

- 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 CĂN 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 $rDOI \leq 5$ 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 $rDOI \leq 5$ 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

Nhiều nghiên cứu đã khẳng định vai trò của cộng hưởng từ (CHT) trong việc đo lường DOI và đánh giá giai đoạn T, cho thấy có tương quan cao với giải phẫu bệnh (GPB)^{1,7}. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước về đánh giá tương quan giữa rDOI và di căn hạch còn ít, cỡ mẫu còn tương đối nhỏ, chưa xác định một ngưỡng cắt tối ưu của DOI trên CHT (Radiologic Depth of invasion-rDOI) để dự báo nguy cơ có hạch vùng ác tính. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá một cách toàn diện hơn giá trị của CHT trong việc phân giai đoạn T theo tiêu chuẩn của AJCC 8th và xác định mối liên quan giữa độ sâu xâm lấn trên CHT với sự hiện diện hạch vùng ác tính xác định qua GPB, từ đó tìm ra một ngưỡng cắt rDOI có giá trị ứng dụng trong thực hành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi thu thập dữ liệu của các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tế bào gai 2/3 trước lưỡi, đã được chụp CHT và phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (BV ĐHYD TPHCM) trong khoảng thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 05/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTL trên GPB sau phẫu thuật, được chụp CHT vùng cổ trong vòng 01 tháng trước phẫu thuật và có kết quả GPB ghi nhận đầy đủ các thông số về khối u và hạch.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã được điều trị phẫu thuật hay xạ trị trước khi chụp CHT, có ung thư khác vùng khoang miệng cùng lúc hoặc ung thư lưỡi tái phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả.

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 9/2024 đến tháng 9/2025.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

2.2.3. Cỡ mẫu: Lấy trọn mẫu thỏa tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

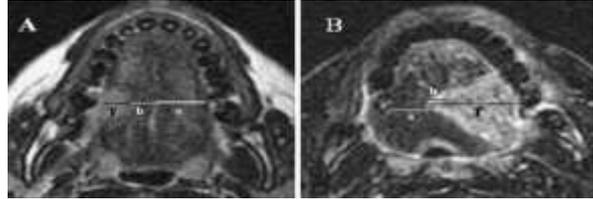
2.2.4. Cách thức tiến hành nghiên cứu:

Độ sâu xâm lấn được đo trên hình T1 xóa mỡ có tiêm thuốc tương phản với mặt phẳng ngang. Các giá trị được tính theo đơn vị milimét và được làm tròn xuống khi chữ số thập phân từ 1 đến 4, làm tròn lên khi chữ số thập phân từ 5 đến 9.

- Đối với khối u ở các vị trí không phải đầu lưỡi, DOI là hiệu số giữa hai khoảng cách a (từ vách lưỡi đến bề mặt lưỡi phía không có u) và b (từ vách lưỡi đến điểm sâu nhất mà khối u xâm

lấn). Nếu khối u vượt qua vách lưỡi, DOI sẽ được tính bằng tổng của a và b.

- Đối với các u liên quan đầu lưỡi, DOI được xác định bằng cách vẽ đường cung răng, DOI khi đó là khoảng cách từ đường cung răng đến vị trí u xâm lấn sâu nhất.



Hình 1. Cách đo DOI khối u trên CHT⁴

Cách đo DOI khi u chưa lan qua vách lưỡi (A) và khi vượt qua vách lưỡi (B)

Đánh giá hạch: Hạch nghi ngờ ác tính khi có ít nhất một trong các dấu hiệu như kích thước lớn (đường kính trục ngắn trên mặt phẳng ngang ≥ 10 mm), hạch tập trung thành chùm (≥ 3 hạch với đường kính trục ngắn trên mặt phẳng ngang ≥ 8 mm), có hoại tử bên trong, xâm lấn vỏ hạch. Xâm lấn vỏ hạch khi có ít nhất một trong các dấu hiệu sau: hạch có đường bờ không đều, xâm lấn vào mô mỡ hoặc cơ lân cận.

Kết quả giai đoạn T trên CHT được xếp theo TNM của AJCC 8th. Các kết quả rDOI, di căn hạch và giai đoạn T trên CHT được đối chiếu với kết quả tương ứng trên giải phẫu bệnh.

2.3. Phương tiện nghiên cứu: Ca nghiên cứu được thực hiện bởi máy CHT 1,5 Tesla (MAGNETOM Altea, Siemens Healthcare, Erlangen, Germany) hoặc máy CHT 3 Tesla (MAGNETOM Verio, Siemens Healthcare, Erlangen, Germany) tại BVĐHYD

2.4. Phân tích số liệu: Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

47 bệnh nhân phù hợp với các tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là $49,5 \pm 13,7$ tuổi, dao động từ 20-74 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm đa số trong mẫu nghiên cứu (76,6%), cao hơn gấp 3,3 lần so với tỉ lệ bệnh nhân nữ (23,4%).

3.1. Hạch vùng ác tính

Bảng 1. Đặc điểm hạch ác tính trên CHT

Đặc điểm trên CHT	Số lượng bệnh nhân (N=14)	Tỷ lệ (%)
Đường kính lớn	12	85,7
Hoại tử	8	57,1
Xâm lấn vỏ hạch	3	21,4
Chùm hạch	1	7,1

Nhận xét: Đặc điểm phổ biến nhất là kích thước trục ngắn bất thường, chiếm 85,7%. Đặc

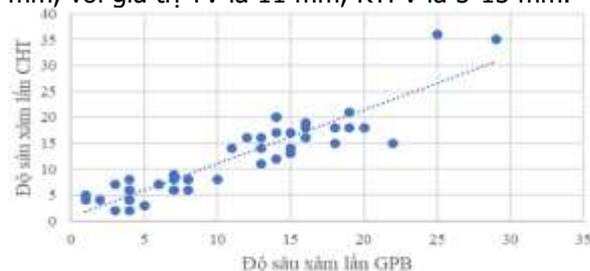
điểm hoại tử bên trong đứng thứ hai, chiếm 57,1%.

Bảng 2. Giá trị CHT trong chẩn đoán hạch ác tính

CHT	GPB		Tổng
	Có	Không	
Có	13	1	14
Không	6	27	33
Tổng	19	28	47

Nhận xét: Kết quả so sánh giữa đánh giá hạch ác tính trên CHT và GPB cho thấy có sự đồng thuận khá cao với hệ số Kappa = 0,677. Độ nhạy của CHT trong việc phát hiện hạch cổ ác tính là 68,4%, độ đặc hiệu đạt 96,4%. Giá trị tiên đoán dương là 92,9% và giá trị tiên đoán âm là 81,8%.

3.2. Độ sâu xâm lấn. Các giá trị độ sâu xâm lấn trên CHT dao động từ 2 mm đến 36 mm, với giá trị trung vị (TV) là 11 mm, khoảng tứ phân vị (KTPV) là 6-17 mm. Các giá trị độ sâu xâm lấn trên GPB dao động từ 1 mm đến 29 mm, với giá trị TV là 11 mm, KTPV là 5-15 mm.



Biểu đồ 1. Tương quan DOI trên CHT và GPB

Nhận xét: Có mối tương quan mạnh và có ý nghĩa thống kê giữa độ sâu xâm lấn đo trên CHT và trên GPB, với hệ số tương quan Spearman $\rho = 0,828$ ($p < 0,001$).

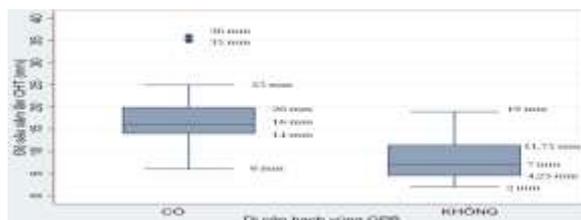
3.3. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ di căn hạch vùng

Bảng 3. Các phân nhóm rDOI và tỉ lệ di căn hạch vùng trên GPB

Hạch ác tính	Nhóm rDOI			Tổng
	≤5mm	>5-10mm	>10mm	
Có	0	2	17	19
Không	8	12	8	28
Tổng	8	14	25	47

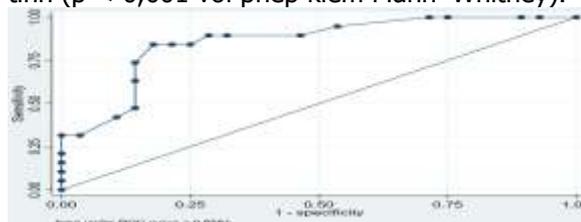
*Phép kiểm Chi-Square, $p < 0,001$

Nhận xét: Độ sâu xâm lấn ghi nhận trên CHT càng lớn, tỉ lệ di căn hạch vùng càng nhiều. Trong nhóm $rDOI \leq 5$ mm không có trường hợp nào ghi nhận hạch ác tính, trong nhóm $rDOI > 5-10$ mm, tỉ lệ bệnh nhân có hạch ác tính là 14,3%, tỉ lệ này tăng cao lên 68,0% ở nhóm có $rDOI > 10$ mm. Sự khác biệt giữa ba nhóm này có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 2. So sánh độ sâu xâm lấn trên CHT ở hai nhóm không và có di căn hạch trên GPB

Nhận xét: DOI đo trên CHT ở các trường hợp có hạch vùng ác tính cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có hạch vùng ác tính ($p < 0,001$ với phép kiểm Mann-Whitney).



Biểu đồ 3. Đường cong ROC xác định ngưỡng cắt của rDOI trong dự đoán di căn hạch vùng

Nhận xét: Phân tích đường cong ROC cho thấy ngưỡng cắt tối ưu của rDOI để dự đoán có hạch ác tính vùng cổ là 10 mm, với độ nhạy là 89,5% và độ đặc hiệu là 71,4%, diện tích dưới đường cong là 0,858.

Bảng 4. Liên quan giữa xâm lấn sàn miệng và tỉ lệ di căn hạch vùng trên GPB

Hạch ác tính GPB	Xâm lấn sàn miệng		Tổng
	Không	Có	
Không	23	5	28
Có	6	13	19
Tổng	29	18	47

*Phép kiểm Chi-Square, $p < 0,001$

Nhận xét: Tỉ lệ hạch vùng ác tính ở nhóm có xâm lấn sàn miệng (72,2%) cao gấp 3,5 lần so với nhóm không xâm lấn (20,7%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến di căn hạch vùng trên GPB

Yếu tố tiên lượng	Giá trị p	Tỷ số chênh	Khoảng tin cậy 95%
Độ sâu xâm lấn (mm)	0,036	1,25	1,015-1,527
Đường kính u (mm)	0,741	1,02	0,924-1,118
Tuổi (năm)	0,337	1,04	0,961-1,122
Giới tính (Nam/Nữ)	0,257	0,296	0,036-2,433
Vị trí u (Trái/phải)	0,527	1,73	0,319-9,340
Xâm lấn sàn miệng (Có/không)	0,048	3,5	1,353-14,708

Nhận xét: Các yếu tố tiên lượng độc lập của di căn hạch vùng được xác định là độ sâu

xâm lấn ($p = 0,036$) và xâm lấn sàn miệng ($p = 0,048$).

3.4. Đánh giá giai đoạn T

Bảng 7. Phân bố và mối liên quan giữa giai đoạn T trên CHT và GPB

CHT	GPB				Tổng
	pT1	pT2	pT3	pT4a	
rT1	8	0	0	0	8
rT2	2	12	0	0	14
rT3	0	1	10	2	13
rT4a	0	0	3	9	12
Tổng	10	13	13	11	47

Nhận xét: Trên CHT giai đoạn T2 chiếm tỉ lệ cao nhất với 14 trường hợp (29,8%). Trên GPB giai đoạn T2 và T3 chiếm tỉ lệ cao nhất với 13 trường hợp (27,7%). Kết quả so sánh giữa giai đoạn T đánh giá trên CHT và giai đoạn T theo GPB cho thấy có sự đồng thuận tốt với hệ số Kappa = 0,772.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy CHT là một công cụ có giá trị trong việc đánh giá hạch ác tính vùng cổ, đạt được mức độ đồng thuận tốt so với GPB, thể hiện qua hệ số Kappa là 0,677. CHT có độ nhạy 68,4%, độ đặc hiệu 96,4%, giá trị dự báo dương 92,9%, giá trị dự báo âm 81,8% trong chẩn đoán di căn hạch cổ. Nghiên cứu của chúng tôi có độ đặc hiệu cao hơn và độ nhạy thấp hơn trong chẩn đoán hạch ác tính khi so với nghiên cứu của Zwitter⁸. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi việc nghiên cứu của chúng tôi có một tỉ lệ cao hạch có đặc điểm hoại tử trung tâm (57,1%), vốn là một đặc điểm khá đặc hiệu cho hạch ác tính và chúng tôi không sử dụng tiêu chí hạch hình tròn hoặc kích thước trực dài của hạch để xác định hạch nghi ngờ, điều này có thể dẫn đến làm giảm độ nhạy của CHT.

Chúng tôi cũng ghi nhận mối tương quan mạnh giữa DOI đo trên hình ảnh T1 có tiêm thuốc tương phản và DOI đo trên GPB với hệ số tương quan là 0,828. Kết quả này nằm trong khoảng tương quan mạnh đã được báo cáo bởi nghiên cứu của Alharbi¹ với hệ số tương quan là 0,86. Điều này khẳng định vai trò của CHT trong việc đánh giá chính xác một yếu tố tiên lượng quan trọng.

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy DOI trên CHT là một yếu tố tiên lượng độc lập cho tình trạng di căn hạch vùng ($p = 0,036$). Ngưỡng cắt rDOI = 10 mm được xác định là giá trị tối ưu trong dự đoán có hạch ác tính, với độ nhạy 89,5%, độ đặc hiệu 71,4% và diện tích dưới đường cong ROC đạt 0,858 cho thấy khả năng phân biệt tốt giữa nhóm có và không có di căn

hạch vùng. Ngưỡng cắt này khá tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Jung³ có ngưỡng cắt trên hình ảnh T1 có tiêm thuốc tương phản là 10,5 mm, nhưng lại cao hơn so với trong nghiên cứu của Haraguchi² với ngưỡng cắt là 6,99 mm. Sự khác nhau có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Jung bao gồm cả những người có hạch cổ âm tính (cN0) và dương tính (cN+) trên CHT, còn trong nghiên cứu của Haraguchi ngưỡng cắt này áp dụng trên bệnh nhân có hạch cổ âm tính trên hình ảnh (cN0).

Không có trường hợp nào ghi nhận hạch ác tính ở nhóm bệnh nhân có rDOI ≤ 5 mm gợi ý rằng những khối u bề mặt với độ sâu xâm lấn tối thiểu có nguy cơ di căn hạch rất thấp. Hiện nay, việc điều trị hạch cổ ở bệnh nhân không ghi nhận hạch nghi ngờ trên CHT (cN0) vẫn còn nhiều tranh cãi. Các chiến lược điều trị có thể là nạo hạch dự phòng, sinh thiết hạch lách gác hay theo dõi thận trọng. Từ kết quả nghiên cứu, có thể cân nhắc áp dụng chiến lược theo dõi thận trọng thay vì phẫu thuật nạo vét hạch cổ dự phòng, giúp bệnh nhân tránh được một cuộc phẫu thuật không cần thiết và các biến chứng liên quan.

Nghiên cứu cũng cho thấy sự xâm lấn sàn miệng là yếu tố liên quan đến sự hiện diện của hạch ác tính. Tỉ lệ hạch ác tính cao ở nhóm xâm lấn sàn miệng (72,2%) có thể được giải thích do khu vực này có hệ thống mạch máu và bạch huyết phong phú, tạo điều kiện cho tế bào ung thư lây lan sớm.

CHT là một phương pháp có giá trị cao trong phân giai đoạn T trước phẫu thuật, đạt mức độ đồng thuận tốt với GPB, thể hiện qua hệ số Kappa là 0,772. Giá trị này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Vidiri⁷ có hệ số Kappa là 0,74. Phân tích các trường hợp sai lệch giai đoạn cho thấy xu hướng chủ yếu là đánh giá giai đoạn cao hơn thực tế, do CHT có khuynh hướng đo kích thước u và độ sâu xâm lấn lớn hơn so với GPB. Nguyên nhân chính của hiện tượng này là do hiện tượng co rút của mô bệnh phẩm sau khi được cố định bằng formalin, có thể làm cho kích thước đo được trên GPB nhỏ hơn so với kích thước thực tế của khối u trong cơ thể.

V. KẾT LUẬN

Độ sâu xâm lấn đo trên CHT là một chỉ số có giá trị trong việc dự đoán nguy cơ di căn hạch vùng cổ ở bệnh nhân ung thư lưỡi. Kết quả nghiên cứu cho thấy, ngưỡng DOI = 10 mm trên CHT có thể được sử dụng để xác định nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao xuất hiện hạch cổ ác tính. Ngược lại, các khối u có DOI ≤ 5 mm hầu

như ít có nguy cơ di căn hạch vùng, do đó có thể áp dụng chiến lược theo dõi thận trọng thay vì nạo hạch cổ dự phòng ở nhóm bệnh nhân này. Bên cạnh đó, CHT cũng là một phương tiện có giá trị cao trong việc đánh giá giai đoạn T với mức độ đồng thuận tốt so với GPB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alharbi B., Alessa M., Alsayid H., et al. Magnetic resonance imaging accuracy in assessing depth of invasion in tongue squamous cell carcinomas and predicting cervical nodal metastasis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2024;28(5):1783-1790.
2. Haraguchi K., Yoshiga D., Oda M., et al. Depth of invasion determined by magnetic resonance imaging in tongue cancer can be a predictor of cervical lymph node metastasis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2021;131(2):231-240.
3. Jung J., Cho N. H., Kim J., et al. Significant invasion depth of early oral tongue cancer originated from the lateral border to predict

- regional metastases and prognosis. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009;38(6):653-60.
4. Preda L., Chiesa F., Calabrese L., et al. Relationship between histologic thickness of tongue carcinoma and thickness estimated from preoperative MRI. *Eur Radiol.* 2006;16(10):2242-8.
 5. Puri S. K., Fan C. Y., Hanna E. Significance of extracapsular lymph node metastases in patients with head and neck squamous cell carcinoma. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003; 11(2):119-23.
 6. Veiga-San Roman P., Villanueva San Vicente V., Rodriguez-Gonzalez M. A., et al. Survival among treated tongue cancer patients: a single-center experience. *Discov Oncol.* 2024;15(1):127.
 7. Vidiri A., Panfili M., Boellis A., et al. The role of MRI-derived depth of invasion in staging oral tongue squamous cell carcinoma: inter-reader and radiological-pathological agreement. *Acta Radiol.* 2020;61(3):344-352.
 8. Zwittag P., Asel C., Gabriel M., et al. MRI and PET/CT in the assessment of lymph node metastases in head and neck cancer. *Sci Rep.* 2023;13(1):19347.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI BỆNH THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA VẬT LÝ TRỊ LIỆU BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HẢI DƯƠNG NĂM 2024

Phạm Thị Cẩm Hưng¹, Lê Văn Thêm¹

LUMBAR SPINE DEGENERATION UNDERGOING TREATMENT AT THE PHYSIOTHERAPY DEPARTMENT, HAI DUONG REHABILITATION HOSPITAL IN 2024

Objective: To describe the quality of life among patients with lumbar spine degeneration treated at the Physiotherapy Department of Hai Duong Rehabilitation Hospital. **Methods:** A cross-sectional study design was utilized. **Results:** The majority of patients were older than 60 years (56.41%), male (61.5%), and manual laborers (64.4%). All patients had disease duration exceeding six months (100%), with gradual onset (74.4%) and intermittent pain (61.5%). Most participants reported moderate pain intensity (64.1%). Regarding quality of life, the majority of patients reported either moderate (30.7%) or fair (28.2%) quality of life; however, 15.38% reported poor quality of life, and 10.34% experienced very poor quality of life. **Conclusion:** The quality of life of patients with lumbar spine degeneration was predominantly moderate (30.7%) or fair (28.2%), though a notable proportion reported poor (15.38%) and very poor (10.34%) quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa cột sống thắt lưng là bệnh lý mạn tính, xảy ra khi đĩa đệm và các khớp của cột sống thắt lưng bị tổn thương. Dẫn đến xương phát triển trên các đốt sống. Những thay đổi này

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh thoái hóa cột sống thắt lưng tại khoa Vật lý trị liệu bệnh viện Phục hồi chức năng Hải Dương. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang **Kết quả nghiên cứu:** Đa số người bệnh trên 60 tuổi (56,41%), Nam giới (61,5%), Lao động chân tay (64,4%). Thời gian mắc bệnh >6 tháng (100%), khởi phát từ từ (74,4%), đau không liên tục (61,5%); Đa số người bệnh có mức độ đau trung bình (64,1%); Đa số người bệnh có chất lượng cuộc sống trung bình (30,7%) và khá (28,2%). 15,8 người bệnh có chất lượng cuộc sống kém và 10,34% người bệnh có chất lượng cuộc sống rất kém. **Kết luận:** Đa số người bệnh có chất lượng cuộc sống trung bình (30,7%) và khá (28,2%). 15,8 người bệnh có chất lượng cuộc sống kém và 10,34% người bệnh có chất lượng cuộc sống rất kém.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS WITH

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Cẩm Hưng
 Email: phamcamhungal@gmail.com
 Ngày nhận bài: 16.9.2025
 Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025
 Ngày duyệt bài: 26.11.2025