ = 1,3/1. Thói quen uống rượu và/ hoặc hút thuốc lá hay gặp nhất (41,9%). Đa số bệnh nhân được phát hiện trong vòng 6 tháng đầu(70%), triệu chứng đầu tiên hay gặp nhất là khối u lưỡi và/ hoặc vết loét lưỡi. Vị trí tổn thương ở bờ tự do lưỡi chiếm tỷ lệ cao(83,9%). Hình thái tổn thương hay gặp trong UTL là dạng sùi + loét (50%). Typ mô bệnh học nhiều nhất là UTBM vảy (99,2%). Đa số BN được điều trị bằng phẫu thuật đơn thuần chiếm 82,3%, trong đó phẫu thuật cắt lưỡi bán phần + vét hạch cổ chọn lọc là chính (57,7%), cắt rộng khối u là 35,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saman Warnakulasuriya. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*. Volume 45, Issues 4-5, April- May 2009, Pages 309-316.
2. Nguyễn Đức Lợi. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng bệnh ung thư lưỡi điều trị tại bệnh viện K. *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú các bệnh viện*, Trường Đại học y Hà Nội- 2002.

3. Decroix Y, Ghossein A.N. Experience of the Curie Institute in treatment of cancer of the mobile tongue. *Cancer* 1987, 492-502.

4. Shabbir Akhtar, Mubasher Ikram. Neck involvement in early carcinoma of tongue. Is elative neck dissection warranted. *Journal of Pakistan Medical Association*, 2006.

5. Trần Văn Công, Phạm Đình Tuân. Nhận xét đặc điểm lâm sàng 135 bệnh nhân ung thư lưỡi tại BVK từ năm 1989- 1994. *Tạp chí y học thực hành*, chuyên san ung thư học, 1995, 22-25.

6. Kiyoto Shiga, Takenori Ongawa, Shun Sagai, Kengokato and Toshimitsu Kobayashi. Management of the patients with early stage Oral Tongue cancer. *J Radiat oncol Biol Phys*, 2007, 389-396.

7. Nguyễn Quốc Bảo, Hàn Văn Thanh, Bùi Thị Xuân. Chẩn đoán điều trị ung thư lưỡi tại bệnh viện K 1988-1995. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Chuyên đề ung thư, 1997, 167-171.

8. Nguyễn Văn Vi, Huỳnh Anh Lan. Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ của ung thư miệng. *Tuyển tập công trình nghiên cứu khoa học Răng-Hàm- Mặt*, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2000, 107-122.

9. Yii W. N, Patel G. S, Breach M. N, et al (1999). Management of the No neck in early cancer of the oral tongue. *Clin. Otolaryngol*, 1999, 75-79.