

quả tốt khi tạo hình ống tủy do có những tính năng tốt như ít làm thay đổi độ cong nguyên thủy của ống tủy, rút ngắn thời gian làm việc hơn so với hệ thống trám tay truyền thống, thiết kế của Jizai I với độ thuận 25.04 rất phù hợp cho ống tủy cong và hẹp, tiết kiệm mô răng, mềm dẻo, an toàn.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội với mã số đề tài: CS.23.06.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thị Bích Liên, Trịnh Thị Thái Hà.** Hiệu quả tạo hình ống tủy ở nhóm răng hàm nhỏ thứ nhất bằng hệ thống file Jizai trên thực nghiệm. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;518(1). Accessed January 31, 2024. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/3320>.
2. **Bürklein S, Donnermeyer D, Hentschel T, Schäfer E.** Shaping ability and debris extrusion of new rotary Nickel-Titanium root canal instruments. Materials. 2021;14:1063.
3. **Anol Bhattacherjee.** Social science research: Principles, Methods and practices. 2012
4. **Schiler H.** Cleaning and Shaping The Root Canal. Dent Clint North Am, 1974,18:269-296.
5. **Đôn Thu Hương.** Đánh giá kết quả điều trị nội nha một lần răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới viêm tủy không hồi phục có sử dụng hệ thống lên nhiệt EQ-V. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2020
6. **Lê Thị Kim Oanh.** Đánh giá kết quả điều trị nội nha nhóm răng hàm lớn hàm dưới bằng hệ thống Endo-Express. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội. 2013.
7. **Chu Mạnh.** Đặc điểm lâm sàng, X-Quang và kết quả điều trị tủy răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới có sử dụng hệ thống trám Wave One. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2015.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ LƯỠI TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ LƯỠI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH TỪ NĂM 2017 ĐẾN NĂM 2022

Lý Xuân Quang<sup>1</sup>, Trần Ngọc Tường Linh<sup>1</sup>, Võ Thúy Vy<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tỉ lệ sống còn, tỉ lệ tái phát và di căn xa cũng như khảo sát chất lượng cuộc sống người bệnh sau phẫu thuật cắt ung thư lưỡi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu. Chúng tôi thu thập 71 trường hợp ung thư tế bào gai vùng lưỡi có đầy đủ hồ sơ bệnh án, bệnh sử, tiền sử, thăm khám, chẩn đoán hình ảnh, được hội chẩn đa mô thức trước phẫu thuật và phẫu thuật cắt ung thư lưỡi từ 01/2017 đến 01/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình mẫu nghiên cứu là  $56,9 \pm 12,3$  năm, tỉ lệ nam/nữ 1,96:1. Khối u chủ yếu ở bờ tự do của lưỡi (77,5%), bề mặt sùi và loét (52,7%), giai đoạn IVA (33,8%). Tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật là 31%, trong đó, chủ yếu là ở hạch cổ (50%). Tỉ lệ tái phát ở nhóm T4 cao gấp 12,5 lần nhóm T2, nhóm N2c cao gấp 5,9 lần nhóm N0. Thời gian tái phát sau điều trị chủ yếu vào 02 năm đầu tiên. Tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật 19,7% nguyên nhân chủ yếu do tái phát hạch hoặc di căn xa (50%). Tỉ lệ sống thêm toàn bộ OS 1 năm là 96,9%, 5 năm là 75,5%. Tỉ lệ sống thêm không bệnh DFS 1 năm 87,3%, 5 năm là 68,4%. Các chỉ số về "rối loạn nuốt", "rối loạn giọng nói", "khả năng ăn uống", "khả năng

giao tiếp", "suy giảm tình dục" và "tình trạng răng miệng" có giá trị cao trên 20 và có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh. **Kết luận:** Phẫu thuật là biện pháp điều trị hiệu quả đối với các trường hợp ung thư lưỡi giai đoạn I-II. Tuy nhiên, tỉ lệ tái phát vẫn còn khá cao ở các trường hợp ung thư giai đoạn III-IV dù đã được phẫu thuật kết hợp điều trị bổ trợ. Chất lượng cuộc sống người bệnh sau phẫu thuật cũng bị ảnh hưởng do vì giảm chức năng nói, nhai, nuốt thức ăn. **Từ khóa:** Ung thư tế bào gai vùng lưỡi, phẫu thuật cắt ung thư lưỡi, tỉ lệ tái phát, tỉ lệ sống còn, chất lượng cuộc sống.

## SUMMARY

### EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES OF GLOSSECTOMY IN THE MANAGEMENT OF TONGUE CANCER AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY FROM 2017 TO 2022

**Aim:** To evaluate survival rates, recurrence rates, distant metastasis, and to assess the quality of life in patients following tongue cancer resection surgery. **Subjects and Methods:** This is a retrospective study. We collected 71 cases of squamous cell carcinoma of the tongue with complete medical records, histories, physical examinations, imaging, and multidisciplinary consultations prior to surgery. These patients underwent tongue cancer resection between January 2017 and January 2022. **Results:** The average age of the study sample was  $56,9 \pm 12,3$  years, with a male-to-female ratio of 1.96:1. The tumors were primarily located on the free margin of

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược, TP HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân Y 175, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: quang.lx@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2025

Ngày duyệt bài: 11.2.2025

the tongue (77,5%) with an ulcerative and exophytic surface (52,7%), predominantly in stage IVA (33,8%). The recurrence rate after surgery was 31%, mainly occurring in the cervical lymph nodes (50%). The recurrence rate in the T4 group was 12,5 times higher than in the T2 group, and in the N2c group, it was 5,9 times higher than in the N0 group. Most recurrences occurred within the first 2 years after treatment. The postoperative mortality rate was 19,7%, primarily due to lymph node recurrence or distant metastasis (50%). The overall survival (OS) rate was 96,9% at 1 year and 75,5% at 5 years. Disease-free survival (DFS) rates were 87,3% at 1 year and 68,4% at 5 years. Scores related to "swallowing disorders," "speech disorders," "eating ability," "communication ability," "sexual dysfunction," and "oral health status" were all above 20 points, indicating a significant impact on the patients' quality of life. **Conclusion:** Surgery is an effective treatment for stage I-II tongue cancer. However, the recurrence rate remains high in stage III-IV cases, even after surgery combined with adjuvant therapy. Patients' quality of life post-surgery is affected, including speech, chewing, and swallowing functions.

**Keywords:** Squamous cell carcinoma of the tongue, tongue cancer resection, recurrence rate, survival rate, quality of life.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư lưỡi (UTL) là loại ung thư thường gặp nhất, tiên lượng xấu nhất trong các ung thư vùng khoang miệng. Theo GLOBOCAN 2020, trên thế giới có khoảng 377.713 ca mắc mới và 177.757 ca tử vong do ung thư khoang miệng với tỉ lệ nam nữ khoảng 2,3:1.[8] Việc điều trị UTL phụ thuộc vào sự chọn lựa kế hoạch điều trị thích hợp nhất cho từng người bệnh, thường được xác định bởi đội ngũ chuyên gia về ung thư. Phương pháp điều trị UTL bao gồm phẫu thuật, xạ trị và hóa trị. Cho đến nay, phẫu thuật vẫn được xem là phương pháp điều trị chủ đạo bên cạnh việc kết hợp các phương pháp điều trị đa mô thức khác (hóa trị, xạ trị). Sau phẫu thuật cắt UTL, người bệnh sẽ bị thay đổi cấu trúc giải phẫu vùng khoang miệng làm ảnh hưởng đến chức năng nhai, nói, nuốt. Vì thế, chất lượng cuộc sống cũng ít nhiều bị ảnh hưởng. Đặc biệt, mặc dù UTL đã được điều trị nhưng lại dễ tái

phát, theo các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam đều ghi nhận tỉ lệ tái phát từ 30% đến 50%, tiên lượng sống trong 5 năm khoảng 70%[4]. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá tỉ lệ sống còn, tỉ lệ tái phát và di căn xa cũng như khảo sát chất lượng cuộc sống người bệnh sau phẫu thuật cắt UTL.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

- Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ung thư tế bào gai vùng lưỡi đã phẫu thuật cắt UTL tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 01/2017 đến 01/2022.

**- Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ BN được chẩn đoán xác định ung thư tế bào gai vùng lưỡi, có đầy đủ hồ sơ bệnh án các thông tin hành chính, bệnh sử, tiền sử, thăm khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, được hội chẩn đa mô thức trước phẫu thuật và đã được phẫu thuật cắt UTL.

+ Có thông tin về tình trạng bệnh sau phẫu thuật qua các lần tái khám và/hoặc liên hệ được qua điện thoại.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**- Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Không đủ khả năng hiểu hoặc trả lời các câu hỏi trong bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống.

+ Có ung thư ở vị trí khác trước khi phẫu thuật cắt UTL.

+ Không có thông tin về tình trạng bệnh sau điều trị.

+ Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**- Thiết kế nghiên cứu:** Sử dụng bộ câu hỏi EORTC-C30 phiên bản 3.0 và bộ câu hỏi EORTC-H&N35 đã chuyển sang ngôn ngữ tiếng Việt. Bộ câu hỏi EORTC-C30 gồm 30 câu hỏi, được thiết kế để đánh giá chất lượng cuộc sống của BN ung thư nói chung. Bộ câu hỏi EORTC-H&N35 gồm 35 câu hỏi, được thiết kế để đánh giá CLCS của BN ở các khía cạnh đặc trưng cho ung thư vùng đầu mặt cổ.

**Bảng 2.1. Các chỉ số đánh giá CLCS**

STT	Chỉ số	Số thứ tự câu hỏi	Phân loại
1.	Hoạt động thể lực	1,2,3,4,5	5 khía cạnh chức năng chung
2.	Khả năng nhận thức	20,25	
3.	Tâm lý - cảm xúc	21,22,23,24	
4.	Vai trò xã hội	6,7	
5.	Hòa nhập xã hội	26,27	
6.	Đau	9,19	11 khía cạnh/ triệu chứng do bệnh và/hoặc do quá trình điều trị bệnh ung
7.	Khó thở	8	
8.	Rối loạn tiêu hóa (chán ăn, nôn, buồn	13,14,15,16,17	

	nôn, tiêu chảy, táo bón)		thư gây ra
9.	Mất ngủ	11	11 khía cạnh / triệu chứng đặc trưng cho ung thư vùng đầu mặt cổ
10.	Mệt mỏi	10,12,18	
11.	Cảm giác bị ốm	47	
12.	Suy giảm tình dục	59,60	
13.	Khó khăn tài chính	28	
14.	Cảm giác đau (vùng miệng, họng)	31,32,33,34,61	
15.	Tình trạng răng miệng	39,40,41,42	
16.	Rối loạn nuốt	35,36,37,38	
17.	Giảm khứu giác - vị giác	43,44	
18.	Khả năng ăn uống	49,50,51,52,62,63,64,65	
19.	Rối loạn giọng nói	46,53,54	
20.	Ho	45	
21.	Khả năng giao tiếp	48,55,56,57,58	
22.	Chất lượng cuộc sống nói chung	29,30	

Các chỉ số về mặt chức năng (đánh số thứ tự từ 1 đến 5 trong bảng 2.1) điểm càng cao tương ứng chức năng của người bệnh càng ít bị ảnh hưởng (đồng nghĩa với CLCS tốt hơn). Cụ thể theo thang điểm 100, các chỉ số chức năng điểm số dưới ngưỡng 80/100 bắt đầu được coi là có ảnh hưởng đến CLCS.

Các chỉ số về mặt triệu chứng (đánh số thứ tự từ 6 đến 21 trong bảng 2.1), điểm càng cao chứng tỏ biểu hiện của khía cạnh/triệu chứng càng trầm trọng và CLCS càng bị ảnh hưởng nhiều hơn. Các chỉ số triệu chứng điểm số trên ngưỡng 20/100 bắt đầu được coi là có ảnh hưởng đến CLCS. Với chỉ số CLCS chung (số thứ tự 22 trong bảng 2.3): điểm càng cao tương ứng với CLCS càng tốt.

**2.3. Ý đức.** Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức của trường Đại học Y Dược TP.HCM và được sự đồng thuận của Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 71 BN đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

**3.1. Thông tin chung.** Tuổi trung bình là 56,89 ± 12,28 tuổi. Tỷ lệ nam chiếm ưu thế với 66,2%. Tỷ lệ hút thuốc lá và uống rượu cao với lần lượt là 53,5% và 52,1%. Đa số trường hợp không mắc bệnh nền kèm theo (70,4%), tỉ lệ đồng mắc tăng huyết áp 18,3% và đồng mắc đái tháo đường 7,0%.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị.** 37,85% trường hợp cảm nhận có khối u ở lưỡi và 38,75% đau tại vị trí khối u, kể đến rối loạn nuốt xuất hiện ở 7,85%, chảy máu khối u với 5,74% và thấp nhất là thay đổi giọng nói và sờ thấy hạch cổ có tỉ lệ 3,57%, không triệu chứng có tỉ lệ 2,85%.

Đặc điểm khối u của bệnh nhân UTL chủ yếu ở bờ tự do của lưỡi (77,5%), bề mặt sùi + loét (52,1%). Phân độ khối u (T) chủ yếu T2 chiếm

33,8%, kể đến là T3 chiếm 26,8% và T4a chiếm 21,1%. Không ghi nhận có T4b. Phân độ hạch (N) chủ yếu là N0 với tỉ lệ 64,8%, kể đến là N2b và N2c đều chiếm 14,1%. Giai đoạn chủ yếu là giai đoạn 4 chiếm 33,8% và giai đoạn 2 chiếm 29,6%. Độ biệt hóa mô học mức độ vừa chiếm cao nhất 80,3%, mức độ kém thấp nhất 2,8%.

**Bảng 3.1. Đặc điểm khối u**

Đặc điểm cận lâm sàng		Tần số (n=71)	Tỉ lệ (%)
Vị trí khối u	Đầu lưỡi	4	5,6
	Bờ tự do của lưỡi	55	77,5
	Mặt trên lưỡi	7	9,9
	Mặt dưới lưỡi	5	7,0
Bề mặt khối u	Sùi	23	32,4
	Loét	9	12,7
	Sùi + Loét	37	52,1
	Thâm nhiễm	2	2,8
Phân độ khối u - T	T1	13	18,3
	T2	24	33,8
	T3	19	26,8
	T4a	15	21,1
	T4b	0	0
Phân độ hạch - N	N0	46	64,8
	N1	2	2,8
	N2a	3	4,2
	N2b	10	14,1
	N2c	10	14,1
	N3a	0	0
	N3b	0	0
Giai đoạn khối u	I	13	18,3
	II	21	29,6
	III	13	18,3
	IVA	24	33,8
Độ biệt hóa mô học	Cao	12	16,9
	Vừa	57	80,3
	Kém	2	2,8

Phương pháp phẫu thuật UTL chủ yếu là cắt bán phần lưỡi chiếm 81,7% kể đến là cắt toàn bộ lưỡi 12,7%. Sau phẫu thuật, có 8 trường hợp

biến chứng sau mổ (chiếm 11,3%). Điều trị bổ túc sau phẫu thuật được chỉ định ở 27 trường hợp (5 trường hợp hóa trị, 14 xạ trị và 8 trường hợp hóa xạ đồng thời) chiếm 38%. Có 18,5% trường hợp không tuân thủ chỉ định điều trị bổ túc.

**Bảng 3.2. Các phương pháp phẫu thuật được thực hiện**

	Đặc điểm	Tần số (n=71)	Tỉ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật	Cắt 1 phần lưỡi	2	2,8
	Cắt bán phần lưỡi	58	81,7
	Cắt gần toàn bộ lưỡi	2	2,8
	Cắt toàn bộ lưỡi	9	12,7

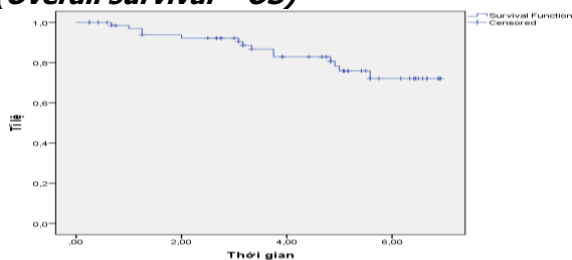
**3.3. Tình trạng tái phát.** Có 22 trường hợp tái phát chiếm 31% với 8 trường hợp tái phát tại chỗ, 11 tái phát hạch và 3 trường hợp di căn xa. Đa số trường hợp đều tái phát trong vòng 2 năm đầu sau phẫu thuật (95.5%).

Khối u thuộc nhóm T4 có khả năng tái phát cao gấp 12,5 lần so với nhóm T2 và nhóm N2c có khả năng tái phát cao gấp 5,9 lần so với nhóm N0, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (kiểm định Fisher,  $p < 0,05$ ). Khối u ở giai đoạn IVA có khả năng tái phát cao gấp 3.8 lần so với nhóm II+III, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (kiểm định Chi bình phương,  $p < 0,05$ ). Nhóm không tuân thủ điều trị bổ túc sau phẫu thuật có nguy cơ tái phát cao gấp 24,4 lần so với nhóm tuân thủ ( $p < 0,001$ ). Không có mối liên quan giữa độ biệt hóa tế bào và tình trạng tái phát.

**3.4. Tỉ lệ sống còn sau điều trị ung thư lưỡi.** Tỉ lệ sống sau điều trị UTL là 80,3% với thời gian theo dõi trung bình là  $53,1 \pm 25,2$  tháng, dài nhất là 88 tháng và ngắn nhất là 5 tháng. Nguyên nhân tử vong chủ yếu là do tái phát hạch hoặc di căn xa chiếm 50%, tái phát tại chỗ chiếm 28,6%, có 3 trường hợp tử vong vì nguyên nhân khác chiếm 21,4% (2 ca do mắc Covid và 1 ca do nhồi máu cơ tim).

Có mối liên quan giữa tình trạng tử vong và phân độ (T) ( $p < 0,05$ ) và (N) ( $p < 0,001$ ) của khối u cũng như tình trạng tái phát và tình trạng không tuân thủ điều trị ( $p < 0,001$ )

**3.4.1. Thời gian sống thêm toàn bộ (Overall survival – OS)**



**Biểu đồ 3.1. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS)**

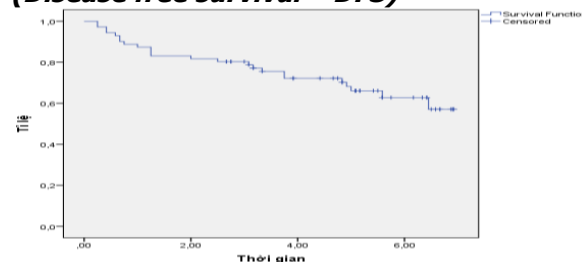
Thời gian sống thêm toàn bộ 1 năm là 96,9%, 5 năm là 75,5%; trung bình là  $6,0 \pm 0,2$  năm. Tỷ lệ OS 5 năm của người bệnh ung thư giai đoạn I (100%) cao nhất và nhóm IV thấp nhất (50%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với kiểm định Log rank  $p < 0,001$ . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ OS 5 năm giữa các nhóm phân độ ( $p < 0,001$ ), độ biệt hóa u (phép kiểm log rank,  $p < 0,01$ ), cũng như nhóm có và không có tình trạng tái phát (phép kiểm log rank,  $p < 0,001$ ).

**Bảng 3.3. Thời gian sống thêm toàn bộ với phân độ (T) và (N)**

Phân độ	OS 5 năm (%)	p
T1	100	<0.001*
T2	91.67	
T3	84.21	
T4a	40	
N0	89.13	<0.001*
N1	100	
N2a	66.7	
N2b	100	
N2c	20	

\*Logrank test

**3.4.2. Thời gian sống thêm không bệnh (Disease free survival – DFS)**



**Biểu đồ 3.2. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS)**

Thời gian sống thêm không bệnh 1 năm là 87,3%, 5 năm là 68,4%; trung bình là  $5,3 \pm 0,3$  năm.

Tương tự thời gian sống thêm toàn bộ, chúng tôi ghi nhận nhóm T4a, nhóm N2c, nhóm bệnh giai đoạn IVA có DFS thấp hơn các nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê (phép kiểm log rank,  $p < 0,05$ ). Thời gian sống thêm ở nhóm không tái phát cao hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm có tái phát (phép kiểm log rank,  $p < 0,001$ ).

**3.4.3. Chỉ số chất lượng cuộc sống của BN sau phẫu thuật cắt ung thư lưỡi**

**Bảng 3.4. Các chỉ số chất lượng cuộc sống của BN sau phẫu thuật cắt UTL**

Chỉ số	Trung bình/Trung vị	Độ lệch chuẩn/Khoảng tứ phân vị
Hoạt động thể lực	90	8,2
Khả năng nhận thức	100	83,3-100

Tâm lý – cảm xúc	78,1	15,7
Vai trò xã hội	83,3	50-100
Hòa nhập xã hội	82,5	17,3
Cảm giác đau	9,8	0-11,1
Khó thở	0	0-33,3
Rối loạn tiêu hóa	0	0-33,3
Mất ngủ	0	0-33,3
Mệt mỏi	6,1	0-12,8
Cảm giác bị ốm	0	0-6,7
Suy giảm tình dục	24,0	31,1
Khó khăn tài chính	0	0-33,3
Cảm giác đau (vùng miệng – họng)	0	0-6,7
Tình trạng răng miệng	31,8	18,5
Rối loạn nuốt	31,5	27,1
Giảm khứu giác-vị giác	12	0-23,5
Khả năng ăn uống	29,5	31,7
Rối loạn giọng nói	36	19,6
Ho	0	0-6,7
Khả năng giao tiếp	27,4	35,1
CLCS chung	82,3	17,4

Các chỉ số "tâm lý-cảm xúc", "rối loạn nuốt", "rối loạn giọng nói", "khả năng ăn uống", "khả năng giao tiếp", "suy giảm tình dục" và "tình trạng răng miệng" có ảnh hưởng nhẹ đến CLCS của người bệnh. Chỉ số CLCS chung vẫn trong giới hạn bình thường.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Thông tin chung.** Tuổi là một yếu tố quan trọng trong các nghiên cứu về ung thư. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Jin-Ye Fu với tuổi trung bình là  $58,7 \pm 12,9$  tuổi [10], tác giả Đinh Thị Lan Phương[1] với tuổi trung bình là  $53,4 \pm 10,7$ .

Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ có thể xuất phát từ thói quen hút thuốc và uống rượu ở nam giới nhiều hơn nữ giới. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với tỉ lệ nam/nữ là 1,96/1 tương đồng với tác giả Đinh Thị Lan Phương[1] là 1,47/1, tác giả Fu[10] ghi nhận là 1,6/1.

Kết quả của chúng tôi cho thấy, trong UTL tỉ lệ uống rượu là 52,1% hút thuốc là 53,5% tương đồng với tác giả Đinh Thị Lan Phương[1] với tỉ lệ uống rượu là 54,1%, tỉ lệ hút thuốc là 43,2%, tác giả Trần Minh Tuấn với tỉ lệ lần lượt là 62,2% và 54,1%[4].

**4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị.** Triệu chứng chính làm BN đến khám vì phát hiện có khối u ở lưỡi chiếm 37,9% và đau tại khối u chiếm 38,8%. Kết quả này tương đồng với tác giả Ngô Xuân Quý hai lí do hàng đầu là nổi u lưỡi và đau tại vùng u, tỉ lệ lần lượt là 35,2% và 20,8%.[2] Tác giả Trần Minh Tuấn (2018) lại ghi nhận triệu chứng đầu

tiên của bệnh là loét với 48,6%, thứ hai là nổi khối u chiếm 40,5%[4]. Chúng tôi cũng phát hiện 2,9% BN không có triệu chứng.

Vị trí tổn thương ở bờ tự do của lưỡi chiếm 77,5%, mặt trên lưỡi chiếm 9,9%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu tác giả Đinh Thị Lan Phương[1] là tại bờ tự do với 83,3%. Đánh giá chính xác vị trí u trong UTL quan trọng do liên quan đến phẫu thuật điều trị, u ở bờ tự do giúp cho cuộc mổ thuận lợi hơn u ở các vị trí khác.

Bề mặt khối u chủ yếu là thể kết hợp sùi và loét chiếm 52,1%, tiếp đến là sùi chiếm 32,4%. Tác giả Đinh Thị Lan Phương[1] ghi nhận hình thái kết hợp giữa sùi và loét thường gặp nhất với 48,7%, tiếp đến là sùi với 27,0%. Tác giả Ngô Xuân Quý (2020) [2] cũng ghi nhận kết quả tương tự với sùi loét chiếm 50%, loét đơn thuần 23,8%.

Các nghiên cứu có tỉ lệ mô bệnh học có đôi chút khác nhau, trong đó nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với tác giả Trần Minh Tuấn[4] (2018) với tỷ lệ biệt hóa vừa và cao chiếm đa số. Kết quả này cũng phù hợp với một thống kê của WHO về mô bệnh học ung thư vùng khoang miệng nói chung và UTL nói riêng.[6].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ ung thư giai đoạn IVA cao với 33,8% thấp hơn so với tác giả Fu nhưng cao hơn tác giả Trần Minh Tuấn. Tuy nhiên, cả ba nghiên cứu đều ghi nhận tỉ lệ ung thư giai đoạn III-IV cao từ 48,6-64,1% (bảng 4.1).

**Bảng 4.1. So sánh đánh giá giai đoạn TNM theo AJCC 8<sup>th</sup> giữa các nghiên cứu**

Giai đoạn TNM	Chúng tôi	Trần Minh Tuấn[4](2018)	Fu[10] (2021)
I	18,3%	18,9%	11,5%
II	29,6%	24,3%	24,4%
III	18,3%	27%	25%
IVA	33,8%	21,6%	39,1%

Tỉ lệ bệnh nhân không thực hiện điều trị bổ túc cao (18,5%), có thể do thời gian nghiên cứu của chúng tôi bao gồm giai đoạn đại dịch Covid-19 nên khó tránh khỏi có nhiều hạn chế do quy định giãn cách xã hội, đi lại khó khăn vì nhà xa... nên người bệnh không thể tái khám định kì và tuân thủ chỉ định điều trị bổ túc sau phẫu thuật.

**4.3. Tình trạng tái phát.** Chúng tôi ghi nhận có 31% tái phát, vị trí chủ yếu ở hạch chiếm 50%, đa số tái phát trong vòng 2 năm đầu tiên sau phẫu thuật (95,5%). Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Đinh Thị Lan Phương[1] với tỷ lệ tái phát là 35,1%, vị trí tái phát chủ yếu là ở hạch cổ với 46,2% và 86,9% bệnh nhân tái phát sau điều trị chủ yếu trong 2

năm đầu. Tác giả Trần Minh Tuấn ghi nhận tỉ lệ tái phát chiếm 37,8%. Nghiên cứu của Chen T.C[5] có tỷ lệ tái phát 27,1% tương đương chúng tôi, trong đó nhóm xạ trị bổ trợ có tỷ lệ tái phát thấp hơn và xu hướng tái phát muộn hơn.

Có mối liên quan giữa phân độ khối u và phân độ hạch với tình trạng tái phát sau điều trị trong phân tích đơn biến, trong đó đối tượng ở nhóm T4a có nguy cơ tái phát cao gấp 12,5 lần so với nhóm T2, nhóm N2c có khả năng tái phát cao gấp 5.9 lần so với nhóm N0, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Listl S và cộng sự (2013)[7] thực hiện tại Đức khi cho thấy những người bệnh ở giai đoạn muộn có nguy cơ tái phát cao hơn ( $p < 0,05$ ).

**4.4. Tỉ lệ sống còn sau điều trị ung thư lưỡi.** Chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng về OS và DFS với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Tác giả Đinh Thị Lan Phương[1] ghi nhận OS 5 năm là 83%, DFS 5 năm là 53%. Tác giả Ngô Xuân Quý [2] ghi nhận tỷ lệ sống thêm 5 năm là 65,4% và thời gian sống thêm trung bình 51,9 tháng, thời gian tái phát thường xảy ra trong 2 năm đầu sau điều trị, chiếm 87,5%. Theo nghiên cứu của Chen T.C[5], tỷ lệ DFS và OS 5 năm lần lượt là 66,6% và 74%. Theo tác giả Daniella[9] với thời gian theo dõi trung bình 37,6 tháng, OS 5 năm đạt 64,4% và DFS 5 năm đạt 79,3%.

Giai đoạn bệnh càng muộn thì kết quả điều trị càng kém và thời gian sống thêm càng ngắn và ngược lại. Tác giả Trần Đức Toàn và cs. [3] ghi nhận OS giai đoạn III cao hơn so với giai đoạn IV có ý nghĩa thống kê. Tương tự, Daniella[9] ghi nhận OS 5 năm nhóm pT1 đạt 81,0%, cao hơn so nhóm pT2 đạt 64,3%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Ngoài ra, khi phân tích đơn biến và đa biến, Daniella cũng cho thấy giai đoạn u có ảnh hưởng đến tỷ lệ sống thêm không bệnh.

**4.5. Chỉ số chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật cắt ung thư lưỡi.** Đa số các đối tượng được cắt gần toàn bộ hoặc cắt toàn bộ lưỡi đều mất vị giác, khó khăn trong việc phát âm và há miệng, ăn nhai. Ngược lại, ở nhóm cắt 1 phần hoặc cắt bán phần lưỡi, người bệnh sau phẫu thuật hầu như không có những triệu chứng gì ảnh hưởng đến sinh hoạt và CLCS. Bên cạnh đó, các đối tượng có chỉ định xạ trị xuất hiện các triệu chứng như cứng hàm, giảm tiết nước bọt, tê vai... nhưng các triệu chứng đó cải thiện dần theo thời gian.

Ở Việt Nam, chưa có các nghiên cứu đánh giá CLCS bằng bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 và QLQ-H & N35 được thực hiện trên bệnh nhân

UTL. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy đa số người bệnh bị ảnh hưởng ở chức năng nói, nhai, nuốt thức ăn. Do đó, chúng ta đề xuất xây dựng các chương trình giúp phục hồi chức năng, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh, giúp người bệnh nhanh chóng tái hòa nhập cộng đồng.

## V. KẾT LUẬN

UTL là ung thư thường gặp và có tiên lượng xấu trong các ung thư vùng miệng. Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính kết hợp các điều trị bổ túc như hóa trị và xạ trị. Tỷ lệ tái phát sau điều trị vẫn còn cao đặc biệt ở những trường hợp giai đoạn muộn. CLCS sau điều trị bị ảnh hưởng ít nhiều, chủ yếu ở các chức năng nói, nhai, nuốt thức ăn. Các chương trình phục hồi chức năng là cần thiết để hỗ trợ người bệnh trở lại cuộc sống bình thường.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thị Lan Phương** (2023), "Đánh giá khả năng sống còn và tái phát trong ung thư lưỡi – sàn miệng tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2017 - 2022", Luận văn CKII. ĐH Y dược TP.HCM.
2. **Ngô Xuân Quý** (2020), "Nghiên cứu kết quả hóa trị bổ trợ trước bằng phác đồ TC và tỷ lệ bội lộ một số dấu ấn liên quan đến tiên lượng ung thư lưỡi giai đoạn III-IV (M0)", Luận án Tiến sĩ, Đại học y dược Hà Nội.
3. **Trần Đức Toàn, Đinh Xuân Cường, Ngô Quốc Duy** (2021), "Kết quả phẫu thuật ung thư lưỡi giai đoạn III, IV (M0) hóa chất tân bổ trợ tại bệnh viện K", Tạp chí Y học Việt Nam, 509 (1), pp. 169-172.
4. **Trần Minh Tuấn** (2017), "Khảo sát đặc điểm di căn hạch cổ của ung thư lưỡi tại bệnh viện đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1/2015 đến tháng 6/2017", Luận văn tốt nghiệp nội trú. Đại học y dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. **Chen T. C., Wang C. T., Ko J. Y., et al.** (2010), "Postoperative radiotherapy for primary early oral tongue cancer with pathologic N1 neck", Head & neck, 32 (5), pp. 555-561.
6. **El-Maggar A., K., Chan J., K,C, , Grandis J. R., et al.** (2017), "WHO Classification of Head and Neck Tumours", International Agency for Research on Cancer.
7. **Listl S., Jansen L., Stenzinger A., et al.** (2013), "Survival of patients with oral cavity cancer in Germany", PloS one, 8 (1), pp. 53415.
8. **Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., et al.** (2021), "Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", CA: a cancer journal for clinicians, 71 (3), pp. 209-249.
9. **Zanoni D. K., Montero P. H., Migliacci J. C., et al.** (2019), "Survival outcomes after treatment of cancer of the oral cavity (1985-2015)", Oral oncology, 90, pp. 115-121.
10. **Fu J. Y., Zhu L., Li J., et al.** (2021), "Assessing the magnetic resonance imaging in determining the depth of invasion of tongue cancer", Oral Dis, 27 (3), pp. 457-463.

# KẾT QUẢ TẠO HÌNH THÂN ĐỐT SỐNG BẰNG BƠM XI MẮNG SINH HỌC CÓ BÓNG CHO BỆNH NHÂN XEP ĐỐT SỐNG NGỰC DO LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Hoàng Long<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả tạo hình thân đốt sống bằng bơm xi măng sinh học có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống ngực do loãng xương ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu với 87 bệnh nhân xẹp đốt sống ngực do loãng xương được tạo hình thân đốt sống bằng bơm xi măng sinh học có bóng tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2021 – tháng 1/2023. **Kết quả:** Có 87 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nữ chiếm 67,8%, tuổi trung bình là  $63,2 \pm 10,1$ . Trên Xquang: hầu hết các bệnh nhân tổn thương 1 đốt sống chiếm 86,2%. Tscore trung bình là  $-3,7 \pm 0,4$ . Trên MRI: có 100% bệnh nhân phù nề thân đốt sống, 2,0% bệnh nhân tổn thương phức hợp dây chằng phía sau PLC, dấu hiệu tổn thương giảm tín hiệu trên T1W và tăng tín hiệu trên T2W chiếm 18,2%. Đặc điểm phương pháp phẫu thuật: 72,7% bệnh nhân chọc kim qua cuống, 87,9% bệnh nhân chọc kim cả 2 bên với lượng xi măng trung bình là  $4,0 \pm 1,2$  ml. Biến chứng phẫu thuật: 4,6% bệnh nhân đau thần kinh liên sườn, 27,6% bệnh nhân rò xi măng ra cạnh đốt sống, không có bệnh nhân nào có biến chứng nặng. Kết quả lâm sàng sau phẫu thuật: điểm VAS của bệnh nhân giảm đáng kể so với trước phẫu thuật ở thời điểm 24h, 1 tháng và 12 tháng với  $P < 0,001$ . Điểm MacNab của bệnh nhân sau mổ chủ yếu ở mức độ rất tốt và tốt, không có bệnh nhân nào ở mức xấu. **Kết luận:** Tạo hình thân đốt sống bằng bơm xi măng sinh học có bóng đối với bệnh nhân xẹp đốt sống ngực do loãng xương mang lại hiệu quả lâm sàng đáng kể, là phương pháp an toàn giúp cải thiện chiều cao đốt sống và giảm tỉ lệ biến chứng rò xi măng. **Từ khóa:** Xẹp đốt sống ngực, loãng xương, bơm xi măng sinh học có bóng

## SUMMARY

### RESULTS OF BALLOON KYPHOPLASTY IN PATIENTS WITH THORACIC VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURES DUE TO OSTEOPOROTIC AT VIET DUC HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the outcomes of balloon kyphoplasty for patients with osteoporotic thoracic vertebral compression fractures at Viet Duc University Hospital. **Methods:** A retrospective descriptive study of 87 patients with osteoporotic thoracic vertebral

compression fractures who underwent vertebral body augmentation with balloon-assisted bone cement injection at Viet Duc Hospital from January 2021 to January 2023. **Results:** Among the 87 patients in our study, the majority were female (67.8%), with an average age of  $63.2 \pm 10.1$  years. On X-ray, most patients had a single vertebral injury (86.2%). The average T-score was  $-3.7 \pm 0.4$ . On MRI, all patients (100%) showed vertebral body edema, 2.0% had posterior ligamentous complex (PLC) injuries, and 18.2% presented signal alterations (low signal on T1W and high signal on T2W). Surgical Technique Characteristics: In 72.7% of cases, the needle was inserted transpedicularly, and 87.9% of cases involved bilateral needle insertion, with an average cement volume of  $4.0 \pm 1.2$ ml. Surgical Complications: 4.6% of patients experienced intercostal neuralgia, and 27.6% had cement leakage near the vertebrae, but no patients had severe complications. Postoperative Clinical Outcomes: Patients' VAS scores significantly decreased compared to preoperative levels at 24 hours, 1 month, and 12 months post-surgery, with  $P < 0.001$ . MacNab scores were predominantly in the very good and good categories postoperatively, with no patients in the poor category. **Conclusion:** Balloon kyphoplasty for patients with osteoporotic thoracic vertebral compression fractures provides significant clinical benefits, is a safe method, and helps restore vertebral height while reducing the rate of cement leakage complications. **Keywords:** Thoracic vertebral compression, osteoporosis, balloon kyphoplasty

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là sự giảm khối lượng và chất lượng của hệ thống xương dẫn đến giảm sức mạnh, sức chống đỡ và chịu lực của cột sống, làm xương mòn dần, dễ gãy, dễ lún xẹp. Xẹp đốt sống do loãng xương là một biến chứng hay gặp của loãng xương. Xẹp đốt sống thường không gây tử vong nhưng có thể gây nên những thương tật nặng nề và ảnh hưởng trầm trọng đến hoạt động đời sống và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Đây là biến chứng được báo cáo thấy ở 20% người trên 50 tuổi và 45% trong số này là phụ nữ.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của xẹp đốt sống là đau lưng cấp tính, có hoặc không có liên quan đến cơ chế chấn thương. Ngoài ra có thể kể đến các triệu chứng khác như: đau lưng mãn tính, biến dạng cột sống (gù) hoặc thậm chí còn có thể chèn ép tuỷ sống gây liệt hai chân.

Có nhiều phương pháp để điều trị xẹp đốt

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 12.2.2025