

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được tài trợ kinh phí bởi Sở Khoa Học Công Nghệ Thành Phố Hồ Chí Minh (DOST), theo hợp đồng số 07/2022/HĐ-QKHCN và quyết định 1038/QĐ-SKHCN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Imbesi Bellantoni M, Picciolo G, Pirrotta I, et al.** Oral Cavity Squamous Cell Carcinoma: An Update of the Pharmacological Treatment. *Biomedicine*. Apr 7 2023;11(4)doi:10.3390/biomedicine11041112
2. **Chaffer CL, Weinberg RA.** A perspective on cancer cell metastasis. *Science*. Mar 25 2011; 331(6024): 1559-64. doi:10.1126/science.1203543
3. **Wang W, Li W, Pan L, et al.** Dynamic Regulation Genes at Microtubule Plus Ends: A Novel Class of Glioma Biomarkers. *Biology (Basel)*. Mar 22 2023;12(3)doi:10.3390/biology12030488
4. **Zhuang M, Zhao S, Jiang Z, et al.** MALAT1 sponges miR-106b-5p to promote the invasion and metastasis of colorectal cancer via SLAIN2 enhanced microtubules mobility. *EBioMedicine*. Mar 2019;41: 286-298. doi:10.1016/j.ebiom.2018.12.049
5. **Duong HT, Huynh NC-N, Nguyen CT-K, et al.** Identify characteristics of Vietnamese oral squamous cell carcinoma patients by machine learning on transcriptome and clinical-histopathological analysis. *Journal of Dental Sciences*. 2024/12/01/ 2024;19:S81-S90. doi: https://doi.org/10.1016/j.jds.2024.08.013
6. **Clark AG, Vignjevic DM.** Modes of cancer cell invasion and the role of the microenvironment. *Curr Opin Cell Biol*. Oct 2015;36:13-22. doi:10.1016/j.ceb.2015.06.004
7. **Bouchet BP, Noordstra I, van Amersfoort M, et al.** Mesenchymal Cell Invasion Requires Cooperative Regulation of Persistent Microtubule Growth by SLAIN2 and CLASP1. *Dev Cell*. Dec 19 2016; 39(6): 708-723. doi:10.1016/j.devcel.2016.11.009
8. **Bose M, Barman B, Goswami A, Bhattacharyya SN.** Spatiotemporal Uncoupling of MicroRNA-Mediated Translational Repression and Target RNA Degradation Controls MicroRNP Recycling in Mammalian Cells. *Mol Cell Biol*. Feb 15 2017;37(4)doi:10.1128/MCB.00464-16

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ Vòm MŨI HỌNG TÁI PHÁT TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Đăng^{1,2}, Nguyễn Anh Văn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tái phát tại Bệnh viện K giai đoạn tháng 06/2022 đến tháng 09/2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 39 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vòm mũi họng tái phát tại khoa Xạ Đầu cổ - Bệnh viện K giai đoạn 06/2022 - 09/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $53,9 \pm 10$ tuổi [39-78], tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Đau đầu là lý do vào viện thường gặp nhất, chiếm 33,3 %. Bệnh nhân giai đoạn trước điều trị III và IVa có tỉ lệ tái phát cao chiếm 76,9%. Giai đoạn lúc tái phát chủ yếu là IVa (25,6%). Thời gian tái phát trung bình là $30,3 \pm 16,6$ tháng [8,53-71,63]. **Kết luận:** Ung thư vòm mũi họng tái phát thường gặp ở bệnh nhân nam giới, trung tuổi, giai đoạn IVa và thường trong 2 năm đầu sau điều trị. **Từ khóa:** Ung thư vòm tái phát, gián đoạn xạ trị, PET/CT, MRI.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA-CLINICAL

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đăng

Email: nguyenvandang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

CHARACTERISTICS OF RECURRENT NASOPHARYNGEAL CARCINOMA: A STUDY AT K HOSPITAL

Objective: To describe some clinical and para-clinical features of patients with recurrent nasopharyngeal carcinoma at National Cancer Hospital from June 2022 to September 2024. **Patients and Methods:** A retrospective study was conducted on 39 patients diagnosed with recurrent nasopharyngeal carcinoma at the Head and Neck Radiation Department of K Hospital from June 2022 to September 2024. **Results:** The average age was 53.9 ± 10 years [39–78], with a male-to-female ratio of 2:1. Headache was the most common reason for hospital admission, accounting for 33.3%. Patients in stages III and IVa before initial treatment had a high recurrence rate, comprising 76.9% of the cases. At recurrence, the predominant stage was IVa (25.6%). The average time to recurrence was 30.3 ± 16.6 months [8.53–71.63]. **Conclusion:** Recurrent nasopharyngeal carcinoma is more commonly observed in middle-aged male patients, predominantly at stage IVa, and frequently occurs within the first two years after treatment.

Keywords: Recurrent nasopharyngeal carcinoma, radiotherapy interruption, PET/CT, MRI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng là bệnh ung thư phổ biến vùng đầu cổ, đặc biệt ở các vùng dịch tễ như Đông Nam Á và Nam Trung Quốc.¹ Tại Việt

Nam, theo số liệu GLOBOCAN năm 2022, ung thư vòm mũi họng đứng hàng thứ 9 về số ca mắc mới và thứ 8 về tỉ lệ tử vong ở cả 2 giới, nam mắc nhiều hơn nữ với một số yếu tố nguy cơ như virus Epstein – Barr (EBV), chế độ ăn, chủng tộc, di truyền.^{2,3}

Mặc dù có nhiều phương pháp điều trị tiên tiến như xạ trị điều biến liều (IMRT-Intensity Modulated Radiation Therapy) kết hợp với hóa trị, đã giúp cải thiện đáng kể tỷ lệ sống sót sau 5 năm đối với bệnh nhân ung thư vòm mũi họng, tỷ lệ tái phát vẫn dao động từ 10% đến 36%.⁴

Đặc điểm lâm sàng của ung thư vòm mũi họng tái phát bao gồm triệu chứng như chảy máu mũi, đờm có máu, các triệu chứng thần kinh sọ, đau đầu và các triệu chứng từ tổn thương cơ quan lân cận như suy giảm vận động do u lan rộng và xâm lấn các cấu trúc xung quanh. Bệnh nhân cũng có thể xuất hiện hạch cổ tái phát, đặc biệt nếu họ có di căn hạch lúc chẩn đoán ban đầu.^{1,4} Các cận lâm sàng dùng để chẩn đoán ung thư vòm mũi họng tái phát bao gồm⁴ cắt lớp vi tính độ phân giải cao, cộng hưởng từ (MRI), PET-CT

Khó khăn trong chẩn đoán ung thư vòm mũi họng tái phát bao gồm việc phân biệt các tổn thương do xạ trị với khối u tái phát, vì xạ trị có thể gây ra các biến đổi trong mô và xương, khiến các hình ảnh chẩn đoán dễ gây nhầm lẫn. Bên cạnh đó, khối u tái phát có thể nằm sâu, khó tiếp cận sinh thiết qua đường mũi. Thực tế, trong một số trường hợp phức tạp, chẩn đoán tái phát dựa trên các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như PET-CT và MRI.^{1,4}

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu về ung thư vòm mũi họng tái phát. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu chi tiết về vấn đề này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tái phát tại Bệnh viện K giai đoạn tháng 06/2022 đến tháng 09/2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 39 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vòm mũi họng tái phát tại khoa Xạ Đầu cổ - Bệnh viện K giai đoạn 06/2022 - 09/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được chẩn đoán xác định ung thư vòm mũi họng bằng xét nghiệm mô bệnh học
- Chẩn đoán giai đoạn tái phát theo AJCC 2017 (định nghĩa "tái phát" trong nghiên cứu là bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư vòm mũi họng, đã được điều trị, đánh giá đáp

ứng hoàn toàn, cho ra viện và theo dõi, phát hiện tổn thương tái phát ít nhất 6 tháng sau khi ra viện của đợt điều trị trước đó).

- Chỉ số toàn trạng (PS) theo thang điểm ECOG = 0; 1
- Các tổn thương có thể đo được bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh
- Có hồ sơ theo dõi đầy đủ và có thông tin sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mắc bệnh ung thư thứ 2.
- Mắc các bệnh mạn tính hoặc cấp tính trầm trọng có khả năng gây tử vong trong thời gian ngắn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn được 39 bệnh nhân vào nghiên cứu.

Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Từ 06/2022 đến tháng 09/2024 tại Khoa Xạ đầu cổ, Bệnh viện K.

2.3. Các bước tiến hành

*** Nội dung nghiên cứu**

- Bệnh nhân được ghi nhận thông tin đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, lí do vào viện.
- Bệnh nhân được ghi nhận thông tin đặc điểm cận lâm sàng: giai đoạn u, hạch trên siêu âm và MRI; giai đoạn toàn bộ TNM theo AJCC 2017 trước điều trị và thời điểm tái phát; đặc điểm trên nội soi tai mũi họng; SUVmax trên PET-CT; phác đồ điều trị trước đó; thời gian xạ trị; thời gian tái phát.

*** Quy trình tiến hành nghiên cứu**

- Bước 1: Lập bệnh án nghiên cứu và lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.
- Bước 2: Bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng.
- Bước 3: Xử lý, phân tích số liệu và viết báo cáo.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Các thuật toán thống kê: Mô tả.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Tất cả thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thời điểm ban đầu

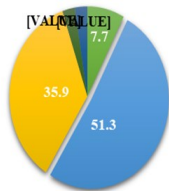
3.1.1. Đặc điểm lâm sàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là $53,9 \pm 10$ tuổi. Tuổi cao nhất là 78 tuổi và thấp nhất là 39 tuổi.

Đặc điểm về giới cho thấy, bệnh có tỷ lệ mắc cao hơn ở nam giới với tỷ lệ nam/nữ là 2/1.

3.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng**Bảng 1: Đặc điểm giai đoạn bệnh thời điểm chẩn đoán ban đầu**

	Bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ %
Giai đoạn u		
T1	8	20,5
T2	11	28,2
T3	16	41
T4	4	10,3
Giai đoạn hạch		
N0	12	30,8
N1	10	25,6
N2	13	33,3
N3	4	10,3
Giai đoạn toàn bộ		
I	3	7,7
II	6	15,4
III	22	56,4
IVa	8	20,5

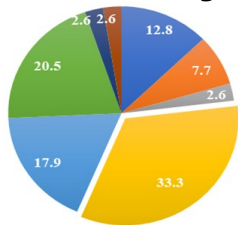
Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, giai đoạn u ban đầu T3 chiếm nhiều nhất với 41%, giai đoạn hạch ban đầu N2 chiếm nhiều nhất với 33,3%. Tại thời điểm chẩn đoán ban đầu, giai đoạn toàn bộ chiếm nhiều nhất là III, IVa (76,9%).

3.1.3. Phác đồ điều trị

■ Xạ trị đơn thuần (XT) ■ Hóa xạ trị đồng thời (HXT) ■ Hóa chất dẫn đầu theo sau HXT
■ Hóa chất dẫn đầu theo sau XT ■ HXT theo sau hóa chất hỗ trợ

Biểu đồ 1: Phác đồ điều trị lần đầu

Phác đồ điều trị lần đầu, đa số là HXT đồng thời chiếm 51,3%, phác đồ điều trị ít nhất là hóa chất dẫn đầu theo sau XT và HXT đồng thời theo sau hóa chất chất bổ trợ cùng chiếm 2,6%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm tái phát**3.2.1. Đặc điểm lâm sàng**

■ Chảy máu mũi ■ Ngạt mũi ■ Đau tai ■ Đau đầu ■ Đau mắt ■ Tai khảm ■ Đau xương

Biểu đồ 2: Lý do vào viện thời điểm tái phát

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, đau đầu là lý do vào viện chiếm cao nhất với 33,3%. Đau tai, ngạt mũi, đau xương là lý do vào viện ít

nhất, cùng chiếm 2,6%.

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng**Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng thời điểm tái phát**

	Bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ %
Hình ảnh u trên nội soi tai mũi họng (NSTMH)		
Sùi	15	38,5
Hỗn hợp	7	17,9
Không phát hiện tổn thương	17	43,6
Đánh giá giai đoạn hạch trên siêu âm		
N0	28	71,8
N1	7	17,9
N2	1	2,6
N3	3	7,7
Đánh giá giai đoạn u và hạch trên MRI		
T0	14	35,9
T1	5	12,8
T2	6	15,4
T3	5	12,8
T4	9	23,1
N0	28	71,8
N1	6	15,4
N2	5	12,8
Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định		
Mô bệnh học tại u	23	59,0
Mô bệnh học tại hạch	8	20,5
Hình ảnh điển hình trên chẩn đoán hình ảnh	8	20,5

Trong nhóm nghiên cứu, trên NSTMH có 43,3% bệnh nhân không phát hiện tổn thương. Bệnh nhân không phát hiện có di căn hạch trên siêu âm 71,8%. Trên MRI, có 35,9 % bệnh nhân không phát hiện u và 71,8% bệnh nhân không phát hiện hạch.

Bảng 3: Đặc điểm giai đoạn bệnh thời điểm tái phát

	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giai đoạn u (n=39)		
T0	13	33,3
T1	6	15,4
T2	6	15,4
T3	6	15,4
T4	8	20,5
Giai đoạn hạch (n=39)		
N0	25	64,7
N1	9	23,1
N2	2	5,1
N3	3	7,7
Giai đoạn toàn bộ (n=39)		
I	6	15,4
II	9	23,1
III	8	20,5
IVa	10	25,6

IVb	6	15,4
Vị trí di căn (n=6)		
Xương	4	66,7
Gan	2	33,3
Não, màng não	2	33,3
Hạch bạch	1	16,7

Trong nhóm nghiên cứu, giai đoạn u tái phát T4 chiếm nhiều nhất với 20,5%, giai đoạn hạch tái phát N1 nhiều nhất chiếm 23,1%, giai đoạn toàn bộ tái phát nhiều nhất là IVa chiếm 25,6%.

Bảng 4: Thời gian bệnh nhân tái phát

	Bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ %
≤ 12 tháng	4	10,3
>12 tháng	35	89,7
Trung bình 30,3 ± 16,6 tháng, ngắn nhất 8,53 tháng, dài nhất 71,63 tháng		

Nhóm nghiên cứu, thời gian tái phát trung bình trung bình 30,3 ± 16,6 tháng, ngắn nhất 8,53 tháng, dài nhất 71,63 tháng, đa phần trên 12 tháng chiếm 89,7%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi, tuổi mắc bệnh trung bình 53,9 ± 10, tuổi cao nhất là 78 và thấp nhất là 39 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Thái Đình Hiếu với độ tuổi trung bình mắc bệnh trung bình là 52,27 ± 11.⁵ So với nghiên cứu nước ngoài như Yung-Hsuan Chen, độ tuổi trung bình là 50,2 ± 12,1.¹ Kết quả chúng tôi cũng tương đồng với tác giả này.

Trong nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ mắc bệnh nam/nữ là 2/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Thái Đình Hiếu, tỉ lệ nam/nữ là 2,4/1.⁵ Điều này cũng phù hợp do thói quen sinh hoạt của nam giới có nhiều nguy cơ hơn nữ giới như hút thuốc, lạm dụng bia rượu nên tỉ lệ ung thư vòm mũi họng ở nam cao hơn so với nữ giới.

Đau đầu là lý do vào viện chiếm cao nhất với 33,3 %. Kết quả chúng tôi gần tương đồng với nghiên cứu của Thái Đình Hiếu, triệu chứng đau đầu trong nghiên cứu này là 40,5%.⁵ Tuy nhiên, theo công bố của Z Peng, chảy máu mũi là triệu chứng phổ biến ở nhóm bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tái phát⁴. Điều này có thể thấy thấy rằng, triệu chứng ung thư vòm mũi họng tái phát rất đa dạng, không có triệu chứng đặc hiệu. Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân đi tái khám thường xuyên phát hiện tái phát chiếm 20,5%. Do đó, việc hướng dẫn tái khám định kỳ cho bệnh nhân là bước quan trọng sau khi hoàn thành điều trị. Việc này giúp các bác sĩ lâm sàng phát hiện sớm tái phát ngay khi chưa có triệu chứng.

Giai đoạn toàn bộ thời điểm trước điều trị trong nghiên cứu chúng tôi nhiều nhất là III, IVa

chiếm 76,9%. Kết quả nghiên cứu Yung-Hsuan Chen giai đoạn III, IVa chiếm 83,9%.¹ Sự khác biệt kết quả này là cỡ mẫu chúng tôi ít hơn của Yung-Hsuan Chen.

Phác đồ điều trị nhiều nhất là hóa xạ trị đồng thời chiếm 51,3%. Giai đoạn bệnh trong nghiên cứu chúng tôi chủ yếu là giai đoạn III và IVa chiếm 76,9% (30 bệnh nhân). Theo hướng dẫn mạng lưới ung thư Hoa Kỳ-NCCN 2024, ung thư vòm mũi họng giai đoạn này điều trị ưu tiên là phác đồ hóa chất dẫn đầu theo sau là hóa xạ trị hóa xạ trị đồng thời, khuyến cáo mức 1. Ngoài ra cùng giai đoạn này, các chuyên gia NCCN khuyến cáo: khi bệnh nhân không điều trị phác đồ này có thể điều trị phác đồ hóa xạ trị đồng thời theo sau hóa chất bổ trợ. Trong nghiên cứu chúng tôi có 15/30 bệnh nhân giai đoạn III và IVa được điều trị phác đồ hóa xạ trị đồng thời theo sau hóa chất bổ trợ hoặc hóa chất dẫn đầu theo sau hóa xạ trị đồng thời. Giải thích về tỉ lệ hóa xạ trị cao ở nhóm nghiên cứu chúng tôi là nhóm bệnh nhân chúng tôi đa phần điều trị trước năm 2021. Trước năm 2021, NCCN hướng dẫn điều trị với giai đoạn III và IVa là phác đồ hóa xạ trị đồng thời theo sau hóa chất bổ trợ. Nhiều bệnh nhân sau khi hoàn thành giai đoạn hóa xạ trị đồng thời nhưng gặp một vài lý do như: biến chứng sau xạ trị, hóa trị nhiều; bệnh nhân tuổi cao; một số bệnh nhân khác thì ở xa cơ sở điều trị không quay lại điều trị tiếp. Nên những bệnh nhân này không thể hoàn thành đủ liệu trình điều trị như kế hoạch ban đầu.

Trên cùng giai đoạn III và IVa, Y Zang đã thực hiện nghiên cứu so sánh 2 phương pháp điều trị hóa chất dẫn đầu theo sau hóa xạ trị đồng thời và hóa xạ trị đồng thời. Kết quả cho thấy tỷ lệ sống sót không tái phát sau 3 năm là 85,3% trong nhóm hóa chất dẫn đầu theo sau hóa xạ trị, so với 76,5% trong nhóm hóa xạ trị đồng thời với p=0,001.⁷

Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi, giai đoạn u tái phát T4 chiếm nhiều nhất với 20,5 %, giai đoạn u tái phát T1, T2, T3 bằng nhau chiếm 15,4%. Nghiên cứu của Rui You, giai u T3 chiếm nhiều nhất với 67%. Kết quả chúng tôi không tương đồng do cỡ mẫu chúng tôi nhỏ hơn của Rui You.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, 71,8% bệnh nhân không phát hiện có di căn hạch trên siêu âm. So với chẩn đoán giai đoạn hạch cuối cùng, bệnh nhân không chẩn đoán hạch di căn chiếm 64,7%. Sự khác biệt này là có 3 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn hình thái trên siêu âm nhưng sau khi chúng tôi cho chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA) kết quả không phát hiện tế bào ung thư.

Trong nhóm nghiên cứu, MRI không phát

hiện hạch di giai đoạn N3 (dưới sụn nhĩ). So với chẩn đoán giai đoạn hạch cuối cùng, bệnh nhân chẩn đoán giai đoạn hạch N3 chiếm 7,7%. Giải thích điều này là do dữ liệu hình ảnh MRI gặp khó khăn khi khảo sát vùng dưới sụn nhĩ. Do đó, việc đánh giá giai đoạn hạch cần kết hợp nhiều phương pháp như thăm khám lâm sàng, kết hợp các cận lâm sàng khác như: siêu âm, PET-CT.

Trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi có 17 bệnh nhân chiếm 43,3% không phát hiện u trên nội soi tai mũi họng. Tuy nhiên, trên MRI tỉ lệ không phát hiện u giảm còn 14 bệnh nhân chiếm 35,9%. Lý do là có 3 bệnh nhân có tín hiệu u trên MRI những nằm vị trí sâu, không gần với bề mặt niêm mạc. 2 bệnh nhân trong số 3 bệnh nhân này chúng tôi tiến hành phẫu thuật sinh thiết, kết quả giải phẫu bệnh khẳng định có tế bào ung thư. Bệnh nhân còn lại do u nằm sâu không tiến hành phẫu thuật sinh thiết được nhưng sau đó chúng tôi chụp PET-CT kết quả tăng chuyển hóa rõ. Ngoài ra có 1 bệnh nhân không phát hiện u trên MRI, sau khi chúng tôi chụp PET-CT thì phát hiện mức tăng chuyển hóa rõ. Dựa trên các hướng dẫn, chúng tôi nhận định có tái phát tại u.⁴ Theo đó, trên chẩn đoán cuối đoán giai đoạn u cuối cùng của chúng tôi, tỉ lệ không tổn thương ác tính giảm xuống còn 13 bệnh nhân chiếm 33,3%.

Thời gian tái phát trên nhóm bệnh nhân tái phát tại chỗ, tại vùng trung bình $30,9 \pm 16,7$ tháng. Trong đó 90,9% bệnh nhân trong nhóm này tái phát trên 12 tháng. Khoảng thời gian tái phát cũng đã được chứng minh là một yếu tố tiên lượng độc lập về khả năng sống sót sau khi điều trị lại. Hwang lưu ý rằng khả năng sống sót sau 5 năm đối với những bệnh nhân tái phát lớn hơn-dưới 12 tháng lần lượt là 45%-17%.⁸ Tương tự như vậy, Teo và cộng sự đã báo cáo sự cải thiện đáng kể về khả năng sống sót của những bệnh nhân có khoảng thời gian tái phát trên 18 tháng.⁹ Liên quan đến các tác dụng phụ do xạ trị gây ra, khoảng thời gian giữa 2 lần điều trị bức xạ phải ít nhất là 12 tháng. Vì sau lần xạ trị đầu tiên, các mô lành xung quanh khối u (như não, tủy sống, dây thần kinh thị giác) cần thời gian để hồi phục. Nếu thực hiện xạ trị lại quá sớm (dưới 12 tháng), các mô này chưa kịp phục hồi đầy đủ và có nguy cơ bị tổn thương nghiêm trọng hơn, dẫn đến các biến chứng nặng nề như hoại tử mô, tổn thương thần kinh hoặc nguy cơ tử vong. Xạ trị cũng gây ra những tổn thương tích tụ trên mô lành. Việc chờ thời gian giúp giảm nguy cơ gặp các biến chứng nghiêm trọng như hoại tử hoặc tổn thương vĩnh viễn. Khối u tái phát quá sớm (dưới 12 tháng) thường cho thấy tính kháng

xạ hoặc khối u có đặc tính sinh học khó điều trị hơn. Do đó, tái xạ trị quá sớm có thể không mang lại hiệu quả cao vì khối u có thể không đáp ứng tốt với điều trị lại.¹⁰

V. KẾT LUẬN

Ung thư vòm mũi họng tái phát thường gặp ở bệnh nhân nam giới, trung tuổi, vào viện vì lý do đau đầu là chủ yếu. Giai đoạn điều trị lần đầu là III, IVa có tỷ lệ tái phát cao. Chẩn đoán xác định tái phát dựa vào soi tai mũi họng kết hợp sinh thiết. Các trường hợp khó cần phối hợp các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Giai đoạn khi tái phát chủ yếu là IVa. Thời gian tái phát trung bình là sau 2 năm từ khi kết thúc điều trị lần đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen YH, Luo SD, Wu SC, et al.** Clinical Characteristics and Predictive Outcomes of Recurrent Nasopharyngeal Carcinoma-A Lingering Pitfall of the Long Latency. *Cancers*. 2022; 14(15):3795. doi:10.3390/cancers14153795
2. **Tuân NA, Chinh HĐ, Biểu BQ, và cộng sự.** Kết quả hóa xạ trị điều biến liều ung thư vòm mũi họng giai đoạn II-III. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2023;530(1B). doi:10.51298/vmj.v530i1B.6752
3. **Argirion I, Zarins KR, Suwanrungruang K, et al.** Subtype Specific Nasopharyngeal Carcinoma Incidence and Survival Trends: Differences between Endemic and Non-Endemic Populations. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2020;21(11): 3291. doi:10.31557/APJCP.2020.21.11.3291
4. **Peng Z, Wang Y, Fan R, et al.** Treatment of Recurrent Nasopharyngeal Carcinoma: A Sequential Challenge. *Cancers*. 2022;14(17):4111. doi:10.3390/cancers14174111
5. **Hiếu TĐ.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư vòm mũi họng giai đoạn tái phát hoặc di căn bằng phác đồ Gemcitabin - Cisplatin tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. *Tạp Chí Dược Thái Bình*. Published online November 6, 2023:99-107.
6. **Treatment by Cancer Type.** NCCN. Accessed October 24, 2024. https://www.nccn.org/guidelines/category_1
7. **Zhang Y, Chen L, Hu GQ, et al.** Gemcitabine and Cisplatin Induction Chemotherapy in Nasopharyngeal Carcinoma. *N Engl J Med*. 2019; 381(12): 1124-1135. doi:10.1056/NEJMoa1905287
8. **Hwang JM, Fu KK, Phillips TL.** Results and prognostic factors in the retreatment of locally recurrent nasopharyngeal carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1998;41(5):1099-1111. doi:10.1016/s0360-3016(98)00164-3
9. **Teo PM, Kwan WH, Chan AT, et al.** How successful is high-dose (>or = 60 Gy) reirradiation using mainly external beams in salvaging local failures of nasopharyngeal carcinoma? *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1998; 40(4): 897-913. doi:10.1016/s0360-3016(97)00854-7
10. **Ng WT, Soong YL, Ahn YC, et al.** International Recommendations on Reirradiation by Intensity Modulated Radiation Therapy for Locally Recurrent Nasopharyngeal Carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2021;110(3):682-695. doi:10.1016/j.ijrobp.2021.01.041

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM ÂM ĐẠO Ở PHỤ NỮ ĐẾN KHÁM TẠI PHÒNG KHÁM KHOA SẢN, BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUẬN Ô MÔN NĂM 2024

Trần Nguyễn Hạ Vy¹, Nguyễn Văn Hóa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm âm đạo và một số yếu tố liên quan đến viêm âm đạo của phụ nữ đến khám tại Phòng khám Khoa Sản, Bệnh viện đa khoa quận Ô Môn. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024, phỏng vấn 116 phụ nữ đồng ý tham gia nghiên cứu bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. **Kết quả:** Tỷ lệ viêm âm đạo là 59,5%. Có mối tương quan giữa viêm âm đạo với trình độ học vấn, số lần vệ sinh hàng ngày, số lần vệ sinh khi hành kinh, vệ sinh âm đạo đúng cách và vệ sinh trước, sau khi quan hệ tình dục. Cụ thể, học vấn Trung học phổ thông và cao đẳng, đại học có tỷ số chênh lần lượt là 5,5 và 4,5 lần so với tiểu học; 20,5 và 9,7 lần lượt là tỷ số chênh cho vệ sinh 1-2 lần/ngày khi không có kinh và đang hành kinh so với nhóm không vệ sinh; vệ sinh âm đạo đúng cách và trước, sau khi quan hệ tình dục có tỷ số chênh chỉ 0,3 và 0,1 so với nhóm sai cách hoặc không thực hiện. **Kết luận:** Đa số đối tượng nghiên cứu có viêm âm đạo. Các yếu tố liên quan viêm âm đạo là trình độ học vấn, số lần vệ sinh hàng ngày, số lần vệ sinh khi hành kinh, vệ sinh âm đạo đúng cách và vệ sinh trước, sau khi quan hệ tình dục.

Từ khóa: Viêm âm đạo, yếu tố liên quan, vệ sinh.

SUMMARY

THE CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES OF VAGINITIS IN WOMEN VISITING FOR CHECK-UPS AT THE OBSTETRICS DEPARTMENT CLINIC, O MON DISTRICT GENERAL HOSPITAL, 2024

Aims: Describe the rate, clinical and paraclinical characteristics of vaginitis and describe associated factors among women visiting for check-ups at the Obstetrics Department Clinic, O Mon General Hospital. **Methods:** A cross-sectional study conducted from January 2024 to June 2024, involving interviews with 116 women who agreed to participate in the study using a designed questionnaire. **Results:** The prevalence of vaginitis was 59,5%. There was a correlation between vaginitis and educational level, daily hygiene frequency, hygiene during menstruation, proper vaginal hygiene, and pre- and post-intercourse hygiene. Specifically, women with a high school and college/university education had an odds ratio of 5,5 compared to those with primary education. The odds

ratios for practicing hygiene 1-2 times per day when not menstruating and during menstruation were 20,5 and 9,7, respectively, compared to no hygiene. Proper vaginal hygiene and pre-/post-intercourse hygiene had odds ratios of 0,3 and 0,1, respectively, compared to improper or no hygiene practices. **Conclusion:** The majority of study participants had vaginitis. Associated factors are vaginitis included educational level, daily hygiene frequency, hygiene during menstruation, proper vaginal hygiene, and pre- and post-intercourse hygiene practices.

Keywords: Vaginitis, associated factors, hygiene.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm âm đạo là vấn đề sức khỏe thường gặp ở phụ nữ, đặc biệt trong độ tuổi sinh sản. Dù không gây nguy hiểm đến tính mạng, nhưng các triệu chứng của bệnh nếu không được phát hiện kịp thời và điều trị triệt để, sẽ gây các triệu chứng khó chịu, ảnh hưởng xấu đến sinh hoạt và sức khỏe sinh sản.

Trên thế giới, hàng năm có từ 200-300 triệu ca viêm nhiễm đường âm đạo. Ở Việt Nam, các bệnh phụ khoa tăng từ 15-27% hàng năm, với 11% các trường hợp mắc đi mắc lại nhiều lần [7].

Một số nghiên cứu trước đây tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, đặc biệt là Cần Thơ, ghi nhận tỷ lệ mắc viêm âm đạo dao động từ 34-46% ở các nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh sản [2], [3], [6]. Tuy nhiên, quận Ô Môn, nơi tập trung nhiều lao động nữ từ các khu công nghiệp, đến khám phụ khoa hàng năm tại Phòng khám Khoa sản, Bệnh viện đa khoa quận Ô Môn rất nhiều nhưng dữ liệu về tỷ lệ mắc và yếu tố nguy cơ còn hạn chế.

Từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm âm đạo và một số yếu tố liên quan của phụ nữ đến khám tại Phòng khám Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa quận Ô Môn năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân từ 18-49 tuổi đến khám phụ khoa tại Phòng khám Khoa Sản, Bệnh viện đa khoa quận Ô Môn và được chẩn đoán viêm âm đạo.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 18- 49 tuổi đến khám phụ khoa, không đặt thuốc âm đạo trong vòng 2 tuần trước khi đến khám, có đầy đủ thông tin, kết quả xét nghiệm có viêm

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Hạ Vy

Email: 6043222255@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025