

- patients with choledocholithiasis. Br J Surg. 2016;103(9):1117-1124. doi:10.1002/bjs.10207.
3. **Pereira Lima JC, Arciniegas Sanmartin ID, Latrónico Palma B, Oliveira dos Santos CE.** Risk factors for success, complications, and death after endoscopic sphincterotomy for bile duct stones: a 17-year experience with 2,137 cases. Digestive Diseases. 2020;38(6):534-541.
  4. **Ryozawa S, Itoi T, Katanuma A, et al.** Japan Gastroenterological Endoscopy Society guidelines for endoscopic sphincterotomy. Digestive Endoscopy. 2018;30(2):149-173.
  5. **Wilson P, Webster G.** Endoscopic management of biliary stone disease. Frontline Gastroenterol. 2017;8(2): 129-132. doi:10.1136/flgastro-2016-100786.
  6. **Thái Doãn Kỳ, Phạm Minh Ngọc Quang, Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Lâm Tùng, Trần Văn Thanh, Mai Thanh Bình.** Đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi đường mật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 Tạp chí Y dược lâm sàng 108. 2023;18(7):47-52.
  7. **Vũ Thị Phượng, Dương Minh Thắng, Phạm Minh Ngọc Quang.** Kết quả nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu điều trị viêm đường mật và viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi ống mật chủ. Tạp chí Y dược lâm sàng 108. 2019;14(7):7-12.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CT SCAN CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ VÒM HỌNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY GIAI ĐOẠN 2022-2023

Trần Anh Bích<sup>1</sup>, Hoàng Nguyễn Bảo Tâm<sup>2</sup>, Lý Xuân Quang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh CT scan của bệnh nhân UTVH tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt trường hợp trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư vòm họng tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2022 đến 12/2023, ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, CT scan của bệnh nhân. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $48,9 \pm 14,5$  tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1/1. Về đặc điểm lâm sàng: có 1 nửa là phát hiện có hạch khi thăm khám lâm sàng (15/30 bệnh nhân). Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là chảy mũi, nghẹt mũi, chảy máu mũi, khịt khạc ra máu và sụt cân đều chiếm 26,7% (8/30 bệnh nhân). Về hình ảnh học: tất cả bệnh nhân đều thuộc giai đoạn lâm sàng III và IV với 100% đối tượng. Trong đó giai đoạn III là 16,7% (5/30 bệnh nhân), giai đoạn IVA chiếm 56,7% (17/30 bệnh nhân) là nhiều nhất và còn lại là giai đoạn IVC với 26,7% (8/30 bệnh nhân). **Kết luận:** Ung thư vòm họng thường gặp từ 30 tuổi trở lên và các triệu chứng lâm sàng không điển hình, thường phát hiện ở giai đoạn muộn (III, IV), và hình ảnh CT scan đánh giá được tình trạng khối u, hạch và xâm lấn cơ quan lân cận.

**Từ khóa:** Ung thư vòm họng, CT scan, đặc điểm lâm sàng.

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS AND CT SCAN IMAGES OF PATIENTS WITH NASOPHARYNGEAL CANCER AT CHO RAY HOSPITAL FROM 2022 TO 2023

**Objectives:** To describe the clinical

characteristics and CT scan images of nasopharyngeal cancer patients at Cho Ray Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective study describing a case series of 30 patients diagnosed with nasopharyngeal cancer at Cho Ray Hospital from January 2022 to December 2023. **Results:** The average age was  $48.9 \pm 14.5$  years, and the male-to-female ratio was 1:1. Regarding clinical characteristics, half of the patients had cervical lymph nodes during clinical examination (15/30 patients). The most common clinical symptoms were runny nose, nasal congestion, nosebleeds, coughing up blood, and weight loss, each accounting for 26.7% (8/30 patients). Regarding imaging, all patients were in clinical stages III and IV. Of these, stage III accounted for 16.7% (5/30 patients), stage IVA was the most common at 56.7% (17/30 patients), and stage IVC made up 26.7% (8/30 patients). **Conclusion:** Nasopharyngeal cancer is common in individuals aged 30 and older and presents with atypical clinical symptoms. It is often detected in late stages (III, IV), and CT scan images help assess the tumor's status, lymph node involvement, and invasion of neighboring organs. **Keywords:** Nasopharyngeal cancer, CT scan, clinical features.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm họng (UTVH) là khối u ác tính xuất phát chủ yếu từ lớp tế bào biểu mô phủ vòm họng với các độ biệt hóa khác nhau. Năm 2020, trên toàn thế giới có hơn 133.000 ca mắc mới và 80.000 ca tử vong do ung thư biểu mô vòm họng [1]. Tại Việt Nam, UTVH là một trong 10 loại ung thư hàng đầu là ung thư hay gặp trong ung thư đầu cổ với 5.613 trường hợp mắc mới và 3.453 trường hợp tử vong năm 2021 [2].

Chẩn đoán UTVH dựa trên các triệu chứng lâm sàng, nội soi vòm sinh thiết xác định thể mô bệnh học, chụp CT scan, chụp cộng hưởng từ và PET/CT. Dựa trên ứng dụng hình ảnh học giúp chẩn đoán, đánh giá tình trạng của khối u, mức

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: quang.lx@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

độ xâm lấn với vùng lân cận, di căn hạch. Đây là các phương tiện chủ yếu để phát hiện và xếp giai đoạn khối u nguyên phát. Ngoài ra, còn giúp mô phỏng tình trạng khối u để lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân (BN), tập trung định hướng các chùm tia vào vị trí khối u trong xạ trị, tránh các cơ quan và mô lành xung quanh, mang lại hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị UTVH cho BN [3].

Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh CT scan của BN UTVH tại bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2022-2023.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu gồm 30 BN được chẩn đoán UTVH tại bệnh viện Chợ Rẫy thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Được chẩn đoán UTVH có kết quả chẩn đoán mô bệnh học.
- Được thực hiện các CT scan đầu cổ.
- Được chẩn đoán UTVH lần đầu và chưa được điều trị.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ dữ liệu cho đề tài.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.
- Đã điều trị trước đó.
- Đã được chẩn đoán UTVH hoặc bệnh lý ung thư khác trước đó.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian thu thập số liệu nghiên cứu: Từ tháng 9/2023 đến tháng 8/2024.
- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Tai mũi họng, Khoa Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện Chợ Rẫy, thành phố Hồ Chí Minh.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt trường hợp.
- Cỡ mẫu: Bằng phương pháp chọn mẫu toàn bộ thu thập được 30 BN thỏa mãn tiêu chuẩn của nghiên cứu.

### 2.4. Các biến số nghiên cứu

- Thông tin chung của đối tượng: Tuổi, giới.
- Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng: triệu chứng lâm sàng, đặc điểm hạch trên lâm sàng.
- Đặc điểm về hình ảnh học: Đặc điểm về khối u, ngấm thuốc, hình ảnh xâm lấn và lan rộng, tăng sinh mạch, hình ảnh hạch, giai đoạn khối u.

**2.5. Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2023 tại khoa Tai mũi họng, Khoa Chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Chợ Rẫy, nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 30 bệnh nhân ung thư vòm họng có tuổi trung bình là  $48,9 \pm 14,5$  tuổi (21 tuổi - 75 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là 1/1.

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của BN UTVH**

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Triệu chứng lâm sàng	Chảy mũi	8	26,7
	Chảy máu mũi	8	26,7
	Khít khạc ra máu	8	26,7
	Sụt cân	8	26,7
	Nghẹt mũi	8	26,7
	Đau đầu	4	13,3
	Viêm tai	2	6,7
	Điếc	2	6,7
	Sụp mí mắt	2	6,7
Giảm thị lực	2	6,7	
Đặc điểm hạch khi khám lâm sàng	Khám thấy hạch		
	Có	15	50,0
	Không	15	50,0
	Vị trí		
	Dưới cằm, hàm	9	30,0
	Tam giác cổ sau	6	20,0
	Không thấy hạch	15	50,0
	Phân bố		
	Bên phải	4	13,3
	Bên trái	2	6,7
	Cả 2 bên	9	30,0
	Không thấy hạch	16	50,0
	Mật độ		
	Cứng chắc	15	50,0
	Không thấy hạch	15	50,0
Di động			
Di động	0	0	
Kém di động	15	50,0	
Không thấy hạch	15	50,0	

Kết quả bảng 1 cho thấy có 1 nửa là phát hiện có hạch khi thăm khám lâm sàng (15/30 BN). Vị trí khám thấy hạch nhiều nhất là dưới cằm/hàm với 30,0% (9/30 BN) và còn lại là ở tam giác cổ sau với 20,0% (6/30 BN). Tất cả hạch khám được đều có mật độ cứng, chắc (15/30 BN) và đều kém di động (15/30 BN).

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là chảy mũi, nghẹt mũi, chảy máu mũi, khít khạc ra máu và sụt cân đều chiếm 26,7% (8/30BN), còn lại các triệu chứng khác ít gặp hơn.

**Bảng 2. Đặc điểm khối u vòm họng trên CT scan**

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ %
<b>Kích thước khối u</b>		
≤ 1 cm	0	0
>1-3cm	0	0

>3-6cm	8	26,8
> 6 cm	22	73,2
<b>Cấu trúc khối u</b>		
Tăng đậm độ	11	36,7
Đồng đậm độ	17	56,7
Giảm đậm độ	0	0
Giảm đậm độ + Hoại tử	2	6,7
<b>Tính chất ngấm thuốc</b>		
Manh	28	93,3
Vừa	0	0
Kém	2	6,7
<b>Kiểu ngấm thuốc</b>		
Không đồng nhất	11	36,7
Đồng nhất	19	63,3
<b>Bờ khối u</b>		
Giới hạn rõ	4	13,3
Không giới hạn rõ	26	86,7
<b>Tăng sinh mạch máu</b>		
Có	30	100
Không	0	0
<b>Vị trí xâm lấn khối u trên CT</b>		
Biến dạng hố Rosenmuller	30	100
Hẹp, xóa vôi Eustache	21	70,0
Xâm lấn đến khoang cạnh họng	23	76,7
Xâm lấn hốc mũi	19	63,3
Xâm lấn hầu miêng	23	76,7
Tiêu mồm chân bướm hàm	23	76,7
Xâm lấn xương nền sọ	21	70,0
Xâm lấn hố chân bướm hàm	23	76,7
Di căn mô mềm/ cơ vùng cổ	21	70,0
Xâm lấn xoang hàm	15	50,0
Xâm lấn xoang sàng	17	56,7
Phá hủy thân xương bướm/bản vuông xương chẩm	21	70,0
Xâm lấn lều tiểu não	2	6,7

Bảng 2 cho thấy tất cả khối u đều có kích thước trên 3cm trở lên. Có 26,8% (8/30 BN) có khối u thuộc nhóm >3-6cm và còn lại là khối u có kích thước > 6cm chiếm 73,2% (22/30 BN).

Về cấu trúc khối u có 36,7% (11/30 BN) có khối u tăng đậm độ và 2/30 BN chiếm 6,7% có khối u giảm đậm độ + hoại tử.

Có 28/30 BN có khối u ngấm thuốc mạnh chiếm 93,3% và 11/30 BN tương ứng 36,7% là khối u ngấm thuốc không đồng nhất. Có 86,7% là khối u có bờ giới hạn không rõ (26/30 BN) và 100% BN đều thấy hình ảnh khối u tăng sinh mạch máu trên CT scan.

Tình trạng khối u xâm lấn trên CT scan như sau: 100% (30/30 BN) đều có khối u xâm lấn biến dạng hố Rosenmuller. Tỷ lệ BN có khối u xâm lấn đến khoang cạnh họng, xâm lấn hầu miêng, tiêu mồm chân bướm hàm, xâm lấn hố chân bướm hàm đều là 76,7% (23/30 BN). Có 70,0% (21/30 BN) có khối u xâm lấn làm hẹp/xóa vôi Eustache, xâm lấn xương nền sọ, di căn

mô mềm/ cơ vùng cổ và phá hủy thân xương bướm/bản vuông xương chẩm. Tỷ lệ BN có khối u xâm lấn hốc mũi là 63,3% (19/30 BN), xâm lấn xoang sàng là 56,7% (17/30 BN), xâm lấn xoang hàm là 50,0% (15/30 BN), xâm lấn lều tiểu não là 6,7%.

**Bảng 3. Đặc điểm hạch trên CT scan**

Đặc điểm hạch trên CT scan	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>CT hạch</b>		
Không thấy hạch	13	43,3
Có hạch	17	56,7
<b>Vị trí</b>		
Cùng bên khối u	8	26,7
Đối bên khối u	2	6,7
Hai bên	6	20,0
Không thấy hạch	14	46,7
<b>Số lượng hạch</b>		
0	13	43,3
1	8	26,7
2	2	6,7
3	2	6,7
≥ 4	5	16,7
<b>Kích thước hạch to nhất</b>		
Không thấy hạch	13	43,3
≤ 1 cm	0	0
>1-3cm	10	33,3
>3-6cm	7	23,3
> 6cm	0	0
<b>Cấu trúc hạch</b>		
Không thấy hạch	12	40,0
Lan tràn ngoài vỏ	7	23,3
Hoại tử	2	6,7
Vôi hóa	0	0
Lan tràn ngoài vỏ + hoại tử	9	30,0

Bảng 3 cho thấy đặc điểm của hạch trên CT: có 17/30 BN với 56,7% là quan sát thấy có hạch trên CT scan trong đó có 8 BN có hạch cùng bên khối u, 2 BN có hạch đối bên khối u và 6 BN có hạch cả 2 bên. Số lượng hạch phát hiện thấy có 5 BN có từ 4 hạch trở lên, 2 BN có 3 hạch và 2 BN có 2 hạch, còn lại 8 BN thấy 1 hạch. Các hạch có kích thước từ 1-6 cm và không có hạch nào > 6cm. Cấu trúc hạch nhiều nhất là hình ảnh lan tràn ngoài vỏ + hoại tử với 30,0% (9/30 BN), 23,3% (7/30 BN) cấu trúc hạch lan tràn ngoài vỏ, 2/30 BN có cấu trúc hạch hoại tử.

**Bảng 4. Giai đoạn bệnh UTVH trên CT scan theo AJCC 2017**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Giai đoạn T trên CT scan</b>	T1	0
	T2	0
	T3	7
	T4	23
<b>Giai đoạn hạch</b>	N0	13
		43,3

<b>trên CT scan</b>	N1	11	36,7
	N2	6	20
	N3a	0	0
	N3b	0	0
<b>Giai đoạn UTVH trên CT scan</b>	I	0	0
	II	0	0
	III	5	16,7
	IVA	17	56,7
	IVB	0	0
	IVC	8	26,7

Kết quả bảng 4 thấy có 76,7% (23/30 BN) là khối u xâm lấn mức T4, còn lại 23,3% là xâm lấn mức độ T3 (7/30 BN). Có 43,3% (23/30 BN) có hạch ở giai đoạn N0, 36,7% (11/30 BN) có hạch ở giai đoạn N1 và 20,0% (6/30 BN) có hạch ở giai đoạn N2.

Tất cả BN đều thuộc giai đoạn lâm sàng III và IV với 100% đối tượng. Trong đó giai đoạn III là 16,7% (5/30 BN), giai đoạn IVA chiếm 56,7% (17/30 BN) là nhiều nhất và còn lại là giai đoạn IVC với 26,7% (8/30 BN).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành mô tả 30 trường hợp UTVH thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu có tuổi trung bình là  $48,9 \pm 14,5$  tuổi, BN trẻ nhất là 21 tuổi và cao nhất là 75 tuổi, tỉ lệ nam và nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là như nhau đều là 50,0% tương ứng 15/30 BN.

Đặc điểm lâm sàng khi thăm khám BN thấy có 1 nửa là phát hiện có hạch khi thăm khám lâm sàng. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Phạm Thới Thuận và cộng sự [4]. Tác giả khảo sát hạch cho thấy có 80% đối tượng có hạch, chủ yếu ở vị trí cánh giữa (41,7%) và cánh dưới (35%), có mật độ chắc (91,7%), kém hoặc ít di động (41,7%; 37,5% tương ứng). Nhưng bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi còn cho kết quả cao hơn so với Ngô Hữu Thuận và cộng sự [5] khi tác giả cho thấy không phát hiện được hạch trên lâm sàng và siêu âm hạch thấy có tỉ lệ là 15,7% có hạch. Sự khác biệt này có thể liên quan đến khác biệt về mẫu nghiên cứu ở từng bệnh viện và từng khu vực.

Trong nghiên cứu thấy BN có triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là chảy mũi, nghẹt mũi, chảy máu mũi, khịt khạc ra máu và sụt cân đều chiếm 26,7% (8/30BN), còn lại các triệu chứng khác ít gặp hơn. Khi mô tả về đặc điểm lâm sàng của BN UTVH trong Amal Saleh N và cộng sự [6] thấy sưng cổ là triệu chứng lâm sàng ban đầu gặp ở 61 (81,3%) BN, nghẹt mũi được thấy ở 32 (40%) BN và 19/80 BN bị đau đầu. Triệu chứng lâm sàng thường phản ánh 1 phần mức độ nặng của bệnh và khối u, vì vậy mỗi nghiên cứu sẽ tùy

thuộc vào mẫu mà có các mức độ về triệu chứng lâm sàng khác nhau nhưng vẫn có các đặc điểm thường gặp trên BN UTVH.

Về đặc điểm khối u trên CT scan thấy tất cả khối u đều có kích thước trên 3cm trở lên, 73,2% khối u có kích thước > 6cm (22/30 BN). Có thể thấy BN trong nghiên cứu có khối u khá lớn. Khi đánh giá trên CT scan không thể đánh giá được vị trí xuất phát ban đầu của khối u vì hầu hết đã choán chỗ của vùng vòm họng. Cấu trúc khối u quan sát trên CT scan thấy có 36,7% (11/30 BN) có khối u tăng đậm độ và 2/30 BN chiếm 6,7% có khối u giảm đậm độ + hoại tử. Tỉ lệ khối u tăng đậm độ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Phạm Thới Thuận và cộng sự [4], tác giả thấy hình ảnh CT có tất cả các khối u này đều tăng đậm độ. Trong nghiên cứu của Ngô Hữu Thuận [5] thì kết quả ngược lại, có 98,0% khối u là giảm đậm độ và 2,0% và giảm đậm độ và hoại tử. Nghiên cứu có 28/30 BN có khối u ngấm thuốc mạnh chiếm 93,3% và 11/30 BN tương ứng 36,7% là khối u ngấm thuốc không đồng nhất. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Ngô Hữu Thuận và cộng sự [5] với 62,7% ngấm thuốc mạnh chiếm tỉ lệ lớn nhất và 56,9% khối u ngấm thuốc không đồng nhất, còn lại 43,1% là ngấm thuốc đồng nhất. Nghiên cứu của Phùng Hưng và cộng sự [7] cũng thấy 100% BN có khối u đều ngấm thuốc và có 75,81% là ngấm thuốc không đồng nhất. Như vậy, việc tỉ lệ khối u có ngấm thuốc mạnh trong nghiên cứu này giúp việc quan sát các khối u trên CT scan rõ ràng hơn. Nghiên cứu chúng tôi có 86,7% là khối u có bờ giới hạn không rõ (26/30 BN) và 100% BN đều thấy hình ảnh khối u tăng sinh mạch máu trên CT scan và hầu hết BN trong nghiên cứu đều quan sát thấy khối u có tình trạng khối u xâm lấn khu vực lân cận trên CT scan. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ngô Hữu Thuận [5], Phạm Thới Thuận [4], Raica VP và cộng sự [8] và Amal Saleh N [6].

Đặc điểm của hạch trên CT thấy có 17/30 BN với 56,7% là quan sát thấy có hạch trên CT scan trong đó có 8 BN có hạch cùng bên khối u, 2 BN có hạch đối bên khối u và 6 BN có hạch cả 2 bên. Số lượng hạch phát hiện thấy có 5 BN có từ 4 hạch trở lên, 2 BN có 3 hạch và 2 BN có 2 hạch, còn lại 8 BN thấy 1 hạch. Các hạch có kích thước từ 1-6 cm và không có hạch nào > 6cm. Cấu trúc hạch nhiều nhất là hình ảnh lan tràn ngoài vỏ + hoại tử với 30,0% (9/30 BN), 23,3% (7/30 BN) cấu trúc hạch lan tràn ngoài vỏ, 2/30 BN có cấu trúc hạch hoại tử. Tỉ lệ thấy hạch trên CT scan của chúng tôi thấp hơn trong nghiên

cứu của Ngô Hữu Thuận [5] với hạch di căn là 96,1% (trong đó hạch hai bên là 82,4%). Số lượng hạch ( $\geq 4$  hạch) là 94,1%, kích thước hạch ( $> 1-3$  cm) là 58,8%. Cấu trúc hạch lan tràn ra ngoài vỏ là 51%. Nghiên cứu của Raica VP và cộng sự [8] thấy trong 16 BN, một nửa số trường hợp được tác giả phân tích, các khối hạch có kích thước trên 2cm và mất ranh giới vỏ trong 87,5% trường hợp, còn lại 3 trường hợp hạch  $< 1$ cm, 5 trường hợp hạch 1-2cm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi áp dụng phân loại xâm lấn T theo AJCC 2017, trên hình ảnh CT scan thấy tất cả BN đều thuộc giai đoạn lâm sàng III và IV với 100% đối tượng. Nghiên cứu của Ngô Hữu Thuận [5] thấy rằng giai đoạn III chiếm tỉ lệ cao nhất 51,0%, giai đoạn IVA-IVB là 23,5% và giai đoạn IVC là 11,8%. Tác giả Phạm Thới Thuận và cộng sự [4] thì thấy có thể thấy giai đoạn lâm sàng III và IV chiếm tỉ lệ 80% đối tượng. Giai đoạn khối u trong mỗi nghiên cứu phụ thuộc vào đặc điểm của BN trong mỗi nghiên cứu, nhưng đều thấy các giai đoạn phát hiện UTVH thì giai đoạn muộn chiếm tỉ lệ cao hơn.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 BN UTVH tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2022 đến tháng 12/2023 cho thấy UTVH thường gặp từ 30 tuổi trở lên và các triệu chứng lâm sàng không điển hình, thường phát hiện ở giai đoạn muộn (III, IV), và hình ảnh CT scan đánh giá được tình trạng khối u, hạch và

xâm lấn cơ quan lân cận.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Cancer Observatory.** International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Available at: <https://gco.iarc.fr/> (Accessed on January 23, 2023).
2. **Ghoncheh M. Momenimovahed Z. Salehiniva H.** Epidemiology, Incidence and Mortality of Breast Cancer in Asia. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(S3):47-52. doi:10.7314/apicp.2016.17.s3.47
3. **Tabuchi K. Nakayama M. Nishimura B. Havashi K. Hara A.** Early detection of nasopharyngeal carcinoma. *Int J Otolaryngol.* 2011;2011:638058. doi:10.1155/2011/638058.
4. **Phạm Thới Thuận và Huỳnh Quang Huy.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính ung thư vòm trước xa tri tại bệnh viện ung bướu thành phố Cần Thơ năm 2022-2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2023, 64:153-159.
5. **Ngô Hữu Thuận, Hoàng Minh Lợi, Nguyễn Văn Đỉnh và cộng sự.** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dây đầu thu trong chẩn đoán ung thư vòm họng. *Tạp chí Y Dược – Trường Đại học Y Dược Huế.* 2014, 22+23: 159-167.
6. **Amal Saleh N. Tequum Debebe, Avnaalem A. et al.** Nasopharyngeal Carcinoma: A Retrospective Study on Imaging Patterns at Tikur Anbessa Specialized Hospital. Addis Ababa. Ethiopia. *Ethiop J Health Sci.* 2020;30(2):215. doi:<http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v30.i2.9>
7. **Phùng Hưng, Hoàng Minh Lợi và Phan Trọng An.** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính bệnh ung thư vòm họng. *Tạp chí Y Dược – Trường Đại học Y Dược Huế.* 2014, 2: 70-76.
8. **Raica VP, Bratu AM, Zaharia C, Sălcianu IA.** CT Evaluation of Squamous Cell Carcinoma of the Nasopharynx. *Curr Health Sci J.* 2019;45(1):79-86. doi:10.12865/CHSJ.45.01.11

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT GAN CÓ KẸP CUỖNG GAN TOÀN BỘ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2019-2023

Bùi Văn Quyết<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Nghĩa<sup>2</sup>, Trần Bảo Long<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan có kẹp cuống gan toàn bộ điều trị UTBMTBG. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả hồi cứu trên 47 bệnh nhân UTBMTBG được chỉ định phẫu thuật cắt gan có kẹp

cuống gan toàn bộ tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2019 – 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $53,3 \pm 11,2$  tuổi, nam giới chiếm 91,5%. Triệu chứng đau bụng phổ biến nhất (36,2%). HbsAg (+) là 87,2%, Anti HCV (+) là 21,3%. Chỉ số AFP trung bình là  $384,38 \pm 756,1$  ng/ml. Phẫu thuật cắt gan nhỏ là chủ yếu (59,6%), cắt gan lớn (40,4%). Thời gian phẫu thuật trung bình là  $277,7 \pm 58,1$  phút. Sau phẫu thuật, 14,9% bệnh nhân có biến chứng, tràn dịch màng phổi chiếm 6,4%, cổ trướng 4,3%, nhiễm khuẩn vết mổ 2,1% và suy gan sau mổ 2,1%. Sau 6 tháng phẫu thuật, không có bệnh nhân nào tái phát ung thư gan, không có bệnh nhân nào di căn xa. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan có kẹp cuống Glisson toàn bộ là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị UTBMTBG. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, kỹ thuật kẹp cuống Glisson.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Quyết

Email: quyetytb2010@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024