

khè và suy hô hấp nặng hơn ở nhóm nhiễm virus đơn thuần so với nhóm nhiễm vi khuẩn, trong khi một nghiên cứu khác về đồng nhiễm RSV và vi khuẩn lại ghi nhận nhóm đồng nhiễm có cả ran ẩm và ran rít nhiều hơn⁶. Hay trong nghiên cứu của Bùi Thu Phương, viêm phổi cộng đồng ở trẻ em có những triệu chứng lâm sàng phổ biến là ho, thở nhanh, sốt, ran ẩm tại phổi⁵. Sự khác biệt này có thể do quần thể nghiên cứu và các tác nhân gây bệnh cụ thể khác nhau. Tuy nhiên, phát hiện của chúng tôi về ran ngáy có thể là một gợi ý lâm sàng hữu ích cần được khám phá thêm.

***Điều trị.** Có một kết quả cho thấy mức độ nặng của nhóm đồng nhiễm VR-VK là thời gian điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gần 20% bệnh nhân nhóm này cần điều trị trên 10 ngày, trong khi không có bệnh nhân nào ở các nhóm đồng nhiễm khác phải nằm viện lâu như vậy. Điều này hoàn toàn phù hợp với các y văn và nghiên cứu cho rằng VPCĐ do đa tác nhân có bệnh cảnh nặng hơn và tiên lượng xấu hơn đơn nhiễm⁷. Thời gian điều trị kéo dài trong nghiên cứu của chúng tôi là một minh chứng thực tế cho thấy gánh nặng bệnh tật lớn hơn ở nhóm đồng nhiễm VR-VK.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình mắc bệnh là 16,8 tháng, tập trung chủ yếu ở trẻ dưới 3 tuổi. Đồng nhiễm Virus-Vi khuẩn là hình thái phổ biến nhất, chiếm đa số các trường hợp trong tất cả các mùa trong năm. Về lâm sàng, triệu chứng ran ngáy có tỷ lệ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các nhóm khác. Nhóm đồng nhiễm Virus-Vi khuẩn có diễn

tiến bệnh nặng hơn, thể hiện qua 19,4% số ca có thời gian điều trị kéo dài trên 10 ngày.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần có những nghiên cứu tương tự với quy mô lớn hơn để tăng cường tìm nguyên nhân gây viêm phổi, đặc biệt là viêm phổi cộng đồng ở trẻ em dưới 5 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Tuấn Anh, và cộng sự** (2025). "Đặc điểm đồng nhiễm mycoplasma pneumoniae gây viêm phổi ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên". Tạp chí Y học Việt Nam, 547, 175-178.
2. **Đặng Thái Bình** (2024). "Xác định một số virus trong bệnh viêm phổi cộng đồng ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện nhi Trung Ương", Tạp chí Y học Việt Nam, 537, 125-129.
3. **Lê Thị Hoa, và cộng sự** (2025). "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do virus hợp bào hô hấp đồng nhiễm vi khuẩn ở trẻ em". Vietnam Journal of Community Medicine, 66(1), 290-295.
4. **Đinh Thị Phương Mai, và cộng sự** (2025). "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ mắc viêm phổi cộng đồng nhiễm RSV tại Trung tâm nhi khoa - Bệnh viện Bạch Mai". Tạp chí Y học Việt Nam, 546, 99-103.
5. **Bùi Thu Phương, và cộng sự** (2025). "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108". Tạp chí Nhi khoa 2025, 18(2), 31-38.
6. **Nguyễn Thị Thu Sương, và cộng sự** (2023). "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng phân biệt viêm phổi do vi khuẩn và do vi rút trong viêm phổi nặng trẻ em". Tạp chí Nhi khoa, 16(4), 18-28.
7. **Bjornsdottir B, et. al** (2023) "Febrile Children with Pneumonia Have Higher Nasopharyngeal Bacterial Load Than Other Children with Fever". Pathogens, 27;12(4):517

NHẬN XÉT TỶ LỆ DI CĂN HẠCH CHẬU Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Thắng¹, Nguyễn Đức Hà¹,
Đào Minh Hưng¹, Nguyễn Hữu Hoàng Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ di căn hạch chậu ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và các yếu tố

liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 445 bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn I-IIA được phẫu thuật từ 2020–2024. **Kết quả:** Tỷ lệ di căn hạch chậu là 15,3%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa gồm: xâm nhập mạch bạch huyết – mạch máu (OR: 13,5; $p < 0,001$), xâm lấn mô đệm > 5 mm (OR: 4,99; $p = 0,001$), hạch chậu ≥ 1 cm trên MRI (OR: 6,42; $p < 0,001$), và giai đoạn $\geq$ IB2 theo FIGO 2018 (OR: 1,95; $p = 0,012$). **Kết luận:** Tỷ lệ di căn hạch chậu ở ung thư cổ tử cung được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương là 15,3%. Có các yếu tố tiên lượng nguy cơ di căn hạch chậu bao gồm: xâm nhập mạch (LVSI), kích thước hạch chậu >10 mm trên MRI, và giai đoạn

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Hà

Email: bacsiducha@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 19.11.2025

lâm sàng trước mổ. Đánh giá những yếu tố này trước mổ có thể hỗ trợ chỉ định sinh thiết hạch cửa và lựa chọn chiến lược điều trị hợp lý cho bệnh nhân.

Từ khóa: ung thư cổ tử cung, di căn hạch

SUMMARY

EVALUATION OF PELVIC LYMPH NODE METASTASIS RATE IN CERVICAL CANCER PATIENTS UNDERGOING SURGERY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To evaluate the rate and associated factors of pelvic lymph node metastasis in cervical cancer patients undergoing radical surgery at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Subjects and Methods: A retrospective cross-sectional study was conducted on 445 patients with stage I–IIA cervical cancer who underwent surgery between 2020 and 2024. **Results:** The rate of pelvic lymph node metastasis was 15.3%. Significant associated factors included lymphovascular space invasion (OR: 13.5; $p < 0.001$), stromal invasion > 5 mm (OR: 4.99; $p = 0.001$), pelvic lymph nodes ≥ 1 cm detected on MRI (OR: 6.42; $p < 0.001$), and FIGO 2018 stage $\geq$ IB2 (OR: 1.95; $p = 0.012$).

Conclusion: The incidence of pelvic lymph node metastasis in cervical cancer patients undergoing radical surgery at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology is 15.3%. Prognostic factors associated with the risk of pelvic lymph node metastasis include lymphovascular space invasion (LVSI), pelvic lymph node size greater than 10 mm on MRI, and the preoperative clinical stage. Preoperative assessment of these factors may facilitate the indication for sentinel lymph node biopsy and aid in the selection of an optimal treatment strategy.

Keywords: cervical cancer, lymph node metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung là loại ung thư phổ biến thứ tư ở phụ nữ trên toàn thế giới, với khoảng 604.000 ca mắc mới và 342.000 ca tử vong hàng năm theo số liệu GLOBOCAN 2020. Tại Việt Nam, gánh nặng bệnh vẫn còn đáng kể với 4.177 ca mới và 2.420 ca tử vong mỗi năm, bất chấp các nỗ lực tầm soát và tiêm phòng HPV đang được triển khai.¹

Trong điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm (FIGO I–IIA), phẫu thuật triệt căn được xem là phương pháp tiêu chuẩn. Tuy nhiên, sự hiện diện của di căn hạch vùng chậu đóng vai trò như một yếu tố tiên lượng quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến chiến lược điều trị bổ trợ, đặc biệt là chỉ định xạ trị kết hợp hóa trị sau mổ. Bệnh nhân có di căn hạch thường có nguy cơ tái phát cao hơn và thời gian sống còn ngắn hơn so với nhóm không có di căn.²

Nhiều yếu tố đã được ghi nhận có liên quan đến nguy cơ di căn hạch, bao gồm: giai đoạn bệnh, xâm nhập mạch máu và bạch huyết

(LVSI), độ sâu xâm lấn mô đệm, loại mô bệnh học và hình ảnh hạch lớn trên cộng hưởng từ (MRI)³. Trong những năm gần đây, kỹ thuật sinh thiết hạch cửa ngày càng được ứng dụng rộng rãi nhằm phát hiện sớm di căn vi thể và giảm thiểu biến chứng do nạo hạch toàn bộ. Tuy nhiên, chỉ định kỹ thuật này đòi hỏi cần có các công cụ tiên lượng đáng tin cậy để lựa chọn bệnh nhân phù hợp.

Tại Việt Nam, dữ liệu về tỷ lệ di căn hạch vùng chậu cũng như các yếu tố lâm sàng – mô bệnh học liên quan đến nguy cơ di căn hạch ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tỷ lệ di căn hạch vùng chậu và xác định các yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn I–IIA được điều trị phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Kết quả nghiên cứu kỳ vọng sẽ góp phần bổ sung dữ liệu thực tiễn trong nước, đồng thời hỗ trợ định hướng lâm sàng về đánh giá nguy cơ và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, đặc biệt trong bối cảnh ngày càng chú trọng cá thể hóa điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 445 Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư cổ tử cung giai đoạn FIGO 2018 từ I đến IIA, được điều trị bằng phẫu thuật triệt căn (cắt tử cung tận gốc và vét hạch chậu) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh là ung thư cổ tử cung.
- Được phẫu thuật triệt căn và có kết quả mô bệnh học sau mổ đầy đủ.
- Có kết quả đánh giá hình ảnh học trước mổ (MRI vùng chậu).
- Có dữ liệu đầy đủ về tình trạng di căn hạch vùng chậu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được điều trị bằng hóa xạ trị trước mổ.
- Bệnh nhân được phẫu thuật không kèm theo vét hạch chậu.
- Bệnh nhân đã phẫu thuật ở nơi khác chuyển đến.
- Không có dữ liệu đầy đủ về giải phẫu bệnh hoặc hình ảnh học.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu
- Thời gian và địa điểm nghiên cứu:
 - + Thời gian: từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 12 năm 2024.

+ Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phụ Ung thư Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 445 bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn I–IIA phẫu thuật triệt căn, tỷ lệ di căn hạch chậu là 15,3%.

3.1. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ di căn hạch chậu

3.1.1. Xâm nhập mạch bạch huyết – mạch máu (LVSI):

Bảng 1: Liên quan giữa di căn hạch chậu và tình trạng LVSI

LVSI	Không di căn hạch	Di căn hạch	Tổng
Không	254 (96,6%)	9 (3,4%)	263 (100%)
Có	123 (67,6%)	59 (32,4%)	182 (100%)
Tổng	377 (84,7%)	68 (15,3%)	445 (100%)

OR:13,537 (95%CI: 6,5–28,2%; $p < 0,001$)

Nhận xét: Tỷ lệ di căn hạch chậu ở bệnh nhân có LVSI là 32,4%, cao hơn nhóm không có LVSI (6,8%). Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy LVSI là yếu tố nguy cơ mạnh, với OR = 13,5 (95% CI: 6,5–28,2; $p < 0,001$).

3.1.2. Giai đoạn bệnh trước mổ:

Bảng 2: Liên quan giữa di căn hạch chậu và giai đoạn bệnh trước mổ

Giai đoạn trước mổ	Không di căn hạch	Di căn hạch	Tổng
Giai đoạn IA–IB1	239 (88,2%)	32 (11,8%)	271 (100%)
Giai đoạn IB2 trở lên	138 (79,3%)	36 (20,7%)	174 (100%)
Tổng	377 (84,7%)	68 (15,3%)	445 (100%)

OR = 1,949 (95%CI:1,157–3,279; $p = 0,012$)

Nhận xét: Tỷ lệ di căn hạch chậu ở nhóm IA–IB1 là 11,8%, thấp hơn nhóm IB2 trở lên với 20,7%. Giai đoạn IB2 trở lên làm tăng nguy cơ di căn hạch chậu gần gấp đôi so với nhóm IA–IB1, với odds ratio (OR) là 1,949 (95% CI: 1,157–3,279; $p = 0,012$).

3.1.3. Tình trạng hạch chậu trên MRI:

Bảng 3: Liên quan giữa di căn hạch chậu và tình trạng hạch chậu trên MRI

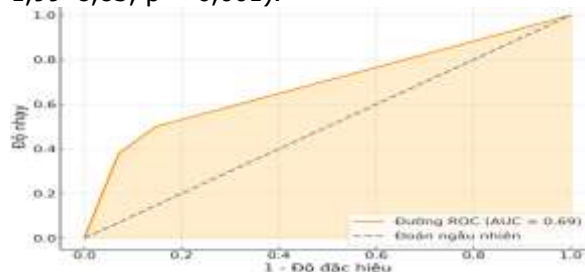
Tình trạng MRI	Không di căn hạch	Di căn hạch	Tổng
Tình trạng GPB			
Không có	302 (90,1%)	33 (9,9%)	335 (100%)
Hạch < 1cm	27 (77,1%)	8 (22,9%)	35 (100%)
Hạch ≥ 1cm	25 (55,6%)	20 (44,4%)	45 (100%)
Tổng	354	61	415 (100%)

Hạch nghi ngờ trên MRI: OR: 4,928 (95% CI: 1,995 – 8,830; $p < 0,001$)

Hạch ≥ 1cm: OR: 6,420 (95% CI: 3,28 – 12,566; $p < 0,001$)

Hạch < 1cm: OR: 2,712 (95% CI: 1,139 – 6,452; $p = 0,02$)

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, có 30 bệnh nhân chúng tôi không thu thập được kết quả chụp MRI. Trong các trường hợp còn lại, hạch chậu quan sát được trên MRI liên quan rõ rệt đến nguy cơ di căn hạch chậu thực sự. Hạch ≥ 1 cm có OR = 6,42 (95% CI: 3,28–12,57; $p < 0,001$), hạch < 1 cm có OR = 2,71 (95% CI: 1,14–6,45; $p = 0,02$). Tổng thể, phát hiện bất kỳ hạch chậu nào trên MRI đều làm tăng nguy cơ di căn, với OR = 4,93 (95% CI: 1,99–8,83; $p < 0,001$).



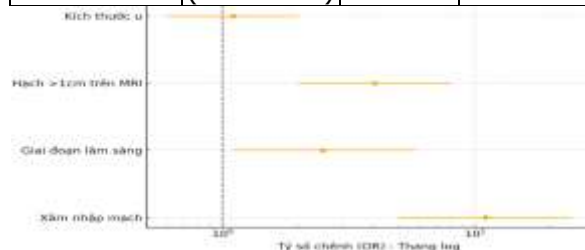
Biểu đồ 1. Đường cong ROC thể hiện khả năng dự đoán di căn hạch chậu của MRI (AUC=0.76)

Nhận xét: Biểu đồ ROC cho thấy MRI có độ chính xác khá trong tiên đoán di căn hạch chậu, với AUC = 0,76, phản ánh khả năng phân biệt tốt giữa bệnh nhân có và không có di căn hạch chậu.

3.2. Hồi quy đa biến, xác định yếu tố độc lập

Bảng 4: Hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến di căn hạch chậu

Biến	Hệ số (Coef)	p-value	Ý nghĩa thống kê
Hạch ≥ 10mm trên MRI	3.67 (1.61-8.37)	0.002	Có
Giai đoạn trước mổ	1.85 (1.35-2.54)	<0.00001	Có
LVSI	11.62 (5.36-25.18)	<0.00001	Có



Biểu đồ 2: Hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến di căn hạch chậu

Nhận xét: Xâm nhập mạch bạch huyết – mạch máu (LVSI) được xác định là yếu tố tiên lượng mạnh nhất cho di căn hạch chậu, với OR vượt quá 10. Bệnh ở giai đoạn từ IB2 trở lên làm tăng nguy cơ di căn hạch chậu từ 2 đến 3 lần so với giai đoạn IA–IB1. Hình ảnh hạch ≥ 1 cm trên MRI có mối liên quan đáng kể với di căn hạch. Ngược lại, kích thước khối u không chứng minh được mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng di căn hạch.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ di căn hạch chậu. Tỷ lệ di căn hạch chậu trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,3%, phù hợp với nhiều báo cáo trước đó. Cụ thể, Sun X và cộng sự ghi nhận tỷ lệ 15,4% ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm⁴, cho thấy tính nhất quán về đặc điểm dịch tễ học của quần thể nghiên cứu. Ngoài ra, các nghiên cứu khác tại châu Á và châu Âu cũng ghi nhận tỷ lệ dao động từ 12% đến 20% trong cùng nhóm bệnh, phản ánh sự ổn định của thông số này bất chấp sự khác biệt về dân số và chiến lược điều trị.

4.2. Các yếu tố liên quan. LVSI là yếu tố có liên quan chặt chẽ nhất với nguy cơ di căn hạch chậu, với OR đơn biến đạt 13,5 – cao nhất trong tất cả các yếu tố được khảo sát. Phát hiện này phù hợp với các báo cáo trước đó, đặc biệt là trong nghiên cứu của Shimada et al. (2010) LVSI cũng được chứng minh là yếu tố tiên lượng quan trọng với OR = 12,1; $p < 0,001$ ⁵. Về mặt sinh học, LVSI phản ánh tình trạng tế bào ung thư xâm nhập vào hệ bạch huyết, là bước khởi đầu của tiến trình di căn vùng. Cơ chế này được củng cố bởi các dữ liệu sinh học phân tử cho thấy sự biểu hiện của các tế bào di căn (như VEGF-C, D2-40) liên quan đến sự hiện diện của LVSI. Do đó, LVSI không chỉ mang ý nghĩa tiên lượng mà còn có thể là đích nhắm trong các chiến lược điều trị mới. Trong hướng dẫn ESGO/ESTRO/ESP 2024, LVSI là yếu tố chính để quyết định điều trị bổ trợ ở giai đoạn sớm⁶.

Chiều sâu xâm lấn mô đệm >5 mm cũng cho thấy liên quan có ý nghĩa đến di căn hạch với OR gần 5. Phát hiện này phù hợp với phân loại giai đoạn FIGO 2018, trong đó DOI được sử dụng để chuyển giai đoạn từ IA2 sang IB1. Benedet et al. đã khẳng định DOI là yếu tố liên quan độc lập với di căn hạch trên phân tích đa biến⁷. Các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy rằng DOI kết hợp với LVSI có thể phân tầng nguy cơ di căn hạch hiệu quả hơn so với chỉ số đơn lẻ.

Về hình ảnh học, phát hiện hạch chậu trên MRI, đặc biệt là hạch ≥ 1 cm, có giá trị tiên đoán cao với OR > 6 và AUC đạt 0,76 trong

nghiên cứu của chúng tôi. Điều này tương đương với AUC = 0,77 được báo cáo bởi Choi et al., cho thấy MRI vẫn là phương tiện đánh giá hạch vùng đáng tin cậy⁸. Tuy nhiên, MRI cổ điển có độ nhạy hạn chế trong phát hiện vi di căn (micro-metastases) – vấn đề mà các kỹ thuật mới như PET-MRI, DWI, hoặc radiomics có thể cải thiện. Phân tích tổng hợp gần đây cho thấy mô hình MRI–radiomics có thể đạt AUC đến 0,89 trong tiên đoán di căn hạch ở ung thư cổ tử cung. Điều này mở ra triển vọng lâm sàng về việc tích hợp mô hình nguy cơ với hình ảnh học nâng cao để cá thể hóa chỉ định vét hạch chậu hay sinh thiết hạch cửa.

Về mô học, ung thư biểu mô vảy là thể mô học có tỷ lệ di căn hạch cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, với tỷ lệ di căn hạch 21,4%, cao hơn ung thư biểu mô tuyến hoặc các thể không điển hình. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm sinh học – SCC thường liên quan tới các tuyp HPV nguy cơ cao và có xu hướng xâm lấn tại chỗ rộng. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng ung thư biểu mô tuyến có thể liên quan nhiều hơn đến di căn xa và tái phát muộn, dù tỷ lệ di căn hạch vùng thấp hơn.

4.3. Phân tích hồi quy đa biến. Phân tích hồi quy logistic đa biến từ nghiên cứu của chúng tôi trên 445 bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn I–IIA đã xác định ba yếu tố tiên lượng độc lập đối với nguy cơ di căn hạch chậu: LVSI, kích thước hạch chậu trên MRI >10 mm và giai đoạn lâm sàng trước mổ. Đây là những yếu tố duy nhất đạt ý nghĩa thống kê trong mô hình đã hiệu chỉnh, cho thấy vai trò nổi bật của chúng trong quá trình lan tràn hạch.

Trong số đó, xâm nhập mạch tiếp tục nổi bật như yếu tố tiên lượng mạnh nhất, với OR hiệu chỉnh lên tới 11,6 ($p < 0,00001$). Kết quả này củng cố phát hiện từ phân tích đơn biến (OR = 13,5), phản ánh tính ổn định và độc lập của LVSI đối với nguy cơ di căn hạch, kể cả khi đã loại trừ ảnh hưởng của các yếu tố gây nhiễu. Điều này phù hợp với loạt bằng chứng trong y văn: Horn và cộng sự (2019) ghi nhận LVSI là yếu tố nguy cơ chính cho cả di căn hạch và tái phát tại chỗ ở ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm; Margolis et al. (2020) nhận thấy tỷ lệ di căn hạch tăng rõ rệt ở bệnh nhân có LVSI, đặc biệt ở giai đoạn IA2 (14,6% vs 1,7%); nghiên cứu gần đây của Rkok et al. (2024) tiếp tục khẳng định LVSI là yếu tố nguy cơ độc lập với OR = 6,3 ($p = 0,0001$).

Kích thước hạch chậu >10 mm trên MRI cũng được xác định là yếu tố tiên lượng độc lập với OR hiệu chỉnh khoảng 3,7 ($p = 0,002$). Dữ liệu này cho thấy MRI không chỉ giúp phát hiện

hạch nghi ngờ mà còn đóng vai trò trong phân tầng nguy cơ di căn hạch trước phẫu thuật. Kết quả này đồng thuận với nghiên cứu của Togami et al. (2020), trong đó hạch >10 mm là dấu hiệu gợi ý mạnh cho di căn hạch [2], cũng như nghiên cứu của Qin et al. (2024) ứng dụng mô hình học sâu tích hợp dữ liệu MRI cho thấy kích thước hạch là một trong những đặc điểm hình ảnh học có sức phân biệt cao nhất trong mô hình dự đoán di căn hạch.

Giai đoạn lâm sàng trước mổ cũng được xác định là yếu tố tiên lượng độc lập với OR xấp xỉ 1,85 ($p < 0,00001$). Kết quả này cho thấy đánh giá lâm sàng vẫn giữ vai trò nhất định trong tiên đoán nguy cơ di căn hạch chậu, đặc biệt trong trường hợp hình ảnh học chưa rõ ràng. Wang et al. (2021) đã chứng minh tỷ lệ di căn hạch chậu tăng rõ rệt theo giai đoạn FIGO, từ 7% ở IB1 đến 17,4% ở IB3. Như vậy, giai đoạn IB2 trở lên nên được cân nhắc đánh giá hạch vùng một cách đầy đủ, bao gồm sinh thiết hạch cửa hoặc vét hạch chậu hệ thống.

Ngược lại, kích thước khối u, mặc dù thường được xem là yếu tố nguy cơ truyền thống, lại không đạt ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến của chúng tôi ($p = 0,198$). Điều này có thể phản ánh sự tương quan cao giữa kích thước u với các yếu tố khác như LVSI và giai đoạn bệnh – những yếu tố vốn đã được đưa vào mô hình và có ý nghĩa mạnh hơn, dẫn tới hiện tượng “hiệu ứng làm mờ” trong mô hình hồi quy. Quan sát này từng được nêu bởi T. Kawagoe et al., cho rằng kích thước khối u chỉ có ý nghĩa khi phân tích đơn lẻ hoặc trong nhóm có đặc điểm mô học nhất định.

Tóm lại, phân tích hồi quy đa biến trong nghiên cứu này chỉ ra rằng LVSI, kích thước hạch chậu >10 mm, và giai đoạn bệnh là những yếu tố tiên lượng độc lập đối với di căn hạch vùng chậu ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn I–IIA. Những yếu tố này nên được tích hợp vào chiến lược lập kế hoạch phẫu thuật và điều trị cá thể hóa, đặc biệt trong quyết định sinh thiết hạch cửa hoặc vét hạch toàn bộ. Đồng thời, dữ liệu cũng nhấn mạnh giá trị phối hợp giữa lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học để tăng độ chính xác trong đánh giá nguy cơ lan tràn vùng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này xác định ba yếu tố tiên lượng độc lập có ý nghĩa thống kê đối với nguy cơ di căn hạch chậu ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn I–IIA, bao gồm: xâm nhập mạch

(LVSI), kích thước hạch chậu >10 mm trên MRI, và giai đoạn lâm sàng trước mổ. Trong đó, xâm nhập mạch là yếu tố có sức ảnh hưởng mạnh nhất, phản ánh mối liên hệ sinh học chặt chẽ giữa khả năng xâm lấn của khối u và di căn hạch vùng.

Kết quả này nhất quán với các nghiên cứu trước, đồng thời cho thấy rằng sự kết hợp giữa mô bệnh học, hình ảnh học và đánh giá lâm sàng có thể giúp tăng cường độ chính xác trong phân tầng nguy cơ. Việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ này có ý nghĩa lâm sàng trong việc lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu, đặc biệt là chỉ định sinh thiết hạch cửa hoặc vét hạch chọn lọc ở các trường hợp giai đoạn sớm nhằm giảm thiểu điều trị quá mức mà vẫn đảm bảo hiệu quả kiểm soát bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Landoni F, Maneo A, Colombo A, et al.** Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib-IIa cervical cancer. *Lancet.* 1997;350(9077): 535-540. doi:10.1016/S0140-6736(97)02250-2
3. **Joo JH, Kim YS, Nam JH.** Prognostic significance of lymph node ratio in node-positive cervical cancer patients. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(30): e11711. doi:10.1097/MD.00000000000011711
4. **Sun X, He L, Wang S.** Risk factors for pelvic lymph node metastasis in cervical cancer: a retrospective analysis of 186 patients. *Front Oncol.* 2025;15:1525946. doi:10.3389/fonc.2025.1525946
5. **Shimada M, Kigawa J, Nishimura R, et al.** Ovarian metastasis in carcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol.* 2006;101(2):234-237. doi:10.1016/j.ygyno.2005.10.004
6. **Cibula D, Raspollini MR, Planchamp F, et al.** ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer - Update 2023. *Int J Gynecol Cancer.* 2023;33(5):649-666. doi:10.1136/ijgc-2023-004429
7. **Benedet JL, Bender H, Jones H, Ngan HY, Pecorelli S.** FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000;70(2):209-262.
8. **Choi HJ, Roh JW, Seo SS, et al.** Comparison of the accuracy of magnetic resonance imaging and positron emission tomography/computed tomography in the presurgical detection of lymph node metastases in patients with uterine cervical carcinoma: a prospective study. *Cancer.* 2006;106(4):914-922. doi:10.1002/cncr.21641

SO SÁNH KÍCH THƯỚC DIỆN BẮM MÂM CHÀY CỦA DÂY CHẴNG CHÉO TRƯỚC TRÊN MRI VÀ THỰC TẾ

Trần Phước Đạt¹, Nguyễn Ngọc Hiếu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương DCCT ảnh hưởng đáng kể về mặt giải phẫu và chức năng của khớp gối. Hiện nay với việc thực hiện phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT gối ngày càng nhiều, các phẫu thuật viên càng muốn hướng đến sự tối ưu hóa việc tái tạo dây chằng cho từng cá thể nhằm mang đến kết quả tốt hơn cho người bệnh. Các nghiên cứu gần đây cho thấy kết quả có sự ưu thế giữa kỹ thuật tái tạo DCCT hai bó so với kỹ thuật tái tạo một bó. Đối với kỹ thuật này, việc xác định đường kính trước sau của diện bám mâm chày là cần thiết tuy nhiên gặp nhiều khó khăn khi xác định trong mổ. Vì vậy, việc định hình được các kích thước của diện bám DCCT lên mâm chày là một việc cần thiết và có lợi khi lên kế hoạch cho cuộc mổ. **Mục tiêu:** Khảo sát kích thước đường kính trước sau và đường kính bên diện bám mâm chày của dây chằng chéo trước trên MRI và qua nội soi khớp gối và so sánh tương quan với nhau. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân có chỉ định nội soi tái tạo DCCT tại bệnh viện Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Quân Y 7A. **Phương pháp nghiên cứu:** dùng phương pháp cắt ngang mô tả. Việc đo các kích thước trên MRI được khảo sát qua phần mềm tại khoa chẩn đoán hình ảnh của bệnh viện. Việc đo trong mổ nội soi khớp gối được thực hiện bằng thước chuyên dụng và xử lý hình ảnh với phần mềm Google Sketchup 2021. **Kết quả:** Trong 30 trường hợp khảo sát (24 nam, 6 nữ), tất cả đều được đo kích thước đường kính trước sau và đường kính bên diện bám mâm chày của dây chằng chéo trước trên MRI và qua nội soi khớp gối. Đường kính trước sau diện bám mâm chày trên MRI 15.3 ± 1.2 mm, trong đó ĐK trước sau ở nam là 15.53 ± 1.2 mm và ở nữ là 14.45 ± 0.6 . Đường kính bên diện bám mâm chày trên MRI 10.1 ± 1.1 mm, đường kính bên diện bám mâm chày trên nội soi khớp gối ở nam là 10.2 ± 1.2 mm và nữ là 9.7 ± 0.9 mm. Đường kính trước sau diện bám mâm chày trên nội soi khớp gối ở nam là 15.5 ± 1.2 mm và nữ là 14.4 ± 0.8 mm. Đường kính bên diện bám mâm chày trên nội soi khớp gối ở nam là 10.6 ± 1.1 mm, trong đó đường kính bên diện bám mâm chày trên nội soi khớp gối ở nam là 10.7 ± 1.1 mm và nữ là 9.8 ± 0.9 mm. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sự tương quan giữa kích thước đo trên MRI và qua nội soi khớp gối theo phương trình hồi quy tuyến tính: ĐK trước – sau thực tế (mm) = $2.018 + 0.863 \times (\text{ĐK trước – sau MRI[mm]})$, ĐK bên thực tế (mm) = $3.225 + 0.727 \times (\text{ĐK bên MRI[mm]})$. **Kết luận:** kết quả nghiên

cứu phần nào giúp cho các phẫu thuật viên Chấn thương chỉnh hình có thể chủ động hơn trong việc lựa chọn mảnh ghép dựa trên kết quả MRI khớp gối trong phẫu thuật tái tạo DCCT gối

Từ khóa: diện bám mâm chày DCCT, tái tạo DCCT một bó và hai bó, chỉ số nhân trắc học.

SUMMARY

COMPARE THE SIZE OF THE TIBIAL PLATEAU ATTACHMENT AREA OF THE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT ON MRI AND THE REALITY

Background: Anterior cruciate ligament (ACL) injury significantly affects the anatomical and functional aspects of the knee joint. Currently, with more and more laparoscopic knee ACL reconstruction, surgeons want to optimize the ligament reconstruction individually for better results to the patient. Recent studies have shown that there are advantages for the two-bundle ACL reconstruction technique in comparison with the single-bundle reconstruction technique. For this technique, determining the anteroposterior diameter of the tibial plateau attachment area is necessary, but it is difficult to determine intraoperatively. Therefore, shaping the dimensions of the ACL on the tibial plateau is necessary and beneficial for planning before surgery.

Objective: To investigate the size of the anterior posterior diameter and the lateral diameter of the tibial plateau attachment of the anterior cruciate ligament on MRI and through knee arthroscopy then compare with each other. **Subjects:** Patients were indicated for endoscopic reconstruction of ACL at the University of Medicine and Pharmacy Hospital in Ho Chi Minh City and Military Hospital 7A. **Method:** Descriptive cross-sectional method was used. Measurements of dimensions on MRI were surveyed through software at the hospital's imaging department. Measurements in arthroscopic knee surgery are performed by using a specialized ruler then capturing the image by arthroscope, the images are then processing with Google Sketchup 2021 software. **Results:** In 30 surveyed cases (24 men, 6 women), all were measured the size of the anterior posterior diameter and the lateral diameter of the tibial plateau attachment of the anterior cruciate ligament on MRI and through knee arthroscopy. The anteroposterior diameter of the tibial plateau on MRI is 15.3 ± 1.2 mm, of which the anteroposterior diameter in men is 15.53 ± 1.2 mm and in women is 14.45 ± 0.6 mm. The lateral diameter of tibial plateau attachment on MRI 10.1 ± 1.1 mm, the lateral diameter of tibial plateau attachment on knee arthroscopy is 10.2 ± 1.2 mm in men and 9.7 ± 0.9 mm in women. The anterior and posterior diameter of tibial plateau attachment on knee arthroscopy is 15.3 ± 1.2 mm, the anterior and posterior diameter of tibial plateau attachment on knee arthroscopy is 15.5 ± 1.2

¹Bệnh viện Quân Y 7A

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phước Đạt

Email: tranphuocdat21@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025