

chặt với thể tích mỡ nội tạng đo bằng CT bụng - tiêu chuẩn vàng đánh giá mỡ nội tạng. Trong nghiên cứu hiện tại, tại điểm cắt BRI  $\geq 6,1$ , độ nhạy đạt 78,3% và độ đặc hiệu 71,9% - cân bằng tốt hơn so với các điểm cắt của BMI hay WHR, cho thấy BRI có khả năng sàng lọc lâm sàng thực tế. Điểm mạnh của BRI và WHtR là chúng chỉ yêu cầu hai phép đo đơn giản (vòng eo và chiều cao), không cần thiết bị đặc biệt, dễ thực hiện trong điều kiện thực hành cộng đồng lẫn bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu gợi ý rằng trong thực hành quản lý bệnh nhân đái tháo đường type 2 thừa cân, béo phì, bệnh nhân nên được đo thường quy vòng eo và chiều cao để tính WHtR và BRI, thay vì chỉ dựa vào BMI. Tuy nhiên nghiên cứu có một số hạn chế cần lưu ý: thiết kế cắt ngang không cho phép xác lập quan hệ nhân quả; cỡ mẫu 78 bệnh nhân tại một cơ sở đơn lẻ làm giới hạn tính đại diện; một số yếu tố nhiễu như chế độ ăn uống, mức độ vận động thể lực và tuân thủ điều trị chưa được thu thập và kiểm soát đầy đủ.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 78 bệnh nhân đái tháo đường type 2 có thừa cân, béo phì tại Bệnh viện Quân y 103, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ kiểm soát đường huyết kém là 59,0%. Trong số năm chỉ số nhân trắc khảo sát, BRI và WHtR có giá trị dự đoán cao nhất đối với HbA1c  $\geq 7,0\%$  (AUC lần lượt là 0,789 và 0,782) và là những yếu tố liên quan độc lập sau hiệu chỉnh đa biến; trong khi BMI không còn ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến. Các chỉ số BRI (điểm cắt  $\geq 6,1$ ) và

WHtR (điểm cắt  $\geq 0,60$ ) nên được đo thường quy và sử dụng bổ sung cho BMI để nhận diện sớm nguy cơ kiểm soát đường huyết kém ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 thừa cân, béo phì trong thực hành lâm sàng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation** (2021). IDF Diabetes Atlas, 10th edition. Brussels: IDF.
2. **Tran BT, Jeong BY, Oh JK** (2017). The prevalence trend of metabolic syndrome and its components and risk factors in Vietnamese adults: a systematic review. *BMJ Open*, 7: e016840.
3. **Neeland IJ, Ross R, Despres JP, et al.** (2019). Visceral and ectopic fat, atherosclerosis, and cardiometabolic disease: a position statement. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 7(9): 715-725.
4. **WHO Expert Consultation** (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*, 363(9403): 157-163.
5. **Thomas DM, Bredlau C, Bosy-Westphal A, et al.** (2013). Relationships between body roundness with body fat and visceral adipose tissue emerging from a new geometrical model. *Obesity*, 21(11): 2264-2271.
6. **Ashwell M, Gunn P, Gibson S** (2012). Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*, 13(3): 275-286.
7. **Janghorbani M, Aminorroaya A, Amini M** (2017). Comparison of different obesity indices for predicting incident hypertension. *High Blood Press Cardiovasc Prev*, 24(2): 157-166.
8. **Hu FB** (2003). Overweight and obesity in women: health risks and consequences. *J Womens Health*, 12(2): 163-172.
9. **Nathan DM, Kuenen J, Borg R, et al.** (2008). Translating the A1C assay into estimated average glucose values. *Diabetes Care*, 31(8): 1473-1478.

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG CỦA UNG THƯ HẠ HỌNG TẠI BỆNH VIỆN FV THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Minh Phong<sup>1</sup>, Phạm Long Đạo<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

<sup>1</sup> Bệnh viện Quân y 175

<sup>2</sup> Bệnh viện FV - 33 Bến Văn Cấm, phường Tân Hưng Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Phong

Email: drphonglm175@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 29.1.2026

Ngày duyệt bài: 12.3.2026

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân ung thư hạ họng tại Bệnh viện FV Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc, tiến hành trên 57 người bệnh ung thư hạ họng được khám, chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học và điều trị tại bệnh viện FV Thành phố Hồ Chí Minh từ 12/2019 đến 12/2021 theo dõi thời gian sống thêm đến 12/2025. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu gồm 57 bệnh nhân, tuổi trung bình  $59,2 \pm 10,8$ ; nam giới chiếm 89,5%. Tỷ lệ hút thuốc và uống rượu lần lượt là 77,2% và 68,4%. Triệu chứng thường gặp nhất là

nuốt đau/nuốt vướng (80,7%); 66,7% có hạch cổ. U chủ yếu ở xoang lê (71,9%); đa số ở giai đoạn tiến triển (T3-T4: 73,7%; giai đoạn III-IV: 86,0%) và có di căn hạch (68,4%). Điều trị chủ yếu là phẫu thuật kết hợp xạ trị (49,1%) và hóa xạ trị đồng thời (33,3%). Tỷ lệ sống thêm lần lượt là 93,0% (6 tháng), 84,2% (12 tháng), 68,4% (24 tháng), 49,1% (36 tháng) và 14,0% (48 tháng); thời gian sống trung bình  $27,84 \pm 2,18$  tháng. Phân tích Cox cho thấy di căn hạch, giai đoạn III-IV và điều trị không triệt căn là các yếu tố tiên lượng xấu ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Ung thư hạ họng chủ yếu được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, với tỷ lệ di căn hạch cao và tiên lượng sống còn hạn chế. Các yếu tố như giai đoạn u, tình trạng hạch và phương pháp điều trị có ảnh hưởng rõ rệt đến thời gian sống thêm.

**Từ khóa:** Ung thư hạ họng, xoang lê, yếu tố tiên lượng

## ABSTRACT

### CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND PROGNOSTIC FACTORS OF HYPOPHARYNGEAL CANCER AT FV HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and to identify prognostic factors in patients with hypopharyngeal cancer at FV Hospital, Ho Chi Minh City. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive longitudinal study was conducted on 57 patients with histopathologically confirmed hypopharyngeal cancer who were diagnosed and treated at FV Hospital, Ho Chi Minh City, from December 2019 to December 2021, with follow-up for overall survival until December 2025. **Results:** A total of 57 patients were included, with a mean age of  $59.2 \pm 10.8$  years; 89.5% were male. Smoking and alcohol use were reported in 77.2% and 68.4% of patients, respectively. The most common presenting symptom was dysphagia (80.7%), and 66.7% had palpable cervical lymph nodes. Tumors were predominantly located in the pyriform sinus (71.9%). Most patients presented with advanced disease (T3-T4: 73.7%; stage III-IV: 86.0%), with nodal metastasis in 68.4%. The main treatment modalities were surgery combined with radiotherapy (49.1%) and concurrent chemoradiotherapy (33.3%). Overall survival rates were 93.0% at 6 months, 84.2% at 12 months, 68.4% at 24 months, 49.1% at 36 months, and 14.0% at 48 months; the mean survival time was  $27.84 \pm 2.18$  months. Cox regression analysis identified nodal metastasis, stage III-IV, and non-curative treatment as significant adverse prognostic factors ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Hypopharyngeal cancer is predominantly diagnosed at an advanced stage, with a high rate of nodal metastasis and poor survival outcomes. Tumor stage, nodal status, and treatment modality significantly influence overall survival.

**Keywords:** Hypopharyngeal cancer; pyriform sinus; prognostic factors.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng là một loại ung thư hiếm gặp nhưng có tính xâm lấn cao, xuất phát từ

biểu mô lát tầng lót vùng niêm mạc hạ họng [1]. Trên toàn cầu, tỷ lệ mắc ung thư hạ họng chuẩn hóa tính đến năm 2022 theo tuổi là 3,3/100.000 dân, với sự khác biệt đáng kể giữa các khu vực; khu vực Nam Á có tỷ lệ mắc cao nhất, tiếp đến là Đông Âu và Tây Âu [2]. Tiên lượng bệnh phụ thuộc chặt chẽ vào giai đoạn bệnh tại thời điểm chẩn đoán, với tỷ lệ sống sau 5 năm khoảng 60% đối với bệnh giai đoạn sớm nhưng giảm xuống dưới 25% ở giai đoạn tiến triển [3]. Các yếu tố như tình trạng di căn hạch, xâm lấn chu vi thần kinh, xâm lấn mạch máu và bạch huyết đã được chứng minh có liên quan đến tiên lượng xấu [4]. Tại Việt Nam, ung thư hạ họng chiếm một tỷ lệ đáng kể trong các ung thư vùng đầu cổ, nhưng dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và các yếu tố tiên lượng còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân ung thư hạ họng tại Bệnh viện FV Thành phố Hồ Chí Minh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 57 người bệnh ung thư hạ họng được khám, chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học và điều trị tại bệnh viện FV Thành phố Hồ Chí Minh từ 12/2019 đến 12/2021 theo dõi thời gian sống thêm đến 12/2025.

#### - Tiêu chuẩn lựa chọn:

Người bệnh được chẩn đoán ung thư hạ họng xác định bằng mô bệnh học, được khám và điều trị tại Bệnh viện FV Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian nghiên cứu. Tất cả trường hợp đều được đánh giá lâm sàng, nội soi và chẩn đoán hình ảnh (CLVT/MRI) trước điều trị. Người bệnh có hồ sơ bệnh án đầy đủ, được theo dõi sau điều trị và đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### - Tiêu chuẩn loại trừ:

Các trường hợp không đủ tiêu chuẩn lựa chọn; ung thư thứ hai hoặc ung thư di căn đến hạ họng; ung thư tái phát hoặc đã được điều trị trước đó (phẫu thuật, xạ trị, hóa trị); người bệnh không hợp tác hoặc thiếu dữ liệu theo dõi.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc.

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả người bệnh ung thư hạ họng được khám, chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học và điều trị tại bệnh viện FV Thành phố Hồ Chí Minh từ 12/2019 đến 12/2021, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Thực tế chúng tôi đã khảo sát được 57 người bệnh.

**- Phương pháp thu thập số liệu:**

**Nội dung và các chỉ số nghiên cứu**

Đặc điểm chung: tuổi, giới, tiền sử hút thuốc, uống rượu, bệnh kèm theo.

**Đặc điểm lâm sàng:** triệu chứng cơ năng (nuốt nghẹn, đau họng, khàn tiếng...), thời gian khởi phát, vị trí tổn thương.

**Đặc điểm cận lâm sàng:** vị trí, giai đoạn bệnh, di căn hạch...

**Phương pháp điều trị:** phẫu thuật, xạ trị, hóa trị hoặc phối hợp.

**Kết quả điều trị:** đáp ứng điều trị, tái phát, di căn.

**Giai đoạn bệnh:** phân loại theo hệ thống TNM.

Đánh giá thời gian sống thêm sau điều trị bằng cách lấy thông tin người bệnh còn sống hay đã chết. Thời điểm xác nhận đánh giá là Thời điểm xác nhận đánh giá là < 6 tháng, 6 - < 24 tháng, 24-<36 tháng, 36- <48 tháng, ≥ 48 tháng.

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, kết quả cận lâm sàng và tái khám định kỳ. Thông tin được chuẩn hóa theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

**2.3. Xử lý số liệu**

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Biến định tính trình bày bằng tần số và tỷ lệ (%). Biến định lượng trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị (IQR). Phân tích thời gian sống thêm sử dụng phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan-Meier. Phân tích hồi quy Cox để xác định mối liên quan giữa một số yếu tố với thời gian sống thêm.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh theo thực hành lâm sàng thường quy, không làm thay đổi chỉ định điều trị. Người bệnh được giải thích đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin cá nhân được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Việc thu thập số liệu được sự cho phép của lãnh đạo bệnh viện.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N = 57)**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (X ± SD)		59,2 ± 10,8	
Nhóm tuổi	< 50	10	17,5
	50-69	33	57,9
	≥ 70	14	24,6

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	51	89,5
	Nữ	6	10,5
Tiền sử	Hút thuốc	44	77,2
	Uống rượu	39	68,4
	Bệnh kèm (≥1)	28	49,1

**Nhận xét:** Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình 59,2 ± 10,8, chủ yếu thuộc nhóm 50-69 tuổi (57,9%). Nam giới chiếm ưu thế rõ rệt (89,5%). Tiền sử hút thuốc và uống rượu rất phổ biến, lần lượt 77,2% và 68,4%; gần một nửa số bệnh nhân có ít nhất một bệnh lý nền kèm theo (49,1%).

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng khi chẩn đoán (N=57)**

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nuốt đau/nuốt vướng	46	80,7
Khàn tiếng	31	54,4
Sụt cân	29	50,9
Khó thở	14	24,6
Hạch cổ sờ thấy	38	66,7
Thời gian triệu chứng > 3 tháng	35	61,4

**Nhận xét:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là nuốt đau/nuốt vướng (80,7%) và khàn tiếng (54,4%). Hạch cổ sờ thấy được ghi nhận ở 66,7% bệnh nhân.

**Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng và giai đoạn bệnh**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí u	Xoang lê	41	71,9
	Thành sau hạ họng	9	15,8
	Vùng sau nhân	7	12,3
Giai đoạn T	T1-T2	15	26,3
	T3-T4	42	73,7
Di căn hạch (N+)		39	68,4
Giai đoạn bệnh	I-II	8	14,0
	III	17	29,8
	IV	32	56,2

**Nhận xét:** Vị trí u thường gặp nhất là xoang lê (71,9%). Đa số bệnh nhân có giai đoạn u T3-T4 (73,7%) và di căn hạch vùng (68,4%). Giai đoạn bệnh khi chẩn đoán chủ yếu ở mức tiến triển, với tỷ lệ giai đoạn IV chiếm 56,2%, giai đoạn III chiếm 29,8%.

**Bảng 4. Đặc điểm điều trị**

Phương pháp điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật + xạ trị	28	49,1
Hóa xạ trị đồng thời	19	33,3
Xạ trị đơn thuần	6	10,5
Điều trị giảm nhẹ	4	7,1
Mở khí quản	18	31,6
Đặt sonde nuôi dưỡng	22	38,6

**Nhận xét:** Phác đồ phẫu thuật phối hợp xạ trị là phương pháp điều trị chủ đạo (49,1%), tiếp theo là hóa xạ trị đồng thời (33,3%)

**Bảng 5. Xác suất sống tích lũy Kaplan-Meier (N = 57)**

Thời gian sống thêm	Kaplan-Meier	SE
< 6 tháng	0,930	0,033
6 - < 12 tháng	0,842	0,046
12 - < 24 tháng	0,684	0,059
24 - < 36 tháng	0,491	0,066
36 - < 48 tháng	0,351	0,069
≥ 48 tháng	0,140	0,061

**Nhận xét:** Tỷ lệ sống tích lũy giảm dần theo thời gian: 93,0% ở 6 tháng, 84,2% ở 12 tháng, 68,4% ở 24 tháng và 49,1% ở 36 tháng. Sau 48 tháng, chỉ còn 14,0% bệnh nhân còn sống.

Thời gian sống thêm trung bình tính đến 48 tháng theo dõi: 27,84 ± 2,18 tháng.

**Bảng 6. Phân tích hồi quy Cox các yếu tố tiên lượng thời gian sống thêm**

Yếu tố	HR (KTC 95%)	p
Tuổi ≥ 70	1,42 (0,78 - 2,61)	0,245
Giới nam	1,18 (0,52 - 2,68)	0,692
Hút thuốc	1,36 (0,74 - 2,49)	0,318
Uống rượu	1,29 (0,71 - 2,36)	0,401
Bệnh kèm (≥1)	1,67 (0,94 - 2,98)	0,081
Di căn hạch (N+)	2,91 (1,45 - 5,84)	0,002
Giai đoạn III-IV	3,76 (1,52 - 9,29)	0,004
Điều trị không triệt căn	2,64 (1,38 - 5,05)	0,003

**Nhận xét:** Phân tích hồi quy Cox cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến thời gian sống thêm bao gồm tình trạng di căn hạch (HR = 2,91; p = 0,002), giai đoạn bệnh III-IV (HR = 3,76; p = 0,004) và phương pháp điều trị không triệt căn (HR = 2,64; p = 0,003). Các yếu tố như tuổi, giới, hút thuốc, uống rượu và bệnh kèm có xu hướng làm tăng nguy cơ tử vong nhưng chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 57 bệnh nhân ung thư hạ họng cho thấy bệnh chủ yếu gặp ở nam giới (89,5%), độ tuổi trung bình 59,2 ±

10,8, với tỷ lệ hút thuốc (77,2%) và uống rượu (68,4%) khá cao. Đặc điểm này phù hợp với y văn thế giới, khi ung thư hạ họng thường gặp ở nam giới trên 50 tuổi có tiền sử lâu dài sử dụng thuốc lá và rượu, hai yếu tố này có tác dụng làm tăng nguy cơ ung thư hóa [5]. Theo nghiên cứu của Abrahão và cộng sự, những bệnh nhân ung thư hạ họng có thời gian hút thuốc trên 20 năm có nguy cơ tử vong cao gấp 3 lần so với nhóm không hút thuốc [6].

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là nuốt đau/nuốt vướng (80,7%) và khàn tiếng (54,4%). Hạch cổ sờ thấy chiếm 66,7%, cao hơn so với Đào Trọng Tuấn và cộng sự (2025) khi tỷ lệ hạch cổ là 57,9% [7]. Thời gian triệu chứng kéo dài trên 3 tháng chiếm 61,4%, phản ánh tình trạng chẩn đoán muộn, một đặc điểm thường gặp của ung thư hạ họng do giải phẫu kín đáo và triệu chứng ban đầu mơ hồ [5]. Ung thư hạ họng thường biểu hiện sớm bằng các rối loạn nuốt, điển hình là cảm giác nuốt vướng. Khi khối u phát triển lớn hơn, người bệnh có thể gặp khó khăn với thức ăn đặc và kèm theo nuốt đau. Các triệu chứng như khàn tiếng hoặc khó thở thường xuất hiện muộn, khi tổn thương đã xâm lấn vào thanh quản.

Về đặc điểm cận lâm sàng, vị trí u thường gặp nhất là xoang lê (71,9%), tương tự nghiên cứu Đào Trọng Tuấn và cộng sự (2025) ở bệnh nhân ung thư hạ họng, khối u chủ yếu xuất phát từ thành trong xoang lê (chiếm 71,9%), đáy (1,8%) và thành ngoài (7,0%). Tỷ lệ bệnh nhân có giai đoạn T3-T4 chiếm 73,7%, di căn hạch 68,4% và giai đoạn III-IV chiếm 86,0%. Theo tác giả Đào Trọng Tuấn và cộng sự (2025) bệnh nhân ung thư hạ họng chủ yếu ở giai đoạn T2-4 (94,7%) và N0 (61,4%). Kết quả này phản ánh đặc điểm bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiều bệnh nhân được thăm khám định kỳ nên phát hiện ở giai đoạn sớm hơn so với các tác giả.

Về điều trị, phẫu thuật phối hợp xạ trị là phương pháp chủ đạo (49,1%), tiếp đến là hóa xạ trị đồng thời (33,3%). Nghiên cứu của Xu và cộng sự (2025) trên 85 bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn III-IV cho thấy nhóm phẫu thuật kết hợp hóa xạ trị có tỷ lệ sống sau 1, 3 và 5 năm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm hóa xạ trị đơn thuần, đồng thời xác định giai đoạn T, giai đoạn N và phương thức điều trị là các yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến thời gian sống thêm tổng thể [8]. Tỷ lệ mở khí quản (31,6%) và đặt sonde nuôi dưỡng (38,6%) trong nghiên cứu của chúng

tôi khá cao, phản ánh mức độ xâm lấn của khối u và ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, nuốt ở nhóm bệnh nhân này.

Khi phân tích kết quả sống thêm cho thấy, tỷ lệ sống tích lũy giảm dần theo thời gian 93,0% ở 6 tháng, 84,2% ở 12 tháng, 68,4% ở 24 tháng và 49,1% ở 36 tháng. Thời gian sống thêm trung bình là  $27,84 \pm 2,18$  tháng. So sánh với nghiên cứu của Xu và cộng sự (2025), tỷ lệ sống ở mốc 12 tháng của chúng tôi (84,2%) cao hơn so với nhóm hóa xạ trị đơn thuần trong nghiên cứu đó, đồng thời tương đồng với nhóm phẫu thuật kết hợp hóa xạ trị [8]. Điều này gợi ý rằng phác đồ điều trị tích cực có thể mang lại kết quả sống thêm khả quan.

Phân tích hồi quy Cox cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến thời gian sống thêm bao gồm tình trạng di căn hạch (HR = 2,91; p = 0,002), giai đoạn bệnh III-IV (HR = 3,76; p = 0,004) và phương pháp điều trị không triệt căn (HR = 2,64; p = 0,003). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Xu và cộng sự (2025) trên bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn III-IV cũng xác định giai đoạn T, giai đoạn N và phương thức điều trị là các yếu tố tiên lượng độc lập cho thời gian sống thêm tổng thể [8]. Các yếu tố như tuổi, giới, hút thuốc, uống rượu và bệnh kèm trong nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05), mặc dù có xu hướng làm tăng nguy cơ tử vong. Điều này phù hợp với công bố của một số nghiên cứu khi các yếu tố như tình trạng di căn hạch, xâm lấn chu vi thần kinh, xâm lấn mạch máu và bạch huyết đã được chứng minh có liên quan đến tiên lượng xấu [4].

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy ung thư hạ họng thường được phát hiện ở giai đoạn muộn với tỷ lệ xâm lấn tại chỗ và di căn hạch vùng cao. Các yếu tố liên quan đến giai đoạn bệnh tiến triển và

phương thức điều trị không triệt căn góp phần ảnh hưởng đến thời gian sống thêm của người bệnh. Kết quả này gợi ý tầm quan trọng của việc nâng cao nhận thức về triệu chứng sớm và chiến lược điều trị phù hợp nhằm cải thiện tiên lượng lâu dài.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kwon D.I., Miles B.A., and Education Committee of the American Head and Neck Society (AHNS)** (2019). Hypopharyngeal carcinoma: Do you know your guidelines?. *Head Neck*, 41(3), 569-576.
2. **Jang W., Kim S., Son Y., et al.** (2025). Global, Regional, and National Burden of Pharyngeal Cancer and Projections to 2050 in 185 Countries: A Population-Based Systematic Analysis of GLOBOCAN 2022. *Journal of Korean Medical Science*, 40(30).
3. **Kuo P., Chen M.M., Decker R.H., et al.** (2014). Hypopharyngeal cancer incidence, treatment, and survival: temporal trends in the United States. *Laryngoscope*, 124(9), 2064-2069.
4. **Cong X.U., Lanzhen C.U.I., Xiaoxiao L.I.U., et al.** (2025). The influence of microvessel density and microlymphatic vessel density on prognosis in hypopharyngeal carcinoma and the construction. *J Clin Otorhinolaryngol Head Neck Surg*, 39(12), 1143-1149.
5. **Escalante D., Hohman M.H., Sanders O., et al.** (2026). Hypopharyngeal Cancer. StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
6. **Abrahão R., Anantharaman D., Gaborieau V., et al.** (2018). The influence of smoking, age and stage at diagnosis on the survival after larynx, hypopharynx and oral cavity cancers in Europe: The ARCAGE study. *Int J Cancer*, 143(1), 32-44.
7. **Đào Trọng Tuấn, Nguyễn Văn Ba, Quản Thành Nam** (2025). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư hạ họng, thanh quản. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 553(3), 20-25.
8. **Cai F., Cheng C., Xu H., et al.** (2025). Comparative efficacy of surgery combined with chemoradiotherapy versus chemoradiotherapy alone in the treatment of locally advanced hypopharyngeal cancer. *Journal of Radiation Research and Applied Sciences*, 18(3), 101737.