

đặc trưng và quan trọng trong sốc Dengue.³

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhi mắc SXHD có chỉ định bù dịch gặp nhiều nhất ở lứa tuổi >5 - <13 tuổi; Triệu chứng hay gặp nhất là Sốt (89,7%), sau đó là đau bụng (40,4%), nôn (34,6%). Xuất huyết niêm mạc gặp ở 13,2% trong đó hay gặp nhất là chảy máu mũi. Triệu chứng mạch nhanh, huyết áp giảm ít gặp. 17,6% trường hợp có tiểu cầu giảm dưới 30G/l; Siêu âm thấy dịch tự do ổ bụng, khoang màng phổi. Do vậy, cần kết hợp giữa lâm sàng và xét nghiệm để chỉ định truyền dịch phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Overt Dengue: 2760/QĐ-BYT, ngày 04 tháng 7 năm 2023. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue.
- Nguyễn Huy Luân, Phan Tứ Quý.** Đặc điểm tổn thương các cơ quan và điều trị bệnh nhi mắc sốt xuất huyết DENGUE có dấu hiệu cảnh báo và sốt xuất huyết DENGUE nặng tại bệnh viện bệnh nhiệt đới. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2022;26
- Nguyễn Trần Ngọc Hiếu và cs.** Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng liên quan mức độ nặng của bệnh nhân từ 1 tháng đến 15 tuổi mắc sốt xuất huyết DENGUE. Tạp chí Y dược học quân sự. 2023;48 (4). <https://jmpm.vn/index.php/>

- [jmpm/article/view/310](https://jmpm.vn/index.php/)
- Trần Quang Khải, Nguyễn Minh Phương.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến khả năng vào sốc của sốt xuất huyết dengue ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2023-2024. Tạp chí Y dược học Cần Thơ. 2024;81 (2024). DOI: 10.58490/ctump.2024i81.2705
 - Sukriti Mishra RA, Ayush Khare et al.** Clinic-Epidemiological Profile of Dengue in Children of Age Group 0-14 Years Admitted in a Tertiary Care Hospital. Cureus. 2025;17(6):e87027. doi: 10.7759/cureus.87027
 - Long KS.** Nghiên cứu dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng sốt Dengue/ sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn thạc sĩ chuyên ngành Nhi. 2010; Hà Nội, 2010, Đại học Y Hà Nội
 - Abdullah Saeed Khan, Enayetur Raheem, et al.** Clinical spectrum and predictors of severity of dengue among children in 2019 outbreak: a multicenter hospital-based study in Bangladesh. BMC Pediatrics. 2021;21(1):478. doi: 10.1186/s12887-021-02947-y
 - Nguyễn Đình Qui, Trần Diệp Tuấn et al.** Sốc và hội chứng sốc ở trẻ sốt xuất huyết dengue nặng tại Bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2013-2015. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2017;21 (4)
 - Đỗ Duy Thanh, Nguyễn Đình Tuyển.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhi mắc sốt xuất huyết Dengue có tổn thương gan điều trị tại Bệnh viện sản nhi tỉnh Quảng Ngãi. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;525 (18)

KHẢO SÁT TỈ LỆ VÀ ĐẶC ĐIỂM DI CĂN HẠCH TIỀM ẨN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAI HẠ HỌNG VÀ THANH QUẢN

Lý Xuân Quang^{1,3}, Trần Thị Hà Phương²

TÓM TẮT

Mở đầu: Việc xử trí hạch cổ ở bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tế bào gai (UTBMTBG) hạ họng và thanh quản giai đoạn cN0 (chưa phát hiện di căn hạch trên lâm sàng) vẫn còn nhiều tranh cãi. Quyết định điều trị dự phòng phụ thuộc vào nguy cơ di căn hạch tiềm ẩn (DCHTA), nhưng tỉ lệ này tại TP. Hồ Chí Minh chưa được nghiên cứu rõ. **Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ DCHTA trên BN UTBMTBG hạ họng và thanh quản cN0 và xác định các nhóm hạch có nguy cơ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu hồ sơ 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. Phân tích DCHTA được thực hiện trên 43 BN cN0. **Kết quả:** Tỉ lệ DCHTA chung là 11,6% (5/43). Tỉ lệ DCHTA cùng bên là 9,3% và đối bên là 2,3% ($p>0,05$). DCHTA được ghi nhận ở nhóm hạch II cùng bên (4,7%), III cùng bên (4,7%) và II đối bên (2,3%). Không ghi nhận DCHTA ở nhóm IV. **Kết luận:** Tỉ lệ DCHTA ở BN UTBMTBG hạ họng - thanh quản giai đoạn cN0 là 11,6%, với di căn chủ yếu ở hạch nhóm II và III cùng bên. Nguy cơ DCHTA đối bên thấp (2,3%) ở nhóm cN0, nhưng tăng lên đáng kể khi hạch cùng bên có di căn trên lâm sàng. Không ghi nhận DCHTA ở nhóm hạch IV trong nghiên cứu này.

Từ khóa: ung thư hạ họng, ung thư thanh quản, di căn hạch tiềm ẩn, nạo hạch cổ.

SUMMARY

A SURVEY ON THE RATE AND CHARACTERISTICS OF OCCULT NODE METASTASIS IN PATIENTS WITH SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE HYPOPHARYNX AND LARYNX

Background: The management of the clinically node-negative (cN0) neck in squamous cell carcinoma

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: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

(SCC) of the hypopharynx and larynx remains controversial. The decision for elective treatment depends on the risk of occult lymph node metastasis (OLM), but this rate is not well-documented in Ho Chi Minh City. **Objective:** To survey the rate of OLM in patients with cN0 hypopharyngeal and laryngeal SCC, and to identify at-risk nodal groups. **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. OLM analysis was performed on a subgroup of 43 cN0 patients. **Results:** The overall OLM rate was 11.6% (5/43). The ipsilateral OLM rate was 9.3%, and the contralateral rate was 2.3% ($p > 0.05$). OLM was found in level II ipsilateral (4.7%), level III ipsilateral (4.7%), and level II contralateral (2.3%). No OLM was detected in level IV. **Conclusion:** The OLM rate in cN0 patients with hypopharyngeal and laryngeal SCC was 11.6%, with metastases predominantly occurring in ipsilateral levels II and III. The risk of contralateral OLM was low (2.3%) in the cN0 group but increased significantly when the ipsilateral neck was clinically positive. No OLM was observed in level IV in this study. **Keywords:** hypopharyngeal cancer, laryngeal cancer, occult metastasis, neck dissection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gai (UTBMTBG) 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. Đặc biệt, việc xử trí vùng cổ ở những BN không có bằng chứng di căn hạch trên lâm sàng (cN0) vẫn là một thách thức. Quyết định lâm sàng thường dao động giữa hai lựa chọn: theo dõi sát hoặc can thiệp điều trị dự phòng bằng phẫu thuật nạo hạch cổ hoặc xạ trị.

Theo các khuyến cáo, điều trị dự phòng được chỉ định khi nguy cơ DCHTA – tức là có di căn trên vi thể dù lâm sàng âm tính – vượt quá ngưỡng 15-20%.² Các nghiên cứu đã cho thấy tỉ lệ DCHTA rất thay đổi tùy thuộc vào vị trí và giai đoạn của khối u. Một khảo cứu hệ thống của Sanabria³ ghi nhận tỉ lệ DCHTA là 19,9% đối với ung thư thượng thanh môn và 8,0% đối với ung thư thanh môn. Các di căn này chủ yếu được tìm thấy ở các nhóm hạch II và III, ít hơn với nhóm IV và V.⁴

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã khảo sát về đặc điểm di căn hạch chung trong ung thư hạ họng và thanh quản,⁵ tuy nhiên số liệu về tỉ lệ DCHTA chính xác trên nhóm BN cN0 còn hạn chế. Việc thiếu dữ liệu thực tế gây khó khăn cho việc xây dựng phác đồ điều trị tối ưu. Vì vậy,

chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Khảo sát tỉ lệ DCHTA và xác định các nhóm hạch nguy cơ ở BN UTBMTBG hạ họng và thanh quản giai đoạn cN0".

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 các 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. Phân tích DCHTA được thực hiện trên 43 BN có chẩn đoán cN0.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN có kết quả giải phẫu bệnh (GPB) sau mổ là UTBMTBG, được chụp CT hoặc 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), dân nhân nhóm hạch sai.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Các biến số về đặc điểm BN, khối u, và hạch cổ được thu thập từ hồ sơ bệnh án.

Định nghĩa biến số chính:

- Đặc điểm khối u: Vị trí (hạ họng, thanh quản, hoặc cả hai), giai đoạn T (theo AJCC 8th), độ biệt hóa (rõ, trung bình, kém), xâm lấn quanh thần kinh (PNI), xâm lấn mạch máu - bạch huyết (LVI).

- Hạch cổ di căn trên lâm sàng (cN+): Nhóm hạch có một trong các đặc điểm sau trên CT/MRI: đường kính trục ngắn ≥ 11 mm (nhóm II) hoặc ≥ 10 mm (nhóm khác), có cụm ≥ 3 hạch nghi ngờ, hoại tử trung tâm, hoặc có dấu hiệu xâm lấn ngoài vỏ bao.

- Di căn hạch trên GPB (pN+): Có tế bào ung thư trong mẫu hạch trên kết quả GPB.

- DCHTA: xác định khi có pN(+) và cN(-).

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ. Phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher được sử dụng để so sánh các tỉ lệ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Tuổi trung bình là 63, nam giới chiếm đa số (98,7%). Khối u tại thanh quản chiếm 65,4%. Đa số BN đến ở giai đoạn muộn (T3: 47,4%; T4: 46,2%).

3.2. Đặc điểm di căn hạch chung. Tỉ lệ di căn hạch trên GPB (pN+) chung là 43,6% (34/78),

trong đó di căn hạch cùng bên là 39,7% và đối bên là 17,9%. Các nhóm hạch di căn thường gặp nhất là nhóm II và III cùng bên (cùng 25,6%), tiếp theo là nhóm II đối bên (15,4%). Sự phân bố chi tiết được trình bày ở Bảng 1.

Bảng 1: Phân bố các nhóm hạch di căn trên GPB (n=78)

Nhóm hạch		Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
Cùng bên	Nhóm II	20	25,6%
	Nhóm III	20	25,6%
	Nhóm IV	2	2,6%
Đối bên	Nhóm II	12	15,4%
	Nhóm III	5	6,4%
	Nhóm IV	2	2,6%

Tỉ lệ di căn hạch đối bên ở nhóm có hạch cùng bên dương tính lâm sàng là 18,2%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với chỉ 2,2% ở nhóm không có (p=0,038) (Bảng 2). Nguy cơ di căn hạch đối bên tăng lên gấp 8,18 lần (RR=8,18) nếu hạch cùng bên dương tính trên lâm sàng.

Bảng 2: Di căn hạch đối bên (GPB) và tình trạng hạch cùng bên (lâm sàng)

		Di căn GPB hạch đối bên		
		Không	Có	Tổng
Hạch lâm sàng cùng bên	Không di căn	44(97,8%)	1(2,2%)	45(100%)
	Di căn	27(81,8%)	6(18,2%)	33(100%)
	Tổng	71(91,0%)	7(9,0%)	78(100%)

Tỉ lệ di căn hạch (pN+) cũng có liên quan mật thiết với vị trí khối u nguyên phát và tình trạng xâm lấn mạch bạch huyết (LVI). Hồi quy logistic cho thấy có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa di căn hạch pN(+) và vị trí khối u (p=0,007). Cụ thể, khối u ở hạ họng và hạ họng - thanh quản có tỉ lệ di căn cao hơn đáng kể so với khối u chỉ ở thanh quản (Bảng 3). Tương tự, tỉ lệ di căn ở nhóm LVI dương tính là 77,8%, cao hơn có ý nghĩa so với 34,6% ở nhóm LVI âm tính (p=0,0498). Trong khi đó, giai đoạn T và độ biệt hóa của khối u không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng di căn hạch trong nghiên cứu này.

Bảng 3: Đặc điểm 5 BN có DCHTA

Số thứ tự trong nghiên cứu	Giai đoạn T	Độ biệt hóa	Vị trí khối u	PNI	LVI	Nhóm hạch di căn
29	T3	Kém	Thanh môn và hạ thanh môn	Âm	Dương	Nhóm III cùng bên
30	T3	Rõ	Xoang lê trái, sụn phổi 2 bên	-	-	Nhóm II đối bên
34	T3	Vừa	3 tầng thanh quản	Âm	Âm	Nhóm II cùng bên
43	T2	Kém	Thanh thiệt	Dương	Âm	Nhóm II cùng bên
51	T3	Vừa	Dây thanh phải	-	-	Nhóm III cùng bên

(-): không có dữ liệu

Bảng 3: Tỉ lệ di căn hạch trên GPB (pN+) theo vị trí khối u

Vị trí khối u	Số ca (n)	Số ca pN+ (n)	Tỉ lệ pN+ (%)
Thanh quản	51	16	31,4
Hạ họng	7	5	71,4
Hạ họng và thanh quản	20	13	65,0

3.3. Phân tích DCHTA trên nhóm cN0 (n=43). Trong 43 BN cN0, tỉ lệ DCHTA chung là 11,6% (5 BN). Tỉ lệ DCHTA cùng bên là 9,3%, và đối bên là 2,3% (p=0,375).

Phân tích theo giai đoạn T cho thấy tỉ lệ DCHTA cao nhất ở nhóm T2 (50%, 1/2), tiếp theo là nhóm T3 (17,4%, 4/23) và không ghi nhận trường hợp nào ở nhóm T4 (0/18). Về vị trí DCHTA, di căn được tìm thấy ở nhóm II cùng bên (4,7%), nhóm III cùng bên (4,7%) và nhóm II đối bên (2,3%). Không có trường hợp DCHTA nào ở nhóm III, IV đối bên và nhóm IV cùng bên.

Một phân tích sâu hơn cho thấy nguy cơ DCHTA đối bên có liên quan mật thiết đến tình trạng hạch cùng bên trên lâm sàng. Cụ thể, ở những BN có hạch cùng bên dương tính trên lâm sàng, tỉ lệ DCHTA đối bên là 22,2%, cao hơn đáng kể so với chỉ 2,3% ở nhóm có hạch cùng bên âm tính (p=0,011) (Bảng 4). Điều này tương đương với nguy cơ DCHTA đối bên tăng lên gấp 9,65 lần (RR=9,65) nếu hạch cùng bên đã có di căn trên lâm sàng.

Bảng 4: DCHTA đối bên và tình trạng hạch cùng bên (lâm sàng)

		DCHTA đối bên		
		Không	Có	Tổng
Hạch lâm sàng cùng bên	Không di căn	42(97,7%)	1(2,3%)	43(100%)
	Di căn	21(77,8%)	6(22,2%)	27(100%)
	Tổng	63(90,0%)	7(10,0%)	70(100%)

Tất cả 5 BN có DCHTA đều chỉ có di căn ở một nhóm hạch duy nhất. Bốn trong số năm BN này có ít nhất một đặc điểm nguy cơ cao như u biệt hóa kém, u ở thượng thanh môn, u lan 3 tầng thanh quản, hoặc LVI dương tính (Bảng 5).

Phân tích trên nhóm hạch (n=412): Khi phân tích trên từng nhóm hạch, trong tổng số 412 nhóm hạch được chẩn đoán âm tính trên lâm sàng, có 20 nhóm (4,9%) được phát hiện có DCHTA trên GPB. Các nhóm hạch này có đặc điểm kích thước rất nhỏ trên CT, với đường kính trục ngắn trung vị là 6mm (dao động 0-10mm); 95% (19/20) số nhóm có đường kính trục ngắn dưới 10mm. Đa số các nhóm chỉ chứa một hạch di căn duy nhất (15/20 nhóm). Không có trường hợp nào ghi nhận xâm lấn ngoài vỏ bao (ENE+) trong 6 nhóm DCHTA có đặc điểm này.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: Các đặc điểm dịch tễ của mẫu nghiên cứu như tuổi trung bình 63, nam giới chiếm ưu thế tuyệt đối (98,7%) và tỉ lệ cao BN đến ở giai đoạn muộn (T3, T4 chiếm 93,6%) là tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước về UTBMTBG hạ họng và thanh quản. Điều này phản ánh thực trạng chung của bệnh lý này tại Việt Nam, thường được phát hiện trễ, khi khối u đã xâm lấn rộng.

4.2. Đặc điểm di căn hạch chung. Tỉ lệ di căn hạch trên GPB (pN+) của toàn mẫu là 43,6%, một con số đáng kể, khẳng định tầm quan trọng của việc đánh giá và xử trí hạch cổ. Tỉ lệ này tương đồng với các nghiên cứu của Trần Long Giang⁶ (38,9%) và cao hơn của Trần Phan Chung Thủy⁷ (30,2%). Sự khác biệt có thể do cỡ mẫu và tiêu chí chọn bệnh. Phù hợp với y văn, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ di căn cao hơn rõ rệt ở các khối u xuất phát từ hạ họng (71,4%) so với thanh quản (31,4%), do cấu trúc bạch huyết phong phú của vùng hạ họng.

Một phát hiện quan trọng là nguy cơ di căn hạch đối bên tăng lên gấp 8,18 lần khi hạch cùng bên đã dương tính trên lâm sàng (18,2% so với 2,2%). Kết quả này cung cấp một bằng chứng mạnh mẽ, giúp định hướng chiến lược điều trị: trong khi có thể cân nhắc theo dõi cổ đối bên ở BN cN0, việc nạo hạch cổ hai bên gần như là bắt buộc đối với BN cN+. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Xu Y⁸, khi báo cáo trên 206 BN, tỉ lệ di căn đối bên (25,5%) cũng chỉ được ghi nhận ở những BN đã có di căn hạch cùng bên.

Về phân bố, di căn chủ yếu tập trung ở nhóm II và III, là các trạm dẫn lưu bạch huyết chính của hạ họng - thanh quản, phù hợp với các nghiên cứu kinh điển.⁴ Tỉ lệ di căn nhóm IV rất thấp (2,6%), gợi ý vai trò hạn chế của việc nạo hạch nhóm này trong bối cảnh nạo hạch dự phòng.

4.3. DCHTA trên nhóm cN0. Phát hiện

trung tâm của nghiên cứu là tỉ lệ DCHTA chung ở nhóm cN0 là 11,6%. Con số này nằm dưới ngưỡng 15-20% mà y văn thường xem là mốc để chỉ định nạo hạch cổ dự phòng thường quy.² Điều này gợi ý rằng một chiến lược cá thể hóa, dựa trên các yếu tố nguy cơ khác, có thể phù hợp hơn là nạo hạch cổ hàng loạt cho tất cả BN cN0. Tỉ lệ này của chúng tôi gần với báo cáo của Sanabria³ trong một phân tích gộp lớn, ghi nhận tỉ lệ DCHTA là 19,9% cho ung thư thượng thanh môn và 8,0% cho ung thư thanh môn.

Phân tích sâu hơn cho thấy DCHTA chỉ xảy ra ở nhóm II và III. Việc không có trường hợp nào di căn tiềm ẩn ở nhóm IV củng cố thêm luận điểm rằng có thể bỏ qua nhóm IV khi thực hiện nạo hạch cổ dự phòng chọn lọc ở BN cN0. Kết quả này tương đồng với Sanabria³, ghi nhận tỉ lệ DCHTA ở nhóm IV chỉ là 2,0% và khuyến cáo không nên đưa nhóm IV vào nạo hạch dự phòng thường quy cho ung thư thượng thanh môn.

Nguy cơ DCHTA đối bên ở nhóm cN0 rất thấp (2,3%), chỉ xảy ra ở một BN có khối u lan qua đường giữa. Tỉ lệ này phù hợp với các báo cáo trong y văn cho các khối u thanh quản giai đoạn sớm và khu trú một bên, với nguy cơ di căn đối bên thường được ghi nhận là rất thấp (dưới 5%). Kết quả này ủng hộ mạnh mẽ cho chiến lược theo dõi hoặc chỉ nạo hạch dự phòng một bên đối với các khối u khu trú không vượt qua đường giữa, một hướng tiếp cận đã được nhiều tác giả khuyến nghị cho các khối u có nguy cơ di căn đối bên thấp. Thêm vào đó, nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng nguy cơ DCHTA đối bên tăng lên gần 10 lần (RR=9,65) khi hạch cùng bên đã dương tính trên lâm sàng, cung cấp thêm một chỉ dấu quan trọng để quyết định nạo hạch cổ hai bên.

Một điểm quan trọng khác là các hạch có DCHTA thường có kích thước rất nhỏ trên hình ảnh học, với đường kính trục ngắn trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ là 6mm. Kích thước nhỏ này là thách thức lớn đối với các tiêu chuẩn chẩn đoán dựa trên hình ảnh học, vì y văn đã ghi nhận các hạch di căn vi thể thường không biểu hiện các dấu hiệu nghi ngờ kinh điển như hoại tử trung tâm hay hình dạng tròn. Điều này giải thích cho độ nhạy còn hạn chế của CT/MRI trong việc phát hiện di căn vi thể và củng cố vai trò của nạo hạch cổ chẩn đoán giai đoạn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 43 bệnh nhân ung thư hạ họng-thanh quản giai đoạn cN0 ghi nhận tỉ lệ di căn hạch cổ tiềm ẩn (DCHTA) là 11,6%, chủ yếu ở nhóm hạch II và III. Tình trạng di căn (pN+)

có liên quan đến vị trí u (cao hơn ở hạ họng) và xâm lấn mạch bạch huyết (LVI). Đáng chú ý, sự hiện diện của hạch di căn cùng bên trên lâm sàng làm tăng nguy cơ di căn đối bên lên gấp 8,18 lần, và nguy cơ DCHTA đối bên tăng gấp 9,65 lần, nhấn mạnh sự cần thiết phải đánh giá kỹ lưỡng cổ đối bên ở nhóm bệnh nhân này.

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. **Ryan Case, Karen T. Pitman.** Controversies in Management of the NO Neck in Squamous Cell Carcinoma of the Upper Aerodigestive Tract. In: JONAS T. JOHNSON, CLARK A. ROSEN, editors. Bailey's Head and Neck Surgery - OTOLARYNGOLOGY. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. p. 1839–1848.
3. **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.
4. **Vincent Grégoire, Nancy Lee, Marc Hamoir, et al.** Radiation Therapy and Management of the Cervical Lymph Nodes and Malignant Skull Base Tumors. In: Paul W. Flint, Howard W. Francis, Bruce H. Haughey, et al., editors. Cummings Otolaryngology–Head And Neck Surgery. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021. p. 1786–1805.
 5. **Lê Văn Hải.** Khảo sát hạch cổ trong ung thư thanh quản có nạo vét hạch tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh [Luận văn thạc sĩ y học]. Đại học Y Dược TP.HCM; 2023.
 6. **Trần Long Giang.** Khảo sát di căn hạch nhóm II-III-IV trong ung thư thanh quản tại bệnh viện Chợ Rẫy [Luận văn thạc sĩ y học]. Đại học Y Dược TP.HCM; 2016.
 7. **Phan Chung Thủy.** Góp phần nghiên cứu hạch cổ trong ung thư thanh quản tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy [Luận văn chuyên khoa II]. Đại học Y Dược TP.HCM; 2000.
 8. **Xu Y, Zhang Y, Xu Z, et al.** Patterns of Cervical Lymph Node Metastasis in Locally Advanced Supraglottic Squamous Cell Carcinoma: Implications for Neck CTV Delineation. Front Oncol. 2020;10.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NHIỄM TRÙNG CỔ SÂU PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE CỔ TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ 2023 ĐẾN 2025

Ngô Văn Công^{1,2}, Trần Huyền Bảo Nhi², Lương Hữu Đăng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và vi sinh của bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu được phẫu thuật dẫn lưu tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 209 bệnh nhân ≥ 16 tuổi, được chẩn đoán nhiễm trùng cổ sâu và phẫu thuật dẫn lưu tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 12/2023 đến 06/2025. Các dữ liệu được thu thập gồm: đặc điểm dịch tễ, bệnh lý kèm theo, nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, hình ảnh CT-scan, phương pháp phẫu thuật và thời gian nằm viện. **Kết quả:** Tuổi trung vị bệnh nhân là 57,0, nam giới chiếm đa số. Phần lớn bệnh nhân đến từ các tỉnh ngoài Thành phố Hồ Chí Minh, trong đó đa số có ít nhất một bệnh lý nền, thường gặp nhất là đái tháo đường và tăng huyết áp. Nguyên nhân phổ biến nhất là nhiễm trùng răng. Triệu chứng điển hình gồm đau, sưng và đỏ. Tồn thương thường gặp ở khoang dưới hàm, một số trường hợp lan xuống

trung thất. Áp xe chiếm tỉ lệ cao nhất, viêm cân mạc hoại tử ghi nhận gần 15%. Trên CT-scan, tụ dịch, thâm nhiễm mỡ và bắt thuốc viền thường gặp; khí trong tổn thương phát hiện ở khoảng một phần ba trường hợp. Đường phẫu thuật thường dùng nhất là mở cạnh cổ. Thời gian nằm viện trung vị là 7 ngày. **Kết luận:** Nhiễm trùng cổ sâu là bệnh lý nặng, thường gặp ở nam giới trung niên và người cao tuổi, có liên quan chặt chẽ đến bệnh mạn tính, đặc biệt là đái tháo đường và tăng huyết áp. Việc nhận diện sớm triệu chứng lâm sàng, nguyên nhân và đặc điểm hình ảnh có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán, tiên lượng và lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp.

Từ khóa: Nhiễm trùng cổ sâu, phẫu thuật dẫn lưu áp xe

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DEEP NECK INFECTIONS UNDERGOING SURGICAL DRAINAGE OF CERVICAL ABSCESSSES AT THE DEPARTMENT OF OTORHINOLARYNGOLOGY, CHO RAY HOSPITAL, 2023–2025

Objective: To investigate the epidemiological, clinical, radiological, and microbiological characteristics of patients with deep neck infections (DNI) who underwent surgical drainage at Cho Ray Hospital.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lương Hữu Đăng

Email: luonghuudang167@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025