

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO KLEBSIELLA PNEUMONIAE

Nguyễn Lan Hương¹, Thân Mạnh Hùng², Lê Văn Nam³

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do Klebsiella pneumoniae. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả, cắt ngang tiến cứu kết hợp hồi cứu trên 48 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do Klebsiella pneumoniae điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 (01/2017 đến 6/2021). **Kết quả nghiên cứu:** tuổi trung bình 62,67±12,66 tuổi; 77,08% nam giới; 72,90% có bệnh lý nền; 10,40% là nhiễm khuẩn bệnh viện; 85,40% có xác định được đường vào (đường vào hô hấp là cao nhất 41,46%); 27,08% cần can thiệp thủ thuật trong quá trình nằm viện; thời gian nằm viện trung bình: 16,31±1,37 ngày; 100% có sốt, bao gồm sốt đột ngột 100%, sốt cao 45,80% và 58,30% có cơn rên trun; 60% mạch > 90 chu kỳ/ phút, 12,50% có sốc; 61% có viêm phổi; 16,90% có suy hô hấp; bạch cầu >12G/L: 43,80%; Hb < 120g/l: 86,80%; tiểu cầu < 150G/l: 39,50%; PT% < 70%: 53,85%; ure > 7,5mmol/L: 47,06%; creatinine ≥110μmol/L: 28,21%; bilirubin toàn phần > 20μmol/l: 47,83%; 60% có PCT >10ng/ml; 60% có CRP >100mg/L. **Kết luận:** nhiễm khuẩn huyết do K. pneumoniae tỷ lệ cao đường vào từ đường hô hấp và tiêu hóa, rối loạn nhiều cơ quan, tỷ lệ shock nhiễm khuẩn và tử vong cao.

Từ khóa: nhiễm khuẩn huyết, Klebsiella pneumoniae; đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL MANIFESTATION AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF KLEBSIELLA PNEUMONIAE SEPTICEMIA

Objectives: To describe some clinical and laboratory characteristics of Klebsiella pneumoniae septicemia. **Subjects and methods:** Descriptive, cross-sectional, prospective and retrospective study in 48 septicemia patients caused by Klebsiella pneumoniae admitted to 103 Military Hospital from January 2017 to June 2021. **Results:** Median age: 62.67 ± 12.66 years; male 77,08%; underlying diseases: 72.90%; 10.40% hospital infection; 85.40% identified the path to infection (from respiratory tract 41.46%); 27.08% required surgical intervention during hospital stay; average hospital stay: 16.31±1.37 days; 100% had fever, including sudden fever 100%, high fever 45,80% and 58.30% had chills; 60% pulse > 90 bpm; 12.50% with septic

shock; 61% had pneumonia; 16.90% had respiratory failure; WBC >12G/L was 43.80%; Hb < 120g/l was 86.80%; platelets < 150G/l was 39.50%; PT% < 70% was 53.85%; urea >7.5mmol/L was 47.06%; creatinine ≥ 110μmol/L was 28.21%; total bilirubin > 20μmol/l was 47.83%; 60% had PCT >10ng/ml; 60% had CRP >100mg/L. **Conclusion:** Septicemia caused by K. pneumoniae has a high rate of the path to infection from the respiratory and digestive tracts, multiple organ disorders, a high rate of septic shock and mortality rate.

Keywords: Septicemia; Klebsiella pneumoniae; Clinical, laboratory characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là một bệnh nhiễm khuẩn toàn thân nặng do sự xâm nhập liên tiếp vào máu của vi sinh vật gây bệnh và các sản phẩm độc tố của chúng. Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, diễn biến thường nặng và không có chiều hướng tự khỏi nếu không được điều trị hoặc điều trị không đúng. Bệnh có thể gây ra tình trạng sốc nhiễm khuẩn, suy đa phủ tạng [1]. Ngày nay, nhiễm khuẩn huyết vẫn là một nguyên nhân chính gây tử vong trên toàn thế giới [2].

Mầm bệnh gây nhiễm khuẩn huyết hàng đầu phải kể đến là nhóm vi khuẩn gram âm mà đặc biệt là K.pneumoniae [3]. K.pneumoniae đã trở thành nguyên nhân chính của các bệnh nhiễm khuẩn bệnh viện và là một yếu tố nguy cơ của các bệnh nhiễm khuẩn cộng đồng [4]. Hiện nay, nhiễm khuẩn huyết do K. pneumoniae có xu hướng ngày càng tăng, với đặc điểm tổn thương nhiều cơ quan, diễn biến lâm sàng đa dạng, tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn và tử vong cao. Vì vậy, nhằm nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị NKH do K. pneumoniae, chúng tôi tiến hành đề tài: "Mô tả một số triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do K. pneumoniae".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

- 48 bệnh nhân NKH do K. pneumoniae, điều trị tại các khoa lâm sàng thuộc Bệnh viện Quân y 103 từ 01/2017 đến 6/2021.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán: dựa trên khuyến cáo từ hội nghị đồng thuận giữa Hiệp hội hồi sức cấp cứu Âu và Hiệp hội y khoa lâm sàng (ESICM/SCCM) về NKH (2016) [7]:

+ Có sự thay đổi cấp tính điểm SOFA ≥ 2 điểm do nhiễm khuẩn.

¹Viện Y học dự phòng Quân đội

²Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương

³Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lan Hương

Email: nguyennlanhuong22290@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2021

Ngày duyệt bài: 24.8.2021

+ Kết quả cấy máu phân lập được *K. pneumoniae*.

+ Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có kết quả cấy máu dương tính với ≥ 2 mầm bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, kết hợp tiền cứu và hồi cứu.

- Thu thập số liệu qua bệnh án lưu trữ, tất cả bệnh án nghiên cứu theo mẫu biểu thống nhất.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới, nguồn truyền nhiễm, bệnh lý nền, đường vào, các thủ thuật can thiệp xâm lấn, thời gian nằm viện, thời điểm cấy máu dương tính, điểm SOFA, tỷ lệ tử vong.

+ Triệu chứng lâm sàng: đặc điểm và tính chất sốt; tình trạng ý thức; tổn thương hệ tuần hoàn (mạch, huyết áp, sốc...); tổn thương hệ hô hấp (viêm phổi, suy hô hấp...); tổn thương hệ tiêu hóa (rối loạn tiêu hóa, đau bụng, ...); tổn thương hệ tiết niệu (thiếu niệu, vô niệu...).

+ Các chỉ số cận lâm sàng: số lượng hồng cầu (T/l), hemoglobin (g/l); số lượng bạch cầu (G/l), phần trăm neutrophil; tiểu cầu (G/l); tỷ lệ prothrombin (%); enzym AST, ALT (U/l); bilirubin toàn phần ($\mu\text{mol/l}$); ure máu (mmol/l);

Bảng 3.2: Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng		Số BN	Tỷ lệ %	Triệu chứng		Số BN	Tỷ lệ %
Sốt	Đột ngột	48/48	100	Rối loạn ý thức	4/48	8,89	
	Sốt cao	22/48	45,90	Thiếu niệu, vô niệu	2/44	4,50	
	Rét run	28/48	58,30				
	Viêm phổi	31/48	64,60	Sốc nhiễm khuẩn	6/48	12,50	
	Suy hô hấp	10/48	20,80	Tử vong do SNK	5/6	83,30	
	SOFA max	3,90 \pm 2,23		Kết cục tử vong	9/48	18,80	

Viêm phổi 64,60%; suy hô hấp cần can thiệp 20,80%. Tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn và tử vong 12,50% và 18,80%.

Bảng 3.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng

Chỉ số cận lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ %	Chỉ số cận lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ %
Hb < 120g/l	23/38	56,80	Ure > 7,5 mmol/l	16/34	47,06
Bạch cầu > 12G/l	21/48	43,80	Creatinin > 110 $\mu\text{mol/l}$	11/39	28,21
Bạch cầu neutrophil > 75%	41/48	85,42	AST > 40U/l	25/32	78,12
Tiểu cầu < 150G/l	15/38	39,50	ALT > 40 U/l	20/31	64,52
Tỷ lệ Prothrombin < 70%	7/13	53,85	Albumin < 35 g/l	21/28	75
CRP > 100 mg/l	15/25	60,00	Bilirubin toàn phần > 20 $\mu\text{mol/l}$	12/23	52,17
PCT > 10 ng/ml	18/30	60,00	Lactat > 2 mmol/l	5/11	45,45

Tăng bạch cầu (> 12G/l) 43,80%; giảm tiểu cầu 39,50%. CRP > 100 mg/l và PCT > 10ng/ml đều chiếm tỷ lệ 60,0%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,67 \pm 12,66 tuổi; trong đó 45,83% trên >60 tuổi; nam giới chiếm 77,08%; có bệnh lý nền là

creatinin máu ($\mu\text{mol/l}$); CRP (mmol/L); procalcitonin (ng/ml).

- Kết quả thu được xử lý trên phần mềm SPSS phiên bản 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/2017 tới 06/2021, chúng tôi thu được số liệu của 48 BN đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu với các đặc điểm sau:

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình	62,67 \pm 12,66	
Trên 60 tuổi	22/48	45,83
Nam giới	37/48	77,08
Có bệnh nền	35/48	75,90
Nhiễm trùng bệnh viện	6/48	10,40
Đường vào hô hấp	17/41	41,46
Đường vào tiêu hóa	16/41	39,20
Có can thiệp thủ thuật	13/48	27,08
Thời gian nằm viện trung bình	16,31 \pm 9,5 ngày	

Tuổi trung bình nghiên cứu 62,67 \pm 12,66; nhóm tuổi > 60 chiếm tỷ lệ 45,83%; đường vào đường hô hấp và tiêu hóa lần lượt 41,46 và 39,20%.

72,9%; nhiễm trùng bệnh viện chiếm 10,4%; đường vào gây nhiễm khuẩn huyết là đường hô hấp (41,46%) và tiêu hóa (39,2%); không rõ đường vào (24,6%); 27,08% bệnh nhân cần can thiệp thủ thuật xâm lấn; thời gian nằm viện trung bình 16,31 \pm 9,5 ngày; điểm SOFA max

3,90±2,23điểm.

Qua so sánh chúng tôi thấy rằng tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng so với trong nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Thị Phương (2016)[5], Trịnh Văn Sơn (2021)[6], Trần Nhật Minh (2019)[7]. Tuy nhiên, có sự chênh lệch về đối tượng trên 60 tuổi, lý giải về điều này là do sự lựa chọn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khác các tác giả trên.

Về sự phân bố của bệnh theo giới, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ 3,36 lần. Tác giả Nguyễn Thị Phương (2016) nam so nữ 2,27 lần[5]. Tác giả Trần Nhật Minh (2019) nam giới chiếm 61,2%[7]. Theo tác giả Harada S (2019) thì nam giới chiếm 62,1%[8]. Qua phân tích chúng tôi thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả kể trên.

Về giới tính, theo nhiều tác giả, nam giới mắc nhiều và tiên lượng nặng hơn có thể do ảnh hưởng của hormon sinh dục trên bệnh lý này, do tình trạng nhiễm khuẩn của nam nhiều và tỷ lệ can thiệp thủ thuật nhiều hơn so với nữ giới. Cụ thể, NC của Martin K Angele và cs. (2014) thấy rằng trong khi các hormon sinh dục nam như androgen gây ức chế miễn dịch qua trung gian tế bào, thì ngược lại, các hormon sinh dục nữ lại có tác dụng tăng cường miễn dịch, từ đó có tác dụng bảo vệ cơ thể trong NKH.

Bệnh lý nền trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của các tác giả khác, điều này càng củng cố rằng bệnh lý nền trong nhiễm khuẩn huyết do *K. pneumoniae* thường gặp là tim mạch, đái tháo đường, xơ gan, lạm dụng/ nghiện rượu, ung thư.

Bên cạnh đó, đường vào của nhiễm khuẩn huyết do *K. pneumoniae* vẫn chủ yếu từ hô hấp và tiêu hóa. Vì vậy cần đặc biệt phòng tránh nhiễm khuẩn tại các cơ quan này, đặc biệt là nhiễm khuẩn do *K. pneumoniae*, có thể dẫn đến nhiễm khuẩn huyết.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Nhiễm khuẩn huyết do *K. pneumoniae* có bệnh cảnh nhiễm trùng, nhiễm độc nặng tương tự như nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm khác. 100% bệnh nhân có sốt, với đặc điểm sốt đột ngột 100%, sốt cao 45,80% và 58,30% có cơn rét run. Tác giả Nguyễn Thị Phương (2016) nghiên cứu trên 98 bệnh nhân NKH do *K. pneumoniae* thì có tới 98% có biểu hiện sốt, sốt đột ngột (61,5%), sốt cao (63,3%), liên tục (11,5%), rét run (57,3) [5]. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng; lý giải điều này chúng tôi chỉ xét

hiệt độ khi bệnh nhân cấy máu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi góp phần củng cố thêm vào nét đặc trưng của triệu chứng sốt trong nhiễm khuẩn huyết là sốt cao, liên tục, trong ngày có nhiều cơn rét run.

Bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết sẽ ảnh hưởng đến toàn thân, tổn thương đa cơ quan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiều cơ quan tổn thương như tim mạch (60% có mạch nhanh; sốc 12,5%), thần kinh (8,89% có rối loạn ý thức), hô hấp (suy hô hấp 20,80%; viêm phổi 64,60%), tiết niệu (thiếu niệu, vô niệu 4,50%). Có 18,8% BN tử vong. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn (12,50%), sốc nhiễm khuẩn có tử vong là 83,3%. Hệ hô hấp là cơ quan gây bệnh hàng đầu của *K. pneumoniae* với bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng. Các triệu chứng viêm phổi chiếm 64,6% suy hô hấp chiếm 20,8%, tràn dịch màng phổi là 16,7% trong nghiên cứu của chúng tôi. Tác giả Nguyễn Thị Phương (2016) ghi nhận viêm phổi (32,2%), suy hô hấp (14,9%), tràn dịch màng phổi (2,3%) [5]. Tổn thương phổi trên hình ảnh XQ tim phổi trong nghiên cứu của chúng tôi viêm phổi thùy chiếm tỷ lệ cao nhất 46,7%, rất phù hợp căn nguyên nhiễm khuẩn huyết do *K. pneumoniae*

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Xét nghiệm cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *K. pneumoniae* có biến đổi cả về huyết học, sinh hóa và vi sinh, cụ thể tỷ lệ bạch cầu ≥ 12 G/L là 43,80%; neutrophil $> 75\%$ chiếm 85,42%; 56,8% BN có hemoglobin < 120 g/L; tiểu cầu < 150 G/L có 39,5%; tỷ lệ prothrombin $< 70\%$ là 53,85%. Về sinh hóa: 16/34 BN ure $\geq 7,5$ mmol/L tương đương 47,06%; creatinin > 110 μ mol/L là 28,21%; ALT > 40 IU/L chiếm 78,12%; bilirubin > 20 μ mol/L chiếm 52,17%; lactat > 2 mmol/L 60%. Hơn nữa, bệnh nhân có markers viêm tăng rất cao: 60% bệnh nhân có CRP > 100 mg/L và 60% có PCT > 10 ng/ml. Xét nghiệm chức năng cơ quan trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với các nghiên cứu trước đây như tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng thiếu máu, giảm tiểu cầu, rối loạn chức năng gan thận tương đối cao. Về marker viêm, kết quả của chúng tôi cũng như các tác giả khác đều phản ánh đáp ứng viêm mạnh mẽ của cơ thể trong NKH do *K. pneumoniae*. Theo tác giả Nguyễn Thị Phương (2016) ghi nhận bạch cầu tăng trên 12G/L chiếm 65%, CRP > 100 mg/L có 66,6% và PCT > 10 ng/mL chiếm 53,7%[5].

V. KẾT LUẬN

-Lâm sàng: Nhiễm khuẩn huyết do *K.*

pneumoniae thường gặp ở người cao tuổi, nam giới có tỷ lệ mắc cao, trên các bệnh nhân có bệnh lý nền, thời gian nằm viện dài, đường vào thường là đường hô hấp và tiêu hóa. Bệnh cảnh lâm sàng nổi bật tổn thương nhiều cơ quan như tim mạch, thần kinh, hô hấp, tiết niệu, sốc nhiễm khuẩn và tử vong.

-Cận lâm sàng: Bạch cầu $\geq 12G/L$ là 43,80%; neutrophile $>75\%$ chiếm 85,42%; 56,8% BN có hemoglobin $< 120g/L$; creatinin $> 110\mu mol/L$ là 47,06%; lactat $> 2 mmol/L$ 60%. Các marker viêm tăng cao (bạch cầu $\geq 12G/L$ chiếm 45,83%; CRP $>100mg/L$: 60% và PCT $>10ng/ml$ chiếm 60%;).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Truyền nhiễm - Học viện Quân y (2008). Nhiễm khuẩn huyết, Nhà xuất bản y học.
2. Salomao R (2019). Sepsis Eveloping concepts and challeges.
3. Gustinetti G., Mikulska M. (2016). Bloodstream

infections in neutropenic cancer patients: a practical update. Virulence, 7(3), 280-297.

4. Wang G., Zhao G., Chao X., et al. (2020). The characteristic of virulence, biofilm and antibiotic resistance of Klebsiella pneumoniae. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(17), 6278.
5. Nguyễn Thị Phương(2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân NKH do Klebsiella, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
6. Trịnh Văn Sơn(2021). Nghiên cứu tính kháng kháng sinh của Klebsiella và E.coli, Luận án Tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
7. Trần Nhật Minh(2019). Phân tích đặc điểm lâm sàng, vi sinh và phác đồ điều trị nhiễm khuẩn huyết do K. pneumoniae tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Dược học, Đại học dược Hà Nội.
8. Harada S A. K., Yamamoto S, (2019). Clinical and Molecular Characteristics of Klebsiella pneumoniae Isolates Causing Bloodstream Infections in Japan: Occurrence of Hypervirulent Infections in Health Care. J Clin Microbiol.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ SÀN MIỆNG GIAI ĐOẠN cT1-2N0M0 TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Trọng¹, Ngô Quốc Duy²,
Lê Chính Đại¹, Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng tái phát, thời gian sống thêm và phân tích một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân (BN) ung thư sàn miệng giai đoạn cT1-2N0M0 được điều trị tại Bệnh viện K. **Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm 65 BN ung thư sàn miệng giai đoạn cT1-2N0M0 được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K trong thời gian từ 01/2015 đến 12/2019. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong 65 BN nghiên cứu, đa số ≤ 60 tuổi (73,8%); tỷ lệ nam/nữ: 8,3/1; 32,3% BN di căn hạch tiềm ẩn. Có 21BN tái phát sau điều trị (32,3%), vị trí hay gặp là hạch cổ (57,1%), đa số xảy ra trong 24 tháng đầu (71,4%). Kích thước u và di căn hạch tiềm ẩn có liên quan đến tỷ lệ tái phát ($p<0,05$). Tỷ lệ DFS và OS 5 năm lần lượt là 62,3% và 74%, thời gian DFS và OS trung bình lần lượt là 45,08 và 52,03 tháng. Các yếu tố ảnh hưởng đến DFS gồm kích thước u ($p=0,03$), di căn hạch ($p<0,001$) và giai đoạn bệnh sau phẫu thuật ($p<0,001$). Các yếu tố ảnh hưởng đến OS gồm kích thước u ($p=0,037$), di căn hạch

($p=0,005$) và giai đoạn bệnh sau phẫu thuật ($p<0,001$). **Kết luận:** Tái phát sau điều trị UT sàn miệng thường gặp tại hạch cổ và tại chỗ. Kích thước u và di căn hạch có liên quan đến tình trạng tái phát. Kích thước u, di căn hạch và giai đoạn bệnh sau phẫu thuật ảnh hưởng xấu đến sống thêm toàn bộ và không bệnh.

Từ khóa: ung thư sàn miệng, T1-2N0M0, tái phát, sống thêm

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT FOR cT1-2N0M0 CARCINOMAS OF THE FLOOR OF MOUTH

Objectives: This study was conducted to report the recurrence rate, the survival rate in mouth floor cancer patients staged cT1-2N0M0 and analyze the prognostic factors associated. **Patients and methods:** A retrospective, descriptive study on 65 patients with cT1-2N0M0 floor of mouth cancer were treated in K hospital from 01/2015 to 12/2019. **Results:** Majority were under 60 years old (73,8%); male/female ratio: 8,3/1; 34 patients were staged T1 (52,3%); occult lymph node metastasis rate: 32,3%. Recurrences were diagnosed in 21 patients (32,3%), the nodal and local-nodal recurrence rate were 57,1% and 23,8%, respectively. Tumor stage and occult lymph node metastasis were statistically associated with the recurrence ($p=0,034$ and $p=0,001$, respectively). The 5-year DFS and OS rates were 62,3% and 74%, respectively. The mean DFS and OS

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trọng

Email: vantrong.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2021

Ngày duyệt bài: 24.8.2021