

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG UNG THƯ XOANG LÊ

Trần Anh Bích¹, Trần Nguyễn Xuân An², Lê Nguyễn Uyên Chi^{1,2}.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư hạ họng là một loại ung thư hiếm gặp, với khoảng 85.000 ca mắc mới và hơn 38.000 ca tử vong trên toàn cầu, chiếm khoảng 0,4% tổng số ca mắc và tử vong do ung thư [1]. Trong đó, ung thư xoang lê chiếm 80% tỷ lệ ung thư hạ họng [2]. Tiên lượng của ung thư xoang lê tương đối kém do thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn.

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư xoang lê.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả hàng loạt ca trên 31 bệnh nhân ung thư xoang lê tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2024 đến năm 2025. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, hình ảnh học (CT/MRI) và kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Phân tích số liệu sử dụng phần mềm SPSS

Kết quả: 31 bệnh nhân ung thư xoang lê đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. 100% bệnh nhân là nam giới, tuổi trung bình 61,4 tuổi. Tỷ lệ hút thuốc lá là 93,5%, sử dụng rượu bia là 80,6%. Triệu chứng rối loạn nuốt gặp ở 100% bệnh nhân. 71% khối u có kích thước 2–4 cm. 54,8% bệnh nhân ở giai đoạn T3. Tỷ lệ di căn hạch cổ trên giải phẫu bệnh là 80,6%. Tỷ lệ di căn tiềm ẩn chiếm 40%. Tỷ lệ di căn hạch cổ 2 bên chiếm 32% trên tổng số di căn hạch. Giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất với 67,8%.

Kết luận: Ung thư xoang lê thường được phát hiện ở giai đoạn muộn và có tỷ lệ di căn hạch cổ rất cao. Rối loạn nuốt là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất. Hầu hết được phát hiện ở giai đoạn muộn.

Từ khóa: Ung thư xoang lê, di căn hạch cổ.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PYRIFORM SINUS CANCER

Background: Hypopharyngeal cancer (HPC) is a rare malignancy, with approximately 85,000 new cases and over 38,000 deaths reported globally, accounting for about 0.4% of all cancer incidences and mortalities. Pyriform sinus cancer (PSC) constitutes over 80% of all HPC cases. The prognosis for PSC is relatively poor, as it is often diagnosed in advanced stages.

Objectives: To investigate the clinical and paraclinical characteristics of pyriform sinus cancer.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional

study was conducted on a case series of 31 patients with pyriform sinus cancer at Cho Ray Hospital from 2024 to 2025. Data were collected from medical records, imaging studies (CT/MRI), and post-operative histopathological reports. Statistical analysis was performed using SPSS software.

Results: Thirty-one patients with pyriform sinus carcinoma met the inclusion criteria for the study. All patients (100%) were male, with a mean age of 61.4 years. The prevalence of smoking and alcohol consumption was 93.5% and 80.6%, respectively. Dysphagia was present in 100% of patients. Tumors measuring 2–4 cm accounted for 71% of cases, and 54.8% of patients were classified as stage T3. The rate of pathologically confirmed cervical lymph node metastasis was 80.6%. The occult metastasis rate was 40%. Bilateral cervical lymph node metastasis accounted for 32% of all nodal metastases. Stage IV disease was the most prevalent, accounting for 67.8% of cases

Conclusion: Pyriform sinus cancer is often detected at a late stage and has a very high rate of cervical lymph node metastasis. Dysphagia is the most common clinical symptom. The majority of cases are diagnosed at an advanced stage.

Keywords: Pyriform sinus cancer, cervical lymph node metastasis.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng là một loại ung thư có tỷ lệ mắc thấp, theo GLOBOCAN ghi nhận khoảng 85.000 ca mắc mới và hơn 38.000 ca tử vong trên toàn cầu, tương đương khoảng 0,4% tổng số ca mắc và tử vong do ung thư [1]. Trong đó ung thư xoang lê chiếm trên 80% tỷ lệ ung thư hạ họng [2].

Ung thư xoang lê có tiên lượng xấu hơn các ung thư đầu cổ khác do thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Triệu chứng ban đầu thường không đặc hiệu. Bệnh nhân có thể cảm thấy đau họng nhẹ hoặc khó chịu khi nuốt. Các triệu chứng khác bao gồm: khàn tiếng, hạch cổ, đau tai và khó thở. Cảm giác nuốt vướng có thể là than phiền duy nhất. Đặc biệt, tỷ lệ di căn hạch cổ ở ung thư xoang lê rất cao, lên tới 70% [3].

Hiểu rõ các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư xoang lê là cơ sở giúp bác sĩ thuận lợi hơn trong việc tiếp cận, chẩn đoán giai đoạn bệnh, và đưa ra các quyết định điều trị phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả hàng loạt ca.

2.2 Đối tượng nghiên cứu

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược Tp.Hồ Chí Minh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: trananhbich2015@gmail.com

Mã bài: N452

Ngày nhận bài: 24/2/2026

Ngày phản biện khoa học: 23/2/2026

Ngày duyệt bài: 24/4/2026

Nghiên cứu được thực hiện trên 31 bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán ung thư xoang lê bằng giải phẫu bệnh (GPB), có chụp CT scan hoặc MRI trước phẫu thuật, và được điều trị phẫu thuật tại Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2024 đến năm 2025.

Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm bệnh nhân ung thư xoang lê quá chỉ định phẫu thuật hoặc ung thư xoang lê tái phát.

2.3. Quy trình nghiên cứu

Chúng tôi thu thập các thông tin từ hồ sơ bệnh án bao gồm:

Đặc điểm dịch tễ: tuổi, giới tính, tiền căn hút thuốc/uống rượu.

Đặc điểm lâm sàng bao gồm lý do nhập viện, triệu chứng cơ năng, và kết quả thăm khám hạch cổ.

Các biến số được ghi nhận từ hình ảnh học và nội soi: kích thước khối u, hình thái đại thể (sùi, loét, thâm nhiễm, hỗn hợp), đặc điểm xâm lấn, di căn hạch trên hình ảnh học (vị trí, phân nhóm, kích thước) và phân giai đoạn TNM theo AJCC 8th.

Ghi nhận thông tin trên giải phẫu bệnh: Bệnh nhân sau khi được phẫu thuật cắt họng thanh quản toàn phần hoặc bán phần họng thanh quản và nạo vét hạch cổ sẽ gửi khối u và hạch cổ đã được phân nhóm để tiến hành làm giải phẫu bệnh, sau khi có kết quả giải phẫu bệnh sẽ ghi nhận các thông tin sau:

Kích thước khối u, kết quả giải phẫu bệnh khối u, độ mô học.

Tình trạng di căn hạch cổ trên giải phẫu bệnh: Số lượng hạch di căn, vị trí di căn hạch cùng bên hay hai bên, nhóm hạch di căn, tình trạng xâm lấn vỏ bao.

2.4. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học, được mã hóa và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó phân tích bằng phần mềm SPSS 20.

2.5. Vấn đề Y đức

Nghiên cứu được chấp nhận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Hội đồng Y đức của Bệnh viện Chợ Rẫy. Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ:

Chúng tôi ghi nhận 31 bệnh nhân ung thư xoang lê đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

3.1 Đặc điểm dịch tễ

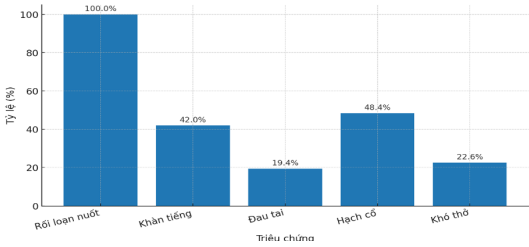
Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ

Đặc điểm	Tỷ lệ (n = 31)
Tuổi (trung bình)	61,4 tuổi
Hút thuốc lá	29 (93,5%)
Uống rượu	25 (80,6%)

Bệnh nhân nam chiếm 100%, tuổi trung bình là 61,4 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá là 93,5%, sử dụng rượu bia là 80,6%, bệnh nhân có đồng thời cả hai yếu tố này là 80,6%

3.2 Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là rối loạn nuốt (100%). Các triệu chứng khác bao gồm khàn tiếng (42%), hạch cổ (48,4%), đau tai (19,4%) và khó thở (22,6%). Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi bệnh nhân đến khám đa số kéo dài trên 6 tháng chiếm 58,1%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm khối u

Bảng 2. Đặc điểm khối u

Đặc điểm	pN(+) (n=25)	pN(-) (n=6)	Giá trị p
Hình thái			
Sùi	13	3	1 ^a
Sùi loét	12	3	
Mô học	Carcinoma tế bào gai		
Độ biệt hóa			
Trung bình	24	6	0,99 ^a
Cao	1	0	
Giai đoạn T			
T1	0 (0%)	3 (50%)	0,004 ^a
T2	4 (16%)	2 (33,3%)	
T3	16 (64%)	1 (16,7%)	
T4	5 (20%)	0 (0%)	

a: Kiểm định Fisher Exact; b: Kiểm định Mann-Whitney U

Về hình thái đại thể, khối u dạng sùi chiếm 51,6%, dạng sùi loét chiếm 48,4%. Kích thước khối u từ 2 – 4 cm chiếm tỷ lệ cao nhất là 71%. Vị trí xâm lấn phổ biến nhất là thượng thanh môn chiếm 87,1%. Kết quả mô học 100% trường hợp là carcinoma tế bào gai, độ biệt hóa mô học chủ yếu là biệt hóa trung bình chiếm 96,8%. Giai đoạn T3 chiếm tỉ lệ cao nhất với 54,8%.

3.4 Đặc điểm di căn hạch

Bảng 3. Đặc điểm di căn hạch cổ trên mô bệnh học

Đặc điểm	Tần số (n = 25)	Tỷ lệ
Vị trí		
Cùng bên	17	68%)
Hai bên	8	32%
Nhóm hạch		
Nhóm II	21	84%
Nhóm III	15	60%
Nhóm IV	5	60%
Kích thước, n(%)		
≤ 3 cm	23	92%
3 – 6 cm	2	8%

Trong nghiên cứu trên hình ảnh học ghi nhận 21/31 (67,7%) trường hợp di căn hạch. Tỷ lệ di căn hạch cổ trên mẫu GPB là 25/31 (80,6%), tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 40%. Tỷ lệ các nhóm hạch di căn lần lượt là nhóm II 84%, nhóm III 60% và nhóm IV 20%, 44% trường hợp di căn hạch có xâm lấn vỏ bao. Kích thước hạch ≤ 3 cm chiếm tỷ lệ 92%. Giai đoạn pN3 chiếm tỷ lệ cao nhất với 35,5%

Bảng 4. Giai đoạn N

Giai đoạn N	Tần số (n=25)	Tỷ lệ
pN0	6	19,4%)
pN1	4	13%)
pN2	10	32,1%)
pN3	11	35,5%)

3.5 Giai đoạn ung thư xoang lê

Bảng 5. Giai đoạn ung thư xoang lê

Giai đoạn	Tỷ lệ
I	9,7%
II	6,4%
III	16,1%
IVA	32,3%
IVB	35,5%

Giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất là 67,8%. Giai đoạn sớm I và II chỉ chiếm 16%.

3.6 Phương pháp phẫu thuật

Bảng 6. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Tần số (n = 31)	Tỷ lệ
Phẫu thuật cắt bán phần họng thanh quản + nạo hạch cổ II, III, IV 2 bên	2	6,4%
Phẫu thuật nội soi cắt u qua đường miệng + nạo hạch cổ II, III, IV 2 bên	2	6,4%
Phẫu thuật cắt hạ họng thanh quản toàn phần + nạo hạch cổ II, III, IV 2 bên	27	87,2%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật cắt hạ họng thanh quản toàn phần và nạo hạch cổ II III IV 2 bên với tỷ lệ 87,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng có đặc điểm dịch tễ điển hình của ung thư xoang lê: 100% bệnh nhân là nam giới, tuổi trung bình 61,4. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 29 bệnh nhân hút thuốc chiếm 93,5%, số lượng hút trung bình là 30,6 gói/năm. Số lượng bệnh nhân có sử dụng rượu bia 25 bệnh nhân, chiếm 80,6%, không uống rượu là 6 bệnh nhân, chiếm 19,4%. Số lượng bệnh nhân vừa hút thuốc vừa uống rượu chiếm 80,6%. Đây là những tỷ lệ rất cao, phản ánh mối liên quan chặt chẽ giữa hai thói quen này với ung thư xoang lê. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây [4]. Sự tương đồng với các nghiên cứu trước khẳng định việc sử dụng rượu bia và hút thuốc lá rất phổ biến trong nhóm bệnh nhân mắc ung thư xoang lê. Một góc nhìn văn hóa - xã hội cho thấy một lý

giải quan trọng cho tỷ lệ mắc ung thư cao tại Việt Nam. Ở nhiều hoàn cảnh giao tiếp và công việc, sử dụng rượu bia không đơn thuần là lựa chọn cá nhân mà đã trở thành một công cụ trong giao tiếp xã hội. Tình trạng tiêu thụ rượu bia của Việt Nam, vốn thuộc nhóm hàng đầu thế giới, khi kết hợp với tỷ lệ hút thuốc lá còn phổ biến, đã tạo nên một thách thức y tế công cộng đáng kể. Chính sự phổ biến của hai hành vi nguy cơ cao này trong xã hội là nguyên nhân sâu xa dẫn đến thực trạng mắc bệnh đáng báo động, đồng thời nhấn mạnh nhu cầu phòng chống song hành cả rượu bia và thuốc lá trong dự phòng ung thư xoang lê.

Rối loạn nuốt là triệu chứng nổi bật nhất (100%), khẳng định đây là dấu hiệu lâm sàng then chốt cần được cảnh báo. Các triệu chứng khác bao gồm khàn tiếng (42%), hạch cổ (48,4%), đau tai (17,7%) và khó thở (22,6%). Triệu chứng đau lan lên tai là một dấu hiệu thường gặp trong ung thư xoang lê. Khi người bệnh xuất hiện triệu chứng này nhưng thăm khám tai cho kết quả bình thường, cần đặc biệt cảnh giác, đây có thể là biểu hiện gợi ý tổn thương tiềm ẩn ở vùng xoang lê. Kết quả này hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Quốc Dũng và cộng sự [5], Nguyễn Như Ước và cộng sự [4] và Hoffman và cộng sự [6], đều ghi nhận tỷ lệ rối loạn nuốt đạt 100%. Có thể thấy, rối loạn nuốt là một triệu chứng quan trọng, là lý do đầu tiên và phổ biến nhất khiến bệnh nhân đi khám. Ở những người có yếu tố nguy cơ cao bao gồm hút thuốc lá và sử dụng rượu bia thường xuyên, nếu có triệu chứng rối loạn nuốt kéo dài, cần được thăm khám kỹ lưỡng bằng nội soi để tránh bỏ sót những tổn thương tiềm ẩn ở vùng xoang lê.

Đáng lo ngại, 74,2% bệnh nhân đến khám sau khi triệu chứng khởi phát đã kéo dài hơn 6 tháng, cho thấy sự chậm trễ đáng kể trong việc tìm kiếm sự chăm sóc y tế.

4.2. Đặc điểm khối u và giai đoạn bệnh

Khối u xoang lê trong nghiên cứu này chủ yếu là dạng sùi (51,6%) và sùi loét (48,4%), phù hợp với các mô tả của Nguyễn Như Ước[4]. Mô học 100% là carcinoma tế bào gai, với độ biệt hóa trung bình chiếm ưu thế (96,8%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước u được chia thành 3 nhóm: ≤ 2 cm, 2 – 4 cm, > 4 cm theo phân loại giai đoạn T – AJCC8, và được ghi nhận từ khám lâm sàng, trên CT scan/MRI và trên giải phẫu bệnh. Kết quả các kích thước u đo được trùng khớp nhau. Kết quả trên nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận kích thước khối u từ 2 - 4 cm chiếm tỷ lệ cao nhất 71%, tiếp đến là > 4 cm 19,4 % và nhóm có kích thước ≤ 2 cm chiếm tỷ lệ thấp

nhất 9,6%, phù hợp với đặc điểm giải phẫu của vùng xoang lê cho phép khối u phát triển âm thầm, khiến cho một tổn thương đang lớn lên có thể không được phát hiện cho đến khi nó đã đạt kích thước đáng kể.

Giai đoạn bệnh ghi nhận sự phát hiện muộn rõ rệt: 71% bệnh nhân ở giai đoạn T3 hoặc T4, và 67,8% ở giai đoạn IVA–IVB. Xu hướng này tương đồng với các nghiên cứu của Yu Heng [7] với T3(37,9%) và T4(26,1%), phản ánh đặc điểm sinh học của ung thư xoang lê là diễn tiến âm thầm và khó phát hiện sớm.

4.3. Di căn hạch cổ

Tỷ lệ di căn hạch cổ trên giải phẫu bệnh là 80,6%, nằm ở mức cao so với dữ liệu chung (70%). Các nhóm hạch bị ảnh hưởng chủ yếu là II (84%) và III (60%) và nhóm IV (20%). Nghiên cứu của Xinglong Chen[3] cũng chỉ ra di căn chủ yếu ở các nhóm hạch II, III, IV và 1 tỉ lệ nhỏ di căn hạch nhóm V, tỷ lệ di căn hạch nhóm II cao nhất với 62,02%. Tỷ lệ di căn hạch hai bên là 32%, điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc xem xét nạo hạch cổ hai bên, đặc biệt khi có di căn hạch lâm sàng.

4.4. Phương pháp điều trị

Trên những bệnh nhân giai đoạn sớm khối u T1-T2, N0, ở giai đoạn này có thể được điều trị hiệu quả bằng phẫu thuật bảo tồn (không cắt bỏ toàn bộ thanh quản) hoặc xạ trị đơn thuần. Các kỹ thuật phẫu thuật bao gồm phẫu thuật mở (như cắt hạ họng bên hoặc cắt một nửa thanh quản - hạ họng trên thanh môn) hoặc phẫu thuật qua đường miệng (vi phẫu bằng laser - TLM hoặc phẫu thuật bằng robot - TORS) kết hợp nạo vét hạch cổ cùng bên. Trong giai đoạn khối u T1-T2 có di căn hạch cổ (N1-3, M0), vì đã có di căn hạch, bệnh nhân ở giai đoạn này cần được điều trị đa thức. Hầu hết bệnh nhân được chỉ định hóa xạ trị đồng thời dựa trên cisplatin. Phẫu thuật cắt bỏ u nguyên phát mở hoặc qua đường miệng ít khi được sử dụng ban đầu vì các liệu pháp hỗ trợ sau phẫu thuật sẽ làm suy giảm chức năng nuốt của bệnh nhân; thay vào đó phẫu thuật thường được giữ lại như một liệu pháp cứu vãn. Tuy nhiên, đa số bệnh nhân ung thư xoang lê được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển tại chỗ/tại vùng (Khối u T3-T4, N1-3, M0). Những bệnh nhân này thường đáp ứng kém với các liệu pháp bảo tồn và có nguy cơ thất bại cao. Do đó, phần lớn các trung tâm coi họ là ứng viên kém cho việc bảo tồn thanh quản và chọn điều trị bằng phẫu thuật triệt để (cắt thanh quản toàn phần) kết hợp nạo vét hạch cổ hai bên, sau đó là xạ trị hoặc hóa xạ trị hỗ trợ.[8]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn muộn, nên phương án điều trị được đưa ra là phẫu thuật cắt hạ họng

thanh quản toàn phần và nạo hạch cổ II III IV 2 bên với tỷ lệ 87,2%. Tuy nhiên có 4 trường hợp bệnh nhân chẩn đoán ở giai đoạn sớm, được điều trị bảo tồn thanh quản, trong đó 2 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt u qua đường miệng kèm nạo hạch cổ II, III, IV 2 bên, 2 trường hợp phẫu thuật cắt hạ họng thanh quản toàn phần kèm nạo hạch cổ II, III, IV 2 bên. Điều này đặt ra một hướng điều trị mới giúp bảo tồn thanh quản trên những bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn sớm, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh sau điều trị. Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán sớm ung thư xoang lê.

V. KẾT LUẬN

- Ung thư xoang lê chủ yếu gặp ở nam giới độ tuổi trung niên với thói quen hút thuốc lá và uống rượu bia. Rối loạn nuốt là triệu chứng thường gặp nhất. Cần khám chuyên khoa tai mũi họng khi có rối loạn nuốt, để phát hiện sớm ung thư xoang lê.

- Những điều trị mới hiện nay là những ung thư xoang lê giai đoạn sớm có thể cắt bán phần xoang lê, bảo tồn thanh quản, giữ được giọng nói, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh sau điều trị. Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán sớm ung thư xoang lê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. N. C. C. Network (2024). NCCN clinical practice

guidelines in oncology (NCCN guidelines): head and neck cancers. Fort Washington, PA: National Comprehensive Cancer Network.

2. M. Pala, P. Novakova, A. Tesar, et al. (2025). Prognostic Factors and Long-Term Outcome Prediction in Patients with Hypopharyngeal Carcinoma Treated with (Chemo) radiotherapy: Development of a Prognostic Model. *Biomedicines*.13(2):417
3. X. Chen, J. Xu (2011). Clinical analysis of cervical lymph node metastasis of hypopharyngeal carcinoma. *Journal of Clinical Otorhinolaryngology, Head, and Neck Surgery*.25(19):891-894
4. N. N. Ước (2019). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính, và mối liên quan của một số yếu tố tiên lượng với kết quả điều trị của ung thư hạ họng [Luận án tiến sĩ]. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội.
5. N. Q. Dũng, B. Diệu, N. Đ. Phúc, et al. (2023). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, đối chiếu chụp cắt lớp vi tính của ung thư hạ họng. *Tạp chí Y học Việt Nam*.532(1)
6. H. T. Hoffman, L. H. Karnell, J. P. Shah, et al. (1997). Hypopharyngeal cancer patient care evaluation. *The Laryngoscope*.107(8):1005-1017
7. Y. Heng, X. Zhu, L. Zhou, et al. (2021). Risk stratification and corresponding postoperative treatment strategies for occult contralateral lymph node metastasis in pyriform sinus squamous cell carcinoma patients with ipsilateral node-positive necks. *Annals of Translational Medicine*.9(8):649
8. A. Bozec, G. Poissonnet, O. Dassonville, et al. (2023). Current therapeutic strategies for patients with hypopharyngeal carcinoma: oncologic and functional outcomes. *Journal of clinical medicine*.12(3):1237

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC NGẮN HẠN CỦA BỆNH NHÂN HÔN MÊ SAU NGỪNG TUẦN HOÀN NGOẠI VIỆN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ KIỂM SOÁT THÂN NHIỆT MỤC TIÊU

Trần Nguyễn Phương Hải¹, Nguyễn Tiến Duy², Hoàng Văn Sỹ^{3,4}

TÓM TẮT

Mở đầu: Hôn mê sau ngừng tuần hoàn ngoại viện (OHCA) có tiên lượng xấu, với tỷ lệ tử vong và di chứng thần kinh cao. Kiểm soát thân nhiệt mục tiêu (Targeted

Temperature Management – TTM) là một trong những can thiệp quan trọng nhằm cải thiện kết cục thần kinh sau hồi sinh tim phổi thành công.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết cục ngắn hạn của bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn ngoại viện được điều trị bằng TTM.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu thực hiện tại một đơn vị hồi sức tích cực, trên các bệnh nhân hôn mê sau ROSC được điều trị bằng TTM trong giai đoạn 2021–2023. Kết cục chính là tỷ lệ sống và phục hồi thần kinh sau 30 ngày.

Kết quả: Tổng cộng 51 bệnh nhân được đưa vào phân tích. Tỷ lệ CPR tại hiện trường thấp (13,7%). Tỷ lệ sống sau 30 ngày là 27,5%, trong đó 57,1% có phục hồi thần kinh tốt. Các yếu tố liên quan đến tử vong gồm thời

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện Hồng Hưng

³Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

⁴Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương Hải

Email: tnphuonghaibvcr@gmail.com

Mã bài: N519

Ngày nhận bài: 15/1/2026

Ngày phản biện khoa học: 5/1/2026

Ngày duyệt bài: 15/3/2026