

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 147/2025/HĐ- ĐHYD ngày 17/4/2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 2024;74(3):229-263.
2. Bremnes, R. M., Busund, L. T., Kivlaer, T. L., Andersen, S., Richardsen, E., Paulsen, E. E.,... & Dønnem, T. (2016). The role of tumor-infiltrating lymphocytes in development, progression, and prognosis of non-small cell lung cancer. *Journal of Thoracic Oncology*, 11(6), 789-800.
3. Guo X, Zhang Y, Zheng L, et al. Global characterization of T cells in non-small-cell lung cancer by single-cell sequencing. 2018;24(7):978-985.
4. Tạ Bá Thắng, Nguyễn Văn Chương (2012), Đặc điểm lâm sàng, giai đoạn bệnh ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ, Tạp chí Y học thực hành (804), Số 1/2012, 110- 113.
5. Wu C. F., Fu J. Y., Yeh C. J. et al. (2015), Recurrence Risk Factors Analysis for Stage I Non-small Cell Lung Cancer, *Medicine (Baltimore)*, 94(32):e1337.
6. Gachechiladze, M., Škarda, J., Skanderova, D., Überall, I., Kolek, V., Smičkova, P.,... & Joerger, M. (2020). Prognostic value of tumor-infiltrating lymphocytes (TILs) and their association with PD-L1 expression and DNA repair protein RAD51 in patients with resected non-small cell lung carcinoma. *Lung Cancer*, 147, 30-38.
7. Hiraoka, K., Miyamoto, M., Cho, Y., Suzuoki, M., Oshikiri, T., Nakakubo, Y.,... & Kato, H. (2006). Concurrent infiltration by CD8+ T cells and CD4+ T cells is a favourable prognostic factor in non-small-cell lung carcinoma. *British journal of cancer*, 94(2), 275-280.
8. Wang H, Wang Z, Zhang G, et al. (2020), "Driver genes as predictive indicators of brain metastasis in patients with advanced NSCLC: EGFR, ALK, and RET gene mutations", *Cancer Med*, 9 (2), pp. 487-495.
9. Ruffini, E., Asioli, S., Filosso, P. L., Lyberis, P., Bruna, M. C., Macri, L.,... & Oliaro, A. (2009). Clinical significance of tumor-infiltrating lymphocytes in lung neoplasms. *The Annals of thoracic surgery*, 87(2), 365-372.
10. Tokito, T., Azuma, K., Kawahara, A., Ishii, H., Yamada, K., Matsuo, N.,... & Hoshino, T. (2016). Predictive relevance of PD-L1 expression combined with CD8+ TIL density in stage III non-small cell lung cancer patients receiving concurrent chemoradiotherapy. *European journal of cancer*, 55, 7-14.

GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN DI CĂN HẠCH CỔ TIỀM ẨN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAI HẠ HỌNG VÀ THANH QUẢN

Lý Xuân Quang^{1,3}, Trần Thị Hà Phương², Nguyễn Bảo Minh Triết²

TÓM TẮT

Mở đầu: Chẩn đoán chính xác tình trạng di căn hạch cổ là yếu tố then chốt trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gai (UTBMTBG) hạ họng và thanh quản. Mặc dù chụp cắt lớp vi tính (CT) và cộng hưởng từ (MRI) là công cụ chẩn đoán chính, khả năng bỏ sót di căn hạch tiềm ẩn (DCHTA) của chúng vẫn là một thách thức lớn, ảnh hưởng trực tiếp đến quyết định điều trị. **Mục tiêu:** Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và âm của CT và MRI trong chẩn đoán di căn hạch cổ ở bệnh nhân (BN) UTBMTBG hạ họng và thanh quản. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu hồ sơ bệnh án của 78 BN UTBMTBG hạ họng và thanh quản được phẫu thuật và nạo hạch cổ hai bên nhóm

II, III, IV tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh và Bệnh viện Quân y 175 từ 01/2021 đến 06/2025. Kết quả chẩn đoán hình ảnh trước mổ được đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh (GPB) sau mổ.

Kết quả: Khi đánh giá trên từng BN, chẩn đoán di căn hạch (cN+) dựa trên CT/MRI có độ nhạy 85,2%, độ đặc hiệu 86,3%, giá trị tiên đoán dương 82,9% và giá trị tiên đoán âm 88,3%. Khi phân tích trên từng nhóm hạch riêng lẻ (n=468), độ nhạy giảm xuống còn 67,2% trong khi độ đặc hiệu là 96,3%. **Kết luận:** CT và MRI là những công cụ có giá trị cao trong việc xác định tình trạng di căn hạch cổ trên từng BN. Tuy nhiên, các phương tiện này có độ nhạy hạn chế trong việc phát hiện di căn ở từng nhóm hạch riêng lẻ, cho thấy khả năng bỏ sót các ổ di căn tiềm ẩn và khẳng định vai trò của nạo hạch cổ chẩn đoán giai đoạn.

Từ khóa: ung thư hạ họng, ung thư thanh quản, di căn hạch tiềm ẩn, chẩn đoán hình ảnh, CT, MRI.

SUMMARY

THE VALUE OF COMPUTED TOMOGRAPHY AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN DIAGNOSING OCCULT CERVICAL NODE METASTASIS IN PATIENTS WITH SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Quân y 175

³Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: quang.lx@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

HYPOPHARYNX AND LARYNX

Background: Accurate diagnosis of cervical lymph node status is a key factor in treating squamous cell carcinoma (SCC) of the hypopharynx and larynx. Although computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) are the main diagnostic tools, their potential to miss occult lymph node metastases (OLM) remains a major challenge, directly impacting treatment decisions. **Objective:** To evaluate the sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value of CT and MRI in diagnosing cervical lymph node metastasis in patients with hypopharyngeal and laryngeal SCC. **Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted by reviewing medical records of 78 patients with hypopharyngeal and laryngeal SCC who underwent primary tumor resection and bilateral neck dissection of levels II, III, and IV at the University Medical Center HCMC and Military Hospital 175 from January 2021 to June 2025. Preoperative imaging findings were compared with postoperative histopathological results. **Results:** On a per-patient basis, the diagnosis of nodal metastasis (cN) using CT or MRI showed a sensitivity of 85.2%, specificity of 86.3%, positive predictive value of 82.9%, and negative predictive value of 88.3%. On a per-nodal-level basis (n=468), the sensitivity decreased to 67.2% while the specificity was 96.3%. **Conclusion:** CT and MRI are highly valuable tools for determining the overall nodal status at the patient level. However, these modalities have limited sensitivity in detecting metastasis at individual nodal levels, indicating a potential to miss occult metastatic disease and affirming the role of staging neck dissection. **Keywords:** hypopharyngeal cancer, laryngeal cancer, occult metastasis, diagnostic imaging, CT, MRI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gai là loại ung thư thường gặp nhất ở vùng hạ họng và thanh quản, chiếm tỉ lệ trên 90%.¹ Di căn hạch cổ là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất, ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả điều trị và sống còn. Việc đánh giá chính xác giai đoạn hạch (N) trước điều trị không chỉ giúp tiên lượng mà còn là cơ sở để lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính (CT) và cộng hưởng từ (MRI) đóng vai trò trung tâm trong việc đánh giá này.

Tuy nhiên, một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng là sự tồn tại của di căn hạch tiềm ẩn, tức là có di căn trên vi thể nhưng không thể phát hiện qua các dấu hiệu hình ảnh thông thường. Tỉ lệ di căn tiềm ẩn ở nhóm BN được chẩn đoán là cN0 (không có hạch di căn trên lâm sàng) có thể dao động từ 8% đến 41% tùy thuộc vị trí và giai đoạn u nguyên phát.^{2,3} Việc bỏ sót các di căn này có thể dẫn đến điều trị dưới mức, làm tăng nguy cơ tái phát tại vùng và ảnh hưởng xấu đến tiên lượng sống còn của BN.

Do đó, việc hiểu rõ giới hạn và khả năng của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh là vô cùng cấp thiết. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá một cách có hệ thống giá trị của CT và MRI trong việc chẩn đoán di căn hạch cổ nói chung. Bằng cách xác định độ nhạy và độ đặc hiệu của các phương tiện này khi đối chiếu với "tiêu chuẩn vàng" là kết quả GPB, nghiên cứu sẽ làm sáng tỏ khả năng phát hiện cũng như tỉ lệ bỏ sót các di căn hạch, đặc biệt là các trường hợp di căn tiềm ẩn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả, với chọn mẫu thuận tiện.

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu trên hồ sơ bệnh án của 78 BN được chẩn đoán UTBMTBG hạ họng và thanh quản, đã được phẫu thuật cắt u nguyên phát và nạo hạch cổ hai bên (ít nhất các nhóm II, III, IV) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh và Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2025.

• **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** BN có kết quả GPB sau mổ là UTBMTBG, được chụp CT/MRI cổ trước mổ, và kết quả GPB hạch được đọc riêng theo từng nhóm.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** Tiền sử phẫu thuật/xạ trị vùng cổ, ung thư thứ phát vùng đầu cổ, u lan rộng ra ngoài hạ họng-thanh quản (đáy lưỡi, amidan, thực quản), dấu nhỡ nhóm hạch sai.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Các dữ liệu về lâm sàng, hình ảnh học (CT/MRI) và GPB được thu thập từ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chí chẩn đoán di căn hạch cổ trên CT hoặc MRI (cN+): Dựa trên các tiêu chí được công nhận rộng rãi,^{4,5} một nhóm hạch được xem là di căn nếu có ít nhất một trong các đặc điểm sau:

- Đường kính trục ngắn ≥ 11 mm (nhóm II) hoặc ≥ 10 mm (các nhóm khác).
- Có cụm từ 3 hạch nghi ngờ trở lên mà mỗi hạch có đường kính trục ngắn ≥ 9 mm (nhóm II) hoặc ≥ 8 mm (các nhóm khác).
- Hoại tử trung tâm.
- Dấu hiệu xâm lấn ngoài vỏ bao (bờ không đều, bờ khó phân biệt, thâm nhiễm mô mỡ hoặc cơ xung quanh).

Đối chiếu tiêu chuẩn vàng: Kết quả chẩn đoán trên hình ảnh học (cN) được so sánh với kết quả GPB hạch sau mổ (pN).

Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS. Các giá trị chẩn đoán được tính toán dựa trên các định nghĩa sau:

• Dương tính thật (True Positive - TP): Chẩn đoán hình ảnh dương tính và GPB dương tính.

- Âm tính thật (True Negative - TN): Chẩn đoán hình ảnh âm tính và GPB âm tính.
 - Dương tính giả (False Positive - FP): Chẩn đoán hình ảnh dương tính nhưng GPB âm tính.
 - Âm tính giả (False Negative - FN): Chẩn đoán hình ảnh âm tính nhưng GPB dương tính.
- Các công thức được áp dụng:
- Độ nhạy (Sensitivity) = $TP / (TP + FN)$
 - Độ đặc hiệu (Specificity) = $TN / (TN + FP)$
 - Giá trị tiên đoán dương (Positive Predictive Value - PPV) = $TP / (TP + FP)$
 - Giá trị tiên đoán âm (Negative Predictive Value - NPV) = $TN / (TN + FN)$
 - Độ chính xác (Accuracy) = $(TP + TN) / (TP + TN + FP + FN)$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Các đặc điểm chính của mẫu được trình bày trong Bảng 1. Đa số BN là nam giới (98,7%), tuổi trung bình 63, và đến ở giai đoạn u tiến triển (T3-T4, 93,6%). 43 BN (55,1%) được chẩn đoán là cN0 trước mổ. Tổng số nhóm hạch (II, III, IV hai bên) được phân tích là 468. Kết quả GPB xác định có 34/78 (43,6%) BN có di căn hạch (pN+).

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng khối u của mẫu nghiên cứu (n=78)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Vị trí u	Thanh quản	51	65,4
	Hạ họng	7	9,0
	Hạ họng và thanh quản	20	25,6
Giai đoạn T	T2	5	6,4
	T3	37	47,4
	T4	36	46,2
Giai đoạn N (lâm sàng)	cN0	43	55,1
	cN+	35	44,9

3.2. Giá trị chẩn đoán trên từng BN. Phân tích được thực hiện trên toàn bộ 78 BN (bao gồm 73 ca chụp CT, 10 ca chụp MRI, trong đó 5 ca chụp cả hai). Khi sử dụng kết quả chẩn đoán hình ảnh tổng hợp (CT/MRI), trong số 34 BN có di căn hạch trên GPB (pN+), chẩn đoán hình ảnh đã phát hiện đúng 29 trường hợp (dương tính thật) và bỏ sót 5 trường hợp (âm tính giả). Trong 44 BN không có di căn (pN-), chẩn đoán hình ảnh xác định đúng 38 trường hợp (âm tính thật) và chẩn đoán sai 6 trường hợp (dương tính giả). Các giá trị chẩn đoán tính từ các số liệu này được trình bày ở Bảng 2.

Bảng 2: Giá trị chẩn đoán của CT/MRI trên từng BN (n=78)

Chỉ số	Giá trị (%)	Khoảng tin cậy 95%
Độ nhạy	85,2	68,9% - 95,0%
Độ đặc hiệu	86,3	72,6% - 94,8%
Giá trị tiên đoán dương	82,9	66,4% - 93,4%
Giá trị tiên đoán âm	88,3	75,0% - 96,0%
Độ chính xác	85,9	76,1% - 92,8%

Chỉ số	Giá trị (%)	Khoảng tin cậy 95%
Độ nhạy	85,3	69,1% - 95,1%
Độ đặc hiệu	87,1	73,2% - 95,4%
Giá trị tiên đoán dương	85,3	69,1% - 95,1%
Giá trị tiên đoán âm	87,2	73,2% - 95,4%
Độ chính xác	86,3	76,4% - 93,0%

Phân tích riêng trên 73 BN chỉ chụp CT cho thấy: 29 dương tính thật, 5 âm tính giả, 34 âm tính thật và 5 dương tính giả. Kết quả này cho ra các giá trị chẩn đoán được trình bày trong Bảng 3.

Bảng 3: Giá trị chẩn đoán của CT đơn thuần trên từng BN (n=73)

Chỉ số	Giá trị (%)	Khoảng tin cậy 95%
Độ nhạy	85,3	69,1% - 95,1%
Độ đặc hiệu	87,1	73,2% - 95,4%
Giá trị tiên đoán dương	85,3	69,1% - 95,1%
Giá trị tiên đoán âm	87,2	73,2% - 95,4%
Độ chính xác	86,3	76,4% - 93,0%

3.3. Giá trị chẩn đoán trên từng nhóm hạch. Khi phân tích sâu hơn trên từng nhóm hạch, tổng số có 468 nhóm được đánh giá bằng CT và MRI phối hợp. Trong 61 nhóm hạch di căn (pN+), chẩn đoán hình ảnh phát hiện đúng 41 nhóm (dương tính thật) và bỏ sót 20 nhóm (âm tính giả). Trong 407 nhóm không di căn (pN-), hình ảnh học chẩn đoán đúng 392 nhóm (âm tính thật) và chẩn đoán sai 15 nhóm (dương tính giả). Các giá trị chẩn đoán được trình bày tại Bảng 4.

Bảng 4: Giá trị chẩn đoán của CT/MRI trên từng nhóm hạch (n=468)

Chỉ số	Giá trị (%)	Khoảng tin cậy 95%
Độ nhạy	67,2	54,0% - 78,5%
Độ đặc hiệu	96,3	94,0% - 97,9%
Giá trị tiên đoán dương	73,2	59,7% - 84,2%
Giá trị tiên đoán âm	95,1	92,6% - 97,0%
Độ chính xác	92,5	89,8% - 94,7%

Phân tích riêng trên 438 nhóm hạch được đánh giá bằng CT đơn thuần cho thấy: 40 dương tính thật, 21 âm tính giả, 363 âm tính thật và 14 dương tính giả. Các giá trị chẩn đoán tương ứng được thể hiện trong Bảng 5.

Bảng 5: Giá trị chẩn đoán của CT đơn thuần trên từng nhóm hạch (n=438)

Chỉ số	Giá trị (%)	Khoảng tin cậy 95%
Độ nhạy	65,6	52,3% - 77,3%
Độ đặc hiệu	96,3	93,9% - 97,9%
Giá trị tiên đoán dương	74,1	60,3% - 85,0%
Giá trị tiên đoán âm	94,5	91,8% - 96,5%
Độ chính xác	92,0	89,2% - 94,3%

3.4. Đặc điểm của các nhóm hạch di căn tiềm ẩn. Trong nghiên cứu, có tổng cộng 20

nhóm hạch được xác định là di căn tiềm ẩn (âm tính trên hình ảnh học nhưng dương tính trên GPB). Các đặc điểm của nhóm hạch này được ghi nhận như sau:

- Kích thước trên CT: Các hạch này có kích thước rất nhỏ. Đường kính trục ngắn trung vị là 6mm (dao động từ 0-10mm), và 95% (19/20) số nhóm có đường kính trục ngắn dưới 10mm.

- Số lượng hạch di căn: Đa số các nhóm chỉ chứa một hạch di căn duy nhất (15/20 nhóm, 75%).

- Xâm lấn ngoài vỏ bao (ENE): Đặc điểm ENE được ghi nhận ở 6/20 nhóm, và tất cả 6 nhóm này đều không có dấu hiệu xâm lấn ngoài vỏ bao (ENE âm tính).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về giá trị chẩn đoán trên từng BN.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, khi đánh giá tình trạng di căn hạch ở tất cả BN, các phương tiện hình ảnh (CT/MRI) có giá trị chẩn đoán cao với độ chính xác chung là 85,9%. Độ nhạy (85,2%) và độ đặc hiệu (86,3%) đều ở mức tốt, cho thấy khả năng xác định đúng tình trạng di căn (N+) và không di căn (N-) là đáng tin cậy. Kết quả này tương đồng với các báo cáo trong nghiên cứu của Van Den Brekel⁵ khi sử dụng các tiêu chí hình thái học tương tự đã báo cáo độ nhạy của CT là 87% và độ đặc hiệu là 94%. Giá trị tiên đoán âm cao trong nghiên cứu của chúng tôi (88,3%) đặc biệt có ý nghĩa, vì nó cho phép các bác sĩ lâm sàng có thể tự tin hơn khi quyết định theo dõi vùng cổ ở những BN được chẩn đoán là cN0. Tuy vậy, vẫn còn 5/43 BN cN0 (11,6%) bị bỏ sót di căn, đây chính là nhóm di căn tiềm ẩn cần được quan tâm.

4.2. Về giá trị chẩn đoán trên từng nhóm hạch. Một phát hiện quan trọng của nghiên cứu là sự sụt giảm đáng kể độ nhạy khi phân tích trên từng nhóm hạch. Độ nhạy của CT và MRI phối hợp chỉ còn 67,2% và của CT đơn thuần là 65,6%. Điều này đồng nghĩa với việc chẩn đoán hình ảnh đã bỏ sót gần 1/3 (20/61) số nhóm hạch thật sự có di căn. Sự khác biệt này phản ánh một thực tế lâm sàng: ở một BN có nhiều hạch di căn, hình ảnh học chỉ cần phát hiện được một hạch là đã có thể xếp BN vào nhóm cN+ một cách chính xác. Tuy nhiên, phương pháp này có thể không phát hiện được các ổ di căn nhỏ hơn ở các nhóm hạch khác, dẫn đến đánh giá không đầy đủ mức độ lan tràn của bệnh và có thể ảnh hưởng đến kế hoạch điều trị, đặc biệt là trong việc hoạch định trường chiếu xạ trị.

20 nhóm hạch bị bỏ sót này chính là các ổ di căn tiềm ẩn, thường là các vi di căn có kích

thước nhỏ và chưa làm thay đổi hình thái của hạch một cách rõ rệt để có thể phát hiện qua các tiêu chí hình ảnh thông thường. Dữ liệu của chúng tôi cho thấy các hạch di căn tiềm ẩn có đường kính trục ngắn trung vị chỉ 6mm, thấp hơn đáng kể so với ngưỡng chẩn đoán tiêu chuẩn (≥ 10 mm).^{4,5} Điều này củng cố khẳng định giới hạn của chẩn đoán hình ảnh trong việc phát hiện di căn sớm và nhấn mạnh vai trò không thể thay thế của nạo hạch cổ trong việc chẩn đoán giai đoạn chính xác. Trong phân tích gộp của tác giả Sun J.Bi⁶, từ 63 nghiên cứu về CT và MRI trong chẩn đoán di căn hạch cổ cho thấy MRI có độ đặc hiệu cao hơn CT trong chẩn đoán di căn ở các nhóm hạch, tuy nhiên cỡ mẫu chụp MRI trong nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế để có thể đưa ra so sánh trực tiếp.

4.3. Về đặc điểm của các nhóm hạch di căn tiềm ẩn. Lời giải thích cho độ nhạy hạn chế của hình ảnh học trên từng nhóm hạch nằm ở chính đặc điểm của 20 nhóm hạch di căn tiềm ẩn bị bỏ sót. Dữ liệu của chúng tôi cho thấy đây là các ổ di căn vi thể, với kích thước trên CT rất nhỏ (đường kính trục ngắn trung vị chỉ 6mm) và thường chỉ chứa một hạch di căn duy nhất (75%). Với kích thước nằm dưới ngưỡng chẩn đoán tiêu chuẩn, các hạch này không biểu hiện các dấu hiệu nghi ngờ kinh điển như hoại tử hay xâm lấn ngoài vỏ bao, do đó đã bị bỏ sót. Điều này tái khẳng định rằng giới hạn của chẩn đoán hình ảnh là mang tính bản chất, do không thể phát hiện được bệnh ở giai đoạn vi thể trước khi nó gây ra những thay đổi hình thái đủ lớn. Hơn nữa, sự khác biệt giữa kích thước đo được trên hình ảnh học và kích thước thật trên GPB cũng góp phần vào việc bỏ sót này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có trường hợp hạch di căn tiềm ẩn được đo 7mm trên CT nhưng lại có kích thước đến 18mm trên bệnh phẩm. Sự chênh lệch này đã được ghi nhận trong y văn; Friedman⁷ báo cáo kích thước hạch trên GPB có thể lớn hơn đến 24% so với trên CT, trong khi Van Den Brekel⁵ cũng ghi nhận sự dao động kích thước có thể từ -11% đến +22%. Sự không tương xứng này, kết hợp với kích thước vốn đã nhỏ của các ổ di căn tiềm ẩn, lý giải tại sao các tiêu chí chẩn đoán hiện hành vẫn còn nhiều hạn chế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá giá trị của CT và MRI trong chẩn đoán di căn hạch cổ từ ung thư biểu mô hạ họng-thanh quản. Khi phân tích trên từng bệnh nhân, cả CT đơn thuần và phối hợp với MRI đều cho độ chính xác cao (tương ứng 86,3% và 85,9%). Tuy nhiên, khi phân tích chi

tiết trên từng nhóm hạch, độ nhạy của cả hai phương pháp đều giảm rõ rệt (xuống ~65-67%), mặc dù độ đặc hiệu vẫn rất cao (>96%). Kết quả này khẳng định giá trị của chẩn đoán hình ảnh trong đánh giá tổng thể, nhưng đồng thời cảnh báo về nguy cơ bỏ sót các tổn thương di căn hạch nhỏ khi phân tích khu trú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **B. Armstrong William, E. Vokes David, Tjoo T, et al.** Malignant Tumors of the Larynx. In: W. Flint Paul, W. Francis Howard, H. Haughey Bruce, editors. Cummings Otolaryngology–Head And Neck Surgery. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021. p. 1564–1595.
2. **Sanabria A, Shah JP, Medina JE, et al.** Incidence of occult lymph node metastasis in primary larynx squamous cell carcinoma, by subsite, t classification and neck level: A systematic review. *Cancers (Basel)*. 2020.
3. **Shah JP, Shaha AR, Spiro RH, et al.** Carcinoma of the hypopharynx. *The American Journal of Surgery*. 1976;132(4):439–443.
4. **Steinkamp HJ, Cornehl M, Hosten N, et al.** Cervical lymphadenopathy: Ratio of long- to short-axis diameter as a predictor of malignancy. *British Journal of Radiology*. 1995;68(807).
5. **Van Den Brekel MWM, Stel H V., Castelijns JA, et al.** Cervical lymph node metastasis: Assessment of radiologic criteria. *Radiology*. 1990;177(2).
6. **Sun J, Li B, Li CJ, et al.** Computed tomography versus magnetic resonance imaging for diagnosing cervical lymph node metastasis of head and neck cancer: A systematic review and meta-analysis. *Oncotargets Ther*. 2015.
7. **Friedman M, Mafee MF, Pacella BL, et al.** Rationale for elective neck dissection in 1990. *Laryngoscope*. 1990;100(1).

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ẢNH HƯỞNG CỦA TIỂU KHÔNG TỰ CHỦ ĐẾN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở NGƯỜI BỆNH PARKINSON

Nguyễn Thị Thu Trang¹, Nguyễn Thị Tuyết Ngân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ ảnh hưởng của tiểu không tự chủ (TKTC) đến chất lượng cuộc sống (CLCS) ở người bệnh Parkinson. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 100 bệnh nhân Parkinson có đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nhóm nghiên cứu, đang điều trị tại Bệnh viện Lão khoa trung ương từ tháng 08/2019 đến tháng 6/2020. Người bệnh được chẩn đoán Parkinson theo tiêu chuẩn của Ngân hàng não Hội Parkinson Vương quốc Anh (UKPDSBB/ United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain bank) năm 1992, phân loại giai đoạn Parkinson theo Hoehn và Yahr và đánh giá tình trạng tiểu không tự chủ bằng thang điểm đánh giá chức năng đường tiểu dưới AUA- SI (American Urological Association Symptom Index) đánh giá tình trạng tiểu không tự chủ, trong đó sử dụng câu hỏi số 8 để đánh giá về chất lượng cuộc sống của người bệnh khi có các triệu chứng của tiểu không tự chủ. **Kết quả:** Tiểu không tự chủ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh Parkinson trong đó tiểu không hết giảm 34 lần OR= 95% CI (9,8-117,6), tiểu nhiều lần giảm 28 lần OR= 95% CI (8,7- 89,3), tiểu ngắt quãng giảm 16 lần OR= 95% CI (5,4- 49,8), tiểu gấp giảm 35 lần OR= 95% CI (7,6- 163,3), dòng tiểu yếu giảm 17 lần OR= 95% CI (3,3- 87,5), tiểu khó giảm 20 lần OR= 95% CI (6,7- 60,4), tiểu đêm

giảm 17 lần OR= 95% CI (5,7- 49,2). **Kết luận:** Có sự ảnh hưởng khác biệt giữa các mức độ nặng của TKTC đến CLCS người bệnh Parkinson. Trong đó tiểu nhiều lần và tiểu gấp gây ảnh hưởng nặng nhất đến chất lượng cuộc sống người bệnh.

Từ khóa: Tiểu không tự chủ; chất lượng cuộc sống, bệnh Parkinson, phục hồi chức năng.

SUMMARY

EVALUATION OF THE IMPACT OF URINARY INCONTINENCE ON QUALITY OF LIFE IN PARKINSON'S DISEASE PATIENTS

Objective: To evaluate the impact of urinary incontinence on the quality of life in Parkinson's disease patients. **Methods:** This study included 100 Parkinson's disease patients who met the selection criteria and were undergoing treatment at the National Geriatric Hospital from August 2019 to June 2020. Patients were diagnosed with Parkinson's disease according to the 1992 United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank (UKPDSBB) criteria, classified by Hoehn and Yahr stages, and evaluated for urinary incontinence using the American Urological Association Symptom Index (AUA-SI). Question 8 of the AUA-SI was specifically used to assess the patient's quality of life in the presence of urinary incontinence symptoms. **Results:** Urinary incontinence significantly affected the quality of life in Parkinson's disease patients. Specifically: Incomplete emptying: Reduced quality of life 34-fold (OR = 34; 95% CI: 9.8-117.6); Frequent urination: Reduced quality of life 28-fold (OR = 28; 95% CI: 8.7-89.3); Intermittent urination: Reduced quality of life 16-fold (OR = 16; 95% CI: 5.4-49.8); Urgency: Reduced quality of life 35-fold (OR = 35; 95% CI: 7.6-163.3);

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Trang

Email: thutrang.ntt.2211@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025