Version 5.2021. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/nscl.pdf
4. **Joshi A, Noronha V, Patil VM, et al** (2017). Efficacy of Second-Line Pemetrexed-Carboplatin in EGFR-Activating Mutation-Positive NSCLC: Does Exon 19 Deletion Differ from Exon 21 Mutation? Chemotherapy research and practice. 2017:8196434. doi:10.1155/2017/8196434
5. **Ito M, Horita N, Nagashima A, Kaneko T.** (2019) Carboplatin plus pemetrexed for the elderly incurable chemo-naive nonsquamous non-small cell lung cancer: Meta-analysis. Asia-Pacific journal of clinical oncology. 15(2):e3-e10. doi:10.1111/ajco.12837
6. **Nguyễn Thanh Ngọc, Nguyễn Thị Phương Thảo, Trần Hoàng Phương, Nguyễn Thị Quỳnh Lan, Lê Xuận Hà** (2023). Kết quả điều trị bệnh nhân cao tuổi ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn IV bằng phác dồ pemetrexed-carboplatin. Tạp chí Y học Việt Nam. 530, 1B (tháng 9 2023). DOI:https://doi.org/10.51298/vmj.v530i1B.6737.
7. **Lê Thị Vân Anh, Nguyễn Thị Thái Hòa & Nguyễn Văn Hiếu** (2022). Đánh giá kết quả điều trị pemetrexed bước 2 trong ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn IV. Tạp Chí Y học Việt Nam, 508(2). https://doi.org/10.51298/vmj.v508i2.1628
8. **Lê Viết Nam** (2021). Đánh giá kết quả hóa trị phác đồ có Pemetrexedd trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III-IV. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG

Phạm Huy Tần[1], Dương Thế Ngọc[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư vòm mũi họng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện K. Đối tượng: 119 người bệnh được chẩn đoán và điều trị Ung thư vòm mũi họng tại bệnh viện K và trung tâm Gen Protein - Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang. **Kết quả:** Triệu chứng cơ năng phổ biến nhất của ung thư vòm mũi họng là đau đầu (56,3%) và ù tai (55,5. Tổn thương thần kinh sọ ghi nhận ở 15,1% người bệnh. Hầu hết tổn thương được xác định qua nội soi là dạng u sùi (86,5%) với vị trí xuất phát từ hố Rosenmuller (72,3%) và thành trên sau (50,4%). Khối u lan tràn được phát hiện qua MRI/CT ở 74,8% người bệnh, trong đó 87,6% lan ra mũi xoang. Về hạch cổ, 74,8% người bệnh có hạch, chủ yếu gặp ở nhóm hạch cảnh cao (95,5%), đa phần có từ 1-2 hạch cổ (69,6%) và các hạch thường nằm cùng bên (56,2%), 58,4% có di căn. Phân loại TNM cho thấy phần lớn người bệnh ở giai đoạn tiến triển (T3-T4: 44,5%; N1-N3: 74,8%), trong khi 98,3% chưa có di căn xa (M0). **Kết luận:** Nghiên cứu đã mô tả các đặc điểm của ung thư vòm mũi họng để nâng cao hiệu quả chẩn đoán. Các kết quả này cung cấp cơ sở khoa học cho việc cải thiện chiến lược phát hiện sớm và điều trị bệnh lý này trong thực hành lâm sàng. ***Từ khóa:*** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, ung thư vòm mũi họng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN NASOPHARYNGEAL CANCER PATIENTS

Objectives: To investigate the clinical and paraclinical characteristics of nasopharyngeal cancer patients at Hanoi Medical University Hospital and K Hospital. Subjects: A total of 119 patients diagnosed and treated for nasopharyngeal cancer at K Hospital and the Center for Gene and Protein Research - Hanoi Medical University, Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** Cross-sectional study. **Results:** The most common clinical symptoms of nasopharyngeal cancer were headache (56.3%) and tinnitus (55.5%). Cranial nerve damage was observed in 15.1% of patients. Most lesions identified by endoscopy were exophytic tumors (86.5%), primarily originating from the Rosenmüller fossa (72.3%) and the superior posterior wall (50.4%). Tumor invasion was detected by MRI/CT in 74.8% of patients, with 87.6% of these cases showing extension into the nasal cavity and sinuses. Regarding cervical lymph nodes, 74.8% of patients presented with lymphadenopathy, predominantly involving the high jugular lymph node group (95.5%). Most patients had 1-2 cervical nodes (69.6%), typically unilateral (56.2%). Metastasis was found in 58.4% of cases. TNM classification indicated that most patients were in advanced stages (T3-T4: 44.5%; N1-N3: 74.8%), while 98.3% had no distant metastasis (M0). **Conclusion:** This study highlights the importance of early recognition of nasopharyngeal cancer characteristics to enhance diagnostic efficacy. The findings provide a scientific basis for improving early detection and treatment strategies for this condition in clinical practice.

Keywords: Clinical characteristics, paraclinical characteristics, nasopharyngeal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hiện nay là một trong những vấn đề y tế mang tính toàn cầu, với tỷ lệ mắc và tử vong cao, ảnh hưởng đến cả người trẻ tuổi.

[1]*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
[2]*Trường Đại học Phenikaa*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Huy Tần
Email: phamhuytan@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 27.5.2025
Ngày duyệt bài: 4.7.2025

Trong số các bệnh ung thư, ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là dạng ung thư phổ biến nhất ở vùng đầu cổ và có tính khu vực rõ rệt.[1] Đây là bệnh lý ác tính xuất phát từ các tế bào biểu mô vùng vòm họng.

Theo dữ liệu dịch tễ từ GLOBOCAN 2024, UTVMH là một trong những loại ung thư phổ biến nhất tại Việt Nam và khu vực Đông Nam Á, nơi được coi là vùng dịch tễ trọng điểm của bệnh này. Tỷ lệ mắc UTVMH tại các quốc gia Đông Nam Á như Việt Nam, Malaysia, Indonesia và Philippines vượt trội so với các khu vực khác trên thế giới. Ở Việt Nam, UTVMH thường đứng trong top 10 loại ung thư phổ biến nhất, với tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở các tỉnh phía Bắc, nơi có sự giao thoa của yếu tố di truyền, môi trường, và thói quen ăn uống truyền thống như sử dụng thực phẩm lên men hoặc chứa nhiều muối. Khu vực Đông Nam Á nói chung cũng chịu ảnh hưởng lớn từ virus Epstein-Barr (EBV), một yếu tố nguy cơ chính của UTVMH. Ngoài các yếu tố sinh học, điều kiện kinh tế xã hội và hệ thống y tế chưa đồng đều tại một số quốc gia trong khu vực có thể làm chậm trễ việc phát hiện và điều trị bệnh ở giai đoạn sớm.[2,3]

Các triệu chứng sớm của UTVMH thường không điển hình, dễ bị bỏ qua, thậm chí bị nhầm lẫn với các bệnh lý khác như viêm mũi, viêm xoang, hay viêm tai giữa. Các biểu hiện ban đầu có thể là đau đầu, ngạt mũi, ù tai hoặc chảy máu mũi nhẹ. Điều này khiến cho việc chẩn đoán và điều trị kịp thời trở nên thách thức, đặc biệt ở các cơ sở y tế tuyến cơ sở.[4]

Nhằm hiểu rõ hơn về các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh UTVMH, từ đó đưa ra hướng điều trị hiệu quả hơn, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư vòm mũi họng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 119 người bệnh được chẩn đoán và điều trị UTVMH tại bệnh viện K và trung tâm Gen Protein Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, thỏa mãn các tiêu chuẩn:

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Có chẩn đoán xác định dựa vào tiêu chuẩn vàng của chẩn đoán mô bệnh học là UTVMH.
- Có chẩn đoán tổn thương vòm và lan tràn rộng khối u trên phim chụp CT scan hoặc MRI vòm mũi họng theo quy chuẩn.
- Có chẩn đoán lâm sàng qua nội soi vòm mũi họng, sinh thiết vòm dưới nội soi, thăm khám hạch cổ, thần kinh sọ và toàn thân.
- Chẩn đoán phát hiện di căn xa qua siêu âm.
- Được phân loại giai đoạn bệnh theo TNM - AJCC 2010.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh có chẩn đoán đồng thời một loại ung thư khác hoặc mắc bệnh lý phối hợp nặng (suy gan, suy thận, suy tim giai đoạn cuối, bệnh lý thần kinh nặng).
- Không có chẩn đoán xác định UTVMH dựa trên mô bệnh học hoặc hình ảnh học (CT scan, MRI).
- Hồ sơ y tế không đầy đủ để đánh giá hoặc theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

❖ Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang

❖ Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả người bệnh có đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Tổng cộng có 119 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

❖ Chỉ tiêu nghiên cứu

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Triệu chứng cơ năng: Đau đầu, ù tai, ngạt mũi, chảy mũi, khịt khạc máu…

+ Tổn thương thần kinh sọ: có/không

- Triệu chứng cận lâm sàng:

+ Đặc điểm tổn thương u vòm mũi họng qua nội soi

▪ Hình thái tổn thương đại thể: Sùi/hỗn hợp

▪ Vị trí xuất phát tổn thương: Hố Rosenmuller, Thành sau trên, Vùng loa vòi…

+ Đặc điểm tổn thương u vòm mũi họng qua MRI/CT scanner

▪ Hình thái tổn thương đại thể qua nội soi: Khu trú/lan tràn

▪ Vị trí xuất phát tổn thương qua nội soi: mũi xoang, hố chân bướm hàm, tai giữa, họng miệng…

+ Đặc điểm hạch cổ trên khám siêu âm

▪ Phát hiện hạch: Có/không

▪ Số lượng hạch: 1-2 hạch, 3-4 hạch, ≥5 hạch

▪ Cùng bên – đối bên

▪ Vị trí: nhóm 1, nhóm 2, nhóm 3, nhóm 4, nhóm 5.

+ Kết quả xét nghiệm tế bào học hạch cổ: Có tế bào di căn/Không có tế bào di căn

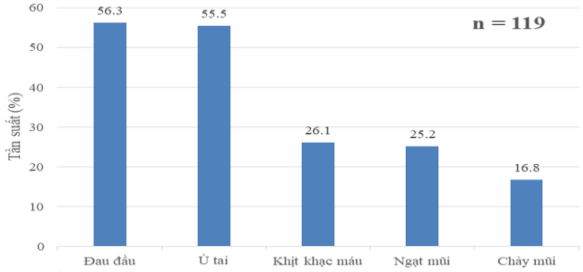
- Chẩn đoán mô bệnh học: Type I (Ung thư biểu mô dạng biểu bì sừng hóa), Type II (Ung thư biểu mô dạng biểu bì không sừng hóa), Type III (Ung thư biểu mô không biệt hóa)
- Chẩn đoán TNM, chẩn đoán giai đoạn bệnh theo AJCC 2010.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm nghiên cứu Gen - Protein Trường Đại Học Y Hà Nội, Các cơ sở hóa và xạ trị của Bệnh viện K Trung ương, Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, từ tháng 9 năm 2013 đến tháng 12 năm 2016.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học, được mã hóa và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm Stata 12.0.

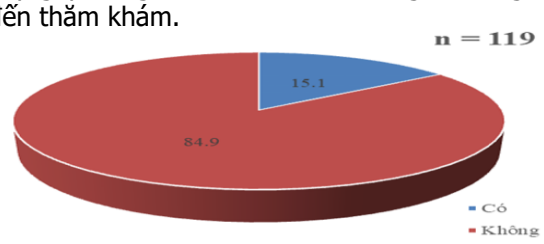
2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Quy trình nghiên cứu được thiết kế và triển khai một cách khoa học, minh bạch, khách quan, đảm bảo tính chính xác và khả năng kiểm chứng. Kết quả nghiên cứu được công bố trung thực, đầy đủ. Thông tin cá nhân và tình trạng bệnh tật của người tham gia nghiên cứu được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và không tiết lộ ra bên ngoài.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1. *Tần suất các triệu chứng cơ năng*

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của người bệnh UTVMH là đau đầu 56,3% và ù tai 55,5%. Trong số này có những trường hợp gặp đồng thời nhiều triệu chứng cơ năng khi đến thăm khám.



Biểu đồ 3.2. *Tổn thương liệt dây thần kinh sọ*

Nhận xét: Có 15,1% người bệnh có triệu chứng tổn thương dây thần kinh sọ.

Bảng 3.1. Đặc điểm tổn thương u vòm mũi họng

	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Hình thái tổn thương đại thể qua nội soi	**119**	**100**
Sùi	103	86,5
Hôn hợp	16	13,5
Vị trí xuất phát tổn thương qua nội soi	**119**	**100**
Hố Rosenmuller	86	72,3
Thành sau trên	60	50,4
Vùng loa vòi	11	9,2
Thành dưới	2	1,7
Đặc điểm khối u qua MRI/CT scanner	**119**	**100**
Khu trú	30	25,2
Lan tràn	89	74,8
Tần suất vị trí u lan tràn ra ngoài vòm qua MRI/CT scanner	**89**	**100**
Mũi xoang	78	87,6
Hố chân bướm hàm	31	34,8
Tai giữa	15	16,9
Họng miệng	14	15,7
Ổ mắt	2	2,2
Đốt sống cổ	1	1,1

Nhận xét: Trong số 119 người bệnh nghiên cứu, hình thái u sùi qua nội soi chiếm đa số (86,5%), trong khi thể hỗn hợp (loét, hoại tử, thâm nhiễm) chiếm 13,5%. Vị trí tổn thương thường xuất phát từ hố Rosenmuller (72,3%). Kết quả MRI và CT scanner cho thấy 74,8% người bệnh có khối u lan rộng, xâm lấn nền sọ và các tổ chức lân cận. Trong số 89 người bệnh có khối u lan tràn, 87,6% ghi nhận tổn thương lan ra mũi xoang, là vị trí bị ảnh hưởng chủ yếu.

Bảng 3.2. Đặc điểm hạch cổ qua thăm khám siêu âm

	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Phát hiện hạch	**119**	**100**
Không hạch	30	25,2
Có hạch	89	74,8
Số lượng hạch	**89**	**100**
1-2 hạch	62	69,6
3-4 hạch	18	20,1
≥5 hạch	9	10,3
Cùng bên – đối bên	**89**	**100**
Cùng bên	50	56,2
Đối bên	39	43,8
Vị trí	**89**	**100**
Nhóm 1	7	7,9
Nhóm 2	85	95,5
Nhóm 3	20	22,5
Nhóm 4	2	2,3
Nhóm 5	9	10,1
Kết quả xét nghiệm tế bào học hạch cổ	**89**	**100**
Có tế bào di căn	52	58,4
Không có tế bào di căn	37	41,6

Nhận xét: Trong số 119 người bệnh nghiên cứu, 74,8% (89 người bệnh) có triệu chứng hạch cổ. Trong số này, đa số có 1-2 hạch (69,6%) và hạch chủ yếu nằm cùng bên (56,2%). Hạch thường xuất hiện ở nhóm 2 (nhóm cảnh cao), một số trường hợp ghi nhận nhiều nhóm hạch cùng lúc. Tỷ lệ người bệnh có tế bào di căn trong hạch là 58,4%.

Bảng 3.3. Chẩn đoán mô bệnh học khối u nguyên phát vòm mũi họng

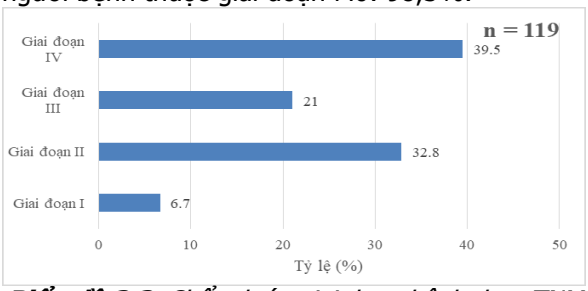
Loại mô học	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
	119	**100**
Type I (Ung thư biểu mô dạng biểu bì sừng hóa), Type II (Ung thư biểu mô dạng biểu bì không sừng hóa)	6	5
Type III Ung thư biểu mô không biệt hóa	113	95

Nhận xét: Đa số loại mô bệnh học của người bệnh UTVMH tham gia vào nghiên cứu là Ung thư biểu mô không biệt hoá (type III) (95,0%). Type I,II rất ít, chiếm 5%.

Bảng 3.4. Chẩn đoán TNM

	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn bệnh theo T	**119**	**100**
T1	30	25,2
T2	36	30,3
T3	16	13,4
T4	37	31,1
Hạch vùng (Theo N)	**119**	**100**
N0	30	25,2
N1	49	41,2
N2	17	14,3
N3	23	19,3
Giai đoạn bệnh theo M	**119**	**100**
M0	117	98,3
M1	2	1,7

Nhận xét: Đánh giá theo khối u nguyên phát, đa số người bệnh thuộc giai đoạn T4 31,1% và T2 30,3%. Đánh giá theo hạch vùng, người bệnh chủ yếu thuộc giai đoạn N1: 41,2% và N0: 25,2%. Đánh giá theo di căn xa, đa số người bệnh thuộc giai đoạn M0: 98,3%.



Biểu đồ 3.3. *Chẩn đoán giai đoạn bệnh theo TNM*

Nhận xét: Đa số người bệnh UTVMH tham gia vào nghiên cứu đang ở giai đoạn IV 39,5% và giai đoạn II 32,8% của bệnh theo chẩn đoán TNM.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các triệu chứng cơ năng phổ biến nhất ở người bệnh UTVMH là đau đầu (56,3%) và ù tai (55,5%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hùng (2015) tại Bệnh viện Trung ương Huế, ghi nhận tỷ lệ đau đầu là 53,7% và ù tai là 63,4%.[5] Các triệu chứng về tai và mũi gặp ở hơn một nửa số trường hợp, phản ánh những thay đổi sinh lý do khối u gây ra tại vùng vòm họng. Điều này cũng lý giải vì sao các triệu chứng này dễ bị nhầm lẫn với bệnh lý tai mũi xoang thông thường, đặc biệt khi chúng xuất hiện đơn lẻ và không điển hình, dẫn đến việc định hướng chẩn đoán ban đầu dễ bị nhầm lẫn.[6] Tổn thương dây thần kinh sọ cũng là một cạm bẫy lâm sàng, làm cho dễ bị chẩn đoán nhầm lẫn với các bệnh lý về mắt, về thần kinh.

Về hình thái tổn thương thực thể u vòm qua nội soi, 86,5% người bệnh tổn thương u vòm thể sùi và 13,5% ở thể hỗn hợp loét, hoại tử, thâm nhiễm. Kết quả này khá tương đồng với kết quả của Lê Văn Quảng 2014 tại bệnh viện K với 73,8% người bệnh có hình thái khối u thể sùi.[7] Về vị trí xuất phát điểm của tổn thương u tại vòm, thông qua kết quả nội soi vòm mũi họng cho thấy hố Rosenmuller và thành trên sau là hai vị trí chủ yếu để khối u xuất phát ra với 72,3% người bệnh xuất phát tổn thương từ hố Rosenmuller và 50,4% người bệnh xuất phát tổn thương từ thành trên sau. Hố Rosenmuller nằm ở thành bên vòm họng là một vị trí sâu kín, thường khó phát hiện.

Kết quả nội soi cho thấy hình thái u chủ yếu là dạng sùi (86,5%), trong khi thể hỗn hợp (loét, hoại tử, thâm nhiễm) chiếm 13,5%. Dạng tổn thương sùi thường dễ nhận biết nhưng cũng dễ nhầm lẫn với các tổn thương khác như loét hoặc hoại tử kèm chảy máu mũi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2014) thực hiện trên 126 người bệnh UTVMH tại Bệnh viện K với 73,8% tổn thương dạng sùi.[7] Về vị trí xuất phát, hố Rosenmuller (72,3%) và thành trên sau (50,4%) là các vị trí thường gặp. Những tổn thương tại các vị trí này thường biểu hiện bằng đau đầu và khịt máu, giúp định hướng chẩn đoán.

Kết quả MRI và CT scanner cho thấy 74,8% người bệnh có khối u lan tràn và 25,2% người bệnh có khối u khu trú. Kết quả này khá tương

đồng với kết quả của Lê Văn Quảng (2014) với 27,0% người bệnh có khối u khu trú tại vòm và 73,0% người bệnh có khối u xâm lấn cửa mũi sau, họng miệng, khoang Rosenmuller, hạch cận hầu.[7] Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có khối u lan ra một hướng hoặc nhiều hướng, trong đó vị trí u lan tràn ra ngoài vòm chủ yếu là ở mũi xoang 87,6%. Tổn thương ở đây là một cạm bẫy lâm sàng làm cho dễ nhầm lẫn với bệnh lý mũi xoang và khối u mũi xoang. Vị trí lan tràn thứ hai là hố chân bướm hàm 34,8%. Tổn thương này là một trở ngại lớn cho việc thăm khám và chẩn đoán.

Kết quả siêu âm cho thấy có 74,8% người bệnh xuất hiện triệu chứng hạch cổ. Trong số này, đa số người bệnh có từ 1-2 hạch cổ (69,6%) và các hạch thường nằm cùng bên (56,2%). Đặc biệt, nghiên cứu của Iseh KR (2009) tại Nigeria cho thấy tỷ lệ người bệnh có hạch cổ lên tới 93,3%.[8] Điều này khẳng định rằng hạch cổ là một triệu chứng rất điển hình ở người bệnh UTVMH. Về vị trí hạch, siêu âm cho thấy nhóm hạch cảnh cao (nhóm II) chiếm phần lớn (95,5%), trong đó một số trường hợp xuất hiện đồng thời nhiều nhóm hạch. Qua xét nghiệm mô bệnh học, tỷ lệ di căn hạch được ghi nhận ở 58,4% người bệnh, cho thấy sự phổ biến của tình trạng này trong nhóm đối tượng nghiên cứu.

Kết quả chẩn đoán mô bệnh học trong nghiên cứu được phân loại theo tiêu chuẩn của WHO, cả ba dạng mô bệnh học này đều được ghi nhận, nhưng phổ biến nhất là ung thư biểu mô không biệt hóa (type III), chiếm tỷ lệ 95,0%. Dạng ung thư biểu mô không biệt hóa này thường gặp chủ yếu ở người bệnh UTVMH tại Việt Nam, các quốc gia Đông Nam Á và khu vực Nam Trung Quốc.[2]

Tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn sớm (T1, T2) cao hơn so với các giai đoạn muộn (T3, T4). Ở giai đoạn N1, tỷ lệ người bệnh chiếm cao nhất (41,2%), tiếp theo là giai đoạn N0 với 25,2%. Đa số người bệnh (98,3%) không có di căn xa (giai đoạn M0), chỉ có 1,7% được ghi nhận di căn (giai đoạn M1). Điều này cho thấy người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm hơn, phản ánh hiệu quả ngày càng cao của công tác tầm soát và phát hiện UTVMH trong thời gian gần đây.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh thuộc giai đoạn III-IV theo chẩn đoán TNM chiếm 60,5%, trong khi 39,5% còn lại thuộc giai đoạn I-II. So với các nghiên cứu khác, phần lớn người bệnh cũng được chẩn đoán ở giai đoạn III-IV, nhưng tỷ lệ người bệnh ở giai đoạn I-II trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể. Cụ thể, nghiên cứu của Lee (2017) chỉ ghi nhận 21,1% người bệnh ở giai đoạn I-II.[9] Điều này cho thấy, do việc chẩn đoán trong nghiên cứu của chúng tôi dựa trên kích thước khối u và hạch ở giai đoạn khá sớm, tỷ lệ người bệnh được phát hiện ở giai đoạn sớm theo chẩn đoán TNM cũng cao hơn so với một số nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã mô tả toàn diện các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh UTVMH, cung cấp cơ sở quan trọng hỗ trợ chẩn đoán và điều trị. Những kết quả này góp phần nâng cao hiểu biết về đặc điểm UTVMH, từ đó định hướng cải thiện chẩn đoán và điều trị trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics,** 2024. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024;74(1): 12-49. doi:10.3322/caac. 21820
2. **Cancer Today.** Accessed December 29, 2024. https://gco.iarc.who.int/today/
3. **Dee EC, Eala MA, Feliciano EJG, et al.** Nasopharynx Cancer in Southeast Asia: An Analysis of 2022 Incidence and Mortality. International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics. 2024;120(2):e746-e747. doi:10. 1016/j.ijrobp.2024.07.1640
4. **Hsu CL, Chang YS, Li HP.** Molecular Diagnosis of Nasopharyngeal Carcinoma: Past and Future. Biomedical Journal. Published online May 23, 2024:100748. doi:10.1016/j.bj.2024.100748
5. **Nguyễn Xuân Hùng, Phạm Nguyên Tường, Đặng Thanh.** Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư vòm mũi họng bằng hóa xạ trị đồng thời tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 2015;60(25):37-43.
6. **Tyagi RK, Parmar R, Patel N.** A generic RNA pulsed DC based approach for developing therapeutic intervention against nasopharyngeal carcinoma. Hum Vaccin Immunother. 2017;13(4): 854-866. doi:10.1080/21645515.2016.1256518
7. **Lê Văn Quảng, Nguyễn Văn Tuyển.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh ung thư vòm mũi họng giai đoạn I-II. Tạp chí Y học thực hành. 2014;924(7):71-74.
8. **Iseh KR, Abdullahi A, Malami SA.** Clinical and histological characteristics of nasopharyngeal cancer in Sokoto, north-western, Nigeria. West Afr J Med. 2009;28(3):151-155. doi:10.4314/ wajm.v28i3.48438
9. **Lee VHF, Kwong DLW, Leung TW, et al.** Prognostication of serial post-intensity-modulated radiation therapy undetectable plasma EBV DNA for nasopharyngeal carcinoma. Oncotarget. 2017; 8(3):5292-5308. doi:10.18632/oncotarget. 14137

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢI ÁP ĐIỀU TRỊ MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG

Nguyễn Xuân Phương[1], Nguyễn Mạnh Trường[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật mở sọ giải ép điều trị máu tụ ngoài màng cứng ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng. Phân tích điểm glasgow trước phẫu thuật và thời điểm phẫu thuật liên quan đến kết quả. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp với tiến cứu mô tả cắt ngang. Bệnh nhân được lấy số liệu từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024 tại Bệnh viện Quân y 103. Kết quả phẫu thuật đánh giá sau 6 tháng. **Kết quả:** Tuổi thấp nhất 14 và cao nhất 69. Tuổi trung bình 33,2 ± 16,4. Tỷ lệ Nam 91,2%. Điểm glasgow trung bình trước mổ là 6,7; sau mổ 11,2. Nhóm điểm glasgow (4, 5 điểm) ảnh hưởng xấu đến kết quả phẫu thuật, với p < 0,001. Thời gian từ chấn thương đến phẫu thuật chủ yếu 3-12 giờ gặp 24/34 bệnh nhân. Thời gian chấn thương đến khi phẫu thuật có liên quan đến kết quả phẫu thuật, với p=0,02. **Kết luận:** Máu tụ ngoài màng cứng cấp tính do chấn thương cần phải phát hiện sớm. Điều trị phẫu thuật mở sọ giải áp áp dụng cho các bệnh nhân chấn thương sọ não nặng có máu tụ ngoài màng cứng mang lại hiệu quả tốt cho người bệnh

Từ khóa: Máu tụ ngoài màng cứng; chấn thương sọ não nặng; mở sọ giải ép.

SUMMARY

EVALUATION OF DECOMPRESSIVE CRANIECTOMY OUTCOMES IN THE TREATMENT OF EPIDURAL HEMATOMA IN SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS

Objective: To evaluate the outcomes of decompressive craniectomy in the treatment of epidural hematoma in patients with severe traumatic brain injury (TBI), and to analyze the relationship between preoperative Glasgow Coma Scale (GCS) scores, timing to surgery and treatment outcomes. **Methods:** A cross-sectional study combining retrospective and prospective data collection. Data were obtained from patients treated between January 2023 and May 2024 at the 103 Military Hospital. Surgical outcomes were assessed six months post-operation. **Results:** Patient ages ranged from 14 to 69 years, with a mean age of 33.2 ± 16.4. Males accounted for 91.2% of the sample. The mean preoperative GCS was 6.7, and the postoperative GCS mean was 11.2. Patients with a GCS of 4–5 had significantly poor outcomes (p < 0.001). Most patients (24 out of 34) underwent surgery within 3–12 hours after trauma. The timing of surgery was significantly associated with surgery outcomes (p = 0.02). **Conclusion:** Acute epidural hematoma resulting from trauma must be detected early. Decompressive craniectomy surgery brings about good outcome for patients with severe traumatic brain injury and epidural hematoma.

Keywords: Epidural hematoma; severe traumatic brain injury; decompressive craniectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ ngoài màng cứng (MTNMC) là một khối máu tụ giữa mặt trong hộp sọ và màng cứng. Nó bị giới hạn bởi các đường khớp sọ, lambdoid và sagittal, vì đây là các điểm bám của màng cứng. MTNMC thường xảy ra nhất ở những bệnh nhân trẻ tuổi hay xảy ra nhất ở vùng thái dương, trán và cũng có thể thấy ở vùng đỉnh chẩm, vùng cạnh sagittal và hố giữa và hố sau. MTNMC chiếm khoảng 15% tổng số chấn thương đầu, bệnh nhân thường bị đau đầu dữ dội, dai dẳng và sau vài giờ bị thương, họ dần mất ý thức và đi vào hôn mê. Các mạch máu chính gây ra MTNMC là động mạch màng não giữa, tĩnh mạch màng não giữa và các xoang tĩnh mạch màng cứng bị rách. Điều trị phẫu thuật MTNMC ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng tỷ lệ tử vong còn cao và còn nhiều biến chứng [1], [2]. Vì vậy, chúng tôi đánh giá hiệu quả kỹ thuật mở sọ giải ép ở nhóm bệnh nhân này và đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Gồm 34 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương sọ não nặng - máu tụ ngoài màng cứng do chấn thương và được phẫu thuật mở sọ giải ép lấy máu tụ từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024 Kết quả đánh giá sau 6 tháng phẫu thuật.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

+ Bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương sọ não nặng (glasgow < 9 điểm) có máu tụ ngoài màng cứng được chỉ định phẫu thuật mở sọ giải ép tại Bệnh viện Quân y 103

+ Người nhà hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu

+ Hồ sơ bệnh án đày đủ trong quá trình nghiên cứu và tái khám

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân có sốc, tổn thương kết hợp hoặc rối loạn đông chảy máu

Phương pháp nghiên cứu

[1]*Bệnh viện Quân y 103*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương
Email: xuanphuong.pttk@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 28.5.2025
Ngày duyệt bài: 2.7.2025