

năng lực chăm sóc và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., et al. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18–29.
2. Mai, D. T., Dao, X. C., Luong, N. K., Nguyen, T. K., Nguyen, H. T., & Nguyen, T. N. (2022). Current state of stroke care in Vietnam. *Stroke: Vascular and Interventional Neurology*, 2, e000331. <https://doi.org/10.1161/SVIN.121.000331>.
3. Tai, T. T. T., Vo, N. L. Y., Vo, Q. P., Phan, T. C., Le, P. N. B., Nguyen, H. D. T., et al. (2023). Burden and risk factors of stroke in Vietnam from 1990 to 2021 – a systematic analysis from global burden disease 2021. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 32(3), 107041.
4. Phạm, T. H., & Julamate, P. (2019). Các yếu tố liên quan đến gánh nặng chăm sóc của thành viên trong gia đình có người cao tuổi mắc đột quỵ ở Hải Dương, Việt Nam. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 482, 373.
5. Carr, C., Kahn, L., Mathkour, M., Biro, E., Bui, C. J., & Dumont, A. S. (2018). The shifting burden of neurosurgical disease: Vietnam and the middle-income nations. *Neurosurgical Focus*, 45(4), E12.
6. Imote, P. (2007). Factors influencing home care behavior of caregivers of stroke patients [Master's thesis, Christian University].
7. Hương, X. T. T., Cường, P. V., Cúc, N. T., Hoàn, T. V., Yến, Đ. N., & Tuyết, Đ. T. (2022). Nghiên cứu nhận thức của người nhà bệnh nhân về đột quỵ não, sự khác biệt thông qua giáo dục. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108, 17(DB8).
8. Al-Obaidi, H., Khidhair, Z., Jirjees, F., Barakat, M., AlSalamat, H., Kharaba, Z., et al. (2023). Factors associated with knowledge and awareness of stroke in the Iraqi population: a cross-sectional study. *Frontiers in Neurology*, 14, 1144481.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THAI KỲ CỦA SẢN PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CÓ TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thái Giang¹, Nguyễn Việt Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả thai kỳ của sản phụ đại tháo đường (ĐTĐ) có tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTƯ) từ 01/2021 – 06/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu cắt ngang từ hồ sơ bệnh án của 205 sản phụ đại tháo đường có tiền sản giật sinh con tại BVPSTƯ từ 01/2021 đến 06/2023. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ mổ lấy thai cao: 81,9% (Mổ lấy thai cấp cứu: 34,6% và mổ lấy thai chủ động: 47,3%). Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm ĐTĐ trước mang thai cao hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ với nguyên nhân hàng đầu là TSG nặng. Biến chứng mẹ hay gặp nhất là băng huyết tiếp đó là hội chứng HELLP, các biến chứng ở nhóm ĐTĐ trước mang thai đều cao hơn ở nhóm ĐTĐ thai kỳ. Tỷ lệ thai nhỏ hơn so với tuổi thai ở nhóm ĐTĐ trước mang thai nhiều hơn, ngược lại tỷ lệ thai to ở nhóm ĐTĐ trước mang thai lại ít hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ. Tỷ lệ tai biến ở sơ sinh như mắc vai, suy hô hấp, vàng da và hạ đường huyết của nhóm ĐTĐ trước mang thai đều nhiều hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ. **Kết luận:** Sản phụ ĐTĐ trước mang thai có tiền sản giật có kết cục thai kỳ xấu hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ có tiền sản giật. **Từ khóa:** Đái tháo đường thai kỳ, Tiền sản giật

SUMMARY

EVALUATE PREGNANCY OUTCOMES OF DIABETIC PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: Evaluate the pregnancy outcomes of diabetic pregnant women with preeclampsia at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2021 to June 2023. **Subjects and methods:** Retrospective cross-sectional description from medical records of 205 diabetic pregnant women with preeclampsia who gave birth at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2021 to June 2023. **Results:** High rate of cesarean section: 81.9% (Emergency cesarean section: 34.6% and elective cesarean section: 47.3%). The rate of cesarean section in the pregestational diabetes group was higher than that in the gestational diabetes group. The most common maternal complication was hemorrhage followed by HELLP syndrome, complications in the pregestational diabetes group were all higher than in the gestational diabetes group. The rate of small for gestational age fetuses in the pregestational diabetes group was higher, whereas the rate of large for gestational age fetuses in the pregestational diabetes group was lower than in the gestational diabetes group. The rate of neonatal complications like shoulder dystocia, respiratory failure, jaundice and hypoglycemia in the pregestational diabetes group was higher than in the gestational diabetes group. **Conclusion:** The pregnant women with pregestational diabetes and preeclampsia have worse pregnancy outcome than

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Giang

Email: nguyenthai giang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

those with gestational diabetes and preeclampsia.

Keywords: Diabetic pregnant women, Gestational diabetes, Preeclampsia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh lý chuyển hóa ngày càng phổ biến trên toàn thế giới và ngày càng trẻ hóa. Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường mang thai cũng vì vậy ngày càng cao. Trong khi đó, nhiều bằng chứng cho thấy có mối liên quan giữa đái tháo đường và bệnh lý tăng huyết áp, đặc biệt là tiền sản giật khi mang thai. ĐTĐ và tiền sản giật khi mang thai nếu không được kiểm soát tốt sẽ gây ra nhiều biến chứng cho mẹ và thai nhi như sản giật, hội chứng HELLP, suy thận, tử vong mẹ, tăng nguy cơ thai chết trong tử cung, thai chậm phát triển trong tử cung. Về lâu dài ĐTĐ và tiền sản giật khi mang thai cũng làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh lý mạn tính cho mẹ và con đặc biệt là các bệnh tim mạch, rối loạn chuyển hóa. Sự kết hợp 2 bệnh lý không chỉ gây phức tạp cho quá trình điều trị, theo dõi đồng thời tăng cao các nguy cơ, biến chứng cho mẹ và thai nhi. Nhằm đưa ra những thái độ kiểm soát bệnh lý Tiền sản giật và tiểu đường thai kỳ khi mang thai và các biện pháp nhằm giảm các tai biến cho mẹ và thai nhi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với chủ đề Đánh giá kết quả thai kỳ của sản phụ đái tháo đường có tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/2021 – 06/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp sinh

Bảng 3.1. Liên quan giữa loại tiểu đường và phương pháp sinh

		Đẻ đường âm đạo		Mổ lấy thai		Tổng		p
		Đẻ thường	Forceps	Mổ cấp cứu	Mổ chủ động			
ĐTĐ trước mang thai	TSG	11(14,3%)	4(5,2%)	29(37,7%)	33(42,9%)	77	124	0,01
		15(19,7%)		62(80,3%)				
	TSG nặng	1(2,1%)	0	7(14,9%)	39(83%)	47		
		1(2,1%)		46(97,9%)				
ĐTĐ thai kỳ	TSG	16(24,6%)	2(3,1%)	32(49,2%)	15(23,1%)	65	81	0,03
		18(27,7%)		47(72,3%)				
	TSG nặng	2(12,5%)	1(6,3%)	3(18,8%)	10(62,5%)	16		
		3(18,8%)		13(81,2%)				
Tổng		30(14,6%)	7(3,4%)	71(34,6%)	97(47,3%)	205		

Tỷ lệ đẻ thường ở nhóm ĐTĐ thai kỳ có TSG chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ có TSG nặng. Tỷ lệ mổ lấy thai nhóm ĐTĐ trước mang thai có TSG nặng cao hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ có TSG nặng.

3.2. Lý do chỉ định mổ lấy thai

Bảng 3.2. Lý do chỉ định mổ lấy thai

Nguyên nhân mổ	ĐTĐ trước mang thai		ĐTĐ thai kỳ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
TSG nặng	46	42,6	13	21,7	59	35,1

Đối tượng nghiên cứu: Gồm các sản phụ đái tháo đường có tiền sản giật sinh con tại BVPSTƯ từ 01/01/2021 đến 30/06/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng nghiên cứu phải có đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

+ Thai phụ được chẩn đoán có bệnh lý đái tháo đường theo Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) 2015.

+ Có tiền sản giật: khi thai phụ có dấu hiệu tăng huyết áp, phù, protein niệu phát hiện sau 20 tuần thai kỳ.

+ Tuổi thai trên 28 tuần và có đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Đang mắc các bệnh liên quan đến rối loạn chuyển hóa glucose: Suy giáp, cường giáp,...

+ Đang mắc các bệnh mạn tính có thể ảnh hưởng đến huyết áp: Bệnh tim, bệnh thận.

+ Đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose hoặc có ảnh hưởng đến huyết áp.

+ Đang mắc các bệnh cấp tính: Nhiễm khuẩn, viêm gan cấp, ...

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang với các thông số dựa trên hồ sơ bệnh án của các sản phụ tại BVPSTƯ có đủ tiêu chuẩn chọn mẫu nêu trên. Các thông số nghiên cứu bao gồm: Phương pháp sinh, bệnh lý của mẹ, cân nặng con và biến chứng sơ sinh.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Suy thai	15	13,9	11	18,3	26	15,5
Thai to	12	11,1	5	8,3	17	10,1
Đa thai	5	4,6	4	6,7	9	5,4
OVN, gãy chuyển dạ thất bại	9	8,3	10	16,7	19	11,3
Mổ đẻ cũ	3	2,8	5	8,3	8	4,8
Ngồi ngược, ngồi ngang	1	0,9	2	3,3	3	1,8
Rau tiền đạo, rau bong non	3	2,8	1	1,7	4	2,4
Nguyên nhân xã hội, xin mổ	14	13,0	9	15,0	23	13,7
Tổng	108	100,0	60	100,0	168	100,0

Lý do mổ nhiều nhất là tiền sản giật nặng chiếm 35,1% trong đó nhóm ĐTD trước thai kỳ nhiều hơn so với ĐTD thai kỳ, tiếp đó là nguyên nhân do suy thai và nguyên nhân xã hội lần lượt là 15,5% và 13,7%, tỷ lệ giữa nhóm ĐTD trước thai kỳ và ĐTD thai kỳ khác biệt không nhiều.

3.3. Biến chứng của mẹ

Bảng 3.3. Liên quan giữa loại ĐTD và tỷ lệ biến chứng của mẹ

Biến chứng		ĐTD trước mang thai		ĐTD thai kỳ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
HELLP	Có	6	(4,8%)	2	(2,5%)	8	(3,9%)
	Không	118	(95,2%)	79	(97,5%)	197	(96,1%)
Sản giật	Có	3	(2,4%)	1	(1,2%)	4	(2%)
	Không	121	(97,6%)	80	(98,8%)	201	(98%)
Rau bong non	Có	1	(0,7%)	1	(1,6%)	2	(1%)
	Không	141	(99,3%)	62	(98,4%)	203	(99%)
Phù phổi cấp	Có	1	(0,8%)	2	(2,5%)	3	(1,5%)
	Không	123	(99,2%)	79	(97,5%)	202	(98,5%)
Băng huyết	Có	5	(4%)	11	(13,6%)	16	(7,8%)
	Không	119	(96%)	70	(86,4%)	189	(92,2%)
Hạ đường huyết	Có	4	(3,2%)	1	(1,2%)	5	(2,4%)
	Không	120	(96,8%)	80	(98,8%)	200	(97,6%)

Có 38 trường hợp tai biến mẹ trong đó 16 trường hợp băng huyết, 8 trường hợp hội chứng HELLP, 2 trường hợp rau bong non, 4 trường hợp sản giật, 5 trường hợp hạ đường huyết và 3 trường hợp phù phổi cấp.

3.4. Cân nặng sơ sinh

Bảng 3.4. Liên quan giữa loại ĐTD và cân nặng sơ sinh

Cân nặng sơ sinh	ĐTD trước mang thai		ĐTD thai kỳ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Thai nhỏ	23	19,7	4	5,5	27	14,2
Bình thường	70	59,8	41	56,2	111	58,4
Thai to	24	20,5	28	38,4	52	27,4
Tổng	117	100,0	73	100,0	214	100,0

Tỷ lệ thai nhỏ hơn tuổi thai ở nhóm ĐTD trước mang thai cao hơn ở nhóm ĐTD thai kỳ.

3.5. Liên quan giữa loại ĐTD và biến chứng cho con

Bảng 3.5. Liên quan giữa loại ĐTD và biến chứng cho con

Biến chứng		ĐTD trước mang thai		ĐTD thai kỳ		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Tử vong	Có	2	1,6	1	1,2	3	1,5	0,2
	Không	122	98,4	80	98,8	202	98,5	
Mắc vai	Có	1	0,8	3	3,7	4	2	0,02
	Không	123	99,2	78	96,3	201	98	
Suy hô hấp	Có	22	17,7	4	4,9	26	12,7	0,01
	Không	102	82,3	77	95,1	179	87,3	
Vàng da	Có	41	33,1	11	13,6	52	25,4	0,03
	Không	83	66,9	70	86,4	153	74,6	
Hạ đường huyết	Có	17	13,7	6	7,4	23	11,2	0,04
	Không	107	86,3	75	92,6	182	88,8	

Tỷ lệ các tai biến con như suy hô hấp, vàng da và hạ đường huyết ở nhóm ĐTD trước mang

thai đều cao hơn ở nhóm ĐTĐ thai kỳ một cách có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Phương pháp sinh: Tỷ lệ mổ chủ động và mổ cấp cứu xét riêng từng nhóm ĐTĐ trước thai kỳ và ĐTĐ thai kỳ đều cho thấy tỷ lệ mổ ở nhóm TSG nặng là cao hơn so với nhóm TSG nhẹ. Kết quả này khá dễ hiểu vì mức độ nặng của TSG quyết định thời điểm chấm dứt thai kỳ và mổ lấy thai là phương pháp an toàn cho cả mẹ và trẻ sơ sinh. Lý do mổ nhiều nhất là tiền sản giật nặng chiếm 35,1% trong đó nhóm ĐTĐ trước thai kỳ nhiều hơn so với ĐTĐ thai kỳ, tiếp đó là nguyên nhân do suy thai và nguyên nhân xã hội lần lượt là 15,5% và 13,7%. Tỷ lệ chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai do nguyên nhân về phía mẹ thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Hoài Chương (95%), có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả là thai phụ bị tiền sản giật nặng. Nhìn tổng thể, bảo vệ tính mạng của mẹ vẫn là lý do quan trọng nhất để quyết định dừng thai kỳ¹.

Biến chứng của mẹ: Bảng 3.3 cho thấy có 38 trường hợp có biến chứng mẹ trong đó băng huyết chiếm tỉ lệ cao nhất (7.8 %) và xảy ra nhiều hơn ở nhóm ĐTĐ thai kỳ một cách có ý nghĩa thống kê. Tiếp đến là hội chứng HELLP có 8 trường hợp chiếm 3,9%, trong đó ĐTĐ trước mang thai có 4,8% nhiều gần gấp đôi so với ĐTĐ thai kỳ có 2,5%. Chiếm tỉ lệ thấp nhất là các biến chứng hạ đường huyết, sản giật, phù phổi cấp, rau bong non (chiếm 6.9%), so sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thu Hoài thì tỷ lệ tai biến của mẹ cao hơn là 15,98%, điều này là do tác giả nghiên cứu trên tất cả đối tượng ĐTĐ có THA bao gồm cả TSG². Mặt khác nếu so sánh với nghiên cứu của Lê Hoài Chương ở đối tượng TSG nặng thì tỷ lệ tai biến lại cao hơn khá nhiều với 39,8%¹.

Cân nặng sơ sinh: Tỷ lệ thai nhỏ hơn so với tuổi thai ở nhóm ĐTĐ trước mang thai chiếm 19,7% cao hơn rõ rệt so với nhóm ĐTĐ thai kỳ là 5,5%. Tỷ lệ thai to ở nhóm ĐTĐ thai kỳ là 38,4% cao hơn so với nhóm ĐTĐ trước mang thai (20,5%). Lý giải cho kết quả này có lẽ do tỷ lệ điều chỉnh đường huyết bằng thuốc tiêm insulin ở nhóm ĐTĐ trước mang thai cao hơn, đồng thời tỷ lệ TSG nặng ở nhóm này cũng cao hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ do vậy tình trạng động mạch tử cung bệnh lý trong TSG thường dẫn đến hạn chế nuôi dưỡng cho thai dẫn đến tình trạng thai chậm phát triển trong bụng tử cung nhiều hơn. Tỷ lệ sơ sinh có trọng lượng dưới bách phân vị thứ 10 của chúng tôi là 14,2%, thấp hơn của Nguyễn Thu Hoài là 30,8%². Tỷ lệ này cũng thấp hơn so với nghiên

cứ của của S K Srinivas ở thai phụ bị tiền sản giật, tỷ lệ thai chậm phát triển trong tử cung dưới bách phân vị thứ 5 là 15,12% và dưới bách phân vị thứ 10 là 27,9%³.

Biến chứng cho con: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 tai biến gặp ở con gồm tử vong, mắc vai, suy hô hấp, vàng da và hạ đường huyết. Có 3 trường hợp tử vong, trong đó có 2 trường hợp ở nhóm ĐTĐ trước mang thai chiếm tỷ lệ là 1,6% gồm 1 trường hợp thai chết lưu trong quá trình theo dõi ở tuổi thai 29 tuần 1 ngày chậm tăng trưởng nặng trong tử cung, và 1 trường hợp rau bong non kèm hội chứng HELLP, tỷ lệ này cao hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ có 1 trường hợp. Tỷ lệ mắc vai ở nhóm ĐTĐ thai kỳ là 3,7% cao hơn ở nhóm ĐTĐ trước mang thai là 0,8%. Do tỷ lệ theo dõi đẻ đường âm đạo ở nhóm ĐTĐ thai kỳ cao hơn, mặt khác tỷ lệ tuân thủ điều trị và tiêm insulin ở nhóm ĐTĐ thai kỳ kém hơn ở nhóm ĐTĐ trước mang thai do đó tỷ lệ thai to ở nhóm ĐTĐ thai kỳ cũng cao hơn. Tỷ lệ suy hô hấp trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao có 26 trường hợp chiếm 12,7%, trong đó nhóm ĐTĐ trước mang thai chiếm 17,7% cao hơn ở nhóm ĐTĐ thai kỳ với 4,9%. Theo kết quả của chúng tôi có 25,4% sơ sinh có vàng da, trong đó tỷ lệ ở nhóm ĐTĐ trước mang thai là 33,1% cao hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ là 13,6%. Có 23 trường hợp trẻ sơ sinh bị hạ đường huyết chiếm 11,2%, tỷ lệ này ở nhóm ĐTĐ trước mang thai là 13,7% cao hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ là 7,4%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thu Hoài lấy ngưỡng tiêu chuẩn chẩn đoán hạ đường huyết (đường huyết $\leq 2,2$ mmol/l) thì tỷ lệ hạ đường huyết của trẻ sơ sinh lên tới 42,5% cao hơn của chúng tôi rất nhiều². Tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của Landon MB, tỷ lệ hạ đường huyết sơ sinh của các thai phụ ĐTĐ là 15,85%⁴.

V. KẾT LUẬN

- Mức độ nặng của TSG quyết định thời điểm chấm dứt thai kỳ, mổ lấy thai là phương pháp an toàn cho cả mẹ và trẻ sơ sinh.

- Tiền sản giật là nguyên nhân mổ lấy thai phổ biến nhất ở phụ nữ đái tháo đường mang thai.

- Các biến chứng của mẹ và những biến chứng sau sinh của trẻ sơ sinh gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ trước mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Hoài Chương.** Nhận xét về bệnh cảnh lâm sàng và xử trí sản khoa tiền sản giật nặng tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2012. Tạp chí Y học thực hành, 2013;867:115-118.
2. **Nguyễn Thu Hoài.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của thai phụ đái tháo đường có tăng huyết

- áp, Đại học Y Hà Nội; 2016.
3. **Srinivas SK, Edlow AG, Neff PM, et al.** Rethinking IUGR in preeclampsia: dependent or independent of maternal hypertension? *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association.* 2009;29(10):680-684.
 4. **Landon MB, Spong CY, Thom E, et al.** A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. *The New England journal of medicine.* 2009;361(14):1339-1348.

GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG DỰ ĐOÁN DI CẢN HẠCH CỔ DỰA TRÊN ĐỘ SÂU XÂM LẤN CỦA U VÀ TRONG CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN T Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ LƯỠI

Nguyễn Đức Hiếu¹, Phạm Ngọc Hoa²,
Trần Thị Mai Thuỳ¹, Lâm Thanh Ngọc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị của độ sâu xâm lấn đo trên cộng hưởng từ trong việc dự đoán hạch cổ ác tính trên giải phẫu bệnh và đánh giá mức độ phù hợp giữa cộng hưởng từ và giải phẫu bệnh trong việc phân giai đoạn T của ung thư lưỡi. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 47 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gai của 2/3 trước lưỡi và đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2021 đến tháng 05/2025. **Kết quả:** Có mối tương quan mạnh giữa độ sâu xâm lấn đo trên cộng hưởng từ và trên giải phẫu bệnh ($p = 0,828$, $p < 0,001$). Tỷ lệ hạch ác tính tăng đáng kể theo mức độ của rDOI: 0% ở nhóm rDOI ≤ 5 mm, 14,3% ở nhóm $> 5-10$ mm và 68,0% ở nhóm > 10 mm ($p < 0,001$). Ngưỡng cắt rDOI tối ưu để dự đoán có hạch ác tính là 10 mm, với độ nhạy 89,5% và độ đặc hiệu 71,4% (AUC = 0,858). Đánh giá giai đoạn T trên cộng hưởng từ cũng cho thấy mức độ đồng thuận tốt so với giải phẫu bệnh (hệ số Kappa = 0,772). **Kết luận:** Độ sâu xâm lấn đo trên cộng hưởng từ là một yếu tố dự báo đáng tin cậy về nguy cơ có hạch cổ ác tính ở bệnh nhân ung thư lưỡi, đồng thời cộng hưởng từ cũng là một phương tiện có giá trị cao trong việc đánh giá giai đoạn T.

Từ khóa: ung thư lưỡi, cộng hưởng từ, độ sâu xâm lấn, hạch cổ ác tính, yếu tố dự đoán, giai đoạn T.

SUMMARY

THE VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN PREDICTING CERVICAL LYMPH NODE METASTASIS BASED ON TUMOR DEPTH OF INVASION AND IN T STAGING OF TONGUE CANCER

Objective: To determine the value of depth of invasion measured on magnetic resonance imaging in predicting malignant cervical lymph nodes and to evaluate the concordance between magnetic

resonance imaging and histopathology in T staging of tongue cancer. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 47 patients diagnosed with squamous cell carcinoma of the anterior two-thirds of the tongue who underwent surgery at the University Medical Center Ho Chi Minh City from January 2021 to May 2025. **Results:** A strong correlation was found between the depth of invasion measured on magnetic resonance imaging and on histopathology ($p = 0.828$, $p < 0.001$). The rate of malignant nodes increased significantly with the level of radiological depth of invasion: 0% in the rDOI ≤ 5 mm group, 14.3% in the $> 5-10$ mm group, and 68.0% in the > 10 mm group ($p < 0.001$). The optimal rDOI cutoff for predicting malignant nodes was 10 mm, with a sensitivity of 89.5% and a specificity of 71.4% (AUC = 0.858). T staging on magnetic resonance imaging also showed good agreement with histopathology (Kappa coefficient = 0.772). **Conclusion:** MRI-measured depth of invasion is a reliable predictor for the risk of malignant cervical lymph nodes in patients with tongue cancer; additionally, MRI is also a highly valuable tool for T staging. **Keywords:** tongue cancer, magnetic resonance imaging, depth of invasion, malignant cervical lymph nodes, predictive factor, T staging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi (UTL) là loại phổ biến nhất trong các dạng ung thư khoang miệng, chiếm từ 20 – 50% các khối u ác tính trong khu vực này⁶. Việc chẩn đoán giai đoạn bệnh một cách chính xác trước điều trị là yếu tố then chốt, ảnh hưởng lớn đến kế hoạch quản lý và tiên lượng của người bệnh. Sự hiện diện của hạch cổ ác tính là một trong những yếu tố tiên lượng rất quan trọng, có thể khiến tỷ lệ sống còn của bệnh nhân giảm đến 50%⁵. Kể từ phiên bản thứ 8 của hệ thống phân loại TNM ung thư khoang miệng, độ sâu xâm lấn (Depth of Invasion - DOI) đã được đưa vào như một tiêu chí quan trọng để xếp giai đoạn T. DOI không chỉ giúp xác định giai đoạn khối u mà còn được chứng minh là có vai trò quan trọng trong việc dự đoán nguy cơ có hạch ác tính vùng cổ².

¹Đại học Y Dược TP HCM

²Hội Chẩn đoán Hình ảnh TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Thanh Ngọc

Email: ngoclam@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025