



ISSN 1859-400X

Tạp chí
UNG THƯ HỌC
Việt Nam

Số 80-2025

PHÁT HÀNH TRÊN TOÀN QUỐC



Hội Ung thư Việt Nam

■ Phó Tổng biên tập (Phụ trách)

GS.TS.BS. Lê Văn Quảng

■ Phó Tổng biên tập

PGS.TS.BS. Lê Minh Quang

■ Thư ký Tòa soạn

PGS.TS.BS. Phạm Văn Bình
BSCKII. Võ Đức Hiếu

■ Hội đồng Biên tập

PGS.TS.BS. Bùi Diệu - Bệnh viện K
GS.TS. Nguyễn Chấn Hùng - BV UB TP. HCM
GS.TS.BS. Nguyễn Bá Đức - Bệnh viện K
GS.TS.BS. Trần Văn Thuận - Bộ Y tế
BSCKII. Nguyễn Hồng Long - BV UB Đà Nẵng
BSCKII. Lê Hoàng Minh - BV UB TP. HCM
TS.BS. Võ Văn Kha - BV Ung bướu TP. Cần Thơ
GS.TS.BS. Trương Việt Dũng - Bộ Y tế
GS.TS.BS. Mai Hồng Bằng - BV TƯ Quân đội 108
BSCKII. Trần Tử Quý - BV Ung bướu Đà Nẵng
PGS.TS.BS. Tạ Văn Tờ - Bệnh viện K
PGS.TS.BS. Cung Thị Tuyết Anh - BV UB TP. HCM
TS.BS. Phan Thị Hồng Đức - BV UB TP. HCM
BS. Đặng Thế Căn - Bệnh viện K
GS.TS.BS. Lê Trung Hải - Hội Gan Mật Việt Nam
PGS.TS.BS. Nguyễn Lam Hòa - BV Việt Tiệp Hải Phòng
TS.BS. Nguyễn Thanh Đạm - Bệnh viện K
TS.BS. Hàng Quốc Tuấn - BV Ung bướu Kiên Giang
TS.BS. Diệp Bảo Tuấn - BV Ung bướu TP. HCM
BSCKII. Võ Đức Hiếu - BV Ung bướu TP. HCM
TS.BS. Trần Đặng Ngọc Linh - ĐHY Dược TP. HCM
TS.BS. Bùi Vinh Quang - BV Ung bướu Hà Nội
PGS.TS.BS. Phạm Cẩm Phương - BV Bạch Mai
PGS.TS.BS. Nguyễn Tiến Quang - BV Hữu Nghị Việt Xô
GS.TS.BS. Nguyễn Văn Ba - Học viện Quân Y
PGS.TS.BS. Nguyễn Thị Minh Phương -
BV Trung ương Quân đội 108
PGS.TS.BS. Đỗ Hùng Kiên - Bệnh viện K
PGS.TS.BS. Phùng Thị Huyền - Bệnh viện K

PGS.TS.BS. Nguyễn Thị Thái Hòa - Bệnh viện K
TS.BS. Nguyễn Công Hoàng - Bệnh viện K
PGS.TS.BS. Phạm Nguyên Tường - BV TƯ Huế
PGS.TS.BS. Trần Bảo Ngọc - ĐHY Dược Thái Nguyên
TS.BS. Võ Văn Xuân - Bệnh viện K
TS.BS. Nguyễn Văn Đăng - Bệnh viện K
PGS.TS.BS. Lê Hồng Quang - Bệnh viện K
PGS.TS.BS. Trịnh Lê Huy - Đại học Y Hà Nội
PGS.TS. Nguyễn Xuân Hậu - Bệnh viện K
TS.BS. Ngô Quốc Duy - Bệnh viện K
GS.TS.BS. Lê Thị Hương - Đại học Y Hà Nội
GS.TS.BS. Trần Huy Thịnh - Đại học Y Hà Nội
TS.BS. Đào Văn Tú - Bệnh viện K
GS.TS. Ian F. Tannock - Đại học Toronto, Canada
TS.BS. Kelly M. Smith - Tập đoàn Y tế Colorado, Mỹ
BS. Gina Villani - Bệnh viện NewYork-Presbyterian, Mỹ
GS. Lewis A. Hassell - Đại học Oklahoma, Mỹ
GS.TS. Guilhem Bousquet - Bệnh viện Avicenne, Pháp
GS.TS. Quỳnh-Nhu Nguyen - Đại học Texas, Mỹ

■ Ban biên tập

TS.BSCKII. Phạm Xuân Dũng
TS.BS. Võ Văn Kha
PGS.TS.BS. Đỗ Anh Tú
BSCKII. Võ Đức Hiếu
TS.BS. Hồ Long Hiền
PGS.TS.BS. Phạm Cẩm Phương
PGS.TS.BS. Phùng Thị Huyền
TS.BS. Nguyễn Công Hoàng
PGS.TS.BS. Phạm Nguyên Tường
PGS.TS.BS. Trần Bảo Ngọc
TS.BS. Nguyễn Văn Đăng
PGS.TS.BS. Lê Hồng Quang
TS.BS. Ngô Quốc Duy
TS.BS. Đào Văn Tú
TS.BS. Phạm Tuấn Anh

■ Ban thư ký

ThS. Nguyễn Thị Hoàng Thảo
TS.DS. Nguyễn Khắc Dũng
ThS.BS. Nguyễn Thu Hương
ThS. Hoàng Phương Thảo

Địa chỉ Tòa soạn:

TẠP CHÍ UNG THƯ HỌC VIỆT NAM

Địa chỉ: Số 30, Cầu Bươu, Phường Thanh Liệt, Thành phố Hà Nội.

Điện thoại: 0917.333.779

Website: <https://vnjo.vn> * Email: tapchiungthuhocvn@gmail.com.

Giấy phép xuất bản số: 312/GP-BTTTT ngày 24/10/2024 của Bộ Thông tin và Truyền thông.
In 100 bản, khổ 20,5×25cm, tại Công ty TNHH in Tre Xanh.

MỤC LỤC

Trang

THÔNG TIN HOẠT ĐỘNG

Hội thảo phòng, chống ung thư Hà Nội 2025.....	5
--	---

TỔNG QUAN

Hiệu quả của kỹ thuật tách cung trong xạ phẫu lập thể bướu di căn não đa ổ.....	6
---	---

Ngô Trung Nghĩa, Lê Thanh Quang

Khảo sát tỷ lệ viêm tại chỗ và một số yếu tố liên quan sau đặt Catheter tĩnh mạch ngoại vi tại khoa Nội nhi, Bệnh viện K.....	15
---	----

Hoàng Thị Tuyền, Đỗ Cẩm Thanh, Đỗ Tuyết Mai,
Nguyễn Thị Hương, Đỗ Thị Chung Thủy, Nguyễn Đình Lê

Đánh giá việc thực hành đúng kỹ thuật và chăm sóc Catheter tĩnh mạch ngoại vi trên người bệnh ung thư của điều dưỡng tại các khoa Lâm sàng, Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh.....	24
---	----

Đặng Thị Thu Trâm, Phạm Minh Thanh, Trương Thị Tơ, Đặng Hoài Nhân

UNG THƯ HỌC

Malakoplakia ở thận giả u ác tính trên hình ảnh học: Báo cáo một trường hợp hiếm gặp và hồi cứu y văn.....	41
--	----

Lê Thị Quỳnh Mai, Lê Hồ Ngọc Trâm, Phạm Quốc Thắng, Thái Anh Tú

Bướu cơ vân thể người lớn ở hạ hầu: Báo cáo một trường hợp hiếm gặp và hồi cứu y văn.....	47
---	----

Dương Duy Hưng, Trịnh Nguyễn Minh Anh, Vũ Huyền Trang,
Dương Thanh Tú, Thái Anh Tú

Tổng quan y văn về mối tương quan giữa hình ảnh siêu âm và mô bệnh học trong phân loại O-Rads khối u phần phụ.....	55
Đỗ Minh Hoàng Trọng	
U tế bào Schwann và u tủy mỡ xuất hiện đồng thời ở tuyến thượng thận: Báo cáo một trường hợp và hồi cứu y văn.....	64
Nguyễn Thị Kim Thoa, Nguyễn Tiến Mạnh, Phạm Quang Thông, Lê Hồ Ngọc Trâm, Hoàng Hạnh Dung, Hoàng Văn Thịnh	
Đặc điểm mô đệm u trong ung thư vú bộ ba âm tính.....	71
Nguyễn Thị Hồng Liễu, Nguyễn Thị Minh Thức, Bùi Thị Mỹ Hạnh	
Kết quả điều trị hạch cổ di căn Carcinoma chưa rõ nguyên phát tại Bệnh viện K.....	79
Đỗ Hùng Kiên, Nguyễn Văn Tài	
Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ bên tại khoa Ngoại đầu - cổ, Bệnh viện K năm 2025.....	88
Ngô Xuân Quý, Trần Đức Toàn, Trần Hùng Anh, Phạm Ngọc Dương, Lê Thị Hương Quỳnh	
Thực trạng thực hiện lý liệu pháp hô hấp ở người bệnh sau phẫu thuật ung thư phổi tại Bệnh viện K.....	97
Nguyễn Thị Thanh Mai, Nguyễn Khắc Kiểm	
Đánh giá kết quả nói giọng thực quản trên bệnh nhân cắt thanh quản toàn phần...	104
Phạm Huy Triều, Nguyễn Văn Đoàn, Nguyễn Văn Hảo	
Kết quả sớm phẫu thuật cắt trực tràng có tân bổ trợ toàn bộ trong điều trị ung thư trực tràng.....	113
Cao Xuân Thanh, Nguyễn Thanh Hùng, Nguyễn Văn Hải Vân, Nguyễn Phước Khánh, Nguyễn Ngọc Sơn	

Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng dưới 50 tuổi tại Bệnh viện K.....	119
Nguyễn Thị Phong Lan, Trịnh Thị Cơ, Nguyễn Tiến Thịnh	
Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ Beacopp trong điều trị bước đầu ở bệnh nhân u Lymphô Hodgkin giai đoạn III - IV, tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh.....	132
Trần Bửu Ngọc, Huỳnh Thị Bảo Vy, Bùi Thu Trang, Lưu Hùng Vũ	
Đánh giá hiệu quả của Brentuximab Vedotin phối hợp với hóa trị trên bệnh nhân Lymphôm Hodgkin tái phát, kháng trị có CD30(+) tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh.....	139
Phan Minh Châu, Nguyễn Thị Trang Dung, Lưu Hùng Vũ	
U Lympho dạng nguyên bào Lympho tế bào T: Đồng biểu hiện CD33, CD117 và CD34, dấu ấn TDT âm tính: Báo cáo một ca lâm sàng.....	150
Hồ Ngọc Dương, Nguyễn Thị Thanh Thủy, Phan Vĩnh Sinh, Lê Văn Hùng, Hoàng Ngọc Thanh	
Đánh giá hiệu quả phác đồ Bendamustin và Rituximab trong điều trị u Lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.....	155
Đoàn Quốc Bảo, Phạm Ngọc Văn Chương, Võ Thị Thu Yên, Nguyễn Phạm Thanh Nhân	
Báo cáo trường hợp lâm sàng: Bệnh bạch cầu mạn dòng tủy biểu hiện tăng tiểu cầu đơn độc.....	164
Lương Thị Trang, Nguyễn Đặng Quỳnh Anh, Phan Vĩnh Sinh	
Báo cáo ca lâm sàng về hiệu quả giảm đau ung thư giai đoạn cuối với Morphine truyền tĩnh mạch liên tục.....	170
Nguyễn Thị Phi Yến, Nguyễn Văn Thắng, Nông Hồng Thạch	

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư vú sau xạ trị bổ trợ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City.....	176
---	------------

Phạm Thị Quỳnh, Bò Thị Minh Châu, Hà Ngọc Sơn, Phạm Tuấn Anh,
Phùng Thị Thu Hương, Nguyễn Trung Hiếu, Nguyễn Văn Nam,
Lê Đức Anh, Dương Văn Nghĩa, Đoàn Trung Hiệp

Đánh giá tình trạng suy mòn và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư đang điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế bằng bộ đôi PG-SGA và FACT G7.....	188
--	------------

Nguyễn Khoa Anh Chi, Nguyễn Thị Cẩm Tuyền, Võ Thị Hồng Bích,
Bùi Thị Liên Hương, Lê Thị Hoài, Hồ Thị Phương Lan

THÔNG TIN CHUNG

Ý nghĩa của thử nghiệm Inavo-120 đối với điều trị ung thư vú di căn có đột biến PIK3CA, dương tính thu thể nội tiết và âm tính HER2.....	197
---	------------

HỘI THẢO PHÒNG, CHỐNG UNG THƯ HÀ NỘI 2025

Nhân dịp kỷ niệm 25 năm ngày thành lập Bệnh viện Ung bướu Hà Nội (08/11/2000 - 08/11/2025), Bệnh viện Ung bướu Hà Nội phối hợp với Hội Ung thư Việt Nam và Sở Y tế Hà Nội tổ chức Hội thảo Phòng chống Ung thư Hà Nội 2025 diễn ra trong hai ngày 06-07/11/2025 tại Trung tâm Hội nghị Quốc gia. Đây là sự kiện khoa học quan trọng trong lĩnh vực ung bướu, được tổ chức nhằm tăng cường trao đổi chuyên môn, cập nhật những tiến bộ mới trong chẩn đoán và điều trị ung thư.

Chương trình hội thảo tập trung vào các nội dung trọng tâm như: Chiến lược phòng chống ung thư tại Việt Nam trong giai đoạn mới; cập nhật các phương pháp chẩn đoán sớm và điều trị hiện đại đối với một số loại ung thư thường gặp; ứng dụng các tiến bộ của y học chính xác, sinh học phân tử và công nghệ mới trong điều trị ung thư; cũng như các giải pháp nâng cao hiệu quả quản lý, chăm sóc và hỗ trợ người bệnh ung thư. Bên cạnh đó, hội thảo cũng là diễn đàn để các chuyên gia chia sẻ kinh nghiệm thực tiễn trong công tác khám chữa bệnh, góp phần nâng cao chất lượng điều trị ung thư tại các cơ sở y tế.

Hội thảo dự kiến sẽ có sự tham gia của hơn 2.000 đại biểu là những chuyên gia đầu ngành, các nhà khoa học, bác sĩ, cán bộ y tế đang công tác trong lĩnh vực ung bướu đến từ nhiều bệnh viện, cơ sở y tế và viện nghiên cứu trên cả nước gồm 10 phiên chuyên ngành, 3 phiên CME, 2 Hội thảo vệ tinh với 100 báo cáo khoa học trực tiếp, 26 báo cáo poster, phản ánh chiều sâu học thuật và sự cập nhật toàn diện các tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh ung thư.

Hội thảo có sự tham dự của hơn 40 chuyên gia quốc tế, các chuyên gia hàng đầu đến từ Trung tâm Ung thư MD Anderson (Hoa Kỳ), Hiệp hội Điều dưỡng Ung thư Quốc tế (ISNCC), cùng các Giáo sư và chuyên gia cao cấp đến từ Pháp, Ý, Úc, Nhật Bản, Hàn Quốc, Đài Loan (Trung Quốc) và Singapore, tham gia chủ tọa, báo cáo và thảo luận chuyên môn tại nhiều phiên nội dung trọng điểm.

Đặc biệt, chương trình năm nay đánh dấu bước phát triển mới trong hợp tác quốc tế với các phiên chuyên đề trọng tâm, bao gồm Phiên ECHO - Cancer - Dự án mở rộng chăm sóc sức khỏe cộng đồng hướng tới cải thiện sức khỏe cộng đồng thông qua công tác đào tạo nâng cao năng lực chuyên môn bằng hình thức trực tuyến và Phiên VTOP - thúc đẩy dịch vụ điều trị đa mô thức theo nhóm đa chuyên khoa, hướng tới mô hình chăm sóc ung thư toàn diện, liên tục và lấy người bệnh làm trung tâm.

Thông qua hội thảo, các đại biểu có cơ hội trao đổi, cập nhật kiến thức chuyên môn, tăng cường hợp tác giữa các cơ sở y tế, từ đó góp phần thúc đẩy sự phát triển của chuyên ngành ung bướu tại Việt Nam. Đồng thời, sự kiện cũng góp phần nâng cao nhận thức của cộng đồng về tầm quan trọng của việc phòng ngừa, phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh ung thư.

Hội thảo Phòng, chống Ung thư Hà Nội năm 2025 được kỳ vọng sẽ mang lại nhiều giá trị khoa học và thực tiễn, đóng góp tích cực vào nỗ lực chung của ngành y tế trong việc giảm gánh nặng bệnh ung thư và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người dân.

HIỆU QUẢ CỦA KỸ THUẬT TÁCH CUNG TRONG XẠ PHẪU LẬP THỂ BƯỚU DI CĂN NÃO ĐA Ổ

Ngô Trung Nghĩa^{1*}, Lê Thanh Quang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của kỹ thuật tách cung so với kế hoạch 5 cung truyền thống trong xạ phẫu lập thể (SRS) điều trị di căn não đa ổ. Trọng tâm phân tích bao gồm giảm hiện tượng cầu liều, bảo vệ mô não lành và cải thiện tỷ lệ thành công của đảm bảo chất lượng (QA) trên hệ thống TrueBeam không hỗ trợ HyperArc.

Phương pháp: Hồi cứu 22 bệnh nhân (52 ổ di căn, 2-4 ổ mỗi ca) tại Bệnh viện Ung bướu TP. HCM. Mỗi bệnh nhân được lập hai kế hoạch: (1) kế hoạch 5 cung VMAT (2 toàn cung đồng phẳng và 3 bán cung không đồng phẳng) và (2) kế hoạch tách cung VMAT (tối đa 10 cung, có đồng phẳng và không đồng phẳng, mỗi cung bao 1-2 ổ gần nhau). So sánh các chỉ số liều (D2%, D98%, Dmean, CI, CI50, HI, GI), liều não lành (V10%, V25%, V12 Gy), số MU và tỷ lệ QA (2% 2 mm, 1,5% 1,5 mm).

Kết quả: Cả hai phương pháp đều đạt độ bao phủ và độ phù hợp PTV tương đương (D2, D98, Dmean, CI, HI, GI), đáp ứng các tiêu chuẩn RTOG. Kỹ thuật tách cung giảm đáng kể liều não lành (V10% giảm 11,95%; V25% giảm 13,49%; V12Gy giảm 6,65%) và hạn chế cầu liều, nhưng làm tăng số MU lên 1,72 lần. Tỷ lệ QA cải thiện rõ rệt với tách cung (31,8% → 100% ở mức 2% 2 mm; 9% → 73% ở mức 1,5% 1,5 mm).

Kết luận: VMAT tách cung là lựa chọn thực tế và hiệu quả trong SRS cho bệnh nhân di căn não đa ổ trên hệ thống không hỗ trợ HyperArc. Kỹ thuật này giúp bảo vệ não lành tốt hơn và tăng tính ổn định của QA mà không ảnh hưởng đến bao phủ khối u, dù thời gian phát tia dài hơn. Đây là giải pháp đặc biệt hữu ích cho các trung tâm vẫn sử dụng nền tảng TrueBeam/Eclipse phiên bản cũ.

Từ khóa: Xạ phẫu lập thể; di căn não đa ổ; tách cung; đảm bảo chất lượng kế hoạch; VMAT.

¹Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh

*Chịu trách nhiệm chính: Ngô Trung Nghĩa

Email: ngtngh@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

EFFECTIVENESS OF ARC-SPLITTING TECHNIQUE IN STEREOTACTIC RADIOSURGERY FOR MULTIPLE BRAIN METASTASES

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the effectiveness of the arc-splitting technique compared with the conventional 5-arc plan in stereotactic radiosurgery (SRS) for multiple brain metastases. The focus was on reducing dose bridging, sparing healthy brain tissue and improving plan quality assurance (QA) pass rates on TrueBeam systems without HyperArc support.

Methods: A retrospective cohort of 22 patients (52 lesions, 2-4 per case) treated at Ho Chi Minh City Oncology Hospital was analyzed. Each patient underwent two plans: (1) a 5-arc VMAT plan (two coplanar full arcs and three non-coplanar half arcs) and (2) an arc-splitting VMAT plan (up to 10 arcs, each covering 1–2 adjacent lesions, coplanar full arcs and non-coplanar half arcs). Dosimetric indices (D2%, D98%, Dmean, CI, CI50, HI, GI), healthy brain dose (V10%, V25%, V12 Gy), monitor units (MU) and QA pass rates (2%2 mm, 1.5%1.5 mm) were compared.

Results: Both techniques provided equivalent target coverage and conformity (D2, D98, Dmean, CI, HI, GI), consistent with RTOG standards. Arc-splitting significantly reduced healthy brain dose (V10% reduced by 11.95%; V25% reduced by 13.49%; V12Gy reduced 6.65%) and minimized dose bridging, at the cost of increased MU (1.72-fold). QA pass rates improved markedly with arc-splitting (31.8%→100% at 2%2 mm; 9%→73% at 1.5%1.5 mm).

Conclusion: Arc-splitting VMAT is a practical and effective alternative for multiple brain metastases SRS on systems without HyperArc. It provides superior healthy brain sparing and QA robustness without compromising tumor coverage, albeit with longer beam-on time. This approach may be particularly valuable for centers using older TrueBeam/Eclipse platforms.

Keywords: Stereotactic radiosurgery (SRS); multiple brain metastases; plan quality assurance (QA); arc splitting; VMAT.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xạ phẫu lập thể bằng máy xạ trị gia tốc, sử dụng bộ chuẩn trực đa lá MLC hiện nay là một trong những kỹ thuật xạ phẫu điều trị di căn não được áp dụng ngày càng nhiều do có nhiều ưu điểm, tiện lợi so với các thiết bị xạ trị trước đó (Gamma Knife, Cyber Knife, Linac dùng cone...) như việc lập kế hoạch một tâm thay vì đa tâm, thời gian xạ trị chỉ còn 5-10 phút thay vì hàng giờ... Việc điều biến liều sao cho một lượng liều rất cao (6-24 Gy mỗi phân liều) đổ vào các ổ di căn thể tích nhỏ

(đường kính dưới 4 cm) nhưng vẫn bảo vệ được những cơ quan quý là mục tiêu của kỹ thuật này. Để đạt được mục tiêu đó, năm 2017, hãng Varian (Mỹ) đã giới thiệu kỹ thuật HyperArc dùng xạ phẫu trên máy TrueBeam. Kỹ thuật này sử dụng 4 cung VMAT với góc quay bàn điều trị lần lượt là 0°, 45°, 270° và 315° tạo ra sự kết hợp phân bố liều giữa đồng phẳng (coplanar) và không đồng phẳng (non-coplanar) giúp người lập kế hoạch đạt được mục tiêu trên. Tuy nhiên, không phải máy xạ trị TrueBeam nào cũng có thể làm được kỹ thuật

này. Những máy xạ trị TrueBeam phiên bản dưới 2.7 và phần mềm lập kế hoạch Eclipse phiên bản dưới 15 không áp dụng cho HyperArc được. Tuy nhiên, đối với những hệ máy này, chúng ta vẫn có thể lập kế hoạch xạ phẫu bằng áp dụng toàn bộ các thông số của kỹ thuật HyperArc, trừ bộ cố định Encompass.

Khi tiến hành như vậy, đối với những bước đa ổ, xuất hiện vấn đề “câu liều” (liều nối giữa các ổ bước gần nhau) và đảm bảo chất lượng kế hoạch (QA) sẽ cho tỷ lệ thành công (pass rate) rất thấp (thường là nhỏ hơn 90%). Vì thế, nghiên cứu

này được thực hiện nhằm đánh giá ảnh hưởng về liều lượng và đảm bảo kế hoạch xạ trị của việc sử dụng nhiều cung, mỗi cung thực hiện cho 1-2 ổ bước so với việc sử dụng 5 cung, mỗi cung bao quanh đồng thời tất cả các ổ di căn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

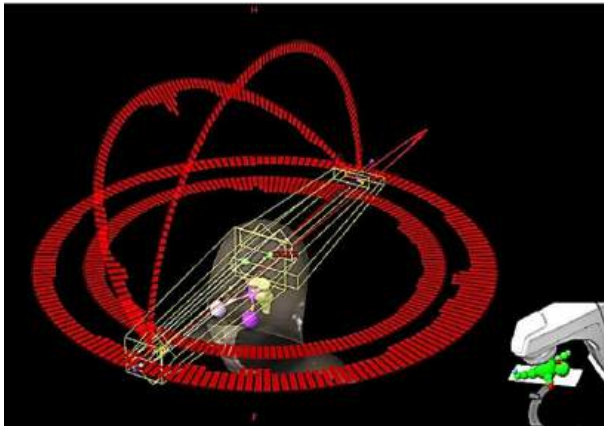
Nhóm nghiên cứu tiến hành hồi cứu trên 22 ca bệnh ung thư di căn não đa ổ (từ 2 - 4 ổ) với tổng cộng 52 ổ di căn tại Bệnh viện Ung bướu TP. HCM. Dữ liệu thống kê bệnh nhân được thể hiện trong Bảng 1.

Bảng 1. Thống kê dữ liệu của 22 ca bệnh được chọn nghiên cứu

STT	Mã bệnh nhân	Số ổ di căn	Tổng thể tích PTV (cc)	Khoảng thể tích PTV (cc)	Tổng liều (Gy)	Số phân liều
1	BN1	2	7,30	1,75-5,55	27	3
2	BN2	4	6,40	0,52-3,04	27	3
3	BN3	3	8,05	1,29-4,31	27	3
4	BN4	2	2,84	1,02-1,82	27	3
5	BN5	2	13,45	3,8-9,65	27	3
6	BN6	2	27,19	5,64-21,55	27	3
7	BN7	2	7,48	0,39-7,09	27	3
8	BN8	2	31,65	0,6-31,05	27	3
9	BN9	2	11,63	1,1-10,53	27	3
10	BN10	2	17,99	3,12-14,87	27	3
11	BN11	2	10,91	0,34-10,57	27	3
12	BN12	3	16,55	0,81-9,52	27	3
13	BN13	2	14,34	2,44-11,90	27	3
14	BN14	3	8,80	1,31-5,35	30	5
15	BN15	2	16,25	4,06-12,19	30	5
16	BN16	2	31,26	4,88-26,38	30	5
17	BN17	2	36,74	16,31-20,43	30	5

STT	Mã bệnh nhân	Số ổ di căn	Tổng thể tích PTV (cc)	Khoảng thể tích PTV (cc)	Tổng liều (Gy)	Số phân liều
18	BN18	4	22,00	0,54-16,68	30	5
19	BN19	2	24,21	1,22-22,99	30	5
20	BN20	2	38,24	4,26-33,98	30	5
21	BN21	3	21,48	1,07-13,28	30	5
22	BN22	2	34,61	13,62-20,99	30	5

Tất cả 22 ca bệnh trên đều được lập kế hoạch trên phần mềm Eclipse 13.6 của hãng Varian. Mỗi bệnh nhân sẽ được lập 2 kế hoạch khác nhau được minh họa trong Hình 1:

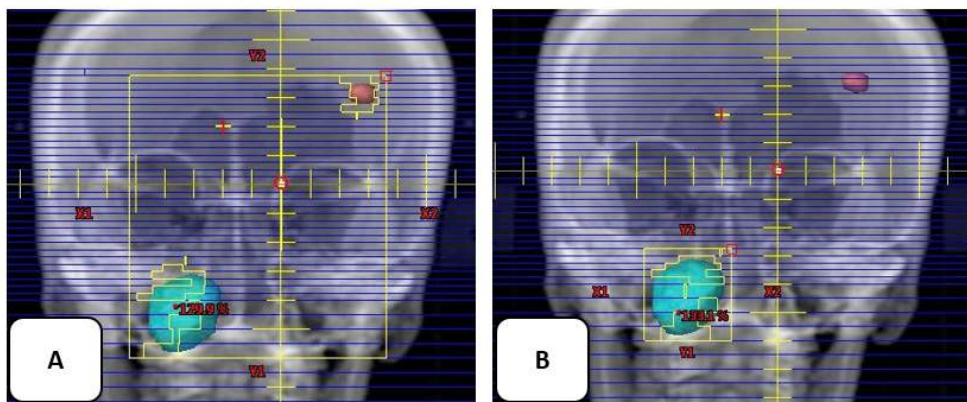


Hình 1. Hình dạng cung xạ gồm 2 toàn cung và 3 bán cung

- Kế hoạch sử dụng 5 cung: Chỉ gồm 5 cung xạ, bao gồm 2 toàn cung không quay bàn và 3 bán cung có các góc quay bàn lần lượt là 45° , 270° và 315° như Hình 1.

Mỗi cung có trường chiếu bao lấy toàn bộ các ổ di căn não (Hình 2a).

- Kế hoạch tách cung: Mỗi cung xạ có trường chiếu chỉ bao lấy một hoặc hai ổ bướu (ở gần sát nhau), tối đa có thể có 10 cung xạ (do giới hạn của phần mềm Eclipse 13.6), có cả quay bàn và không quay bàn với góc quay như kế hoạch 5 cung..., (Hình 2b).



Hình 2. Trường chiếu bao lấy nhiều bướu (a) và bao lấy một bướu (b)

Tất cả những kế hoạch đều đồng nhất về thông số cung xạ (góc quay collimator, chùm tia FFF 6 MV suất liều 1.400 MU/phút, khoảng cách giữa các ngàm (jaw) với bước là 2 mm...), thông số tính liều, thuật toán tính liều AAA... Quy trình đánh giá chất lượng kế hoạch (QA) trên EPID sẽ được thể hiện trên phần mềm Portal Dose. Các kế hoạch sau khi đã tính liều và QA sẽ được đánh giá và so sánh, kiểm định T-test.

Thu thập số liệu: Nhóm nghiên cứu đã tiến hành thu thập những số liệu trên 52 ổ di căn như dưới đây:

- Liều lượng vào bước: Liều nhận được trên 2% và 98% thể tích (D2 và D98), liều trung bình

Dmean trên mỗi thể tích của mỗi ổ, liều cực đại Dmax bước nhận được [1], [5].

- Liều vào não lành (thể tích não sau khi trừ đi thể tích PTV): So sánh thể tích não lành nhận 10%, 25% liều chỉ định và 12 Gy với tiêu chí càng thấp càng tốt [2], [6].

- Những chỉ số đánh giá kế hoạch: CI (chỉ số phù hợp thể tích nhận liều), HI (chỉ số đồng nhất liều), GI (chỉ số suy giảm liều) [3], [4].

- Số MU (monitor unit) mỗi kế hoạch tính ra được.

- Tỷ lệ QA thành công (%).

Công thức tính và ý nghĩa những chỉ số trên được trình bày như Bảng 2 sau:

Bảng 2. Chỉ số đánh giá liều vào thể tích đích

Chỉ số	Mô tả	Cách tính	Tiêu chuẩn	Chấp nhận
D2%	Liều vào 2% thể tích đích	DVH	107-130% liều chỉ định	
D98%	Liều vào 98% thể tích đích	DVH	> 95% liều chỉ định	
Dmean	Liều trung bình vào thể tích đích	DVH	≥ 100% liều chỉ định	
CI	Mức độ phù hợp của vùng liều 100% so với thể tích đích	$\frac{\text{Thể tích Isodose 100\%}}{\text{Thể tích PTV}}$	1-1,2	0,9-1 hoặc 1,2-2
CI50	Mức độ phù hợp của vùng liều 50% so với thể tích đích	$\frac{\text{Thể tích Isodose 50\%}}{\text{Thể tích PTV}}$	3-7,5	Càng thấp càng tốt
HI	Độ đồng nhất về phân bố liều trên thể tích đích	$\frac{\text{Giá trị liều cực đại}}{\text{Giá trị liều cực tiểu}}$	≤ 1,25	≤ 2
GI	Mức độ suy giảm liều khi ra khỏi thể tích đích	$\frac{\text{Thể tích Isodose 50\%}}{\text{Thể tích Isodose 100\%}}$	≤ 3	3 - 5

Xử lý số liệu: Nhóm nghiên cứu sẽ so sánh mức độ thay đổi giữa kế hoạch 5 cung và tách cung bằng cách so sánh các cặp trị trung bình, rút ra nhận xét.

3. KẾT QUẢ

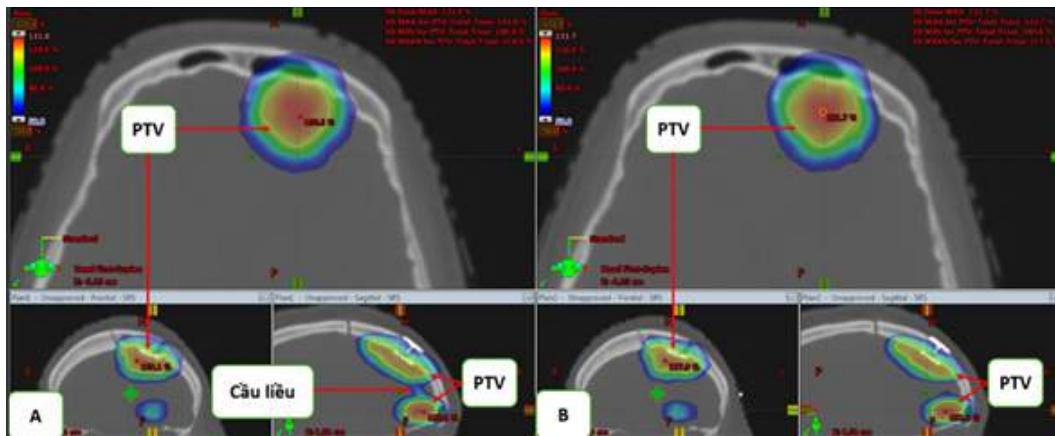
Liều vào PTV: Trị trung bình của giá trị liều vào 2%, 98% thể tích PTV, liều trung bình của PTV... ở kế hoạch 5 cung và tách cung được thể hiện trong Bảng 3.

Bảng 3. Giá trị trung bình liều vào PTV

Kế hoạch		5 cung	Tách cung	Giá trị p
Tiêu chí				
D2	Giá trị (%)	125,96±0,62	125,63±0,52	0,24
D98	Giá trị (%)	107,05±0,31	107,08±0,26	0,45
Dmean	Giá trị (%)	116,72±0,45	116,73±0,33	0,48
CI	Giá trị	1,484±0,038	1,490±0,040	0,32
CI50	Giá trị	5,462±0,338	5,211±0,305	< 0,01
HI	Giá trị	1,286±0,008	1,283±0,006	0,22
GI	Giá trị	3,557±0,134	3,387±0,112	< 0,01

Theo tiêu chuẩn RTOG 90-05 và RTOG 93-05, 5 tiêu chí D2%, D98%, Dmean, CI, HI của hai loại kế hoạch (5 cung và tách cung) đều có giá trị trung bình gần như là như nhau, không có sự chênh lệch đáng kể. Chỉ có 2 tiêu chí CI50 và GI thay đổi có ý nghĩa về mặt thống kê.

Ngoài ra, có 3 ca xuất hiện cầu liều 50% khi lập kế hoạch 5 cung khi các ổ di căn ở quá gần nhau (dưới 4 cm). Hiện tượng này hoàn toàn không có khi lập kế hoạch tách cung.



Hình 3. Vùng liều 50% liều chỉ định của kế hoạch 5 cung (A) và kế hoạch tách cung (B) trên cùng lát cắt

Liều vào não lành được xét ở ba tiêu chí V10%, V25% và 12 Gy được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 4. Thể tích não lành nhận 10%, 25% liều chỉ định và 12 Gy

Loại kế hoạch		5 cung	Tách cung	Khác biệt (%)	Giá trị p
Tiêu chí					
V10% (cc)		622,31±54,43	555,88±49,52	10,38±1,74	< 0,01
V25% (cc)		169,99±17,12	149,79±14,83	11,19±1,77	< 0,01
V12 Gy (cc)		63,22±7,15	59,02±6,31	5,64±0,94	< 0,01

Kết quả cho thấy khi xét các tiêu chí V10%, V25% và V12 Gy nhận liều của não lành thì việc tách cung đã giảm liều nhận vào não lành đáng kể so với kế hoạch 5 cung và đều có ý nghĩa thống

kê (giá trị $p < 0,01$), trung bình giảm được từ 5% đến hơn 11%.

Trị trung bình của số MU của 2 loại kế hoạch 5 cung và tách cung được trình bày trong Bảng 5.

Bảng 5. Thống kê số MU ở hai loại kế hoạch

Loại kế hoạch	Trung bình
5 cung	3373,21±170,94
Tách cung	5801,47±439,34

Kế hoạch tách cung cho thấy làm tăng mạnh số MU, nhiều hơn so với kế hoạch chỉ sử dụng 5 cung khoảng 1,72 lần, dẫn đến thời gian phát tia lâu hơn.

Toàn bộ các kế hoạch sau khi tính toán về liều lượng sẽ được đem đi đảm bảo chất lượng (QA) nhằm đảm liều thực tế khi phát tia sẽ đạt yêu cầu như lúc tính toán trên phần mềm Eclipse.

Bảng 6. Thống kê kết quả đảm bảo chất lượng kế hoạch, mức sai lệch 2% 2 mm

Loại kế hoạch	Trung bình [%]	Tỷ lệ kế hoạch đạt	Giá trị p
5 cung	92,55±1,04	7/22 (31,82%)	< 0,01
Tách cung	98,46±0,23	22/22 (100%)	

Giá trị trung bình của tỷ lệ điểm đo đạt yêu cầu ở kế hoạch tách cung cải thiện hơn so với kế hoạch 5 cung khoảng 6%. Tuy nhiên, tỷ lệ kế hoạch đạt ở nhóm kế hoạch 5 cung chỉ là 31,82%, trong khi ở nhóm kế hoạch tách cung là 100%. Như vậy, có thể thấy rõ kế hoạch tách cung xạ cải thiện kết quả QA kế hoạch rất mạnh so với nhóm kế hoạch 5 cung.

Để đánh giá rõ hơn về khả năng đạt kết quả đảm bảo chất lượng của các kế hoạch, nghiên cứu đã nâng mức đánh giá sai lệch từ 2% 2 mm sang 1,5% 1,5 mm. Thống kê được thể hiện chi tiết ở Bảng 7.

Bảng 7. Thống kê kết quả đảm bảo chất lượng kế hoạch, mức sai lệch 1,5% 1,5 mm

Loại kế hoạch	Trung bình [%]	Tỷ lệ kế hoạch đạt	Giá trị p
5 cung	85,67±1,52	2/22 (9,09%)	< 0,01
Tách cung	96,19±0,42	16/22 (72,78%)	

Với yêu cầu chặt chẽ hơn, nhóm kế hoạch tách cung vẫn tỏ ra hiệu quả khi đạt gần 73% số kế hoạch. Trong khi đó nhóm kế hoạch 5 cung có số kế hoạch đạt lại rất thấp (chỉ khoảng 9%).

4. BÀN LUẬN

Các chỉ số D2%, D98%, D_{mean} , CI, HI hầu như

không thay đổi ở cả hai loại kế hoạch. Chỉ số CI50 và GI về gần giá trị tối ưu ở kế hoạch tách cung, có ý nghĩa thống kê. Như vậy dựa trên 7 chỉ số này, ta có thể nói nhóm kế hoạch tách cung vẫn đạt được hiệu quả điều trị như ở kế hoạch sử dụng 5 cung.

Khi các PTV ở quá gần nhau (khoảng cách giữa hai mép rìa PTV dưới 4 cm), kế hoạch 5 cung đã xuất hiện 3 ca có cầu liều dưới 50% liều chỉ định. Tuy nhiên, hiện tượng này hoàn toàn không xuất hiện ở kế hoạch tách cung do MLC và jaw bao phủ từng ổ PTV, ngăn chặn rò tia liều thấp. Trong khi đó, kế hoạch 5 cung chỉ có MLC bao phủ PTV. Từ đó, có thể đánh giá kỹ thuật tách cung tăng khả năng bảo vệ mô lành hiệu quả hơn so với kế hoạch 5 cung.

Kế hoạch tách cung giúp giảm đáng kể thể tích não lành nhận liều thấp (V12 Gy, V10% và V25%) so với 5 cung. Điều này giúp giảm nguy cơ biến chứng lâu dài cho mô não lành [6]. Nó cũng phù hợp với nghiên cứu của Johan Sundström năm 2025, khảo sát trên 26 ca thì thấy kế hoạch tách cung, giảm V12 Gy từ 49 cc xuống còn 26 cc [7].

Kế hoạch tách cung làm tăng gần gấp đôi số MU so với kế hoạch 5 cung. Đó là vì với mỗi cung trong kế hoạch 5 cung có thể tách, ta sẽ có nhiều cung xạ mới. Mỗi cung xạ được tách này có thiết lập về “đường đi” như ở kế hoạch 5 cung nhưng sẽ chỉ tập trung vào một thay vì nhiều khối u. Do đó, thời gian phát tia sẽ kéo dài hơn.

Kế hoạch tách cung có sự cải thiện rõ rệt trong kết quả đảm bảo chất lượng so với kế hoạch 5 cung. Đối với các kế hoạch sử dụng 5 cung xạ, các trường chiếu phải bao lấy từ 2 - 4 ổ bướu. Lúc này trường chiếu mở rộng, MLC phải điều biến đồng thời cho nhiều bướu, làm xuất hiện các đường rò liều. Đối với các kế hoạch tách cung, mỗi trường chiếu nhỏ hơn do chỉ bao lấy một bướu mục tiêu. Quá trình điều biến lúc này diễn ra độc lập giữa các bướu, ngàm cũng không mở tại những vị trí nằm giữa các bướu. Kết quả là liều vào bướu ở kế hoạch tách cung sẽ tập trung tốt hơn, hạn chế xảy ra hiện tượng rò liều tại vùng thể tích nằm giữa hai bướu, dẫn đến kết quả QA cho tỷ lệ thành công cao hơn.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kỹ thuật tách cung trong xạ phẫu lập thể di căn não đa ổ mang lại lợi ích vượt trội so với kế hoạch 5 cung truyền thống. Phương pháp này giúp hạn chế rõ rệt hiện tượng cầu liều, giảm thể tích não lành nhận liều thấp và cải thiện đáng kể tỷ lệ thành công QA, trong khi vẫn duy trì hiệu quả bao phủ và kiểm soát khối u.

Mặc dù số MU và thời gian phát tia tăng lên, kỹ thuật tách cung là giải pháp khả thi và an toàn, đặc biệt phù hợp cho các trung tâm chưa được trang bị HyperArc nhưng vẫn sử dụng hệ thống TrueBeam/Eclipse phiên bản cũ. Do đó, phương pháp này nên được cân nhắc áp dụng thường quy trong thực hành lâm sàng nhằm nâng cao chất lượng điều trị và giảm nguy cơ biến chứng lâu dài cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Orit Kaidar-Person et al. (2018). Hypofractionated and Stereotactic Radiation Therapy - A Practical Guide, Springer International Publishing AG.
- [2]. M.Gérard et al. (2017). Contraintes de dose en radiothérapie conformationnelle fractionnée et en radiothérapie stéréotaxique dans les hippocampes, le tronc cérébral et l'encéphale: limites et perspectives, Cancer Radiothérapie: Journal de la Société Française de Radiothérapie Oncologique, 21(6-7):636-647.
- [3]. Edward Shaw et al. (2000). Single dose radiosurgical treatment of recurrent previously irradiated primary brain tumors and brain metastases: final report of RTOG protocol 90-05, International Journal of Radiation Oncology Biology Physics, 47(2), 291-298.

- [4]. Souhami et al. (2004). Randomized comparison of stereotactic radiosurgery followed by conventional radiotherapy with carmustine to conventional radiotherapy with carmustine for patients with glioblastoma multiforme: report of Radiation Therapy Oncology Group 93-05 protocol, International Journal of Radiation Oncology Biology Physics, 60(3), 853-860.
- [5]. Redmond et al. (2021). Tumor control probability of radiosurgery and fractionated stereotactic radiosurgery for brain metastases, International Journal of Radiation Oncology Biology Physics, 110(1), 53-67.
- [6]. Y.R.Lawrence et al. (2010). Radiation Dose-Volume Effects in the Brain” (Int J Radiat Oncol Biol Phys;76(3 Suppl):S77-84). DOI: 10.1016/j.ijrobp.2009.02.091
- [7]. Johan Sundström et al. (2025). Partitioning of multiple brain metastases improves dose gradients in single-isocenter radiosurgery. *arXiv preprint*. doi:10.48550/arXiv.2504.16534

KHẢO SÁT TỶ LỆ VIÊM TẠI CHỖ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN SAU ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH NGOẠI VI TẠI KHOA NỘI NHỊ, BỆNH VIỆN K

Hoàng Thị Tuyền¹, Đỗ Cẩm Thanh², Đỗ Tuyết Mai¹,
 Nguyễn Thị Hường¹, Đỗ Thị Chung Thủy¹, Nguyễn Đình Lê^{2*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Catheter tĩnh mạch ngoại vi (PIVC) được sử dụng thường quy trong điều trị bệnh nhi ung thư nhưng tiềm ẩn nguy cơ viêm tĩnh mạch, gây đau, gián đoạn điều trị và tăng biến chứng.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ viêm tại chỗ và phân tích một số yếu tố liên quan sau đặt Catheter tĩnh mạch ngoại vi ở bệnh nhi ung thư.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 222 lượt đặt PIVC ở bệnh nhi điều trị tại khoa Nội nhi, Bệnh viện K (4-9/2025). Viêm tĩnh mạch được đánh giá bằng thang điểm VIP; các yếu tố liên quan được phân tích bằng hồi quy logistic.

Kết quả: Tỷ lệ viêm PIVC là 31,5%, chủ yếu ở mức độ nhẹ (VIP độ 1 chiếm 80%), không ghi nhận viêm độ 4-5. Viêm thường xuất hiện trong 24-48 giờ sau đặt catheter. Dịch dinh dưỡng tĩnh mạch là yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng nguy cơ viêm (OR = 2,58; p = 0,015).

Kết luận: Viêm PIVC là biến chứng thường gặp ở Catheter tĩnh mạch ngoại vi trên bệnh nhi ung thư. Cần tăng cường theo dõi PIVC trong 48 giờ đầu, hạn chế truyền dịch và thuốc kích ứng qua đường ngoại vi và cân nhắc sử dụng đường truyền trung tâm ở nhóm nguy cơ cao.

Từ khóa: Catheter tĩnh mạch ngoại vi; viêm tĩnh mạch; ung thư trẻ em; VIP score.

A STUDY ON THE RATE OF LOCAL INFLAMMATION AND ASSOCIATED FACTORS FOLLOWING PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETER PLACEMENT IN THE PEDIATRIC ONCOLOGY DEPARTMENT AT K HOSPITAL

ABSTRACT

Background: Peripheral intravenous catheters (PIVCs) are routinely used in the treatment of

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Lê

Email: nguyendinhleMD@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/7/2025

Ngày phản biện khoa học: 10/8/2025

Ngày chấp nhận đăng: 15/8/2025

pediatric oncology patients but are associated with a risk of phlebitis, leading to pain, treatment interruption and increased complications.

Objectives: To determine the incidence of local phlebitis and to analyze associated factors following peripheral intravenous Catheter insertion in pediatric oncology patients.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 222 PIVC insertions in pediatric patients treated at the Pediatric Department of K Hospital from April to September 2025. Phlebitis was assessed using the Visual Infusion Phlebitis (VIP) score, and associated factors were analyzed using logistic regression.

Results: The incidence of PIVC-related phlebitis was 31.5%, predominantly mild (VIP grade 1 accounted for 80%), with no cases of grade 4-5 phlebitis observed. Phlebitis most commonly occurred within 24-48 hours after Catheter insertion. Parenteral nutrition was identified as an independent risk factor for phlebitis (OR = 2.58; p = 0.015).

Conclusion: PIVC-related phlebitis is a common complication in pediatric oncology patients. Enhanced monitoring during the first 48 hours, avoidance of irritant fluids and medications via peripheral veins, and consideration of central venous access in high-risk patients are recommended.

Keywords: Peripheral intravenous catheter; phlebitis; pediatric oncology; VIP score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Catheter tĩnh mạch ngoại vi (Peripheral Intravenous Catheter - PIVC) là phương tiện được sử dụng phổ biến trong điều trị bệnh nhi ung thư nhằm truyền dịch, hóa chất, kháng sinh và các thuốc hỗ trợ. Nhờ ưu điểm dễ thực hiện, chi phí thấp và ít xâm lấn hơn Catheter trung tâm, PIVC là lựa chọn hàng đầu trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, việc sử dụng rộng rãi PIVC cũng đi kèm nguy cơ xảy ra các biến chứng.

Trong số các biến chứng, viêm tĩnh mạch tại chỗ là thường gặp nhất, biểu hiện bằng đau, đỏ, sưng và có thể dẫn đến gián đoạn điều trị, tăng chi phí chăm sóc cũng như nguy cơ nhiễm khuẩn liên quan catheter. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch liên quan PIVC dao động rộng, từ 2% đến trên 30%, tùy thuộc vào đặc điểm bệnh nhân, loại dịch truyền, thời gian lưu Catheter và chất lượng chăm sóc.

Nguy cơ viêm tĩnh mạch chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố. Về phía bệnh nhân, trẻ nhỏ, suy giảm miễn dịch và tình trạng dinh dưỡng kém làm tăng nguy cơ tổn thương thành mạch. Về phía catheter,

vật liệu và kích thước đóng vai trò quan trọng; Catheter polyurethane mềm hơn, ít gây kích ứng hơn so với Teflon. Ngoài ra, vị trí đặt gần khớp và thời gian lưu kéo dài cũng làm tăng nguy cơ biến chứng. Các yếu tố liên quan đến thuốc và dịch truyền như dung dịch ưu trương, pH bất thường hoặc các thuốc kích ứng (kháng sinh, thuốc vận mạch, hóa chất) có thể gây viêm tĩnh mạch do cơ chế hóa học. Bên cạnh đó, yếu tố kỹ thuật chăm sóc như vô khuẩn, cố định Catheter và theo dõi thường xuyên cũng có vai trò quyết định.

Ở bệnh nhi ung thư, nguy cơ viêm tĩnh mạch cao hơn do đặc điểm tĩnh mạch nhỏ, dễ tổn thương, tình trạng suy giảm miễn dịch và nhu cầu sử dụng nhiều thuốc có tính kích ứng. Trên thế giới, tỷ lệ viêm tĩnh mạch và thất bại PIVC ở trẻ em vẫn còn cao, trong khi tại Việt Nam, các nghiên cứu chủ yếu tập trung ở người lớn và còn thiếu dữ liệu trên nhóm bệnh nhi ung thư.

Khoa Nội nhi - Bệnh viện K có tần suất sử dụng PIVC lớn trong điều trị bệnh nhi ung thư, song các nghiên cứu hệ thống về tỷ lệ viêm và các yếu tố liên quan còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này

được thực hiện nhằm khảo sát tỷ lệ viêm tĩnh mạch tại chỗ và một số yếu tố liên quan sau đặt Catheter tĩnh mạch ngoại vi, làm cơ sở cho các biện pháp cải thiện chất lượng chăm sóc và điều trị.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Nội nhi, Bệnh viện K trong thời gian từ ngày 01/4/2025 đến 30/9/2025.

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhi từ 0 đến dưới 18 tuổi được đặt Catheter tĩnh mạch ngoại vi và được theo dõi trong quá trình lưu catheter. Các trường hợp có tổn thương da tại vị trí đặt catheter, bị rút Catheter sớm do nguyên nhân kỹ thuật hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu được loại trừ.

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu tối thiểu được xác định là 216 bệnh nhân được đặt Catheter theo công thức.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

P: ước tính tỷ lệ viêm tĩnh mạch qua Catheter ngoại vi (theo các nghiên cứu trong nước và quốc tế, p dao động 10-20%. Chọn $p = 0,15 \sim 15\%$); $Z = 1,96$ với $\alpha = 0,05$; $d = 0,05$ (sai số cho phép). Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được sử dụng, thu thập toàn bộ các trường hợp đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu cho đến khi đạt cỡ mẫu yêu cầu.

Đánh giá viêm tĩnh mạch được thực hiện bằng thang điểm Visual Infusion Phlebitis (VIP). Thang điểm VIP gồm 6 mức độ từ 0 đến 5 dựa trên các dấu hiệu lâm sàng tại vị trí đặt Catheter (đau, đỏ, sưng, nổi dây tĩnh mạch). Viêm tĩnh mạch có ý nghĩa lâm sàng được xác định khi điểm VIP ≥ 2 . Bệnh nhi được theo dõi và đánh giá định kỳ trong thời gian lưu Catheter để phát hiện sớm các dấu hiệu viêm.

Bảng 1. Thang điểm đánh giá viêm tĩnh mạch ngoại vi bằng quan sát

Điểm	Dấu hiệu	Tình trạng
0	Vị trí đường truyền bình thường, không đỏ, không sưng, không đau.	Không có dấu hiệu viêm TM.
1	Có một trong những dấu hiệu sau tại vị trí đường truyền: - Đau nhẹ. - Đỏ nhẹ.	Có thể là giai đoạn sớm của viêm TM.
2	Có hai trong các dấu hiệu sau tại vị trí đường truyền: - Đau - Đỏ - Sưng	Giai đoạn sớm của viêm TM.
3	Tất cả các dấu hiệu sau: - Đau dọc theo đường đi của kim lườn. - Tấy đỏ. - Sờ cứng xung quang chân kim.	Giai đoạn trung bình của viêm TM.
4	Tất cả các dấu hiệu sau: - Đau dọc theo đường đi của kim lườn. - Tấy đỏ. - Sờ cứng xung quanh chân kim. - TM nổi thành dây.	Giai đoạn tiến triển của viêm TM hoặc bắt đầu huyết khối TM.

Điểm	Dấu hiệu	Tình trạng
5	Tất cả các dấu hiệu sau: - Đau dọc theo đường đi của kim luồn. - Tấy đỏ. - Sờ cứng xung quanh chân kim. - TM nổi thành dây. - Sốt.	Giai đoạn tiến triển của huyết khối TM.

Phân tích số liệu và mức ý nghĩa thống kê: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD) nếu phân bố chuẩn, hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR) nếu phân bố không chuẩn.

So sánh giữa các nhóm được thực hiện bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test khi tần suất mong đợi nhỏ. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và viêm tĩnh mạch được đánh giá thông qua ước tính Odds ratio (OR) và khoảng tin cậy 95% (95% CI).

Các biến có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến ($p < 0,05$) được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm xác định các yếu tố nguy cơ độc lập. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi giá trị $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện K phê duyệt trước khi triển khai.

Tất cả đối tượng nghiên cứu và/hoặc người giám hộ hợp pháp (đối với bệnh nhi) đều được cung cấp đầy đủ thông tin về mục tiêu, nội dung và quy trình nghiên cứu, đồng thời ký cam kết đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Người tham gia có quyền từ chối hoặc rút lui khỏi nghiên cứu tại bất kỳ thời điểm nào mà không ảnh hưởng đến quá trình điều trị. Mọi thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị, không can thiệp làm thay đổi phác đồ điều trị thường quy và không gây thêm nguy cơ cho người bệnh. Tất cả dữ liệu thu thập được đảm bảo trung thực, chính xác và tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu 6 tháng (01/4/2025 - 30/9/2025), đã có 222 lượt đặt Catheter trên bệnh nhi tại khoa Nội nhi, Bệnh viện K, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	126	56,8
	Nữ	96	43,2
Tuổi	0-5 tuổi	64	28,8
	6-11 tuổi	79	35,6
	12-18 tuổi	79	35,6

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dinh dưỡng	Suy dinh dưỡng	55	24,8
	Không suy dinh dưỡng	167	75,2
Dân tộc	Kinh	162	73,0
	Khác	60	27,0
Nơi ở	Thành thị	49	22,1
	Nông thôn	113	50,9
	Miền núi	60	27,0

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu cho thấy số bệnh nhân nam chiếm ưu thế so với nữ, với tỷ lệ nam:nữ là 1,3:1. Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 6 trở lên, chiếm 71,2%. Tỷ lệ bệnh nhân nhẹ cân hoặc suy dinh dưỡng tương đối cao, ghi nhận ở 24,8% trường hợp. Về đặc điểm dân

tộc, đa số bệnh nhân là người Kinh, trong khi tỷ lệ bệnh nhân thuộc các dân tộc ít người chiếm 27%. Xét về nơi cư trú, phần lớn bệnh nhân đến từ khu vực nông thôn hoặc miền núi (77,9%), trong khi chỉ có 22,1% bệnh nhân sinh sống tại khu vực thành thị.

Bảng 3. Tỷ lệ viêm tại chỗ của PIVC theo phân độ

Các dấu hiệu lâm sàng tại vị trí lưu Catheter	Catheter viêm		
	Phân độ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không có dấu hiệu lâm sàng	Không viêm	152	68,5
Có một trong hai dấu hiệu sau: Đau nhẹ hoặc tấy đỏ vị trí đặt Catheter	1	56	25,2
Có 2 trong 3 dấu hiệu sau: Đau nhẹ; tấy đỏ; sưng nề vị trí đặt Catheter	2	13	5,8
Có tất cả 3 dấu hiệu sau và lan rộng: Đau dọc theo vị trí đặt Catheter; tấy đỏ; sưng nề	3	1	0,5
Có tất cả 4 dấu hiệu sau và lan rộng: 3 dấu hiệu của mức độ 3 và tĩnh mạch nổi cứng cảm giác sờ chạm	4	0	0
Có tất cả 5 dấu hiệu sau và lan rộng: 4 dấu hiệu mức độ 4 và sốt lạnh run	5	0	0
Tổng số		222	100

Tỷ lệ viêm tại chỗ liên quan đến Catheter tĩnh mạch ngoại vi trong nghiên cứu khá cao, ghi nhận ở 31,5%, tương đương 70/222 Catheter. Trong các mức độ viêm, viêm độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất,

lên tới 25,2% tổng số trường hợp viêm tại chỗ. Các mức độ viêm nặng ít gặp hơn, chỉ ghi nhận 1 trường hợp viêm độ 3 và không có trường hợp nào ở mức độ 4 hoặc 5.

Bảng 4. Tỷ lệ viêm PIVC theo thời gian lưu Catheter

Thời gian lưu	Số Catheter bị viêm	Tổng số Catheter	Tỷ lệ viêm (%)	Tổng số Catheter cộng dồn	Tỷ lệ viêm cộng dồn (%)
≤ 24h	0	29	0	222	0
24h-48h	57	102	55,9	193	29,5
48h-72h	13	86	15,1	91	14,2
>72h	0	5	0	5	0

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong nhóm Catheter có thời gian lưu dưới 24 giờ không ghi nhận trường hợp viêm tĩnh mạch nào. Tỷ lệ viêm cao nhất được ghi nhận ở nhóm Catheter lưu từ 24 đến 48 giờ, chiếm 55,9% số trường hợp viêm (tương ứng tỷ lệ cộng dồn 29,5%). Trong khi đó, số lượng Catheter có thời gian lưu trên 72 giờ rất ít, chỉ ghi nhận 5/222 trường hợp.

Bảng 5. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch theo vị trí Catheter

Vị trí		Tổng số Catheter	Số Catheter bị viêm	Tỷ lệ viêm (%)	p
Chi trên	Mu bàn tay	110	41	37,3	0,168
	Cổ tay	36	10	27,8	
	Cẳng tay	30	7	23,3	
	Mặt trước khuỷu tay	39	8	20,5	
Chi dưới	Bàn chân	5	3	60,0	0,714
	Cổ chân	2	1	31,5	

Ở chi trên, tỷ lệ viêm tĩnh mạch cao nhất được ghi nhận tại mu bàn tay (37,3%), tiếp theo là cổ tay (27,8%), cẳng tay (23,3%) và thấp nhất ở khuỷu tay (20,5%). Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ viêm giữa các vị trí này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,168$). Đối với chi dưới, tỷ lệ viêm cao được ghi nhận ở vị trí bàn chân (60%), song do cỡ mẫu nhỏ nên chưa đủ cơ sở để đưa ra kết luận chắc chắn; sự khác biệt giữa các vị trí cũng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,714$).

Bảng 6. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch theo thuốc và dịch truyền

Loại thuốc, dịch truyền sử dụng		Tổng số catheter	Số Catheter viêm n (%)	p
Hóa chất	<4h	90	12 (13,3)	<0,001
	4h-12h	56	20 (35,7)	
	>12h	21	12 (57,1)	
	Chung	167	44 (26,3)	
Kháng sinh	Có	43	21 (48,8)	0,007
	Không	179	49 (27,4)	

Loại thuốc, dịch truyền sử dụng		Tổng số Catheter	Số Catheter viêm n (%)	p
Các chế phẩm máu	Có	7	4 (57,1)	0,211
	Không	215	66 (30,7)	
Dịch dinh dưỡng	Có	41	22 (53,7)	<0,001
	Không	181	48 (26,5)	
Hỗn dịch	Có	104	20 (27,9)	0,272
	Không	118	41 (34,7)	

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ viêm tĩnh mạch tăng theo thời gian truyền hóa chất, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tỷ lệ viêm cũng cao hơn rõ rệt ở nhóm bệnh nhân có sử dụng kháng sinh so với nhóm không sử dụng (48,8% so với 27,4%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,007$). Đáng chú ý, nhóm bệnh nhân được truyền dinh dưỡng tĩnh mạch

ghi nhận tỷ lệ viêm cao (53,7%), với ý nghĩa thống kê rõ rệt ($p < 0,001$). Trong khi đó, ở nhóm truyền các chế phẩm máu, mặc dù tỷ lệ viêm cao (4/7 catheter), nhưng do cỡ mẫu nhỏ nên kết quả này chưa có nhiều ý nghĩa. Ngược lại, ở nhóm truyền hỗn dịch, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ viêm ($p = 0,272$).

Bảng 7. Yếu tố nguy cơ độc lập của dịch truyền liên quan tới PIVC

Loại dịch truyền	Odds ratio (OR)	Khoảng tin cậy 95%	p
Hỗn dịch	0,98	0,52-1,85	0,952
Kháng sinh	1,67	0,74-3,75	0,215
Các chế phẩm máu	2,56	0,52-12,85	0,246
Dịch dinh dưỡng	2,58	1,20-5,54	0,015

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy dịch dinh dưỡng là yếu tố nguy cơ độc lập duy nhất liên quan đến viêm tĩnh mạch, với OR = 2,58 (KTC 95%: 1,20-5,54), $p = 0,015$. Kết quả này cho thấy người bệnh được truyền dịch dinh dưỡng có nguy cơ viêm tĩnh mạch cao gấp 2,58 lần so với nhóm không sử dụng. Ngược lại, các yếu tố khác như sử dụng kháng sinh, truyền hỗn dịch và chế phẩm máu không được xác định là yếu tố nguy cơ độc lập trong mô hình phân tích ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ viêm tĩnh mạch tại vị trí đặt Catheter tĩnh mạch ngoại vi

(PIVC) là 31,5% (70/222), cao hơn đáng kể so với ngưỡng $\leq 5\%$ được khuyến cáo bởi Infusion Nurses Society (INS) trong điều kiện thực hành tối ưu [4]. Tuy nhiên, kết quả này phù hợp với bối cảnh bệnh nhi ung thư - nhóm có nguy cơ cao. Các nghiên cứu quốc tế ghi nhận tỷ lệ viêm PIVC ở trẻ em dao động rộng từ 5% đến trên 50% [6,7]. Nghiên cứu của Suliman báo cáo tỷ lệ 53,4% [6], trong khi Bitencourt ghi nhận 26% [7]. Như vậy, tỷ lệ 31,5% trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong khoảng trung gian nhưng vẫn thuộc nhóm cao.

Về mức độ viêm, đa số các trường hợp ở mức độ nhẹ, với 80% là viêm độ 1 theo thang điểm VIP. Chỉ ghi nhận 1 trường hợp viêm độ 3 và

không có trường hợp viêm độ 4-5. Điều này cho thấy việc theo dõi và phát hiện sớm viêm tại đơn vị nghiên cứu tương đối hiệu quả, hạn chế được tiến triển nặng. Tuy nhiên, ngay cả viêm mức độ nhẹ cũng có thể ảnh hưởng đến quá trình điều trị do phải thay Catheter sớm, làm tăng số lần chọc kim và nguy cơ gián đoạn điều trị.

Khi phân tích theo thời gian lưu catheter, không ghi nhận trường hợp viêm nào ở nhóm ≤ 24 giờ, trong khi tỷ lệ viêm cao nhất ở nhóm 24-48 giờ. Kết quả này tương đồng với cơ chế viêm tĩnh mạch sớm và phù hợp với một số nghiên cứu trước đó, cho thấy biến chứng thường xuất hiện trong 48 giờ đầu sau đặt Catheter [5]. Điều này nhấn mạnh vai trò của việc theo dõi sát trong giai đoạn sớm sau đặt.

Liên quan đến vị trí đặt catheter, mặc dù không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tỷ lệ viêm có xu hướng cao hơn tại mu bàn tay so với cẳng tay và khuỷu tay. Kết quả này phù hợp với khuyến cáo của INS về việc hạn chế đặt Catheter tại các vị trí có tĩnh mạch nhỏ và dễ di động [4].

Về yếu tố liên quan đến thuốc và dịch truyền, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ viêm tăng theo thời gian truyền hóa chất ($p < 0,001$), phù hợp với đặc tính kích ứng của nhiều thuốc hóa trị [12]. Tỷ lệ viêm cũng cao hơn ở nhóm sử dụng kháng sinh (48,8% so với 27,4%; $p = 0,007$), tương đồng với các nghiên cứu cho thấy một số kháng sinh có nguy cơ gây viêm tĩnh mạch cao [9]. Đặc biệt, nhóm truyền dinh dưỡng tĩnh mạch có tỷ lệ viêm cao (53,7%) và được xác định là yếu tố nguy cơ độc lập với $OR = 2,58$ (95%CI: 1,20-5,54; $p = 0,015$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, trong đó dung dịch có độ thẩm thấu cao và thành phần phức tạp làm tăng nguy cơ tổn thương nội mô mạch máu [8, 11].

Một số yếu tố khác như truyền chế phẩm máu và hỗn dịch không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu nhỏ. Tuy nhiên, tỷ lệ viêm cao trong nhóm truyền chế phẩm máu

gợi ý cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để làm rõ vai trò của yếu tố này.

Từ các kết quả trên, có thể thấy tỷ lệ viêm PIVC trong nhóm bệnh nhi ung thư còn cao, đặc biệt liên quan đến các yếu tố như thời gian lưu Catheter và loại dịch truyền. Điều này cho thấy cần tăng cường các biện pháp dự phòng, bao gồm theo dõi sát trong 48 giờ đầu, lựa chọn vị trí đặt phù hợp và cân nhắc sử dụng đường truyền trung tâm trong các trường hợp truyền dịch có nguy cơ cao.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy viêm tĩnh mạch liên quan Catheter tĩnh mạch ngoại vi vẫn là vấn đề đáng quan tâm trong chăm sóc bệnh nhi ung thư. Mặc dù đa số trường hợp ở mức độ nhẹ, nhưng biến chứng này có thể ảnh hưởng đến chất lượng điều trị, làm tăng can thiệp thủ thuật và nguy cơ gián đoạn điều trị. Các yếu tố liên quan chủ yếu tập trung vào đặc điểm dịch truyền và thời gian sử dụng catheter, phản ánh vai trò quan trọng của thực hành chăm sóc và lựa chọn chiến lược truyền dịch phù hợp.

Trong thực hành lâm sàng, cần tăng cường tuân thủ quy trình đặt và chăm sóc Catheter theo các khuyến cáo hiện hành, đặc biệt là đánh giá định kỳ bằng thang điểm VIP để phát hiện sớm dấu hiệu viêm. Việc lựa chọn vị trí đặt Catheter phù hợp, sử dụng Catheter kích thước nhỏ và hạn chế thời gian lưu không cần thiết cũng cần được chú trọng. Đối với các trường hợp truyền dịch có nguy cơ cao như dinh dưỡng tĩnh mạch hoặc hóa chất kéo dài, nên cân nhắc sử dụng đường truyền trung tâm khi điều kiện cho phép nhằm giảm nguy cơ biến chứng và nâng cao hiệu quả điều trị.

Trong tương lai, cần thực hiện các nghiên cứu với thiết kế tiền cứu và cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá toàn diện hơn các yếu tố nguy cơ và hiệu quả của các biện pháp can thiệp. Đồng thời, các nghiên cứu so sánh giữa Catheter ngoại vi và các phương pháp tiếp cận tĩnh mạch trung tâm trong

điều trị ung thư nhi khoa cũng rất cần thiết, nhằm xây dựng các khuyến cáo phù hợp với điều kiện thực hành tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2011;52(9):e162-e193.
- [2]. Quang ĐD, Phan Cảnh Chương LTH. Đánh giá tình trạng viêm tại chỗ trên người bệnh có đặt Catheter tĩnh mạch ngoại biên tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí học Lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế. 2020;(63).
- [3]. Pittiruti M, Pinelli F. Recommendations for the use of vascular access in the COVID-19 patients: an Italian perspective. Crit Care. 2020;24:269.
- [4]. Gorski LA, Hadaway L, Hagle ME, et al. Infusion Therapy Standards of Practice, 8th Edition. J Infus Nurs Off Publ Infus Nurses Soc. 2021;44(1S Suppl 1):S1-S224.
- [5]. Rickard CM, Webster J, Wallis MC, et al. Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: a randomised controlled equivalence trial. The Lancet. 2012;380(9847):1066-1074.
- [6]. Suliman M, Saleh W, Al-shiekh H, Taan W, AlBashtawy M. The Incidence of Peripheral Intravenous Catheter Phlebitis and Risk Factors among Pediatric Patients. J Pediatr Nurs. 2020;50:89-93.
- [7]. Bitencourt ES, Leal CN, Boostel R, Mazza V de A, Felix JVC, Pedrolo E. Prevalência De Flebite Relacionada Ao Uso De Dispositivos Intravenosos Periféricos Em Crianças. Cogitare Enferm. 2018;23(1).
- [8]. Jacinto AKDL, Avelar AFM, Wilson AMMM, Pedreira MDLG. Phlebitis associated with peripheral intravenous catheters in children: study of predisposing factors. Esc Anna Nery - Rev Enferm. 2014;18(2).
- [9]. Urbanetto J de S, Peixoto CG, May TA. Incidence of phlebitis associated with the use of peripheral IV Catheter and following Catheter removal. Rev Lat Am Enfermagem. 2016;24:e2746.
- [10]. Quỳnh VB, Thanh NN, Yến PK, et al. Khảo sát tỷ lệ viêm tại chỗ và một số yếu tố liên quan sau đặt Catheter tĩnh mạch ngoại vi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2021. J 108 - Clin Med Pharmacy. Published online August 12, 2022.

ĐÁNH GIÁ VIỆC THỰC HÀNH ĐÚNG KỸ THUẬT VÀ CHĂM SÓC CATHETER TĨNH MẠCH NGOẠI VI TRÊN NGƯỜI BỆNH UNG THƯ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

**Đặng Thị Thu Trâm*, Phạm Minh Thanh,
Trương Thị Tơ, Đặng Hoài Nhân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá việc thực hành đúng kỹ thuật và chăm sóc Catheter tĩnh mạch ngoại vi (PIVC) trên người bệnh ung thư của DD tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Ung bướu (BVUB) TP. Hồ Chí Minh.

Phương pháp: Nghiên cứu (NC) mô tả cắt ngang gồm 140 Điều dưỡng (DD) đang công tác tại 16 khoa lâm sàng BVUB, TP.HCM, có nhiệm vụ chăm sóc (CS) người bệnh (NB) đặt và chăm sóc PIVC. Chọn mẫu ngẫu nhiên DD tại các khoa lâm sàng đồng ý tham gia NC, hằng ngày thực hiện chăm sóc PIVC trên NB tại các khoa lâm sàng thời gian 01/3/2025 đến 31/10/2025.

Sử dụng công cụ thu thập số liệu. Thống kê mô tả và phép kiểm tương quan Pearson phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố với thực hành đặt và chăm sóc PIVC của DD viên.

Kết quả:

Điểm trung bình của DD về kỹ thuật đặt PIVC $23,9 \pm 2,0$. Điểm cao nhất 29, có 2/140 DD (1,4%) và điểm thấp nhất 19 có 1/140 DD (0,7%), DD đạt năng lực kỹ năng thực hành tốt 62,1% và 37,9% DD đạt trung bình, không có tỷ lệ DD thiếu kỹ năng đặt PIVC. Và kỹ thuật chăm sóc PIVC có $50,37 \pm 3,1$. Điểm cao nhất 57 có 1/140 DD (0,7%) và thấp nhất 42 điểm có 1/140 DD (0,7%). Điểm yêu cầu điểm đạt tối thiểu phải $\geq 60\%$ tương đương >36 điểm. Có 84,3% DD đạt năng lực kỹ năng thực hành chăm sóc tốt, 15,7% xếp loại đạt trung bình và cũng không có tỷ lệ DD thiếu kỹ năng chăm sóc PIVC.

Các bước trong kỹ thuật đặt và chăm sóc PIVC đạt cao 100%: Chọn loại PIVC phù hợp; Xác định vị trí đặt catheter; Đặt Catheter vào tĩnh mạch; Dán băng cố định Catheter và Thu dọn và xử lý rác thải; Xác định vị trí đặt catheter; Đặt Catheter vào tĩnh mạch; Dán băng cố định Catheter và thu dọn và xử lý rác thải; Nhận định tình trạng tĩnh mạch; Chuẩn bị da; Dán băng cố định catheter; Thiết bị phòng

Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh

*Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Thu Trâm

Email: tramdtt71@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

hộ cá nhân; Đánh giá chỉ định lâm sàng và tình trạng tĩnh mạch liên tục; Kết nối PIVC; Đánh giá tình trạng NB trước khi thực hiện thủ thuật; Thực hiện tiêm thuốc; Kiểm tra sự lưu thông của catheter; Thực hiện truyền dịch. Tiếp theo ĐD đạt điểm cao về hướng dẫn dẫn dò NB, thu dọn, xử lý rác thải sau đặt PIVC đạt 98,6%. Có 96,4% ĐD thực hiện lựa chọn PIVC, thiết bị kết nối đường truyền tĩnh mạch, bộ dây truyền/dây nối đường truyền tĩnh mạch phù hợp. Kỹ thuật vô khuẩn đạt 80%. Điểm “Vệ sinh tay và mang găng vô khuẩn” đạt 74,3% và “Sát khuẩn da tại vị trí đặt catheter, đội khô” đạt 72,9%. Điểm “Sát khuẩn da vị trí đặt catheter” và đội khô đạt 71,4%.

Tuy nhiên có điểm đạt mức trung bình là “Vệ sinh tay” đạt 55,7% khi thực hiện kỹ thuật quy trình áp dụng gói chăm sóc giai đoạn chăm sóc liên tục hàng ngày, lưu duy trì PIVC, khi thực hành quy trình kỹ thuật đánh giá, lựa chọn vị trí đặt catheter, khi lựa chọn thiết bị kết nối đường truyền tĩnh mạch và tỷ lệ ĐD thực hành đúng quy trình kỹ thuật thay hệ thống dây dẫn truyền thuốc, truyền dịch đạt 47,9%. “Thông tráng và khóa catheter” 34,3%. “Công khai dịch truyền, dung dịch dinh dưỡng cho NB” 25%.

Kết luận: Kỹ thuật đặt và chăm sóc PIVC cho NB là kỹ thuật rất cần thiết nhằm đảm bảo đường truyền an toàn để cung cấp thuốc và điều trị bệnh. Vì thế người ĐD cần có kỹ năng thực hành tốt, hạn chế tai biến do việc đặt và chăm sóc PIVC gây ra.

Từ khóa: Kỹ thuật và cách chăm sóc đúng cách đối với catheter tĩnh mạch ngoại biên.

EVALUATION OF PROPER PRACTICE OF TECHNIQUES AND CARE OF PERIPHERAL VEIN CATHETERS IN CANCER PATIENTS BY NURSES AT CLINICAL DEPARTMENTS OF HO CHI MINH CITY ONCOLOGY HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To evaluate the proper practice of peripheral intravenous Catheter (PIVC) insertion and care in cancer patients by nurses at the clinical departments of Ho Chi Minh City Oncology Hospital.

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted involving 140 nurses working in 16 clinical departments of Ho Chi Minh City Oncology Hospital. These nurses were responsible for the insertion and care of PIVCs in cancer patients. Nurses were randomly selected from clinical departments and voluntarily agreed to participate in the study. They regularly performed PIVC-related procedures from March 1, 2025, to October 31, 2025.

Data were collected using structured tools. Descriptive statistics and Pearson correlation tests were used to analyze the relationship between certain factors and nurses' practices in PIVC placement and care.

Results: The average score for PIVC insertion technique among nurses was 23.9 ± 2.0 . The highest score was 29, achieved by 2/140 nurses (1.4%), and the lowest was 19, by 1/140 nurses (0.7%). A total of 62.1% of nurses demonstrated good practical skills, while 37.9% had average skills. No nurses were found to lack PIVC placement skills.

The average score for PIVC care technique was 50.37 ± 3.1 . The highest score was 57 (1/140 nurses, 0.7%) and the lowest was 42 (1/140 nurses, 0.7%). The minimum passing score was $\geq 60\%$ (equivalent to >36 points). About 84.3% of nurses demonstrated good PIVC care skills, and 15.7% were classified as average. No nurses were found to lack care skills.

Several steps in PIVC placement and care had a high compliance rate (100%), including: selecting the appropriate PIVC type, identifying the Catheter placement site, inserting the catheter, securing it with tape, and cleaning up and disposing of waste. Other steps with similarly high compliance included assessing vein condition, preparing the skin, using personal protective equipment, evaluating clinical indications and venous status, connecting the PIVC, assessing the patient before the procedure, administering injections and infusions, and checking Catheter patency. High scores were also recorded for patient instruction and waste handling after PIVC placement (98.6%), and selecting the correct PIVC and connector set (96.4%). Compliance with aseptic technique reached 80%. However, some aspects had lower performance:

Hand hygiene and wearing sterile gloves: 74.3%.

Antiseptic preparation at the insertion site (allowing it to dry): 72.9%.

Hand hygiene during technical procedures: 55.7%.

Correct replacement of infusion systems: 47.9%.

Flushing and locking catheters: 34.3%.

Open dispensing of infusions and nutritional solutions: 25%.

Conclusion: Proper PIVC placement and care are essential techniques to ensure safe infusion therapy for cancer patients. It is crucial that nurses maintain high practical competence to minimize complications associated with PIVC use.

Keywords: Proper techniques and care for peripheral venous catheters.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt và chăm sóc Catheter tĩnh mạch ngoại vi (PIVC) trên người bệnh (NB) là thủ thuật thường quy tại bệnh viện (BV) phổ biến nhất trên toàn thế giới [5]. Đây là một kỹ thuật xâm lấn vào cơ thể NB với nhiều mục đích như: đưa thuốc, dịch, máu, chất dinh dưỡng, truyền hóa chất. Tuy nhiên kỹ thuật này nếu không đảm bảo vô trùng, kỹ năng thực hành không tốt có thể gây ra nhiều biến chứng như thoát mạch, thâm nhiễm, viêm tĩnh mạch, hoại tử tại chỗ, viêm tĩnh mạch, nhiễm khuẩn huyết hoặc đau do sự cố y khoa không mong muốn [4].

Ở các nước nhiệt đới, cứ 1.000 ngày đặt ống thông tĩnh mạch có 45,96% có sự cố y khoa liên quan đến ống thông tĩnh mạch về mặt cơ học, 27,52% về mặt lâm sàng, 1,53% bị nhiễm trùng và 43,57% bị viêm tĩnh mạch [1]. Các yếu tố nguy cơ viêm tĩnh mạch gồm: Thời gian lưu kim lâu, truyền thuốc kháng sinh, chèn ép cẳng tay, bệnh truyền nhiễm và đặt ống thông chất liệu Teflon [6]. Ngoài ra, Điều dưỡng (ĐD) không tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật có thể gây rủi ro cho NB, làm giảm chất lượng chăm sóc [2].

Do vậy trong quá trình thực hiện quy trình này từ chuẩn bị dụng cụ, phương tiện, kỹ thuật

vô khuẩn, kỹ thuật đặt, che phủ và chăm sóc sau đặt đều phải tuyệt đối vô khuẩn. Nếu quá trình thực hiện không tuân thủ nghiêm ngặt nguyên tắc vô khuẩn, có thể đưa các tác nhân gây bệnh vào ngay vị trí đặt sau đó vào dòng máu, dẫn đến sự tụ tập vi khuẩn trong và ngoài lòng mạch, hậu quả là gây nhiễm khuẩn huyết [3]. Chính vì thế, trong quá trình thực hiện quy trình từ khi đặt và chăm sóc sau đặt Catheter đều phải tuyệt đối vô khuẩn và tuân thủ quy trình chăm sóc một cách nghiêm ngặt, đòi hỏi người ĐD cần có kỹ năng tốt để thực hiện thành công và tránh biến chứng.

Bệnh viện Ung bướu (BVUB) là bệnh viện hạng I, chuyên khoa về điều trị ung thư và là tuyến cuối nên người ĐD phải thực hiện nhiều kỹ thuật chăm sóc NB, trong đó kỹ thuật đặt PIVC được thực hiện hàng ngày, sử dụng để tiêm thuốc kháng sinh cho NB sau phẫu thuật, đặc biệt là một số NB chọn phương pháp điều trị bệnh bằng truyền hóa chất qua đường tiêm truyền tĩnh mạch ngoại vi cho đỡ tổn kém thay vì sử dụng buồng tiêm dưới da. Vì vậy, người ĐD rất cần thiết phải có chuyên môn, kỹ năng thực hành và tuân thủ quy trình nghiêm ngặt khi thực hiện kỹ thuật đặt PIVC nhằm đem lại an toàn, hạn chế những biến chứng cho NB. Nắm bắt được tình hình đó, Bộ Y tế Việt Nam và Hiệp hội Điều dưỡng Việt Nam đã soạn thảo “Tài liệu đào tạo liên tục liệu pháp truyền tĩnh mạch an toàn” (Ban hành theo Quyết định số: 62/QĐ-K2ĐT ngày 14/6/2023): Đã có những quy trình chung để định hướng cho điều dưỡng trong thực hành kỹ thuật này.

Nhận thức được tình hình trên, cần thiết phải có những NC khảo sát, đánh giá lại kỹ năng thực hành chăm sóc Catheter tĩnh mạch ngoại vi của ĐD, nhóm chúng tôi thực hiện NC “Đánh giá việc thực hành đúng kỹ thuật và chăm sóc PIVC trên NB UT của ĐD tại các khoa lâm sàng BVUB thành phố Hồ Chí Minh (TP. HCM)”, NC này sẽ giúp chúng tôi có cơ sở đánh giá thực hành chăm sóc Catheter tĩnh mạch ngoại vi cho NB của Điều dưỡng, kiểm soát nhiễm khuẩn, phòng ngừa

nhiễm khuẩn liên quan đến đặt Catheter tĩnh mạch ngoại vi, từ đó có kế hoạch tập huấn lại, hướng dẫn thực hành đúng quy trình, cải tiến chất lượng thực hành chăm sóc NB, đảm bảo an toàn khi sử dụng, hạn chế tình trạng viêm tĩnh mạch cho NB, sợ hãi mỗi khi lấy ven truyền hoặc tiêm. Nhằm đem lại hiệu quả điều trị và chăm sóc tốt nhất giúp NB hài lòng, an tâm điều trị tại BV, nâng cao chất lượng chăm sóc hướng đến sự hài lòng NB.

2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- 2.1. Khảo sát thực hành đúng kỹ thuật khi đặt PIVC trên NB UT của ĐD tại các khoa lâm sàng.
- 2.2. Khảo sát thực hành đúng kỹ thuật khi chăm sóc PIVC của ĐD tại các khoa lâm sàng.
- 2.3. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ quy trình kỹ thuật đặt và chăm sóc PIVC.

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3.2. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 140 ĐD đang công tác tại 16 khoa lâm sàng BVUB, TP. HCM, có nhiệm vụ CS NB đặt và chăm sóc PIVC tại BVUB TP. HCM.

3.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn chọn: ĐD đang công tác tại 16 khoa lâm sàng BVUB, TP. HCM, có nhiệm vụ đặt và chăm sóc NB có PIVC và tất cả đồng ý tham gia NC.

Tiêu chuẩn loại trừ: ĐD Không đáp ứng tiêu chí chọn: Không đủ sức khỏe tham gia khảo sát; Từ chối tham gia NC; Không hoàn tất bộ câu hỏi và không có mặt trong thời điểm phát bộ câu hỏi và khảo sát.

3.4. Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ p:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu NC cần có

α : xác suất sai lầm loại I: 0,05

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, chọn độ tin cậy 95% $\rightarrow$
 $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

d: sai số cho phép: 0,05

p: trị số mong muốn của tỷ lệ. Chọn p = 0,1 để cỡ mẫu đạt lớn nhất

Thay số liệu vào công thức trên chúng tôi tính được n = 139.

Như vậy, số ĐD tham gia NC ước lượng là 139, chúng tôi làm tròn 140 người với phương pháp lấy mẫu thuận tiện.

3.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện và lấy mẫu được 140 ĐD.

3.6. Phương pháp thu thập số liệu

3.6.1. Công cụ thu thập số liệu

BCH gồm 3 phần:

- Phần A: Thông tin chung của ĐD: 5 câu (Tuổi; Giới tính; Trình độ chuyên môn; Số năm công tác; Khoa công tác).

- Phần B: BCH khảo sát kỹ năng thực hành ĐD: dựa trên bảng kiểm từ 3 bài viết “Lựa chọn vị trí và vật tư cho liệu pháp truyền tĩnh mạch”; “Quản lý thiết bị truyền tĩnh mạch”; và “Xử trí/phòng ngừa biến chứng liên quan truyền tĩnh mạch ngoại vi” của Hiệp hội Điều dưỡng Việt Nam trong “Tài liệu đào tạo liên tục: Liệu

pháp truyền tĩnh mạch an toàn” (Quyết định số 62/QĐ-K2ĐT, 14/6/2023) [9].

BCH chi tiết: Gồm 9 bảng kiểm với tổng cộng 62 bước/tiêu chí. Thang điểm cho mỗi bước: Không thực hiện = 1 điểm; Làm nhưng chưa đạt = 2 điểm; Đạt yêu cầu = 3 điểm.

Cách chấm và xử lý điểm: Mã hóa điểm theo từng bước như trên, sau đó cộng tổng điểm cho toàn bộ bảng kiểm. Tổng điểm tối đa của BCH là $62 \times 3 = 186$ điểm.

Trong nghiên cứu tham khảo [9], điểm đánh giá thực hành được chuẩn hóa: Tổng điểm đạt từ 68 đến 90; thực hành được xem là “Đạt” khi đạt $\geq 70\%$ tổng điểm (≥ 68 điểm) [9], điểm cao hơn cho ĐD có kỹ năng thực hành tốt hơn.

3.6.2. Tiêu chuẩn thực hành

A. Quy trình kỹ thuật khi đặt catheter:

1. Lựa chọn vị trí và kích cỡ Catheter an toàn và vật tư phù hợp.
2. Vệ sinh tay và kỹ thuật vô khuẩn.
3. Chuẩn bị da.
4. Cố định đường truyền.
5. Thực hiện tối đa các phương tiện vô khuẩn.

B. Quy trình kỹ thuật khi chăm sóc catheter:

1. Vệ sinh tay.
2. Nhận định và đánh giá đường truyền.
3. Sát khuẩn cổng truyền và sau thao tác.
4. Thông tráng và khóa đường truyền đúng cách.
5. Thay băng chân đường truyền đúng kỹ thuật.
6. Thay hệ thống dây dẫn đường truyền khi cần thiết theo quy định.
7. Rút cathete an toàn, đúng quy trình.

Thang điểm chi tiết: Việc phân loại dựa trên điểm giới hạn của Bloom (1968) [10]. Cách chấm

từng câu/tiêu chí tuân theo thang 3 mức nêu trên; những mục “không thực hiện” hoặc “thực hành chưa đạt” không được cho điểm tối đa).

Đặt catheter: Tổng 21 câu/tiêu chí liên quan đặt catheter. Điểm tối đa: 30 điểm (tương ứng 100%). Ngưỡng đạt tối thiểu: $\geq 60\%$ (≥ 18 điểm).

C. Phân loại kỹ năng thực hành

- Năng lực đạt:

+ Tốt ($\geq 80\%$ tổng số điểm) (≥ 24 -30 điểm).

+ Trung bình $\geq 60\% \div 79\%$ tổng điểm (18 - 23 điểm).

- Năng lực không đạt: thiếu kỹ năng thực hành ($< 60\%$ tổng số điểm) (< 18 điểm).

Chăm sóc catheter: Tổng 41 câu/tiêu chí liên quan chăm sóc catheter. Điểm tối đa: 60 điểm (tương ứng 100%). Ngưỡng đạt tối thiểu: $\geq 60\%$ (≥ 36 điểm).

D. Phân loại kỹ năng thực hành:

- Năng lực đạt:

+ Tốt ($\geq 80\%$ tổng số điểm) (≥ 48 -60 điểm)

+ Trung bình $\geq 60\% \div 79\%$ tổng điểm (36-47 điểm).

- Năng lực không đạt: Thiếu kỹ năng thực hành ($< 60\%$ tổng số điểm) (< 36 điểm).

3.7. Quy trình kiểm tra độ tin cậy của bộ câu hỏi

BCH giám sát thực hành Quy trình kỹ thuật đặt và chăm sóc Catheter của ĐD [3] nhóm NC kiểm tra thử BCH này trên 30 trường hợp ĐD có đặc điểm tương đồng với đối tượng tham gia NC với độ tin cậy của BCH, Cronbach's alpha $> 0,73$. Nhóm NC tiến hành khảo sát chính thức trên đối tượng NC.

3.8. Quy trình thu thập số liệu

Sau khi đề cương thông qua Hội đồng đạo đức bệnh viện.

Nhóm NC giải thích mục tiêu NC và đề nghị Ban lãnh đạo các khoa hỗ trợ.

Lấy danh sách ĐD của khoa đủ tiêu chuẩn đưa vào NC và tiến hành chọn ngẫu nhiên đủ số lượng như trong công thức tính ở trên; Tiếp xúc giải thích và mời ĐD tham gia trả lời bằng cách đánh vào BCH:

Thực hiện giám sát kỹ năng thực hành đúng kỹ thuật và chăm sóc Catheter tĩnh mạch ngoại vi trên người bệnh ung thư của ĐD vào các buổi sáng từ 8g-11g các ngày trong tuần (trừ thứ bảy, chủ nhật); Mỗi đánh giá thực hành do ít nhất hai giám sát viên thực hiện độc lập; nếu có khác biệt, hai giám sát viên thảo luận để thống nhất kết quả.

Kết quả báo cáo gồm điểm từng phần (đặt catheter, chăm sóc catheter), tổng điểm và xếp loại năng lực theo từng quy trình.

B1: NCV giới thiệu mục tiêu NC cho đối tượng NC đủ tiêu chí chọn mẫu trước buổi tập huấn;

B2: NCV phỏng vấn ĐD và phát BCH (dự kiến 10 phút), sau đó thực hiện giám sát kỹ năng thực hành đúng kỹ thuật và chăm sóc Catheter tĩnh mạch ngoại vi trên NB UT của ĐD và cảm ơn sự hợp tác của các đồng nghiệp.

B3: Sau 10 phút NCV thu lại BCH.

B4: Nhập dữ liệu.

B5: Xử lý số liệu.

3.9. Đạo đức trong nghiên cứu

NC này được tiến hành sau khi Hội đồng Khoa học kỹ thuật và công nghệ, Hội đồng đạo đức bệnh viện đồng ý.

3.10. Phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

3.11. Thống kê mô tả cắt ngang

Sử dụng tần số, %, Tuổi, giới tính, trình độ chuyên môn, thời gian công tác, Khoa công tác.

3.12. Phân tích tương quan

Dùng phép kiểm Pearson sử dụng để phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố với thực hành đặt và chăm sóc Catheter tĩnh mạch ngoại vi của ĐD viên.

3.13. Tính khả thi của đề tài

3.13.1. Thời gian thực hiện

Từ ngày 01/3/2025 đến 31/8/2025.

3.13.2. Nhân lực

Được sự chấp thuận của ban chủ nhiệm khoa.

Có sự hỗ trợ của các BS trưởng/phó khoa. Nhóm có 3 thành viên trong đó các thành viên điều là CNDD đã được tập huấn NCKH và có đủ năng lực thực hiện đề tài.

3.13.3. Phương tiện và trang thiết bị

Có máy tính và được cài đặt phần mềm SPSS 20.0.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	$\bar{X}$	SD
Nhóm tuổi	22-30	33	23,7	34,71	5,85
	31-40	73	52,5		
	41-50	24	17,3		
	>50	9	6,5		
Giới tính	Nam	26	18,6	1,81	0,39
	Nữ	114	81,4		
Khoa công tác hiện tại:	1. Nội 1	10	7,1	8,95	5,51
	2. Nội 2	12	8,6		
	3. Nội 3	9	6,4		
	4. Nội 4	15	10,7		
	5. ĐTTH	7	5,0		
	6. CSGN	6	4,3		
	7. Ngoại 1	5	3,6		
	8. Ngoại 2	5	3,6		
	9. Ngoại 3	5	3,6		
	10. Ngoại 4	5	3,6		
	11. Ngoại 5	5	3,6		
	12. Ngoại 6	5	3,6		
	13. Xạ 1	9	6,4		
	14. Xạ 2	9	6,4		
	15. Xạ 3	13	9,3		
	16. Gây mê hồi sức	20	14,3		

Đặc điểm	Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	$\bar{X}$	SD
Trình độ chuyên môn	Cao đẳng	27	19,3	2,81	0,39
	Đại học	113	80,7		
	Sau đại học	0	0		
Số năm công tác trong ngành	<1 năm	6	4,3	3,2	0,82
	1 – < 5 năm	18	12,9		
	5 - < 10 năm	32	23,0		
	> 10 năm	83	59,7		

Nhận xét:

Tuổi TB của ĐD là $34,71 \pm 5,85$; Tuổi cao nhất 54 và thấp nhất 24 tuổi; Tỷ lệ nữ cao hơn nam khoảng 4 lần (nữ 81,4% còn nam 18,6%); Trình độ chuyên môn cao nhất là đại học 80,7%;

Thời gian công tác >10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (59,7%).

4.2. Khảo sát thực hành đúng kỹ thuật khi đặt PIVC trên NB UT của ĐD

Bảng 2. Tỷ lệ ĐD thực hành quy trình kỹ thuật đánh giá và lựa chọn vị trí đặt Catheter

TT	Các bước	Thực hiện được		Làm chưa đạt		Không thực hiện	
		n = 140	%	n = 140	%	n = 140	%
1	Vệ sinh tay	77	55	45	32,1	18	12,9
2	Đánh giá tình trạng NB trước thực hiện thủ thuật	52	37,1	57	40,7	31	22,1
3	Kiểm tra yếu tố liên quan đến tiền sử, cơ địa của NB	90	64,3	27	19,3	23	16,4
4	Kiểm tra các yếu tố liên quan đến giải phẫu trước khi đặt đường truyền	90	64,3	49	35,0	1	0,7
5	Chọn loại PIVC phù hợp	140	100	0	0	0	0
6	Chọn lựa vị trí đặt PIVC phù hợp	139	99,3	0	0	1	0,7

Nhận xét:

Mức thực hành đúng cao nhất (100%) là “Chọn PIVC phù hợp”. Tỷ lệ thực hiện “Vệ sinh tay” đạt

55%. Mức thấp nhất là “Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước thực hiện thủ thuật” 37,1% (52/140).

Bảng 3. Tỷ lệ ĐD thực hành quy trình lựa chọn thiết bị kết nối đường truyền tĩnh mạch

TT	Thao tác	Thực hiện được		Làm chưa đạt		Không thực hiện	
		n = 140	%	n = 140	%	n = 140	%
1	Vệ sinh tay	77	55	45	32,1	18	12,9
2	Lựa chọn PIVC phù hợp	135	96,4	5	3,6	0	0
3	Lựa chọn thiết bị kết nối đường truyền tĩnh mạch phù hợp	135	96,4	5	3,6	0	0
4	Lựa chọn bộ dây truyền/dây nối đường truyền tĩnh mạch	135	96,4	5	3,6	0	0
5	Lựa chọn thiết bị cố định Catheter	133	95,0	7	5,0	0	0

Nhận xét:

Tỷ lệ thực hành đúng cao nhất 96,4% (135/140) cho các bước: lựa chọn PIVC, lựa chọn thiết bị

kết nối đường truyền tĩnh mạch và lựa chọn bộ dây truyền/dây nối phù hợp. Thấp nhất là “Vệ sinh tay 55% (77/140).

Bảng 4. Tỷ lệ ĐD thực hành quy trình kỹ thuật đặt và khóa PIVC

TT	Thao tác	Thực hiện được		Làm chưa đạt		Không thực hiện	
		n = 140	%	n = 140	%	n = 140	%
1	Xác định vị trí đặt catheter	140	100	0	0	0	0
2	Sát khuẩn da vị trí đặt catheter	100	71,4	40	28,6	0	0
3	Đặt Catheter vào tĩnh mạch	140	100	0	0	0	0
4	Thông tráng và khóa catheter	48	34,3	31	22,1	61	43,6
5	Dán băng cố định catheter	140	100	0	0	0	0
6	Tiện nghi cho NB	132	94,3	4	2,9	4	2,9
7	Hướng dẫn NB	93	66,4	32	22,9	15	10,7
8	Thu dọn và xử lý rác thải	140	100	0	0	0	0
9	Ghi hồ sơ	85	60,7	55	39,3	0	0

Nhận xét:

Các bước đạt 100% (140/140): “Xác định vị trí đặt catheter”, “Đặt Catheter vào tĩnh mạch”, “Dán băng cố định Catheter” và “Thu dọn, xử lý rác thải”. “Sát khuẩn da tại vị trí đặt Catheter và

đội khô” đạt 71,4%. Thấp nhất là “Thông tráng và khóa catheter” 34,3% (48/140).

4.3. Khảo sát thực hành đúng kỹ thuật khi chăm sóc PIVC trên NB UT của ĐD

Bảng 5. Tỷ lệ ĐD thực hành kỹ thuật quy trình áp dụng gói chăm sóc giai đoạn đặt PIVC

TT	Thao tác	Thực hiện được		Làm chưa đạt		Không thực hiện	
		n = 140	%	n = 140	%	n = 140	%
1	Kỹ thuật vô khuẩn	112	80	28	20	0	0
2	Nhận định tình trạng tĩnh mạch	140	100	0	0	0	0
3	Chuẩn bị da	140	100	0	0	0	0
4	Thay băng	140	100	0	0	0	0
5	Ghi HSBA	97	69,3	43	30,7	0	0

Nhận xét:

Các bước đạt 100% (140/140): “Nhận định tình trạng tĩnh mạch”, “Chuẩn bị da”, “Dán băng

cố định catheter” và “Thay băng”. Kỹ thuật vô khuẩn đạt 80%. Thấp nhất là “Ghi hồ sơ bệnh án (HSBA)” 69,3% (97/140).

Bảng 6. Tỷ lệ ĐD thực hành quy trình kỹ thuật áp dụng gói chăm sóc giai đoạn chăm sóc liên tục hàng ngày, lưu và duy trì PIVC

TT	Thao tác	Thực hiện được		Làm chưa đạt		Không thực hiện	
		n = 140	%	n = 140	%	n = 140	%
1	Vệ sinh tay	78	55,7	62	44,3	0	0
2	Thiết bị phòng hộ cá nhân	140	100	0	0	0	0
3	Đánh giá chỉ định lâm sàng và tình trạng tĩnh mạch liên tục	140	100	0	0	0	0
4	Kết nối PIVC	140	100	0	0	0	0
5	Thay bộ dây dịch truyền	123	87,9	17	12,1	0	0
6	Thay băng dán	79	56,4	58	41,4	3	2,1

Nhận xét:

Tỷ lệ ĐD thực hành đúng quy trình đạt cao nhất 100% (140/140) là “Thiết bị phòng hộ cá

nhân”, “Đánh giá chỉ định lâm sàng và tình trạng tĩnh mạch liên tục”, “Kết nối PIVC”. Điểm “Thay bộ dây dịch truyền” đạt 87,9%. Thấp nhất là “Vệ sinh tay” 55,7% (78/140).

Bảng 7. Tỷ lệ ĐD thực hành quy trình kỹ thuật thay băng chân Catheter

TT	Thao tác	Thực hiện được		Làm chưa đạt		Không thực hiện	
		n = 140	%	n = 140	%	n = 140	%
1	Vệ sinh tay	93	66,4	43	30,7	4	2,9
2	Đánh giá tình trạng NB trước khi thực hiện thủ thuật	140	100	0	0	0	0

TT	Thao tác	Thực hiện được		Làm chưa đạt		Không thực hiện	
		n = 140	%	n = 140	%	n = 140	%
3	Bóc bỏ băng cũ	30	21,4	3	2,1	107	76,4
4	Vệ sinh tay và mang găng vô khuẩn	104	74,3	36	25,7	0	0
5	Sát khuẩn da tại vị trí đặt Catheter, đờn khô	102	72,9	38	27,1	0	0
6	Tháo găng vô khuẩn, vệ sinh tay	80	57,1	51	36,4	9	6,4
7	Thu dọn dụng cụ, ghi phiếu chăm sóc	101	72,1	39	27,9	0	0

Nhận xét:

Tỷ lệ ĐD thực hành đạt cao nhất 100% là “Đánh giá tình trạng NB trước khi thực hiện thủ thuật”. Điểm “Vệ sinh tay và mang găng vô

khuẩn” đạt 74,3% và “Sát khuẩn da tại vị trí đặt catheter, đờn khô” đạt 72,9%. Thấp nhất là “Bóc bỏ băng cũ” 21,4%.

Bảng 8. Tỷ lệ ĐD thực hành quy trình kỹ thuật thay hệ thống dây dẫn truyền thuốc, dịch

TT	Thao tác	Thực hiện được		Làm chưa đạt		Không thực hiện	
		n = 140	%	n = 140	%	n = 140	%
1	Vệ sinh tay	67	47,9	73	52,1	0	0
2	Đánh giá tình trạng NB trước khi thực hiện thủ thuật	140	100	0	0	0	0
3	Đeo găng sạch	81	57,9	59	42,1	0	0
4	Sát khuẩn vị trí kết nối, để khô, thay hệ thống dây dẫn	90	64,3	50	35,7	0	0
5	Tháo găng và vệ sinh tay	77	55,0	54	38,6	9	6,4
6	Thu dọn dụng cụ, ghi phiếu chăm sóc	102	72,9	38	27,1	0	0

Nhận xét:

Tỷ lệ ĐD thực hành đạt cao nhất 100%

(140/140) là “Đánh giá tình trạng NB trước khi thực hiện thủ thuật”, thấp nhất là “Vệ sinh tay” 47,9% (67/140).

Bảng 9. Tỷ lệ ĐD thực hành quy trình tiêm thuốc qua PIVC và tiêm thuốc qua chạc ba

TT	Thao tác	Thực hiện được		Làm chưa đạt		Không thực hiện	
		n = 140	%	n = 140	%	n = 140	%
1	Xác định đúng NB	118	84,3	22	15,7	0	0
2	Công khai thuốc cho NB	96	68,6	20	14,3	24	17,1

TT	Thao tác	Thực hiện được		Làm chưa đạt		Không thực hiện	
		n = 140	%	n = 140	%	n = 140	%
3	Thực hiện rút thuốc	120	85,7	20	14,3	0	0
4	Thực hiện tiêm thuốc	140	100	0	0	0	0
5	Tiện nghi cho NB	118	84,3	22	15,7	0	0
6	Hướng dẫn NB	110	78,6	30	21,4	0	0
7	Thu dọn và xử lý rác thải	118	84,3	22	15,7	0	0
8	Ghi hồ sơ	117	83,6	23	16,4	0	0

Nhận xét:

Tỷ lệ ĐD thực hành đúng quy trình kỹ thuật tiêm thuốc qua PIVC và tiêm thuốc qua chạc ba

đạt cao nhất 100% (140/140) là “Thực hiện tiêm thuốc”, thấp nhất là “Công khai thuốc cho NB” 68,6% (96/140).

Bảng 10. Tỷ lệ ĐD thực hành quy trình truyền dịch, truyền dinh dưỡng qua PIVC đang lưu có cổng kết nối không kim

TT	Thao tác	Thực hiện được		Làm chưa đạt		Không thực hiện	
		n = 140	%	n = 140	%	n = 140	%
1	Xác định đúng NB	112	80	28	20	0	0
2	Công khai dịch truyền, dung dịch dinh dưỡng cho NB	35	25,0	48	34,3	85	60,7
3	Chuẩn bị dịch truyền, dung dịch dinh dưỡng	128	91,4	12	8,6	0	0
4	Kiểm tra sự lưu thông của catheter	140	100	0	0	0	0
5	Thực hiện truyền dịch	140	100	0	0	0	0
6	Tiện nghi cho NB	96	68,6	43	30,7	1	.7
7	Hướng dẫn NB	138	98,6	2	1,4	0	0
8	Thu dọn và xử lý rác thải	138	98,6	2	1,4	0	0
9	Ghi hồ sơ	136	97,1	4	2,9	0	0

Nhận xét:

Các bước đạt 100% (140/140): “Kiểm tra sự lưu thông của catheter” và “Thực hiện truyền

dịch”. Các bước “Hướng dẫn NB” và “Thu dọn, xử lý rác thải” đạt 98,6%. Thấp nhất là “Công khai dịch truyền, dung dịch dinh dưỡng cho NB” 25% (35/140).

Bảng 11. Thống kê mô tả điểm số của ĐD về quy trình kỹ thuật đặt và chăm sóc Catheter

Đặc điểm	Điểm Mini			Điểm Max			Mean	SD
	Điểm	n = 140	%	Điểm	n = 140	%		
Quy trình kỹ thuật đặt Catheter	19	1	0,7	29	2	1,4	23,9	2,0
Quy trình kỹ thuật chăm sóc Catheter	42	1	0,7	57	1	0,7	50,37	3,1

Nhận xét:

Điểm trung bình “Quy trình kỹ thuật đặt catheter”: $23,9 \pm 2,0$; điểm cao nhất 29 (2/140, 1,4%); điểm thấp nhất 19 (1/140, 0,7%). Mức

đạt yêu cầu: $\geq 60\%$ (tương đương >18 điểm). Điểm trung bình về “Quy trình kỹ thuật chăm sóc catheter”: Mean = 50,37; SD = 3,1; điểm cao nhất 57 (1/140, 0,7%); thấp nhất 42 (1/140, 0,7%). Mức đạt yêu cầu: $\geq 60\%$ (tương đương >36 điểm).

Bảng 12. Phân loại năng lực kỹ thuật đặt Catheter

Mức độ kỹ thuật đặt Catheter	Kỹ thuật đặt Catheter		
	n = 140	%	Năng lực
Thiếu kỹ thuật ($<60\%$ tổng số điểm ≤ 18 điểm)	0	0	Không
Kỹ thuật trung bình (60-79% tổng số điểm = 18-23 điểm)	53	37,9	Đạt
Kỹ thuật tốt ($\geq 80\%$ tổng số điểm $\geq 24-30$ điểm)	87	62,1	Đạt

Nhận xét:

Có 87/140 ĐD (62,1%) đạt 24-30 điểm: Xếp

loại năng lực tốt. 53/140 ĐD (37,9%) đạt 18-23 điểm: Xếp loại năng lực trung bình.

Bảng 13. Phân loại năng lực kỹ thuật chăm sóc Catheter

Mức độ kỹ thuật chăm sóc Catheter	Kỹ thuật chăm sóc Catheter		
	n = 140	%	Năng lực
Thiếu kỹ thuật ($<60\%$ tổng số điểm ≤ 36 điểm)	0	0	Không
Kỹ thuật trung bình (60-79% tổng số điểm = 36-47 điểm)	22	15,7	Đạt
Kỹ thuật tốt ($\geq 80\%$ tổng số điểm $\geq 48-60$ điểm)	118	84,3	Đạt

Nhận xét:

Có 118/140 ĐD (84,3%) đạt 48-60 điểm: Xếp loại năng lực tốt. 22/140 ĐD (15,7%) đạt 36-47 điểm: Xếp loại năng lực trung bình.

4.4. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ quy trình kỹ thuật đặt và chăm sóc PIVC

Bảng 14. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ quy trình kỹ thuật đặt và chăm sóc PIVC

Stt	Biến số		χ^2	df	Gía trị p	Phép kiểm
1	Tuổi	Công khai dịch truyền, dung dịch dinh dưỡng cho NB	41,46	24	0,015	Chi - square
2	Giới tính	Vệ sinh tay	14,9	6	0,02	
		Công khai dịch truyền, dung dịch dinh dưỡng cho NB	13,61	1	0,00	
3	Trình độ chuyên môn	Bóc bỏ băng cũ	10,52	1	0,001	
		Chuẩn bị dịch truyền, dung dịch dinh dưỡng	4,22	1	0,04	
4	Khoa công tác	Kỹ thuật đặt PIVC	58,44	15	0,000	
		Lựa chọn thiết bị kết nối bộ dây truyền/dây nối, đường truyền tĩnh mạch, phù hợp	38,14	15	0,001	
		Chuẩn bị dịch truyền, dung dịch dinh dưỡng	52,86	15	0,000	
		Công khai dịch truyền, dung dịch dinh dưỡng cho NB	47,36	15	0,000	
		Bóc bỏ băng cũ	31,85	15	0,007	
		Vệ sinh tay và mang găng vô khuẩn	33,07	15	0,005	
		Sát khuẩn da tại vị trí đặt catheter, đơri khô	28,63	15	0,018	
5	Số năm công tác trong ngành	Vệ sinh tay	9,41	2	0,009	
		Xác định đúng NB	9,34	3	0,025	
		Kết nối PIVC	8,17	3	0,043	

Nhận xét:

Có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa: Tuổi của ĐD và bước “Công khai dịch truyền, dung dịch dinh dưỡng cho NB” ($p=0,015$, $\chi^2= 24$); Tiếp theo giữa “Giới tính” với “Vệ sinh tay” ($p=0,02$, $\chi^2= 6$) và với bước “Công khai dịch truyền, dung dịch dinh dưỡng cho NB” ($p=0,001$, $\chi^2= 1$); Tiếp theo giữa “Trình độ chuyên môn” của ĐD với “Bóc bỏ băng cũ” cho NB ($p=0,001$, $\chi^2= 1$) và “Chuẩn bị dịch truyền, dung dịch dinh dưỡng” ($p=0,04$, $\chi^2= 1$); Tiếp theo giữa “Khoa công tác” với nhiều biến số như: “Kỹ thuật đặt PIVC” ($p=0,00$, $\chi^2= 15$) và “Lựa chọn thiết bị kết

nối và Lựa chọn bộ dây truyền/dây đường truyền tĩnh mạch phù hợp” ($p=0,001$, $\chi^2= 15$); và “Chuẩn bị dịch truyền, dung dịch dinh dưỡng” ($p=0,00$, $\chi^2= 15$); và “Công khai dịch truyền, dung dịch dinh dưỡng cho NB” ($p=0,00$, $\chi^2= 15$); và “Bóc bỏ băng cũ” ($p=0,00$, $\chi^2= 15$); và “Vệ sinh tay mang găng vô khuẩn” ($p=0,005$, $\chi^2= 15$); và “Sát khuẩn da vị trí đặt catheter, đơri khô” ($p=0,018$, $\chi^2= 15$); Tiếp theo giữa “Số năm công tác trong ngành” của ĐD với một số biến số: “Vệ sinh tay” ($p=0,009$, $\chi^2= 2$) và bước kỹ thuật “Kết nối PIVC” ($p=0,043$, $\chi^2= 3$) và ĐD thực hiện “Xác định đúng NB” ($p=0,025$, $\chi^2= 3$).

4.5. Độ tin cậy Cronbach's Alpha của BCH

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,733	0,759	40

Nhận xét:

Điểm Cronbach's Alpha của 40 câu là 0,733.

bị dụng cụ [14], nhưng khác với nghiên cứu của Trần Quốc Khánh (2023) chỉ đạt 16% [13].

5. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của đối tượng NC là 34,71; SD = 5,85, với tuổi cao nhất là 54 và thấp nhất là 24. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 31-40 tuổi, đạt 52,5% (73/140). Kết quả NC của chúng tôi tương đồng với NC của Đinh Thị Hồng Vân (2023), trong đó nhóm tuổi trên 31 chiếm 53,12% [12], nhưng khác với NC của Doãn Thị Nguyệt, nơi nhóm tuổi cao nhất là từ 20-34 tuổi với tỷ lệ 68,2% và tuổi trung bình là 32,6±5,5 [11]. Về giới tính, tỷ lệ nữ chiếm ưu thế với 81,4% (114/140), gấp khoảng 4 lần so với nam (26/140, 18,6%). Tỷ lệ nữ trong NC của chúng tôi tương đồng với NC của Doãn Thị Nguyệt (2023) là 81,2% [11].

Trình độ chuyên môn cao nhất là đại học, chiếm 80,7%, tiếp theo là cao đẳng với 19,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với Đinh Thị Hồng Vân, nơi tỷ lệ cao đẳng đạt 46,88% [12]. Đối tượng có thời gian làm việc trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 59,7%, khác với NC của Doãn Thị Nguyệt, nơi tỷ lệ này là 41,2% [11].

Kết quả NC cho thấy, hầu hết các bước chuẩn bị đặt đường truyền tĩnh mạch được thực hiện đúng. Tỷ lệ ĐD thực hành đúng quy trình kỹ thuật đánh giá và lựa chọn vị trí đặt Catheter đạt 100% cho bước "Chọn loại PIVC phù hợp" và 95% cho bước "Lựa chọn thiết bị cố định catheter". NC của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơ (2023) khi đạt 100% trong việc chuẩn

Theo quy trình hướng dẫn của BVUB, ĐD cần vệ sinh tay trước khi chuẩn bị dụng cụ. Tuy nhiên, trong bước "Vệ sinh tay", tỷ lệ thực hiện chưa đủ yêu cầu, chỉ đạt 55%. NC của chúng tôi cũng khác với Nguyễn Thị Thơ (2023), nơi tỷ lệ vệ sinh tay đúng đạt 86,7%. Tỷ lệ điều dưỡng thực hành đúng quy trình kỹ thuật chăm sóc giai đoạn đặt PIVC đạt 100% cho các bước như "Nhận định tình trạng tĩnh mạch", "Chuẩn bị da", "Dán băng cố định catheter" và "Thay băng". Tuy nhiên, trong việc "Ghi HSBA", điều dưỡng ghi không đầy đủ, chỉ đạt 69,3%. Phòng ĐD sẽ giám sát và tập huấn lại cách ghi cho đúng.

Trong quy trình chăm sóc liên tục hàng ngày, tỷ lệ đạt cao nhất là 100% cho các bước "Thiết bị phòng hộ cá nhân", "Đánh giá chỉ định lâm sàng" và "Kết nối PIVC". Tuy nhiên, bước "Vệ sinh tay" chỉ đạt 55,7% do một số điều dưỡng quên thực hiện.

Tỷ lệ thực hành đúng quy trình thay băng chân Catheter đạt 100% cho bước "Đánh giá tình trạng NB trước khi thực hiện thủ thuật", nhưng đạt thấp nhất ở bước "Vệ sinh tay" với 47,9%. ĐD cần vệ sinh tay ba lần trong suốt quy trình, nhưng chỉ có bước cuối thực hiện đúng.

Tỷ lệ ĐD thực hành đúng quy trình tiêm thuốc qua PIVC đạt 100% cho "Thực hiện rút thuốc" và cho quy trình truyền dịch đạt 100% cho "Kiểm tra sự lưu thông của catheter". Tuy nhiên, điểm "Công khai thuốc cho NB" đạt 68,6% và "Công khai dịch truyền" chỉ đạt 25%.

Điểm trung bình của ĐD về “Quy trình kỹ thuật chăm sóc catheter” là Mean = 50,37; SD = 3,1. Điểm cao nhất là 57 (0,7% ĐD) và thấp nhất là 42 (0,7% ĐD), đạt yêu cầu tối thiểu $\geq 60\%$ (tương đương > 36 điểm). Tỷ lệ ĐD đạt 84,3% (118/140) có điểm từ 48-60, xếp loại kỹ năng thực hành tốt, trong khi 15,7% (22/140) đạt từ 36-47, xếp loại trung bình.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi của ĐD với bước thực hành “Công khai dịch truyền” ($p=0,015$, $\chi^2=24$); giới tính với “Vệ sinh tay” ($p=0,02$, $\chi^2=6$) và “Công khai dịch truyền” ($p=0,001$, $\chi^2=1$); trình độ chuyên môn với “Bóc bỏ băng cũ” ($p=0,001$, $\chi^2=1$) và “Chuẩn bị dịch truyền” ($p=0,04$, $\chi^2=1$). Học vấn có liên quan tới điểm tuân thủ, ĐD có học vấn cao hơn có điểm tuân thủ cao hơn. Mối liên quan giữa “Khoa công tác” với một số biến số như “Kỹ thuật đặt PIVC” ($p=0,00$, $\chi^2=15$) và “Lựa chọn thiết bị kết nối” ($p=0,001$, $\chi^2=15$); “Chuẩn bị dịch truyền” ($p=0,00$, $\chi^2=15$); “Công khai dịch truyền” ($p=0,00$, $\chi^2=15$); “Bóc bỏ băng cũ” ($p=0,00$, $\chi^2=15$); “Vệ sinh tay” ($p=0,005$, $\chi^2=15$); “Sát khuẩn da” ($p=0,018$, $\chi^2=15$). Cuối cùng, có mối liên quan giữa “Số năm công tác” với “Vệ sinh tay” ($p=0,009$, $\chi^2=2$) và “Kết nối PIVC” ($p=0,043$, $\chi^2=3$).

6. KẾT LUẬN - KIẾN NGHỊ

6.1. Kết luận

Kỹ thuật đặt và chăm sóc PIVC cho NB là rất cần thiết để đảm bảo đường truyền an toàn cho việc cung cấp thuốc và điều trị bệnh. Do đó, ĐD cần có kỹ năng thực hành tốt để hạn chế tai biến. Điểm trung bình kỹ thuật đặt PIVC của ĐD là $23,9 \pm 2,0$. Tỷ lệ ĐD đạt năng lực kỹ năng thực hành tốt là 62,1%, trong khi 37,9% xếp loại trung bình, không có tỷ lệ ĐD thiếu kỹ năng. Kỹ thuật chăm sóc PIVC có $50,37 \pm 3,1$, với 84,3% ĐD đạt năng lực kỹ năng thực hành tốt.

Các bước kỹ thuật đạt tỷ lệ cao 100% như chọn loại PIVC phù hợp, xác định vị trí Catheter và dán băng cố định. Tuy nhiên, vẫn tồn tại một số điểm cần cải thiện, như “Vệ sinh tay” chỉ đạt 55,7% và “Công khai dịch truyền” chỉ đạt 25%.

6.2. Kiến nghị

Dựa trên kết quả nghiên cứu, chúng tôi kiến nghị cần tổ chức các buổi tập huấn để cập nhật kiến thức và kỹ năng cho ĐD về kiểm soát nhiễm khuẩn và phòng ngừa biến chứng liên quan đến đặt PIVC. Việc này nhằm đảm bảo an toàn cho NB và nâng cao chất lượng chăm sóc, giúp NB yên tâm hơn trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Apisarnthanarak A, Singh N, Weber DJ (2017) Peripheral venous catheter-related adverse events in a tropical country. *infection control & hospital epidemiology* 38(10): 1258-1259.
- [2]. Anabela de Sousa Salgueiro Oliveira et al (2019) Nurses' peripheral intravenous catheter-related practices: A descriptive study. *Revista de Enfermagem Referencia* 4(21): 111-120.
- [3]. Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết trên người bệnh đặt Catheter trong lòng mạch. Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27/9/2012 của Bộ Y tế.
- [4]. Garcia-Gasalla M, Arrizabalaga-Asenjo M, ColladoGiner C, Ventayol-Aguiló L, Socias-Mir A, Rodríguez-Rodríguez A, Pérez-Seco MC, PayerasCifré A (2019) Results of a multi-faceted educational intervention to prevent peripheral venous catheter-associated bloodstream infections. *Journal of Hospital Infection* 102(4): 449-453.

- [5]. Helm RE, Klausner JD, Klemperer JD et al. Accepted but unacceptable: peripheral IV Catheter failure. *J Infus Nurs* 2015;38(3):189-203. <https://doi.org/10.1097/nan.0000000000000100>
- [6]. Lv L and Zhang J (2020) The incidence and risk of infusion phlebitis with peripheral intravenous catheters: A meta-analysis. *The journal of vascular access* 21(3): 342-349.
- [7]. Piper R, Carr PJ, Kelsey LJ et al. The mechanistic causes of peripheral intravenous Catheter failure based on a parametric computational study. *Sci Rep* 2018;8(1):3441
- [8]. Zingg W, Pittet D. Peripheral venous catheters: an under-evaluated problem”, *Int J Antimicrob Agents* 2009;34 Suppl 4:S38-42. [https://doi.org/10.1016/s0924-8579\(09\)70565-5](https://doi.org/10.1016/s0924-8579(09)70565-5)
- [9]. Hiệp hội Điều dưỡng Việt Nam, 2023. Tài liệu đào tạo liên tục liệu pháp truyền tĩnh mạch an toàn. Quyết định số: 62/QĐ-K2ĐT ngày 14/6/2023.
- [10]. Bloom. Learning for mastery. *Evaluation Comment.* 1968;1(2)
- [11]. Đàm Mạnh Tiến, 2022. “Trải nghiệm của người bệnh về đặt Catheter Tĩnh mạch ngoại vi tại khoa phẫu thuật cột sống, Bệnh viện hữu nghị việt đức”. *Tạp chí y học Việt Nam* tập 521 - tháng 12 - số 2 - 2022.
- [12]. Doãn Thị Nguyệt, 2023. “Đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp nâng cao chất lượng đặt, chăm sóc Catheter tĩnh mạch ngoại vi của điều dưỡng bệnh viện bệnh nhiệt đới trung ương năm 2023”. *Tạp chí y học Truyền nhiễm Việt Nam* số 01(45) -2024.
- [13]. Đinh Thị Hồng Vân, 2023. “Thái độ và thực hành chăm sóc ống thông tĩnh mạch ngoại vi của điều dưỡng ảnh hưởng đến tỷ lệ viêm tĩnh mạch tại một bệnh viện quân y (02/2023 - 4/2023)”. *Tạp chí y Dược lâm sàng* 108 Tập 18 - Số 7/2023 Doi: <https://doi.org/10.52389/ydls.v18i7.2067>

MALAKOPLAKIA Ở THẬN GIẢ U ÁC TÍNH TRÊN HÌNH ẢNH HỌC: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP VÀ HỒI CỨU Y VẤN

**Lê Thị Quỳnh Mai^{1,2*}, Lê Hồ Ngọc Trâm¹,
Phạm Quốc Thắng¹, Thái Anh Tú²**

TÓM TẮT

Malakoplakia là một bệnh viêm u hạt hiếm gặp, đặc trưng bởi sự hiện diện của các đại thực bào chứa thể vùi Michaelis-Gutmann. Tổn thương tại thận đặc biệt hiếm và dễ bị nhầm lẫn với khối u ác tính trên hình ảnh học. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nữ, 62 tuổi, tiền sử đái tháo đường type 2, nhập viện vì đau âm ỉ vùng hông lưng trái kéo dài một tháng. Hình ảnh CT bụng ghi nhận khối nghi ngờ ác tính ở thận trái, do đó chỉ định cắt thận được đưa ra. Tuy nhiên, mô bệnh học sau mổ cho thấy sự tăng sinh lan tỏa của mô bào, thâm nhập tế bào viêm hỗn hợp và sự hiện diện của các thể vùi Michaelis-Gutmann đặc trưng. Mô bệnh học với nhuộm PAS, Von Kossa, CD68 và CD163 đã hỗ trợ xác định chẩn đoán. Bệnh nhân được điều trị tiếp theo với kháng sinh ciprofloxacin trong vòng 1 tháng và khối bệnh hoàn toàn sau 6 tháng. Từ đó, chúng tôi nhận thấy vai trò thiết yếu của khảo sát mô học trong việc chẩn đoán xác định malakoplakia, đặc biệt khi tổn thương xảy ra ở vị trí hiếm gặp và dễ gây nhầm lẫn với ung thư.

Từ khóa: Malakoplakia; thận; khối u thận.

RENAL MALAKOPLAKIA MASQUERADING AS MALIGNANCY ON IMAGING: A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Malakoplakia is a rare granulomatous inflammatory disease characterized by the presence of macrophages containing Michaelis-Gutmann bodies. Renal involvement is particularly uncommon and often mimics malignancy on imaging studies. We report the case of a 62-year-old woman with a history of type 2 diabetes mellitus who presented with dull left flank pain persisting for one month. Abdominal CT scan revealed a suspicious mass in the left kidney, prompting a nephrectomy under the initial impression of renal malignancy. However, histopathological examination showed diffuse proliferation of histiocytes, mixed inflammatory cell infiltration, and characteristic Michaelis-Gutmann

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh

*Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Quỳnh Mai

Email: quynhmai223pnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

bodies. Special stains including PAS and Von Kossa, along with immunohistochemical markers CD68 and CD163, confirmed the diagnosis of malakoplakia. The patient received ciprofloxacin for one month, with complete resolution observed after six months. This case underscores the crucial role of histopathology in diagnosing malakoplakia, especially when occurring at rare anatomical sites that may mimic cancer radiologically and clinically.

Keywords: Malakoplakia; kidney; renal mass.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

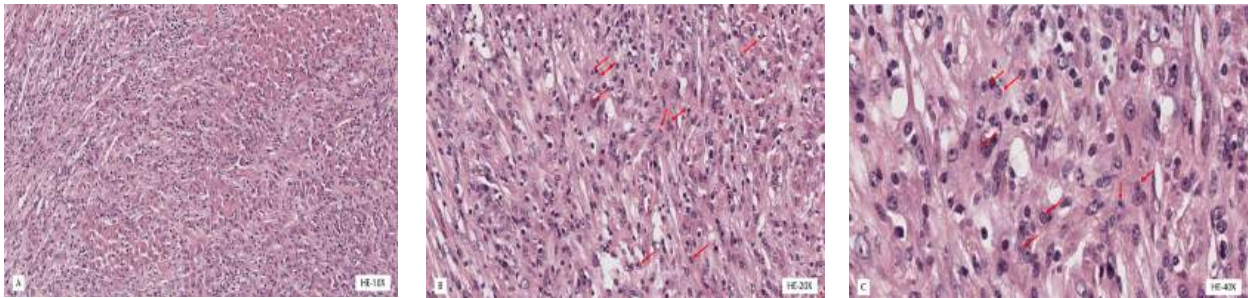
Malakoplakia là một bệnh viêm mạn tính hiếm gặp, đặc trưng bởi rối loạn chức năng đại thực bào trong việc tiêu diệt và phân giải vi khuẩn nội bào, dẫn đến sự tích tụ của các thể vùi đặc hiệu gọi là thể Michaelis-Gutmann [6]. Bệnh lý này gặp chủ yếu ở hệ tiết niệu, đặc biệt là tại bàng quang. Ở thận, tổn thương thường xuất hiện hai bên; trường hợp đơn độc một bên hiếm gặp, dễ bị chẩn đoán nhầm với u ác tính trên lâm sàng và hình ảnh học [3], [6]. Thể giả u tại thận chủ yếu gặp ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch (đái tháo đường, ung thư, ghép tạng hoặc đang điều trị corticosteroids) và thường liên quan đến nhiễm trùng tiểu kéo dài, đặc biệt do *Escherichia coli* [3]. Về hình ảnh học, tổn thương có thể biểu hiện dưới dạng khối, thâm nhiễm nhu mô hoặc phá hủy cấu trúc thận, nhưng không có đặc điểm đặc hiệu, gây khó khăn trong chẩn đoán tiền phẫu [1], [2], [5]. Chẩn đoán xác định chỉ có thể dựa vào khảo sát mô bệnh học, với các đặc điểm điển hình như tế bào von Hanseman và thể Michaelis-Gutmann. Do biểu hiện không đặc hiệu và tần suất thấp, malakoplakia ở thận có thể bị chẩn đoán nhầm là ung thư tế bào thận, dẫn đến can thiệp phẫu thuật không cần thiết. Việc nhận diện đúng bệnh lý này có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị bảo tồn và tránh các thủ thuật xâm lấn không thích hợp. Trong bài báo này, chúng tôi trình bày một trường hợp malakoplakia ở thận biểu hiện dưới dạng tổn thương giả u, được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, đồng thời hồi

cứu y văn nhằm làm rõ các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và bệnh học của bệnh lý hiếm gặp này, qua đó nhấn mạnh vai trò thiết yếu của mô bệnh học trong thực hành lâm sàng.

2. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Bệnh nhân nữ, 62 tuổi tiền sử đái tháo đường type 2 nhiều năm, nhập viện vì đau âm ỉ vùng hông lưng trái kéo dài 1 tháng. Khám lâm sàng ghi nhận bệnh nhân không sốt, dấu hiệu sinh tồn ổn định. Xét nghiệm cho thấy đường huyết tăng cao 13 mmol/L. Hình ảnh CT scan bụng ghi nhận tổn thương dạng khối khu trú cực dưới thận trái, kích thước khoảng 5 cm, xâm lấn mạc Gerota, phúc mạc thành và thâm nhiễm mô mỡ quanh thận. Trên cơ sở hình ảnh học có nhiều đặc điểm gợi ý tổn thương ác tính, bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là ung thư thận trái giai đoạn T3N0M0. Chỉ định phẫu thuật cắt thận trái được đưa ra như một hướng xử trí phù hợp trong bối cảnh nghi ngờ ung thư. Đại thể khối u có kích thước 5×5 cm, dạng đặc, màu vàng, bờ, thâm nhiễm mô mỡ quanh thận và dính phúc mạc.

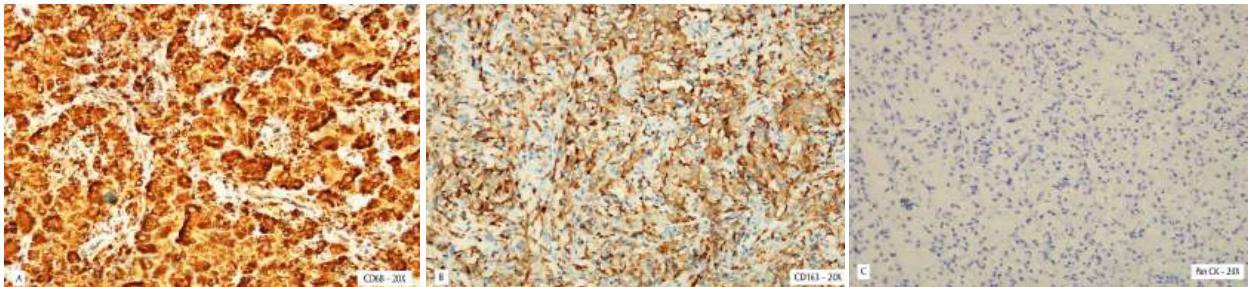
Trên vi thể, tổn thương có giới hạn không rõ. Tăng sinh nhiều tế bào dạng mô bào với bào tương nhiều, dạng hạt ái toan, có vùng tế bào hình thoi giống mô đệm xơ hóa, thâm nhập tế bào viêm hỗn hợp gồm lympho bào, tương bào, bạch cầu đa nhân trung tính, đại bào nhiều nhân. Rải rác trong mô tổn thương hiện diện các thể vùi nội bào bắt màu ưa kiềm, hình tròn, đồng tâm, giống bia bắn (Hình 1).



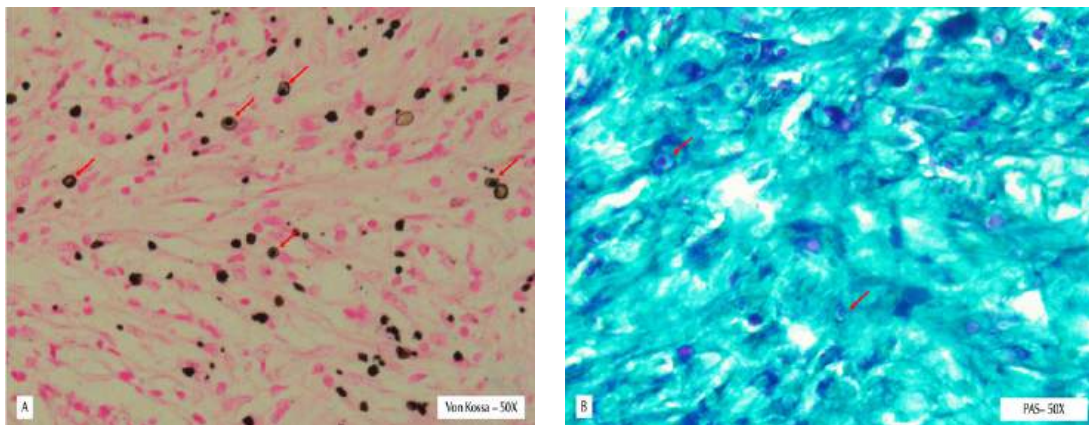
Hình 1: Tăng sinh nhiều tế bào dạng mô bào với bào tương nhiều, dạng hạt ái toan, có vùng tế bào hình thoi giống mô đệm xơ hoá, thâm nhập tế bào viêm hỗn (A, HE, độ phóng đại 100x). Rải rác trong mô tổn thương hiện diện các thể vùi nội bào bắt màu ưa kiềm, hình tròn, đồng tâm, giống bia bắn (mũi tên đỏ) (B-C, HE, độ phóng đại 200x-400x)

Kết quả hoá mô miễn dịch cho thấy các tế bào tổn thương dương tính mạnh và lan tỏa với CD68, CD163, âm tính với Pan Cytokeratin (Hình 2).

Nhuộm đặc biệt PAS và Von Kossa làm nổi bật các thể vùi nội bào (Hình 3).



Hình 2: Tế bào von Hansemann dương tính với CD68 và CD163 (A-B, độ phóng đại 200x). Tế bào von Hansemann âm tính với Pan CK (C, độ phóng đại 200x).



Hình 3: Các thể vùi Michaelis-Gutmann (mũi tên đỏ) được làm nổi bật rõ nét qua nhuộm Von Kossa (A, độ phóng đại 500x) và PAS (B, độ phóng đại 500x), góp phần hỗ trợ xác định đặc điểm mô bệnh học điển hình của tổn thương.

Chẩn đoán chính xác malakoplakia thận trái đòi hỏi tiếp cận theo tam giác chẩn đoán, trong đó mô bệnh học giữ vai trò cốt lõi, được hỗ trợ bởi hoá mô miễn dịch và các phương pháp nhuộm đặc biệt thích hợp. Bệnh nhân được điều trị bổ sung bằng kháng sinh ciprofloxacin trong 1 tháng. Tình trạng lâm sàng cải thiện rõ rệt, không tái phát sau 6 tháng theo dõi.

3. BÀN LUẬN

Malakoplakia là một bệnh lý viêm dạng u hạt hiếm gặp, đặc trưng bởi rối loạn chức năng đại thực bào trong quá trình tiêu diệt vi khuẩn nội bào, dẫn đến sự tích tụ các thể vùi Michaelis-Gutmann [5]. Bệnh lý này có thể gặp ở cả nam và nữ, nhưng thường xuất hiện nhiều hơn ở nữ giới, đặc biệt ở độ tuổi trên 40. Bệnh có thể ảnh hưởng đến nhiều cơ quan, trong đó hệ tiết niệu - sinh dục là vị trí thường gặp nhất, đặc biệt là bàng quang (chiếm khoảng 40% trường hợp). Ngược lại, tổn thương tại thận ít phổ biến hơn và thường xảy ra hai bên. Dạng tổn thương đơn độc một bên ở thận rất hiếm và dễ bị chẩn đoán nhầm với ung thư tế bào thận trên lâm sàng và hình ảnh học [3], [6], [7]. Về lâm sàng, các triệu chứng của malakoplakia thường không đặc hiệu, như đau hông lưng, sốt hoặc biểu hiện của nhiễm trùng tiểu. Trong nghiên cứu của Stanton và Maxted (1981) [7] đa số bệnh nhân có biểu hiện giống nhiễm trùng tiểu kéo dài. Trong khi đó, bệnh nhân của chúng tôi chỉ có triệu chứng đau âm ỉ hông lưng trái, không sốt, không tiểu bất thường, cho thấy biểu hiện âm thầm hơn so với mô tả trong y văn. Trong y văn gần đây, một số báo cáo ca bệnh đã ghi nhận những trường hợp malakoplakia ở thận đơn độc với biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học dễ nhầm lẫn với u ác tính: Daghdagh và cộng sự (2024) [2] mô tả một nữ bệnh nhân 58 tuổi, không có tiền sử nhiễm trùng tiểu, được phát hiện khối u thận đơn độc nghi ngờ ung thư, và chỉ được chẩn đoán xác định là malakoplakia sau khi cắt một phần thận. Tương tự, Pan và cộng sự (2021)

[4] ghi nhận trường hợp nữ bệnh nhân 82 tuổi có tiền sử đái tháo đường và nhiễm trùng tiểu, với tổn thương thận đơn độc hiếm gặp kết hợp viêm xanthogranulomatous, buộc phải chỉ định cắt thận. Tác giả Purnell (2015) [5] báo cáo một bệnh nhân nữ 62 tuổi được chẩn đoán malakoplakia với tổn thương giả u ác tính ở thận. Trường hợp của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với các báo cáo trên: bệnh nhân nữ, 62 tuổi, có tiền sử đái tháo đường type 2 nhiều năm, phát hiện khối tổn thương không đặc hiệu ở thận trái, kích thước khoảng 5 cm, xâm lấn mạc Gerota. Trên lâm sàng và hình ảnh học, tổn thương được chẩn đoán là ung thư tế bào thận giai đoạn T3N0M0, và bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt thận. Điều này phản ánh rõ ràng thách thức chẩn đoán trước mổ trong những trường hợp tổn thương không điển hình và thiếu dấu hiệu đặc hiệu trên hình ảnh học.

Yếu tố nguy cơ quan trọng nhất được ghi nhận trong các nghiên cứu là tình trạng suy giảm miễn dịch, đặc biệt ở bệnh nhân đái tháo đường, ghép tạng, ung thư hoặc đang dùng corticosteroids [6], [7]. Điều này phù hợp với ca bệnh của chúng tôi, khi bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường type 2 lâu năm, với đường huyết tăng cao lúc nhập viện, làm suy yếu chức năng đại thực bào và tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của malakoplakia.

Về hình ảnh học, các tổn thương malakoplakia tại thận thường biểu hiện dưới dạng khối không đặc hiệu, có thể xâm lấn mô mỡ quanh thận hoặc cấu trúc lân cận, dễ bị nhầm với ung thư tế bào thận [1], [5]. Bệnh nhân của chúng tôi có khối tổn thương lớn (5 cm), xâm lấn mạc Gerota và thâm nhiễm mô mỡ quanh thận. Trên đại thể, các tổn thương trong nhu mô thận là các mảng mềm màu vàng hoặc vàng nâu, có thể có dạng nốt hoặc polyp, loét ở trung tâm [1], [5], [6]. Ở bệnh nhân của chúng tôi ghi nhận đại thể u có kích thước 5×5 cm, dạng đặc, màu vàng, bờ, thâm nhiễm mô mỡ quanh thận và dính phúc mạc.

Để chẩn đoán chính xác malakoplakia thận, cần áp dụng tam giác chẩn đoán với mô bệnh học

giữ vai trò quyết định, được hỗ trợ bởi các kỹ thuật như hóa mô miễn dịch và nhuộm đặc biệt. Tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán là phát hiện các thể vùi nội bào Michaelis-Gutmann, là những cấu trúc tròn, đồng tâm, bắt màu kiềm, giống bia bắn - nằm trong bào tương của các tế bào von Hanseemann, vốn là những đại thực bào có bào tương nhiều, ái toan, dạng hạt. Những đặc điểm kinh điển này được mô tả rộng rãi trong y văn [6] và cũng được ghi nhận rõ trong trường hợp của chúng tôi. Về hóa mô miễn dịch, các nghiên cứu trước đây cho thấy tế bào von Hanseemann thường dương tính với các marker đại thực bào như CD68, CD163 và lysozyme. Các kỹ thuật nhuộm đặc biệt như PAS (Periodic Acid-Schiff), Von Kossa hoặc Prussian blue có giá trị làm nổi bật thể vùi Michaelis-Gutmann nhờ khả năng bắt màu chất khoáng lắng đọng (canxi và sắt) đặc trưng trong các thể vùi [2], [5], [6]. Trong trường hợp của chúng tôi, mô bệnh học cho thấy rõ các tế bào von Hanseemann mang đặc điểm hình thái kinh điển, chứa nhiều thể vùi nội bào có hình ảnh điển hình của thể Michaelis-Gutmann, có vùng tế bào hình thoi giống mô đệm xơ hoá, thẩm nhập tế bào viêm hỗn hợp gồm lympho bào, tương bào, bạch cầu đa nhân trung tính, đại bào nhiều nhân. Hóa mô miễn dịch ghi nhận các tế bào này dương tính mạnh với CD68 và CD163, tương đồng với các báo cáo trong y văn, đồng thời âm tính với Pan CK giúp loại trừ carcinôm. Ngoài ra, nhuộm PAS và Von Kossa cho kết quả dương tính, giúp làm nổi bật thể vùi và góp phần xác định chẩn đoán. Những kết quả này khẳng định tính điển hình của tổn thương trong ca bệnh, đồng thời nhấn mạnh vai trò không thể thay thế của mô bệnh học và các kỹ thuật hỗ trợ trong việc phân biệt malakoplakia với các tổn thương giả u khác của thận.

Các nghiên cứu cho thấy malakoplakia đáp ứng tốt với kháng sinh có khả năng thâm vào đại thực bào như fluoroquinolon (ciprofloxacin, ofloxacin) [1], [5]. Trong ca bệnh này, sau phẫu thuật cắt thận, bệnh nhân được điều trị bổ sung bằng ciprofloxacin trong một tháng, tình trạng cải

thiện rõ và không tái phát sau 6 tháng theo dõi, phù hợp với diễn tiến thuận lợi được mô tả trong các báo cáo tương tự.

Tóm lại, ca bệnh của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với y văn về yếu tố nguy cơ, đặc điểm mô học và đáp ứng điều trị, tuy nhiên biểu hiện lâm sàng âm thầm và tổn thương đơn độc một bên là những yếu tố dễ gây nhầm lẫn với ung thư. Trường hợp này nhấn mạnh vai trò thiết yếu của mô bệnh học trong chẩn đoán xác định, giúp tránh can thiệp không cần thiết và lựa chọn điều trị thích hợp hơn.

4. KẾT LUẬN

Malakoplakia thật là một bệnh lý hiếm gặp, có thể biểu hiện dưới dạng tổn thương giả u, dễ nhầm lẫn với ung thư thận trên lâm sàng và hình ảnh học, đặc biệt khi tổn thương đơn độc một bên. Trong bối cảnh bệnh nhân có yếu tố nguy cơ như đái tháo đường và hình ảnh khối thận không điển hình, cần cân nhắc chẩn đoán phân biệt với malakoplakia để tránh can thiệp phẫu thuật không cần thiết. Mô bệnh học đóng vai trò then chốt trong chẩn đoán xác định, giúp định hướng điều trị phù hợp, trong đó kháng sinh là lựa chọn hiệu quả trong nhiều trường hợp. Việc nhận diện sớm và chính xác malakoplakia có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng, đặc biệt ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch có tổn thương thận không đặc hiệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Abolhasani M, Jafari A.M, Asgari M.(2012). Renal malakoplakia presenting as a renal mass in a 55-year-old man: a case report. *J Med Case Reports*.379. doi:10.1186/1752-1947-6-379.

- [2]. Daghdagh Y, Razzouki I, Moataz A, et al.(2024). A case of extremely rare pathology: Renal malakoplakia. *Urol Case Rep.* doi:10.1016/j.eucr.2024.102737.
- [3]. Giordano P, Rocco FDF, Camilla C, et al.(2022). Malakoplakia of the urinary bladder: A review of the literature. *Arch Ital Urol Androl.*94(3):350-354. doi:10.4081/aiua.2022.3.350.
- [4]. Pan Y, Hong YC, Shih HJ, et al.(2021). Malakoplakia and xanthogranulomatous pyelonephritis treated with nephrectomy: A case report. . *Medicine (Baltimore).*100. doi:10.1097/MD.00000000000027137.
- [5]. Purnell SD, Davis B, Burch-Smith R, et al.(2015). Renal malakoplakia mimicking a malignant renal carcinoma: a patient case with literature review. . *BMJ Case Rep.* doi:10.1136/bcr-2014-208652.
- [6]. Robert B. Colvin, Anthony Chang, Lynn D. Cornell.(2023). *Diagnostic Pathology Kidney Diseases*. 4th ed. Elsevier.
- [7]. Stanton MJ, Maxted W.(1981). Malakoplakia: A study of the literature and current concepts of pathogenesis. *J Urol.*139-146. doi:10.1016/s0022-5347(17)54940-x.

BƯỚU CƠ VÂN THỂ NGƯỜI LỚN Ở HẠ HẦU: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP VÀ HỒI CỨU Y VĂN

**Dương Duy Hưng^{1*}, Dương Thanh Tú¹,
Trịnh Nguyễn Minh Anh², Vũ Huyền Trang³, Thái Anh Tú³**

TÓM TẮT

Bướu cơ vân thể người lớn là một khối bướu trung mô lành tính hiếm gặp, chỉ chiếm dưới 2% tổng số các tân sinh có nguồn gốc từ cơ vân và dễ chẩn đoán nhầm lẫn với các bướu ác tính khác cả về mặt lâm sàng, hình ảnh và mô bệnh học. Tổn thương thường khu trú ở vùng đầu cổ, đặc biệt tại các vị trí như hầu họng, khoang miệng, gốc lưỡi, sàn miệng và thanh quản. Về biểu hiện lâm sàng, khối bướu thường tiến triển chậm, không đau nhưng có thể dẫn đến nuốt vướng, khó thở, khàn tiếng, thậm chí ảnh hưởng đến thính lực hoặc thị giác khi bướu kích thước lớn gây chèn ép. Phẫu thuật cắt bỏ triệt để là phương pháp điều trị tối ưu góp phần hạn chế khả năng tái phát. Việc chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào hình thái vi thể kết hợp với biểu hiện hóa mô miễn dịch dương tính với các dấu ấn biệt hóa hướng cơ vân. Chúng tôi báo cáo một trường hợp hiếm gặp: bệnh nhân nam, 62 tuổi nhập viện với triệu chứng nuốt vướng và khàn giọng, được phát hiện có khối bướu vùng hạ hầu lớn gây chèn ép nghi ác tính. Kết quả vi thể và biểu hiện hóa mô miễn dịch với dấu ấn Desmin (+), MyoD1 (+) rải rác, Myogenin (-), S100 (-), CD68 (-), EMA (-), TFE3 (-) và Ki67 (+) rải rác với tỉ lệ khoảng < 1% phù hợp với bướu cơ vân thể người lớn. Báo cáo này sẽ cung cấp thêm tư liệu quan trọng giúp nhận diện chính xác bướu cơ vân thể người lớn vùng đầu cổ, nhấn mạnh vai trò của hóa mô miễn dịch từ đó góp phần hoàn thiện hiểu biết về nhóm bướu phần mềm lành tính nhưng thách thức trong thực hành chẩn đoán.

Từ khóa: Bướu cơ vân thể người lớn; bướu vùng đầu cổ; hạ hầu.

ADULT RHABDOMYOMA OF HYPOPHARYNX: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Adult rhabdomyoma is a rare benign mesenchymal tumor, accounting for less than 2% of all skeletal muscle-derived neoplasm and is easily misdiagnosed as a malignant tumor on clinical, radiologic, or histopathologic evaluation. The lesion predominantly arises in the head and neck region, with common

¹Đại học Y - Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đa khoa Khu vực Thủ Đức

³Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh

*Chịu trách nhiệm chính: Dương Duy Hưng

Email: duyhung99ump@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

sites including the pharynx, oral cavity, base of tongue, floor of mouth, and larynx. Clinically, the tumor is slow-growing and painless; however, when it enlarges, it may cause compressive symptoms such as dysphagia, dyspnea, hoarseness, and, in some cases, impairment of hearing or vision. Complete surgical excision is considered the optimal treatment approach, contributing to a reduced risk of recurrence. Definitive diagnosis relies primarily on histopathological evaluation supported by immunohistochemical positivity for markers of skeletal muscle differentiation. We report the rare case of a 62-year-old male patient presenting with dysphagia and hoarseness, in whom a large hypopharyngeal mass was identified and initially suspected to be malignant. Histopathological features and immunohistochemical staining demonstrated positivity for Desmin and focal MyoD1, while Myogenin, S100, CD68, EMA, and TFE3 were negative. Ki67 labeling index was < 1%, confirmed the diagnosis of adult rhabdomyoma. This report provides additional valuable data to aid in the accurate recognition of adult-type rhabdomyoma in the head and neck region, highlights the essential role of immunohistochemistry, and contributes to a more complete understanding of this benign yet diagnostically challenging soft tissue tumor.

Keywords: Adult rhabdomyoma; head and neck tumor; hypopharynx.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu cơ vân thể người lớn (BCVTNL) là thể bệnh phổ biến nhất của bướu cơ vân lành tính ngoài tim.¹⁻⁷ Bệnh thường gặp ở người lớn tuổi với độ tuổi trung bình được ghi nhận là 60 tuổi.^{1,5,6} Nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ nam:nữ khoảng từ 2,2 đến 3:1 theo nhiều nghiên cứu.^{2,3,6} Khoảng 90% các trường hợp BCVTNL được ghi nhận ở vùng đầu cổ với các vị trí phổ biến là khoang miệng, hầu họng, vùng dưới lưỡi, dưới hàm, khẩu cái mềm, thanh quản, v.v.³ Khối bướu thường khu trú dưới niêm mạc, phần lớn là những tổn thương đơn độc, đôi khi có thể gặp đa nốt hoặc đa ổ lan tỏa.³⁻⁵ BCVTNL tiến triển chậm từ nhiều tháng đến vài năm, không đau, đôi khi gây triệu chứng lâm sàng đa dạng như khàn tiếng, nuốt vướng, khó thở, v.v. tùy theo vị trí và kích thước.^{2,3}

Các tân sinh có nguồn gốc từ cơ vân ở vùng đầu cổ rất hiếm ghi nhận lành tính, đa số các trường hợp là sarcôm cơ vân.^{5,7} BCVTNL ở đầu cổ là loại bướu lành tính hiếm gặp và thường có lâm sàng, hình ảnh học lẫn mô bệnh học không đặc hiệu, dễ bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm lẫn với bướu ác tính hoặc các tổn thương phần mềm thường gặp khác ở vùng đầu cổ.^{3,4}

Hình thái vi thể đặc trưng kết hợp với biểu hiện hóa mô miễn dịch dương tính mạnh với các dấu ấn biệt hóa hướng cơ vân như Desmin, Myogenin, MyoD1, MSA (actin đặc hiệu cơ) là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định BCVTNL.^{5,7}

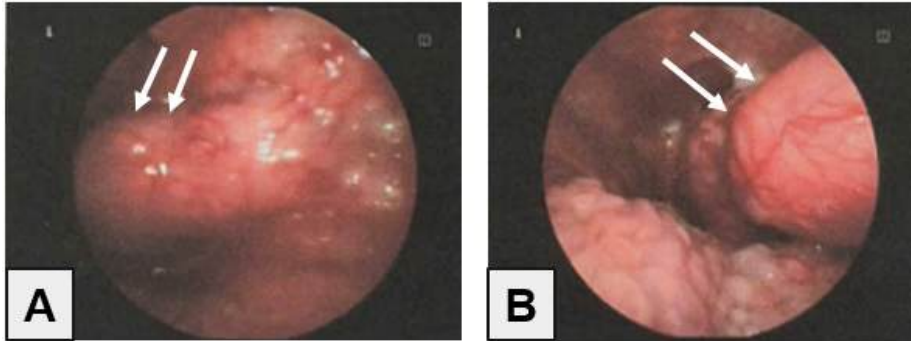
Chúng tôi báo cáo một trường hợp hiếm gặp ở bệnh nhân nam, lớn tuổi vào viện vì phát hiện khối bướu vùng hạ hầu kích thước lớn nghi ngờ ác tính. Với các đặc điểm hình thái vi thể và biểu hiện hóa mô miễn dịch, bệnh nhân được chẩn đoán xác định phù hợp với bướu cơ vân thể người lớn ở hạ hầu.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 62 tuổi nhập viện vì lý do nuốt vướng. Qua thăm khám cho thấy, bệnh nhân có một khối cứng kích thước 100×60×35 mm ở vùng góc hàm lệch (T) xuất hiện 5 năm trước đó nhưng không điều trị, 2 năm gần đây tổn thương tăng dần kích thước, chèn ép vùng cổ gây nuốt vướng, khàn giọng và ăn uống khó khăn kéo dài. Tiền căn ghi nhận bệnh nhân có tăng huyết áp, hen phế quản đang điều trị, hút thuốc lá 45 gói/năm. Gia đình chưa ghi nhận bất thường có liên quan.

Hình ảnh trên nội soi vùng họng ghi nhận có khối choán chỗ ở khẩu hầu, hố amidan (T) và

thành hạ hầu (T), bề mặt tương đối trơn láng, có chỗ sần nhẹ, kết quả sinh thiết hai lần kiểm tra chỉ ghi nhận mô viêm mạn tính (Hình 1).

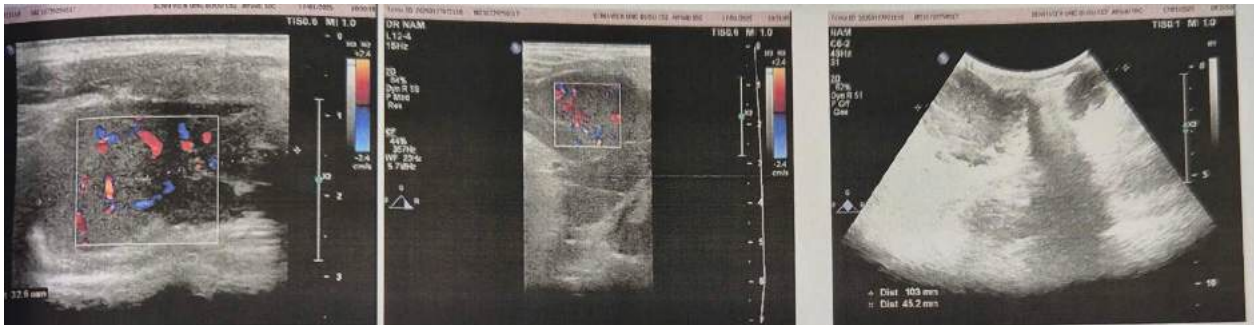


Hình 1: Hình ảnh nội soi ghi nhận vùng hạ họng từ cực dưới amidan (T) (A) đến băng thanh thất (T), (B) có vài khối to, trơn láng, bề mặt không bám giả mạc, gây đẩy lệch thanh môn sang (P).

Theo dõi u hạ họng (T)

Kết quả chụp cắt lớp vi tính (CT scan) vùng cổ không tiêm thuốc cản quang ghi nhận đa tổn thương dày mô lan rộng ở vùng khẩu hầu - tam giác hậu hàm - đáy lưỡi sàn miệng bên (T) kèm sùi dày mô ở nếp phễu nắp thanh môn (T), chít hẹp xoang lê (T) nghi ác tính, nghi ngờ u cận hạch

vùng cổ (T). Hạch cổ (T) theo dõi viêm. Đồng thời, hình ảnh siêu âm vùng cổ (T) ghi nhận một cấu trúc hồi âm kém chưa bản chất, kích thước 103×45mm, không đồng nhất, giới hạn không rõ, không vôi hóa và tăng sinh mạch máu, nghi ngờ hạch di căn (Hình 2).



Hình 2: Kết quả siêu âm phần mềm vùng cổ: Vùng hạ hầu lệch (T), lan lên vùng đáy lưỡi lệch (T) có tổn thương echo kém, không đồng nhất, giới hạn không rõ, kích thước #103×45 mm, không vôi hóa, không tăng sinh mạch máu

Kết quả chọc hút bằng kim nhỏ vùng cổ (T) ghi nhận tổn thương dạng tế bào tròn không điển hình, không thấy mô hạch, đề nghị sinh thiết thêm. Ngoài ra, hình ảnh X quang, siêu âm ổ bụng, các xét nghiệm máu, sinh hóa, chức năng gan, thận của bệnh nhân nằm trong giới hạn bình thường.

Do sự không đồng nhất trong các phương tiện chẩn đoán cùng với biểu hiện lâm sàng hướng nhiều đến một tổn thương ác tính hạ hầu nguyên phát và/hoặc di căn hạch cổ (T), bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tổn thương kết hợp nạo hạch cổ và đánh giá diện cắt phẫu thuật

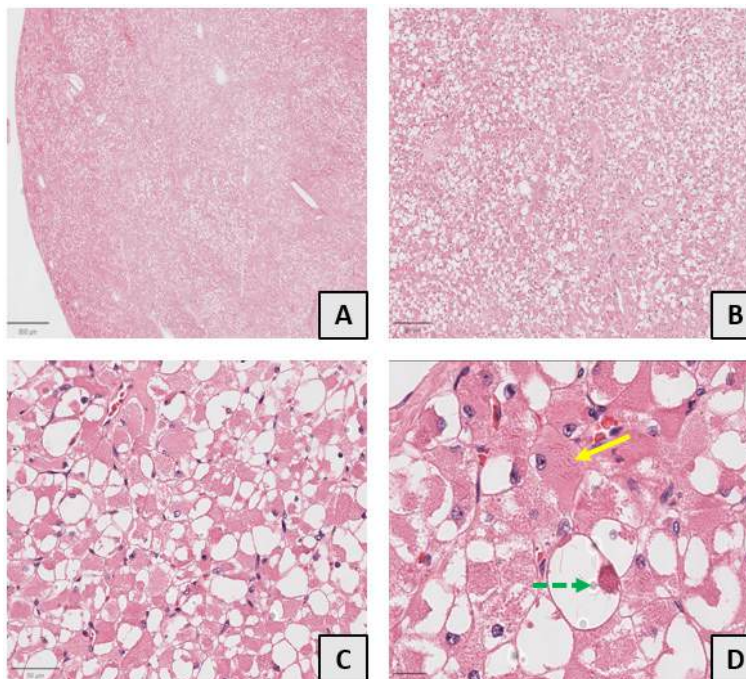
nhằm xác định chính xác bản chất mô bệnh học và giảm khả năng tái phát.

Đại thể ghi nhận tổn thương kích thước 108×40×28 mm ở hạ hầu, nằm dưới niêm mạc, nghi ngờ đa ổ, có vỏ bao, mặt cắt màu nâu đỏ, tạo nhiều thùy.

Hình ảnh vi thể ở độ phóng đại thấp cho thấy khối bướu có giới hạn khá rõ kèm vỏ bao không hoàn toàn, không xâm lấn mô xung quanh, đặc trưng bởi sự tăng sinh đơn dòng các tế bào có bào tương ái toan, hình đa diện, xếp sát nhau tạo cấu trúc dạng thùy, dải hoặc các ổ ngăn cách bằng mô đệm sợi mạch mảnh.

Ở độ phóng đại cao, các tế bào bướu hình đa diện, kích thước tương đối đồng dạng, bào tương nhiều, ái toan, dạng hạt mịn, có các vân ngang,

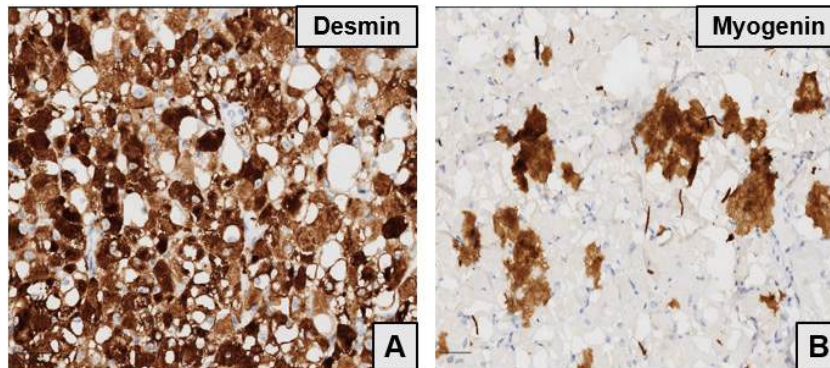
nhân tròn nhỏ nằm ở trung tâm hoặc lệch ở ngoại vi tương tự như cơ vân trưởng thành. Đôi chỗ có xuất hiện không bào trong bào tương nghi do chứa glycogen, một số tế bào không bào trong bào tương chiếm ưu thế, chỉ còn lại một phần bào tương nhỏ bắt eosin ở trung tâm, nổi với viền đặc ở ngoại vi bằng các dải bào tương mảnh tạo hình ảnh tế bào “hình nhện”. Đặc biệt, có thể thấy được thể vùi dạng tinh thể hình que trong bào tương rải rác ở một số tế bào bướu. Không ghi nhận hình ảnh hoại tử, tế bào không điển hình, dị dạng hay phân bào bất thường trên mẫu được khảo sát. Chẩn đoán ban đầu được đặt ra là tăng sinh tế bào tế bào sáng dạng biểu mô có thể là bướu cơ vân. Chẩn đoán phân biệt bướu tế bào hạt, bướu mỡ nâu, bướu cận hạch và carcinôm tế bào sáng di căn.



Hình 3: Hình ảnh H&E: Ở độ phóng đại thấp: Khối u giới hạn rõ, có vỏ bao (A), cấu trúc dạng thùy (B). Ở độ phóng đại cao: Tế bào dạng cơ vân, đa diện, xếp sát nhau, bào tương nhiều, ái toan, rải rác vài tế bào bào tương sáng do chứa nhiều không bào (C), thể vùi dạng tinh thể hình que trong bào tương (mũi tên nét liền) và tế bào hình nhện (mũi tên nét đứt) (D).

Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy, tế bào bướu dương tính mạnh, lan tỏa với Desmin, rải rác với Myogenin thể hiện sự biệt hóa đặc trưng theo hướng cơ vân. Chỉ số Ki67 rất thấp chỉ dưới 1%. Các dấu ấn Vimentin, S100, PanCK, EMA, CD68, Synaptophysin, Chromogranin A, TFE3, MyoD1, Calretinin, CD10, CD117, CK7,

GATA3, Inhibin, MDM2, PAX8, RCC và SOX10 đều âm tính. Dựa vào hình ảnh vi thể và biểu hiện kết quả hóa mô miễn dịch, bệnh nhân được chẩn đoán phù hợp với bướu cơ vân thể người lớn ở hạ hầu. Ngoài ra, khảo sát vi thể các rìa diện cắt cùng các hạch lymphô bóc được đều không ghi nhận hình ảnh tế bào bướu.



Hình 4: Kết quả hóa mô miễn dịch: Tế bào bướu dương tính mạnh, lan tỏa trong bào tương với Desmin (A) và dương tính rải rác với Myogenin (B)

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được theo dõi và hẹn tái khám định kỳ. Tính đến thời điểm thăm khám gần nhất, bệnh nhân ổn định, không có triệu chứng cũng như hình ảnh gợi ý tái phát sau ba tháng phẫu thuật.

3. BÀN LUẬN

Bướu cơ vân, lần đầu tiên được phát hiện bởi Zenker năm 1864⁸, là một loại tân sinh phần mềm biệt hóa theo hướng cơ vân lành tính hiếm gặp.^{5,7} Về mặt vị trí giải phẫu, bướu cơ vân được chia thành hai nhóm chính là ở tim và ngoài tim.^{5,7} Với tỷ lệ chiếm đa số các trường hợp, bướu cơ vân ở tim được coi như một dạng mô thừa dạng bướu (hamartoma) ở trẻ em và thường có liên quan chặt chẽ đến bệnh xơ cứng củ (chiếm từ 50-88% theo nghiên cứu của Yinon và cộng sự⁷) cùng một số rối loạn di truyền khác.^{3,4} Ngược lại, bướu cơ vân ngoài tim (BCVNT) rất hiếm gặp và các tổn thương này thường khu trú chủ yếu ở vùng đầu

cổ.^{3-5,7} Dựa trên độ tuổi khởi phát và mức độ biệt hóa của mô cơ vân trên vi thể, BCVNT được chia thành thể người lớn (chiếm 50-70%) và thể phôi thai (chiếm 40%).^{5,7} Hiếm gặp hơn, BCVNT thể sinh dục (chiếm dưới 10%) với biểu hiện dưới dạng polyp ở âm hộ, âm đạo ở phụ nữ trẻ tuổi và trung niên cũng đã được báo cáo ghi nhận.³

Bướu cơ vân thể người lớn (BCVTNL) là bướu lành tính biệt hóa theo hướng cơ vân trưởng thành chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm BCVNT.¹⁻⁸ Bệnh chủ yếu phát sinh ở vùng đầu cổ, được cho là bắt nguồn từ hệ cơ của cung mang thứ ba và thứ tư trong quá trình phát triển của phôi thai.^{1,3} Khoảng 70% các trường hợp biểu hiện dưới dạng tổn thương đơn độc, đôi khi có thể đa nốt (chiếm 20-26%) hoặc đa ổ (chiếm 4%) với nam giới trên 50 tuổi chiếm đa số.^{1,4,7} Hiếm gặp trường hợp BCVTNL ở trẻ em và khởi phát ở vùng ngoài đầu cổ (như ở chi, thực quản, dạ dày, trung thất).^{1,3,7} Triệu chứng lâm sàng sẽ phụ thuộc vào vị trí

và kích thước khối bướu.^{1,7} BCVTNL phát triển chậm dưới niêm mạc, biểu hiện dưới dạng nốt polyp trơn láng, giới hạn rõ, không đau và theo thời gian có thể gây ra khó thở, khàn tiếng, nuốt vướng và các triệu chứng khác.³ Đối với trường hợp chúng tôi báo cáo, bệnh nhân nam giới lớn tuổi (62 tuổi), vị trí phát sinh ở vùng đầu cổ (hạ hầu), tiến triển chậm, kéo dài (5 năm) trước ghi gây ra triệu chứng khiến bệnh nhân phải nhập viện điều trị. Điều là hoàn toàn phù hợp với các báo cáo y văn được ghi nhận trước đó.

Cơ chế bệnh sinh của BCVTNL còn nhiều tranh cãi.³ Một số nghiên cứu cho rằng, BCVTNL là tổn thương mô thừa dạng bướu, không tân sinh do đặc tính tiến triển chậm, hình thái mô học đa dạng và thường không liên quan đến các hội chứng di truyền.^{3,5} Trong khi đó, những nghiên cứu gần đây cho thấy, BCVTNL là một tân sinh thực sự dựa trên các bằng chứng về sự phát hiện các bất thường đơn dòng nhiễm sắc thể, đột biến gen *FLCN*, và mối liên quan đến hội chứng Birt-Hogg-Dubé.³ Tuy nhiên, các chỉ dấu về sinh học phân tử thường không đặc hiệu trong chẩn đoán BCVTNL.⁵

Hiện nay, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CT scan) và cộng hưởng từ (MRI) đều không chứng minh được tính đặc hiệu trong chẩn đoán BCVTNL.¹ Trong trường hợp ca bệnh chúng tôi báo cáo, hình ảnh trên siêu âm và chụp cắt vi tính đều hướng đến một tổn thương ác tính do kích thước lớn, giới hạn không rõ và lan rộng ở vùng hạ hầu. Trên nội soi tai mũi họng, phù hợp với một tổn thương ở dưới niêm mạc, bề mặt trơn láng, sinh thiết hai lần chỉ ghi nhận hình ảnh mô viêm mạn tính. Vì không thể khẳng định được bản chất của khối bướu, việc phẫu thuật lấy trọn tổn thương kèm nạo hạch và đánh giá diện cắt phẫu thuật đã được tiến hành.

Mặc dù chưa có bằng chứng về sự chuyển dạng ác tính, BCVTNL có tỷ lệ tái phát tại chỗ là 42%,

chủ yếu liên quan đến việc cắt bỏ không triệt để tổn thương trước đó.¹ Qua các nghiên cứu và báo cáo chúng tôi ghi nhận, chưa có bằng chứng cho thấy hóa trị hoặc xạ trị mang lại hiệu quả trong điều trị BCVTNL, kể cả ở các trường hợp khối bướu kích thước lớn hoặc tái phát.¹⁻⁶ Thay vào đó, các báo cáo đều thống nhất rằng phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn tổn thương với bờ phẫu thuật âm tính đối với các bướu lớn hoặc gây triệu chứng là phương thức điều trị tối ưu.^{1,3,7} Đối với các trường hợp tái phát, phẫu thuật vẫn là phương pháp tối ưu. Điều này có thể được lý giải do mức độ biệt hóa cao (dạng cơ vân trưởng thành) cũng như chỉ số tăng sinh tế bào rất thấp ($Ki67 < 1\%$) của bướu dẫn đến khả năng không đáp ứng với hóa và xạ trị. Đối với các tổn thương nhỏ và không triệu chứng, một số nghiên cứu đề xuất chiến lược theo dõi tích cực mà chưa cần can thiệp phẫu thuật.⁶ Theo Lim và cộng sự (2025)², phẫu thuật nội soi BCVTNL tuy ít biến chứng nhưng tỷ lệ tái phát thường cao hơn so với phẫu thuật mở lấy trọn bướu. Vì vậy, việc theo dõi lâu dài khả năng bướu tái phát là cần thiết, đặc biệt trong các trường hợp phẫu thuật nội soi và/hoặc không thể đảm bảo lấy trọn được sang thương và trường hợp bướu có đa ổ, đa nốt.^{3,6} Vì vậy, việc phẫu thuật lấy trọn tổn thương với bờ phẫu thuật âm tính là hướng điều trị phù hợp đối với trường hợp BCVTNL chúng tôi báo cáo.

Trên hình ảnh vi thể, với các đặc điểm mô học đặc trưng là sự tăng sinh đơn dòng các tế bào dạng cơ vân đồng dạng, kích thước lớn, hình đa diện với bào tương nhiều, rất ái toan, có không bào, vân ngang và thể vùi dạng tinh thể hình que trong bào tương, đôi khi có thể bắt gặp tế bào hình nhện, không thấy hoại tử, tế bào không điển hình và phân bào bất thường. Chẩn đoán bướu cơ vân thể người lớn được đặt ra là hoàn toàn phù hợp. Tuy nhiên, các chẩn đoán phân biệt như bướu mỡ nâu, bướu tế bào hạt, bướu cận hạch, bướu phòng bào, một số bệnh lý mô bào liên quan đến tinh thể và bướu ác tính di căn cần được đặt ra do sự khác

biệt rất lớn trong điều trị cũng như tiên lượng.^{5,7} Đặc biệt, chẩn đoán BCVTNL rất dễ nhầm lẫn với bướu tế bào hạt và bướu mỡ nâu trên tiêu bản cắt lạnh và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA).⁴ Việc kết hợp với các dấu ấn hóa mô miễn dịch đặc hiệu cho từng loại bướu sẽ giúp loại trừ và đi đến chẩn đoán chính xác cuối cùng.⁷

Desmin là dấu ấn có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong biểu hiện sự biệt hóa cơ vân ở cả tế bào chưa và đã trưởng thành.⁶ Ngoài ra, Myogenin, MyoD1 và MSA có thể góp phần hỗ trợ trong chẩn đoán BCVTNL.⁶ Trong khi đó, Vimentin có thể hiện diện ở tế bào cơ chưa trưởng thành nhưng âm tính ở cơ vân trưởng thành.⁶ BCVTNL thường không biểu hiện dấu ấn tăng sinh như Ki67, điều này ủng hộ giả thuyết tổn thương có thể mang bản chất mô thừa dạng bướu.⁶ Trong trường hợp của chúng tôi, Desmin dương tính mạnh lan tỏa với tế bào bướu, Myogenin dương tính rải rác, Vimentin âm tính và chỉ số Ki67 dưới 1% phù hợp với chẩn đoán bướu cơ vân thể người lớn lành tính đặt ra ban đầu.

Một trong những chẩn đoán vi thể phân biệt quan trọng của BCVTNL là bướu tế bào hạt với đặc trưng là các tế bào có bào tương dạng hạt mịn, không có vân ngang.^{4,6,7} Chẩn đoán phân biệt thứ hai là bướu mỡ nâu với vị trí thường gặp ở vùng giữa hai bả vai, đặc trưng trên vi thể là các tế bào nhỏ, bào tương chứa các giọt mỡ dễ nhầm lẫn với không bào trong BCVTNL.^{4,6,7} Cả hai loại bướu này đều biểu hiện S100 dương tính lan tỏa và Desmin âm tính.^{4,6,7} Trường hợp được báo cáo, Desmin dương tính và S100 âm tính, do đó giúp loại trừ chẩn đoán bướu tế bào hạt và bướu mỡ nâu. Ngoài ra, biểu hiện vi thể kết hợp với các dấu ấn như Synaptophysin, Chromogranin, PanCK, CD68 và một số các dấu ấn đã được trình bày âm tính đã giúp loại trừ các chẩn đoán phân biệt ít nghĩ tới khác như bướu cận hạch, bướu phòng bào, một số bệnh lý mô bào liên quan đến tinh thể và bướu ác tính di căn.^{4,6,7}

4. KẾT LUẬN

Bướu cơ vân thể người lớn là một tổn thương hiếm gặp ở vùng đầu cổ. Việc chẩn đoán chính xác là một thách thức đối với cả lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh do biểu hiện bệnh không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các tổn thương thường gặp khác. Vì vậy, cần đặt ra các chẩn đoán phân biệt phù hợp kết hợp với hóa mô miễn dịch các dấu ấn biệt hóa cơ vân để đi đến chẩn đoán xác định. Phẫu thuật cắt trọn bướu với rìa diện cắt an toàn hiện vẫn là phương pháp điều trị tối ưu, song việc theo dõi dài hạn khả năng tái phát vẫn được khuyến nghị, đặc biệt khi cắt bỏ triệt để là không khả thi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Wang L, Li S, Sun L. Case Report: Unveiling the unexpected: a rare case of adult-type rhabdomyoma in a 9-year-old boy. Case Report. *Frontiers in Pediatrics*. 2025-February-03 2025;Volume 13 - 2025doi:10.3389/fped.2025.1451316
- [2]. Lim J, Jueng J, Singh C, Rodney JP. Rhabdomyoma of the Larynx: A Case Report and Literature Review of a Rare Tumor in an Uncommon Location. *Journal of Voice*. 2025/01/01/ 2025;39(1):289. e1-289.e8. doi:https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2022.07.016
- [3]. Mahdavi N, Saebnoori H, Tabatabaie-Zadeh SA. Rhabdomyoma of the Oral Cavity Mimicking Reactive Lesions: A Case Report and Review of the Literature. *Ear, Nose & Throat Journal*. 2023;0(0):01455613231177185. doi:10.1177/01455613231177185

- [4]. Da Silva Leonel ACL, Dos Santos ST, de Amorim Carvalho EJ, de Castro JFL, de Almeida OP, da Cruz Perez DE. Oral Adult Rhabdomyoma. *Head Neck Pathol.* Dec 2021;15(4):1253-1260. doi:10.1007/s12105-021-01371-z
- [5]. Parham DM. Rhabdomyoma. *WHO Classification of Tumours Editorial Board Soft tissue and bone tumours*. 5th ed. International Agency for Research on Cancer; 2020.
- [6]. Yadav SK, Sood N. Multinodular adult rhabdomyoma in female: A rare case report. *J Oral Maxillofac Pathol.* Feb 2019;23(Suppl 1):54-57. doi:10.4103/jomfp.JOMFP_4_19
- [7]. Weiss SW, Goldblum JR, Folpe AL. Rhabdomyoma. *Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors*. 7th ed. 2019:639-651:chap 18.
- [8]. Wang W, Gu YY, Dong YH, et al. Rhabdomyoma of the pleura: a case report. *J Thorac Dis.* Dec 2018;10(12):E793-e795. doi:10.21037/jtd.2018.11.88

TỔNG QUAN Y VĂN VỀ MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA HÌNH ẢNH SIÊU ÂM VÀ MÔ BỆNH HỌC TRONG PHÂN LOẠI O-RADS KHỐI U PHẦN PHỤ

Đỗ Minh Hoàng Trọng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng quan các bằng chứng hiện có về mối liên hệ giữa các đặc điểm siêu âm theo hệ thống O-RADS và các tổn thương mô bệnh học tương ứng, nhằm cung cấp cơ sở khoa học hỗ trợ thực hành lâm sàng và định hướng xử trí phù hợp.

Phương pháp: Bài tổng quan này tổng hợp và phân tích các tài liệu y văn đã công bố liên quan đến phân loại O-RADS, đặc điểm hình ảnh siêu âm, và mối tương quan với các dạng tổn thương mô bệnh học trong u phần phụ.

Kết quả: Các đặc điểm siêu âm như tổn thương đặc, tổn thương dạng nang có nhiều vách ngăn kèm thành phần đặc, bờ ngoài méo mó, mặt trong vách nang không đều, có ≥ 4 chồi nhú và điểm màu cao (color score 3-4) cho thấy mối liên hệ chặt chẽ với các tổn thương ác tính. Ngược lại, các tổn thương nang đơn giản, mặt trong trơn láng, không có vách ngăn hoặc thành phần đặc thường lành tính.

Kết luận: Hệ thống O-RADS là công cụ có giá trị trong đánh giá nguy cơ ác tính của khối u phần phụ. Việc hiểu rõ mối tương quan giữa đặc điểm siêu âm và mô bệnh học giúp nâng cao độ chính xác chẩn đoán, hỗ trợ phân tầng nguy cơ và định hướng xử trí lâm sàng hiệu quả hơn.

Từ khóa: O-RADS; siêu âm; mô bệnh học; u phần phụ; u buồng trứng; phân tầng nguy cơ.

CORRELATION BETWEEN ULTRASOUND DESCRIPTORS AND HISTOPATHOLOGY IN THE O-RADS CLASSIFICATION SYSTEM

ABSTRACT

Objective: To provide a comprehensive review of the current literature on the correlation between O-RADS ultrasound features and corresponding histopathological findings, aiming to support clinical application and decision-making.

Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Hoàng Trọng

Email: dmhoangtrong@yahoo.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

Methods: This review synthesizes and analyzes existing publications related to the O-RADS classification system, ultrasound descriptors, and histopathological correlations in adnexal masses.

Results: Solid masses, multilocular cystic lesions with solid components, irregular outer borders, internal wall irregularities, presence of ≥ 4 papillary projections, and high color scores (3–4) are strongly associated with malignancy. In contrast, simple cysts with smooth internal walls and no solid areas are generally benign.

Conclusion: The O-RADS system is a valuable tool for assessing the risk of malignancy in adnexal masses. Knowledge of the histopathological correlates of ultrasound descriptors enhances diagnostic precision and contributes to more effective risk stratification and patient management.

Keywords: O-RADS; ultrasound; histopathology; adnexal mass; ovarian tumor; malignancy risk.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội X-Quang Hoa Kỳ đã đưa ra bộ tiêu chuẩn chẩn đoán khối u phần phụ dựa vào hình ảnh siêu âm (O-RADS US: The American College of Radiology's Ovarian-Adnexal Reporting and Data System for Ultrasound). O-RADS US phân tầng nguy cơ ác tính của khối u phần phụ dựa vào 5 đặc điểm về hình ảnh siêu âm và điểm màu CS:

Kích thước tổn thương: < 10 cm hay ≥ 10 cm.

Loại hình dạng tổn thương: Dạng nang đơn giản, dạng nang không có vách ngăn (unilocular), dạng nang có nhiều vách ngăn (multilocular), dạng nang có thành phần đặc, dạng đặc.

Đặc điểm của tổn thương dạng nang: Mặt trong trơn láng hay méo mó, không đều, số lượng chồi nhú trong nang, có hay không có thành phần đặc trong nang.

Đặc điểm của tổn thương dạng đặc: Bờ ngoài trơn láng hay méo mó.

Điểm màu (Color score-CS): 1 (không có dòng chảy, không có tăng sinh mạch), 2 (dòng chảy nhẹ, tăng sinh mạch ít), 3 (dòng chảy vừa, tăng sinh mạch vừa), 4 (dòng chảy rất mạnh, tăng sinh mạch rất mạnh).

Có 6 nhóm O-RADS US: O-RADS 1 (đánh giá không đầy đủ), O-RADS 1 (bình thường), O-RADS 2 (gần như chắc chắn lành tính, nguy cơ

ác tính $< 1\%$), O-RADS 3 (nguy cơ ác tính thấp: $1 - < 10\%$), O-RADS 4 (nguy cơ ác tính trung bình: $10 - < 50\%$), O-RADS 5 (nguy cơ ác tính cao: $\geq 50\%$) [1], [4].

Tổng quan y văn về mối tương quan giữa hình ảnh siêu âm và mô bệnh học trong phân loại O-RADS giúp các bác sĩ siêu âm hiểu rõ bản chất mô học các hình ảnh siêu âm, từ đó đánh giá và phân loại khối u phần phụ chính xác hơn.

2. PHƯƠNG PHÁP

Bài viết này là một bài tổng quan y học nhằm tổng hợp và phân tích mối tương quan giữa các đặc điểm siêu âm trong hệ thống phân loại O-RADS và các đặc điểm mô bệnh học tương ứng của khối u phần phụ.

Các tài liệu được lựa chọn từ các nguồn y văn uy tín, bao gồm các bài báo nghiên cứu gốc (3 bài, mức độ chứng cứ ở mức 4), bài tổng quan hệ thống (5 bài, mức độ chứng cứ ở mức 5 hoặc mức 3), hướng dẫn thực hành lâm sàng và tài liệu chuyên khảo liên quan đến siêu âm khối u phần phụ, hệ thống O-RADS và mô bệnh học buồng trứng (mức độ chứng cứ từ 3 đến 5). Quá trình tìm kiếm tài liệu được thực hiện trên các cơ sở dữ liệu điện tử như PubMed, Radiology, Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, PathologyOutlines, WebPathology và hệ thống phân loại u của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO Classification of

Tumours Online). Thời gian tìm kiếm được giới hạn từ năm 2000 đến tháng 5 năm 2025.

Tài liệu được lựa chọn dựa trên các tiêu chí: (1) có mô tả chi tiết các đặc điểm siêu âm theo O-RADS, (2) có dữ liệu mô bệnh học tương ứng, (3) được xuất bản bằng tiếng Anh, (4) có tính khoa học và được bình duyệt. Các tài liệu không có thông tin đầy đủ hoặc không liên quan trực tiếp đến chủ đề được loại trừ. Nội dung bài viết được trình bày theo từng đặc điểm siêu âm của hệ thống O-RADS, sau đó đối chiếu với các tổn thương mô bệnh học phổ biến, dựa trên các bằng chứng có trong y văn.

3. KẾT QUẢ

Tổng quan y văn cho thấy các đặc điểm siêu âm trong hệ thống O-RADS có mối liên hệ chặt chẽ với các tổn thương mô bệnh học tương ứng:

- Kích thước tổn thương ≥ 10 cm làm giảm độ nhạy của siêu âm trong phát hiện các dấu hiệu ác tính, do các đặc điểm điển hình của tổn thương lành tính không còn được biểu hiện rõ trên siêu âm, các đặc điểm ác tính có thể bị che lấp và không được nhận biết (không thấy rõ thành phần đặc, khó đánh giá mức độ tăng sinh mạch,...) [1], [4].

- Loại hình dạng tổn thương là yếu tố dự đoán

mạnh mẽ khả năng ác tính. Nang có nhiều vách ngăn kèm thành phần đặc và u đặc có nguy cơ ác tính cao, tương ứng với các loại carcinom buồng trứng, u tế bào mầm. Trong khi đó, nang đơn giản hoặc nang không có vách ngăn với mặt trong trơn láng hầu hết là u nang lành tính [1], [3], [5].

- Mặt trong vách nang méo mó, có ≥ 4 chồi nhú có nguy cơ ác tính cao (O-RADS 4-5), tương ứng với u giáp biên hoặc carcinom xâm nhập. Nghiên cứu cho thấy chồi nhú hiện diện trong $>80\%$ u ác tính, nhưng trong $<1\%$ u lành tính [6]. Đối chiếu mô bệnh học, vách nang méo mó và chồi nhú là lớp thượng mô tăng sản, chồi nhú càng nhiều thì lớp thượng mô tăng sản càng nhiều, càng biến đổi không điển hình và càng có nguy cơ xâm nhập mô đệm [3], [5], [6], [8].

- Tổn thương dạng đặc có bờ méo mó được xếp là O-RADS 5 bất kể điểm màu. Đối chiếu mô bệnh học, bờ ngoài méo mó là nơi có tế bào ác tính xâm nhập [1], [4], [5].

- Điểm màu (Color Score - CS) là yếu tố quan trọng để dự đoán nguy cơ ác tính của u đặc. Đối chiếu mô bệnh học, điểm màu cao (CS 3-4) là có nhiều mạch máu tăng sinh bất thường, nhiều phân bào, mô đệm xuất huyết, hoại tử (các đặc điểm ác tính của u đặc) [2], [3].

Bảng 1. Tổn thương ác tính có thể bị che lấp khi kích thước $u \geq 10$ cm [1], [4]

Tổn thương dạng O-RADS 2	Tổn thương ác tính có thể bị che lấp	Đặc điểm siêu âm gợi ý ác tính
U bọc bì	U quái không trưởng thành, u bọc bì kèm thành phần carcinom tế bào gai, u tế bào mầm hỗn hợp.	Thành phần đặc nhiều, có bờ ngoài méo mó, tăng sinh mạch mạnh.
Nang lạc nội mạc tử cung	Carcinom dạng nội mạc tử cung, carcinom tế bào sáo, u dịch trong hoặc dịch nhầy giáp biên.	Có nốt bám bám vách nang, có nhú, mặt trong vách nang méo mó, tăng sinh mạch ở thành phần đặc.
Nang xuất huyết	U dịch trong giáp biên hoặc ác tính.	Nang có nhiều vách ngăn, có nhiều nhú, có thành phần đặc, tăng sinh mạch ở thành phần đặc.

Bảng 2. Loại hình dạng tổn thương và mô bệnh học [1], [3], [5]

Siêu âm	Mô bệnh học
Nang có hoặc không có vách ngăn, mặt trong trơn láng.	U dịch trong/dịch nhầy lành.
Nang có hoặc không có nhiều vách ngăn, có chồi nhú hoặc thành phần dạng đặc.	U thượng mô giáp biên hoặc ác tính (u dịch trong, u dịch nhầy, u dạng nội mạc tử cung, carcinom tế bào sáng). U quái trưởng thành hoặc không trưởng thành, u xoang nội bì, carcinom phổi, choriocarcinoma.
Tổn thương đặc.	U Brenner lành hoặc ác, U sợi bào lành, u vỏ bào lành, u mô đệm xơ hóa lành, u tế bào hạt, sarcom sợi, u tế bào Sertoli-Leydig. U nghịch mầm. U Krukerberg, lymphoma.

Bảng 3. Điểm màu và mô bệnh học [2], [3]

Điểm màu CS	Dòng chảy màu	Mô học	U thường gặp
CS 1	Không có	Mô sợi, mỡ	U sợi lành, u bọc bì, u dịch trong lành
CS 2	Nhẹ	Tăng sinh mạch ít	U giáp biên
CS 3	Vừa	Tăng sinh mạch trung bình	Carcinom grade thấp
CS 4	Mạnh	Tăng sinh mạch mạnh và bất thường	Carcinom grade cao, u nghịch mầm

Bảng 4. Tương quan giữa hình ảnh siêu âm O-RADS 1 và mô bệnh học [1], [3], [4], [5], [8]

Siêu âm	Mô bệnh học
Buồng trứng bình thường.	Buồng trứng bình thường.
Nang noãn (nang đơn giản) ≤ 3 cm.	Nang noãn hóa bọc.
Nang hoàng thể ≤ 3 cm.	Nang hoàng thể.

Bảng 5. Tương quan giữa hình ảnh siêu âm O-RADS 2 và mô bệnh học [1], [3], [4], [5], [8]

Siêu âm	Mô bệnh học
Nang đơn giản.	Nang chức năng (nang noãn hóa bọc, nang hoàng thể). U thượng mô lành tính (u dịch trong, u dịch nhầy lành). Nang cạnh buồng trứng lành tính.
Nang không có vách ngăn và bờ trong vách nang trơn láng (< 10 cm).	U thượng mô lành tính (u dịch trong, u dịch nhầy lành).
Nang xuất huyết điển hình < 10 cm.	Nang hoàng thể xuất huyết.
U bọc bì điển hình < 10 cm.	U bọc bì.

Siêu âm	Mô bệnh học
Nang lạc nội mạc tử cung điển hình.	Nang lạc nội mạc tử cung.
Nang cạnh buồng trứng đơn giản (kích thước bất kỳ).	Nang cạnh buồng trứng.
Nang vùi phúc mạc điển hình (kích thước bất kỳ).	Nang vùi phúc mạc.
Vòi trứng ứ dịch (kích thước bất kỳ).	Vòi trứng ứ dịch.

Bảng 6. Tương quan giữa hình ảnh siêu âm O-RADS 3 và mô bệnh học [1], [2], [3], [4], [5], [8]

Siêu âm	Mô bệnh học
Nang không có vách ngăn, kích thước ≥ 10 cm.	U thượng mô lành tính (u dịch trong, u dịch nhầy lành).
Nang xuất huyết, u bọc bì, nang lạc nội mạc tử cung có kích thước ≥ 10 cm.	Nang xuất huyết, nang lạc nội mạc tử cung, u bọc bì.
Nang không có vách ngăn, có mặt trong vách nang không đồng đều (có nhú nhỏ, chiều cao nhú < 3 mm).	U thượng mô lành tính hoặc giáp biên (u dịch trong, u dịch nhầy).
Nang có nhiều vách ngăn, có mặt trong vách nang trơn láng, kích thước < 10 cm, CS 1-3.	U thượng mô lành tính (u dịch trong, u dịch nhầy lành).
Tổn thương dạng đặc ($\geq 80\%$), có bờ ngoài trơn láng, kích thước bất kỳ, CS 1.	U Brenner lành. U sợi bào lành, u vỏ bào lành, u mô đệm xơ hóa lành, u tế bào Sertoli-Leydig.

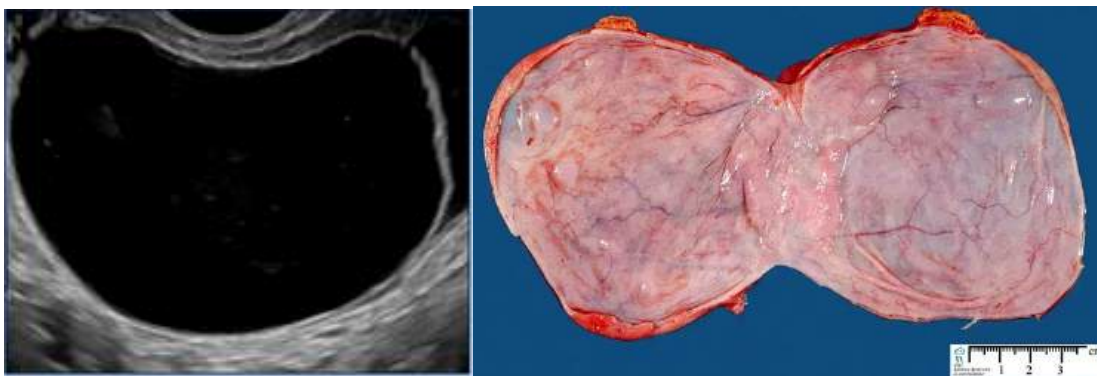
Bảng 7. Tương quan giữa hình ảnh siêu âm O-RADS 4 và mô bệnh học [1],[2],[3], [4],[5],[8]

Siêu âm	Mô bệnh học
Nang có nhiều vách ngăn, mặt trong vách nang trơn láng, kích thước ≥ 10 cm, CS 1-3.	U thượng mô lành tính (u dịch trong, u dịch nhầy).
Nang có nhiều vách ngăn, mặt trong vách nang trơn láng, kích thước bất kỳ, CS 4.	U thượng mô lành tính (u dịch trong, u dịch nhầy).
Nang có nhiều vách ngăn, mặt trong vách nang không đều và/hoặc vách nang không đều, kích thước bất kỳ, CS bất kỳ.	U thượng mô giáp biên hoặc ác tính (u dịch trong, u dịch nhầy).
Nang không có vách ngăn, có thành phần dạng đặc, không có nhú, kích thước bất kỳ, CS bất kỳ.	U thượng mô lành tính (u sợi-tuyến dịch trong lành), giáp biên hoặc ác tính (u dịch trong, u dịch nhầy, carcinom tế bào sáng, carcinom dạng nội mạc tử cung).
Nang không có vách ngăn, có 1-3 nhú, kích thước bất kỳ, CS bất kỳ.	U thượng mô lành tính hoặc giáp biên (u dịch trong, u dịch nhầy).

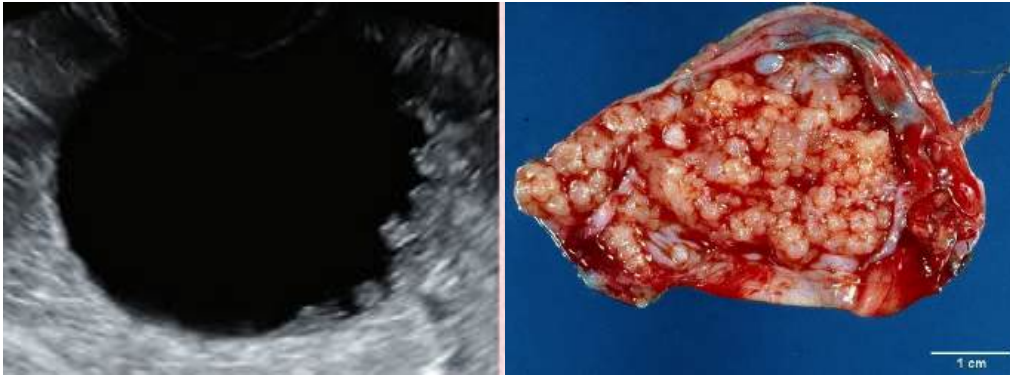
Siêu âm	Mô bệnh học
Nang có nhiều vách ngăn, có thành phần dạng đặc, kích thước bất kỳ, CS 1-2.	U thượng mô giáp biên hoặc ác tính (u dịch trong, u dịch nhầy, carcinom dạng nội mạc tử cung, carcinom tế bào sáng). U quái trưởng thành hoặc không trưởng thành, u xoang nội bì.
Tổn thương đặc ($\geq 80\%$), bờ ngoài trơn láng, kích thước bất kỳ, CS 2-3.	U Brenner lành hoặc ác, U sợi bào lành, u vỏ bào lành, u mô đệm xơ hóa lành, u tế bào hạt, sarcom sợi, u tế bào Sertoli-Leydig. U tế bào mầm ác tính (u nghịch mầm, carcinom phôi, choriocarcinoma).

Bảng 8. Tương quan giữa hình ảnh siêu âm O-RADS 5 và mô bệnh học [1], [2], [3], [4], [5], [8]

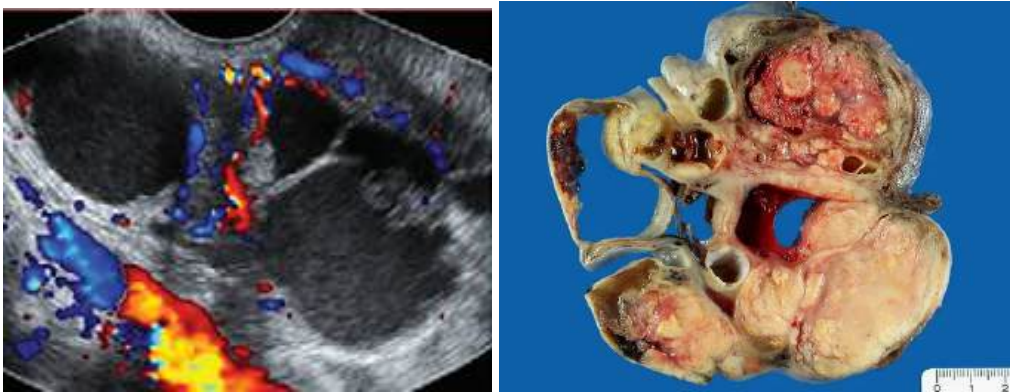
Siêu âm	Mô bệnh học
Nang không có vách ngăn, có ≥ 4 nhú, kích thước bất kỳ, điểm Doppler bất kỳ.	U thượng mô giáp biên hoặc ác tính (u dịch trong, u dịch nhầy).
Nang có nhiều vách ngăn, có thành phần dạng đặc, kích thước bất kỳ, CS 3-4.	U thượng mô giáp biên hoặc ác tính (u dịch trong, u dịch nhầy, carcinom dạng nội mạc tử cung, carcinom tế bào sáng). U tế bào mầm ác tính (U quái không trưởng thành, u xoang nội bì).
Tổn thương đặc ($\geq 80\%$), bờ ngoài trơn láng, kích thước bất kỳ, CS 4.	U Brenner ác tính. U tế bào hạt, u tế bào Sertoli-Leydig. U tế bào mầm ác tính (u nghịch mầm, carcinom phôi, choriocarcinoma).
Tổn thương đặc ($\geq 80\%$), bờ ngoài không đều, kích thước bất kỳ, CS bất kỳ.	U Brenner ác tính. U tế bào hạt, sarcom sợi, u tế bào Sertoli-Leydig. U tế bào mầm ác tính (u nghịch mầm, carcinom phôi, choriocarcinoma). U Krukerberg, lymphoma.
Dịch bàng bụng và/hoặc nốt di căn phúc mạc.	Carcinom di căn phúc mạc.



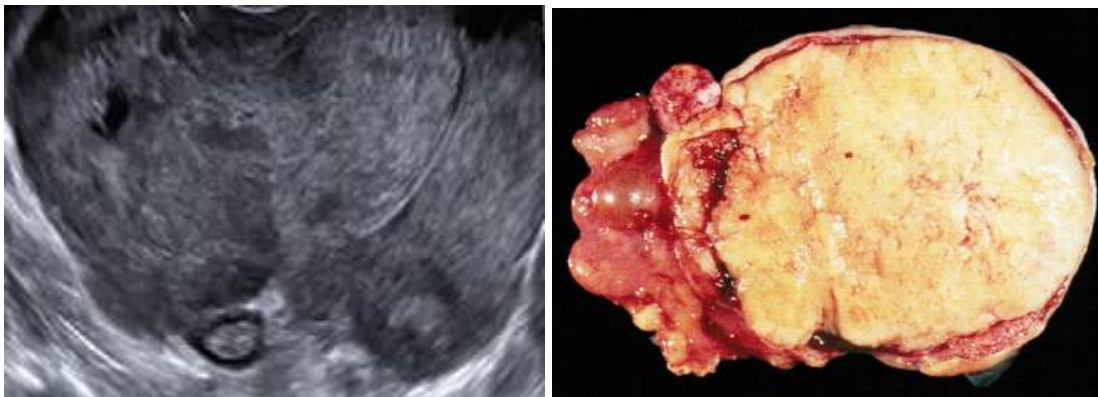
Hình 1. Nang không có vách ngăn: siêu âm và mô bệnh học (đại thể u tuyến bọc dịch trong lành buồng trứng) [4], [7]



Hình 2. Nang có nhiều chồi nhú: siêu âm và mô bệnh học (đại thể u dịch trong giáp biên của buồng trứng) [1], [7]



Hình 3. Nang có nhiều vách ngăn, có thành phần đặc: siêu âm và mô bệnh học (đại thể carcinom tuyến bọc dịch trong của buồng trứng) [1], [7]



Hình 4. U đặc có bờ ngoài méo mó: siêu âm và mô bệnh học (đại thể u tế bào hạt của buồng trứng) [1], [7]

4. BÀN LUẬN

Kết quả tổng quan cho thấy hệ thống O-RADS không chỉ có giá trị trong phân tầng nguy cơ mà còn phản ánh bản chất mô học của khối u phần phụ. Các dấu hiệu dự đoán mạnh mẽ khả năng ác tính gồm: tổn thương dạng đặc, tổn thương dạng nang nhiều vách ngăn và có thành phần đặc, mặt trong vách nang méo mó, số lượng chồi nhú >4, bờ ngoài méo mó, CS 4.

Một số điểm cần lưu ý trong thực hành:

- Không nên đánh giá đơn lẻ từng đặc điểm, mà cần kết hợp đồng thời nhiều yếu tố (kích thước, dạng tổn thương, chồi nhú, CS) để nâng cao độ chính xác. Ví dụ, một u nang có chồi nhú đơn độc nhưng không tăng sinh mạch và kích thước nhỏ có thể chưa đủ để xếp O-RADS 5.

- Khối u lớn (≥ 10 cm) dễ gây sai sót do che lấp các yếu tố gợi ý ác tính. Trong trường hợp này, các bác sĩ nên kết hợp thêm các phương tiện chẩn đoán khác (MRI, các dấu ấn huyết thanh) và theo dõi sát hoặc can thiệp sớm.

- Sự đánh giá chủ quan của người thực hiện siêu âm có thể ảnh hưởng đến phân loại O-RADS, nhất là trong xác định số lượng chồi nhú hay điểm màu. Các bác sĩ siêu âm cần được đào tạo thống nhất các tiêu chuẩn chẩn đoán.

- O-RADS không thay thế sinh thiết mô bệnh học, nhưng giúp định hướng chọn lọc bệnh nhân cần can thiệp sớm hoặc có chỉ định theo dõi.

5. KẾT LUẬN

Hệ thống O-RADS dựa vào một số đặc điểm siêu âm để phân tầng nguy cơ ác tính của khối u phần phụ. Việc hiểu rõ mối tương quan giữa hình ảnh siêu âm và mô bệnh học giúp các bác sĩ siêu âm chẩn đoán chính xác hơn. Để thực hành chẩn đoán và xử trí hiệu quả khối u phần phụ, cần sự phối hợp đa chuyên khoa: chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh, xét nghiệm và ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Andreotti RF, Timmerman D, Strachowski LM, et al. O-RADS US risk stratification and management system: a consensus guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee. *Radiology*. 2020;294(1):168-185. doi:10.1148/radiol.2019191150.
- [2]. El Khalek M, Morice P, Darai E, et al. Doppler color score and microvessel density in ovarian tumors: comparison and correlation with histopathologic type. *Gynecol Oncol*. 2022;124(3):556-560. doi:10.1016/j.ygyno.2011.11.038.
- [3]. Outwater EK, Marchetto BE, Wagner BJ. From the radiologic pathology archives: ovarian neoplasms: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2008;28(5):1479-1500. doi: 10.1148/rg.285085006
- [4]. Strachowski LM, Jha P, Phillips CH, et al. O-RADS US v2022: an update from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System US Committee. *Radiology*. 2023;308(3). doi:10.1148/radiol.230685.
- [5]. Takkar N, Arora P, Goel B, et al. Correlation of ovarian adnexal reporting and data system classification with histopathological examination in diagnosis of adnexal masses. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2025;14(2):578-585. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20250001.
- [6]. Testa AC, Ferrandina G, Timmerman D, et al. Presence of papillary projections in ovarian masses on transvaginal ultrasound: interobserver reliability and its impact on diagnostic performance. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2021;57(1):94-100. doi:10.1002/uog.7432.

- [7]. WebPathology. Serous Ovarian Tumors, Germ cell tumors of ovary, Miscellaneous ovarian lesions, Mucinous ovarian tumors, Metastatic tumors of peritoneum, omentum, and mesentery. [Accessed 21 May 2025]. Available from: <https://www.webpathology.com/images/gynecologic/ovary>
- [8]. WHO Classification of Tumours Editorial Board. *WHO Classification of Tumours Online*. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2025 [cited 2025 May 22]. Available from: <https://tumourclassification.iarc.who.int>

U TẾ BÀO SCHWANN VÀ U TỦY MỠ XUẤT HIỆN ĐỒNG THỜI Ở TUYẾN THƯỢNG THẬN: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP VÀ HỒI CỨU Y VẤN

**Nguyễn Thị Kim Thoa^{1*}, Nguyễn Tiến Mạnh², Phạm Quang Thông²,
Lê Hồ Ngọc Trâm¹, Hoàng Hạnh Dung¹, Hoàng Văn Thịnh²**

TÓM TẮT

U tủy mỡ là một u lành không thường gặp ở tuyến thượng thận, và u tế bào Schwann - một u bao sợi thần kinh ngoại biên lành tính, thậm chí còn hiếm hơn ở vị trí này. Sự xuất hiện đồng thời, cùng một vị trí của cả hai loại u ở tuyến thượng thận là cực kỳ hiếm, với chỉ vài trường hợp được ghi nhận trong y văn. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh nhân nữ, 62 tuổi, tình cờ phát hiện một khối u lớn ở tuyến thượng thận phải trong một lần khám sức khỏe. Chụp cắt lớp vi tính có cản quang cho thấy một khối tăng cường độ tương phản không đồng nhất, kích thước khoảng 11 cm ở tuyến thượng thận phải, nghi ngờ xâm lấn gan. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt u. Khảo sát mô bệnh học xác định tình trạng u hỗn hợp ở tuyến thượng thận gồm u tế bào Schwann và u tủy mỡ. Nhân trường hợp này chúng tôi hồi cứu y văn và thảo luận các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh.

Từ khóa: U tế bào Schwann; u tủy mỡ; u hỗn hợp tuyến thượng thận.

ADRENAL COLLISION TUMOR OF MYEOLIPOMA AND SCHWANNOMA: A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Myelolipoma is an uncommon benign neoplasm of the adrenal gland, and schwannoma - a benign peripheral nerve sheath tumor - is even rarer in this location. The synchronous occurrence of both as a primary adrenal collision tumor is exceptionally rare, with only a few cases documented in the literature. We report the case of a 62-year-old woman in whom a large right adrenal mass was incidentally detected during a routine health check-up. Contrast-enhanced computed tomography revealed an 11 cm heterogeneous enhancing mass in the right adrenal gland, with suspected liver invasion. The patient

¹**Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh**

²**Bệnh viện Chợ Rẫy**

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Thoa

Email: ntkthoa.nt.gpb24@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

underwent surgical resection. Histopathological examination showed that the predominant component of the mass was consistent with schwannoma, supported by strong S-100 immunoreactivity. Adjacent to it was a well-circumscribed, brownish nodule measuring approximately 1.5 cm, identified as a myelolipoma. No features of malignancy or local invasion were identified. Postoperative recovery was uneventful, with no abnormalities detected on follow-up imaging at three months. Adrenal collision tumors composed of schwannoma and myelolipoma are exceedingly rare and often lack specific clinical or radiologic characteristics. Definitive diagnosis requires thorough gross and microscopic evaluation. Long-term prognosis is expected to be positive due to the benign nature of both components.

Keywords: Schwannoma; myelolipoma; adrenal collision tumor.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Hiệp hội Nội tiết học châu Âu 2023, tỷ lệ phát hiện khối u tuyến thượng thận trong cộng đồng đã tăng gấp 10 lần từ năm 1995 đến năm 2017, chủ yếu là các trường hợp phát hiện tình cờ [1]. Phần lớn các tổn thương lành tính. U tủy mỡ chiếm khoảng 3,3-6,5% trong tổng số các u thượng thận nguyên phát [1, 6, 7]. U tế bào Schwann còn hiếm gặp hơn, dưới 1% các khối u tại vị trí này [1, 3]. U hỗn hợp ở tuyến thượng thận là một thực thể hiếm gặp, định nghĩa là sự hiện diện đồng thời của hai khối u nằm kế cận trong cùng tuyến thượng thận nhưng biệt lập về mặt mô học, không có sự pha trộn tại vùng tiếp giáp [2, 8]. Nhiều dạng phối hợp đã được mô tả, chẳng hạn như u tuyến với di căn, u tuyến với u tủy thượng thận hoặc u mạch máu, ung thư vỏ thượng thận với u mỡ tủy, carcinosarcoma với di căn, hoặc u mỡ tủy với u lympho Hodgkin. Đáng chú ý, chỉ có rất ít báo cáo ghi nhận sự kết hợp

giữa u bao Schwann và u tủy mỡ, cụ thể là các báo cáo trong y văn tiếng anh của Gomez và cộng sự (2020) và Kai-Fu Yang và cộng sự (2015). Chẩn đoán trước phẫu thuật thường gặp khó khăn do biểu hiện lâm sàng nghèo nàn, hình ảnh học không đặc hiệu và đôi khi có hiện tượng xuất huyết trong khối u gây nhầm lẫn [5]. Phẫu thuật được xem là phương pháp điều trị chủ yếu trong những trường hợp khối u có kích thước lớn, nguy cơ xuất huyết hoặc nghi ngờ ác tính [2, 5]. Tuy nhiên, số lượng ca bệnh được báo cáo còn hạn chế nên diễn tiến lâm sàng, tiên lượng và chiến lược xử trí vẫn thiếu cơ sở dữ liệu [2]. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày một trường hợp u hỗn hợp tuyến thượng thận hiếm gặp gồm u tế bào Schwann và u tủy mỡ. Ca bệnh này góp phần bổ sung thêm dữ liệu cho y văn và khẳng định vai trò của giải phẫu bệnh trong xác định bản chất tổn thương.

2. BÁO CÁO CA BỆNH



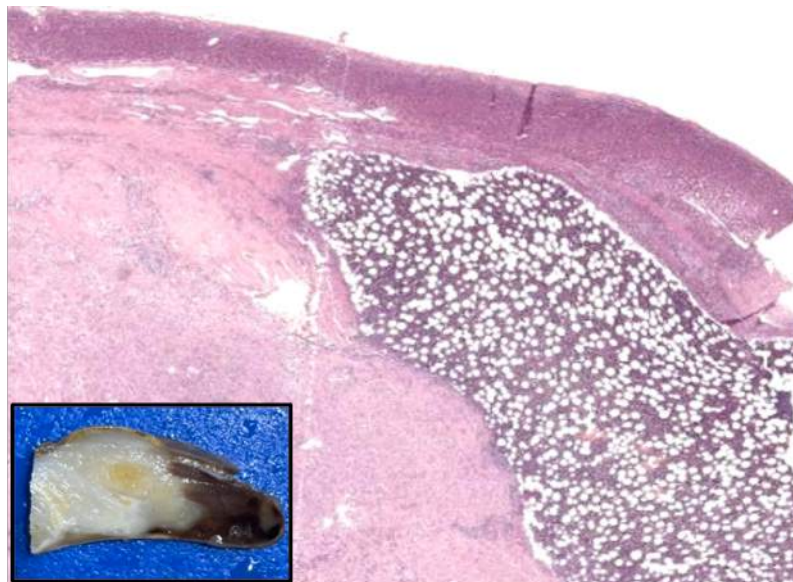
Hình 1: Ảnh chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang mặt phẳng axial

(A) Trước tiêm thuốc cản quang: khối choán chỗ đậm độ thấp so với nhu mô gan xung quanh, tổn thương nằm ở hạ phân thùy giữa và hạ phân thùy bên, co kéo bờ gan. (B, C) Tổn thương bắt thuốc nhẹ và tăng dần từ thì động mạch đến thì tĩnh mạch

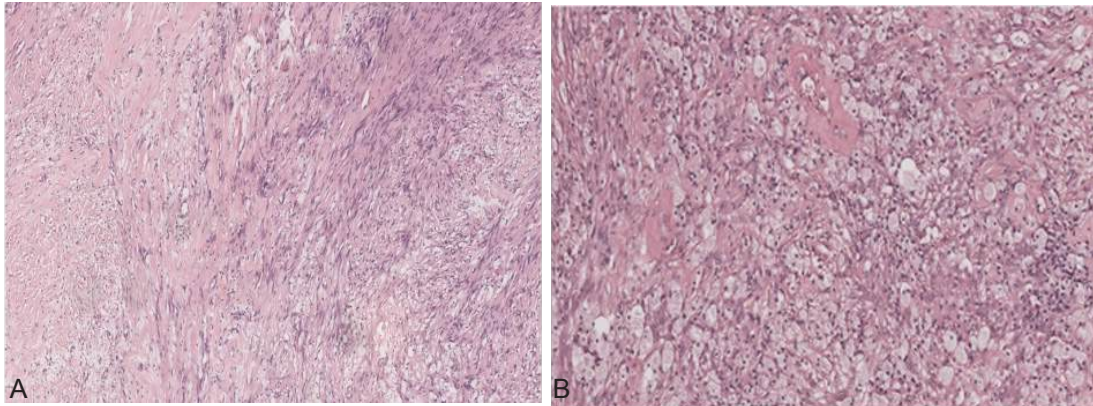
Bệnh nhân nữ 62 tuổi, phát hiện tình cờ một khối u tuyến thượng thận phải lớn trong một lần khám sức khỏe định kỳ. Bệnh nhân không biểu hiện triệu chứng đau đầu, chóng mặt, vã mồ hôi, tăng huyết áp. Các xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu, sinh hóa máu trong giới hạn bình thường. Khảo sát miễn dịch âm tính với HBV, HCV. Siêu âm bụng ghi nhận có 01 cấu trúc echo kém ở vùng hạ sườn phải nằm dưới gan, cạnh thận phải, bờ đều, giới hạn rõ, kích thước 13×8,6 cm, tiếp đó, bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang. Kết quả cho thấy có tổn thương choán chỗ tuyến thượng thận phải, kích thước 11×6,8 cm, xâm lấn nhu mô gan phải hạ phân thùy VII bắt thuốc mạnh sau tiêm (Hình 1). Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u. Bệnh phẩm được gửi về khoa Giải phẫu bệnh lý.

Quan sát đại thể, bệnh phẩm u gồm hai mẫu mô có tổng kích thước đường kính lớn nhất

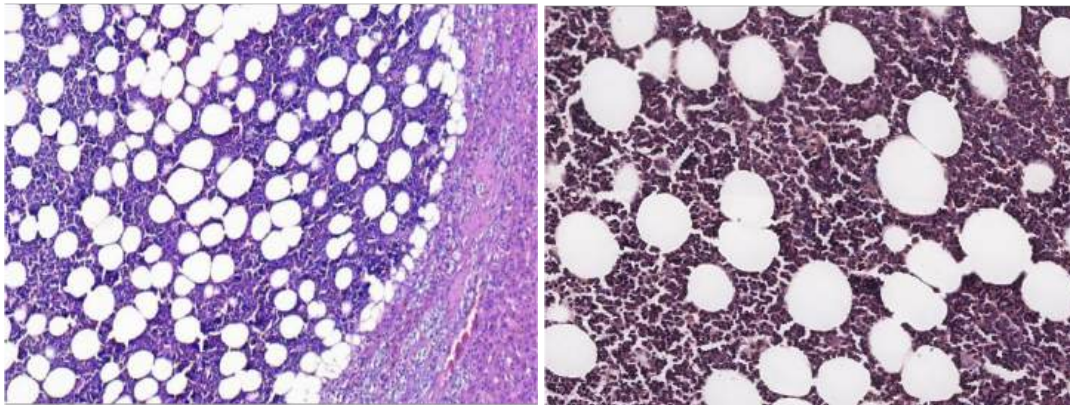
13 cm, có giới hạn rõ, mặt cắt đặc, chắc, màu trắng vàng tương ứng trên tiêu bản H&E (Hình 2). Khảo sát vi thể cho thấy khối u nằm trong tuyến thượng thận, phần lớn là u tế bào hình thoi với đặc điểm các vùng giàu tế bào xen kẽ vùng thưa tế bào với mô nền nhầy. Ở vùng tế bào thưa có mạch máu thành dày, hyalin hóa, xen lẫn bọt bào (Hình 3). Hóa mô miễn dịch cho thấy tế bào u dương tính mạnh, lan tỏa với dấu ấn S100 (Hình 5). Các đặc điểm trên xác định chẩn đoán u tế bào Schwann. Ngoài ra, ở ngoại vi có một vùng mô nhỏ kích thước khoảng 1,5 cm, mặt cắt mềm, màu nâu, vi thể thấy u nằm sát tuyến thượng thận với đặc điểm mô mỡ trưởng thành đan xen các đảo tế bào tạo máu. Tế bào mỡ kích thước lớn kèm các mẫu tiêu cầu với nhiều tiêu cầu khổng lồ có nhân nhiều thùy, chất nhiễm sắc thô phù hợp u tủy mỡ (Hình 4). Hai thành phần hiện diện đồng thời nhưng tách biệt hoàn toàn, khẳng định chẩn đoán u hỗn hợp tuyến thượng thận gồm u tế bào Schwann và u tủy mỡ.



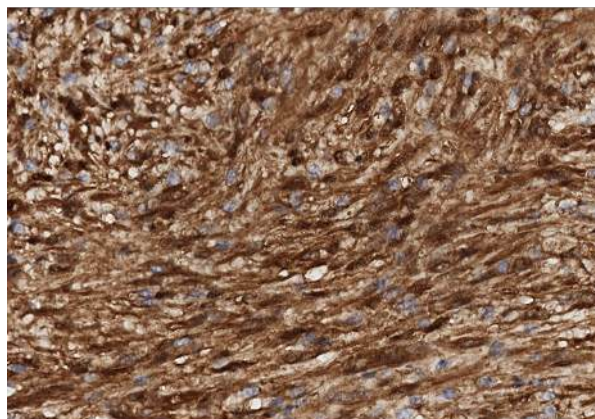
Hình 2: Vị trí tiếp giáp của 2 thành phần u với viền mô tuyến thượng thận phía trên (H&E X100), kèm hình chụp đại thể lát cắt tương ứng (ảnh nhỏ)



Hình 3: (A) Thành phần u tế bào Schwann gồm các vùng giàu tế bào và thưa tế bào (H&E X100).
 (B) Vùng tế bào thưa có mạch máu thành dày, hyalin hóa, xen lẫn bọt bào (H&E X100)



Hình 4: (A) Thành phần u mỡ bên cạnh mô tuyến thượng thận (bên phải) với các tế bào mỡ trưởng thành và các tế bào tạo máu (H&E X100). (B) Tế bào mỡ trưởng thành và các tế bào tạo máu của u mỡ (H&E X100)



Hình 5: Phản ứng miễn dịch của tế bào Schwannoma với protein S100 (H&E X100)

3. BÀN LUẬN

Sự tồn tại đồng thời u tế bào Schwann và u tủy mỡ tại tuyến thượng thận cực kỳ hiếm, đến nay chỉ có vài ca được báo cáo trong y văn [1]. Trong ca bệnh của chúng tôi, cả hai thành phần đều lành tính, không xâm lấn và được phát hiện tình cờ, từ đó định hướng can thiệp và tiên lượng phù hợp. U tủy mỡ thường gặp ở độ tuổi trung bình là 50-70, không phân biệt giới tính, nhưng có xu hướng xảy ra ở tuyến thượng thận bên phải [1, 2, 6]. Ngoài tuyến thượng thận, tổn thương còn được ghi nhận tại nhiều vị trí khác nhau như: vùng trước xương cụt, vùng chậu, sau phúc mạc, phổi, cột sống ngực, trung thất, lách, gan, mạc treo ruột và hạch bạch huyết [2]. U tế bào Schwann có thể gặp đầu, cổ, ống tiêu hóa, chi và nhiều tạng đặc (gan, tụy, thận, tim), tổn thương tại tuyến thượng thận cực kỳ hiếm do bản chất của tuyến này không phải là nơi phân bố dày đặc thần kinh ngoại biên và đa số được phát hiện tình cờ, thường ở nữ giới [8]. Trường hợp đầu tiên được Yang và cộng sự (2015) báo cáo ở một bệnh nhân nữ 47 tuổi, có béo phì và đái tháo đường, nhập viện vì đau bụng và viêm gan do sỏi mật, phát hiện khối u ở tuyến thượng thận trái kích thước 7 cm. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt tuyến thượng thận kèm túi mật, bệnh nhân hồi phục tốt và không tái phát sau 2 năm. Trường hợp thứ hai do Gomez và cộng sự (2020) công bố ở bệnh nhân nam 65 tuổi, tiền sử bệnh tim mạch phức tạp, phát hiện tình cờ khối u thượng thận trái kích thước 13 cm khi theo dõi phình động mạch chủ bụng. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi và diễn tiến ổn sau mổ.

Các khối u này thường diễn tiến âm thầm, không triệu chứng hoặc chỉ gây biểu hiện mơ hồ như đau bụng, đau hông lưng, đầy bụng. Một số trường hợp có thể biểu hiện biến chứng nặng nề như vỡ u, xuất huyết sau phúc mạc, sụt cân, sốt hoặc tiểu máu. Các yếu tố liên quan được ghi nhận gồm béo phì, tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, đái tháo đường hoặc ung thư [1, 2]. Trong ca bệnh

của chúng tôi, bệnh nhân không có triệu chứng đặc hiệu, chỉ phát hiện tình cờ khi khám tổng quát, cũng chưa ghi nhận bệnh lý kèm theo. So với báo cáo của Yang, bệnh nhân có tiền sử béo phì và đái tháo đường, vào viện vì đau thượng vị và mệt mỏi, được phát hiện khối u 7 cm khi khảo sát bệnh lý đường mật, cho thấy các bệnh lý chuyển hóa có thể là yếu tố nguy cơ và dễ che lấp triệu chứng. Trong khi đó, Gomez ghi nhận bệnh nhân có nhiều bệnh lý tim mạch nền, phát hiện tình cờ khối u 13 cm khi chụp theo dõi phình động mạch chủ bụng. Như vậy, cả ba trường hợp đều được phát hiện tình cờ, không có biểu hiện đặc hiệu, nhưng khác biệt bệnh lý kèm theo, phản ánh tính đa dạng lâm sàng của thực thể hiếm gặp này.

Hiện có hai giả thuyết chính đề xuất cơ chế bệnh sinh của các khối u hỗn hợp này. Giả thuyết đầu tiên, cũng là cách giải thích đơn giản nhất, cho rằng sự xuất hiện đồng thời của hai khối u nguyên phát biệt lập trong cùng một tuyến thượng thận là hoàn toàn ngẫu nhiên, không có mối liên hệ sinh học chung. Lý thuyết này đặc biệt được chấp nhận trong các trường hợp cả hai tổn thương đều mang bản chất lành tính và không có đặc điểm gợi ý hội chứng di truyền đi kèm. Giả thuyết thứ hai cho rằng một kích thích gây sinh u như rối loạn tín hiệu tăng sinh, thay đổi vi môi trường hoặc yếu tố nội tiết tại chỗ có thể ảnh hưởng lên một vùng mô cụ thể trong tuyến thượng thận, từ đó kích hoạt sự phát triển độc lập của hai dòng tế bào u khác nhau trong cùng một vị trí giải phẫu. Một biến thể của giả thuyết này cho rằng sự hiện diện của khối u thứ nhất có thể tự làm biến đổi môi trường vi mô xung quanh, tạo điều kiện thuận lợi cho sự xuất hiện thứ phát của khối u thứ hai [5]. Ca bệnh của Gomez mô tả khối u thượng thận trái đường kính khoảng 13 cm, trong đó u tủy mỡ chiếm ưu thế với kích thước gần 10 cm, còn u tế bào Schwann chỉ chiếm một phần nhỏ. Ngược lại, báo cáo của Yang và cộng sự (2015) ghi nhận khối u thượng thận trái kích thước 7 cm, với u tủy mỡ khoảng 4 cm. So với hai báo cáo trên, ca bệnh của chúng

tôi khối u thượng thận có kích thước lớn nhất lên tới 13 cm, nhưng khác với hai trường hợp trên, thành phần u tế bào Schwann chiếm phần lớn thể tích khối u, trong khi u tủy mỡ chỉ là thành phần phụ. Đặc điểm mô học của hai thành phần hoàn toàn biệt lập, không có sự hòa trộn tại vùng tiếp giáp, cùng với việc cả hai đều lành tính, nhiều khả năng ủng hộ giả thuyết ngẫu nhiên.

Mặc dù chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ là công cụ quan trọng trong phát hiện tổn thương tuyến thượng thận, nhưng chúng thường không đủ khả năng xác định chính xác bản chất từng thành phần trong u hỗn hợp tuyến thượng thận. Sự chồng lấp về đặc điểm giữa u tế bào Schwann và u tủy mỡ, cả hai đều có thể biểu hiện dưới dạng khối mô mềm, ranh giới rõ, kèm vùng hoại tử hoặc lẫn mỡ khiến việc phân biệt trước mổ trở nên khó khăn, đặc biệt khi so với các khối u thượng thận thường gặp như u tuyến, carcinôm hay u tủy thượng thận vốn có đặc điểm hình ảnh điển hình hơn. Sự phổ biến của các kỹ thuật cắt lớp hiện đại, nhất là chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ, đã làm tăng đáng kể tỷ lệ phát hiện các u thượng thận ngẫu nhiên. Trong ca bệnh chúng tôi, siêu âm bụng ghi nhận một khối vùng hạ sườn phải, định hướng chẩn đoán phân biệt u sau phúc mạc hoặc u tuyến thượng thận. Chụp cắt lớp vi tính có cản quang cho thấy khối u lớn 11 cm, bắt thuốc không đồng nhất, nghi ngờ xâm lấn gan gợi ý tổn thương ác tính cho thấy độ đặc hiệu không cao của hình ảnh học với các u phức hợp. Khác với khối u đơn thuần, việc nhận diện chính xác từng thành phần trong u hỗn hợp tuyến thượng thận trước phẫu thuật là thách thức đáng kể, kết quả thay đổi tùy trường hợp. Chụp cắt lớp vi tính có cản quang độ phân giải cao có thể hỗ trợ phân biệt các mô khác biệt dựa trên độ đậm mô và kiểu bắt thuốc [7]. Do đó, mô bệnh học sau phẫu thuật giúp xác định bản chất từng loại u, vừa loại trừ tổn thương ác tính tiềm ẩn.

U tế bào Schwann không thể phân biệt được về mặt lâm sàng và hình ảnh trong chẩn đoán hình

ảnh như chụp X-quang hay cộng hưởng từ và tỷ lệ mắc rất thấp nên thường được chẩn đoán xác định dựa vào kết quả mô bệnh học. Trong ca bệnh của chúng tôi, mật độ tế bào Schwann tương đối nhiều, nhân xếp hàng rào tạo thể Verocay, dương tính với S100. Kết quả mô bệnh học và hoá mô miễn dịch phù hợp với u tế bào Schwann lành tính. Bên cạnh đó là một khối u có kích thước nhỏ gồm các tế bào mỡ và các đảo tế bào tạo máu giống với tủy xương, có nhiều tiểu cầu không lồ phù hợp u tủy mỡ. So với ca bệnh của Yang, ca bệnh chúng tôi không kèm thêm các biến đổi thoái hóa như vôi hóa, xơ hóa, hoại tử khu trú và nhân dị dạng.

Theo y văn, nguy cơ ác tính của khối u tuyến thượng thận gia tăng rõ rệt khi kích thước khối u lớn hơn 4 cm, trong đó các khối u có đường kính trên 6 cm ghi nhận tỷ lệ ác tính trên 25%. Ngoài ra, nguy cơ biến chứng cơ học như hoại tử, vỡ hoặc xuất huyết sau phúc mạc tăng rõ rệt [2, 4]. Bên cạnh đó do cơ chế sinh bệnh chưa rõ ràng nên việc điều trị dựa trên các báo cáo tương tự trên thế giới. Do vậy, phẫu thuật được khuyến cáo là phương pháp điều trị chủ yếu ở những trường hợp này. Đối với các khối u nhỏ hơn 4 cm, việc theo dõi định kỳ được xem là lựa chọn thích hợp. Ngoài ra, phẫu thuật cũng cần được chỉ định khi khối u có đặc điểm tăng trưởng nhanh, cấu trúc không đồng nhất, hình dạng không đều, kèm hoại tử hoặc có dấu hiệu xâm lấn các cơ quan lân cận, vì những yếu tố này đều gợi ý khả năng ác tính [4]. Trong ca bệnh của chúng tôi, khối u đường kính lớn nhất 13 cm, vượt ngưỡng nguy cơ ác tính và biến chứng, do đó chỉ định phẫu thuật là hoàn toàn cần thiết [1, 2, 8]. Việc chuẩn bị phương án kiểm soát chảy máu trong và sau mổ cũng đặc biệt quan trọng, bởi u kích thước lớn dễ kèm xuất huyết. So với ca của Yang, khối u 7 cm kèm bệnh lý sỏi mật có triệu chứng. Với kích thước trên 6 cm và bệnh lý kèm theo, tác giả chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tuyến thượng thận kết hợp cắt túi mật. Còn với ca của Gomez, khối u có cùng kích

thước với ca bệnh chúng tôi nhưng được phát hiện trong lúc theo dõi bệnh lý mạch máu. Mặc dù bệnh nhân có nhiều bệnh lý nền, nhóm tác giả vẫn tiến hành phẫu thuật cắt tuyến thượng thận để tránh nguy cơ xuất huyết và loại trừ ác tính.

U hỗn hợp có hai thành phần lành tính như ca bệnh này thường có diễn tiến thuận lợi [2, 8]. Tuy nhiên, cần theo dõi dài hạn bằng hình ảnh học định kỳ vì nguy cơ tái phát hoặc xuất hiện tổn thương thứ phát tuy hiếm nhưng không thể loại trừ. Bệnh nhân của chúng tôi khỏe mạnh sau ba tháng phẫu thuật cùng với chụp cắt lớp vi tính không ghi nhận bất thường giúp củng cố tiên lượng nhìn chung thuận lợi liên quan đến can thiệp phẫu thuật trong các trường hợp u hỗn hợp ở tuyến thượng thận.

4. KẾT LUẬN

Sự tồn tại đồng thời của u tế bào Schwann với u mỡ tủy là một phát hiện hiếm gặp ở tuyến thượng thận và rất khó chẩn đoán lâm sàng. Phẫu thuật cắt bỏ là phương pháp điều trị được lựa chọn. Chẩn đoán mô bệnh học kết hợp với hóa mô miễn dịch, nhất là trong bối cảnh hình ảnh học không phân biệt rõ được các thành phần mô. Đa số các trường hợp có tiên lượng tốt, theo dõi sau phẫu thuật là cần thiết để phát hiện và can thiệp kịp thời khi tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Fassnacht M, Tsagarakis S, Terzolo M, et al. European Society of Endocrinology clinical practice guidelines on the management of adrenal incidentalomas, in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. *European Journal of Endocrinology*. 2023;189(1):G1-G42.
- [2]. Gomez M, Mehta R. A rare case of adrenal collision tumor: myelolipoma and schwannoma in the adrenal gland. *SAGE Open Medical Case Reports*. 2020;8:1-4.
- [3]. Hamid T A, Yaser K, Alsai K A, et al. Adrenal Schwannoma: A Rare but Important Consideration in Adrenal Tumors. *Cureus*. 2025;17(5).
- [4]. Huang H, Ding Q, Lin X, et al. Clinical features and outcomes of adrenal schwannoma: a study of 13 cases from a single centre. *Endocrine Connections*. 2021;10(5):543-549.
- [5]. Katabathina V S, Flaherty E, Kaza R, et al. Adrenal collision tumors and their mimics: multimodality imaging findings. *Cancer Imaging*. 2013;13(4):602.
- [6]. Mete O, Papotti M, Falhammar H, et al. Adrenal myelolipoma in WHO Classification of Tumours. 5th ed. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2022. p. 128-130.
- [7]. Raveendran S, Harish Babu SP, Arun Kumar ML, et al. Adrenal Adenoma–Hemangioma: A Unique Collision Tumor. *World Journal of Endocrine Surgery*. 2014;3(3):125-127.
- [8]. Yang K-F, Lee H-Y, Wu W-J, et al. Ancient schwannoma and myelolipoma coexist in an adrenal incidentaloma. *Urological Science*. 2015;26(2):134-138.

ĐẶC ĐIỂM MÔ ĐỆM U TRONG UNG THƯ VÚ BỘ BA ÂM TÍNH

Nguyễn Thị Hồng Liễu^{1*}, Nguyễn Thị Minh Thức¹, Bùi Thị Mỹ Hạnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ung thư vú bộ ba âm tính (TNBC) là phân nhóm có tiên lượng xấu. Tỷ lệ mô đệm/u (Tumor-Stroma Ratio - TSR), một chỉ số đánh giá vi môi trường u, là một yếu tố tiên lượng tiềm năng, dễ thực hiện và tiết kiệm chi phí. Nghiên cứu được tiến hành nhằm:

Mô tả đặc điểm mô bệnh học, tỉ lệ mô đệm/u của ung thư vú bộ ba âm tính.

Phân tích mối liên quan giữa TSR với một số đặc điểm mô bệnh học của nhóm bệnh này.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 121 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú bộ ba âm tính, đã phẫu thuật tại Bệnh viện K trong giai đoạn 2019-2020 và chưa điều trị tân bổ trợ. Đặc điểm mô bệnh học được đánh giá lại theo WHO 2019. Tỷ lệ mô đệm/u (TSR) được đánh giá trên tiêu bản H&E và phân thành hai nhóm: TSR thấp ($\leq 50\%$) và TSR cao ($> 50\%$). Sử dụng test χ^2 để phân tích thống kê.

Kết quả: Đặc điểm mô bệnh học chủ yếu là tít xâm nhập không đặc hiệu (86,8%) và độ mô học III (62,8%). Tỷ lệ TSR thấp là 54,5% và TSR cao là 45,5%. Kết quả cho thấy TSR cao có mối liên quan ý nghĩa thống kê với các yếu tố tiên lượng xấu, bao gồm: kích thước u lớn hơn ($p=0,002$), độ mô học III ($p=0,04$), có di căn hạch ($p=0,008$) và chỉ số tiên lượng Nottingham (NPI) xấu ($p=0,002$).

Kết luận: Tỷ lệ mô đệm/u cao là một yếu tố tiên lượng độc lập có giá trị trong ung thư vú bộ ba âm tính, liên quan chặt chẽ với các đặc điểm mô bệnh học ác tính hơn. Việc đánh giá TSR nên được xem xét đưa vào thực hành thường quy để hỗ trợ phân tầng nguy cơ cho bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư vú bộ ba âm tính; tỉ lệ mô đệm/u; TSR; mô đệm u; tiên lượng.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Liễu

Email: drlieu.92@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

CHARACTERISTICS OF TUMOR STROMA IN TRIPLE-NEGATIVE BREAST CANCER

ABSTRACT

Objectives: Triple-negative breast cancer (TNBC) is a subgroup with a poor prognosis. The Tumor-Stroma Ratio (TSR), an index for evaluating the tumor microenvironment, is a potential prognostic factor that is easy to implement and cost-effective. The study was conducted to:

Describe the histopathological characteristics and tumor-stroma ratio of triple-negative breast cancer.

Analyze the relationship between TSR and some histopathological characteristics of this disease group.

Subjects and methods: A cross-sectional, retrospective descriptive study was conducted on 121 patients diagnosed with triple-negative breast cancer, who underwent surgery at K Hospital during the period 2019-2020 and had not received neoadjuvant treatment. Histopathological characteristics were re-evaluated according to WHO 2019. The Tumor-Stroma Ratio (TSR) was assessed on H&E slides and divided into two groups: low TSR ($\leq 50\%$) and high TSR ($> 50\%$). The χ^2 test was used for statistical analysis.

Results: The main histopathological characteristics were invasive carcinoma of no special type (86.8%) and grade III (62.8%). The low TSR rate was 54.5%, and the high TSR rate was 45.5%. The results showed that high TSR had a statistically significant association with poor prognostic factors, including larger tumor size ($p=0.002$), grade III ($p=0.04$), lymph node metastasis ($p=0.008$), and poor Nottingham Prognostic Index (NPI) ($p=0.002$).

Conclusion: A high tumor-stroma ratio is an independent prognostic factor of value in triple-negative breast cancer, closely related to more malignant histopathological characteristics. The evaluation of TSR should be considered for routine practice to support risk stratification for patients.

Keywords: Triple-negative breast cancer; tumor-stroma ratio; TSR; tumor stroma; prognosis.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan, năm 2020 số ca ung thư vú mắc mới là 19,3 triệu người đến năm 2022 đã tăng lên 19,98 triệu người, số ca tử vong là 10 triệu người.¹ Kể cả khi xét chung cả 2 giới thì ung thư vú vẫn là nguyên nhân tử vong đứng thứ hai và là nguyên nhân hàng đầu ở nữ giới. Mặc dù có những tiến bộ đáng kể trong việc chẩn đoán và điều trị nhưng tỉ lệ mới mắc hiện mắc và tử vong vẫn còn cao. Các yếu tố tiên lượng kinh điển trong ung thư vú như độ mô học, kích thước u, giai đoạn

u, xâm nhập mạch, giai đoạn hạch... đã được xác định trong nhiều nghiên cứu. Tuy nhiên trong một số trường hợp các yếu tố tiên lượng giống nhau nhưng đáp ứng điều trị lại không giống nhau. Việc xác định các yếu tố tiên lượng mới để tối ưu hoá phân tầng rủi ro và cá thể hoá điều trị là điều cần thiết. Sự tương tác hai chiều giữa mô u và mô đệm u đang là một cánh cửa mới ngày càng được nhiều nhà khoa học quan tâm.² TSR là tỉ lệ mô đệm liên quan tới mô u được tính theo tỉ lệ phần trăm, được đánh giá trên kính hiển vi, đây là việc đơn giản hoá của một quá trình tương tác sinh học

phức tạp giữa các tế bào u và vi môi trường u. Các nghiên cứu chỉ ra rằng TSR có tương quan với các yếu tố lâm sàng và tiên lượng, khối u có TSR cao có liên quan đến tiên lượng xấu hơn so với các khối u có TSR thấp. Một số nghiên cứu như của Vangangelst và cs chỉ ra rằng TSR có sự khác biệt rõ ràng nhất trong các khối UTV có bộ ba âm tính và cả độ mô học III so với độ mô học I và II.³ TSR không bị thay đổi theo kích thước, độ mô học, bậc lộ ER, PR, Her-2, di căn hạch mà TSR như một yếu tố tiên lượng tiềm năng. Ở Việt nam, các yếu tố tiên lượng trong UTV đã có nhiều nghiên cứu đánh giá, tuy nhiên yếu tố TSR hiện chưa được nghiên cứu trước đó cũng như cách đánh giá TSR trên tiêu bản nhuộm thường quy chưa được thống nhất do đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: “Mô tả đặc điểm mô bệnh học, mô đệm/u và phân tích mối liên quan giữa tỉ lệ mô đệm/u với một số đặc điểm ở nhóm bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính tại Bệnh viện K.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 121 trường hợp ung thư biểu mô (UTBM) vú xâm nhập đã được phân típ phân tử là bộ ba âm tính, được điều trị phẫu thuật và nạo vét hạch tại Bệnh viện K, Cơ sở Tân Triều trong thời gian từ 01/2019 đến tháng 12/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

Lựa chọn mẫu theo phương pháp: Lấy mẫu toàn bộ: tất cả bệnh nhân UTBM vú xâm nhập được nhuộm hoá mô miễn dịch và lai tại chỗ (nếu cần thiết) có kết quả phân típ phân tử là bộ ba âm tính. Số bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn lấy mẫu: 121 trường hợp.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm mô bệnh học, mô đệm u: Kích thước u, típ mô bệnh học, độ mô học, số hạch di căn, chỉ số tiên lượng Nottingham, hoại tử u, có thành phần UTBM tại chỗ, Ki-67, thành phần mô đệm u nội trội, xâm nhập lympho bào vào mô u (TLIs).

Đặc điểm tỉ lệ mô đệm/u

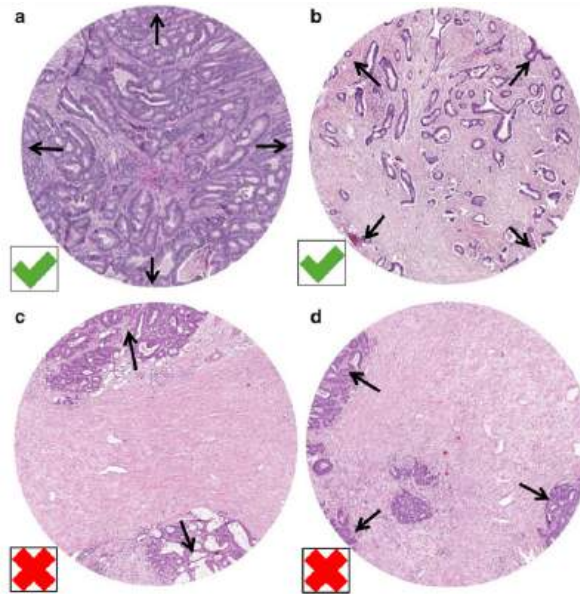
$$+ \text{Tỉ lệ mô đệm} = \frac{\text{Diện tích mô đệm vùng xâm nhập}}{\text{Tổng diện tích mô u vùng xâm nhập}}$$

sau đó chia thành 2 nhóm: Tỉ lệ mô đệm/u thấp ($\leq 50\%$) và nhóm tỉ lệ mô đệm/u cao ($> 50\%$)

+ Đánh giá TSR trên toàn bộ vùng xâm nhập của khối u là rất phức tạp và tiêu tốn nhiều thời gian nên nghiên cứu UNITED (Uniform Noting for International application of the Tumour-stroma ratio as Easy Diagnostic tool) đã đưa ra quy trình đánh giá tỉ lệ mô đệm trên kính hiển vi quang học đơn giản, dễ thực hành.⁴

Các bước tiến hành:

1. Chọn các mảnh cắt (tiêu bản) lấy từ phần xâm lấn sâu nhất của khối u.
2. Dùng vật kính 5x tìm khu vực có thể thấy lượng mô đệm nhiều nhất.
3. Dùng vật kính 10x, tìm vùng có hiện diện cả tế bào u và mô đệm đảm bảo các tế bào u phải hiện diện ở cả 4 phía của vi trường.
4. Ước tính tỉ lệ mô đệm/u mỗi 10% (ví dụ: 10%, 20%, 30%, 60%, 80%).
5. Giữa các khu vực có khả năng có tỉ lệ mô đệm cao, chọn vùng có tỉ lệ mô đệm cao nhất làm đại diện.



Hình 1: Cách đánh giá TSR

a,b: Vi trường đạt yêu cầu với các tế bào u hiện diện ở 4 phía của vi trường; c,d: Vi trường không đạt yêu cầu: Tế bào u hiện diện không đủ ở 4 phía của vi trường.⁴

+ Xác định mối liên quan của TSR sau khi được phân loại với các đặc điểm GPB: típ mô bệnh học, độ mô học, chỉ số Nottingham, hoại tử (có/không), di căn hạch, loại mô đệm u, TILs, Ki-67.

2.3. Quản lý và phân tích dữ liệu

Các đối tượng nghiên cứu được ghi nhận đầy đủ thông tin và mã hóa dữ liệu. Dữ liệu được lưu trữ bằng chương trình Excel 2010. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25, sử dụng các thuật toán χ^2 , Fisher's exact, Anova để tìm mối liên quan. Các giá trị thống kê mô tả được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, tỉ lệ phần trăm. Áp dụng test χ^2 để so sánh hai hoặc nhiều tỉ lệ, tính giá trị p. Áp dụng Fisher's Exact test cho các trường hợp có tần số mong đợi < 5 . Các phép so sánh có p $< 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

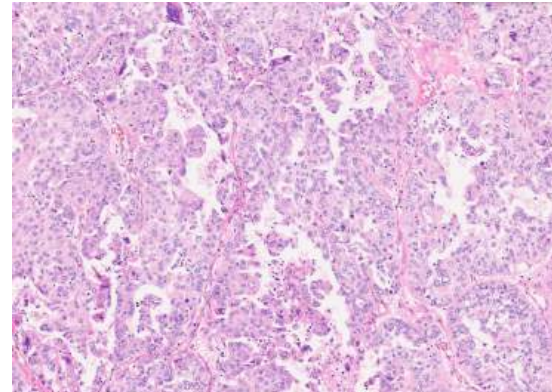
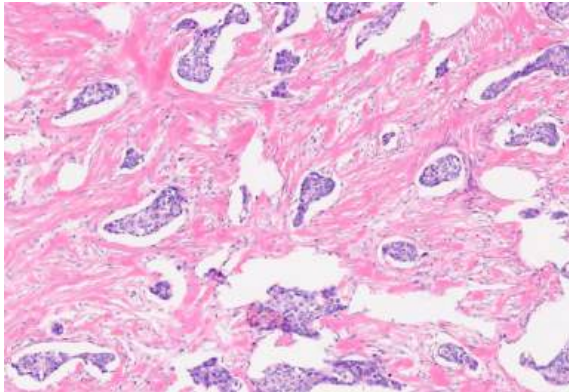
2.4. Sai số và biện pháp khống chế

Dùng phiếu thu thập số liệu để thu thập thông tin. Các thông tin về chẩn đoán và phân loại sử dụng các tiêu chuẩn rõ ràng thống nhất. Hội chẩn với các chuyên gia giải phẫu bệnh và giảng viên hướng dẫn trong các trường hợp khó. Việc xử lý và phân tích số liệu được tiến hành một cách khoa học, chính xác để tránh các sai số trong quá trình tính toán.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Bảng phân bố các nhóm tỉ lệ mô đệm/u

Tỷ lệ mô đệm/u	Số lượng	%
Thấp ($\leq 50\%$)	66	54,5
Cao ($> 50\%$)	55	45,5
Tổng số	121	100,0



Hình 2: Tỷ lệ mô đệm/u cao (70%)(HE, 100x)

Hình 3: Tỷ lệ mô đệm/u thấp (10%) (HE, 100x)

ĐỐI CHIẾU TSR VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH - LÂM SÀNG.

Bảng 2: Tỷ lệ mô đệm/u với một số đặc điểm giải phẫu bệnh - lâm sàng

	Tỷ lệ mô đệm/u		p
	Cao (>50%)N=55(45,5)	Thấp (≤50%)N=65(54,5)	
Tuổi (<40, 40-49, 50-59, >59)	13(26,2)/18(32,7) /11(20)/13 (23,6)	9(13,6)/21(31,8) /19(28,8)/17(25,8)	0,449
Kích thước (≤2, >2)	26(47,3)/29(52,7)	14(21,2)/52(78,8)	0,002
Típ MBH (UTBM NST/Các típ còn lại)	46(83,6)/9(16,4)	59(89,4)/7(10,6)	0,352
Độ mô học (I/II/III)	1(1,8)/9(16,4)/45(81,8)	4(6,2)/31(46,9)/31(46,9)	0,04
Di căn hạch(Không/có)	29(52,7)/26(47,3)	50(75,8)/16(24,2)	0,008
NPI(Tốt và trung bình/xấu)	22(40)/33(60)	45(68,2)/21(31,2)	0,02
Hoại tử u (có/không)	40(72,7)/15(27,3)	49(74,2)/17(25,8)	0,851
UTMT tại chỗ (có/không)	28(50,9)/27(49,1)	36(54,5)/30(45,5)	0,69
KI-67 (<20%/≥20%)	3(5,5)/52(94,5)	6(9,1)/60(90,9)	0,508
Her-2 (0, thấp)	40(72,7)/15(27,3)	54(81,8)/12(18,2)	0,232
Loại mô đệm u (Giàu collagen/Giàu nguyên bào xơ/giàu lympho bào)	8(14,5)/35 (63,6)12(21,8)	13(19,7)/43(65,2)/10(15,2)	0,548
TILs(thấp≤50%, cao>50%)	42(76,4)/13(23,6)	63(95,5)/3(4,5)	0,002

TSR có sự khác biệt giữa các nhóm kích thước, nhóm u có kích thước >2 cm xu hướng có TSR thấp. TSR cao có xu hướng xuất hiện nhiều ở những trường hợp có độ mô học III. Những trường hợp có TSR thấp nhiều khả năng không di căn hạch hơn so với những trường hợp TSR cao ($p=0,008$), TSR thấp có xu hướng có chỉ số tiên lượng Nottingham thuộc nhóm tốt và trung bình ($p=0,002$). Những trường hợp có TILs cao có xu hướng gặp nhiều hơn ở nhóm có TSR cao hơn là nhóm có TSR thấp ($p=0,002$).

4. BÀN LUẬN

Mô đệm u là thành phần song song cùng tồn tại với các tế bào u, chúng là nơi nâng đỡ, neo đậu và tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của tế bào u, đồng thời thúc đẩy sự chuyển dạng biểu mô - trung mô. Sự tương tác hai chiều giữ các tế bào ung thư và mô đệm rất quan trọng đối với quá trình xâm lấn và di căn của khối u.

Tỉ lệ mô đệm/u cao được coi là một yếu tố tiên lượng xấu trong nhiều loại ung thư tại các cơ quan khác nhau, trong đó vú là cơ quan có khá nhiều nghiên cứu đặc biệt là nghiên cứu trên nhóm UTBM vú bộ ba âm tính.

TSR có sự khác biệt giữa các nhóm kích thước, nhóm u có kích thước >2 cm xu hướng có TSR thấp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,002$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Chủ và cs (2023)⁵.

Đa số các nghiên cứu đều chỉ ra rằng TSR thấp/cao là không có sự khác biệt giữa các típ mô bệnh học. Tuy nhiên, thì số lượng nghiên cứu còn hạn chế và có nhiều nghiên cứu không đánh giá chỉ số này nên cần đánh giá thêm ở các nghiên cứu khác để chỉ ra rằng thực sự có liên quan giữa tỉ lệ mô đệm/u với típ mô bệnh học hay không.

Độ mô học III đều chiếm tỉ lệ cao nhất trong cả hai nhóm TSR cao và TSR thấp nhưng trong nhóm TSR cao chiếm tỉ lệ cao hơn hẳn những trường hợp có TSR thấp với 81,8% và 46,9%. Như vậy, TSR cao có xu hướng xuất hiện nhiều hơn ở những trường hợp có độ mô học III, TSR thấp phổ biến hơn ở nhóm độ mô học trung bình và thấp. Với $p=0.04$ cho thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa TSR và độ mô học. Điều này cho thấy TSR có thể liên quan đến mức độ ác tính của khối u. TSR có thể là yếu tố dự đoán độ mô học, đặc biệt khi TSR cao thường đi cùng với độ mô học cao hơn. Nghiên cứu của Moorman và cs (2012) cũng cho thấy nhóm TSR thấp có độ mô học III cao hơn hẳn so với TSR cao với tỉ lệ lần lượt là 86,5% và 68%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,024$.⁶ Từ các nghiên cứu trên cho thấy TSR có thể liên quan đến mức độ ác tính của khối u. TSR có thể là yếu tố dự đoán độ mô học. Tuy nhiên chưa có sự thống nhất giữa các nghiên cứu.

Khi đánh giá cùng với chỉ số TSR cho thấy, trong cả hai nhóm TSR cao và TSR thấp thì những trường hợp không có di căn hạch đều chiếm tỉ lệ cao nhất với 52,7% và 75,8%, tuy nhiên nhóm TSR thấp có tỉ lệ cao vượt trội khoảng 20% so với nhóm TSR cao không có di căn hạch. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ TSR cao/thấp giữa tình trạng có hay không di căn hạch ($p=0,008$). Những trường hợp có TSR thấp có xu hướng không di căn hạch hơn so với những trường hợp có TSR cao. Nghiên cứu của Öztürk vs cs (2022) cũng chỉ ra xu hướng ở nhóm TSR thấp thì tỉ lệ không di căn hạch cao hơn với 61,5% trong khi nhóm TSR cao tỉ lệ không di căn hạch là 46,4%, thấp hơn đáng kể, sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với $p=0,004$. Như vậy, những trường hợp TSR cao có xu hướng di căn hạch nhiều hơn so với những trường hợp có TSR thấp⁷.

Những trường hợp có TILs cao có xu hướng gặp nhiều hơn ở nhóm có TSR cao hơn là nhóm có TSR thấp ($p=0,002$). Khi so sánh với nghiên cứu của Gujam và cs tác giả ghi nhận kết quả tương đồng, trong nhóm TSR thấp và cao thì TILs thấp đều chiếm tỉ lệ cao với 58,2% và 72,2%.⁸ Tuy nhiên, tác giả lại chỉ ra sự liên quan không có ý nghĩa thống kê với $p=0,068$.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá tỉ lệ mô đệm/u trên 121 bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính tại bệnh viện K, cơ sở Tân Triều, chúng tôi rút ra được một số kết luận sau:

- Tỉ lệ mô đệm/u cao chiếm 45,5%, tỉ lệ mô đệm/u thấp chiếm 54,5%.

- TSR có sự khác biệt giữa các nhóm kích thước, nhóm u có kích thước >2 cm xu hướng có TSR thấp. TSR cao có xu hướng xuất hiện nhiều ở những trường hợp có độ mô học III.

- Những trường hợp có TSR thấp nhiều khả năng không di căn hạch hơn so với những trường hợp TSR cao, TSR thấp có xu hướng có chỉ số tiên lượng Nottingham thuộc nhóm tốt và trung bình.

6. KIẾN NGHỊ

Tỉ lệ mô đệm/u là một yếu tố mô bệnh học có giá trị tiên lượng đã được nghiên cứu trên nhiều loại ung thư, trong đó có ung thư vú mà đặc biệt là ung thư vú bộ ba âm tính. Đánh giá TSR theo phương pháp trực tiếp trên kính hiển vi quang học là một phương pháp phổ biến, đơn giản, tiết kiệm để áp dụng thường quy.

Việc đánh giá và đưa tỉ lệ mô đệm/u vào chẩn đoán mô bệnh học của ung thư biểu mô vú nên được thực hiện thường quy trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
- [2]. Plava J, Cihova M, Burikova M, Matuskova M, Kucerova L, Miklikova S. Recent advances in understanding tumor stroma-mediated chemoresistance in breast cancer. *Molecular Cancer*. 2019;18(1):67. doi:10.1186/s12943-019-0960-z
- [3]. Vangangel KMH, Green AR, Heemskerk IMF, et al. The prognostic value of the tumor-stroma ratio is most discriminative in patients with grade III or triple-negative breast cancer. *Int J Cancer*. 2020;146(8):2296-2304. doi:10.1002/ijc.32857
- [4]. Smit M, van Pelt G, Roodvoets A, et al. Uniform Noting for International Application of the Tumor-Stroma Ratio as an Easy Diagnostic Tool: Protocol for a Multicenter Prospective Cohort Study. *JMIR Res Protoc*. 2019;8(6):e13464. doi:10.2196/13464
- [5]. Nguyễn Văn Chủ, Lê Thị Uyên. Đánh giá tỉ lệ mô đệm/u trong ung thư biểu mô tuyến vú thể ống xâm nhập. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;531:54-60.
- [6]. Moorman AM, Vink R, Heijmans HJ, van der Palen J, Kouwenhoven EA. The prognostic value of tumour-stroma ratio in triple-negative breast cancer. *Eur J Surg Oncol*. 2012;38(4):307-313. doi:10.1016/j.ejso.2012.01.002

- [7]. Öztürk Ç, Okcu O, Öztürk SD, Aşkan G, Şen B, Bedir R. A new practical method of estimating tumoral microenvironment parameters of possible prognostic significance in patients with invasive breast carcinoma: Combined microenvironment score. *Annals of Diagnostic Pathology*. 2023;64:152128. doi:10.1016/j.anndiagpath.2023.152128
- [8]. Gujam FJA, Edwards J, Mohammed ZMA, Going JJ, McMillan DC. The relationship between the tumour stroma percentage, clinicopathological characteristics and outcome in patients with operable ductal breast cancer. *Br J Cancer*. 2014;111(1):157-165. doi:10.1038/bjc.2014.279

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẠCH CỔ DI CĂN CARCINOMA CHƯA RÕ NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Hùng Kiên, Nguyễn Văn Tài*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân chẩn đoán hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát tại Bệnh viện K từ 01/2018 đến 8/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 62 bệnh nhân (BN) chẩn đoán hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát tại Bệnh viện K từ 01/2018 đến 8/2025.

Kết quả: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần nam giới (chiếm 71%), nhóm tuổi < 65 tuổi chiếm đa số (chiếm 77,4%). Đa phần các bệnh nhân có hút thuốc lá (79%) và uống rượu bia (75,8%). Chủ yếu các bệnh nhân có thể trạng ECOG 1 (chiếm 62,9%). Tỷ lệ hạch cổ hai bên là 56,5%, nhóm hạch có tần suất hay gặp nhất là cảnh cao (62,9%), tiếp đến hạch góc hàm (48,4%), hạch thượng đòn (40,3%). Mô bệnh học thường gặp là hạch di căn ung thư biểu mô vảy (chiếm 64,5%). Trung vị sống thêm không tiến triển là 11 tháng (95%CI: 10-13 tháng). Trung vị sống thêm toàn bộ là 17 tháng (95%CI: 15-NR tháng). Tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 năm và 2 năm lần lượt là 75,3% và 32,1%.

Kết luận: Bệnh nhân di căn hạch cổ ung thư biểu mô có triệu chứng lâm sàng đa dạng, hay gặp nam giới, thể mô bệnh học carcinoma vảy. Điều trị theo đặc điểm lâm sàng, giai đoạn bệnh và tính chất mô bệnh học. Thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm nghiên cứu đạt trung vị 17 tháng (95%CI: 15-NR tháng).

Từ khóa: Hạch cổ di căn ung thư biểu mô; di căn chưa rõ nguyên phát; carcinoma vảy.

TREATMENT OUTCOME OF METASTATIC CARCINOMA OF CERVICAL LYMPH NODE FROM AN UNKNOWN PRIMARY

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate treatment outcomes of patients diagnosed with cervical lymph node metastases from an unknown primary at K Hospital between January 2018 and August 2025.

Bệnh viện K

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tài

Email: nguyentai10241@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

Patients and method: A descriptive study was conducted on 62 patients diagnosed with cervical lymph node metastases from an unknown primary at K Hospital during the study period.

Results: In our cohort, the majority were male (71%) and younger than 65 years (77.4%). A notable proportion had a history of smoking (19%) and alcohol consumption (76.8%). Most patients had an ECOG performance status of 1 (62.9%). Bilateral cervical lymphadenopathy was observed in 56.5% of cases. The most frequently involved nodal groups were the upper jugular (62.9%), followed by submandibular (48.4%) and supraclavicular nodes (40.3%). Squamous cell carcinoma metastases were the predominant histological type (64.5%). The median progression-free survival was 11 months (95% CI: 10–13), and the median overall survival was 17 months (95% CI: 15–NR). The 1-year and 2-year overall survival rates were 75.3% and 32.1%, respectively.

Conclusion: Patients with metastatic cervical lymph nodes from carcinoma of unknown primary present with diverse clinical manifestations, predominantly affecting males, with squamous cell carcinoma being the most common histological subtype. Treatment is guided by clinical characteristics, disease stage, and histopathological features. The median overall survival in our study was 17 months (95% CI: 15–NR).

Keywords: Cervical lymph node metastases; cancer of unknown primary; squamous cell carcinoma.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Di căn chưa rõ nguyên phát là tình trạng bệnh ung thư biểu hiện lâm sàng với hạch di căn hoặc di căn cơ quan mà không rõ tổn thương nguyên phát [1]. Chiến lược điều trị thích hợp chỉ có thể được lựa chọn sau khi có chẩn đoán xác định, tuy nhiên trong nhiều trường hợp, di căn chưa rõ nguyên phát vẫn không thể được phát hiện dù đã theo dõi lâu dài và sử dụng các phương pháp chẩn đoán tiên tiến như chụp PET/CT.

Hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát chiếm khoảng 2-5% trong tổng số các ung thư vùng đầu cổ [2]. Ung thư biểu mô tế bào vảy là loại mô học phổ biến nhất, chiếm 75% các trường hợp, tiếp theo là ung thư tuyến, ung thư không biệt hóa và các loại ác tính khác [3]. Quy trình chẩn đoán hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát bao gồm khám lâm sàng toàn diện, đánh giá kỹ các niêm mạc vùng đầu cổ; sinh thiết các hạch nghi ngờ; nội soi; chẩn đoán hình ảnh bằng cắt lớp vi tính (CT), cộng hưởng từ (MRI) hoặc PET scan cùng các hội chẩn liên chuyên khoa [4].

Do thiếu các nghiên cứu ngẫu nhiên so sánh các lựa chọn điều trị khác nhau, việc quản lý bệnh nhân hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát vẫn còn nhiều tranh cãi và chưa có tiêu chuẩn rõ ràng, bởi sự đa dạng về tuổi khi phát hiện bệnh, loại mô bệnh học, vùng hạch bị ảnh hưởng, mức độ di căn hạch cũng như đáp ứng điều trị khác nhau. Quản lý hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát phụ thuộc vào đặc điểm di căn hạch và mô bệnh học, với các lựa chọn điều trị bao gồm phẫu thuật, xạ trị hoặc hóa xạ trị kết hợp tùy vào mức độ lan tràn. Mặc dù đã có tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát vẫn là vấn đề cấp thiết trên toàn cầu và chưa có sự đồng thuận về phương pháp điều trị tối ưu.

Tại Việt Nam, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng cũng như kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát còn hạn chế. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân chẩn đoán hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát tại Bệnh viện K từ 01/2018 đến 8/2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 62 bệnh nhân chẩn đoán và điều trị hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát tại Bệnh viện K từ 01/2018 đến 8/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm mô bệnh học trên bệnh phẩm hạch cổ là di căn ung thư biểu mô.
- Không kể tuổi, giới tính.
- Không chẩn đoán được ung thư nguyên phát sau khi đã thực hiện các phương pháp chẩn đoán chuyên sâu bao gồm chẩn đoán hình ảnh và markers ung thư (hóa mô miễn dịch và chỉ điểm u) xác định nguồn gốc.
- Thể trạng chung tốt ECOG 0-2.
- Có tổn thương có thể đánh giá trên chẩn đoán hình ảnh theo tiêu chuẩn RECIST v1.1.
- Có thông tin theo dõi đầy đủ.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đã chẩn đoán và điều trị ung thư trước đó
- Phát u nguyên phát rõ ràng tại thời điểm vào viện bằng xét nghiệm.
- Mắc các bệnh lý cấp tính hoặc mạn tính ảnh hưởng đến điều trị và tính mạng.
- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

* Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ 01/2018-8/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K.

* Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiền cứu.
- Mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện.

2.3. Các bước tiến hành

* Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo các tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bước 2: Khai thác lâm sàng và cận lâm sàng.

Các bệnh nhân khám và phát hiện di căn carcinoma biểu hiện tại hạch cổ tại thời điểm nhập viện, được tiến hành chẩn đoán tìm vị trí u nguyên phát bằng các phương pháp:

- Sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học và nhuộm hóa mô miễn dịch xác định nguồn gốc.
- Sinh thiết u tại vị trí cơ quan nguyên phát phát hiện trong quá trình chẩn đoán.
- Xét nghiệm đánh giá đặc điểm di căn hạch cổ: siêu âm, CLVT.
- Xét nghiệm đánh giá u nguyên phát tùy thuộc vào triệu chứng lâm sàng:
 - + Nội soi tai mũi họng, nội soi tiêu hoá, nội soi phế quản,...
 - + CLVT, MRI v/hoặc PET/CT
 - + Chỉ điểm u: CEA, cyfra 21-1,...
- Xét nghiệm chẩn đoán di căn xa.

Sau khi tiến hành các phương pháp chẩn đoán u nguyên phát và giai đoạn, phác đồ điều trị được tiến hành.

Bước 3: Điều trị bệnh theo vị trí di căn hạch, mức độ lan tràn, thể mô bệnh học.

Bước 4: Đánh giá kết quả điều trị.

Đánh giá thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) và thời gian sống thêm toàn bộ (OS).

2.4. Xử lý số liệu

Các thuật toán thống kê được sử dụng như sau:

- + Kết quả được thể hiện trên các bảng hoặc đồ thị thích hợp, dạng tỷ lệ phần trăm (%) hoặc dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($X \pm SD$).

+ Phân tích sống thêm theo ước lượng Kaplan-Meier.

+ Sử dụng phần mềm R.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài được thông qua hội đồng đề cương đề tài cấp cơ sở tại Bệnh viện K.

- Tính tự nguyện: Tất cả BN trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Những BN có đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích đầy đủ, rõ ràng về các lựa chọn điều trị tiếp theo, về quy trình điều trị, các ưu, nhược điểm của từng phương pháp điều trị, các rủi ro có thể xảy ra. Tất cả các thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật thông qua việc mã hóa các số liệu trên máy vi tính.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nhóm người bệnh nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm tuổi, giới

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi		
< 65	48	77,4
≥ 65	14	22,6
Giới tính		
Nam	44	71,0
Nữ	18	29,0

Nhận xét:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần nam giới (chiếm 71%), nhóm tuổi < 65 tuổi chiếm đa số (chiếm 77,4%).

3.1.2. Đặc điểm tiền sử bản thân và gia đình

Bảng 2. Tiền sử bản thân và gia đình

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tiền sử hút thuốc		
Có	49	79,0
Không	13	21,0
Uống rượu, bia		
Có	47	75,8
Không	15	24,2
Gia đình có người mắc ung thư		
Có	12	19,4
Không	50	80,6

Nhận xét:

Đa phần các bệnh nhân có hút thuốc lá (79%) và uống rượu bia (75,8%). Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc các bệnh lý ác tính là 19,4%, trong đó thường gặp các trường hợp như ung thư phổi, ung thư đại tràng.

3.1.3. Chỉ số toàn trạng

Bảng 3. Chỉ số toàn trạng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chỉ số PS		
0	15	24,2
1	39	62,9
2	8	12,9

Nhận xét:

Chủ yếu các bệnh nhân có thể trạng ECOG 1 (chiếm 62,9%), tiếp đến là ECOG 0 (chiếm 24,2%).

3.1.4. Triệu chứng cơ năng

Bảng 4. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Triệu chứng tại chỗ		
Hạch cổ đau	35	56,5
Hạch gây chèn ép	15	24,2
Hạch sưng nóng đỏ	6	9,7
Hạch vỡ loét	2	3,2
Triệu chứng ngoài hạch, toàn thân		
Gầy sút cân	22	35,5
Sốt	10	16,1
Khó thở	17	27,4
Nuốt khó	7	11,3
Ho khan	26	41,9
Rối loạn tiêu hóa	3	4,8

Nhận xét:

Nhiều bệnh nhân không có triệu chứng tại hạch, chỉ cảm thấy hạch to dần, tỷ lệ bệnh nhân có đau vị trí hạch chiếm 56,5%. Có 24,2% hạch to gây chèn ép, 9,7% trường hợp hạch sưng nóng và 23,2% trường hợp hạch to, xâm lấn da. Các triệu chứng toàn thân thường gặp như gầy sút cân (35,5%), khó thở (27,4%) và ho khan (41,9%). Chỉ có 4,8% có rối loạn tiêu hóa.

3.1.5. Vị trí hạch cổ di căn

Bảng 5. Vị trí hạch cổ di căn trên lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tần suất %
Nhóm hạch trên lâm sàng		
Hạch cảnh cao	39	62,9
Hạch góc hàm	30	48,4
Hạch cảnh thấp	17	27,4
Hạch thượng đòn	25	40,3

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tần suất %
Vị trí		
Một bên	27	43,5
Hai bên	35	56,5

Nhận xét:

Tỷ lệ khám phát hiện hạch cổ hai bên là 56,5%, nhóm hạch có tần suất hay gặp nhất là cảnh cao (62,9%), tiếp đến hạch góc hàm (48,4%), hạch thượng đòn (40,3%).

3.1.6. Tính chất hạch trên khám lâm sàng

Bảng 6. Tính chất hạch trên khám lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tính chất		
Rắn, chắc	62	86,1
Mềm	10	13,9
Di động		
Có	53	73,6
Không	19	26,4

Nhận xét:

Đa số các bệnh nhân có hạch tính chất chắc, rắn trên khám lâm sàng (chiếm 86,1%), tỷ lệ bệnh nhân có hạch cố định, dính xung quanh chiếm 26,4%.

3.1.7. Đặc điểm mô bệnh học hạch cổ

Bảng 7. Đặc điểm mô bệnh học

Mô bệnh học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Carcinoma vảy	40	64,5
Carcinoma tuyến	19	30,6
Khác	3	4,8

Nhận xét:

Mô bệnh học thường gặp là hạch di căn ung thư biểu mô vảy (chiếm 64,5%), tiếp đến là hạch

di căn ung thư biểu mô tuyến (chiếm 30,6%), ngoài ra còn các trường hợp khác như carcinoma dạng ống, hoặc có thành phần tế bào nhẵn hoặc nhày ít gặp.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Đặc điểm điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

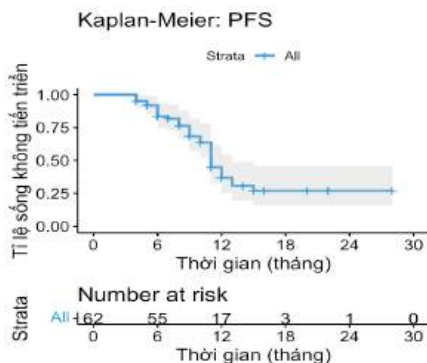
Bảng 8. Đặc điểm điều trị

Vị trí u nguyên phát	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phẫu thuật vét hạch đơn thuần	3	4,8
Phẫu thuật vét hạch cổ + hóa/xạ bổ trợ	16	25,8
Hoá trị đơn thuần	43	69,4

Nhận xét:

Trong 62 bệnh nhân chẩn đoán hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát, có 3 BN (chiếm 4,8%) chỉ có đơn thuần hạch cổ 1 bên và không phát hiện cơ quan di căn khác, được tiến hành phẫu thuật vét hạch cổ triệt căn. Có 16 BN (chiếm 25,8%) sau khi phẫu thuật vét hạch cổ được bổ trợ xạ trị hoặc hoá xạ do tính chất hạch phá vỡ vỏ. Còn lại 43 BN (chiếm 69,4%) được điều trị hóa chất toàn thân vì có nhiều tổn thương di căn lan tràn.

3.2.2. Thời gian sống thêm không tiến triển

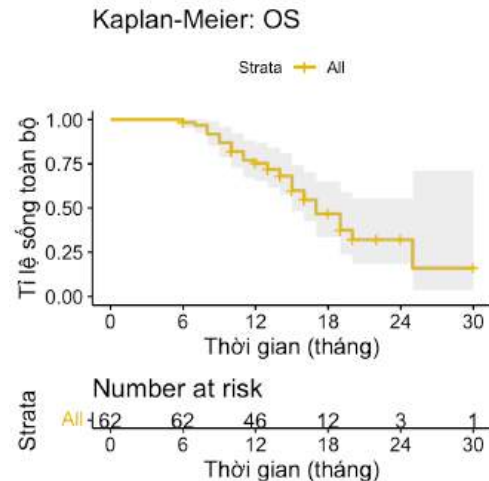


Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không tiến triển

Nhận xét:

Trung vị sống thêm không tiến triển là 11 tháng (95%CI: 10-13 tháng). Tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 năm và 2 năm lần lượt là 36,9% và 26,9%.

3.2.3. Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ

Nhận xét:

Trung vị sống thêm toàn bộ là 17 tháng (95%CI: 15-NR tháng). Tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 năm và 2 năm lần lượt là 75,3% và 32,1%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở bệnh nhân có hạch cổ di căn là đau vùng cổ và tự sờ thấy hạch nổi một bên. Phần lớn các trường hợp hạch cổ di căn carcinoma bắt nguồn từ ung thư vùng đầu mặt cổ, ung thư da, tuyến nước bọt hoặc tuyến giáp. Ít gặp hơn, hạch cổ có thể di căn từ các u ngoài vùng đầu mặt cổ như phổi, vú, đường tiêu hóa hoặc tiết niệu, thường liên quan đến nhóm hạch cổ thấp. Về vị trí, nhóm hạch II là nơi thường bị di căn nhất (30-50%), tiếp theo là nhóm

I và III (10-20%), còn nhóm IV và V ít gặp hơn (5-10%). Tuy nhiên, tỷ lệ này có thể thay đổi giữa các nghiên cứu; ví dụ, Christian Florke và cộng sự ghi nhận hơn 50% di căn tập trung ở nhóm I và II [5].

Trong thực hành, vị trí nhóm hạch di căn có thể giúp gợi ý ổ nguyên phát. Tồn thương hạch cả hai bên thường liên quan tới các khối u đường giữa như ung thư sàn miệng, vòm họng, đáy lưỡi hoặc thanh quản. Ung thư vòm thường di căn hạch nhóm IIb và V, trong khi ung thư tuyến giáp ưu tiên hạch nhóm VI [6]. Lodder và cộng sự ghi nhận 10-15% di căn từ ung thư khoang miệng và hạ họng ở nhóm hạch III và IV [7]. Ngoài ra, nếu phát hiện hạch thượng đòn trái hay nhóm Vb, cần nghĩ đến ung thư ngoài vùng đầu mặt cổ như phổi, vú, hay đường tiêu hóa [8]. Nghiên cứu của Yeo và cộng sự trên 262 bệnh nhân cho thấy carcinoma di căn hạch cổ thường gặp nhất là lymphoma (46,6%), tiếp theo là ung thư vùng đầu mặt cổ (33,6%) với đặc điểm di căn chủ yếu nhóm II (85%), còn nhóm IV và VI <10%. Tuy nhiên, nghiên cứu hiện tại đã loại trừ các ca lymphoma.

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần nam giới (chiếm 71%), nhóm tuổi < 65 tuổi chiếm đa số (chiếm 77,4%). Đa phần các bệnh nhân có hút thuốc lá (79%) và uống rượu bia (75,8%). Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc các bệnh lý ác tính là 19,4%. Chủ yếu các bệnh nhân có thể trạng ECOG 1 (chiếm 62,9%), tiếp đến là ECOG 0 (chiếm 24,2%). Tỷ lệ khám phát hiện hạch cổ hai bên là 56,5%, nhóm hạch có tần suất hay gặp nhất là cảnh cao (62,9%), tiếp đến hạch góc hàm (48,4%), hạch thượng đòn (40,3%). Đa số các bệnh nhân có hạch tính chất chắc, rắn trên khám lâm sàng (chiếm 86,1%), tỷ lệ bệnh nhân có hạch cổ định, dính xung quanh chiếm 26,4%. Mô bệnh học thường gặp là hạch di căn ung thư biểu mô vảy (chiếm 64,5%).

Cận lâm sàng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán. Siêu âm hạch cổ là phương tiện an

toàn, không xâm lấn, cho phép đánh giá hình thái hạch và cấu trúc xung quanh, với độ nhạy 73,8% và độ chính xác 77,8%. Hạch ác tính thường >1cm (độ nhạy 80,9%), tỷ lệ S/L >0,67, bờ không đều, âm vang không đồng nhất [9]. CT và MRI giúp xác định vị trí, kích thước, đặc điểm hạch, tồn thương nguyên phát và mức độ lan rộng; CT có độ nhạy 49-95% và độ đặc hiệu 78-98%. PET-CT ngày càng phổ biến trong chẩn đoán hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát; phân tích 11 nghiên cứu (433 bệnh nhân) cho thấy tỷ lệ phát hiện u nguyên phát là 37% với độ nhạy và đặc hiệu đều 84% [10]. Trong các trường hợp không phát hiện được ổ nguyên phát, hóa mô miễn dịch với dấu ấn sinh học hỗ trợ định hướng nguồn gốc khối u. Ngoài ra, EBV dương tính gợi ý ung thư vòm, còn HPV hoặc p16 liên quan đến ung thư hầu họng.

4.2. Kết quả điều trị nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Về kết quả điều trị trong nghiên cứu chúng tôi: Trung vị sống thêm không tiến triển là 11 tháng (95%CI: 10-13 tháng). Tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 năm và 2 năm lần lượt là 36,9% và 26,9%. Trung vị sống thêm toàn bộ là 17 tháng (95%CI: 15-NR tháng). Tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 năm và 2 năm lần lượt là 75,3% và 32,1%. Trong 62 bệnh nhân chẩn đoán hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát, có 3 BN (chiếm 4,8%) chỉ có đơn thuần hạch cổ 1 bên và không phát hiện cơ quan di căn khác, được tiến hành phẫu thuật vét hạch cổ triệt căn. Có 16 BN (chiếm 25,8%) sau khi phẫu thuật vét hạch cổ được bổ trợ xạ trị hoặc hoá xạ do tính chất hạch phá vỡ vỏ. Còn lại 43 BN (chiếm 69,4%) được điều trị hoá chất toàn thân vì có nhiều tổn thương di căn lan tràn.

Trong nghiên cứu hồi cứu của Yan Wang trên 154 bệnh nhân CCUP, nam giới chiếm 74%, trung vị tuổi 50 (14-75). Ung thư biểu mô vảy chiếm 65,6%, ung thư tuyến 18,2%, còn lại là các thể hiếm (ung thư tuyến nang, sarcoma tế bào thoi, ung thư biểu mô nhầy-vảy, ung thư thần kinh nội

tiết, hắc tố ác tính, lympho/biểu mô, ung thư tế bào nhỏ) chiếm 16,2%. Giai đoạn N1: 50,6%, N2: 40,2%, N3: 9,2%; xâm lấn ngoài bao 36,4%, di căn xa 3 ca. Giai đoạn III (N1) 50,6%, giai đoạn IV (N2–3, M1) 49,4%. Điều trị: 43,5% phẫu thuật bóc hạch, 44,2% hóa trị, 27,3% xạ trị. OS 2 năm và 5 năm lần lượt 73,5% và 59,4%; PFS tương ứng 87,6% và 84,0%. Giai đoạn cao, mô học không phải vảy, và xâm lấn ngoài bao đều liên quan tiên lượng xấu [11].

Hans Christiansen báo cáo trên 28 ca carcinoma vảy hạch cổ không rõ nguyên phát: 17 bệnh nhân được nạo hạch (triệt để hoặc cải biên) + xạ trị bổ trợ, 11 bệnh nhân xạ trị triệt để (liều trung bình 66,8 Gy); 5 bệnh nhân hóa trị bổ sung. OS 5 năm đạt 40,1%, kiểm soát tại chỗ 72,7%; xâm lấn ngoài bao và phương pháp phẫu thuật ảnh hưởng đáng kể tới tiên lượng [12]. Y. Yalin nghiên cứu 114 bệnh nhân CCUP với 3 loại mô học chính: ung thư kém biệt hóa (62%), vảy (24%) và tuyến (14%); điều trị cá thể hóa tùy vị trí hạch và mô học, gồm nạo hạch triệt để, xạ trị, hóa trị; OS 5 năm 36% [13].

5. KẾT LUẬN

Hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát hay gặp nam giới, thể mô bệnh học carcinoma vảy. Phác đồ điều trị phụ thuộc theo đặc điểm lâm sàng, giai đoạn bệnh và tính chất mô bệnh học di căn hạch. Thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm nghiên cứu đạt trung vị 17 tháng (95%CI: 15–NR tháng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Strojjan, P.; Anicin, A. Combined Surgery and Postoperative Radiotherapy for Cervical Lymph Node Metastases from an Unknown Primary Tumour. *Radiother Oncol* 1998, 49, 33–40, doi:10.1016/s0167-8140(98)00082-6.
- [2]. Nguyen, C.; Shenouda, G.; Black, M.J.; Vuong, T.; Donath, D.; Yassa, M. Metastatic Squamous Cell Carcinoma to Cervical Lymph Nodes from Unknown Primary Mucosal Sites. *Head Neck* 1994, 16, 58–63, doi:10.1002/hed.2880160112.
- [3]. Issing, W.J.; Taleban, B.; Tauber, S. Diagnosis and Management of Carcinoma of Unknown Primary in the Head and Neck. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003, 260, 436–443, doi:10.1007/s00405-003-0585-z.
- [4]. Guntinas-Lichius, O.; Peter Klussmann, J.; Dinh, S.; Dinh, M.; Schmidt, M.; Semrau, R.; Mueller, R.-P. Diagnostic Work-up and Outcome of Cervical Metastases from an Unknown Primary. *Acta Otolaryngol* 2006, 126, 536–544, doi:10.1080/00016480500417304.
- [5]. Flörke, C.; Gülses, A.; Altmann, C.-R.; Wiltfang, J.; Wieker, H.; Naujokat, H. Clinicopathological Risk Factors for Contralateral Lymph Node Metastases in Intraoral Squamous Cell Carcinoma: A Study of 331 Cases. *Curr Oncol* 2021, 28, 1886–1898, doi:10.3390/curroncol28030175.
- [6]. Garrel, R.; Tripodi, C.; Cartier, C.; Makeieff, M.; Crampe, L.; Guerrier, B. Cervical Lymphadenopathies Signaling Thyroid Microcarcinoma. Case Study and Review of the Literature. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2011, 128, 115–119, doi:10.1016/j.anorl.2010.11.007.
- [7]. Lodder, W.L.; Sewnaik, A.; den Bakker, M.A.; Meeuwis, C.A.; Kerrebijn, J.D.F. Selective Neck Dissection for N0 and N1 Oral Cavity and Oropharyngeal Cancer: Are Skip Metastases a Real Danger? *Clin Otolaryngol* 2008, 33, 450–457, doi:10.1111/j.1749-4486.2008.01781.x.

- [8]. Yeo, J.C.L.; Lim, S.Y.; Hilmi, O.J.; MacKenzie, K. An Analysis of Non-Head and Neck Primaries Presenting to the Neck Lump Clinic: Our Experience in Two Thousand Nine Hundred and Six New Patients. *Clin Otolaryngol* 2013, 38, 429–432, doi:10.1111/coa.12151.
- [9]. Jayapal, N.; Ram, S.K.M.; Murthy, V.S.; Basheer, S.A.; Shamsuddin, S.V.; Khan, A.B. Differentiation Between Benign and Metastatic Cervical Lymph Nodes Using Ultrasound. *J Pharm Bioallied Sci* 2019, 11, S338–S346, doi:10.4103/JPBS.JPBS_26_19.
- [10]. Kwee, T.C.; Kwee, R.M. Combined FDG-PET/CT for the Detection of Unknown Primary Tumors: Systematic Review and Meta-Analysis. *Eur Radiol* 2009, 19, 731–744, doi:10.1007/s00330-008-1194-4.
- [11]. Wang, Y.; He, S.-S.; Bao, Y.; Cai, X.-Y.; Chen, H.-Y.; Yang, X.-L.; Chen, D.-M.; Lu, L.-X.; Chen, Y. Cervical Lymph Node Carcinoma Metastasis from Unknown Primary Site: A Retrospective Analysis of 154 Patients. *Cancer Medicine* 2018, 7, 1852–1859, doi:10.1002/cam4.1458.
- [12]. Christiansen, H.; Hermann, R.M.; Martin, A.; Nitsche, M.; Schmidberger, H.; Pradier, O. Neck Lymph Node Metastases from an Unknown Primary Tumor. *Strahlentherapie und Onkologie* 2005, 181, 355–362, doi:10.1007/s00066-005-1338-2.
- [13]. Yalin, Y.; Pingzhang, T.; Smith, G.I.; Ilankovan, V. Management and Outcome of Cervical Lymph Node Metastases of Unknown Primary Sites: A Retrospective Study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2002, 40, 484–487, doi:10.1016/S0266435602002449.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP KÈM VẾT HẠCH CỔ BÊN TẠI KHOA NGOẠI ĐẦU - CỔ, BỆNH VIỆN K NĂM 2025

**Ngô Xuân Quý, Trần Đức Toàn, Trần Hùng Anh,
Phạm Ngọc Dương, Lê Thị Hương Quỳnh***

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vết hạch cổ bên tại khoa Ngoại Đầu - Cổ, Bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 80 người bệnh được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vết hạch cổ bên tại khoa Ngoại Đầu - Cổ, Bệnh viện K trong thời gian từ tháng 3/2025 đến tháng 9/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình của người bệnh là $42,7 \pm 10,4$ tuổi; tỷ lệ nữ/nam là 3,7/1. Khi ra viện, 71,2% người bệnh không đau, 26,3% người bệnh đau mức độ nhẹ (1-2 điểm). Lượng dịch dẫn lưu sau mổ chủ yếu từ 60-80 ml (53,7%); 96,3% người bệnh được rút dẫn lưu sau 3-5 ngày. Về khả năng tự chăm sóc và vận động, 83,7% người bệnh có thể tự chăm sóc hoàn toàn và 98,8% không bị hạn chế vận động sau phẫu thuật. Thời gian ngủ trung bình 6-8 giờ/ngày chiếm 45%; 13,8% người bệnh ngủ dưới 4 giờ/ngày. Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm vết hạch cổ một bên là $5,2 \pm 1,6$ ngày và nhóm vết hạch cổ hai bên là $6,4 \pm 1,7$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ kèm vết hạch cổ chọn lọc được thực hiện an toàn, không ghi nhận biến chứng nặng như chảy máu hay khó thở sau mổ. Công tác chăm sóc sau phẫu thuật đạt hiệu quả tốt, thể hiện qua kiểm soát đau, chăm sóc vết mổ, dẫn lưu và theo dõi biến chứng đạt tỷ lệ an toàn cao. Các biến chứng như khàn tiếng, hạ canxi chủ yếu nhẹ, giảm dần và ổn định khi ra viện. Thời gian nằm viện trung bình ngắn, người bệnh phục hồi tốt và mức độ hài lòng cao về chất lượng chăm sóc.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp; cắt toàn bộ tuyến giáp; vết hạch cổ bên; kết quả chăm sóc.

Bệnh viện K

*Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hương Quỳnh

Email: huongquynh151095@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày duyệt bài: 30/10/2025

EVALUATION OF NURSING CARE OUTCOMES IN PATIENTS AFTER TOTAL THYROIDECTOMY WITH LATERAL NECK DISSECTION AT THE DEPARTMENT OF HEAD AND NECK SURGERY

Abstract

Objective: To evaluate nursing care outcomes in patients undergoing total thyroidectomy with lateral neck dissection at the Department of Head and Neck Surgery, K Hospital.

Patients and Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 80 patients who underwent total thyroidectomy combined with lateral neck dissection at the Department of Head and Neck Surgery, K Hospital, from March 2025 to September 2025.

Results: The mean age of patients was 42.7 ± 10.4 years, with a female-to-male ratio of 3.7:1. At discharge, 71.2% of patients reported no pain, while 26.3% experienced mild pain (score 1-2). The postoperative drainage volume was primarily 60-80 ml (53.7%), and 96.3% of patients had their drains removed within 3-5 days. Regarding physical function, 83.7% of patients were able to perform complete self-care, and 98.8% had no limitation in mobility after surgery. The proportion of patients sleeping 6-8 hours per day was 45%, whereas 13.8% slept less than 4 hours per day. The mean length of hospital stay was 5.2 ± 1.6 days for unilateral lateral neck dissection and 6.4 ± 1.7 days for bilateral lateral neck dissection.

Conclusion: Total thyroidectomy combined with selective lateral neck dissection was performed safely, with no recorded major postoperative complications such as hemorrhage or respiratory distress. Postoperative nursing care was effective, as demonstrated by adequate pain control, wound and drain management, and close monitoring of complications, all with high safety rates. Complications such as hoarseness and hypocalcemia were mostly mild, gradually improved, and resolved before discharge. The average length of hospital stay was short, patients recovered well, and overall satisfaction with nursing care was high.

Keywords: Thyroid cancer; total thyroidectomy; lateral neck dissection; nursing care outcomes.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) chiếm khoảng 3,8% trong tổng số các loại ung thư, song lại chiếm tới 95% trong nhóm ung thư hệ nội tiết.¹ Theo GLOBOCAN năm 2022, ung thư tuyến giáp đứng thứ 7 về số ca mắc mới với 821.214 ca, và thứ 24 về số ca tử vong với 47.507 ca. Tại Việt Nam, ung thư tuyến giáp đứng thứ 6 về số ca mới mắc với khoảng 6.122 ca mới mỗi năm.² Di căn hạch cổ là một đặc

điểm khá phổ biến, có thể xuất hiện ở vùng hạch cổ trung tâm, hạch cổ bên hoặc đồng thời cả hai vùng. Đáng chú ý, một số trường hợp đã ghi nhận di căn hạch cổ bên mặc dù chẩn đoán trước phẫu thuật cũng như mô bệnh học sau phẫu thuật chưa phát hiện tổn thương ở hạch cổ trung tâm. Tỷ lệ di căn hạch nói chung ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp được ghi nhận trong khoảng 30% đến 60%.³ Nhóm ung thư giáp được cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ bên là nhóm bệnh nhân nặng, có nhiều nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra

sau phẫu thuật. Sự phối hợp chặt chẽ giữa phẫu thuật viên và điều dưỡng là vô cùng cần thiết để phát hiện biến chứng sớm và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Việc nghiên cứu về kết quả sau chăm sóc bệnh mổ cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ bên từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân là việc làm cần thiết. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ bên tại khoa Ngoại Đầu - Cổ, Bệnh viện K.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 80 người bệnh được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ kèm vét hạch cổ bên tại khoa Ngoại Đầu cổ từ tháng 3/2025 đến hết tháng 9/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh ≥ 18 tuổi được chẩn đoán xác định ung thư giáp trạng di căn hạch cổ bên, đã được phẫu thuật và chăm sóc tại khoa Ngoại Đầu cổ - Bệnh viện K.

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ về quá trình điều trị.

- Người bệnh hoặc người thân đồng ý tham gia nghiên cứu và ký cam kết theo quy định.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có tiền sử phẫu thuật tuyến giáp trước đó

- Người bệnh có sa sút trí tuệ, mắc bệnh lý tâm thần kinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Lấy mẫu thuận tiện, cỡ mẫu 80 bệnh nhân.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 3 đến hết tháng 9 năm 2025 tại Khoa Ngoại Đầu - Cổ, Bệnh viện K.

2.4. Khía cạnh đạo đức của nghiên cứu

Nghiên cứu dự kiến được thông qua Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện K phê duyệt trước khi tiến hành thực hiện. Nghiên cứu thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang, do đó không gây bất cứ ảnh hưởng hoặc tác động nào đến quá trình chăm sóc cũng như điều trị của người bệnh nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi và giới tính của người bệnh nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới tính

Nhóm tuổi	Nam (n=17)		Nữ (n=63)		Chung (n=80)	
	n	%	n	%	n	%
18-55 tuổi	14	82,4	45	71,4	59	73,7
≥ 55 tuổi	3	17,6	18	28,6	21	26,3
Tổng	17	21,2	63	78,8	80	100

- Tuổi mắc bệnh trung bình là $42,7 \pm 10,4$ tuổi. Nhóm tuổi 18-55 tuổi chiếm tỉ lệ lớn nhất với 73,7%; thấp nhất là nhóm tuổi ≥ 55 tuổi chiếm 26,3%. Tỉ lệ nữ/nam là 3,7/1.

3.2. Đau sau phẫu thuật

Bảng 2. Đánh giá tình trạng đau tại các thời điểm sau phẫu thuật theo VAS

Mức độ đau theo thang điểm VAS	Ngày đầu		Ngày thứ 3		Ra viện	
	n	%	n	%	n	%
0 điểm (không đau)	7	8,8	48	60	57	71,2
1 - 2 điểm (đau nhẹ)	28	35	23	28,8	21	26,3
3 - 4 điểm (đau vừa phải)	41	51,2	7	8,7	2	2,5
5 - 6 điểm (đau nhiều)	4	5	2	2,5	0	0

Mức điểm đau ngày đầu sau phẫu thuật cao nhất trong nhóm 3-4 điểm chiếm tỉ lệ 51,2%.

bệnh không đau chiếm lớn nhất là 71,2%, người bệnh đau 1-2 điểm chiếm 26,3%.

Đến ngày ra viện mức độ đau cao nhất là 3-4 điểm với 2 người bệnh chiếm tỉ lệ 2,5%, người

3.3. Chăm sóc thay băng, dẫn lưu sau mổ

Bảng 3. Đánh giá về chăm sóc vết thương và dẫn lưu sau phẫu thuật

		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sưng nề vùng xung quanh cổ	Có	9	11,2
	Không	71	88,8
Số lượng dịch qua sonde dẫn lưu	40-60 ml	9	11,3
	60-80 ml	43	53,7
	80-100 ml	21	26,3
	100-120 ml	5	6,2
	> 120 ml	2	2,5
	Vàng/Trắng đục	2	2,5
Ngày rút DL	< 3 ngày	1	1,2
	Từ 3-5 ngày	77	96,3
	> 5 ngày	2	2,5
Mức độ hài lòng về chăm sóc vết thương sau phẫu thuật	Rất không hài lòng	0	0
	Không hài lòng	0	0
	Bình thường	0	0
	Hài lòng	59	73,8
	Rất hài lòng	21	26,2

Số lượng dẫn lưu 60-80 ml chiếm tỉ lệ lớn nhất 53,7%. Số người bệnh được rút dẫn lưu sau 3-5 ngày là 77 người chiếm tỉ lệ 96,3%.

rất hài lòng và hài lòng chiếm tỉ lệ lần lượt là 26,2% và 73,8%.

Mức độ hài lòng về chăm sóc vết thương gồm

3.4. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật

Các biến chứng sau phẫu thuật	Ngày đầu		Ngày thứ 3		Ra viện	
	n	%	n	%	n	%
Khàn tiếng	17	21,3	14	17,5	9	11,3
Tê bì và co rút tay chân	9	11,3	13	16,3	1	1,2
Rò dưỡng chấp	1	1,2	2	2,5	0	0

Biến chứng chảy máu, tụ máu sau phẫu thuật, khó thở hay nhiễm trùng vết mổ không được ghi nhận sau phẫu thuật. Biến chứng tổn thương

TKTQQN và tuyến cận giáp là các biến chứng chủ yếu sau phẫu thuật.

3.5. Chăm sóc về thể chất

Bảng 5. Khả năng tự chăm sóc vận động, nghỉ ngơi

Các yếu tố đánh giá		Số người bệnh	Tỉ lệ %
Khả năng tự chăm sóc (n=80)	Có khả năng tự chăm sóc hoàn toàn	67	83,7
	Có khả năng tự chăm sóc dưới sự hỗ trợ của người nhà hoặc NVYT	13	16,3
Hạn chế trong đi lại, vận động (n=80)	Có	0	0
	Không	79	98,8
	Hạn chế ít	1	1,2
Giấc ngủ trong 1 ngày (n=80)	< 4 tiếng	11	13,8
	4-6 tiếng	28	35,0
	6-8 tiếng	36	45,0
	> 8 tiếng	5	6,2
Mức độ hài lòng về chăm sóc thể chất hiện tại (n=80)	Rất không hài lòng	0	0
	Không hài lòng	0	0
	Bình thường	0	0
	Hài lòng	61	76,3
	Rất hài lòng	19	23,7

Phần lớn người bệnh có thể tự chăm sóc hoàn toàn sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ 83,7%. Có khả năng tự chăm sóc dưới sự hỗ trợ của người nhà hoặc NVYT là 16,3%. Về giấc ngủ phần lớn đều

có giấc ngủ từ khoảng 6-8 tiếng 1 ngày chiếm tỉ lệ 45%. Người bệnh có giấc ngủ <4 tiếng chiếm 13,8%.

Bảng 6. Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện sau mổ	Cắt toàn tuyến giáp vét hạch cổ 1 bên (n=)	Cắt toàn bộ tuyến giáp vét hạch cổ 2 bên (n=)
± SD	5,2±1,6	6,4±1,7

Người bệnh vét hạch cổ một bên có số ngày nằm viện trung bình thấp hơn người bệnh vét hạch cổ hai bên.

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm tuổi và giới

U tuyến giáp có thể gặp ở bất kì độ tuổi nào, trong đó, tuổi là một trong những yếu tố giúp tiên lượng bệnh. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của tác giả Lê Văn Quảng trên 70 người bệnh UTTG tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, tuổi trung bình mắc bệnh là 43,27 tuổi, thấp nhất là 21 tuổi và cao nhất là 80 tuổi.⁴ Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Trần Thị Hồng (2016) là 44,1 tuổi, nhóm tuổi hay gặp từ 31-60 tuổi, đặc biệt là nhóm 46-60 tuổi chiếm 42,2%.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi theo kết quả Bảng 1, tuổi mắc bệnh trung bình là 42,7±10,4 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 18-55 tuổi chiếm 73,7%. Kết quả này cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu trước đó của các tác giả trong nước.

Tỷ lệ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 78,8%, tỷ lệ nữ/nam là 3,7/1. Theo Nguyễn Đức Huân (2019), nữ giới chiếm 83,5% tổng số người bệnh và tỷ lệ nữ/nam là 5/1.⁶ Nghiên cứu của Lê Văn Quảng, tỷ lệ nữ/nam là 2,5/1.⁴

- Đánh giá đau sau mổ

Vấn đề đau là một vấn đề chăm sóc quan trọng sau phẫu thuật. Mức độ đau có thể ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh

trong thời gian điều trị tại viện. Mức độ đau sau phẫu thuật là cảm giác chủ quan tương đối phụ thuộc vào người bệnh. Chúng tôi sử dụng thang điểm VAS để đánh giá mức độ đau của người bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi dựa theo số liệu đến ngày thứ 3 sau phẫu thuật có 32 người bệnh cảm thấy đau chiếm tỉ lệ 60. Thuốc giảm đau người bệnh sử dụng là loại thuốc giảm đau bậc 1 (paracetamol). Trước khi ra viện số người bệnh còn đau là 23 người trong đó có 21 người bệnh ở mức đau 1-2 điểm chiếm 26,3%; có 2 người đau ở mức 3-4 điểm chiếm 2,5% và người bệnh không đau là 57 người chiếm 71,2%. Kết quả này có sự khác biệt với Nguyễn Thị Thu với tỉ lệ người bệnh đau trước khi ra viện ở mức 1-2 điểm; 3-4 điểm và không đau lần lượt là 41,3%; 1,6% và 57,1%⁷. Sự khác biệt có liên quan đến ngưỡng chịu đau của mỗi người là khác nhau.

- Chăm sóc thay băng, dẫn lưu sau mổ

Chăm sóc vết mổ sau phẫu thuật cần được thực hiện đúng, chính xác đảm bảo quá trình lành của vết thương. Việc thay băng vết thương cần được diễn ra hàng ngày để có thể đánh giá vết mổ hàng ngày. Trong phẫu thuật tuyến giáp thường đặt dẫn lưu vùng mổ nhằm mục đích dẫn lưu dịch từ khoang phẫu thuật ra ngoài, làm mất khoảng không gian chết của khoang mổ sau khi đã cắt bỏ tuyến giáp và vét hạch cổ, đề phòng tụ dịch sau mổ, đồng thời theo dõi nguy cơ chảy máu sau mổ, rò rỉ dịch chấp hoặc theo dõi các diễn biến nơi mổ thông qua theo

đổi số lượng, màu sắc và tính chất dịch dẫn lưu mỗi ngày. Các dẫn lưu đặt với áp lực âm, được theo dõi và chăm sóc hàng ngày, được rút khi lượng dịch qua dẫn lưu ít hơn 20 ml/ngày và dịch dẫn lưu trong, không có máu hay đường chấp.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu dịch lần lưu của vết mổ phần lớn là 70-80 ml chiếm tỉ lệ 41,3%, tiếp tới là 80-90 ml chiếm tỉ lệ 30,2%, 50-60 ml chiếm tỉ lệ 25,4%⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng dịch dẫn lưu 60-80ml chiếm tỉ lệ lớn nhất 53,7%. Sở dĩ số lượng dịch trong nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu từ 60-80 ml là do tỷ lệ vết hạch cổ cao, gây sang chấn nhiều nên lượng dịch tiết nhiều hơn. Số người bệnh được rút dẫn lưu sau 3-5 ngày là 77 người chiếm tỉ lệ 96,3%, có 2 người bệnh rút sau 5 ngày chiếm tỉ lệ 2,5% và duy nhất 1 người rút trước 3 ngày chiếm 1,2%. Kết quả này có sự khác biệt với Lê Văn Long với tỉ lệ rút dẫn lưu từ 3-5 ngày là 83,18%, sau 5 ngày là 3,18% và trước 3 ngày là 13,64%⁸ do tỉ lệ người bệnh vết hạch cổ bên là khác nhau. Trường hợp người 2 người bệnh có lượng dịch dẫn lưu >120 ml có màu trắng đục và được rút muộn hơn là do bị rò đường chấp sau mổ, số lượng dịch dẫn lưu của 2 người bệnh lần lượt là 650 ml và 830 ml màu trắng đục sau đó chuyển sang màu vàng trong và đều được rút vào ngày thứ 7 sau mổ.

- Đánh giá về biến chứng sau phẫu thuật.

Nguyên nhân tổn thương dây TKTQQN thường là do co kéo, đụng dập trong quá trình bóc tách tổ chức, tổn thương vì nhiệt do dùng dao đốt điện hoặc do phù nề các tổ chức xung quanh gây chèn ép dây thần kinh. Tuy nhiên, hầu hết các tổn thương đều là tạm thời và có thể hồi phục. Biểu hiện lâm sàng của tổn thương TKTQQN hay gặp nhất là khàn tiếng, các biểu hiện ít gặp khác là nuốt sặc, thậm chí khó thở nếu tổn thương cả 2 bên. Theo dõi tại các thời điểm ngày đầu sau mổ, ngày thứ 3 sau mổ và khi ra viện, tỷ lệ người bệnh bị khàn tiếng lần lượt là 21,3%; 17,5% và

11,3%. Điều này cho thấy biến chứng khàn tiếng có xu hướng biểu hiện rõ nhất vào thời điểm ngày thứ 3 hậu phẫu. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Lê Văn Long, ghi nhận các tỷ lệ lần lượt là 23,6%; 30,5% và 22,7% ở 220 người bệnh ung thư tuyến giáp được phẫu thuật tại Bệnh viện K (2017).⁸

Suy tuyến cận giáp là một trong hai biến chứng thường gặp nhất sau phẫu thuật tuyến giáp. Biểu hiện trên lâm sàng là tê bì tay chân, mặt, nặng hơn người bệnh có thể co quắp tay chân, cứng khớp hàm, thậm chí là khó thở, xét nghiệm canxi máu sau mổ giảm. Tỷ lệ của biến chứng này được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi sau ngày đầu sau phẫu thuật, ngày 3 sau phẫu thuật và khi ra lần lượt là 11,3%, 16,3% và 1,2%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Kiều Trang tỉ lệ của biến chứng này sau 24h đầu, 3 ngày và 5 ngày sau phẫu thuật lần lượt là 11,1%, 13,9% và 2,8%.⁹ Kết quả này tương tự nghiên cứu của Hoàng Ngọc Giáp với tỷ lệ sau 24h và 72h lần lượt là 16,9%, 23,6%.¹⁰ Khi so sánh với nghiên cứu của Lê Văn Long, tỷ lệ tương ứng lần lượt là 9,5%; 22,7% và 7,3%, phản ánh sự tương đồng nhất định về thời điểm xuất hiện triệu chứng và mức độ của biến chứng.⁸ Như vậy, có thể thấy tỷ lệ hạ canxi máu sau phẫu thuật tuyến giáp đạt cao nhất ở thời điểm 72 giờ sau mổ, sau đó NB sẽ hồi phục dần.

Rò đường chấp là một biến chứng hiếm gặp nhưng cũng là một biến chứng nặng sau phẫu thuật vì nó dễ gây nhiễm trùng vết mổ và kéo dài thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ rò đường chấp ngày đầu sau phẫu thuật là 1,2% (1 người bệnh) và ngày thứ 3 sau mổ chiếm tỉ lệ 2,5%. Rò đường chấp thường biểu hiện dịch màu trắng sữa chảy nhiều qua ống dẫn lưu sau mổ. Nguyên nhân thường do tổn thương các mạch bạch huyết khi vết hạch cổ, nhất là các mạch bạch huyết có kích thước lớn, đặc biệt là ống ngực bên trái. Khi bị rò đường chấp, người bệnh được cho nhịn ăn và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Những trường hợp rò mạch

bạch huyết kích thước lớn, lượng dịch chảy ra dần lưu nhiều, phải phẫu thuật khâu đóng lại đường rò hoặc can thiệp bạch mạch qua da. Tỷ lệ rò đường chấp sau mổ theo nghiên cứu của Lê Văn Long và Nguyễn Thị Kiều Trang lần lượt là 1,3%, 0,45% và 1,4%^{8,9}. Theo dõi 2 người bệnh này sau điều trị nội khoa nhịn ăn và nuôi dưỡng qua tình mạch cho kết quả tốt.

- Đánh giá khả năng tự chăm sóc, vận động, nghỉ ngơi.

Phần lớn người bệnh có thể tự chăm sóc hoàn toàn sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ 83,7%. Còn lại là 13 người bệnh có khả năng tự chăm sóc dưới sự hỗ trợ của người nhà hoặc NVYT chiếm tỉ lệ 16,3%. Khi được hỏi có nhận được sự hỗ trợ của NVYT khi cần thiết không tất cả 80 người bệnh đều cho câu trả lời là có, luôn nhận được sự tôn trọng từ NVYT khi cần sự giúp đỡ.

Về đánh giá vận động và nghỉ ngơi sau phẫu thuật trong số 80 người bệnh trong nhóm nghiên cứu có 79 người bệnh không bị hạn chế gì trong vận động chiếm tỉ lệ 98,8%, còn 1 người bệnh còn lại chiếm tỉ lệ 1,2% ở mức độ hạn chế ít do có tiền sử về xương khớp.

Về giấc ngủ, sau phẫu thuật người bệnh ngủ được 6-8 giờ mỗi ngày chiếm tỉ lệ cao nhất là 45%, tỉ lệ người bệnh ngủ dưới 4 giờ mỗi ngày chiếm 13,8 %. Khi ngủ có 63 trường hợp bị tỉnh giấc khi ngủ, tỉnh giấc do đau chiếm 28,6%, do môi trường chiếm 34,9%, còn lại là do thói quen khi ở nhà trước phẫu thuật và thói quen vệ sinh ban đêm.

Khi được hỏi có hài lòng về chăm sóc thể chất hiện nay không câu trả lời nhận được là hài lòng và rất hài lòng. Trong các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu⁷ đều có đề cập đến vấn đề chăm sóc cho người bệnh sau phẫu thuật.

- Thời gian nằm viện sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh cắt toàn bộ tuyến giáp vét hạch cổ một bên có thời

gian nằm viện trung bình là $5,2 \pm 1,6$, thời gian này ngắn hơn so với người bệnh cắt toàn bộ tuyến giáp vét hạch cổ hai bên ($6,4 \pm 1,7$ ngày). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Lê Văn Long thời gian nằm viện sau mổ trung bình từ 6-10 ngày chiếm tỉ lệ 90-91%.⁸

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 80 người bệnh được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ bên tại khoa Ngoại Đầu - Cổ, Bệnh viện K năm 2025 cho thấy người bệnh chủ yếu là nữ giới, độ tuổi còn trẻ và đa số phục hồi tốt sau phẫu thuật. Công tác chăm sóc sau mổ được thực hiện hiệu quả, thể hiện qua kiểm soát đau tốt, chăm sóc vết mổ và dẫn lưu đúng quy trình, góp phần giúp vết mổ liền tốt và hạn chế nhiễm trùng. Các biến chứng sau phẫu thuật như khàn tiếng, hạ canxi máu và rò đường chấp gặp với tỷ lệ thấp, chủ yếu ở mức độ nhẹ, có xu hướng giảm dần và ổn định trước khi ra viện, không ghi nhận các biến chứng nặng như chảy máu hay khó thở. Thời gian nằm viện sau mổ tương đối ngắn, trong đó nhóm vét hạch cổ một bên có thời gian nằm viện trung bình thấp hơn nhóm vét hạch cổ hai bên. Nhìn chung, người bệnh hài lòng về chất lượng chăm sóc của nhân viên y tế, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Deen MH, Burke KM, Janitz A, et al. Cancers of the thyroid: overview and statistics in the United States and Oklahoma. J Okla State Med Assoc. 2016;109(7-8):333-338.
- [2]. 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. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263.

- [3]. Mulla MG, Knoefel WT, Gilbert J, McGregor A, Schulte KM. Lateral cervical lymph node metastases in papillary thyroid cancer: a systematic review of imaging-guided and prophylactic removal of the lateral compartment. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2012;77:126-131.
- [4]. Lê Văn Quảng, Đinh Xuân Cường, Trần Văn Thông (2015). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư tuyến giáp được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 430(2), 61.
- [5]. Trần Thị Hồng (2016). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng di căn hạch của ung thư tuyến giáp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội. Google Docs. Accessed October 20, 2025.
- [6]. Nguyễn Đức Huân (2019). Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp tái phát tại bệnh viện K, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [7]. Nguyễn Thị Thu (2024). Đánh giá kết quả chăm sóc sau phẫu thuật trên người bệnh cắt toàn bộ tuyến giáp do ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại bệnh viện K năm 2024, khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội. Accessed October 20, 2025.
- [8]. Lê Văn Long (2017). Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K năm 2017, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [9]. Nguyễn Xuân Hậu, Nguyễn Thị Kiều Trang, Chăm sóc vết mổ ở bệnh nhân sau phẫu thuật mở tuyến giáp, *VMJ*. 2024;543(3). doi:10.51298/vmj.v543i3.11552.
- [10]. Hoàng Ngọc Giáp (2020). Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa ở người trẻ tuổi tại bệnh viện K, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

THỰC TRẠNG THỰC HIỆN LÝ LIỆU PHÁP HÔ HẤP Ở NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ PHỔI TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Thanh Mai, Nguyễn Khắc Kiểm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng thực hiện lý liệu pháp hô hấp và một số yếu tố liên quan ở người bệnh sau phẫu thuật ung thư phổi tại Bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 698 người bệnh ung thư phổi được phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện K từ tháng 3/2025 đến tháng 9/2025.

Kết quả: Tỷ lệ tuân thủ lý liệu pháp hô hấp giảm dần theo thời gian, từ 86,4% trước mổ xuống 73,9% sau rút dẫn lưu. Kỹ thuật tập thở có tỷ lệ thực hiện đúng cao nhất (82,0%), trong khi vỗ rung lồng ngực có tỷ lệ sai sót cao nhất (47,2%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự tuân thủ với trình độ học vấn ($p=0,017$), mức độ đau ($p=0,024$) và sự xuất hiện biến chứng ($p=0,003$).

Kết luận: Việc thực hiện lý liệu pháp hô hấp sau phẫu thuật ung thư phổi còn hạn chế, đặc biệt ở giai đoạn sau rút dẫn lưu. Đau sau mổ và trình độ học vấn thấp là những rào cản chính ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp, làm tăng nguy cơ biến chứng hô hấp.

Từ khóa: Lý liệu pháp hô hấp; ung thư phổi; phẫu thuật lồng ngực; tuân thủ điều trị.

CURRENT STATUS OF RESPIRATORY THERAPY IN POST-SURGERY PATIENTS WITH LUNG CANCER AT K HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: To assess the current practice of respiratory physiotherapy and associated factors among patients after lung cancer surgery at K Hospital.

Patients & Methods: A prospective descriptive study was conducted on 698 lung cancer patients who underwent surgery at the Department of Thoracic Surgery, K Hospital, from March 2025 to September 2025.

Bệnh viện K

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khắc Kiểm

Email: nguyengkhackiemtho@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày duyệt bài: 30/10/2025

Results: Compliance with respiratory physiotherapy decreased over time, from 86.4% preoperatively to 73.9% after chest tube removal. Breathing exercises had the highest correct performance rate (82.0%), whereas chest percussion and vibration had the highest error rate (47.2%). Compliance was significantly associated with educational level ($p=0.017$), pain severity ($p=0.024$), and postoperative complications ($p=0.003$).

Conclusions: The implementation of respiratory physiotherapy after lung cancer surgery remains suboptimal, particularly after chest tube removal. Postoperative pain and low educational level are major barriers, contributing to reduced effectiveness and increased risk of respiratory complications.

Keywords: Respiratory physiotherapy; lung cancer; thoracic surgery; treatment adherence.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những loại ung thư thường gặp và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam [1]. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ đạo đối với ung thư phổi giai đoạn sớm và một số trường hợp chọn lọc ở giai đoạn tiến triển tại chỗ [2]. Tuy nhiên, phẫu thuật lồng ngực là can thiệp lớn, ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng hô hấp, làm tăng nguy cơ các biến chứng sau mổ như xẹp phổi, viêm phổi, tràn khí - tràn dịch màng phổi và suy hô hấp, kéo dài thời gian nằm viện và làm giảm chất lượng sống của người bệnh [3, 4].

Lý liệu pháp hô hấp (LLPHH) là khâu quan trọng trong chăm sóc sau phẫu thuật lồng ngực, nhằm cải thiện thông khí phổi, tăng khả năng khạc đờm và phòng ngừa biến chứng hô hấp [5]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh LLPHH giúp giảm tỷ lệ xẹp phổi, cải thiện chức năng hô hấp và rút ngắn thời gian nằm viện ở người bệnh sau phẫu thuật ung thư phổi [6]. Do đó, LLPHH được khuyến cáo là can thiệp bắt buộc trong chương trình chăm sóc và phục hồi chức năng sau phẫu thuật lồng ngực.

Tuy nhiên, hiệu quả của LLPHH phụ thuộc lớn vào mức độ tuân thủ và chất lượng thực hiện của người bệnh [6]. Trong thực hành lâm sàng, người bệnh thường thực hiện không đầy đủ, đặc biệt sau khi triệu chứng cải thiện hoặc khi dẫn lưu màng phổi đã được rút [7]. Bên cạnh đó, đau sau

mổ, trình độ học vấn và sự xuất hiện biến chứng là những yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến hành vi tuân thủ của người bệnh [3, 6]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá toàn diện thực trạng thực hiện LLPHH sau phẫu thuật ung thư phổi còn hạn chế.

Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng thực hiện lý liệu pháp hô hấp và xác định một số yếu tố liên quan ở người bệnh sau phẫu thuật ung thư phổi tại Bệnh viện K, góp phần đề xuất các giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc và hiệu quả phục hồi chức năng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên người bệnh được chẩn đoán ung thư phổi, có chỉ định phẫu thuật và điều trị tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện K trong thời gian từ tháng 3/2025 đến tháng 9/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- NB ung thư phổi đã được phẫu thuật.
- NB trên 18 tuổi
- NB đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- NB được phẫu thuật ở bệnh viện khác chuyển lên Bệnh viện K.

- NB có vấn đề về tâm thần.
- NB không đáp ứng tiêu chuẩn chọn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả tiến cứu.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Chọn mẫu toàn bộ, gồm 698 người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- Nội dung và chỉ số nghiên cứu:

Đánh giá mức độ tuân thủ và chất lượng thực hiện các kỹ thuật lý liệu pháp hô hấp (tập thở, tập ho, vỗ rung lồng ngực) tại ba thời điểm: Trước mổ, sau mổ 24 giờ và sau rút dẫn lưu màng phổi; đồng thời thu thập các yếu tố liên quan như trình độ học vấn, mức độ đau và biến chứng sau mổ.

- Quy trình nghiên cứu:

Người bệnh được hướng dẫn thực hiện lý liệu pháp hô hấp theo quy trình chuẩn của Bộ Y tế; Bộ

công cụ nghiên cứu được xây dựng dựa trên tài liệu thông tư 31/2021/TT-BYT của Bộ Y tế quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện [5] và quyết định số 54/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng” [6]. Việc thực hiện được đánh giá trực tiếp bằng bảng kiểm tại các thời điểm quy định do điều dưỡng trực tiếp hướng dẫn và thông qua các buổi GDSK tại khoa.

- Xử lý số liệu:

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng thống kê mô tả và kiểm định χ^2 để xác định mối liên quan giữa các yếu tố, với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Từ tháng 3/2025 đến tháng 9/2025 tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện K.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm người bệnh

Đặc điểm		Số NB (n)	Tỷ lệ %
Tuổi	18 - 29	14	2
	30 - 59	355	50,9
	≥ 60	329	47,1
Tuổi trung bình: 57,63 $\pm$ 9,78			
Giới tính	Nam	413	59,2
	Nữ	285	40,8
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	6	0,9
	Viên chức, CBCNV	195	27,9
	Hưu trí	102	14,6
	Nông dân	317	45,4
	Khác	78	11,2

Đặc điểm		Số NB (n)	Tỷ lệ %
Trình độ học vấn	Phổ thông	353	50,6
	Trung cấp, cao đẳng, ĐH, sau đại học	345	49,4
Nơi cư trú	Thành thị	301	43,1
	Nông thôn	372	53,3
	Vùng núi	25	3,6

Nhận xét:

Trong tổng số 698 NB, độ tuổi trung bình là $57,63 \pm 9,78$. Nhóm tuổi lao động (30-59 tuổi) chiếm tỷ lệ cao nhất (50,9%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1. Về nghề nghiệp, nông dân chiếm đa số (45,4%), tiếp theo là viên chức (27,9%).

Bảng 2: Các bệnh đồng mắc

Các bệnh mắc kèm	Số NB (n)	Tỷ lệ %
Bệnh hô hấp	52	7,5
Bệnh tim mạch	167	23,9
Các bệnh về nội tiết	75	10,7
Các bệnh khác	95	13,6
Kết hợp 2 bệnh	112	16,1
Không có bệnh mắc kèm	197	28,2
Tổng	698	100

Nhận xét:

Ngoài ung thư phổi, NB trong nghiên cứu còn có các bệnh lý mắc kèm. Có 167 NB mắc bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất là 23,9%; các bệnh nội tiết 10,7%; bệnh hô hấp 7,5%; kết hợp 2 bệnh 16,1%; và không có bệnh mắc kèm chiếm 28,2%.

3.2. Thực trạng tuân thủ lý liệu pháp hô hấp

Bảng 3. Tỷ lệ tuân thủ LLPHH theo thời gian

Thời điểm đánh giá	Có tuân thủ (n, %)	Không tuân thủ (n, %)
Trước mổ	603 (86,4%)	95 (13,6%)
Sau mổ 24 giờ	571 (81,8%)	127 (18,2%)
Sau rút dẫn lưu	516 (73,9%)	182 (26,1%)

Nhận xét:

Tỷ lệ tuân thủ giảm dần theo tiến trình điều trị. Đáng chú ý, giai đoạn sau rút dẫn lưu - thời điểm quan trọng để phục hồi chức năng phổi - lại có tỷ lệ không tuân thủ cao nhất (26,1%).

Bảng 4. Chất lượng thực hiện các kỹ thuật

Kỹ thuật	Thực hiện đúng (%)	Thực hiện sai/ Thiếu bước (%)
Tập thở	82,0%	18,0%
Tập ho	65,6%	34,4%
Vỗ rung lồng ngực	52,8%	47,2%

Nhận xét:

Kỹ thuật vỗ rung lồng ngực có tỷ lệ thực hiện đúng thấp nhất, phản ánh khó khăn trong việc phối hợp giữa người bệnh và người hỗ trợ cũng như rào cản do đau.

3.3. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị

Bảng 5. Mối liên quan giữa các yếu tố và sự tuân thủ

Yếu tố	Nhóm tuân thủ (n=516)	Nhóm không tuân thủ (n=182)	Giá trị p
Trình độ học vấn			0,017
Phổ thông	58,1%	41,9%	
T.Cấp/CĐ/ĐH	86,1%	13,9%	
Tình trạng đau			0,024
Đau liên tục	35,2%	64,8%	
Đau ngắt quãng	68,3%	31,7%	
Biến chứng			0,003
Có biến chứng	78,2%	21,8%	
Không biến chứng	98,7%	1,3%	

Nhận xét:

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn, mức độ đau và sự xuất hiện biến chứng với hành vi tuân thủ của người bệnh.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng thực hiện lý liệu pháp hô hấp

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% người bệnh được hướng dẫn quy trình lý liệu pháp hô hấp (LLPHH). Tuy nhiên, mức độ tuân thủ có xu hướng giảm dần theo thời gian điều trị, từ 86,4% trước mổ xuống còn 73,9% sau khi rút dẫn lưu. Giai đoạn sau rút dẫn lưu ghi nhận tỷ lệ không tuân thủ cao nhất (26,1%), dù đây là thời điểm then chốt để phục hồi chức năng phổi. Fishman A.P. đã chỉ ra rằng mặc dù các liệu pháp hô hấp có hiệu quả cao về mặt lý thuyết, nhưng việc thực hành không đầy đủ và thiếu liên tục trong thực tế lâm sàng là nguyên nhân chính làm giảm hiệu quả điều trị [6].

Về chất lượng kỹ thuật, bài tập thở đạt tỷ lệ thực hiện đúng cao nhất (82,0%), trong khi kỹ thuật vỗ rung lồng ngực có tỷ lệ sai sót cao (47,2%). Tập

thở thường được xem là kỹ thuật tương đối đơn giản, ít gây khó chịu và dễ thực hiện tại giường điều này có thể giải thích vì sao tỷ lệ “thường xuyên” cao nhất. Ngược lại, số NB không tuân thủ hoặc tuân thủ ít ở vỗ lồng ngực có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như: cảm giác khó chịu sau mổ (đau vùng ngực, vết mổ), NB thiếu hiểu biết hoặc hướng dẫn không rõ về kỹ thuật, hoặc thiếu nhân lực hỗ trợ để thực hiện. Ngoài ra, theo một nghiên cứu về NB chờ phẫu thuật phổi, các yếu tố như tình trạng phổi xấu, thói quen vận động thấp, ít hỗ trợ từ gia đình, có thể ảnh hưởng đến tuân thủ. Cần chú trọng hướng dẫn rõ ràng và giám sát người bệnh thực hiện kỹ thuật ít thuận tiện hơn như vỗ lồng ngực có thể thông qua nhân viên y tế, người thân [8]. Điều này phản ánh thực tế rằng các kỹ thuật thụ động đòi hỏi sự hỗ trợ kỹ thuật cao và sự phối hợp nhịp nhàng, dễ bị ảnh hưởng bởi các yếu tố khách quan như nhân lực hỗ trợ và ngưỡng chịu đau của người bệnh.

4.2. Các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ lý liệu pháp hô hấp sau mổ

Ảnh hưởng của đau sau mổ

Nghiên cứu ghi nhận mối liên quan có ý

nghĩa thống kê giữa mức độ đau và sự tuân thủ ($p = 0,024$). Nhóm người bệnh đau liên tục có tỷ lệ không tuân thủ lên tới 64,8%, cao hơn rõ rệt so với nhóm đau ngắt quãng. Đau sau phẫu thuật lồng ngực làm hạn chế biên độ hô hấp, ức chế phản xạ ho và giảm khả năng vận động sớm. Kết quả này phù hợp với tổng quan của Hamilton và cộng sự (2022), khẳng định rằng kiểm soát đau không đầy đủ sẽ làm trầm trọng thêm tình trạng hạn chế thông khí, xẹp phổi và làm giảm khả năng khạc đờm [9]. Do đó, chiến lược giảm đau đa mô thức đóng vai trò tiên quyết để đảm bảo người bệnh có thể tham gia hiệu quả vào chương trình phục hồi chức năng.

Ảnh hưởng của trình độ học vấn và nhận thức người bệnh

Trình độ học vấn là yếu tố tác động rõ rệt đến hành vi tuân thủ ($p = 0,017$), với nhóm trình độ từ trung cấp trở lên tuân thủ tốt hơn nhóm phổ thông. Điều này phản ánh rào cản về nhận thức và khả năng tiếp cận thông tin y tế. Spruit và cộng sự (2013), trong khuyến cáo của Hiệp hội Lồng ngực Hoa Kỳ và Hiệp hội Hô hấp châu Âu, đã nhấn mạnh rằng giáo dục sức khỏe cần được cá thể hóa và điều chỉnh phù hợp với khả năng nhận thức của người bệnh để thay đổi hành vi sức khỏe lâu dài [10]. Với đặc thù đối tượng nghiên cứu phần lớn là nông dân (45,4%), việc xây dựng các tài liệu hướng dẫn trực quan (hình ảnh, video) thay vì văn bản thuần túy là giải pháp cần thiết.

Mối liên quan giữa biến chứng và sự tuân thủ LLPHH

Sự xuất hiện biến chứng có mối liên quan chặt chẽ với mức độ tuân thủ ($p = 0,003$). Nhóm người bệnh không có biến chứng đạt tỷ lệ tuân thủ tới 98,7%, cao hơn nhiều so với nhóm có biến chứng. Agostini và cộng sự (2010) đã chứng minh rằng việc áp dụng sớm và liên tục các liệu pháp vật lý trị liệu ngực là yếu tố độc lập giúp giảm thiểu các biến chứng phổi sau phẫu thuật như xẹp phổi

và viêm phổi [3]. Việc không tuân thủ tạo ra một vòng xoắn bệnh lý: Không tập luyện dẫn đến ứ đọng dịch tiết gây biến chứng, và biến chứng lại làm giảm khả năng vận động của người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 698 người bệnh sau phẫu thuật ung thư phổi tại Bệnh viện K, kết quả cho thấy việc thực hiện lý liệu pháp hô hấp đã được triển khai rộng rãi nhưng mức độ tuân thủ và chất lượng thực hành còn hạn chế, đặc biệt ở giai đoạn sau rút dẫn lưu màng phổi. Đau sau mổ và trình độ học vấn thấp là những rào cản quan trọng làm giảm hiệu quả can thiệp, đồng thời sự không tuân thủ có liên quan chặt chẽ với nguy cơ xuất hiện biến chứng. Những phát hiện này khẳng định vai trò thiết yếu của kiểm soát đau hiệu quả, giáo dục sức khỏe phù hợp và giám sát chặt chẽ trong nâng cao chất lượng chăm sóc và phục hồi chức năng hô hấp cho người bệnh sau phẫu thuật ung thư phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, và c.s. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA A Cancer J Clinicians. Tháng Năm 2021;71(3):209-49.
- [2]. Remon J, Soria JC, Peters S. Early and locally advanced non-small-cell lung cancer: an update of the ESMO Clinical Practice Guidelines focusing on diagnosis, staging, systemic and local therapy. Annals of Oncology. Tháng Chạp 2021;32(12):1637-42.

- [3]. Agostini P, Cieslik H, Rathinam S, Bishay E, Kalkat MS, Rajesh PB, và c.s. Postoperative pulmonary complications following thoracic surgery: are there any modifiable risk factors? *Thorax*. Tháng 9/2010;65(9):815–8.
- [4]. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg*. Tháng Sáu 2002;183(6):630–41.
- [5]. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, và c.s. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 15/10/2013;188(8):e13-64.
- [6]. Fishman AP. Pulmonary rehabilitation. In: *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1998. Trong.
- [7]. Phạm HL, Đoàn VT. Đánh giá thực trạng liệu pháp tập thở ở bệnh nhân chấn thương ngực có dẫn lưu màng phổi tại Trung tâm tim mạch và lồng ngực - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *VMJ [Internet]*. 16 Tháng Chạp 2021 [cited 20 Tháng Giêng 2026];507(1). Available at: <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/1372>
- [8]. Yang X, Tang W, Xu L, Chen A, Zeng F. Factors influencing adherence to home based pulmonary rehabilitation programme by high risk patients awaiting lung surgery: mixed methods study. *BMJ Open*. 22 Tháng Chạp 2024;14(12):e082933.
- [9]. Regional anesthesia and acute perioperative pain management in thoracic surgery: a narrative review - PMC [Internet]. [cited 20 Tháng Giêng 2026]. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9264080/>
- [10]. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, và c.s. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 Tháng Mười 2013;188(8):e13-64.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NÓI GIỌNG THỰC QUẢN TRÊN BỆNH NHÂN CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN

Phạm Huy Triều, Nguyễn Văn Đoàn, Nguyễn Văn Hào*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bước đầu đánh giá kết quả nói giọng thực quản trên bệnh nhân cắt thanh quản toàn phần tại bệnh viện Ung Bướu TP.HCM.

Phương pháp: Mô tả loạt ca.

Kết quả: Từ tháng 5/2022 đến tháng 5/2024, 13 bệnh nhân được thực hiện tập nói giọng thực quản tại bệnh viện đã cắt thanh quản toàn phần, gồm có 13 nam và không có nữ. Bốn trường hợp (30,8%) tham gia đầy đủ từ khi triển khai đến thời điểm kết thúc nghiên cứu. Đa số bệnh nhân đạt được mức sơ cấp sau 3 tháng luyện tập, cấp độ cao nhất mà bệnh nhân đạt được là trung cấp với thời gian luyện tập ngắn nhất là 9 tháng, không có trường hợp nào đạt được cấp độ nâng cao.

Kết luận: Kết quả tập nói giọng thực quản trên bệnh nhân cắt thanh quản toàn phần bước đầu cho thấy tính khả thi.

Từ khóa: Phẫu thuật; âm ngữ trị liệu; ung thư thanh quản.

RESULTS OF ESOPHAGEAL SPEECH IN PATIENTS WITH TOTAL LARYNGECTOMY

ABSTRACT

Purpose: Initial assessment of results of esophageal accent in patients with total laryngectomy at Ho Chi Minh City Oncology Hospital.

Methods: Case series report.

Results: From May 2022 to May 2024, 13 patients under training esophageal speech training at the hospital with total laryngectomy, including 13 males and no females. Four cases (30.8%) participated

Bệnh viện Ung bướu TP. HCM

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hào

Email: vanhao2304@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày duyệt bài: 30/10/2025

fully from the time of implementation to the end of the study. The majority of patients achieved the elementary level after 3 months of training, the highest level achieved by patients was intermediate with the shortest training time of 9 months, no case achieved the advanced level.

Conclusion: The results of esophageal speech training on patients with total laryngectomy initially showed feasibility.

Keywords: Surgery; speech therapy; laryngeal cancer.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị ung thư thanh quản sẽ phối hợp nhiều phương pháp: Phẫu thuật, hóa trị, xạ trị... Đối với những bệnh lý khác nhau, phẫu thuật cắt bỏ tổn thương là phương pháp cho cơ hội điều trị một cách tốt nhất. Ngoài thời gian sống còn, chất lượng sống sau điều trị của bệnh nhân cũng được nhiều quan tâm từ những thay đổi phát âm là quan trọng hàng đầu. Ngoài ra, xạ trị hỗ trợ trước hoặc sau phẫu thuật bệnh nhân ung thư thanh quản cũng là yếu tố gây giảm chức năng phát âm. Để khắc phục tình trạng trên, tập nói giọng thực quản sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần là một trong những giải pháp giúp bệnh nhân có thể trở về cuộc sống bình thường, tái hòa nhập vào xã hội mà không còn mặc cảm về bệnh.

Hiện nay, chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả tập giọng nói thực quản trên bệnh nhân cắt thanh quản toàn phần tại Bệnh viện Ung bướu TP. HCM. Với mục tiêu điều trị bên cạnh việc cải thiện kết quả sống còn thì việc phục hồi các chức năng cơ bản sau phẫu thuật là vấn đề quan trọng. Nghiên cứu về phục hồi giọng nói thực quản trên bệnh nhân sau cắt thanh quản toàn phần vì thế mang tính cấp thiết, có ý nghĩa khoa học và thực tiễn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần được hướng dẫn tập nói bằng giọng thực quản tại Bệnh viện Ung bướu TP. HCM từ tháng

05/2022 đến tháng 05/2024, với 13 trường hợp được đánh giá và ghi nhận.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được cắt thanh quản toàn phần trong thời gian nghiên cứu, đủ tỉnh táo và hợp tác, không có chống chỉ định luyện tập giọng thực quản, sức khỏe ổn định sau phẫu thuật và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân tái phát hoặc di căn trong quá trình theo dõi; bệnh toàn thân nặng; không hợp tác; tử vong trong thời gian luyện tập; không tái khám hoặc không có dữ liệu theo dõi đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ Báo cáo loạt ca.

+ Ghi nhận các biến số vào phiếu thu thập số liệu:

Thông tin chung (tuổi, giới, ngày vào viện, ngày ra viện, tiền sử bệnh, thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh...).

Theo dõi và đánh giá giọng nói bệnh nhân định kỳ tại các thời điểm 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 và 24 tháng.

Đánh giá giọng nói theo các tiêu chí lượng giá trong mỗi cấp độ thực hành: sơ cấp - trung cấp - nâng cao để xác định bệnh nhân đã đạt được trình độ tương ứng. (các huấn luyện viên có chứng chỉ luyện giọng thực quản do hội Ginreikai cấp).

* Kỹ thuật theo Bộ tiêu chí lượng giá giọng thực quản theo GINREIKAI:

Bảng 1. Tiêu chí phân loại giọng nói thực quản

Cấp độ	Đặc điểm kỹ thuật chính	Khả năng phát âm	Khả năng giao tiếp
Sơ cấp	- Đưa hơi vào thực quản đúng kỹ thuật - Tạo được âm đơn (A - O - E) - Kiểm soát hơi còn hạn chế	- Phát được 3-5 âm liên tiếp - 2-3 âm tiết đơn giản - Thời gian phát âm <1 giây - Âm chưa rõ, dễ đứt hơi	Chưa giao tiếp được (Chỉ tạo âm cơ bản)
Trung cấp	- Đưa hơi trơn tru hơn - Hạn chế lỗi nói thầm - Phối hợp hơi - khẩu hình tốt	- Kéo dài 7-10 âm tiết/lần lấy hơi - Câu ngắn 3-5 âm tiết - Thời gian phát âm 1-2 giây - Âm rõ hơn	Giao tiếp đơn giản (Câu ngắn, sinh hoạt hằng ngày)
Nâng cao	- Kiểm soát hơi hiệu quả - Ngữ điệu và trọng âm tốt - Biểu cảm tự nhiên	- Câu dài >10 âm tiết - Đọc đoạn văn, hội thoại - Âm rõ, ít tạp âm - Tốc độ nói gần tự nhiên	Giao tiếp tự nhiên (Nói trôi chảy, đọc - trình bày được)

Xử lý số liệu: Số liệu được ghi nhận vào bảng thu thập số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 for Windows.

*Tiêu chuẩn huấn luyện viên (HLV) giọng thực quản theo Hội Giọng nói thực quản Ginreikai Nhật Bản (Ginreikai Japan esophageal speech association).

HLV giọng thực quản muốn được cấp chứng chỉ của Ginreikai phải đáp ứng 3 nhóm tiêu chuẩn chính sau:

- Tiêu chuẩn đào tạo - chuyên môn, bao gồm: lý thuyết về cơ chế phát âm thực quản; phân tích chuyển động khí - thực quản; các phương pháp đưa hơi (injection method, inhalation method, water swallow method); các kỹ thuật điều chỉnh sai âm, hướng dẫn luyện tập theo 3 cấp độ. Tham gia tối thiểu 20 giờ đào tạo trực tiếp dưới sự giám sát của chuyên gia Ginreikai. Thực hành hỗ trợ tối thiểu 10 bệnh nhân trong giai đoạn huấn luyện lâm sàng.

- Tiêu chuẩn năng lực - kỹ năng thực hành: HLV phải chứng minh năng lực thông qua bài kiểm tra thực hành, bao gồm: thực hiện mẫu phát

âm thực quản chuẩn (demonstration); khả năng sửa lỗi sai thường gặp: nói thầm, không vào hơi, đứt hơi; khả năng phân loại mức độ bệnh nhân theo 3 cấp độ Ginreikai; hướng dẫn bệnh nhân đạt được: âm đơn, chuỗi âm tiết, câu ngắn, đoạn hội thoại cơ bản.

- Tiêu chuẩn cấp chứng chỉ và duy trì: Được cấp Chứng chỉ Huấn luyện viên giọng thực quản (Esophageal Speech Instructor Certificate); có giá trị 3 năm, cần tái cấp dựa trên: tham dự hội nghị định kỳ của Ginreikai, báo cáo tối thiểu 2 trường hợp lâm sàng, cập nhật kiến thức theo chương trình chuẩn.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện tập nói và hướng dẫn bệnh nhân khi bệnh nhân đến bệnh viện. Bệnh nhân về nhà và sẽ tự tiến hành tự tập luyện tại nhà theo hướng dẫn của kỹ thuật viên. Ngoài ra, bệnh nhân phải tuân thủ chế độ tập luyện đúng và đủ để có phát ra được âm thanh ban đầu càng sớm càng tốt và từ đó có thể phát âm bằng thực quản một cách chính xác.

Phát âm thực quản là một phương pháp tạo ra giọng nói bằng cách đưa không khí vào thực quản

và khi đẩy không khí ra sẽ làm rung niêm mạc thực quản thay vì dây thanh quản. Nó cũng giống

như âm thanh ợ được phát ra bởi sự trào ngược không khí bị tồn đọng trong dạ dày.



Hình 1: Bệnh nhân luyện tập giọng thực quản

*Kỹ thuật:

Thực hành trình độ sơ cấp:

- Luyện tập phương pháp uống trà:

Chuẩn bị trà hoặc nước sau đó cho trà hoặc nước vào cốc.

Ngồi duỗi thẳng lưng và hướng mặt về trước, một tay đặt nhẹ lên lỗ khí quản tay kia cầm cốc nước.

Lấy trà (nước) cho vào miệng và giữ lại phía trên lưỡi một lượng có kích thước bằng viên kẹo (10 ml), uống ực tất cả vào cùng lúc (mạnh mẽ).

Dùng lực cơ bụng đẩy ngược lượng trà (nước) đã uống để phát ra âm “A” (luyện tập cho đến khi làm được 10 lần liên tục).

Khi đã phát được âm đơn “A” chuyển sang âm “O” và “E” theo cách tương tự (từ từ giảm dần số lần uống trà (nước) khi luyện tập).



Hình 2. Các bệnh nhân luyện tập theo cấp độ sơ cấp

- Thực hành phát âm hai hoặc ba âm tiết:

Khi vũng được âm “A” “Ô” “Ê” tập sang khó hơn “U” “I”, tập phát âm “A” “Ô” tập cho đến khi thành thạo nói làm được 10 lần liên tục).

Tập kéo dài âm tạo thành hai âm tiết như “A-Ah” và “Ô-Oh” khi làm tốt chuyển sang “A-mê” và “Ô-cha”. Bước tiếp theo kéo dài thành ba âm tiết “A-mê-eh” và “Ô-cha-ah” bằng cách này có thể đưa không khí vào thực quản một cách trơn tru.

- Thực hành phát âm ba đến năm âm tiết:

Tập kéo dài hai đến ba âm tiết thành năm âm tiết như “A-mê” thành “A-mê-eh-eh-eh” “Ô-cha” thành “Ô-cha-ah-ah-ah” và “A-ta-ma” thành “A-ta-ma-ah-ah”. Chú ý thường âm tiết cuối sẽ không nghe rõ nên hướng dẫn bệnh nhân cố gắng nói rõ âm cuối bằng cách phát âm nhẹ nhàng ở hai hoặc ba âm tiết đầu và lên hơi vào âm cuối. Liên tục lặp đi lặp lại một cách nhịp nhàng.

- Xử lý phát âm sai:

Khi cổ phát âm họng thì không khí không vào thực quản nên rất khó đối với những âm kéo dài. Vì vậy, lựa chọn luyện tập với những từ kết thúc bằng nguyên âm “Ô” kéo dài (dễ phát âm đúng

nhất), ví dụ chữ “Tô-oh” trong “Kyo-tô-oh” hay “Tô-oh-ki-ô-oh” và luyện tập nói đi nói lại.

Nói thì thầm (phát âm sai) là việc giao tiếp thông qua việc dùng môi, lưỡi để nói nhép các phụ âm, có thể trở thành tật xấu khi phát âm bằng thực quản. Để sửa lỗi nói thì thầm (phát âm sai) thì quay lại với cách luyện tập cơ bản về việc đưa không khí vào thực quản bằng trà (hoặc nước).

Thực hành trình độ trung cấp (từ bảy đến mười âm tiết, đến cuộc trò chuyện đơn giản):

Luyện tập trường âm bằng cách kéo dài nguyên âm cuối mỗi từ cho đến hết hơi, “Xin chà-a-a-a-o”, “Cám ơ-ơ-ơ-ơ-n” (bài luyện tập cách tăng lượng không khí đưa vào thực quản hơn).

Nói những từ đơn giản như “a-me” hay “ocha” liên tục với nhịp độ nhịp nhàng khoảng một lần một giây (thực hành để lấy hơi êm ái).

Tập nói thành câu hoàn chỉnh bằng cách đưa không khí vào thực quản (lấy hơi) cho ba đến năm âm tiết.

Ví dụ 1: Hôm nay/trời rất đẹp.

Ví dụ 2: Tôi tên là.



Hình 3. Các bệnh nhân luyện tập theo cấp độ trung cấp

Thực hành cấp độ nâng cao (từ cuộc trò chuyện hàng ngày đến bài phát biểu):

Đặt mục tiêu có thể phát âm rõ và tự nhiên hơn thông qua việc tập đọc các đoạn văn hay, thơ có nhịp điệu nhịp nhàng đồng thời chú ý cải thiện kỹ

năng: độ rõ ràng, tạp âm, các tật xấu, tốc độ (nói chậm rãi), khoảng ngừng (thời gian lấy hơi), ngữ điệu, trọng âm, biểu hiện tình cảm, độ to nhỏ của giọng nói, độ cao thấp của giọng nói, tư thế.



Hình 4. Các bệnh nhân luyện tập theo hướng dẫn của huấn luyện viên

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Từ tháng 5/2022 đến 4/2024 đã có 13 bệnh nhân được áp dụng tập nói bằng giọng thực quản. Trong 13 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, chỉ có 4 bệnh nhân (30,8%) tham gia đầy đủ toàn

bộ quá trình luyện tập đến thời điểm kết thúc nghiên cứu. Có 9/13 bệnh nhân (69,2%) không hoàn thành, tạo nên tỷ lệ bỏ cuộc rất cao và là hạn chế quan trọng nhất của nghiên cứu này. Đặc điểm của các bệnh nhân trong nghiên cứu được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm		
Tuổi		Tuổi trung bình 59,7±8,4 (nhỏ nhất 46, lớn nhất 74 tuổi)
Giới tính	Nam	13 (100%)
	Nữ	0 (0%)
Điều trị hỗ trợ	Có	12 (92,3%)
	Không	1 (7,7%)
Bệnh tái phát	Có	2 (15,4%)
	Không	9 (69,2%)
	Không ghi nhận	2 (15,4%)

Đặc điểm		
Tử vong	Có	1 (7,7%)
	Không	8 (61,5%)
	Không ghi nhận	4 (30,8%)
Thời gian tham gia tập trung bình		15,2 ± 7,3 tháng (Ngắn nhất: 3 tháng; dài nhất: 24 tháng)
Tham gia tập đầy đủ	Có	4 (30,8%)
	Không	9 (69,2%)

Phân tích theo từng nhóm nguyên nhân cho thấy sự khác biệt đáng kể về bản chất các rào cản:

Tử vong (n = 1; 7,7%).

Đây là yếu tố ngoài khả năng can thiệp của chương trình, liên quan đến diễn tiến bệnh lý nền.

Tái phát bệnh hoặc cần điều trị đặc hiệu (n = 2; 15,4%).

Đây là nhóm bị ảnh hưởng bởi yếu tố bệnh lý, không phải bởi khó khăn trong kỹ thuật luyện tập. Việc gộp nhóm này vào “bỏ cuộc” có thể làm sai lệch nhận định về khả năng tuân thủ thực sự.

Không bắt đầu luyện tập ngay từ đầu (n = 4; 30,8%). Đây là nhóm phản ánh rào cản tiếp cận chương trình, có thể liên quan đến:

- Thiếu thông tin;
- Lo ngại về hiệu quả;
- Hạn chế thời gian hoặc điều kiện đi lại.

Nhóm này không phản ánh thất bại kỹ thuật, nhưng cho thấy vấn đề trong khâu tuyển chọn và tư vấn ban đầu.

Mất theo dõi/không quay lại tái khám (n = 2; 15,4%). Đây là nhóm quan trọng nhất về mặt tuân thủ, vì có thể liên quan đến:

- Khó duy trì động lực;
- Gánh nặng chi phí - thời gian;
- Hạn chế hỗ trợ gia đình.
- Kỳ vọng không phù hợp.

Tổng hợp lại, chỉ có 2/13 bệnh nhân (15,4%) có thể xem là “bỏ cuộc thực sự” do khó khăn trong quá trình luyện tập (không do bệnh lý hay tử vong). Điều này giúp phân biệt rõ giữa rào cản nội tại của kỹ thuật và rào cản khách quan liên quan đến bệnh lý và điều kiện bệnh nhân.

Trong 24 tháng chúng tôi triển khai nghiên cứu tập nói bằng giọng thực quản, đa số bệnh nhân đạt được mức sơ cấp sau 3 tháng luyện tập. Cấp độ cao nhất mà bệnh nhân đạt được là trung cấp với thời gian luyện tập ngắn nhất là 9 tháng, không có trường hợp nào đạt được cấp độ nâng cao. Sự phân bố số lượng bệnh nhân theo cấp độ tại các thời điểm ghi nhận kết quả được trình bày trong Bảng 3.

Bảng 3. Sự phân bố số lượng bệnh nhân theo cấp độ luyện tập tại các thời điểm ghi nhận kết quả

Thời điểm ghi nhận kết quả	Số bệnh nhân/cấp độ luyện tập		
	Không tiến bộ	Sơ cấp	Trung cấp
3 tháng	1	12	
6 tháng	8	4	
9 tháng	6	4	1
12 tháng	1	8	
15 tháng		5	3
18 tháng	1	1	3
21 tháng		2	2
24 tháng	1	1	2

Các kỹ thuật phục hồi giọng nói sau khi cắt thanh quản toàn phần đã xuất hiện theo xu hướng tốt hơn và được chấp nhận nhiều hơn, đó là cơ sở để thay đổi quan điểm và cải thiện chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân cắt thanh quản toàn phần. Các lựa chọn hiện có bao gồm nói giọng thực quản, nói giọng khí-thực quản, cấy thanh quản nhân tạo và sử dụng thanh quản điện tử. Mặc dù việc luyện tập nói giọng thực quản khá phổ biến và được ưa chuộng, nhưng chỉ một số ít bệnh nhân có thể thành thạo ngay từ đầu. Luyện tập nói giọng thực quản có tỉ lệ thành công khoảng 24-26% [3], [4]. Khi so sánh với y văn quốc tế, tỷ lệ thành công của kỹ thuật nói giọng thực quản dao động 24-26%, tương đương với tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu đạt được cấp độ trung cấp (23,1%). Điều này cho thấy hiệu quả kỹ thuật tại trung tâm tương đồng với y văn, mặc dù tỷ lệ hoàn thành chương trình thấp hơn.

Tuy nhiên, cấp độ cao nhất mà bệnh nhân đạt được là trung cấp tương đương với khả năng thực hiện cuộc hội thoại đơn giản mặc dù có thời gian luyện tập dài (24 tháng) phần nào đã cho thấy độ khó của kỹ thuật nói giọng thực quản.

Các yếu tố có thể giải thích cho sự khác biệt giữa hai tỷ lệ thành công này và tỷ lệ bỏ cuộc cao bao gồm:

Đặc điểm quần thể bệnh nhân:

- Tuổi trung bình cao ($59,7 \pm 8,4$) ảnh hưởng đến khả năng tiếp nhận kỹ thuật mới.
- 92,3% bệnh nhân có điều trị hỗ trợ (xạ trị), làm giảm khả năng kiểm soát hơi và độ rung niêm mạc thực quản.

Cấu trúc và cường độ chương trình hỗ trợ:

- Cường độ luyện tập chủ yếu phụ thuộc vào tự luyện tại nhà, dễ dẫn đến mệt mỏi hoặc mất động lực.
- Thiếu các buổi hướng dẫn nhóm có thể làm giảm hiệu quả duy trì thói quen tập luyện.

Thời gian và điều kiện theo dõi:

- Phần lớn bệnh nhân phải di chuyển xa để tái khám định kỳ.
- Không có hệ thống nhắc hẹn hoặc hỗ trợ trực tuyến.

Kỳ vọng của bệnh nhân:

Một số bệnh nhân kỳ vọng có thể nói được ngay, dẫn đến thất vọng và ngưng tập.

Bảng 4. Nguyên nhân bỏ cuộc theo Ginreikai [5]

Nguyên nhân	Tỷ lệ theo Ginreikai (%)	So sánh với nghiên cứu hiện tại
Tái phát/tiến triển bệnh	18%	15,4% (tương đồng)
Mất động lực/không tái khám	23%	15,4% (thấp hơn)
Điều kiện đi lại kinh tế	27%	Chưa đánh giá (khả năng cao)
Không bắt đầu luyện tập	22%	30,8% (cao hơn đáng kể)
Tử vong	7%	7,7% (tương tự)

4. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tính khả thi về mặt kỹ thuật khi so sánh với các báo cáo quốc tế, tuy nhiên tính khả thi trên toàn quần thể bệnh nhân còn hạn chế do tỷ lệ bỏ cuộc cao và nhiều rào cản ngoài chuyên môn. Vì vậy, tính khả thi cần được hiểu theo nghĩa hẹp: Triển khai kỹ thuật tại bệnh viện là khả thi, nhưng khả năng bệnh nhân theo đuổi đến mức độ thành công còn thấp và cần cải thiện hệ thống hỗ trợ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Đàm Thu Hiền, Phạm Thị Bích Đào, Trần Văn Tâm, Mai Thị Mai Phương (2021) ‘Đánh giá rối loạn giọng của bệnh nhân sau cắt thanh quản bán phần’, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 504(2). doi:10.51298/vmj.v504i2.902.
- [2]. Nguyễn Khắc Sơn, Nguyễn Hữu Dũng, Lý Xuân Quang (2023) ‘Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư thanh quản sau cắt thanh quản toàn phần’, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 526(1A). doi:10.51298/vmj.v526i1A.5326.
- [3]. Phạm Thị Bích Đào, Phạm Anh Trần (2016) ‘Đánh giá khả năng phát âm nguyên âm và phụ âm tiếng Việt của giọng nói thực quản’, *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*.
- [4]. Stanisce, L., McGlone, M., Koshkareva, Y., Swendseid, B., Lawrence, I., Kubicek, G., Gaughan, J. P. & Solomon, D. H. (2023) ‘Socioeconomic influence on speech rehabilitation after total laryngectomy’, *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, [online]. doi:10.1002/ohn.412
- [5]. Watanabe, N., Kamakura, Y. & Fukada, J. (2024) ‘Esophageal speech training system and needs for esophageal speech training in a laryngectomy patient association in Japan’, *Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science*, 15, pp. 17-26. doi:10.11336/jjcrs.15.17.

KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT CẮT TRỰC TRÀNG CÓ TÂN BỔ TRỢ TOÀN BỘ TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

**Cao Xuân Thạnh*, Nguyễn Thanh Hùng,
Nguyễn Văn Hải Vân, Nguyễn Phước Khánh, Nguyễn Ngọc Sơn**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt trực tràng có điều tân bổ trợ toàn bộ (total neoadjuvant therapy-TNT) trước phẫu thuật trong điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên ở 60 trường hợp bệnh nhân(BN) được phẫu thuật cắt trực tràng có tân bổ trợ toàn bộ tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ 01/2023 đến 3/2025. Các trường hợp ung thư trực tràng được điều trị tân bổ trợ theo phát đồ hóa xạ trị 50,4Gy/28Fx kết hợp hóa chất capecitabine và hóa trị 4-6 chu kỳ hoặc phát đồ hóa trị 4-6 chu kỳ và hóa xạ trị 50,4Gy/28Fx kết hợp hóa chất capecitabine. Phẫu thuật TME được tiến hành sau đó 4-6 tuần.

Kết quả: Tổng số 60 bệnh nhân được điều trị tân bổ trợ toàn bộ và phẫu thuật cắt trực tràng. Sau điều trị TNT có 66,66% BN giảm giai đoạn u và 25% BN giảm giai đoạn hạch, 100% BN có đáp ứng trên giải phẫu bệnh sau mổ, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 16,67%. Tỷ lệ bảo tồn cơ thắt đạt 75%. Thời gian mổ trung bình 180 phút, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 10 ngày. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ 10 trường hợp, xì dò miệng nối 6 trường hợp,

Kết luận: Phẫu thuật cắt trực tràng trên bệnh nhân có tân bổ trợ toàn bộ là phẫu thuật an toàn hiệu quả, ít biến chứng nặng. Điều trị tân bổ trợ toàn bộ trước phẫu thuật cho tỷ lệ đáp ứng trên giải phẫu bệnh cao.

Từ khóa: Tân bổ trợ toàn bộ; ung thư trực tràng.

Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

*Chịu trách nhiệm chính: Cao Xuân Thạnh

Email: xuanthanhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày duyệt bài: 30/10/2025

EARLY OUTCOMES OF RECTAL RESECTION WITH TOTAL NEOADJUVANT THERAPY FOR TREATMENT OF RECTAL CANCER

ABSTRACT

Background: Short-term outcomes of rectal resection with total neoadjuvant therapy for treatment at Da Nang Oncology hospital.

Methods: Cross-sectional study, from 1/2023 to 3/2025, there were 60 malignant rectal cancer performed rectal resection with total neoadjuvant therapy at the Department of surgery 1 of Da Nang oncology hospital. 60 patients with s rectal cancer who received radiation therapy dose of 50.4Gy in combination with Capecitabine then added neoadjuvant chemotherapy or neoadjuvant chemotherapy then radiation therapy dose of 50.4Gy in combination with Capecitabine. Surgery with total mesorectal excision 4-6 weeks later.

Results: 60 malignant rectal cancer performed rectal resection with total neoadjuvant therapy. After TNT, there was 66.66% reduction in tumor stage and 25% reduction in lymph node stage, 100% of patients responded on pathology in which the complete response pathology (pCR) rate was 16.67 %; Overall sphincter prevention rate reached 75%. The average surgery time is 180 minutes, the average hospitalization time is 10 days. Complications were surgical wound infection (10 cases), anastomotic leak (6 cases).

Conclusion: Rectal resection with total neoadjuvant therapy surgery initially shows feasibility and few serious complications. Total neoadjuvant therapy resulted in high rates of tumor and lymph node downstaging.

Keywords: Total neoadjuvant therapy; rectal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2022, thống kê tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN thì ung thư đại trực tràng là loại ung thư phổ biến đứng hàng thứ tư. Tại Việt Nam, có 18.636 trường hợp (TH) mới mắc và có 8.454 người tử vong do UTĐTT. Điều trị ung thư nói chung và điều trị ung thư đại trực tràng nói riêng là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật là quan trọng. Tỷ lệ ung thư trực tràng giai đoạn tiến xa tại chỗ tại vùng (T3-4, N+) ở các nước phát triển chiếm 5-10% số bệnh nhân được chẩn đoán mới. Trong 15 năm qua, mô hình điều trị tiêu chuẩn đối với nhóm bệnh nhân này bao gồm điều trị xạ trị tân hỗ trợ hoặc kết hợp hóa xạ

trị đồng thời, theo sau đó là phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng và hóa trị hỗ trợ sau đó. Mục tiêu của điều trị tiền phẫu là giảm giai đoạn, thu nhỏ khối u và cải thiện kiểm soát bệnh tại chỗ, tuy nhiên thất bại điều trị do di căn xa là một vấn đề chưa cải thiện được. Một vài năm trở lại đây, mô hình điều trị tân hỗ trợ toàn bộ đang trở nên ngày càng phổ biến như một phác đồ điều trị đa mô thức mới nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị tiền phẫu bằng cách sử dụng cả hóa xạ trị kèm hóa trị trước khi phẫu thuật, thay thế cho mô hình điều trị truyền thống là hóa xạ trị tiền phẫu, phẫu thuật và hóa trị bổ túc [1], [2]. Những chiến lược điều trị tân hỗ trợ toàn bộ này có sự khác nhau về

trình tự các phương pháp điều trị nhưng có một điểm chung là đưa phẫu thuật trở thành điều trị sau cùng. Các nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng về điều trị tân bổ trợ toàn bộ gần đây đã cho thấy những kết quả tốt và có nhiều hứa hẹn như cải thiện sống còn không bệnh, tăng tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn mô học, tăng tỉ lệ bệnh nhân hoàn tất phác đồ điều trị so với mô hình điều trị truyền thống [8], [9]. Về điều trị tân bổ trợ toàn bộ, bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng đã bắt đầu áp dụng từ đầu năm 2023 và bước đầu đã đạt được một số kết quả nhất định. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Kết quả sớm phẫu thuật cắt trực tràng có tân bổ trợ toàn bộ trong điều trị ung thư trực tràng” nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tỷ lệ đáp ứng, phát đồ tân bổ trợ, kết quả sớm của phẫu thuật cắt trực tràng điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện ở 60 bệnh nhân ung thư trực tràng điều trị tân bổ trợ toàn bộ sau đó phẫu thuật tại khoa Ngoại 1, Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ 01/2023 đến 3/2025. Hội đồng khoa học bệnh viện đã phê duyệt nghiên cứu và tất cả bệnh nhân đồng ý với phác đồ điều trị.

Xử lý số liệu theo các phương pháp thống kê y học với phần mềm Excel 2010 và SPSS 22.0. Giá trị $p < 0,05$ được chọn là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ ngày 01/2023 đến 3/2025 có 60 bệnh nhân phẫu thuật ung thư trực tràng có chương trình có tân bổ trợ toàn bộ. Có 38 bệnh nhân nam và 22 bệnh nhân nữ, với độ tuổi trung bình ở nam giới là $62,33 \pm 11,31$ và ở nữ giới là $58,07 \pm 10,69$. Có 12 trường hợp (TH) (20%) được đánh giá suy dinh dưỡng trước phẫu thuật, tất cả đều được can thiệp

dinh dưỡng, 45 trường hợp được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trước mổ.

Bảng 1. MRI chậu có thuốc

MRF(+)	25(41,67%)
EMVI/N2(+)	35(58,33%)

Có 5 ca có hình ảnh di căn gan trên CT bụng, 2 ca di căn phổi trên CT ngực có thuốc sau tân bổ trợ TNT.

Bảng 2. Chiến lược điều trị tân bổ trợ toàn bộ

Hóa xạ - Hóa trị	25(41,67%)
Hóa trị - Hóa xạ	35(58,33%)

Bảng 3. Đánh giá đáp ứng khối u sau tân bổ trợ trước mổ trên MRI(mrTRG) và nội soi

Đáp ứng hoàn toàn	10(16,67%)
Đáp ứng tốt	10(16,67%)
Đáp ứng vừa	20(33,33%)
Đáp ứng kém	15(25%)
Không đáp ứng	5(8,33%)

Bảng 4. Mức độ phẫu thuật

Cắt trực tràng	53(88,33%)
Cắt trực tràng + cắt tạng di căn 1 thì	3(5%)
Cắt trực tràng + cắt tạng di căn thì 2	4(6,67%)

Bảng 5. Phương pháp phẫu thuật, tỷ lệ bảo tồn cơ thắt, đưa hồi tràng ra da

Phẫu thuật nội soi (trước thấp/Miles)	52(86,67%)
Chuyển mổ mở	5(8,33)
Mổ mở	3(5%)
Bảo tồn cơ thắt	45(75%)
Đưa hồi tràng ra da	35(58,33%)

Bảng 6. Các biến chứng sau mổ

Nhiễm trùng vết mổ	10(16,67)
Chảy máu	0%
Xì dò miệng nối, thủng ruột	6(10%)
Dò bạch mạch	0%
Viêm phổi	3(5%)

Bảng 7. Giải phẫu bệnh sau mổ, đáp ứng sau mổ trên GPB

Số hạch thu được TB	13,34(12-17)
Số hạch di căn TB	2,45(0-7)
Carcinoma tuyến	100%
T0	10(16,67%)
T1	15(25%)
T2	15(25%)
T3	7(11,66%)
T4a	10(16,67%)
T4b	3(5%)
Đáp ứng hoàn toàn(T0N0)	10(16,67%)
CRM(-)	56(93,33%)

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm khối u trên MRI chậu có thuốc

Trong quy trình điều trị ung thư trực tràng, các bệnh nhân đều được chụp MRI tiểu khung để đánh giá mức độ xâm lấn của khối u cũng như hình ảnh hạch di căn. Bên cạnh đánh giá giai đoạn bệnh theo TNM, nhờ vào sự tiến bộ trong hiểu biết về sự tiến triển và con đường di căn của UTRT, các chỉ điểm mới trên chẩn đoán hình ảnh của UTRT như EMVI, CRM/MRF, hạch di căn đã bắt đầu được ghi nhận. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 25 bệnh nhân có MRF(+), 35 bệnh nhân có EMVI/N2(+). Một số nghiên cứu về phác đồ tân bổ trợ toàn bộ cũng ghi nhận các

đặc điểm hình ảnh học này như nghiên cứu của Võ Đức Hiếu nhận thấy có ít nhất 37,7% số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có MRF (+), 24,5% số bệnh nhân có EMVI (+) [2]. Nghiên cứu RAPI-DO ghi nhận số trường hợp MRF (+) rất cao bệnh nhân tham gia nghiên cứu lên tới 61%, 29,9% số bệnh nhân có EMVI (+) và 14,8% số bệnh nhân có hạch chậu hông [3].

4.2. Phác đồ điều trị tân bổ trợ toàn bộ

Nghiên cứu của chúng tôi tiếp cận phác đồ TNT theo cả hai hướng bao gồm hóa xạ trị tiền phẫu kèm hóa trị hoặc ngược lại. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 25 bệnh nhân được hóa xạ trị tiền phẫu trước khi hóa trị tân bổ trợ và 35 bệnh nhân được hóa trị tân bổ trợ trước hóa xạ trị tiền phẫu. Phác đồ hóa xạ trị tiền phẫu được chúng tôi lựa chọn đều là xạ trị vùng chậu 50,4Gy/28Fx kết hợp hóa trị Capecitabine đường uống. Phác đồ hóa trị tân bổ trợ được sử dụng là mFOLFOX6 hoặc CAPEOX. Việc lựa chọn bắt đầu với hóa trị hay hóa xạ trị vẫn chưa được thống nhất giữa các hướng dẫn điều trị vì các nghiên cứu khác nhau đưa ra các quan điểm khác nhau trong phác đồ tân bổ trợ toàn bộ[5]. Nghiên cứu CAO/ARO/AIO-12 so sánh hai sự lựa chọn trên chỉ ra rằng nếu chúng ta khởi trị với hóa xạ trị có thể làm tăng tỉ lệ đáp ứng mô bệnh học toàn bộ, tuy nhiên lại làm giảm tỉ lệ hoàn thành phác đồ hóa trị sau đó [4], [6]. Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn bệnh nhân dựa trên các đánh giá về MRF, CRM, EMVI và hạch lâm sàng, từ đó lựa chọn phác đồ hóa xạ trị, hóa xạ trị cùng số chu kì phù hợp.

Đánh giá đáp ứng tân bổ trợ toàn bộ trước mổ/sau mổ dựa trên nội soi, MRI chậu và giải phẫu bệnh.

Trên mô bệnh học sau phẫu thuật chúng tôi ghi nhận 10 trường hợp khối u đáp ứng hoàn toàn, không còn tìm thấy tế bào u trên bệnh phẩm mô bệnh học. Đánh giá giải phẫu bệnh sau mổ[8],[7], có 10 bệnh nhân đạt đáp ứng toàn bộ, 45 bệnh

nhân đáp ứng một phần, 5 bệnh nhân bệnh ổn định. Ngoài ra, có 7 bệnh nhân tiến triển di căn gan hoặc phổi sau tân bổ trợ toàn bộ, ở nhóm bệnh nhân này chúng tôi vẫn đặc mục tiêu điều trị triệt để bằng phẫu thuật cắt nốt di căn.

4.3. Mức độ phẫu thuật

53 ca được phẫu thuật cắt trực tràng nạo vét hạch triệt để, 3 ca được phẫu thuật cắt trực tràng nạo hạch kèm cắt tổn thương gan di căn trong một thì phẫu thuật, 2 ca phẫu thuật cắt gan ở thì 2, 2 ca cắt nốt phổi di căn ở thì 2 sau phẫu thuật cắt trực tràng. Trong bệnh cảnh ung thư trực tràng có di căn, việc lựa chọn phẫu thuật giải quyết nốt di căn trong một thì hoặc thì hai phụ thuộc thể trạng, tính chất nốt di căn, mức độ nặng nề của cuộc phẫu thuật, giải quyết triệt để tại chỗ tại vùng và kiểm soát di căn xa [9].

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt trực tràng kèm nạo vét hạch trên bệnh nhân có tân bổ trợ toàn bộ là phẫu thuật an toàn hiệu quả, ít biến chứng nặng. Điều trị tân bổ trợ toàn bộ trước phẫu thuật cho tỷ lệ đáp ứng trên giải phẫu bệnh cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Nguyễn Thị Hà và cộng sự, 2023, “Kết quả bước đầu của điều trị tân bổ trợ toàn diện trước phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II, III tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108”. *Tạp chí Y Dược Lâm sàng* 108, 18.
- [2]. Võ Đức Hiếu và cộng sự, 2024, “Hiệu quả của hóa xạ trị đồng thời tiêu chuẩn trước mổ ở bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II - III”. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế* Tập 16, 5.
- [3]. R. R. Bahadoer et al R. C. Investigators 2021. “Short-course radiotherapy followed by chemotherapy before total mesorectal excision (TME) versus preoperative chemoradiotherapy, TME, and optional adjuvant chemotherapy in locally advanced rectal cancer (RAPIDO): a randomised, open-label, phase 3 trial”. *Lancet Oncol*, 22, 29-42.
- [4]. Liersch, S. Merkel et al 2012. “Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for locally advanced rectal cancer: results of the German CAO/ARO/AIO-94 randomized phase III trial after a median follow-up of 11 years”. *J Clin Oncol*, 30, 1926-33.
- [5]. D. Sebag-Montefiore et al 2019. “Preoperative radiotherapy versus selective postoperative chemoradiotherapy in patients with rectal cancer (MRC CR07 and NCIC-CTG C016): a multicentre, randomised trial”. *Lancet*, 373, 811-20.
- [6]. M. R. S. Siddiqui et al 2017. “A meta-analysis comparing the risk of metastases in patients with rectal cancer and MRI-detected extramural vascular invasion (mrEMVI) vs mrEMVI-negative cases”. *Br J Cancer*, 116, 1513-1519.
- [7]. J.J.Smith et al C. Rectal Cancer 2015. “Organ Preservation in Rectal Adenocarcinoma: a phase II randomized controlled trial evaluating 3-year disease-free survival in patients with locally advanced rectal cancer treated with chemoradiation plus induction or consolidation chemotherapy, and total mesorectal excision or nonoperative management”. *BMC Cancer*, 15, 767.

- [8]. R. M. Soetikno et al, 2008. "Prevalence of nonpolypoid (flat and depressed) colorectal neoplasms in asymptomatic and symptomatic adults". *JAMA*, 299, 1027-35.
- [9]. F. G. Taylor et al M. S. Group 2021. "Preoperative high-resolution magnetic resonance imaging can identify good prognosis stage I, II, and III rectal cancer best managed by surgery alone: a prospective, multicenter, European study". *Ann Surg*, 253, 711-9.
- [10]. Y. T. Van Der Schouw et al, 1992. "Comparison of four serum tumour markers in the diagnosis of colorectal carcinoma". *Br J Cancer*, 66, 148-54.
- [11]. H. Zhang et al, 2022. "Active surveillance in long period of total neoadjuvant therapy in rectal cancer: Early prediction of poor regression response". *Front Oncol*, 12, 1049228.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG DƯỚI 50 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Phong Lan*, Trịnh Thị Cơ, Nguyễn Tiến Thịnh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát chất lượng cuộc sống (CLCS) và tìm hiểu các yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư đại trực tràng (NB UTĐTT) dưới 50 tuổi sau khi điều trị tại Bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang lựa chọn 55 NB UTĐTT dưới 50 tuổi sau khi điều trị và đang tái khám định kỳ tại Bệnh viện K từ tháng 4 đến tháng 7 năm 2025. Người tham gia hoàn thành bộ câu hỏi đánh giá CLCS QLQ-C30 và QLQ-CR29. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS với mức ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$.

Kết quả: Điểm sức khỏe tổng quát trung bình là $64,55 \pm 8,37$. Chức năng nhận thức đạt điểm cao nhất ($96,06 \pm 11,09$) và chức năng cảm xúc có điểm thấp nhất ($58,48 \pm 17,38$). Các triệu chứng thường gặp sau điều trị bao gồm mất ngủ, chán ăn và rối loạn đại - tiểu tiện. Điểm lĩnh vực chức năng có xu hướng tăng ở nhóm NB lớn tuổi hơn, nam giới và không có hậu môn nhân tạo. Ngược lại, điểm lĩnh vực triệu chứng có xu hướng tăng ở nữ giới, trình độ học vấn thấp, có trị liệu trước hoặc sau phẫu thuật, có hậu môn nhân tạo và được phẫu thuật mở.

Kết luận: CLCS của NB UTĐTT dưới 50 tuổi sau điều trị ở mức trung bình, với các triệu chứng đáng lưu ý. Do đó, chăm sóc sau điều trị cần được chú trọng theo hướng quản lý triệu chứng toàn diện, tăng cường phục hồi chức năng và hỗ trợ tâm lý thường xuyên.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống; người bệnh; ung thư đại trực tràng.

QUALITY OF LIFE AMONG COLORECTAL CANCER PATIENTS UNDER 50 YEARS OLD AT K HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: To assess quality of life (QoL) and explore related factors among colorectal cancer (CRC) patients under 50 years old after treatment at K hospital.

Bệnh viện K

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phong Lan

Email: phonglanbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày duyệt bài: 30/10/2025

Patients & Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted among 55 CRC patients under 50 years old who had completed treatment and were attending follow-up visits at K Hospital from April to July 2025. Participants completed QLQ-C30 and QLQ-CR29 questionnaires. Data were analyzed using SPSS software, with a statistical significance level set at $p < 0.05$.

Results: The mean global health status score was 64.55 ± 8.37 . Cognitive functioning had the highest score (96.06 ± 11.09), while emotional functioning had the lowest score (58.48 ± 17.38). Common post-treatment symptoms included insomnia, loss of appetite, and bowel and urinary dysfunction. Functional domain scores tended to be higher among older patients, males, and without a stoma. Conversely, symptom domain scores tended to be higher among females, low education levels, receipt neoadjuvant or adjuvant therapy, with a stoma, and underwent open surgery.

Conclusions: QoL of CRC patients under 50 years old after treatment was at a moderate level, with several notable symptoms. Therefore, post-treatment care should focus on comprehensive symptom management, enhanced functional rehabilitation, and regular psychological support.

Keywords: colorectal cancer; patients; quality of life.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) đã trở nên phổ biến trên toàn cầu và có xu hướng gia tăng đáng kể ở nhóm dưới 50 tuổi. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc UTĐTT ở nhóm tuổi này tăng trung bình hơn 7% mỗi năm trong ba thập kỷ qua [1]. Mặc dù các tiến bộ điều trị đã cải thiện đáng kể tỷ lệ sống sót, người bệnh (NB) UTĐTT dưới 50 tuổi vẫn phải đối mặt với nhiều thách thức sau điều trị. Bên cạnh các tác dụng phụ kéo dài, NB UTĐTT còn đối diện với các vấn đề về chức năng tình dục, khả năng sinh sản, duy trì sự nghiệp và ổn định thu nhập [2], [3].

Chất lượng cuộc sống (CLCS) của NB UTĐTT dưới 50 tuổi thường suy giảm đáng kể sau xuất viện do chịu nhiều tác dụng phụ từ các phương pháp điều trị, làm chậm quá trình hồi phục và ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày. Nhóm NB UTĐTT dưới 50 tuổi ghi nhận mức suy giảm CLCS cao hơn so với nhóm trên 50 tuổi, đặc biệt trong các khía cạnh về công việc và gánh nặng kinh tế, do họ thường đang ở giai đoạn hoạt động nghề nghiệp và chịu trách nhiệm cao về tài chính [4]. Tại Việt Nam, hầu hết các nghiên cứu về CLCS ở NB UTĐTT được thực hiện trên nhiều nhóm tuổi và các thời điểm khác nhau, nhưng

CLCS sau khi điều trị ở nhóm NB UTĐTT dưới 50 tuổi vẫn chưa được khám phá.

Bệnh viện K là cơ sở chuyên khoa ung thư hàng đầu của Việt Nam, đảm nhiệm đồng thời các nhiệm vụ phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị. Công tác khám và điều trị UTĐTT được triển khai thường quy tại các chuyên khoa tiêu hoá của bệnh viện, bảo đảm quy trình chăm sóc toàn diện. Sau khi hoàn thành phác đồ điều trị, NB UTĐTT được tiếp tục theo dõi, quản lý và tái khám định kỳ tại khoa khám bệnh nhằm đánh giá đáp ứng điều trị và phát hiện nguy cơ tái phát. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm (1) khảo sát CLCS của NB UTĐTT dưới 50 tuổi sau khi điều trị và (2) tìm hiểu các yếu tố liên quan đến CLCS của NB UTĐTT dưới 50 tuổi sau khi điều trị tại Bệnh viện K.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là NB UTĐTT dưới 50 tuổi đang tái khám tại Khoa khám bệnh cơ sở Tân Triều, Bệnh viện K từ tháng 4 đến tháng 7/2025, với các tiêu chuẩn cụ thể sau:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB từ 18 đến dưới 50 tuổi, đã được chẩn đoán xác định là UTĐTT, đang trong quá trình tái khám định kỳ tại Khoa khám bệnh trong khoảng 5 năm từ khi kết thúc điều trị, và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB UTĐTT giai đoạn IV, UTĐTT tái phát, mắc các loại ung thư khác, suy giảm nhận thức, hoặc có tiền sử bệnh tâm thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

- Phương pháp lấy mẫu thuận tiện: lựa chọn toàn bộ NB phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian thu thập số liệu.

- Công cụ nghiên cứu: sử dụng hai bộ câu hỏi đánh giá CLCS gồm QLQ-C30 cho NB ung thư và QLQ-CR29 cho NB UTĐTT. QLQ-C30 gồm 30 câu đánh giá sức khỏe tổng quát, chức năng, triệu chứng và khó khăn tài chính. QLQ-CR29 gồm 29 câu đánh giá lĩnh vực triệu chứng và chức năng. Người tham gia trả lời theo thang 4 mức từ 1 (không có) đến 4 (rất nhiều); riêng câu 29-30 theo thang từ 1 (rất kém) đến 7 (tuyệt vời). Câu 48 trả lời có/không; các câu 49-54 khác nhau tùy tình trạng hậu môn nhân tạo và câu 55 chỉ áp dụng cho người có hậu môn nhân tạo. Các câu trả lời được quy đổi về thang 0-100 cho từng lĩnh vực. Điểm cao ở lĩnh vực chức năng và sức khỏe tổng quát phản ánh CLCS tốt, trong khi điểm cao ở lĩnh vực triệu chứng cho thấy CLCS kém [5], [6].

- Thu thập số liệu: các thông tin nhân khẩu học và bệnh lý của NB được thu thập từ hồ sơ bệnh án, kiểm tra lại thông tin trực tiếp từ NB. Sau đó, NB hoàn thành bộ câu hỏi đánh giá CLCS dưới hướng dẫn của nghiên cứu viên.

- Phân tích số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 25. Phân tích mô tả được thực hiện đối với tất cả các biến số với tần số (tỉ lệ phần trăm) hoặc giá trị trung bình (độ lệch chuẩn). CLCS được mô tả bằng giá trị trung bình theo thang điểm từ 0-100 và độ lệch chuẩn. Các yếu tố liên quan được phân tích bởi kiểm định Mann - Whitney, Kruskal - Wallis, hoặc tương quan Spearman do các biến có phân bố không chuẩn. Mức ý nghĩa thống kê được thiết lập là $p < 0,05$.

- Vấn đề đạo đức: đề cương nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng khoa học của Bệnh viện K. Tất cả NB đều tự nguyện ký vào phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu này không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của người tham gia. Mọi thông tin của NB đều được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của người tham gia nghiên cứu

Tổng cộng có 55 NB đồng ý tham gia và hoàn thành bộ câu hỏi nghiên cứu. Bảng 1 mô tả đặc điểm của người tham gia. Độ tuổi trung bình của người tham gia là $41,2 \pm 5,5$ tuổi, với tỷ lệ nam (49,1%) và nữ (50,9%) tương đương nhau. Phần lớn người tham gia có trình độ trung học (54,5%) và làm công nhân (63,6%). Đa số người tham gia được chẩn đoán ở giai đoạn II và III (cùng chiếm tỷ lệ 41,8%). Ung thư đại tràng chiếm 54,5%. Tỷ lệ người tham gia đã điều trị trước phẫu thuật là 9,1% và điều trị sau phẫu thuật là 50,9%. Phương pháp phẫu thuật mở chiếm ưu thế (72,7%) và 14,5% người tham gia có hậu môn nhân tạo. Thời gian trung bình từ khi kết thúc điều trị là $18,8 \pm 16,2$ tháng.

Bảng 1: Đặc điểm của người tham gia nghiên cứu (n=55)

Biến số		Tần số/Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Tỷ lệ %/phạm vi
Tuổi (năm)		41,2±5,5	30-49
Giới tính	Nam	27	49,1
	Nữ	28	50,9
Trình độ học vấn	Tiểu học	3	5,5
	Trung học	30	54,5
	Phổ thông	10	18,2
	Trung cấp/cao đẳng	6	10,9
	Đại học trở lên	6	10,9
Nghề nghiệp	Công nhân	35	63,6
	Nông dân	12	21,8
	Viên chức	8	14,5
Giai đoạn ung thư	Giai đoạn I	9	16,4
	Giai đoạn II	23	41,8
	Giai đoạn III	23	41,8
Vị trí khối u	Đại tràng	30	54,5
	Trực tràng	25	45,5
Trị liệu trước phẫu thuật	Không	50	90,9
	Có	5	9,1
Trị liệu sau phẫu thuật	Không	27	49,1
	Có	28	50,9
Phương pháp phẫu thuật	Phẫu thuật mở	40	72,7
	Phẫu thuật nội soi	15	27,3
Hậu môn nhân tạo	Không	47	85,5
	Có	8	14,5
Thời gian từ khi kết thúc điều trị (tháng)		18,8±16,2	0-59

3.2. Chất lượng cuộc sống của người tham gia nghiên cứu

Bảng 2 mô tả CLCS của người tham gia theo QLQ-C30. Điểm sức khỏe tổng quát ở mức trung bình ($64,55 \pm 8,37$). Điểm lĩnh vực chức năng là $77,49 \pm 9,01$; với điểm chức năng nhận thức

($96,06 \pm 11,09$) ở mức cao nhất và chức năng cảm xúc ở mức thấp nhất ($58,48 \pm 17,38$). Mất ngủ ($33,33 \pm 26,45$) và chán ăn ($20,61 \pm 26,05$) là những triệu chứng nổi bật nhất. Người tham gia gặp khó khăn về tài chính với điểm trung bình là $30,91 \pm 21,14$.

Bảng 2: Chất lượng cuộc sống của người tham gia theo QLQ-C30 (n=55)

Biến số	Mục	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn
Sức khỏe tổng quát	29, 30	$64,55 \pm 8,37$
Lĩnh vực chức năng		$77,49 \pm 9,01$
Thể chất	1-5	$93,94 \pm 10,29$
Vai trò	6,7	$63,64 \pm 15,08$
Cảm xúc	21-24	$58,48 \pm 17,38$
Nhận thức	20, 25	$96,06 \pm 11,09$
Xã hội	26, 27	$69,70 \pm 17,88$
Lĩnh vực triệu chứng		$11,70 \pm 8,78$
Mệt mỏi	10, 12, 18	$10,71 \pm 18,14$
Buồn nôn, nôn	14, 15	$1,82 \pm 6,15$
Đau	9, 19	$3,94 \pm 11,99$
Khó thở	8	$3,64 \pm 12,29$
Mất ngủ	11	$33,33 \pm 26,45$
Chán ăn	13	$20,61 \pm 26,05$
Táo bón	16	$11,52 \pm 20,51$
Tiêu chảy	17	$8,48 \pm 15,99$
Khó khăn tài chính	28	$30,91 \pm 21,14$

Bảng 3 trình bày CLCS của người tham gia theo QLQ-CR29. Điểm trung bình của lĩnh vực triệu chứng chung là $8,89 \pm 7,29$. Trong lĩnh vực triệu chứng, vấn đề về tiểu tiện là phổ biến nhất, bao gồm tần suất tiểu tiện ($33,03 \pm 12,21$), tiểu không tự chủ ($17,58 \pm 16,79$) và tiểu khó ($12,73 \pm 16,34$). Nhóm có hậu môn nhân tạo

(HMNT) báo cáo điểm triệu chứng trung bình ($23,96 \pm 9,84$) cao hơn đáng kể so với nhóm không có HMNT ($12,83 \pm 9,90$). Cả hai nhóm đều có triệu chứng phổ biến nhất là đại tiện không tự chủ và tần suất đại tiện. Lĩnh vực chức năng có điểm trung bình là $74,89 \pm 12,83$ với lo lắng về cân nặng có điểm cao nhất ($87,88 \pm 21,62$).

Bảng 3: Chất lượng cuộc sống của người tham gia theo QLQ-CR29 (n=55)

Biến số	Mục	Trung bình±Độ lệch chuẩn
Lĩnh vực triệu chứng chung		8,89±7,29
Tần suất tiểu tiện	31, 32	33,03±12,21
Tiểu tiện không tự chủ	33	17,58±16,79
Tiểu khó	34	12,73±16,34
Đau bụng	35	5,45±14,00
Đau hông/vùng chậu	36	4,24±11,21
Đầy hơi	37	2,42±8,74
Phân lẫn máu và nước nhầy	38, 39	6,67±12,67
Khô miệng	40	6,06±15,83
Rụng tóc	41	4,85±13,48
Vấn đề về vị giác	42	3,03±9,67
Bất lực khi giao hợp ở nam	57	1,23±6,42
Khó chịu khi giao hợp ở nữ	59	2,38±8,74
Triệu chứng nhóm có HMNT (n=8)		23,96±9,84
Hơi thoát ra không tự chủ	49	11,35±15,97
Phân ra không tự chủ	50	33,33±17,82
Đau da quanh hậu môn	51	20,83±24,80
Tần suất đại tiện	52, 53	35,42±16,52
Xấu hổ vì đeo túi HMNT	54	20,83±24,80
Vấn đề khi chăm sóc HMNT	55	29,17±21,36
Triệu chứng nhóm không HMNT (n=47)		12,83±9,90
Trung tiện không tự chủ	49	11,35±15,97
Đại tiện không tự chủ	50	17,02±16,19
Đau da quanh hậu môn	51	2,13±8,24
Tần suất đại tiện	52, 53	21,63±9,78
Xấu hổ vì đi đại tiện	54	12,06±16,19
Lĩnh vực chức năng		74,89±12,83

Biến số	Mục	Trung bình±Độ lệch chuẩn
Lo lắng về sức khỏe	43	59,39±16,59
Lo lắng về cân nặng	44	87,88±21,62
Hình ảnh cơ thể	45, 46, 47	66,87±17,17
Ham muốn tình dục ở nam	56	85,19±16,88
Ham muốn tình dục ở nữ	58	85,71±16,80

3.3. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống

Bảng 4 cho thấy một số yếu tố liên quan đến CLCS của người tham gia theo thang đo QLQ-C30 với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Cụ thể, điểm sức khỏe tổng quát có xu hướng giảm khi thời gian kể từ khi kết thúc điều trị tăng lên.

Trong lĩnh vực chức năng, điểm trung bình tăng theo tuổi; nam giới và NB không có HMNT có điểm chức năng cao hơn so với nữ giới và nhóm có HMNT. Ở lĩnh vực triệu chứng, nữ giới, trình độ trung học, trị liệu trước hoặc sau phẫu thuật và có HMNT ghi nhận điểm trung bình cao hơn các nhóm còn lại.

Bảng 4: Yếu tố liên quan đến CLCS của người tham gia theo QLQ-C30 (n=55)

Biến số	Trung bình±Độ lệch chuẩn			
	Sức khỏe tổng quát	Chức năng	Triệu chứng	Tài chính
Tuổi (năm)				
p (Spearman test)	0,325	0,035*	0,176	0,140
rho correlation	0,135	0,285	-0,185	-0,201
Giới tính				
Nam	65,43±5,52	80,16±8,31	8,64±6,25	25,93±21,35
Nữ	63,69±10,45	74,92±9,05	14,65±9,91	35,71±20,14
p (Mann-Whitney U test)	0,643	0,025*	0,014*	0,084
Trình độ học vấn				
Tiểu học	63,89±4,81	74,07±3,39	9,40±5,34	44,44±19,25
Trung học	63,33±7,45	76,59±8,53	13,59±9,55	35,56±19,44
Phổ thông	66,67±7,86	76,22±6,95	12,05±6,05	30,00±18,92
Trung cấp/cao đẳng	63,89±16,39	81,48±16,73	11,11±10,59	22,22±27,22
Đại học trở lên	68,06±3,40	81,85±5,15	3,42±2,65	11,11±17,21
p (Kruskal-Wallis H test)	0,282	0,255	0,042*	0,055

Biến số	Trung bình±Độ lệch chuẩn			
	Sức khỏe tổng quát	Chức năng	Triệu chứng	Tài chính
Nghề nghiệp				
Công nhân	64,29±8,94	77,40±9,59	12,60±9,21	31,43±21,30
Nông dân	66,67±7,25	77,78±5,61	12,18±6,00	36,11±17,16
Viên chức	62,50±11,79	77,50±11,42	7,05±9,86	20,83±24,80
p (Kruskal-Wallis H test)	0,367	0,853	0,073	0,256
Giai đoạn ung thư				
Giai đoạn I	66,67±4,17	77,78±7,62	7,69±7,02	25,93±22,22
Giai đoạn II	65,22±7,81	78,94±9,84	11,04±9,13	27,54±21,68
Giai đoạn III	63,04±9,99	75,94±8,75	13,94±8,71	36,23±19,88
p (Kruskal-Wallis H test)	0,551	0,502	0,089	0,274
Vị trí khối u				
Đại tràng	65,56±5,68	77,63±9,48	10,34±8,71	30,00±22,06
Trực tràng	63,33±10,76	73,33±8,61	13,33±8,76	32,00±20,37
p (Mann-Whitney U test)	0,501	0,905	0,156	0,714
Trị liệu trước phẫu thuật				
Không	65,00±7,34	78,00±9,08	10,71±8,10	29,33±20,91
Có	60,00±16,03	72,44±7,13	21,54±10,19	46,67±18,26
p (Mann-Whitney U test)	0,282	0,135	0,011*	0,135
Trị liệu sau phẫu thuật				
Không	66,05±5,13	79,84±7,49	7,69±5,59	25,93±19,25
Có	63,09±10,49	75,24±9,88	15,57±9,62	35,71±22,09
p (Mann-Whitney U test)	0,327	0,128	0,001*	0,091
Phương pháp phẫu thuật				
Phẫu thuật mở	61,67±8,79	75,85±9,46	14,36±11,58	30,83±21,86
Phẫu thuật nội soi	65,63±8,05	78,11±8,88	10,71±7,41	31,11±19,79
p (Mann-Whitney U test)	0,108	0,635	0,401	0,948
Hậu môn nhân tạo				

Biến số	Trung bình±Độ lệch chuẩn			
	Sức khỏe tổng quát	Chức năng	Triệu chứng	Tài chính
Không	65,07±6,42	78,58±8,38	10,37±7,58	29,08±20,40
Có	61,46±16,02	71,11±10,49	19,55±11,62	41,67±23,57
p (Mann-Whitney U test)	0,916	0,045*	0,014*	0,189
Thời gian từ khi kết thúc điều trị (tháng)				
p (Spearman test)	0,020*	0,917	0,871	0,158
rho correlation	-0,313	-0,014	-0,022	0,193

Bảng 5 cho thấy một số yếu tố liên quan đến CLCS của người tham gia theo thang đo QLQ-CR29 với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Cụ thể, điểm lĩnh vực triệu chứng chung

ở nhóm phẫu thuật mở cao hơn so với nhóm phẫu thuật nội soi. Ở lĩnh vực chức năng, điểm trung bình tăng theo tuổi; trị liệu trước phẫu thuật và có HMNT ghi nhận điểm trung bình thấp hơn các nhóm còn lại.

Bảng 5: Yếu tố liên quan đến CLCS của người tham gia theo QLQ-CR29 (n=55)

Biến số	Trung bình±Độ lệch chuẩn	
	Triệu chứng chung	Chức năng
Tuổi (năm)		
p (Spearman test)	0,644	0,003*
rho correlation	-0,064	0,388
Giới tính		
Nam	7,35±5,04	78,19±11,57
Nữ	10,39±8,79	71,73±13,38
p (Mann-Whitney U test)	0,184	0,088
Trình độ học vấn		
Tiểu học	6,06±3,03	76,85±6,42
Trung học	10,00±8,99	74,91±12,83
Phổ thông	9,85±3,86	70,56±14,42
Trung cấp/cao đẳng	4,29±2,94	78,24±16,98
Đại học trở lên	7,83±5,12	77,78±8,96
p (Kruskal-Wallis H test)	0,263	0,810

Biến số	Trung bình±Độ lệch chuẩn	
	Triệu chứng chung	Chức năng
Nghề nghiệp		
Công nhân	9,09±8,07	74,68±14,05
Nông dân	10,35±6,71	75,23±10,29
Viên chức	5,87±3,08	75,35±12,01
p (Kruskal-Wallis H test)	0,360	0,981
Giai đoạn ung thư		
Giai đoạn I	8,59±3,63	74,07±11,19
Giai đoạn II	9,75±9,17	78,26±12,27
Giai đoạn III	8,17±6,36	71,86±13,64
p (Kruskal-Wallis H test)	0,755	0,213
Vị trí khối u		
Đại tràng	8,79±8,11	76,11±12,13
Trực tràng	9,03±6,33	73,44±13,73
p (Mann-Whitney U test)	0,616	0,622
Trị liệu trước phẫu thuật		
Không	8,82±7,15	76,17±11,95
Có	9,70±9,56	62,22±15,91
p (Mann-Whitney U test)	0,876	0,046*
Trị liệu sau phẫu thuật		
Không	7,13±4,05	78,29±9,59
Có	10,61±9,19	71,63±14,76
p (Mann-Whitney U test)	0,275	0,165
Phương pháp phẫu thuật		
Phẫu thuật mở	13,23±10,32	72,41±14,79
Phẫu thuật nội soi	7,27±5,56	75,83±12,09
p (Mann-Whitney U test)	0,021*	0,531
Hậu môn nhân tạo		
Không	8,41±7,08	76,42±11,99

Biến số	Trung bình±Độ lệch chuẩn	
	Triệu chứng chung	Chức năng
Có	11,74±8,41	65,97±14,75
p (Mann-Whitney U test)	0,294	0,048*
Thời gian từ khi kết thúc điều trị (tháng)		
p (Spearman test)	0,596	0,784
rho correlation	-0,073	0,038

4. BÀN LUẬN

4.1. Chất lượng cuộc sống của người tham gia nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu này cho thấy CLCS của NB UTĐTT dưới 50 tuổi ở mức khá. Mặc dù các nghiên cứu trước đây ghi nhận nhóm NB trẻ tuổi thường có CLCS tốt hơn trong giai đoạn điều trị, kết quả nghiên cứu này chỉ ra rằng sau điều trị họ vẫn phải đối mặt với nhiều vấn đề thể chất và tâm lý kéo dài, cho thấy lợi thế “trẻ tuổi” không đảm bảo sự phục hồi hoàn toàn về CLCS. Ngoài ra, mức điểm khó khăn tài chính phản ánh áp lực kinh tế vẫn là yếu tố quan trọng làm suy giảm CLCS, đặc biệt trong bối cảnh NB trẻ tuổi thường đang ở giai đoạn ổn định nghề nghiệp và có trách nhiệm tài chính cao [4]. Những phát hiện này không chỉ củng cố nhận định rằng CLCS sau điều trị chịu tác động đa chiều từ chức năng cơ thể, triệu chứng, tâm lý đến điều kiện kinh tế - xã hội mà còn nhấn mạnh sự cần thiết của các chương trình hỗ trợ toàn diện, bao gồm quản lý triệu chứng mạn tính, phục hồi chức năng và hỗ trợ tái hòa nhập cho NB UTĐTT dưới 50 tuổi.

Nghiên cứu này cho thấy vấn đề cảm xúc là một trong những khía cạnh nổi bật ở NB UTĐTT dưới 50 tuổi sau khi kết thúc điều trị. Cụ thể, chức năng cảm xúc ghi nhận điểm trung bình thấp nhất, phản ánh mức độ khó khăn đáng kể trong quản lý cảm xúc của nhóm này. Kết quả này nhất quán với các nghiên cứu trước đây, cho thấy NB UTĐTT

trẻ tuổi thường gặp phải lo âu, trầm cảm và áp lực xã hội cao hơn so với nhóm NB lớn tuổi, từ đó tác động tiêu cực đến cả sức khỏe thể chất và tinh thần [7]. Ngoài ra, sau khi kết thúc điều trị, NB thường ít có cơ hội tiếp xúc thường xuyên với nhân viên y tế và các nguồn hỗ trợ chuyên môn, dẫn đến cảm giác cô lập, thiếu định hướng trong việc thích ứng với những thay đổi về sức khỏe và lối sống [8]. Những yếu tố này nhấn mạnh nhu cầu cấp thiết về việc triển khai các chương trình tư vấn và hỗ trợ tâm lý toàn diện, liên tục sau điều trị, nhằm không chỉ cải thiện chức năng cảm xúc mà còn nâng cao CLCS tổng thể của NB UTĐTT dưới 50 tuổi. Đồng thời, việc tích hợp mạng lưới hỗ trợ xã hội và giáo dục sức khỏe tâm lý có thể giúp NB xây dựng chiến lược đối phó hiệu quả, giảm nguy cơ biến chứng tâm lý lâu dài.

Trong nghiên cứu này, NB báo cáo các triệu chứng phổ biến còn tồn tại sau điều trị bao gồm mất ngủ, chán ăn và rối loạn đại tiểu tiện. Những vấn đề này thường gặp ở NB UTĐTT do ảnh hưởng của bệnh lý và các phương pháp điều trị như phẫu thuật, hóa trị hoặc xạ trị [9], [10]. Đáng chú ý, nhóm NB có HMNT ghi nhận điểm triệu chứng cao hơn, cho thấy gánh nặng triệu chứng và mức độ phức tạp về sức khỏe sau điều trị ở nhóm này lớn hơn so với nhóm không có HMNT. Hơn nữa, NB còn gặp khó khăn trong việc chăm sóc HMNT, phản ánh nhu cầu cấp thiết về hỗ trợ, giáo dục và hướng dẫn liên tục từ nhân viên y tế để nâng cao khả năng tự chăm sóc và giảm nguy cơ biến chứng. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan

trọng của một mô hình chăm sóc toàn diện, tập trung vào kiểm soát triệu chứng và hỗ trợ kỹ năng tự quản lý lâu dài.

4.2. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống

Các đặc điểm nhân khẩu học có mối liên quan đáng kể đến CLCS của NB, bao gồm tuổi, giới tính và trình độ học vấn. Cụ thể, tuổi càng tăng thì điểm lĩnh vực chức năng càng cao, cho thấy khả năng thích ứng và hồi phục chức năng thể chất-tâm lý khác nhau theo độ tuổi. Nam giới có điểm chức năng cao hơn và điểm triệu chứng thấp hơn so với nữ giới, gợi ý rằng nam giới có khả năng đối phó tốt hơn với các hậu quả sau điều trị hoặc có cảm nhận tích cực hơn về sức khỏe. Về trình độ học vấn, nhóm có trình độ trung học ghi nhận nhiều triệu chứng nhất, trong khi nhóm có trình độ đại học trở lên có ít triệu chứng nhất, cho thấy khả năng hiểu biết về kỹ năng tự chăm sóc có thể góp phần cải thiện CLCS.

Các đặc điểm bệnh lý cũng có tác động đáng kể đến CLCS của NB, bao gồm thời gian từ khi kết thúc điều trị, tình trạng hậu môn nhân tạo, trị liệu trước hoặc sau phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật. Cụ thể, thời gian kể từ khi kết thúc điều trị càng dài thì điểm sức khỏe tổng quát có xu hướng giảm, cho thấy ảnh hưởng dai dẳng của bệnh và điều trị đến sức khỏe thể chất cũng như tinh thần của NB. Tình trạng có HMNT được ghi nhận là yếu tố làm giảm điểm chức năng và làm tăng điểm triệu chứng, phản ánh tác động tiêu cực của thay đổi giải phẫu và sinh lý lên sinh hoạt hàng ngày và tâm lý NB. Bên cạnh đó, NB được trị liệu bổ trợ trước hoặc sau phẫu thuật có điểm chức năng thấp hơn và điểm triệu chứng cao hơn so với nhóm không điều trị bổ trợ, gợi ý rằng các biện pháp điều trị này, dù mang lại lợi ích về mặt kiểm soát bệnh, vẫn có thể ảnh hưởng bất lợi đến

CLCS. Ngoài ra, NB được phẫu thuật mở có điểm triệu chứng cao hơn so với nhóm phẫu thuật nội soi, cho thấy lợi thế của các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu trong việc giảm nhẹ triệu chứng và cải thiện CLCS của NB sau điều trị.

4.3. Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu

Trong phạm vi hiểu biết của chúng tôi, đây là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam đánh giá CLCS của NB UTĐTT dưới 50 tuổi tại thời điểm sau khi điều trị. Nghiên cứu này góp phần cung cấp những bằng chứng khoa học về thực trạng CLCS của nhóm NB trẻ tuổi sau khi kết thúc điều trị, từ đó làm cơ sở định hướng cho việc xây dựng các chiến lược chăm sóc toàn diện và chính sách hỗ trợ phù hợp hơn tại Việt Nam. Tuy nhiên, nghiên cứu này còn tồn tại một số hạn chế nhất định. Cỡ mẫu nhỏ và được thu thập tại một cơ sở điều trị duy nhất, do đó có thể ảnh hưởng đến khả năng khái quát hóa kết quả. Bên cạnh đó, thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang chỉ phản ánh CLCS tại một thời điểm, chưa đánh giá được sự thay đổi theo thời gian và mối liên quan nhân quả giữa các yếu tố. Vì vậy, nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm và thiết kế dọc là cần thiết để củng cố và mở rộng các kết quả hiện tại.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy CLCS của NB UTĐTT dưới 50 tuổi sau điều trị ở mức trung bình và tồn tại những vấn đề đáng lưu ý về thể chất, tâm lý-xã hội. Do đó, chăm sóc sau điều trị cần tăng cường phục hồi chức năng thể chất, chú trọng quản lý các triệu chứng và thúc đẩy hỗ trợ tâm lý thường xuyên. Ngoài ra, chăm sóc sau điều trị cần quan tâm đến nhóm nữ giới, trình độ học vấn thấp, thời gian dài kể từ khi kết thúc điều trị, có HMNT, trị liệu trước hoặc sau phẫu thuật và phẫu thuật bằng phương pháp mổ mở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Wang, Y., et al., *Global increase of colorectal cancer in young adults over the last 30 years: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019*. Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2023. 38(9): p. 1552-1558.
- [2]. Cavestro, G.M., et al., *Delphi initiative for early-onset colorectal cancer (DIRECT) international management guidelines*. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2023. 21(3): p. 581-603. e33.
- [3]. Spaander, M.C., et al., *Young-onset colorectal cancer*. Nature Reviews Disease Primers, 2023. 9(1): p. 21.
- [4]. Waddell, O., et al., *Quality of life in early-onset colorectal cancer patients: systematic review*. BJS Open, 2023. 7(3): p. zrad030.
- [5]. Aaronson, N.K., et al., *The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology*. Journal of the National Cancer Institute, 1993. 85(5): p. 365-376.
- [6]. Gujral, S., et al., *Assessing quality of life in patients with colorectal cancer: an update of the EORTC quality of life questionnaire*. European journal of cancer, 2007. 43(10): p. 1564-1573.
- [7]. Khoo, A.M.G., et al., *Understanding the psychosocial impact of colorectal cancer on young-onset patients: A scoping review*. Cancer Medicine, 2022. 11(7): p. 1688-1700.
- [8]. Rutherford, C., et al., *Patient-reported outcomes and experiences from the perspective of colorectal cancer survivors: meta-synthesis of qualitative studies*. Journal of Patient-Reported Outcomes, 2020. 4(1): p. 27.
- [9]. Han, C.J., G.S. Yang, and K. Syrjala, *Symptom experiences in colorectal cancer survivors after cancer treatments: A systematic review and meta-analysis*. Cancer nursing, 2020. 43(3): p. E132.
- [10]. Haas, S., et al., *Management of treatment-related sequelae following colorectal cancer*. Colorectal Disease, 2023. 25(3): p. 458-488.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA PHÁC ĐỒ BEACOPP TRONG ĐIỀU TRỊ BƯỚC ĐẦU Ở BỆNH NHÂN U LYMPHÔ HODGKIN GIAI ĐOẠN III - IV TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TP. HỒ CHÍ MINH

**Trần Bữu Ngọc*, Huỳnh Thị Bảo Vy,
Bùi Thu Trang, Lưu Hùng Vũ**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ BEACOPP ở bệnh nhân u lymphô Hodgkin giai đoạn III-IV điều trị tại Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh qua tỉ lệ đáp ứng, tỉ lệ sống thêm không tiến triển, tỉ lệ sống thêm toàn bộ và một số tác dụng phụ thường gặp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu 51 bệnh nhân được chẩn đoán u lymphô Hodgkin giai đoạn III, IV từ 16 tuổi trở lên và điều trị bằng phác đồ BEACOPP tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 6/2023 đến 12/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình là 35 tuổi, độ tuổi từ 16-44 chiếm tỷ lệ cao nhất 74,5%. Nam nhiều hơn nữ. Hạch to là triệu chứng thường gặp. GPB nhóm xơ nốt nhiều nhất (60,7%). Bệnh nhân giai đoạn III 66,7%, giai đoạn IV chiếm 33,3%. Điểm tiên lượng IPS 0-3 chiếm 78,6%. Sau 6 chu kỳ tỷ lệ đáp ứng toàn bộ 82,4% trong đó 35,3% đạt đáp ứng hoàn toàn. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là 20,1 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình 23,14 tháng. Tại thời điểm 24 tháng PFS là 70,4% và OS 94,1%. Tác dụng phụ không mong muốn về huyết học độ 3-4 với giảm bạch cầu trung tính là 15,7%. Tác dụng phụ không mong muốn ngoài huyết học độ 3-4 là rụng tóc chiếm 29,4%, nôn, buồn nôn chiếm 17,6%. Chưa gặp trường hợp nào ung thư thứ phát, vấn đề về tim mạch sau điều trị.

Kết luận: BEACOPP là một lựa chọn điều trị tốt cho bệnh nhân u lympho Hodgkin giai đoạn tiến xa.

Từ khóa: u lymphô Hodgkin; phác đồ BEACOPP.

Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh

*Chịu trách nhiệm chính: Trần Bữu Ngọc

Email: bsbuungoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày duyệt bài: 30/10/2025

EVALUATION OF THE EFFICACY AND SAFETY OF THE BEACOPP REGIMEN IN PATIENTS WITH STAGE III, IV HODGKIN LYMPHOMA AT HO CHI MINH CITY ONCOLOGY HOSPITAL

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the efficacy and safety of the BEACOPP regimen in stage III-IV Hodgkin lymphoma patients treated at Ho Chi Minh City Oncology Hospital, based on response rate, progression-free survival (PFS), overall survival (OS), and common adverse effects.

Patients and Methods: A retrospective study of 51 patients aged 16 years and older, diagnosed with stage III-IV Hodgkin lymphoma and treated with the BEACOPP regimen at Ho Chi Minh City Oncology Hospital from June 2023 to December 2024.

Result: The mean age was 35 years, with the age group 16-44 years accounting for the highest proportion (74.5%). The male-to-female ratio was 1.23:1. At diagnosis, 88.2% had peripheral lymphadenopathy. Stage IV patients accounted for 33.3%. IPS scores of 0-3 were found in 78.6% of cases. Nodular sclerosis subtype represented 60.7%. After 6 cycles, the overall response rate was 82.4%, with 35.3% achieving complete response, and there was a significant difference between stage III and stage IV groups. Median progression-free survival was 20.1 months, and median overall survival was 23.14 months. The 24-month PFS rate was 70.4%, OS rate was 94.1%. Grade 3-4 hematologic toxicity included neutropenia (15.7%). Grade 3-4 non-hematologic toxicities were alopecia (29.4%), nausea and vomiting (17.6%). No cases of secondary malignancies or cardiovascular complications were observed after treatment.

Conclusion: BEACOPP is an effective treatment option for patients with advanced-stage Hodgkin lymphoma.

Keyword: Hodgkin lymphoma; BEACOPP regimen.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho Hodgkin (ULH) hay bệnh Hodgkin là 1 bệnh lý huyết học ác tính thuộc nhóm u lympho (Lymphoma). UHL chiếm khoảng 15% các trường hợp u lympho. Theo GLOBOCAN 2022, xuất độ chuẩn chung ở 2 giới của ULH trên thế giới là 0,95/100.000 dân và 0,48/100.000 dân tại Việt Nam và xếp thứ 23 trong các bệnh ung thư phổ biến. ULH gặp ở mọi lứa tuổi, độ tuổi phát hiện thường từ 25-34 tuổi. Nam có xu hướng mắc bệnh nhiều hơn nữ. Ở Việt Nam, theo ghi nhận của Nguyễn Bá Đức (1995) và cộng sự tỷ lệ mắc U lympho Hodgkin ở nam là 1,2/100000 dân, ở

nữ 0,6/100000 và đứng thứ 10 trong các loại ung thư hay gặp.

U lympho Hodgkin là một loại ung thư có tỉ lệ chữa khỏi cao bằng hóa trị kết hợp xạ trị. Bệnh đáp ứng tốt với điều trị ban đầu và sống còn lâu dài. Phác đồ ABVD là phác đồ hóa trị liệu đầu tay được công nhận để điều trị ULH, với 70-80% bệnh nhân đạt được đáp ứng lâu dài sau điều trị; tuy nhiên 30-40% bệnh nhân tiến triển và tái phát, và một số có đáp ứng kém với phác đồ điều trị cứu vớt. Phác đồ tối ưu cho bệnh nhân giai đoạn III-IV còn đang tranh cãi. Năm 1990 nhóm nghiên cứu u lympho Hodgkin người Đức

đã phát triển phác đồ BEACOPP. Kết quả theo dõi 10 năm cho thấy phác đồ BEACOPP vượt trội hơn phác đồ COPP và ABVD về sống còn không bệnh tiến triển (76% vs 69%; $P = 0,04$) và tương đương về sống còn toàn bộ (88% vs 83%; $P = 0,16$) tuy nhiên cũng gia tăng đáng kể các tác dụng phụ. Phác đồ BEACOPP chuẩn kiểm soát triệu chứng bệnh hiệu quả và kéo dài thời gian tái phát bệnh đã được chứng minh qua nhiều thử nghiệm lâm sàng. Tuy nhiên, phác đồ này cũng liên quan đến tỷ lệ độc tính sớm và muộn cao hơn. Do đó, phác đồ điều trị tối ưu cho ULH giai đoạn III-IV vẫn còn gây tranh cãi. Hơn nữa nguồn cung cấp Vinblastin không ổn định, do đó đề nâng cao hiệu quả điều trị chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ BEACOPP ở bệnh nhân u lympho Hodgkin giai đoạn III, IV tại khoa Nội 1, Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh”.

2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- Mô tả một số đặc điểm về dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u lymphô Hodgkin giai đoạn III-IV điều trị tại Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh.
- Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ BEACOPP ở bệnh nhân u lymphô Hodgkin giai đoạn III-IV điều trị tại Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh.

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ≥ 16 tuổi được chẩn đoán xác định là u lymphô Hodgkin giai đoạn III-IV được điều trị tại khoa Nội 1, Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ 01/6/2023 đến 31/12/2024.

Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca. Các tiêu chí đánh giá trong nghiên cứu:

- Chẩn đoán mô bệnh học theo phân loại WHO 2016.

- Xếp giai đoạn theo Ann Arbor (không sử dụng PET).

Chỉ số tiên lượng IPS (NCCN 2014).

Đánh giá đáp ứng hoá trị IWG 1999 (không sử dụng PET).

Đánh giá độc tính hóa trị theo NCI-CTCAE 4.0.

Đề tài đã được thông qua Hội đồng y đức của Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh.

Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 23.0.

Bảng 1: Phác đồ BEACOPP chu kỳ 21 ngày

Thuốc	Ngày dùng	Liều dùng	Cách dùng
Bleomycine	N8	10UI/m ²	TTM 40 giọt/phút
Etoposide	N1-N3	100(mg/m ²)	TTM 40 giọt/phút
Doxorubicin	N1	25 (mg/m ²)	TTM 40giọt/phút
Cyclophosphamide	N1	650 (mg/m ²)	TTM 40giọt/phút
Vinristine	N8	1,4 (mg/m ²)(max: 2 mg/ngày)	TMC
Procarbazine*	N1-N7	100 (mg/m ²)	uống
Prednisolone	N1-N7	40 mg/ngày	uống sau ăn

* Trong giai đoạn nghiên cứu, có thời điểm bệnh viện không đủ Procarbazin.

Đây là phác đồ hóa trị bước 1 trong ULH giai đoạn III, IV hiện được dùng trong BVUB, thuốc được BHYT thanh toán.

4. KẾT QUẢ

Từ giữa năm 2023 đến cuối năm 2024 có tất cả 179 bệnh nhân ULH mới chẩn đoán, trong đó có 51 bệnh nhân ULH giai đoạn III-IV vào nghiên cứu chiếm 28,5%. Hồi cứu toàn bộ hồ sơ 51 trường hợp chúng tôi thu được kết quả sau:

4.1. Một số đặc điểm về dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của 51 bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm về dịch tễ, lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi:		
16-44	38	74,5
45-60	9	17,6
> 60	4	7,9
Giới tính:		
Tỷ lệ nam:nữ 1.23:1		
Nam	28	55,6
Nữ	23	44,4
Lâm sàng		
Hạch to	45	88,2
Khó thở	5	9,8
U ngoài hạch	1	2
Tổn thương tại hạch		
Hạch cổ	48	94,1
Hạch nách	25	49,2
Hạch ổ bụng	23	45,1
Hạch bẹn	11	21,5
Hạch trung thất	35	68,6

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương ngoài hạch		
Phổi, màng phổi	23	44
Gan	4	8
Lách	14	28
Tủy xương	6	12
Xương	0	0
Khác	4	8
Triệu chứng B	22	43,1
ECOG 0 -1	42	82,3
≥ 2	9	17,7

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
LDH tăng	32	62,7
β2M tăng	9	17,6
HBsAg (+)	1	1,9
Anti HCV (+)	1	1,9
HIV(+)	0	0
Tủy đồ:		
Bình thường	48	94,1
Xâm lấn tủy	3	5,9

4.1.1. Đặc điểm mô bệnh học, tủy xương, giai đoạn bệnh và điểm tiên lượng (IPS)

Bảng 4. Phân bố thể bệnh theo xếp loại của WHO 2016

Thể bệnh	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Thể giàu lympho	6	11,8
Thể xơ nốt	31	60,8
Thể hỗn hợp tế bào	12	23,5
Thể mất/ngheo lympho	2	3,9
Tổng	51	100

Bảng 5. Đặc điểm xâm lấn tủy xương, giai đoạn bệnh, điểm tiên lượng (IPS)

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Xâm lấn tủy (N=51)	Có	3	5,9
	không	48	94,1
Giai đoạn bệnh (N=51)	3	34	66,7
	4	17	33,3
IPS (N=51)	0-3	40	78,6
	4-7	11	21,4

4.2. Tính hiệu quả và độ an toàn

4.2.1. Tỷ lệ đáp ứng điều trị (sau 6 chu kỳ)

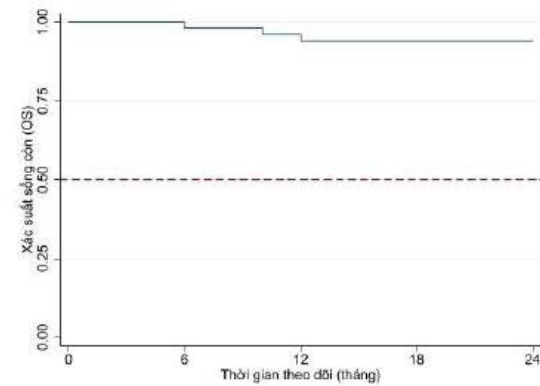
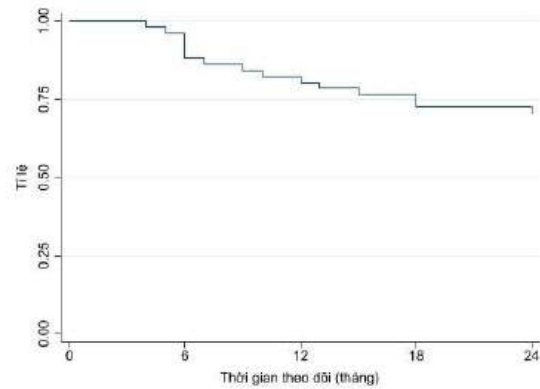
Bảng 6. Tỷ lệ đáp ứng chung sau điều trị

Loại đáp ứng	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	18	35,3
Đáp ứng một phần	24	47,1
Bệnh ổn định	3	5,8
Bệnh tiến triển	6	11,8

4.2.2. Tác dụng phụ không mong muốn

Tác dụng phụ không mong muốn	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Chỉ số huyết học		
Giảm bạch cầu trung tính	13	25,5
Thiếu máu	14	27,5
Giảm tiểu cầu	4	7,8
Ngoài huyết học		
Nôn, buồn nôn	9	17,6
Rụng tóc	15	29,4
Viêm phổi	9	17,6
Tăng men gan	16	31,4
Thần kinh ngoại vi	1	1,96

4.3. Theo dõi sống còn



Biểu đồ 1: Tỷ lệ sống còn không bệnh tiến triển PFS 70,4% và sống còn toàn bộ 94,1%

5. BÀN LUẬN

5.1. Đặc điểm dịch tễ

Tuổi: Tuổi trung bình là 35 tuổi, theo nghiên cứu của SEER tại Châu Âu ghi nhận độ tuổi trung bình là 38, nghiên cứu của tác giả Vũ Đức Bình (2020) tuổi trung bình là 29 tuổi. Sự khác biệt về độ tuổi cũng dẫn tới khác biệt về mô bệnh học, ULH ở người trẻ tuổi đa phần là thể xơ nốt hoặc hỗn hợp.

Giới tính: Tỷ lệ nam: nữ mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,23:1 phù hợp kết quả nghiên cứu của hầu hết các tác giả trong và ngoài nước. Đặc điểm giới tính chỉ nói lên đặc

điểm dịch tễ bệnh, chưa có một công trình nghiên cứu nào chỉ ra giới tính có liên quan đến hiệu quả điều trị.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Hạch to là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất 88,2%, phù hợp y văn và các nghiên cứu về ULH. Hạch to là triệu chứng bệnh nhân dễ chú ý và quan tâm đến khám bệnh sớm, đặc biệt những trường hợp hạch to không đáp ứng điều trị nội khoa hay lớn nhanh. Triệu chứng B (sốt, đổ mồ hôi đêm, sụt cân) chiếm khoảng 43,1%, phù hợp y văn triệu chứng B thường gặp trong khoảng >30% trường hợp ULH. Ngoài ra bệnh nhân cũng có triệu chứng khó thở, đau bụng do hạch chèn ép, gan lách to gặp trong 29,9% trường hợp.

Theo xếp loại của WHO trong bệnh u lympho Hodgkin có khoảng 95% bệnh nhân thuộc nhóm u lympho Hodgkin cổ điển gồm 4 thể: xơ nốt, hỗn hợp tế bào, giàu lympho bào, giảm/mất lympho bào. U lympho Hodgkin không cổ điển (u lympho Hodgkin thể nốt ưu thể lymphocyte) gặp khoảng 5% và được điều trị như u lympho không Hodgkin. Trong phân loại cổ điển chiếm tỉ lệ cao nhất là xơ nốt (60,7%), kế đến là hỗn hợp tế bào (23,5%), thấp nhất là nhóm giàu lympho bào và nghèo lympho bào (1,9%) tương đồng với nghiên cứu của Volker Diehl (2003) thể xơ nốt chiếm (64%).

Trong 51 trường hợp ghi nhận được có 66,7% trường hợp giai đoạn III, giai đoạn IV chiếm tỉ lệ thấp 33,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trần Anh Thư (2009) với 80% giai đoạn II, III và Volker Diehl (2003) có 35% bệnh giai đoạn IV. Về yếu tố tiên lượng IPS, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 78,6% bệnh nhân có IPS trung bình thấp (0-3) và 21,4% bệnh nhân có IPS cao (4-7) phù hợp với nghiên cứu trong và ngoài nước. IPS càng cao ảnh hưởng tiên lượng điều trị bệnh nhân.

5.2. Điều trị

Tỉ lệ đáp ứng

Theo các hướng dẫn hiện tại, trong điều kiện lý tưởng bệnh nhân nên được PET-CT trước điều trị, sau 2 chu kỳ hóa trị và tại thời điểm hoàn tất hóa trị. Với điều kiện thông thường, nên chụp PET-CT trước điều trị và khi kết thúc điều trị, tối thiểu nên chụp PET -CT sau 6 chu kỳ hóa trị. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ có 3 bệnh nhân được chụp PET-CT trước điều trị và 06 bệnh nhân có PET -CT sau khi hoàn tất hóa trị. Lí do chúng tôi hạn chế PET - CT là vì thời điểm thực hiện nghiên cứu bảo hiểm y tế chỉ thanh toán 2lần/1năm điều trị và thời gian chờ đợi chụp rất lâu. Sau 6 chu kỳ hóa trị có 35,3% đạt đáp ứng hoàn toàn và 47,1% bệnh nhân đạt đáp ứng một phần, 11,8% bệnh nhân bệnh tiến triển. Có 03 bệnh nhân tử vong trong quá trình điều trị. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Đức Bình (2019) đáp ứng hoàn toàn sau kết thúc điều trị là 55,5% .

Tác dụng phụ không mong muốn

Tỉ lệ bệnh nhân giảm bạch cầu hạt độ 4 trong nghiên cứu chúng tôi 15,7% do chúng tôi có dự phòng giảm bạch cầu hạt nguyên phát khi bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Tác dụng phụ không mong muốn ngoài huyết học độ 3-4 gặp nhiều nhất là tăng men gan (31,4%), rụng tóc (29,4%), nôn, buồn nôn chiếm (17,6%) tương đồng tác giả Volker Diehl (2003), tỉ lệ rụng tóc (75%), buồn nôn, nôn (12%). Không gặp trường hợp nào ung thư thứ phát, vấn đề tìm mạch sau điều trị do thời gian theo dõi sau điều trị ngắn. Kết quả nghiên cứu

Theo dõi sống còn

Nghiên cứu	Kết quả	
Volker Diehl	5y-PFS 84,8%	5y-OS 90,3%
Vũ Đức Bình	3y-PFS 59,9%	3y-OS 86,5%
Nghiên cứu chúng tôi	2y-PFS 70,4%	2y-OS 94,1%

PFS nghiên cứu chúng tôi gần tương đồng với Volker Diehl về OS và cao hơn tác giả trong nước có thể do thời gian theo dõi bệnh của nghiên cứu chúng tôi ngắn.

Hạn chế của đề tài: Cần theo dõi thời gian dài hơn để khảo sát được PFS và OS 5-10 năm.

6. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 51 bệnh nhân được chẩn đoán ULH giai đoạn III-IV được hóa trị phác đồ BEACOPP, chúng tôi nhận thấy phác đồ này có hiệu quả và an toàn cao. Qua đó, chúng tôi đề nghị sử dụng phác đồ BEACOPP cho bệnh nhân u lympho Hodgkin giai đoạn III-IV ở các bệnh viện hoặc trung tâm điều trị ung thư trên cả nước hầu làm tăng thêm thời gian sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh tiến cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Nguyễn Bá Đức, Nhận xét 232 trường hợp u lympho Hodgkin điều trị tại bệnh viện K từ 1985 -1994,” Tạp chí y học thực hành chuyên san Ung thư học, pp. 65-67, 1995
- [2]. Nguyễn Tuyết Mai (2007), Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh Hodgkin bằng phác đồ ABVD kết hợp xạ trị tại Bệnh viện K, Trường Đại học y Hà Nội, 2007.
- [3]. Vũ Đức Bình (2020), Đánh giá hiệu quả phác đồ BEACOPP tiêu chuẩn trong điều trị U lympho Hodgkin tại Viện Huyết học Truyền máu TW từ 01/2025 đến 12/2019. Tạp chí Y học Việt Nam, 496, 226-236
- [4]. D. A. Eichenauer et al, Hodgkin Lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines, Ann Oncol, vol. 4, no. 29, pp. 19-29, 2018.
- [5]. Swerdlow SH et al, WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues (ed 4th), Lyon, France: IARC Press, 2008.
- [6]. D Hasenclever (1998), A prognostic score for advanced Hodgkin's disease: International Prognostic Factors Project on Advanced Hodgkin's Disease, N Engl, vol. 339, no. 21, pp. 1506-14, 1998.
- [7]. Volker Diehl et al (2003), Standard and Increased-Dose BEACOPP Chemotherapy Compared with COPP-ABVD for Advanced Hodgkin's Disease. N Engl J Med; 348:2386-2395, 2003.
- [8]. Volker Diehl et al (2007), FDG-PET for Assessment of Residual Tissue after Completion of Chemotherapy in Hodgkin Lymphoma - Report on the 2nd Interim Analysis of the PET Investigation in the Trial HD15 of the GHSG., Blood, vol. 110, no. 11, p. 212, 2007.
- [9]. Qin Wang et al (2016), Decreased Prognostic Value of International Prognostic Score in Chinese Advanced Hodgkin Lymphoma Patients Treated in the Contemporary Era, Chinese Medical Journal., vol. 129, no. 23, p. 2780, 2016

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA BRENTUXIMAB VEDOTIN PHỐI HỢP VỚI HÓA TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN LYMPHÔM HODGKIN TÁI PHÁT, KHÁNG TRỊ CÓ CD30(+) TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phan Minh Châu*, Nguyễn Thị Trang Dung, Lưu Hùng Vũ

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của brentuximab vedotin phối hợp với hóa trị trên bệnh nhân lymphôm Hodgkin tái phát, kháng trị có CD30(+).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu 18 bệnh nhân ≥ 18 tuổi, lymphôm Hodgkin cổ điển tái phát, kháng trị có CD30(+), được hóa trị phối hợp brentuximab vedotin (Bv) tại khoa Nội Huyết học, Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ 01/2023 đến 12/2024 và theo dõi đến 12/2025.

Kết quả: Tuổi trung vị 32 tuổi, nhóm tuổi từ 20-44 chiếm tỷ lệ cao nhất (83,3%), tỷ lệ nam:nữ là 1:1,25. Triệu chứng lâm sàng khi tái phát, tiến triển thường gặp nhất là hạch cổ và hạch trung to (83,3%), u bulky (55,6%) và xâm nhiễm ngoài hạch (77,8%). Đa số bệnh ở giai đoạn trể III-IV (83,3%), chỉ số IPS nguy cơ cao chiếm 40%. Mô bệnh học khi tái phát ưu thế là lymphôm Hodgkin thể xơ nốt (66,7%). Trung vị số phác đồ điều trị trước là 2,3. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (66,7%), đáp ứng hoàn toàn 27,8%. Tác dụng phụ chủ yếu là viêm thần kinh ngoại vi grad 1 (61,1%). Giảm bạch cầu nặng độ 3-4 chiếm 33,3%.

Kết luận: Phác đồ hóa trị phối hợp brentuximab vedotin đạt hiệu quả khá cao và dung nạp tốt trên bệnh nhân lymphôm Hodgkin cổ điển tái phát, kháng trị.

Từ khóa: Lymphôm Hodgkin tái phát; kháng trị; brentuximab vedotin.

Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh

*Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Châu

Email: minhchauphan.1612@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày duyệt bài: 30/10/2025

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF BRENTUXIMAB VEDOTIN IN COMBINATION WITH CHEMOTHERAPY ON RELAPSE, REFRACTORY HODGKIN LYMPHOMA PATIENTS WITH CD30(+) AT HO CHI MINH CITY ONCOLOGY HOSPITAL

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the efficacy and safety of of brentuximab vedotin in combination with chemotherapy on relapse, refractory Hodgkin lymphoma patients with CD30(+)

Patients and Methods: A retrospective study of 18 patients ≥ 18 years old diagnosed relapsed, refractory Hodgkin's lymphoma with CD30(+) and treated with brentuximab vedotin (Bv) in combination with chemotherapy at Department of Internal Hematology, Ho Chi Minh City Oncology Hospital from January 2023 to December 2024, with follow-up until December 2025.

Results: Median age was 32 years old, the age group from 20-44 had the highest proportion (83,3%). The female:male ratio was 1.25:1. The most common symptoms of relapse, refractory patients were enlarged cervical and mediastinal lymph nodes (83.3%), bulky disease (55.6%), extranodal involvement (77,8%). The majority of the patients were in late stages III-IV (83.3%) and the group of high-risk IPS score was 40%. The predominant histology on relapse patients was nodular sclerosis Hodgkin lymphoma (66.7%). The median number of previous treatments was 2.3. The ORR and CR rates were 66.7% and 27.8%, respectively. The main side effect was grad 1 peripheral sensory neuropathy (61.1%). Grad 3-4 neutropenia accounted for 33.3%.

Conclusion: brentuximab vedotin in combination with chemotherapy demonstrated fairly high effective and well tolerated in patients with relapse, refractory classical Hodgkin lymphoma.

Keyword: Relapse; refractory Hodgkin lymphoma; brentuximab vedotin.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lymphôm Hodgkin (LH) thuộc nhóm bệnh huyết học ác tính, chiếm khoảng 10% các trường hợp u lymphô ác. Theo Globocan 2022, xuất độ chuẩn chung ở hai giới của bệnh Hodgkin là 0,95/100.000 dân và 0,48/100.000 dân tại Việt Nam; xếp thứ 23 trong các bệnh ung thư phổ biến ở nước ta. Điều trị LH chủ yếu theo giai đoạn. Giai đoạn sớm, nhóm thuận lợi: khuyến cáo hóa trị phác đồ ABVD phối hợp với xạ trị. Giai đoạn trễ hoặc có yếu tố bất lợi đi kèm, khuyến cáo hóa trị phác đồ tăng cường liệu BEACOPP và xạ trị vào tổn thương còn sót. Đây là nhóm bệnh đáp ứng tốt với điều trị và sống còn lâu dài.

Khoảng 10-15% bệnh nhân (BN) giai đoạn sớm và 30-40% nhóm giai đoạn tiến xa sẽ tái phát sau điều trị ban đầu. Khoảng 10-15% các trường hợp kháng trị nguyên phát với tiên lượng xấu. Điều trị tùy thuộc vào thời gian tái phát, giai đoạn bệnh, vị trí tái phát, tổng trạng BN và mức độ đáp ứng với điều trị trước. Hóa trị liều cao và ghép tế bào gốc tự thân là điều trị chuẩn giúp đạt lui bệnh 30-80% các trường hợp. Bệnh tiến triển, tái phát nhiều lần, không phù hợp ghép tế bào gốc hoặc tái phát sau ghép có thể xem xét hóa trị cứu vớt phác đồ DHAP, ESHAP, gemcitabin, bendamustine... với tỷ lệ lui bệnh hoàn toàn từ 20-50%.

Sự ra đời của thuốc mới brentuximab vedotin

(Bv), kháng thể đơn dòng kháng CD30 lần đầu tiên được FDA phê duyệt vào năm 2011, đã chứng minh được hiệu quả và an toàn trong điều trị LH cổ điển tái phát, kháng trị, giúp tăng tỷ lệ đáp ứng, cải thiện thời gian sống còn và giảm 43% nguy cơ tiến triển bệnh so với nhóm hóa trị đơn thuần. Hiện nay, nhiều phác đồ phối hợp với brentuximab vedotin đã được ứng dụng trong điều trị LH mới chẩn đoán và cả nhóm tái phát, tiến triển. Trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị và một số tác dụng phụ của brentuximab vedotin phối hợp với hóa trị ở những BN LH cổ điển tái phát, kháng trị có CD30(+) tại khoa Nội huyết học, Hạch bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh.

2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

2.1 Khảo sát một số đặc điểm về dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của BN được hóa trị phối hợp với brentuximab vedotin.

2.2 Đánh giá kết quả điều trị qua tỷ lệ đáp ứng toàn bộ, đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và một số tác dụng phụ không mong muốn khi hóa trị khi phối hợp với brentuximab vedotin.

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng nghiên cứu

BN ≥ 18 tuổi được chẩn đoán LH thể cổ điển tái phát, kháng trị có CD30(+), điều trị phác đồ brentuximab vedotin phối hợp hóa trị tại Khoa Nội Huyết học, Hạch, Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 02/01/2023 đến 30/12/2024.

3.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

BN ≥ 18 tuổi, có chẩn đoán mô bệnh học khi tái phát, kháng trị là lymphôm Hodgkin thể cổ điển, CD30(+) theo WHO 2016 và được hóa trị phác đồ phối hợp với brentuximab vedotin.

BN không có chống chỉ định về tim mạch, phân suất tống máu tim EF $> 50\%$.

BN không có bệnh lý nội khoa kết hợp gây chống chỉ định điều trị phác đồ phối hợp BV.

3.3. Tiêu chuẩn loại trừ

BN chẩn đoán không rõ ràng, không làm đủ xét nghiệm.

BN có ung thư thứ phát hoặc bệnh nội khoa trầm trọng đi kèm.

3.4 Phương pháp nghiên cứu

Hồi cứu mô tả loạt ca.

Dữ liệu nghiên cứu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, được ghi nhận vào các bảng thu thập số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

3.5. Quy trình chẩn đoán và điều trị

- Nghiên cứu được chấp thuận thông qua hội đồng y đức của Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh.

- BN sau khi nhập viện được khám lâm sàng, sinh thiết hạch hay tổn thương ngoài hạch để xác định mô bệnh học tái phát theo WHO 2016, thực hiện xét nghiệm đánh giá giai đoạn và tiên lượng.

- Xếp giai đoạn bệnh theo Ann-Arbor 1970.

- Đánh giá yếu tố nguy cơ theo NCCN: > 50 tuổi, triệu chứng B, LDH tăng, tốc độ lắng máu tăng ≥ 50 mm/giờ, u bulky > 10 cm, > 3 vùng hạch, tổn thương ngoài hạch bất kỳ.

- Chỉ số tiên lượng IPS cho giai đoạn trễ III-IV theo NCCN 2024.

- Phác đồ hóa trị phối hợp Bv được sử dụng chia làm hai nhóm:

Nhóm hóa trị Bv + bendamustine, xem xét khả năng ghép tế bào gốc sau 2 chu kỳ. BN không ghép sẽ hóa trị đủ 6 chu kỳ, nếu đạt đáp ứng PR hoặc CR sẽ duy trì Bv đủ 16 chu kỳ.

Nhóm hóa trị Bv + DHAP, xem xét khả năng ghép tế bào gốc sau 2 chu kỳ. BN không ghép sẽ hóa trị đủ 6 chu kỳ, nếu đạt đáp ứng PR hoặc CR sẽ duy trì Bv đủ 16 chu kỳ.

Liều brentuximab vedotin: 1,8 mg/kg, hiệu chỉnh theo chức năng gan, thận.

- Đánh giá đáp ứng điều trị sau 2-3 chu kỳ, 6 chu kỳ và khi kết thúc điều trị theo tiêu chuẩn IWG (International Working Group) 1999 hoặc tiêu chuẩn Lugano nếu có chụp PET-CT.

- Đánh giá độc tính hóa trị theo NCI-CTCAE phiên bản 5.0, năm 2017 của NCI, độ 1-5, mỗi bệnh nhân lấy độ nặng nhất của điều trị.

4. KẾT QUẢ

Từ 01/2023 đến 12/2024 có 18 bệnh nhân LH thể cổ điển tái phát, kháng trị, được hóa trị phổi hợp brentuximab vedotin thỏa nghiên cứu. Hồi cứu hồ sơ chúng tôi thu được kết quả sau:

4.1. Dịch tễ học và lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng

Đặc điểm		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Tuổi trung vị 31,5 (18-59)		
	< 20 tuổi	1	5,6
	≤ 20-40 tuổi	15	83,3
	41-59 tuổi	2	11,1
Giới	Nam: nữ 1:1,25		
	Nữ	11	55,6
	Nam	7	44,4
ECOG	0-1	8	44,4
	≥ 2	10	55,6
Có triệu chứng B		15	83,3

Đặc điểm		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương* tại hạch	Hạch cổ	15	83,3
	Hạch trung thất	15	83,3
	Hạch nách	9	50
	Hạch ổ bụng, chậu	10	55,6
	Hạch bẹn	6	33,3
	Hội chứng trung thất	10	55,6
Tổn thương ngoài hạch*	Có tổn thương	14	77,8
	≥ 2 vị trí tổn thương	11	61,1
	Phổi - màng phổi	7	38,9
	Gan	3	16,7
	Lách	4	22,2
	Xương - Tủy xương	3	16,7
	Khác: thận, thượng thận, khí quản, màng tim, vòng Waldeyer, vú, đại tràng	10	55,6
Kích thước khối u*	Umax trung bình 9,3 cm (4-15 cm)		
	U bulky > 10 cm	10	55,6

*Các tổn thương được ghi nhận trên tùy đồ/sinh thiết tủy, siêu âm, CT, MRI, PET/CT

Nhận xét:

- Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 20-40 tuổi. Nữ thường gặp hơn nam.

- Đa số BN có thể trạng kém khi bệnh tái phát.

- Hạch cổ và hạch trung thất là vị trí tái phát chiếm tỷ lệ rất cao.

- Hơn 50% BN có khối u bulky và hội chứng trung thất đi kèm.

- Tổn thương ngoài hạch chiếm tỷ lệ rất cao đến 77,8%, đặc biệt ở phổi và màng phổi.

4.2. Cận lâm sàng

Bảng 2: Một số đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Huyết đồ	Bạch cầu $\geq 15,0$ g/L	9	50
	Lymphocyte $< 0,6$ g/L	2	11,1
	Hb $< 10,5$ g/dL	5	27,8
LDH tăng		16	88,9
Tốc độ lắng máu tăng	9 BN xét nghiệm	9	100
HBsAg(+)/anti-HBc total(+)	-	3	16,7

Mô bệnh học	Thể xơ nốt	12	66,7
	Thể hỗn hợp tế bào	6	33,3

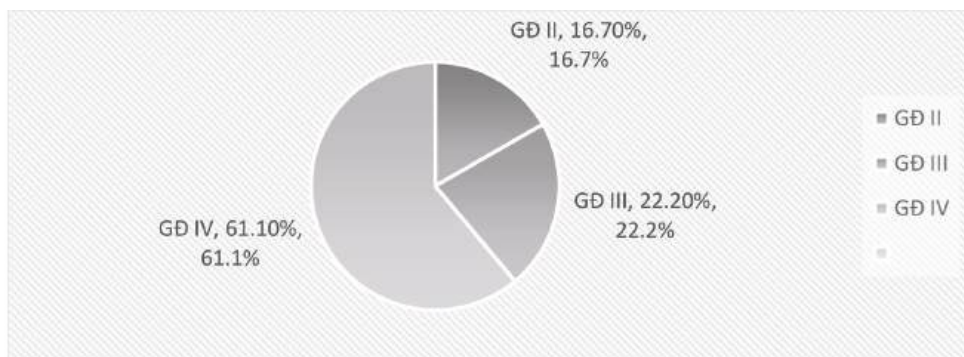
Nhận xét:

- Tỷ lệ tăng bạch cầu chiếm 1/2 các trường hợp. Tốc độ lắng máu chưa xét nghiệm đầy đủ. Hơn 2/3 BN tăng LDH máu.

- Hơn 2/3 BN có tổn thương ngoài hạch khi bệnh tái phát, tiến triển, đặc biệt ở phổi, màng phổi.

- Mô bệnh học khi tái phát, kháng trị phổ biến là thể xơ nốt. Không có trường hợp nào là thể giàu lympho bào hay khiếm khuyết lympho bào.

4.3. Giai đoạn bệnh theo Ann Arbor



Biểu đồ 1: Tỷ lệ giai đoạn bệnh khi tái phát

Nhận xét:

Phần lớn BN khi tái phát, tiến triển ở giai đoạn trễ III-IV (83,3%).

Nguy cơ thấp (IPS 0-3 điểm): 9 BN (60%).

Nguy cơ cao (IPS 4-7 điểm): 6 BN (40%).

4.4. Tiên lượng

Giai đoạn III-IV: 15 BN (83,3%).

4.5. Điều trị

4.5.1. Tình trạng bệnh khi tái phát

Bảng 3: Tình trạng tái phát, tiến triển

Đặc điểm		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Phác đồ điều trị ban đầu	ABVD	10	55,6
	eBEACOPP	4	22,2
	Leo thang ABVD $\rightarrow$ eBEACOPP	4	22,2

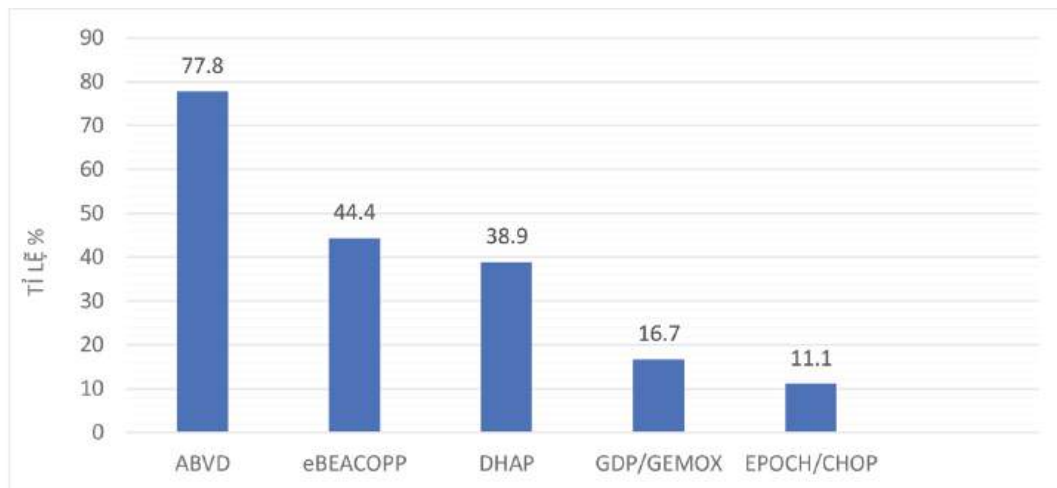
Đặc điểm		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng tái phát	Kháng trị nguyên phát	7	38,9
	Tái phát < 12 tháng	8	44,4
	Tái phát ≥ 12 tháng	3	16,7
Thời gian đến khi tái phát	Trung vị 6,3 tháng (1-45)		
Số phác đồ điều trị trước	Trung vị 2,3 phác đồ (1-5)		

Nhận xét:

- Thời gian tái phát ngắn khoảng 6 tháng.

- Bệnh nhân kháng trị nguyên phát và tái phát sớm chiếm tỷ lệ rất cao sau nhiều phác đồ điều trị.

4.5.2. Các phác đồ điều trị trước



Biểu đồ 2: Tỷ lệ các phác đồ điều trị trước

Nhận xét:

- Phác đồ thường sử dụng trước hóa trị Bv chủ yếu là ABVD, eBEACOPP và DHAP.

Bảng 4: Tỷ lệ đáp ứng hóa trị

4.5.3 Đáp ứng với điều trị

Phác đồ hóa trị phối hợp Bv:

- Bv + bendamustine (Bvb): 15 BN (83,3%).
- Bv + DHAP: 3 BN (16,7%).

Đáp ứng	Sau 2 chu kỳ n (%)	Sau 6 chu kỳ n (%)	Sau duy trì Bv n (%)
Hoàn toàn	0 (0)	2 (11,1)	5 (27,8)
Một phần	6 (33,3)	12 (66,7)	7 (38,9)
Bệnh ổn định	11 (61,1)	0 (0)	0 (0)
Tiến triển	1 (5,6)	2 (11,1)	4 (22,2)

Nhận xét:

- Sau 2 chu kỳ hóa trị, không có BN nào ghép tế bào gốc do không đạt đáp ứng tốt.

- 2 BN hóa trị đến 8 chu kỳ Bvb do giảm liều bendamustin 3 chu kỳ đầu 30%

- Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ khá cao (66,7%). Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn tăng theo số chu kỳ hóa trị.

4.5.4. Theo dõi - Sống còn

- Trung vị theo dõi 22,7 tháng.

Bảng 5: Theo dõi và sống còn

Tình trạng BN	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh ổn định	11	61,1
Tiếp tục điều trị sau Bv	5	27,8
Tử vong	2	11,1

Nhận xét:

- Tỷ lệ bệnh ổn định khá cao

- Tử vong do bệnh tiến triển sau 2 và 4 chu kỳ hóa trị Bvb.

- Ngưng điều trị sau 13 chu kỳ: 1 BN (5,6%), bệnh vẫn ổn định.

4.5.5. Tác dụng phụ của hóa trị

Biến chứng sớm.

Bảng 6: Tỷ lệ các tác dụng phụ của hóa trị

Tác dụng phụ		Phân độ Số BN (n)	(n=18)	
			Tỷ lệ (%)	
Huyết học		Độ 0	2	11,1
	Giảm bạch cầu	Độ 1-2	10	55,6
		Độ 3-4	6	33,3

Huyết học	Giảm hồng cầu	Độ 1-2	2	11,1
		Độ 3-4	3	16,7
	Giảm tiểu cầu	Độ 1-2	4	22,2
		Độ 3-4	2	11,1
Ngoài huyết học	Giảm 3 dòng		4	22,2
		Độ 0	6	33,3
	Tăng men gan	Độ 1-2	9	50
		Độ 3-4	3	16,7
	Tái hoạt hóa HBV		0	0
	Thần kinh ngoại vi	Độ 0	4	22,2
		Độ 1	11	61,1
	Buồn nôn - Nôn	Độ 0	6	33,3
		Độ 1	12	66,7
	Tiêu chảy	Độ 0	14	77,8
		Độ 1	2	11,1
	Rụng tóc	Không	10	55,6
		Có	8	44,4

Nhận xét:

- Tác dụng phụ huyết học:

+ Giảm bạch cầu hạt mức độ nặng (3 - 4) chiếm khoảng 1/3 các trường hợp, đặc biệt ở nhóm Bv-DHAP. Đa số BN thiếu máu và giảm tiểu cầu chủ yếu ở mức độ nhẹ. Có 4 trường hợp ghi nhận có giảm 3 dòng tế bào máu.

- Tác dụng phụ ngoài huyết học:

+ Tác dụng phụ phổ biến là độc tính thần kinh cảm giác ngoại vi và buồn nôn - nôn, xảy ra ở mức độ nhẹ không gián đoạn quá trình điều trị

+ Chức năng gan, thận ít bị ảnh hưởng bởi hóa trị.

Biến chứng muộn

- 2 BN bị biến chứng tim mạch, rối loạn nhịp và phân suất tổng máu giảm dưới 60%. Các trường hợp này được điều trị theo chuyên khoa.

- Không trường hợp nào bị ung thư thứ phát ở nhóm nghiên cứu.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Dịch tể

- Tuổi trung vị mắc bệnh khi tái phát là 32 tuổi, nhỏ nhất là 18, lớn nhất là 59 tuổi, chủ yếu ở nhóm BN trẻ từ 20-40 tuổi chiếm 83,3%, phù hợp với y văn. Nghiên cứu của tác giả Anh Thư và cộng sự trên bệnh nhân LH tại Bệnh viện Ung Bướu trước đây ghi nhận 46,2% ở nhóm 15-35 tuổi, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ. Kết quả nghiên cứu của V.Đ. Bình (2020) tại viện Huyết học trung ương thì tuổi trung bình là 29 tuổi, độ tuổi 20-40 chiếm 65,6%.

- Bệnh thường gặp ở nữ giới. Tỷ lệ nam: nữ là 1,25:1, trong khi hầu hết các tác giả ghi nhận bệnh chiếm ưu thế ở nam hơn. Viện Ung thư quốc gia Hoa Kỳ ghi nhận LH phân bố ở cả 2 giới; đỉnh tuổi thường gặp là thanh thiếu niên và người lớn tuổi. Tại châu Âu, tỷ lệ mắc cao nhất ở nhóm 15-39 tuổi tương tự nghiên cứu của chúng tôi, đây là nhóm nên bệnh cần được quan tâm toàn diện về mặt bệnh lý cũng như sức khỏe tâm thần.

Lâm sàng và cận lâm sàng

- Hạch cổ và hạch trung thất to là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất chiếm 83,3%. Kích thước khối u trung bình to (9,3 cm). Hạch ngoại vi to cũng là triệu chứng dễ gây chú ý giúp bệnh nhân đến tái khám sớm hơn và thuận lợi cho việc điều trị lại. Mặt khác, hơn 50% BN nhập viện vì khó thở kèm hội chứng trung thất, với khối u bulky

trên 10 cm. Điều này cho thấy nhóm BN tái phát ở giai đoạn trễ, bệnh tiến triển nhanh gây triệu chứng chèn ép trên lâm sàng và tiên lượng xấu. Theo WHO 2016 ghi nhận khoảng 80% LH thể xơ nốt có hạch trung thất to đi kèm. Tác giả Allen và cs ghi nhận có khoảng 14% các trường hợp LH có tổn thương Bulky kèm theo. Đây cũng là một trong các yếu tố tiên lượng bệnh, ảnh hưởng đến mức độ đáp ứng với hoá trị.

- Tổn thương ngoài hạch khi bệnh tái phát, tiến triển chiếm đến 77,8%. Vị trí ngoài hạch thường gặp nhất là xâm nhiễm phổi-màng phổi (38,9%), lách (22,2%), gan và xương-tủy xương (16,7%). Các vị trí xâm nhiễm khác (55,6%) khá đa dạng như: khí quản, vú, thận, thượng thận, đại tràng, vòng waldeyer... Đây là yếu tố tiên lượng xấu, đáp ứng kém với điều trị và thời gian sống còn ngắn. Nghiên cứu của tác giả Gaudio F (2018) ghi nhận trên 384 bệnh nhân LH cho thấy tổn thương ngoài hạch thường gặp nhất là xương và phổi.

- Hơn phân nửa BN nhập viện với thể trạng kém, ECOG 2 điểm và có biểu hiện triệu chứng B (83,3%). Tỷ lệ tăng LDH và tốc độ lắng máu rất cao. Các yếu tố này gợi ý về sự phát triển nhanh của bệnh và mối tương quan đến tình trạng nhiễm trùng trên lâm sàng. Mặt khác, chỉ số LDH tăng trong bệnh lý u lympho có thể do thể tích khối u lớn; khối u xâm nhiễm gan hoặc tăng trong một số trường hợp như stress, tổn thương cơ quan trong cơ thể. Đa số BN trong nghiên cứu này khi tái phát với khối u trung bình 9,3 cm và kèm nhiều vị trí ngoài hạch, Như vậy cho thấy sự tương đồng giữa lâm sàng và kết quả xét nghiệm. Đồng thời chúng tôi có thể dự đoán sức chịu đựng của BN kém, khả năng kháng trị do khối u cao... gây bất lợi trong việc lập kế hoạch điều trị lâu dài.

- Hầu hết các BN tái phát ở giai đoạn trễ III-IV (83,3%) và thuộc nhóm nguy cơ cao theo IPS; giai đoạn IV chiếm 61,1%. Dữ liệu đòi thực nghiên cứu trên 41 BN HL tái phát, kháng trị hóa trị phổi hợp với Bv cho thấy tỷ lệ xâm nhiễm ngoài hạch

chỉ khoảng 19,5%, giai đoạn III-IV chiếm 56,1% và giai đoạn IV là 34,1%. Điểm số IPS càng cao thì tiên lượng sống còn của BN càng giảm. Giai đoạn và tổn thương bulky là các yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị.

- Mô bệnh học khi tái phát chủ yếu là LH thể xơ nốt (66,7%), tiếp đến là thể hỗn hợp tế bào (33,3%), không có trường hợp nào là LH thể giàu lympho bào và LH thể nghèo lympho bào. Theo xếp loại của WHO 2016, 95% BN thuộc nhóm LH cổ điển, trong đó thể xơ nốt chiếm ưu thế khoảng 70% và thể hỗn hợp tế bào là 20-25%. Nghiên cứu của tác giả Hjalgrim và cộng sự cũng đã chỉ ra 2 thể bệnh phổ biến nhất là thể xơ nốt (66%) và thể hỗn hợp tế bào (20%).

4.2. Điều trị

- Từ kết quả khảo sát của chúng tôi cho thấy phác đồ điều trị hàng 1 chủ yếu là ABVD. Các phác đồ eBEACOPP, DHAP chiếm tỷ lệ thấp hơn. Theo y văn, HL là nhóm bệnh đáp ứng tốt với điều trị ban đầu và sống còn lâu dài. Tuy nhiên, khoảng một phần ba BN ở nhóm giai đoạn tiến xa sẽ tái phát và 10-15% BN kháng trị nguyên phát. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ kháng trị nguyên phát và tái phát sớm khá cao (38,9% và 44,4%); tái phát trễ sau 12 tháng chỉ ở 16,7% các trường hợp. Trung vị thời gian đến khi bệnh tiến triển ngắn khoảng 6 tháng; trung vị phác đồ điều trị trước là 2,3, nhiều nhất là 5 phác đồ. Như vậy, với BN thể trạng kém, giai đoạn trễ, nhiều yếu tố bất lợi như bulky và xâm nhiễm ngoài hạch, đã điều trị nhiều phác đồ trước đó sẽ rất khó khăn trong việc lựa chọn phác đồ hóa trị phù hợp với thể trạng và dự đoán khả năng đáp ứng thuốc kém.

Tỷ lệ đáp ứng

- Hiện nay, hoá trị liều cao và ghép tế bào gốc tự thân là phác đồ điều trị chuẩn cho các bệnh nhân LH tái phát. Sự phát triển của các thuốc nhắm đích mới và liệu pháp miễn dịch được xem như một lựa chọn mang tính chất bắc cầu, giúp

tăng tỷ lệ bệnh nhân đạt đáp ứng để ghép tế bào gốc hoặc cải thiện tỷ lệ đáp ứng với hóa trị cứu vớt cho nhóm bệnh nhân LH tái phát, kháng trị không có chỉ định ghép tế bào gốc. Tuy nhiên các phương pháp này vẫn còn nhiều hạn chế, khó phổ biến do chi phí điều trị cao. Cần cân nhắc tùy theo điều kiện cơ sở y tế, tình trạng người bệnh để lựa chọn phương thức điều trị phù hợp cá thể hóa.

- Trong nghiên cứu này chúng tôi chủ yếu sử dụng phác đồ Bv-bendamustine. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ đáp ứng tăng dần theo các chu kỳ điều trị với tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau 6 chu kỳ là 77,8%, tuy nhiên tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn khá thấp, chỉ chiếm 11,1%. Vì vậy, các BN trong nghiên cứu này không thể đưa vào ghép tế bào gốc sau 2 chu kỳ hóa trị. Điều này có thể do nhóm BN trong nghiên cứu có nhiều yếu tố tiên lượng xấu đi kèm như bệnh kháng trị sau nhiều phác đồ quy ước, hóa trị giảm liều do thể trạng BN yếu, khối u bulky và tái phát nhiều vị trí ngoài hạch...

- Các nghiên cứu lâm sàng ngày nay cho thấy vai trò của brentuximab vedotin nên được phối hợp sớm khi bệnh tái phát, kháng trị với phác đồ quy ước như bendamustine, ICE, DHAP, ESHAP, Gemcitabin... đã cải thiện tỷ lệ lui bệnh hoàn toàn từ 20-50%, tăng khả năng BN được ghép tế bào gốc và kéo dài thời gian sống còn không bệnh 5 năm so với nhóm nhóm hóa trị đơn thuần từ 31% lên 75%. Nghiên cứu của Lacsace và cộng sự trên 55 BN hóa trị Bv-bendamustine cho thấy tỷ lệ đáp ứng toàn bộ rất cao (92,5%), đáp ứng hoàn toàn (73,6%) và hơn 70% BN được ghép tế bào gốc sau 2 chu kỳ. Có thể do nhóm bệnh trong nghiên cứu này ở giai đoạn sớm hơn, ít yếu tố tiên lượng xấu đi kèm như bulky (9%) và u ngoài hạch (30,9%). Qua đó, việc lập kế hoạch điều trị và tiên lượng bệnh khi mới chẩn đoán hoặc khi bệnh tái phát là yếu tố quan trọng để quyết định thời điểm hóa trị lại phù hợp. Phác đồ có Bv phối hợp hóa trị nên được sử dụng ngay khi bệnh tái phát, kháng trị ban đầu, là điều kiện cần để cải thiện kết quả điều trị và tăng tỷ lệ BN được ghép tế bào gốc.

- Hơn thế nữa, vai trò của hóa trị duy trì Bv sau khi đạt đáp ứng với hóa trị hoặc ghép tế bào gốc đã được khuyến cáo rộng rãi. Kết quả của chúng tôi cho thấy duy trì Bv sau đạt đáp ứng giúp bệnh ổn định và tăng tỷ lệ đáp ứng toàn bộ lên 27,8%. Như vậy, BN nhận được càng nhiều chu kỳ trị liệu duy trì Bv thì tỷ lệ đáp ứng càng cao và bệnh ổn định lâu dài.

Tác dụng phụ

- Giảm bạch cầu hạt nặng độ 3-4 chiếm 33,3% chủ yếu ở nhóm hóa trị Bv-DHAP và có tình trạng xâm nhập tủy xương trước đó. Thiếu máu và giảm tiểu cầu mức độ 3-4 chiếm tỷ lệ thấp. Các tác dụng phụ khác ngoài huyết học ở mức độ nhẹ thoáng qua không làm gián đoạn quá trình điều trị. Độc tính thần kinh ngoại vi độ 1 khá cao (61,1%), không có BN nào grad 3-4 và bị ảnh hưởng chức năng vận động. Theo y văn, độc tính trên thần kinh cảm giác ngoại vi ở mức độ nhẹ từ 67-80% và giảm bạch cầu hạt grad 3-4 là 20% các trường hợp.

Theo dõi - Sống còn

- BN ổn định sau hóa trị phối hợp Bv trong nghiên cứu chúng tôi là 61,1% với trung vị theo dõi 22,7 tháng. Một phân tích gộp của tác giả Bonthapally và cộng sự được thực hiện trên 2.518 BN HL tái phát, tiến triển cho thấy vai trò hóa trị phối hợp với Bv giúp cải thiện sống còn đáng kể với thời gian sống còn trung bình là 40,5 tháng so với 26,4 tháng; sự khác biệt về trung vị sống còn toàn bộ ở nhóm hóa trị có Bv, nhóm hóa trị ghép tế bào gốc đồng loài và các liệu pháp khác lần lượt là 19 tháng, 9,4 tháng và 6,4 tháng. Như vậy, hóa trị cứu vớt phác đồ phối hợp Bv là một trong những lựa chọn hiệu quả cho những BN HL cổ điển tái phát và kháng trị so với các phương pháp điều trị thông thường.

- Nghiên cứu chúng tôi cũng ghi nhận 2 trường hợp tử vong sớm do bệnh tiến triển sau 2 và 4

chu kỳ điều trị Bvb. Từ đó cho thấy chúng ta cần thiết lập kế hoạch điều trị lâu dài, tiên đoán bệnh tái phát kháng trị, theo dõi sát và quyết định thời điểm điều trị lại cho phù hợp trên nhóm bệnh tái phát sớm hoặc kháng trị nguyên phát tăng cường. Vai trò hóa trị phối hợp với các nhóm thuốc mới ở BN mới chẩn đoán, nhằm góp phần làm tăng hiệu quả điều trị, giảm tái phát và kéo dài sống còn cho BN.

5. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 18 bệnh nhân lymphôm Hodgkin cổ điển tái phát, kháng trị có CD30(+) được hóa trị phối hợp với brentuximab vedotin, chúng tôi nhận thấy phác đồ này mang lại tính hiệu quả, an toàn và là một trong những lựa chọn điều trị cho những bệnh nhân lymphôm Hodgkin cổ điển tái phát, kháng trị có CD30(+).

6. HẠN CHẾ CỦA ĐỀ TÀI

- Nghiên cứu này bị giới hạn bởi tính chất hồi cứu, cỡ mẫu nhỏ do chi phí điều trị thuốc cao chưa được chi trả bảo hiểm y tế.

- Chúng tôi chưa đánh giá thời gian sống còn và sống còn không bệnh tiến triển, chưa theo dõi được các biến chứng muộn đầy đủ cho bệnh nhân. Điều này có ý nghĩa quan trọng vì đây là bệnh lý xảy ra chủ yếu ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

- [1]. Nguyễn Trần Anh Thư, Phạm Xuân Dũng, Nguyễn Hồng Hải. Kết quả điều trị lymphôm Hodgkin ở người lớn tại Bệnh viện Ung Bướu TPHCM. *Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2009;15.

- [2]. Quyết định số 1832/QĐ-BYT. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học (Bộ Y Tế); 272-291 (2022).
- [3]. Vũ Đức Bình. Đánh giá hiệu quả phác đồ BEACOPP tiêu chuẩn trong điều trị U lympho Hodgkin tại viện Huyết Học Truyền máu TW từ 1/2015 đến 12/2019. *tạp chí y học Việt Nam*. 2020;496:226-236.
- Tiếng Anh**
- [4]. Abramson J.S., et al. "Management of peripheral neuropathy associated with brentuximab vedotin in the frontline treatment of classical Hodgkin lymphoma." *Elsevier*, Volume 204, December 2024, 104499.
- [5]. Bonthapally V., et al. "brentuximab vedotin compared with other therapies in relapsed/refractory Hodgkin lymphoma post autologous stem cell transplant: median overall survival meta-analysis." *Curr Med Res Opin*. 2015;31(7):1377-89.
- [6]. Cheson BD, Fisher RI, Barrington SF, et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the Lugano classification. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2014;32(27):3059-3068. doi:10.1200/JCO.2013.54.8800
- [7]. Potre O, Pescaru M, Sima A, et al. Evaluation of the Relapse Risk and Survival Rate in Patients with Hodgkin Lymphoma: A Monocentric Experience. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(10). doi:10.3390/medicina57101026
- [8]. Kersten M.J., et al. "Combining brentuximab vedotin with DHAP as Salvage Treatment in Relapsed/Refractory Hodgkin Lymphoma: The Phase II HOVON/LLPC Transplant BRaVE study." *Haematologica*, 2021 Apr 1;106(4):1129-1137.
- [9]. LaCasce A.S., et al. "brentuximab vedotin plus bendamustine: a highly active first salvage regimen for relapsed or refractory Hodgkin lymphoma." *Blood*, 2018 Jul 5;132(1):40-48.
- [10]. Lannitto E., et al. "brentuximab vedotin in association with bendamustine in refractory or multiple relapsed Hodgkin lymphoma. A retrospective real-world study." *Eur J Haematol*, 2020 Jun;104(6):581-587.
- [11]. Pinczés L.I., et al. "Real-world efficacy of brentuximab vedotin plus bendamustine as a bridge to autologous hematopoietic stem cell transplantation in primary refractory or relapsed classical Hodgkin lymphoma." *Ann Hematol*, 2020 Aug 3;99(10):2385–2392.
- [12]. Polyatskin IL, Artemyeva AS, Krivolapov YA. [Revised WHO classification of tumors of hematopoietic and lymphoid tissues, 2017 (4th edition):lymphoid tumors]. *Arkh Patol*. 2019;81(3):59-65. doi:10.17116/patol20198103159
- [13]. Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics, 2024. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(1):12-49. doi:10.3322/caac.21820
- [14]. Swerdlow S.H., et al. "The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms." *Blood*, 2016 May 19;127(20):2375-90.

U LYMPHO DẠNG NGUYÊN BÀO LYMPHO TẾ BÀO T: ĐỒNG BIỂU HIỆN CD33, CD117 VÀ CD34. DẤU ẤN TDT ÂM TÍNH: BÁO CÁO MỘT CA LÂM SÀNG

**Hồ Ngọc Dương*, Nguyễn Thị Thanh Thủy, Phan Vĩnh Sinh,
Lê Văn Hùng, Hoàng Ngọc Thanh**

TÓM TẮT

U lympho dạng nguyên bào lympho tế bào T (T-LBL) là bệnh lý ác tính hiếm gặp, chủ yếu ở trẻ em và thanh thiếu niên. Sự đồng biểu hiện CD33, CD117 và CD34 trong T-LBL là hiện tượng bất thường hiếm gặp, dễ nhầm lẫn với bạch cầu cấp dòng tủy. Chúng tôi báo cáo bệnh nhân nam 26 tuổi, khởi phát với hạch cổ phải to dần. Sinh thiết hạch ban đầu chỉ gợi ý Lymphôm không rõ loại. Tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng, Flowcytometry phát hiện tế bào ác tính biểu hiện cy_CD3, CD5, CD7 cùng đồng biểu hiện CD33, CD117, CD34 và TdT âm tính. Bệnh nhân được chẩn đoán T-LBL và điều trị theo phác đồ Hyper-CVAD. Sau 3 chu kỳ, tổn thương hạch và khối trung thất giảm rõ rệt. Báo cáo góp phần bổ sung dữ liệu về kiểu hình miễn dịch bất thường trong T-LBL và nhấn mạnh vai trò của Flowcytometry trong chẩn đoán chính xác.

Từ khóa: T-LBL; CD33; CD117; CD34; Flowcytometry.

CO-EXPRESSING CD33, CD117 AND CD34 OF T-CELL LYMPHOBLASTIC LYMPHOMA: A CASE REPORT

ABSTRACT

T-cell lymphoblastic lymphoma (T-LBL) is a rare malignancy, mainly affecting children and adolescents. Co-expression of CD33, CD117, and CD34 in T-LBL is extremely uncommon and may mimic acute myeloid leukemia. We report a 26-year-old male presenting with progressive cervical lymphadenopathy. Initial biopsy was inconclusive. At Da Nang Oncology Hospital, flow cytometry revealed abnormal cells expressing cy_CD3, CD5, CD7 with aberrant co-expression of CD33, CD117, CD34 and negative TdT. The patient was diagnosed with T-LBL and treated with Hyper-CVAD. After three cycles, both mediastinal mass and lymphadenopathy markedly regressed. This case adds to the

Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

*Chịu trách nhiệm chính: Hồ Ngọc Dương

Email: duongch@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày duyệt bài: 30/10/2025

limited data on rare immunophenotypic variants of T-LBL and emphasizes the role of flow cytometry in accurate diagnosis.

Keywords: T-LBL; CD33; CD117; CD34; Flow cytometry.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho dạng nguyên bào lympho tế bào T (T-LBL) là một dạng u lympho không Hodgkin có độ ác tính cao, thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên, chiếm tỷ lệ nhỏ trong các bệnh lý tạo máu ác tính. Tại Việt Nam, số liệu về T-LBL còn hạn chế, đặc biệt là các trường hợp có biểu hiện miễn dịch bất thường. Trong bối cảnh các kỹ thuật chẩn đoán chuyên sâu như hóa mô miễn dịch, miễn dịch tế bào dòng chảy (Flowcytometry) và xét nghiệm sinh học phân tử ngày càng được triển khai tại các bệnh viện chuyên khoa ung bướu, việc nhận diện các ca bệnh hiếm đóng vai trò quan trọng nhằm tránh nhầm lẫn chẩn đoán nhầm với các bệnh lý dòng tủy.

Trường hợp chúng tôi báo cáo có sự đồng biểu hiện CD33, CD117 và CD34 - những dấu ấn thường thuộc về dòng tủy - trong bệnh cảnh T-LBL, kèm theo TdT âm tính. Đây là hiện tượng hiếm gặp, có thể gây thách thức lớn trong chẩn đoán và lựa chọn phác đồ điều trị. Việc ghi nhận và phân tích ca bệnh không chỉ giúp nâng cao hiểu biết chẩn đoán tại các cơ sở y tế, mà còn đóng góp thêm dữ liệu cho y văn trong nước về đặc điểm đa dạng của T-LBL.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Tiền sử bệnh

Bệnh nhân nam, 26 tuổi. Tiền sử: Nói khó, giảm thính lực bẩm sinh. Bệnh khởi phát tháng 10/2024 với nổi hạch cổ phải. Hạch to dần, tháng 12/2024, bệnh nhân đi khám tại Bệnh viện tỉnh Khánh Hòa, được sinh thiết hạch, kết quả Lymphoma không rõ loại, LCA(+), CD20 (-), CD3(-), Ki67(+) 60%, TdT(-), CD34(-), CD79a(-). Bệnh nhân xin chuyển Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng điều trị tiếp.

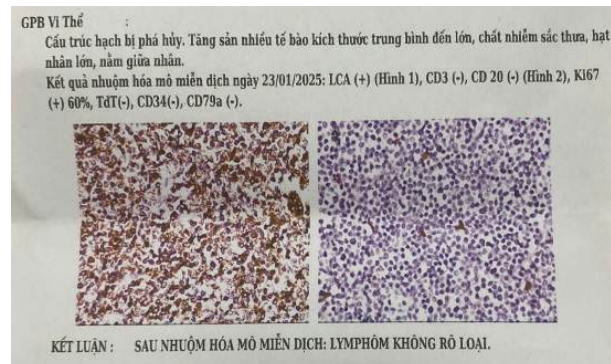
Khám lâm sàng

Thể trạng trung bình. Không có triệu chứng B. Nhiều hạch cổ phải, ĐK # 3 cm, cứng chắc, di động, không đau. Lách không to, gan không to. Không có triệu chứng thần kinh.

Cận lâm sàng

Công thức máu: Bạch cầu giảm nhẹ (3.47G/l), hồng cầu và tiểu cầu trong giới hạn bình thường. LDH: bình thường. Tủy đồ: Tăng tỷ lệ lympho trong tủy. Theo dõi U lympho thâm nhiễm tủy. Dịch não tủy: Trong, không màu, không thấy tế bào.

CT scan bụng-tiểu khung: Không thấy hạch phì đại ổ bụng. CT scan hàm mặt: Nhóm II, III, IV, V cổ (P) có nhiều hạch mất rốn, ngấm thuốc kém, đồng nhất sau tiêm dmax #28×30mm. Nhóm II, IV cổ (T), nhóm VIb quanh khí quản có vài hạch không rõ rốn, một số hạch rốn lệch tâm, dmax #15×8 mm. CT scan lồng ngực: Trung thất trước có khối tỷ trọng mô mềm, kích thước #68×44×106 mm, ngấm thuốc không đồng nhất, hình không đều, giới hạn kém rõ. Nền cổ (P) có nhiều hạch bệnh lý dmax #20 mm. Cảnh thất (T) có vài hạch ngấm thuốc không đồng nhất dmax #10 mm.



Hình 1. Kết quả hóa mô miễn dịch

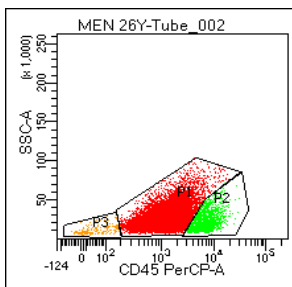
Sinh thiết hạch cổ (BV tỉnh Khánh Hòa): Mô bệnh học: Tăng sản nhiều tế bào kích thước trung bình đến lớn, chất nhiễm sắc thưa, hạt nhân lớn, nằm giữa nhân.

Kết quả Hóa mô miễn dịch (BV tỉnh Khánh Hòa): Dấu ấn dương tính: LCA dương tính, Ki67 dương tính 60%. Dấu ấn âm tính: CD3, CD20, TdT, CD34, CD79a. Kết luận Lymphôm không rõ loại.

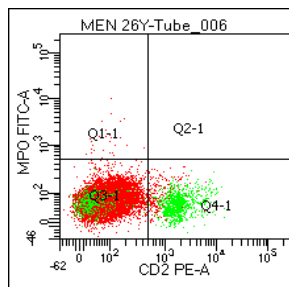
Kết quả Phân loại miễn dịch bằng Flowcy-

tometry (BVUB Đà Nẵng): Ghi nhận quần thể tế bào bất thường (màu đỏ Hình 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) chiếm 80% tế bào hạch có đặc điểm: Dấu ấn dương tính: cy_CD3, CD34, HLA-DR, CD5, CD7, CD33, CD10, CD117. Dấu ấn âm tính: CD3, CD79a, MPO, CD4, CD8, CD16, CD56, CD19, CD20, CD13. Kết luận: Theo dõi bất thường tế bào non dòng Lympho T.

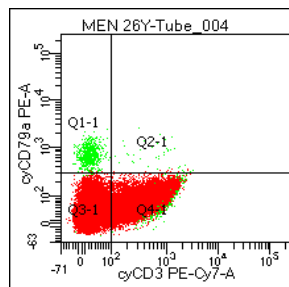
Các xét nghiệm di truyền, sinh học phân tử: Không áp dụng.



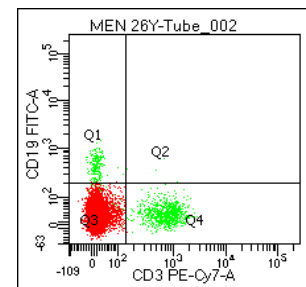
Hình 2. CD45 & SSC



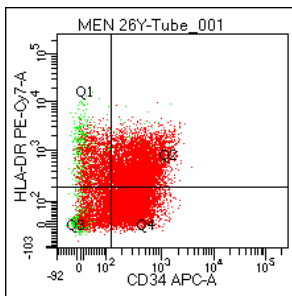
Hình 3. CD2&MPO



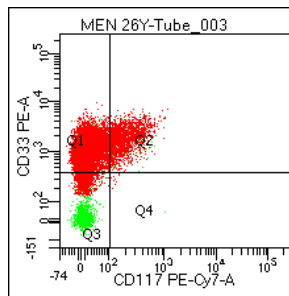
Hình 4. cy_CD3 & CD79a



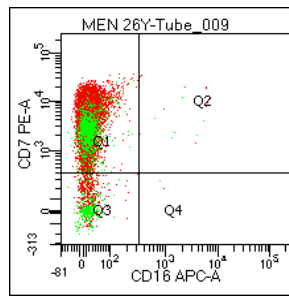
Hình 5. CD3 & CD19



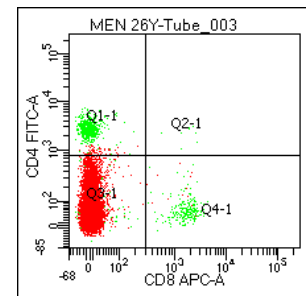
Hình 6. CD34 & HLA-DR



Hình 7. CD33 & CD117



Hình 8. CD7 & CD16



Hình 9. CD4 & CD8

Chẩn đoán chung

Dựa trên đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch, kết quả phân loại miễn dịch, bệnh nhân được chẩn đoán T-LBL.

Điều trị và diễn biến

Bệnh nhân được điều trị hóa trị theo phác đồ Hyper-CVAD, dự phòng thâm nhiễm thần kinh trung ương (TKTW) bằng Methotrexate và

Cytarabine. Sau 3 chu kỳ hóa trị, kích thước hạch giảm nhiều. CT scan bụng-tiêu khung: Không thấy hạch phì đại ổ bụng. CT scan hàm-mặt: Vài hạch nhỏ nhóm II, III, IV cổ (P) #7 mm. CT scan lồng ngực: Trung thất trước có cấu trúc tỉ trọng mô mềm, ngấm thuốc đồng nhất, bề dày #12 mm. Tủy đồ: Chưa thấy hình ảnh u lympho xâm lấn tủy xương.

Bệnh nhân có nhiều yếu tố tiên lượng thuận lợi, bao gồm tuổi trẻ, chưa ghi nhận xâm lấn hệ

thần kinh trung ương, nồng độ LDH trong giới hạn bình thường và đáp ứng điều trị tốt sau 3 chu kỳ hóa trị. Tuy nhiên, do chưa đầy đủ các xét nghiệm cần thiết, bệnh nhân hiện chưa thể được phân tầng nguy cơ một cách chính xác. Phác đồ Hyper-CVAD bao gồm tổng cộng 8 chu kỳ, xen kẽ các pha A và B. Trên cơ sở các yếu tố lâm sàng hiện có, chiến lược điều trị trong thời gian tới dự kiến là tiếp tục hóa trị theo phác đồ Hyper-CVAD thêm 3 chu kỳ. Trong bối cảnh nhóm nguy cơ chưa được xác định rõ, bệnh nhân sẽ được dự phòng thâm nhiễm TKTW bổ sung thêm 1 chu kỳ. Sau khi hoàn tất các chu kỳ hóa trị này, bệnh nhân sẽ được đánh giá lại toàn diện để xây dựng chiến lược điều trị tiếp theo.

3. BÀN LUẬN

U lympho dạng nguyên bào lympho tế bào T (T-LBL) là một dạng u lympho không Hodgkin có độ ác tính cao, thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên, chiếm khoảng 2% trong tất cả các bệnh lý lymphôm và 30-40% trong nhóm U lympho dạng nguyên bào lympho [1]. Đặc điểm điển hình của bệnh là khối trung thất, tổn thương hạch ngoại vi và có thể thâm nhiễm tủy xương. Ca bệnh của chúng tôi là nam giới 26 tuổi, lớn tuổi hơn so với nhóm thường gặp, cho thấy tính đa dạng trong biểu hiện lâm sàng của T-LBL.

Đặc điểm miễn dịch bất thường. Trong đa số trường hợp, T-LBL dương tính với cytoplasmic CD3, CD5, CD7, CD2 và TdT, đồng thời âm tính với các dấu ấn dòng tủy [2]. Bệnh nhân trong báo cáo có biểu hiện cy_CD3, CD5, CD7, đồng thời dương tính bất thường với CD33, CD117 và CD34, TdT âm tính. Kiểu hình này dễ nhầm với bạch cầu cấp dòng tủy (AML) hoặc bạch cầu cấp lưỡng hình (MPAL). Một số báo cáo trong y văn cũng ghi nhận hiện tượng tương tự, song rất hiếm gặp [3, 4]. Sự hiện diện của CD33 và CD117, vốn là dấu ấn dòng tủy, gợi ý rằng tế bào ác tính có nguồn gốc từ tiền thân sớm có khả năng đa dòng.

Khó khăn trong chẩn đoán. Tại tuyến cơ sở, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch ban đầu chỉ gợi ý “Lymphôm không rõ loại” do thiếu dấu ấn định danh. Việc triển khai Flowcytometry tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng đã giúp phát hiện cy_CD3 và các dấu ấn liên quan, từ đó chẩn đoán chính xác T-LBL. Điều này chứng minh vai trò quan trọng của kỹ thuật miễn dịch tế bào dòng chảy trong phân biệt các bệnh lý ác tính hệ tạo máu. Theo WHO 2022, các trường hợp đồng biểu hiện dấu ấn dòng tủy có thể được cân nhắc trong nhóm “acute leukemias of ambiguous lineage” (ALAL) [5]. Tuy nhiên, với cy_CD3 dương tính rõ, trường hợp này vẫn được xếp vào nhóm T-LBL.

Điều trị và đáp ứng. Phác đồ Hyper-CVAD hiện được sử dụng rộng rãi trong điều trị T-LBL ở người lớn và đã chứng minh hiệu quả với tỷ lệ lui bệnh cao [6]. Mặc dù phác đồ CALGB 10403 cũng là một lựa chọn điều trị tấn công trong T-LBL, với tỷ lệ sống còn toàn bộ sau 3 năm ước tính khoảng 73%, tuy nhiên ở bệnh nhân trong báo cáo này, tế bào u âm tính với TdT, gợi ý khả năng đáp ứng kém hơn với asparaginase. Do đó, Hyper-CVAD được lựa chọn như một phác đồ phù hợp hơn trong bối cảnh lâm sàng cụ thể này [7,8]. Trên thực tế, sau 3 chu kỳ hóa trị, bệnh nhân đạt được đáp ứng hình ảnh rõ rệt, với sự giảm đáng kể kích thước khối u trung thất và các hạch cổ. Tuy nhiên, T-LBL vẫn được xem là một bệnh lý có nguy cơ tái phát cao, đặc biệt ở những trường hợp có kiểu hình miễn dịch không điển hình. Việc phát hiện sự biểu hiện của các marker dòng tủy như CD33 và CD117 gợi mở tiềm năng ứng dụng các liệu pháp nhắm trúng đích, bao gồm gemtuzumab ozogamicin (kháng CD33) hoặc các thuốc ức chế KIT (CD117). Mặc dù hiện tại các chiến lược này chưa được khuyến cáo trong điều trị chuẩn, chúng có thể được cân nhắc như những hướng tiếp cận tiềm năng trong bối cảnh bệnh kháng trị hoặc tái phát [9, 10].

Ý nghĩa thực tiễn. Báo cáo này cho thấy sự đa dạng kiểu hình miễn dịch của T-LBL và nhấn mạnh:

- Đồng biểu hiện CD33, CD117 và CD34 trong T-LBL là hiện tượng hiếm gặp.

- Flowcytometry đóng vai trò quyết định trong xác định chẩn đoán phân loại.

- Điều trị Hyper-CVAD bước đầu hiệu quả, song cần theo dõi lâu dài và nghiên cứu thêm hướng điều trị mới.

4. KẾT LUẬN

Chúng tôi báo cáo một ca bệnh T-LBL ở người trưởng thành, đồng biểu hiện CD33, CD117, CD34 và TdT âm tính. Đây là một kiểu hình bất thường hiếm, dễ gây nhầm lẫn với AML và MPAL. Nhờ phối hợp mô bệnh học, hóa mô miễn dịch và đặc biệt là Flowcytometry, bệnh nhân được chẩn đoán xác định T-LBL. Điều trị bằng phác đồ Hyper-CVAD đem lại đáp ứng tốt sau giai đoạn đầu.

Ca bệnh góp phần bổ sung dữ liệu về sự đa dạng miễn dịch của T-LBL, đồng thời gợi ý triển vọng áp dụng liệu pháp nhắm trúng đích trong những trường hợp kháng trị hoặc tái phát. Việc ghi nhận và phân tích các trường hợp hiếm như trên giúp nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị các bệnh lý ác tính hệ tạo máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Hoelzer D, et al. T-cell lymphoblastic lymphoma and T-cell acute lymphoblastic leukemia: biology and treatment. *Ann Hematol.* 2018;97(8):1235–1249.
- [2]. Swerdlow SH, et al. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues, 5th edition. IARC; 2022.
- [3]. Bene MC, et al. Immunophenotyping of acute leukemias: pitfalls and clinical relevance. *Haematologica.* 2019;104(6):1113–1125.
- [4]. Khoury JD, et al. Unusual immunophenotypic findings in T-lymphoblastic lymphoma. *Mod Pathol.* 2016;29(6):639–650.
- [5]. Arber DA, et al. International consensus classification of acute leukemias. *Blood.* 2022;140(11):1200–1228.
- [6]. Kantarjian H, et al. Hyper-CVAD and related regimens in adult acute lymphoblastic leukemia. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk.* 2010;10(2):S18–S24.
- [7]. Stock W, et al. A pediatric regimen for older adolescents and young adults with acute lymphoblastic leukemia: results of CALGB 10403. *Blood.* 2019; 133(14):1548-1559.
- [8]. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Acute Lymphoblastic Leukemia. Version 2.2025. NCCN; 2025.
- [9]. Stein EM, et al. Gemtuzumab ozogamicin for acute myeloid leukemia. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2017;2017(1):89–96.
- [10]. Heinrich MC, et al. Targeting KIT in cancer: prospects for imatinib and beyond. *Cancer Res.* 2021;81(1):20–30.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHÁC ĐỒ BENDAMUSTINE VÀ RITUXIMAB TRONG ĐIỀU TRỊ U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B THỂ DIỄN TIẾN CHẬM TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG

**Đoàn Quốc Bảo*, Phạm Ngọc Văn Chương,
Võ Thị Thu Yên, Nguyễn Phạm Thanh Nhân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng và đánh giá đáp ứng và một số tác dụng phụ không mong muốn của phác đồ Bendamustin và Rituximab trong điều trị U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm được hóa trị với phác đồ Bendamustine và Rituximab tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ tháng 01/2018-9/2024.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm trên 60 tuổi chiếm 51,6%. Tuổi trung bình là $61 \pm 10,05$. Tỷ lệ nam/nữ là 1,75/1. ECOG từ 0-1 chiếm 87,1%. Bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho chiếm tỷ lệ cao nhất 38,7%, tiếp theo là U lympho không Hodgkin thể nang 25,8%. Tỷ lệ bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm ở giai đoạn IV chiếm 67,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng chỉ số LDH trong máu chiếm 41,9%. Hầu hết bệnh nhân ở các thể bệnh đều ở giai đoạn III và IV. Tỷ lệ đáp ứng là 87,1%, trong đó đáp ứng hoàn toàn 77,4%. Tỷ lệ đáp ứng đáp ứng hoàn toàn của phác đồ hóa trị BR cho nhóm bệnh nhân ở bước 1 (82,4%) cao hơn so với nhóm bệnh nhân hóa trị BR ở bước 2 trở đi (71,4%). Các tác dụng phụ trong nghiên cứu thì nhẹ. Thời gian sống còn toàn bộ của bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng sau 3 tháng là 77,8% và sau 12 tháng là 73,7%.

Kết luận: Phác đồ Bendamustine và Rituximab cho ULKH tế bào B thể diễn tiến chậm là một phác đồ ít độc tính, thuốc hóa trị phổ biến, có thể áp dụng dễ dàng.

Từ khóa: U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm; phác đồ Bendamustin và Rituximab

Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

*Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quốc Bảo

Email: quocbao137@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày duyệt bài: 30/10/2025

EFFICACY OF BENDAMUSTINE-RITUXIMAB COMBINATION THERAPY IN THE TREATMENT OF INDOLENT B-CELL NON-HODGKIN LYMPHOMA AT DANANG ONCOLOGY HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of indolent B-cell non-Hodgkin's lymphoma (NHL) at Da Nang Oncology Hospital and to evaluate the treatment response and some adverse effects of the Bendamustine and Rituximab (BR) regimen in managing indolent B-cell NHL at this hospital.

Methods: The study included all patients diagnosed with indolent B-cell NHL who received chemotherapy with the BR regimen at Da Nang Oncology Hospital from January 2018 to September 2024.

Results: The proportion of patients over 60 years old was 51.6%, with a mean age of 61 ± 10.05 years. The male-to-female ratio was 1.75:1. ECOG performance status 0–1 was observed in 87.1% of patients. The most common subtypes were small lymphocytic lymphoma/chronic lymphocytic leukemia (38.7%) and follicular lymphoma (25.8%). Stage IV disease accounted for 67.7% of cases. Elevated serum LDH levels were found in 41.9% of patients. Most patients across all subtypes were in stages III and IV. The overall response rate (ORR) was 87.1%, with a complete response (CR) rate of 77.4%. The CR rate for patients receiving BR as first-line therapy was 82.4%, higher than that of patients receiving BR in second-line or later (71.4%). Side effects were mild throughout the study. The overall survival (OS) rate at 3 months was 77.8%, and at 12 months was 73.7%.

Conclusions: The Bendamustine and Rituximab regimen is an effective, low-toxicity, and commonly used chemotherapy protocol that is easily applicable for the treatment of indolent B-cell NHL.

Keywords: Indolent B-cell non-Hodgkin's lymphoma; Bendamustine and Rituximab regimen.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho là bệnh lý ác tính dòng lympho thường gặp nhất và là một trong mười ung thư có tần suất mắc cao trên thế giới. Nhóm bệnh lý này được phân loại thành u lympho Hodgkin và u lympho không Hodgkin. Trong đó U lympho không Hodgkin thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 80-85% và hầu hết u lympho không Hodgkin là bệnh lý của tế bào B (> 80%) [1], [2].

U lympho không Hodgkin diễn tiến chậm chiếm khoảng 35-40% trong u lympho ác tính không Hodgkin. Các thể dưới nhóm thường gặp gồm: U lympho không Hodgkin thể nang,

U lympho không Hodgkin thể áo nang, U lympho không Hodgkin vùng rìa ngoài hạch, tại hạch, tại lách... U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/ Bạch cầu mạn dòng lympho, U lympho lympho tương bào [1], [2], [3].

Điều trị U lympho không Hodgkin thể diễn tiến chậm bao gồm có thể theo dõi định kỳ hoặc điều trị khi bệnh gây ra các triệu chứng lâm sàng hoặc xét nghiệm cần phải điều trị.

Sự kết hợp Bendamustine và Rituximab cho thấy tác dụng điều trị tốt ở bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể tiến triển chậm [7]. Vài nghiên cứu cho thấy phác đồ Bendamustine

kết hợp với Rituximab ở nhóm U lympho không Hodgkin thể diễn tiến chậm cho hiệu quả tốt hơn so với dùng phác đồ RCHOP và các độc tính về mặt huyết học cũng thấp hơn so với phác đồ RCHOP [6], [7], [8].

Những ưu điểm này cho chúng ta thêm sự lựa chọn trong việc điều trị cho bệnh nhân.

Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

2. Đánh giá đáp ứng và một số tác dụng phụ không mong muốn của phác đồ Bendamustine và Rituximab trong điều trị U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm được hóa trị với phác đồ Bendamustine và Rituximab tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ tháng 01/2018 đến tháng 9/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu mô tả loạt ca.

2.2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán u lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm dựa trên các tiêu chuẩn về lâm sàng và giải phẫu bệnh, bao gồm: U lympho không Hodgkin thể nang, U lympho không Hodgkin thể áo nang, U lympho không Hodgkin vùng rìa ngoài hạch, tại hạch, tại lách, U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho, U lympho lympho tương bào.

- Bệnh nhân được hóa trị với phác đồ Bendamustine và Rituximab (bao gồm cả bước đầu và cả những bước sau) và đã kết thúc điều trị.

Liều thông thường: Rituximab 375 mg/m² (ngày 1) và Bendamustine 90-120 mg/m² (ngày 1, 2). Lặp lại mỗi 28 ngày. Thông thường là 6 chu kỳ.

Có sử dụng thuốc kháng virus dự phòng tái hoạt hóa siêu vi B (bệnh nhân có HBsAg (+) hoặc antiHBc(+)).

- Loại trừ những bệnh nhân không tuân thủ phác đồ, bệnh nhân bỏ dở điều trị.

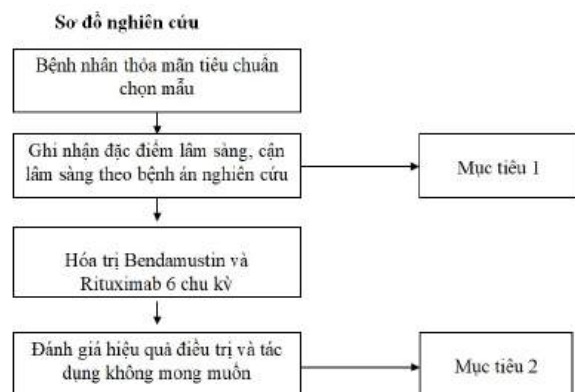
2.2.3. Các biến số nghiên cứu

- Biến Nhị giá: Giới.
- Biến định lượng: Tuổi, các chỉ số huyết học, sinh hóa.
- Biến khác: Chẩn đoán bệnh (theo hệ thống phân mã ICD10 và WHO 2018); Chẩn đoán giai đoạn (theo Ann Arbor dựa trên CT, MRI hoặc PET/CT); Đánh giá kết quả điều trị (theo Cheson), phân độ độc tính hóa trị (theo WHO)

2.2.4. Phương pháp tiến hành

Ghi nhận hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

Sơ đồ nghiên cứu.



2.2.5. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng các thuật toán thống kê y học thông thường để phân tích và so sánh các dữ liệu thu thập được, chương trình SPSS 22.0.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được sự cho phép của lãnh đạo Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng, lãnh đạo khoa Nội 3. Các thông tin về bệnh nhân được cam kết giữ bí mật tuyệt đối.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả số bệnh nhân nghiên cứu là 31 trường hợp cho thấy:

3.1. Phân bố bệnh theo tuổi - giới

Lứa tuổi bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm trên 60 tuổi chiếm 51,6%. Tuổi trung bình là $61 \pm 10,05$, tỷ lệ nam/nữ là 1,38/1.

3.2. Phân bố bệnh theo theo thang điểm đánh giá thể trạng

Tỷ lệ bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm có chỉ số thể trạng ECOG từ 0-1 chiếm 87,1%.

3.3. Phân bố theo thể giải phẫu bệnh

Bảng 1: Đặc điểm thể lâm sàng của bệnh nhân

Thể bệnh lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho	12	38,7
U lympho không Hodgkin thể áo nang	7	22,6

Thể bệnh lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
U lympho không Hodgkin thể nang	8	25,8
U lympho không Hodgkin vùng rìa ngoài hạch, tại hạch, tại lách	4	12,9
Tổng	31	100,0

Nhận xét:

Bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho chiếm tỷ lệ cao nhất 38,7%, tiếp theo là U lympho không Hodgkin thể nang 25,8%.

3.4. Đặc điểm giai đoạn bệnh

Bảng 2: Đặc điểm giai đoạn bệnh của bệnh nhân

Giai đoạn bệnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
I	0	0
II	2	6,5
III	8	25,8
IV	21	67,7
Tổng	31	100,0

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm ở giai đoạn IV chiếm 67,7%.

3.5. Đặc điểm chỉ số LDH

Bảng 3: Đặc điểm chỉ số LDH của bệnh nhân

Chỉ số LDH	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	18	58,1
Tăng	13	41,9
Tổng	31	100,0

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế

bào B thể diễn tiến chậm có tăng chỉ số LDH trong máu chiếm 41,9%.

3.6. Đặc điểm thể bệnh tương ứng các giai đoạn bệnh của bệnh nhân

Bảng 4: Đặc điểm thể bệnh tương ứng các giai đoạn bệnh của bệnh nhân

Thể bệnh	Giai đoạn bệnh (n)				Tổng
	I	II	III	IV	
U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho	0	0	2	10	12
U lympho không Hodgkin thể áo nang	0	0	3	4	7
U lympho không Hodgkin thể nang	0	2	2	4	8
U lympho không Hodgkin vùng rìa ngoài hạch, tại hạch, tại lách	0	0	1	3	4
Tổng	0	2	8	21	31

Nhận xét:

Hầu hết ở các thể bệnh là giai đoạn III và IV. Bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho giai đoạn IV có số lượng nhiều nhất với 10 bệnh nhân.

3.7. Kết quả điều trị chung

Bảng 5: Kết quả đáp ứng điều trị của bệnh nhân

Kết quả điều trị	BN (n)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	24	77,4
Đáp ứng một phần	3	9,7
Không đáp ứng	0	0,0
Tiến triển	4	12,9
Tổng	31	100,0

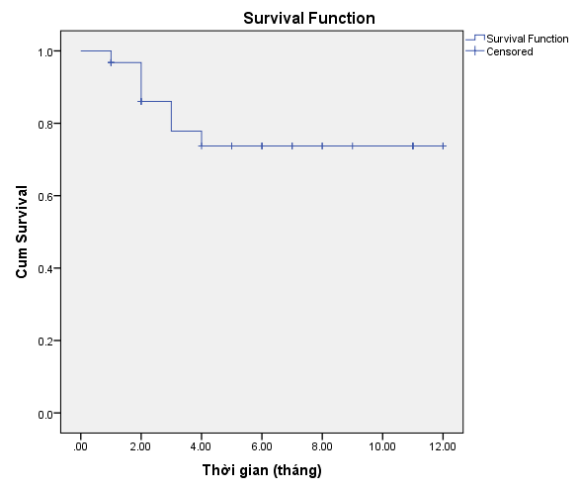
Nhận xét:

Kết quả điều trị chung cho nhóm bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm với tỷ lệ đáp ứng là 87,1%, trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm tỷ lệ 77,4%.

3.9. Kết quả điều trị theo tuổi

Đặc điểm	Số BN	Đáp ứng hoàn toàn	Không đáp ứng	Tiến triển	p
≤ 60 tuổi	15	12	0	3	0,137
> 60 tuổi	16	12	3	1	

3.8. Kaplan-Meier thời gian sống còn toàn bộ



Biểu đồ 1: Thời gian sống còn toàn bộ

Nhận xét:

Tỷ lệ sống còn toàn bộ sau 3 tháng là 77,8%, sau 12 tháng là 73,7%.

Nhận xét:

Trong nhóm ≤ 60 tuổi, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 80%. Ở nhóm > 60 tuổi tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn

là 75%. Không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa hai nhóm tuổi.

3.10. Kết quả điều trị theo từng thể bệnh của bệnh nhân

Bảng 6: Kết quả đáp ứng theo từng thể bệnh của bệnh nhân

Thể bệnh	Kết quả điều trị			Tổng	p
	Đáp ứng hoàn toàn	Đáp ứng một phần	Bệnh tiến triển		
U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho	9	2	1	12	0,24
U lympho không Hodgkin thể áo nang	6	1	0	7	
U lympho không Hodgkin thể nang	6	0	2	8	
U lympho không Hodgkin vùng rìa ngoài hạch, tại hạch, tại lách	3	0	1	4	
Tổng	24	3	4	31	

Nhận xét:

Nhóm U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho có số lượng bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn cao nhất với 9 bệnh nhân. Nhóm U lympho không Hodgkin thể nang có số lượng bệnh nhân tiến triển cao nhất, 2 bệnh nhân.

3.11. Phân bố tỷ lệ đáp ứng của phác đồ BR

Bảng 7: Kết quả đáp ứng của phác đồ BR của bệnh nhân

Đặc điểm	Phác đồ hóa trị				p
	Bước 1		Bước 2 trở đi		
	n	%	n	%	
Đáp ứng hoàn toàn	14	82,4	10	71,4	0,435
Không đáp ứng	2	11,8	1	7,1	
Tiến triển	1	5,8	3	21,4	
Tổng	17	54,8	14	45,2	

Nhận xét:

Tỷ lệ đáp ứng đáp ứng hoàn toàn của phác đồ hóa trị BR cho nhóm bệnh nhân ở bước 1 (82,4%) cao hơn so với nhóm bệnh nhân hóa trị BR ở bước 2 trở đi (71,4%).

Tỷ lệ tiến triển của phác đồ hóa trị BR cho nhóm bệnh nhân ở bước 1 (5,8%) thấp hơn so với nhóm bệnh nhân hóa trị BR ở bước 2 trở đi (21,4%).

3.12. Tác dụng không mong muốn về huyết học

3.12.1. Giảm bạch cầu hạt - Thiếu máu - Giảm tiểu cầu

Trong tổng số 31 bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm, tình trạng giảm bạch cầu hạt độ 3,4 chiếm 38,7%. Trong đó giảm bạch cầu hạt độ 4 chiếm 16,1%; Có 6,5% tình trạng thiếu máu mức độ 3. Không có trường hợp thiếu máu mức độ 4; Có 9,7% tình trạng giảm tiểu cầu mức độ 3 và mức độ 4.

3.12.2. Tác dụng không mong muốn khác

Bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm tăng nhẹ và không tăng men gan khi hóa trị. Có 16,1% tăng men gan mức độ 1. Và không có bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm có tổn thương chức năng thận.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Qua nghiên cứu trên 31 bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm ở bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng trong thời gian nghiên cứu, độ tuổi bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 51,6%, tỉ lệ nam/nữ là 1.38/1. Chỉ số thể trạng ECOG từ 0-1 chiếm 87,1%. Thể giải phẫu bệnh U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho chiếm tỷ lệ cao nhất 38,7%, tiếp theo là U lympho không Hodgkin thể nang 25,8%, tiếp theo là thể áo nang 22,6%.

Hầu hết bệnh nhân ở giai đoạn III và IV chiếm tỷ lệ 93,5%, trong đó giai đoạn IV là 67,7%. Có 41,9% bệnh nhân tăng chỉ số LDH.

Hầu hết các thể bệnh đều ở giai đoạn III và IV. Không có thể bệnh nào được phát hiện ở giai đoạn I. Nhóm bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho phát hiện ở giai đoạn IV số lượng nhiều nhất là 10 bệnh nhân. U lympho không Hodgkin thể nang và áo nang đều có số lượng bệnh nhân phát hiện ở giai đoạn IV là 4 bệnh nhân.

4.2. Kết quả điều trị

Ở Việt Nam, Bendamustine mới được đưa vào điều trị khoảng 5 năm trở lại đây và đặc biệt tại Đà Nẵng Bendamustine mới được chỉ định cho bệnh lý U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm trong khoảng 3 năm trở lại, do đó có rất ít nghiên cứu được tiến hành để đánh giá đáp ứng điều trị của U lympho không Hodgkin

thể diễn tiến chậm bằng phác đồ Bendamustine và Rituximab.

Kết quả điều trị chung cho nhóm bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm của chúng tôi với tỷ lệ đáp ứng là 87,1%, đáp ứng hoàn toàn chiếm 77,4%. Nghiên cứu của Wang H. và các cộng sự cho thấy đáp ứng hoàn toàn 83,3%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [7]. Ngược lại nghiên cứu của Zhang Y. và các cộng sự năm 2022 cho thấy tỷ lệ đáp ứng 79,5%, trong đó đáp ứng hoàn toàn là 37%. Các tỷ lệ này đều thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [8].

Có thể có nhiều nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt trong tỷ lệ đáp ứng giữa các nghiên cứu, bao gồm sự đa dạng trong mẫu bệnh nhân, cách thức thực hiện nghiên cứu, và các yếu tố khác như độ tuổi, tiến triển của bệnh, và hệ thống chăm sóc y tế.

4.3. Kết quả điều trị theo một số yếu tố

Nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu. Nhóm ≤ 60 tuổi tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 80%. Ở nhóm > 60 tuổi tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 75%. Không có sự khác biệt đáng kể về kết quả điều trị giữa hai nhóm tuổi.

Bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho có số lượng bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn cao nhất với 9 bệnh nhân. Nhóm bệnh nhân U lympho không Hodgkin thể nang có số bệnh nhân tiến triển cao nhất với 2 bệnh nhân. Do mỗi thực thể bệnh phương thức điều trị khác nhau và đáp ứng với phác đồ BR khác nhau (U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho 9/12, U lympho không Hodgkin thể áo nang 6/7, U lympho không Hodgkin thể nang 6/8, U lympho không Hodgkin vùng rìa ngoài hạch, tại hạch, tại lách 3/4). Như vậy U lympho không Hodgkin thể áo nang có lẽ đáp ứng tốt nhất với phác đồ BR.

Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của phác đồ hóa trị BR ở bước 1 là 82,4% cao hơn so với nhóm hóa

trị BR ở bước 2 trở đi 71,4%. Điều này cho thấy nếu phác đồ BR được chỉ định sớm ngay bước đầu thì sẽ làm tăng khả năng điều trị lui bệnh cho bệnh nhân. Nghiên cứu của Rouslan K. và cộng sự năm 2021 cũng cho thấy, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cho nhóm bệnh nhân điều trị bước đầu là 77,6%.

Tỷ lệ bệnh tiến triển của phác đồ hóa trị BR cho nhóm bệnh nhân ở bước 1 (5,8%) thấp hơn so với nhóm bệnh nhân hóa trị BR ở bước 2 trở đi (21,4%).

4.4. Tác dụng không mong muốn

Trong tổng số 31 bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm, tình trạng giảm bạch cầu hạt độ 3,4 chiếm 38,7%, trong đó giảm bạch cầu hạt độ 4 chiếm 16,1%. Nghiên cứu của Wang H. và các cộng sự, tỷ lệ giảm bạch cầu độ 3 và 4 là 27,8, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [7]. Và nghiên cứu của Zhang Y. Và cộng sự với tỷ lệ giảm bạch cầu độ 3 và 4 chỉ có 6,8% [8].

Bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm hầu hết có thiếu máu nhẹ. Có 6,5% tình trạng thiếu máu mức độ 3. Không có trường hợp thiếu máu mức độ 4. Kết quả của chúng tôi có tương đồng với nghiên cứu của Wang H.. và các cộng sự cũng cho thấy thiếu máu độ 3 là 5,6% [7].

Có 9,7% tình trạng giảm tiểu cầu mức độ 3 và mức độ 4. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Wang H. và các cộng sự với giảm tiểu cầu độ 3, độ 4 chiếm 4,2%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm tăng nhẹ và không tăng men gan khi hóa trị. Có 16,1% (5 trường hợp) tăng men gan mức độ 1. So sánh với nghiên cứu của Wang H. và các cộng sự thì chỉ có 1 trường hợp tăng men gan độ 3 [7].

Không có bệnh nhân U lympho không Hodgkin

tế bào B thể diễn tiến chậm nào được phát hiện có tổn thương chức năng thận sau quá trình hóa trị. Thực tế cũng cho thấy, trong nghiên cứu của Wang H, và các cộng sự đều không có thay đổi mức lọc cầu thận sau khi hoá trị [7]. Và trong nghiên cứu của Zhang Y. và các cộng sự cũng ghi nhận không có bệnh nhân độc tính trên thận do phác đồ gây ra [8].

5. KẾT LUẬN

Phác đồ Bendamustine và Rituximab ở những bệnh nhân u lympho không Hodgkin thể diễn tiến chậm không thể xét nghiệm đột biến gen, hóa trị với phác đồ BR có thể là một lựa chọn cho bệnh nhân với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn khá và tác dụng phụ nhẹ, tuy nhiên cần theo dõi thêm sống còn về lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Bộ Y tế (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu, Hà Nội.
- [2]. Bộ Y tế (2022), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học, Hà Nội.
- [3]. Andrew D. et al (2020), “NCCN Clinical practice guidelines in Oncology-B-Cell lymphomas”, pp12-65.
- [4]. Bogeljić Patekar et al (2018), “Bendamustine: an old drug in the new era for patients with non-hodgkin lymphomas and chronic lymphocytic leukemia”, Acta Clinica Croatica, 57.3, pp542-553.
- [5]. Brugger et al (2013), “Bendamustine in indolent non-Hodgkin’s lymphoma: a practice guide for patient management”, The Oncologist, 18.8, 954-964.

- [6]. Rummel et al (2013). “Bendamustine plus rituximab versus CHOP plus rituximab as first-line treatment for patients with indolent and mantle-cell lymphomas: an open-label, multicentre, randomised, phase 3 non-inferiority trial”, *The Lancet*, 381.9873, 1203-1210.
- [7]. Wang H. et al (2023), “Efficacy and safety of bendamustine-rituximab combination therapy for newly diagnosed indolent B-cell non-Hodgkin’s lymphoma and elderly mantle cell lymphoma: a multi-center prospective phase II clinical trial in China”, *Zhonghua xue ye xue za zhi= Zhonghua Xueyexue Zazhi* 44.7, 550-554.
- [8]. Zhang Yujie et al (2022), “Clinical Efficacy of Bendamustine Plus Rituximab (BR) for B-cell Relevant Indolent Non-Hodgkin’s Lymphoma and Role of $\beta 2$ -MG in Predicting the Efficacy of BR Regimen: A Real-World Retrospective Study in China”, *Comput Math Methods Med.* Jan 20:2022:1080879

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG: BỆNH BẠCH CẦU MẠN DÒNG TỬY BIỂU HIỆN TĂNG TIỂU CẦU ĐƠN ĐỘC

Lương Thị Trang*, Nguyễn Đặng Quỳnh Anh, Phan Vĩnh Sinh

TÓM TẮT

Bệnh bạch cầu mạn dòng tủy (BBCMT) là bệnh lý thuộc nhóm bệnh tăng sinh tủy, với biểu hiện chủ yếu là tăng sinh dòng bạch cầu hạt, có biệt hóa trưởng thành, có thể kèm tăng số lượng tiểu cầu. Tăng tiểu cầu đơn độc với số lượng bạch cầu bình thường là một biểu hiện không điển hình, rất hiếm gặp trong bệnh lý BBCMT, các trường hợp này thường không có biểu hiện lâm sàng, tăng số lượng tiểu cầu thường được phát hiện một cách tình cờ.

Chúng tôi báo cáo chi tiết một trường hợp BBCMT có biểu hiện tăng tiểu cầu đơn độc.

Từ khóa: Bệnh bạch cầu mạn dòng tủy; tăng tiểu cầu đơn độc; BCR/ABL; nhiễm sắc thể Philadelphia; Imatinib.

A CLINICAL CASE REPORT: CHRONIC MYELOID LEUKEMIA PRESENTING WITH ISOLATED THROMBOCYTOSIS

ABSTRACT

Chronic myeloid leukemia (CML) is a myeloproliferative neoplasm primarily characterized by the proliferation of mature granulocytic cells, which may be accompanied with thrombocytosis. Isolated thrombocytosis with a normal white blood cell count is an atypical and very rare presentation of CML. These cases are often asymptomatic and thrombocytosis is usually discovered incidentally.

We present a detailed report of a CML case with isolated thrombocytosis as the primary manifestation.

Keywords: Chronic myeloid leukemia; Isolated thrombocytosis; BCR/ABL; Philadelphia chromosome; Imatinib.

Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

*Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Trang

Email: luongtrang94dn@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày duyệt bài: 30/10/2025

1. ĐẶT VẤN ĐỀ - MỤC TIÊU

1.1. Đặt vấn đề

Bệnh bạch cầu mạn dòng tủy là bệnh lý tăng sinh chủ yếu dòng bạch cầu hạt, với đặc điểm chuyển vị nhiễm sắc thể đặc trưng t(9;22)(q34;q11), tạo nên nhiễm sắc thể Philadelphia (Ph) chứa tổ hợp gene BCR/ABL.

Tỷ lệ mắc BBCMT 1 đến 2 trường hợp trên 100.000 dân [1].

Diễn tiến tự nhiên của bệnh BBCMT không được điều trị gồm ba giai đoạn: giai đoạn mạn tính, giai đoạn tăng tốc và giai đoạn chuyển cấp. Sự thành công của liệu pháp điều trị với thuốc ức chế tyrosine kinase TKI (tyrosine kinase inhibitor) góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong và kéo dài tuổi thọ của người bệnh.

Một số nghiên cứu chỉ ra rằng, tái sắp xếp BCR/ABL có nguồn gốc từ tế bào gốc tạo máu đa năng. Trong bệnh lý BBCMT, tổ hợp gene BCR/ABL được tìm thấy trong tất cả các tế bào dòng tủy, một số tế bào dòng lympho và tế bào nội mô [1]. Khác với BBCMT điển hình, tổ hợp gene BCR/ABL trong các trường hợp tăng tiểu cầu đơn độc thường chỉ xuất hiện giới hạn ở dòng mẫu tiểu cầu [2].

Tại bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng, đây là trường hợp BBCMT biểu hiện tăng tiểu cầu đơn độc đầu tiên chúng tôi ghi nhận.

1.2. Mục tiêu nghiên cứu

Trình bày một trường hợp BBCMT với tăng tiểu cầu đơn độc hiếm gặp, nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, quá trình chẩn đoán và điều trị, qua đó rút ra kinh nghiệm chẩn đoán cho các trường hợp tăng tiểu cầu trong thực hành lâm sàng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Một người bệnh

được chẩn đoán xác định bệnh bạch cầu mạn dòng tủy với biểu hiện tăng tiểu cầu đơn độc, được điều trị và theo dõi tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả ca bệnh.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Mọi thông tin cá nhân của người bệnh trong báo cáo đều được bảo mật và ẩn danh. Việc thực hiện báo cáo không can thiệp và không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của người bệnh.

3. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 49 tuổi, tiền sử chưa ghi nhận bệnh lý nội, ngoại khoa.

Tháng 5/2025, bệnh nhân khám sức khỏe định kỳ hằng năm phát hiện bất thường huyết học với tăng số lượng tiểu cầu (1800 G/L), số lượng bạch cầu và nồng độ hemoglobin trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân đến khám tại một cơ sở y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh, được điều trị Hydroxyurea 500 mg×1 viên/ngày và được làm các xét nghiệm sau:

FISH (mẫu máu): Phân tích 200 tế bào, phát hiện 98% tế bào có nhiễm sắc thể Ph.

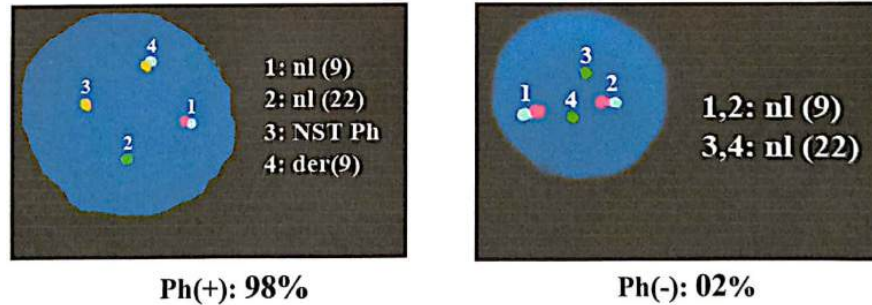
PCR (mẫu máu): Bệnh nhân có gene tổ hợp BCR/ABL kiểu major b3a2, không kèm kiểu minor a1e2.

Công thức nhiễm sắc thể (mẫu máu): 46, XY, t(9;22)(q34;q11)[9]/46,XY[1].

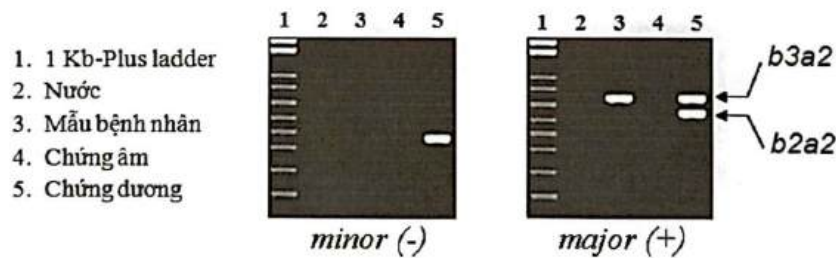
Không phát hiện đột biến gene *MPL*.

Không phát hiện đột biến trên exon 9 của gene *CALR*.

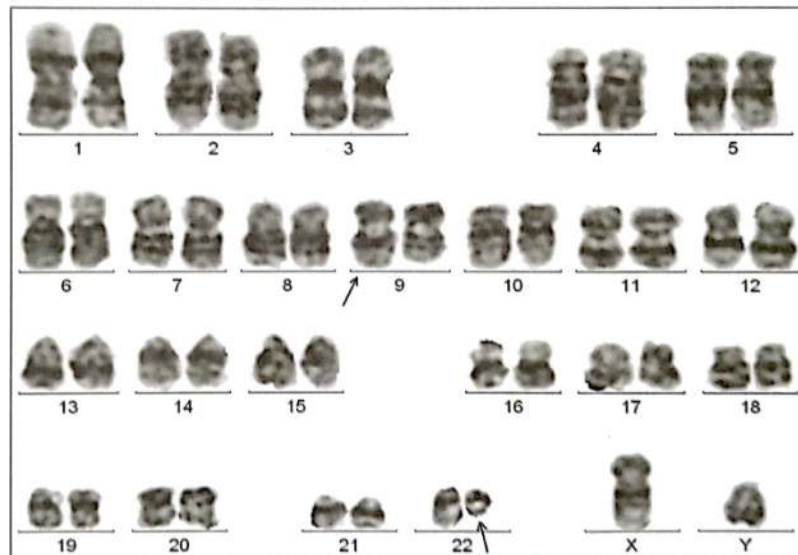
Không phát hiện đột biến gene *JAK2 V617F*.



Hình 1: Tỷ lệ tế bào có nhiễm sắc thể Ph là 98%



Hình 2: Phát hiện tổ hợp gene BCR/ABL kiểu major b3a2 bằng kỹ thuật RT-PCR



Hình 3: Công thức nhiễm sắc thể

Tháng 6/2025, bệnh nhân nhập viện tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng. Lâm sàng không ghi nhận triệu chứng gì đặc biệt, lách không lớn. Kết

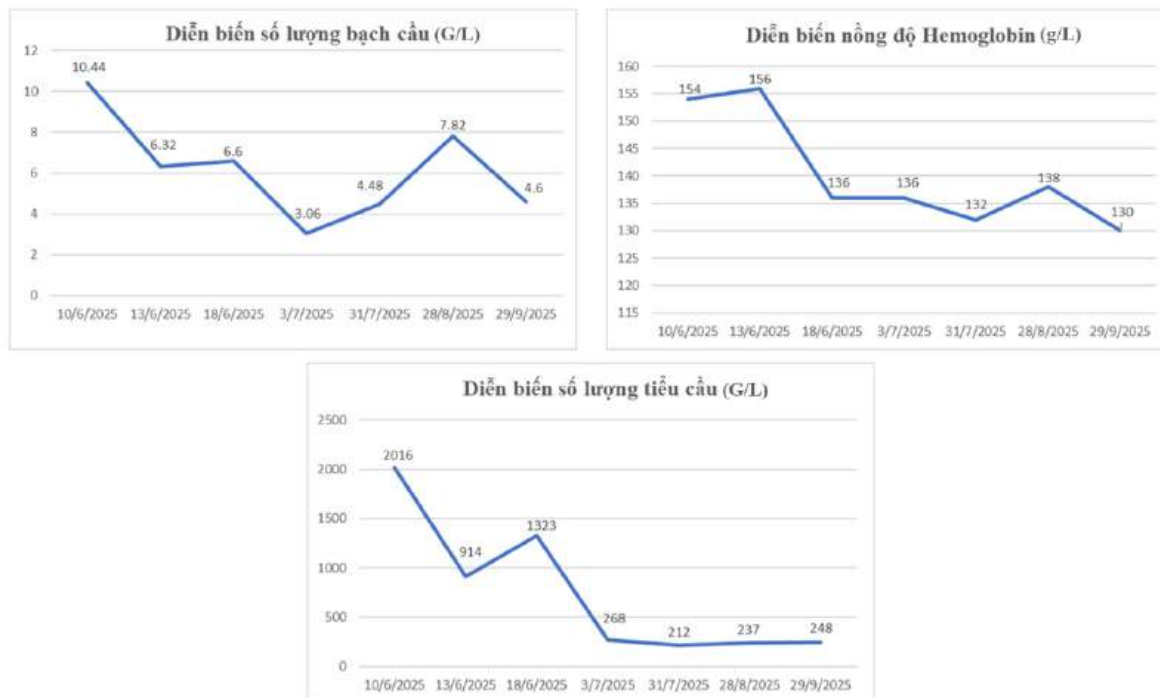
quả huyết học ghi nhận: WBC 10,44 G/L, HGB 154 g/L, PLT 2016 G/L, LDH 293 U/l. Chẩn đoán xác định là: Bệnh bạch cầu mạn dòng tủy có BCR/

ABL major dương tính. Bệnh nhân được điều trị với Imatinib 400 mg/ngày và gạn tách tiểu cầu điều trị. Sau khi được gạn tách tiểu cầu, số lượng tiểu cầu giảm từ 2016 G/L xuống còn 914 G/L.

Bảng 1: Tóm tắt các kết quả xét nghiệm được thực hiện

Huyết học	WBC 10,44 G/L, HGB 154 g/L, PLT 2016 G/L
Huyết đồ	Số lượng bạch cầu bình thường, công thức bạch cầu chủ yếu là bạch cầu hạt trung tính, không có bạch cầu non. Số lượng tiểu cầu tăng cao, tụ đám trên lam, có tiểu cầu khổng lồ.
Tủy đồ	Tủy có trung bình tế bào. Mẫu tiểu cầu tăng >100 mẫu tiểu cầu/lam, kích thước nhỏ. Dòng hồng cầu có ít. Dòng bạch cầu đầy đủ giai đoạn. Blast 4%.
Dấu ấn miễn dịch mẫu tủy xương	Ghi nhận quần thể blast đa dòng khoảng 3,8% bạch cầu tủy.
Định lượng gene bệnh máu ác tính (6/2025)	Tỷ lệ biểu hiện tổ hợp gene BCR/ABL p210: 2,48% IS.

Bệnh nhân được chẩn đoán: Bệnh bạch cầu mạn dòng tủy có BCR/ABL major dương tính giai đoạn mạn tính, nguy cơ cao theo Sokal, nguy cơ thấp theo EUTOS, tiếp tục điều trị Imatinib 400 mg/ngày, theo dõi định kỳ.



Hình 3: Sự thay đổi kết quả huyết học trong quá trình theo dõi

Sau 3 tuần điều trị, bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn về mặt huyết học.

Kết quả định lượng gene bệnh máu ác tính sau 3 tháng điều trị với Imatinib: Tỷ lệ biểu hiện tổ hợp gene BCR/ABL p210: 0,31% IS.

4. BÀN LUẬN

BBCMT với tăng tiểu cầu đơn độc hiếm gặp và chỉ được báo cáo một vài trường hợp trong y văn. Phần lớn người bệnh không có triệu chứng lâm sàng, một vài trường hợp có thể biểu hiện thiếu máu đầu chi, nhồi máu cơ tim và các triệu chứng thần kinh như đau đầu [3]. Tổng hợp 29 bài báo từ các tài liệu đã được công bố trong giai đoạn từ năm 1987 đến 2023, có 33 trường hợp được báo cáo, chỉ có khoảng 20% bệnh nhân được xác định là có lách to thông qua thăm khám lâm sàng hoặc siêu âm [4]. Tăng tiểu cầu thường được phát hiện tình cờ, chẩn đoán ban đầu thường hướng đến bệnh lý tăng tiểu cầu tiên phát cho đến khi có kết quả xét nghiệm bất thường khẳng định chẩn đoán BBCMT [2], [4]. Số lượng tiểu cầu được báo cáo dao động từ 500 G/L đến hơn 8.000 G/L [4]. Ở trường hợp lâm sàng chúng tôi báo cáo, bệnh nhân hoàn toàn không có triệu chứng và tình cờ phát hiện bất thường huyết học sau thăm khám sức khỏe định kỳ hằng năm, khá phù hợp với những báo cáo trong y văn.

Trường hợp lâm sàng mà chúng tôi báo cáo có kết quả FISH, nhiễm sắc thể phát hiện nhiễm sắc thể Philadelphia, PCR phát hiện tổ hợp gene BCR/ABL kiểu major b3a2 được thực hiện trên mẫu máu ngoại vi. Tuy nhiên, qua nghiên cứu y văn, chúng tôi thấy rằng, ở những người bệnh BBCMT với tăng tiểu cầu đơn độc, đa số FISH và nhiễm sắc thể đồ tìm kiếm bất thường nhiễm sắc thể Philadelphia thực hiện trên mẫu máu ngoại vi thường âm tính, trong khi thực hiện trên mẫu tủy xương lại dương tính; với kỹ thuật qPCR, có thể dùng mẫu máu ngoại vi để chẩn đoán và theo dõi điều trị [2]. Thông tin này có thể hữu ích để cân

nhắc các phương pháp xét nghiệm thích hợp khi chẩn đoán. Tỷ lệ đồng biểu hiện tổ hợp gene BCR/ABL và đột biến JAK2 cũng được đề cập ở một số tài liệu, ghi nhận khoảng 26% [4], trường hợp lâm sàng của chúng tôi không khi nhận.

Về vấn đề điều trị, hiện nay vẫn chưa có khuyến cáo cụ thể riêng biệt cho các trường hợp BBCMT có tăng tiểu cầu đơn độc, điều trị phổ biến hiện nay vẫn là các TKI. Kết quả đáp ứng điều trị ban đầu với Hydroxyurea rất thay đổi, có khoảng 1/3 các trường hợp không không chế được số lượng tiểu cầu bằng Hydroxyurea [4]. Hầu hết các trường hợp được báo cáo đạt được đáp ứng tốt sau khi sử dụng TKI, theo báo cáo của tác giả Mohamed Abdulgayoom, có 11 trong tổng số 12 bệnh nhân được điều trị khởi đầu bằng TKI đạt đáp ứng với tối thiểu là đáp ứng hoàn toàn về mặt huyết học [4]. Trường hợp lâm sàng chúng tôi báo cáo đạt được đáp ứng về mặt huyết học sau khi điều trị Imatinib khoảng 3 tuần. Kết quả định lượng gene BCR/ABL sau 3 tháng điều trị đạt 0,31% IS, theo hướng dẫn của NCCN, bệnh nhân thuộc nhóm nhạy TKI, có thể tiếp tục điều trị bằng Imatinib [5].

Hướng điều trị tiếp theo ở bệnh nhân này là tiếp tục điều trị Imatinib 400 mg/ngày, theo dõi định kỳ và định lượng tổ hợp gene BCR/ABL theo hướng dẫn của NCCN để có phương án điều chỉnh kịp thời.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết luận

BBCMT với tăng tiểu cầu đơn độc là biểu hiện hiếm gặp. Bệnh nhân thường không có biểu hiện lâm sàng. Hiện tại chưa có những khuyến cáo điều trị riêng biệt cho các trường hợp này, điều trị được áp dụng hiện nay vẫn là các TKI. Trường hợp lâm sàng mà chúng tôi báo cáo đáp ứng tốt với Imatinib 400 mg/ngày.

Khuyến nghị

Với những trường hợp tăng tiểu cầu đơn độc, việc chỉ định xét nghiệm BCR/ABL nên được cân nhắc sớm nhằm phân biệt bệnh bạch cầu mạn dòng tủy với các bệnh tăng tiểu cầu nguyên phát, từ đó định hướng điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Steven H. Swerdlow, Elias Campo, Nancy Lee Harris, et al (2017), WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. 4th Edition. International Agency for Research on Cancer, Lyon, France, p.30.
- [2]. Vipulkumar Prajapati, Raina R. Flores, Zohra I. Nooruddin, et al (2025), Isolated thrombocytosis with BCR::ABL1 gene rearrangement – a distinct entity or a variant of chronic myelogenous leukemia (CML)? Case report and review of literature, Human Pathology Reports, Volume 41, 300785, <https://doi.org/10.1016/j.hpr.2025.300785>
- [3]. S. J. Manjula, Kanya Kumari Makal (2023), Atypical presentation of chronic myeloid leukemia as extreme thrombocytosis, Journal of Hematology and Allied Sciences, Volume 3, Issue 3, DOI: 10.25259/JHAS_43_2023
- [4]. Mohamed Abdulgayoom, Nabeel Qasem, Mohamed Bakheet, et al (2024), Atypical Presentations of Chronic Myeloid Leukemia with Isolated Thrombocytosis: A Systematic Review, Blood, Volume 144, Issue Supplement 1, 6589, <https://doi.org/10.1182/blood-2024-202302>
- [5]. National Comprehensive Cancer Network (2025), NCCN Guidelines Version 1.2026: Chronic myelogenous leukemia.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VỀ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU UNG THƯ GIAI ĐOẠN CUỐI VỚI MORPHINE TRUYỀN TĨNH MẠCH LIÊN TỤC

Nguyễn Thị Phi Yến*, Nguyễn Văn Thắng, Nông Hồng Thạch

TÓM TẮT

Ca lâm sàng mô tả hiệu quả kiểm soát đau bằng morphin truyền tĩnh mạch liên tục bằng phương pháp PCA (Patient-Controlled Analgesia) cho bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn cuối, có tổn thương não di căn gây đau đầu dữ dội, rên la liên tục, hạn chế dùng thuốc đường uống. Bệnh nhân được kiểm soát đau với morphin truyền tĩnh mạch liên tục bằng PCA. Kết quả ghi nhận giảm đau nhanh, cải thiện rõ rệt chất lượng sống, tác dụng phụ ít. Từ ca bệnh này cho thấy PCA là phương pháp kiểm soát đau hiệu quả, an toàn cho bệnh nhân ung thư.

Từ khóa: Morphin; PCA; đau; ung thư.

CASE REPORT THE EFFECTIVENESS OF CONTINUOUS INTRAVENOUS MORPHINE INFUSION IN PAIN RELIEF FOR ADVANCED CANCER PATIENTS

ABSTRACT

This case report describes the effectiveness of continuous intravenous morphine infusion using the Patient-Controlled Analgesia (PCA) method for pain management in a advanced-stage lung cancer patient with metastatic brain lesions causing severe headaches and continuous moaning, which limited oral medication use. The patient's pain was managed with continuous intravenous morphine administration via PCA. The results showed rapid pain relief, significant improvement in quality of life, and minimal side effects. This case demonstrates that PCA is an effective and safe pain control method for cancer patients.

Keywords: Morphin; PCA; pain; cancer.

Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phi Yến

Email: ylhvn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát đau hiệu quả là mục tiêu điều trị ưu tiên hàng đầu trong chăm sóc bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối. Việc kiểm soát đau hiệu quả không chỉ giúp cải thiện chất lượng sống mà còn giảm gánh nặng tâm lý và thể chất cho người bệnh và gia đình. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối, đau thường mang tính chất phức tạp, khó kiểm soát, đòi hỏi chiến lược điều trị phù hợp và linh hoạt.

Morphin là một opioid mạnh và là thuốc giảm đau chính, được sử dụng rộng rãi trong điều trị đau vừa đến nặng. Cách thức sử dụng morphin là yếu tố chính quyết định hiệu quả giảm đau và hạn chế tác dụng không mong muốn. Phương pháp giảm đau do người bệnh kiểm soát (Patient-Controlled Analgesia - PCA) với các opioid đã được ghi nhận về hiệu quả và an toàn cho người bệnh bị đau.

Báo cáo này trình bày một trường hợp sử dụng morphin truyền tĩnh mạch liên tục qua hệ thống PCA để kiểm soát đau cho bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

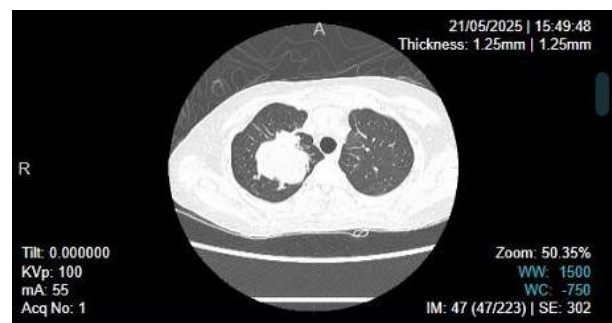
Bệnh nhân nam, 69 tuổi được chẩn đoán ung thư phổi đoạn IV cách ba năm với tổn thương di căn não. Giải phẫu bệnh sinh thiết u phổi phải thùy trên cho kết quả ung thư biểu mô tuyến có đột biến gen EGFR. Bệnh nhân được điều trị bằng thuốc nhắm trúng đích thế hệ thứ ba (third-generation EGFR-TKI) và trì hoãn xạ trị toàn não do chưa xuất hiện triệu chứng thần kinh trung ương.

Sau hai năm, tổn thương tại khối u phổi nguyên phát tiến triển kèm xuất hiện các nốt di căn màng phổi. Việc điều trị thất bại với ba phác đồ hóa trị trong một năm. Tổn thương di căn tại bán cầu đại não trái tăng kích thước, gây phù não. Bệnh nhân được chỉ định xạ trị toàn não, tuy nhiên đáp ứng điều trị không đạt hiệu quả mong muốn. Tình trạng

đau đầu ngày càng tăng, bệnh nhân được sử dụng các thuốc đường uống điều trị triệu chứng: giảm phù não (dexamethason), giảm đau (paracetamol, tramadol và pregabalin), đem lại hiệu quả giảm đau tạm thời trong khoảng hai tuần.

Bệnh nhân nhập viện trong tình trạng sốt 38,5°C, vã mồ hôi, liệt nửa người phải, liệt dây thần kinh VII ngoại vi, lệch lưỡi, cơn co giật ở tay và chân xuất hiện rải rác trong ngày, nôn sau ăn, mất ngủ kéo dài, ăn uống kém, suy kiệt toàn thân. Chỉ số toàn trạng (ECOG) ở mức 3-4. Bệnh nhân đau đầu khu trú vùng đỉnh mức độ từ vừa đến nặng, thường xuyên rên la, kích thích và không có khả năng tự mô tả cơn đau, giao tiếp bằng các từ đơn như “đau” hoặc “cứu tôi”. Đánh giá mức độ đau qua thang điểm Wong-Baker Face Scale đạt 10/10 điểm.

Nhóm chăm sóc nhận định đây là bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối với đặc điểm đau mạn tính dạng hỗn hợp, mức độ nặng, có yếu tố thần kinh trung ương, viêm và tâm lý hoảng loạn kèm theo sáng, co giật, nguy cơ sặc cao, không còn khả năng tuân thủ thuốc đường uống. Mục tiêu điều trị được xác định là kiểm soát triệu chứng đau hiệu quả, nhanh chóng và an toàn. Việc điều trị giảm triệu chứng cũng giúp giải tỏa lo lắng cho các thành viên trong gia đình. Các thuốc được sử dụng bao gồm dexamethason, paracetamol, pregabalin, midazolam và morphin.





Hình 1. Hình ảnh tổn thương phổi và não của bệnh nhân theo thứ tự từ trái qua phải tại thời điểm nhập viện

Sử dụng morphin trên ca bệnh

Khởi đầu bằng đường tĩnh mạch, liều 2 mg morphin hydroclorid mỗi 4 giờ khi bệnh nhân có cơn đau đột xuất. Sau 24 giờ, với tổng liều 12 mg, bệnh nhân vẫn vẫn rên la, nhăn nhó kêu đau, mức độ 8/10 điểm.

Do đó, nhóm quyết định chuyển sang phác đồ morphin truyền tĩnh mạch liên tục bằng phương pháp PCA, pha liều tổng 20 mg morphin hydroclorid: tốc độ nền (rate) 0,6 mg/giờ, liều cứu hộ (bolus) 1,2 mg/lần, thời gian khóa (lock out) trong 2 giờ, giới hạn liều (limit) 6mg trong 4 giờ.

Sau 24 giờ, bệnh nhân nằm yên, giảm biểu hiện đau nhưng vẫn ở mức 7/10 điểm (tổng liều 23 mg trong 24 giờ). Bệnh nhân được tăng liều nền lên 0,8 mg/giờ; rồi 1,2 mg/giờ trong ngày tiếp theo. Kết quả ghi nhận mức độ đau giảm rõ rệt, còn 2/10 điểm, không còn nét mặt đau, bệnh nhân nằm yên, tổng liều morphin đạt 35 mg trong 24 giờ. Sau đó, duy trì pha liều tổng 40 mg mỗi lần với PCA, kiểm soát đau hiệu quả liên tục trong suốt 45 ngày, liều dao động từ 38-43 mg/24 giờ. Người bệnh ngủ được, nằm yên, không khó thở, nhịp thở 22 lần/phút, không buồn nôn hay nôn, cần thực hiện hộ mệnh chống táo bón mỗi 3 ngày.

Qua ca bệnh này cho thấy việc sử dụng morphin truyền tĩnh mạch liên tục với PCA giúp xử trí tình

huống đau mức độ nặng thuận lợi, mức độ đau giảm tốt, từ 10 xuống 2/10 điểm theo thang điểm khuôn mặt. Người bệnh giảm mệt và hoảng loạn, đỡ kiệt sức vì đau. Tác dụng phụ rất thấp, người bệnh chỉ bị táo bón.

3. BÀN LUẬN

Sử dụng opioid được xem là nền tảng trong kiểm soát đau cho người bệnh ung thư. Opioid đường uống được ưu tiên vì hiệu quả, an toàn và thuận tiện trong thực hành [1]. Tuy nhiên, trong thực tế, nhiều trường hợp cần phải sử dụng đường tiêm do người bệnh không có khả năng uống hoặc hấp thu và/hoặc không thể kiểm soát đau với opioid đường uống.

Tiếp cận với ca bệnh, nhóm chăm sóc nhận định là ca bệnh đau mãn tính, dạng hỗn hợp, mức độ nặng, không kiểm soát được với giảm đau bậc 2 nên việc sử dụng một opioid mạnh là cần thiết. Ưu tiên lựa chọn opioid mạnh đường tiêm hợp lý hơn đường uống dựa trên mục tiêu cần giảm đau nhanh và phù hợp với tình trạng hiện của người bệnh. Hiệp hội Ung thư châu Âu (ESMO) khuyến cáo với trường hợp đau mức độ nặng, đau liên tục, cần sử dụng đường tiêm (tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da) để đạt được hiệu quả nhanh [2]. Hiệp hội Y học lâm sàng ung thư Mỹ (ASCO) cũng khuyến cáo chuyển đổi opioid khi khó khăn trong sử dụng thuốc hoặc hấp thu kém [3]. Điều này cũng phù hợp với các nguyên tắc về lựa chọn đường dùng thuốc để điều trị đau trong Hướng dẫn về chăm sóc giảm nhẹ của Bộ Y tế [1].

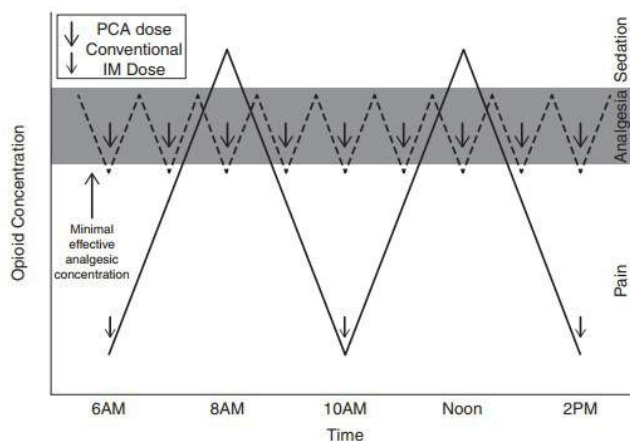
Tại thời điểm nhập viện, khởi liều cho người bệnh với morphin hydroclorid tiêm ngắt quãng. Morphine có thời gian khởi phát nhanh khi sử dụng qua đường tĩnh mạch (5-10 phút) [4], cho phép kiểm soát nhanh cơn đau. Thời gian bán thải của morphine đường tĩnh mạch ngắn (2-4 giờ) dẫn tới cần nhiều lần đưa thuốc với khoảng cách ngắn để đạt nồng độ ổn định.

Đánh giá lại sau 24 giờ thấy tình trạng đau của người bệnh chưa đạt được mục tiêu, nhóm điều trị quyết định chuyển sang truyền tĩnh mạch liên tục bằng PCA. Với PCA, bác sĩ có thể kiểm soát liều morphin và người bệnh có thể tự sử dụng liều cứu hộ thông qua một thiết bị chuyên dụng. Thiết bị này sử dụng bơm truyền thuốc được điều khiển bằng vi xử lý kết nối với nút bấm để người bệnh có thể bấm liều cứu hộ khi cần. Các thiết lập cơ bản đối với hệ thống PCA bao gồm: Tổng liều/tổng thể tích, tốc độ truyền, liều cứu hộ, thời gian khóa, giới hạn liều trong 1 giờ hoặc 4 giờ. Người bệnh sẽ không nhận được thuốc cho tới hết thời gian khóa, bất kể người bệnh bấm nút hay không. Điều này giúp hạn chế tình trạng quá liều thuốc xảy ra, là tình huống gây lo ngại khi sử dụng các opioid. Với những trường hợp cần sử dụng liều duy trì, có thể thiết lập tốc độ truyền liên tục. Tốc độ truyền này sẽ độc lập với liều cứu hộ. Khi không cần liều duy trì (liều nền), tốc độ truyền được thiết lập bằng 0. Bên cạnh thời gian khóa, giới hạn liều tối đa trong 1 giờ hoặc 4 giờ, cũng được thiết lập nhằm tăng cường an toàn cho người bệnh [5].

PCA ban đầu được sử dụng chủ yếu để kiểm soát đau sau phẫu thuật, sau đó, mở rộng để kiểm soát đau sau sinh, đau do chấn thương,... Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra việc sử dụng PCA giúp kiểm soát đau nhanh hơn và đạt được sự hài lòng của người bệnh [6], [7]. Với những ưu điểm này, sử dụng PCA để kiểm soát đau do ung thư dần được áp dụng rộng rãi và cho thấy hiệu quả, an toàn [8], [9].

Khi chuyển sang sử dụng morphin hydrochloride bằng PCA cho ca bệnh này, chúng tôi thiết lập các thông số: rate 0,6 mg/giờ, bolus 1,2 mg/lần, lockout 2 giờ, limit 6 mg trong 4 giờ.

Việc thiết lập liều duy trì sẽ giúp tránh dao động nồng độ thuốc trong máu, làm giảm tần suất các cơn đau đột xuất (Hình 2). Ngoài ra, việc điều chỉnh tốc độ truyền của opioid khi sử dụng PCA nên được thực hiện sau khi thuốc đạt trạng thái cân bằng trong máu. Trong ca bệnh này, với chức năng gan - thận bình thường, trạng thái cân bằng của morphin đạt được sau khoảng 8-10 giờ. Vì vậy, nhóm điều trị đã tiến hành điều chỉnh liều của PCA sau 24 giờ.



Hình 2. Biểu đồ này so sánh hiệu quả giảm đau đạt được với hai chế độ giảm đau khác nhau: tiêm bolus ngắt quãng do điều dưỡng thực hiện hoặc tiêm liều nhỏ thường xuyên với PCA. Vùng tô đậm thể hiện nồng độ thuốc giảm đau mục tiêu. Với chế độ do điều dưỡng thực hiện, có những khoảng thời gian nồng độ thuốc cao hơn và thấp hơn khoảng mục tiêu. Ngược lại, PCA khiến nồng độ opioid nằm trong khoảng mục tiêu trong phần lớn thời gian [10].

Sau khi điều chỉnh liều PCA, người bệnh được kiểm soát đau tốt, mức độ đau chỉ còn 2/10. Mức sử dụng morphin dao động khoảng 38 - 43 mg/24 giờ, cao hơn so với ngày đầu tiên sử dụng opioid (12 mg). Có mức liều chênh lệch này là do ở thời điểm khởi đầu chúng tôi đang tiến hành điều trị để tìm được liều giảm đau hiệu quả. Trong nghiên cứu của Geum và cộng sự (2025), tổng liều morphin sử dụng ở nhóm PCA tăng đáng kể và khác biệt có ý nghĩa tại thời điểm 48 giờ so với nhóm chuẩn liều thông thường (trung vị 76,80 mg so với 44,42 mg/ngày; $p = 0,036$) [11]. Sử dụng PCA làm giảm có ý nghĩa số cơn đau đột xuất tại thời điểm 24 giờ và đạt tỷ lệ kiểm soát đau cao hơn mà không có sự khác biệt về các tác dụng không mong muốn. Trên ca bệnh này, chúng tôi cũng chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn nào ngoại trừ táo bón.

4. KẾT LUẬN

Truyền liên tục tĩnh mạch morphin với PCA là một lựa chọn hợp lý, an toàn và hiệu quả trong kiểm soát đau do ung thư giai đoạn cuối. Phương pháp này nên được triển khai rộng rãi để cải thiện hiệu quả điều trị đau, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Bộ Y Tế (2022), Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ, Ban hành kèm theo Quyết định số 183/QĐBYT ngày 25/01/2022
- [2]. Jost, L., Roila, F. & ESMO Guidelines Working Group (2009), Management of cancer pain: ESMO clinical recommendations, *Annals of Oncology*, 20, 170–173
- [3]. Paice, J. A., Bohlke, K., Barton, et al (2023), Use of opioids for adults with pain from cancer or cancer treatment: ASCO guideline, *Journal of Clinical Oncology*, 41(4), 914-930
- [4]. Sobieraj, D. M., Baker, W. L., Martinez, B. K., et al (2019), Comparative Effectiveness of Analgesics To Reduce Acute Pain in the Prehospital Setting. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, Maryland, USA. Chapter 2, Table 1
- [5]. Grass, J. A. (2005), Patient-controlled analgesia, *Anesthesia & Analgesia*, 101, S44–S61
- [6]. Macintyre, P. E. (2001), Safety and efficacy of patient-controlled analgesia, *British Journal of Anaesthesia*, 87(1), 36–46
- [7]. McNicol, E. D., & Ferguson, M. C. (2015), Patient controlled opioid analgesia versus nonpatient controlled opioid analgesia for postoperative pain, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), Art. No.: CD003348
- [8]. Lin, R., Feng, S., Wu, et al (2021), Comparing Patient-Controlled Analgesia Versus Non-PCA Hydromorphone Titration for Severe Cancer Pain: A Randomized Phase III Trial, *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 19(10), 1148–1155
- [9]. Nijland, L., Schmidt, P., Frosch, M., et al (2019), Subcutaneous or intravenous opioid administration by patient-controlled analgesia in cancer pain: a systematic literature review, *Supportive Care in Cancer*, 27(1), 33–42

- [10]. Ferrante, F. M., & Covino, B. G. (1990), Patient-controlled analgesia: a historical perspective. In: Ferrante, F. M., Ostheimer, G. W., & Covino, B. G. (chủ biên), Patient-Controlled Analgesia. Nhà xuất bản Blackwell Scientific Publications. Boston. 3–9
- [11]. Geum, M. J., Lee, S. W., Lee, C. K., et al (2025), Optimizing Intravenous Patient-Controlled Analgesia for Cancer Pain: A Randomized Controlled Trial on Adjusted Background Infusion Rates, JCO Oncology Practice, (OP-24-00650)

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ SAU XẠ TRỊ BỔ TRỢ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY

**Phạm Thị Quỳnh*, Bò Thị Minh Châm, Hà Ngọc Sơn,
Phạm Tuấn Anh, Phùng Thị Thu Hương,
Nguyễn Trung Hiếu, Nguyễn Văn Nam,
Lê Đức Anh, Dương Văn Nghĩa, Đoàn Trung Hiệp**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) dựa trên kết quả tự báo cáo (PROMs-Patient Reported Outcome Measures) của các bệnh nhân ung thư vú sau xạ trị bổ trợ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 43 bệnh nhân ung thư vú được xạ trị bổ trợ từ tháng 01/2024 đến tháng 6/2025 bằng thang điểm đánh giá hiệu quả điều trị ung thư - ung thư vú (FACT-B), do nhóm đánh giá hiệu quả điều trị bệnh mạn tính (FACIT - Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) phát triển. FACT-B gồm 37 câu đánh giá 5 lĩnh vực: thể chất, xã hội/gia đình, cảm xúc, chức năng và các vấn đề đặc hiệu ung thư vú. Phân tích bằng t-test và tương quan Pearson.

Kết quả: Điểm FACT-B trung bình: 89,8/148; TOI: 61,9/96 → chất lượng sống trung bình khá. Bệnh nhân >50 tuổi có điểm cảm xúc (EWB) thấp hơn nhóm trẻ hơn ($p=0.03$). Điểm BMI cao liên quan đến giảm điểm thể chất (PWB) ($r=-0.30$; $p=0.03$). Xạ trị 25-30 buổi tương quan với chất lượng sống thấp hơn so với nhóm 15-20 buổi ($r=-0.29$; $p=0.03$). Phẫu thuật bảo tồn vú giúp duy trì chất lượng sống tốt hơn so với cắt bỏ toàn bộ, đặc biệt ở chỉ số BCS (26.0 vs 23.6) và EWB (12.4 vs 11.3).

Kết luận: Bệnh nhân ung thư vú sau xạ trị tại khoa xạ trị BV ĐKQT Vinmec Times City có chất lượng cuộc sống ở mức trung bình khá. Tuy nhiên, nhóm NB cao tuổi, BMI cao, xạ trị nhiều phân liều và phẫu thuật cắt toàn bộ vú có CLCS thấp hơn nhóm còn lại. Do đó, cần xây dựng các chương trình hỗ trợ tâm lý và kiểm soát triệu chứng phù hợp cho từng nhóm nguy cơ.

Từ khóa: Ung thư vú; Xạ trị; Chất lượng cuộc sống; Kết quả tự báo cáo; FACT-B; PROMs.

Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City

*Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Quỳnh

Email: v.quynhpt@vinmec.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT BASED ON SELF-REPORTED OUTCOMES OF BREAST CANCER PATIENTS AFTER ADJUVANT RADIOTHERAPY AT VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: Assessment of Quality of Life (QoL) Based on Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) in Breast Cancer Patients After Adjuvant Radiotherapy at Vinmec Times City International General Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 43 female breast cancer patients treated with 4D-DIBH radiotherapy technique from January 2024 to June 2025. The FACT-B questionnaire, covering five domains-physical well-being, social/family well-being, emotional well-being, functional well-being, and breast cancer-specific concerns-was used. Data were analyzed using t-tests and Pearson correlation.

Results: The mean FACT-B total score was 89.8/148 and TOI was 61.9/96, indicating a moderate to good quality of life. Patients over 50 years old had significantly lower emotional well-being scores (EWB) than younger groups ($p=0.03$). Higher BMI was associated with lower physical well-being (PWB) scores ($r = -0.30$; $p=0.03$). A greater number of radiotherapy sessions (25-30) was significantly correlated with reduced quality of life compared to fewer sessions (15-20) ($r = -0.29$; $p = 0.03$). Breast-conserving surgery was associated with better QoL than total mastectomy, especially in BCS (26.0 vs 23.6) and EWB (12.4 vs 11.3) scores.

Conclusion: Breast cancer patients after radiotherapy at Vinmec Times City had a moderate to good quality of life. However, older patients, those with higher BMI, those receiving a higher number of radiotherapy fractions, and those undergoing total mastectomy had lower quality of life compared to their respective counterparts. Psychological support and symptom management programs tailored to risk groups are necessary.

Keywords: Breast cancer; Radiotherapy; Quality of life; Patient-reported outcomes; FACT-B; PROMs

TỪ VIẾT TẮT

CLCS: Chất lượng cuộc sống;

EWB: Emotional Well-Being (sức khỏe cảm xúc);

PWB: Physical Well-Being (sức khỏe thể chất);

BCS: Breast Cancer Subscale (Thang đo chuyên biệt cho ung thư vú);

NB: Người bệnh;

BMI: Body Mass Index (Chỉ số khối cơ thể);

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới và cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở nữ giới tại nhiều quốc gia, bao gồm cả Việt Nam [1]. Nhờ những tiến bộ trong sàng lọc, phẫu thuật, hóa trị, nội tiết và xạ trị hỗ trợ, tiên lượng của bệnh nhân ung thư vú ngày càng được cải thiện. Tuy nhiên, bên cạnh việc kéo dài thời gian sống, chất lượng cuộc sống (Quality of Life - QoL) của người bệnh đang ngày càng được chú trọng như một chỉ số kết quả điều trị quan trọng, đặc biệt trong bối cảnh chăm sóc y tế hiện đại hướng đến mô hình “lấy người bệnh làm trung tâm” [2], [3].

Xạ trị đóng vai trò thiết yếu trong điều trị hỗ trợ ung thư vú nhằm giảm nguy cơ tái phát tại chỗ, đặc biệt sau phẫu thuật bảo tồn hoặc trong các trường hợp có yếu tố nguy cơ cao sau cắt toàn bộ tuyến vú. Tuy nhiên, xạ trị có thể gây ra nhiều tác dụng phụ ảnh hưởng đến thể chất, cảm xúc, hình thể và chức năng xã hội của bệnh nhân - những yếu tố có thể kéo dài nhiều tháng đến nhiều năm sau điều trị [4]. Việc ghi nhận và đánh giá có hệ thống các cảm nhận của người bệnh về các tác động này thông qua các công cụ đo lường kết quả do người bệnh tự báo cáo (Patient-Reported Outcome Measures - PROMs) đang trở thành một phần thiết yếu trong nghiên cứu và thực hành lâm sàng. Hiện nay, có nhiều công cụ PROMs đã được phát triển và ứng dụng trong ung thư vú như: Thang điểm đánh giá hiệu quả điều trị ung thư - ung thư vú (FACT-B), do nhóm đánh giá hiệu quả điều trị bệnh mạn tính (FACIT-Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) phát triển; Bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống của Tổ chức Nghiên cứu và Điều trị Ung thư châu Âu (EORTC QLQ-C30) kết hợp với mô-đun chuyên biệt cho ung thư vú QLQ-BR23; Bảng hỏi BREAST-Q-chuyên biệt cho bệnh nhân có tái tạo vú hoặc can thiệp thẩm mỹ,... Trong số đó, FACT-B là công cụ được sử dụng phổ biến và đã

được xác thực tốt, không chỉ bao quát các khía cạnh chung về thể chất, cảm xúc, xã hội và chức năng, mà còn có mô-đun đặc hiệu cho ung thư vú (Breast Cancer Subscale -BCS), đánh giá tác động của bệnh và điều trị lên hình ảnh cơ thể, cảm giác nữ tính và tác dụng phụ của điều trị [5]. Với tính súc tích, độ tin cậy cao và khả năng so sánh quốc tế, FACT-B được xem là một lựa chọn phù hợp để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư vú trong nhiều giai đoạn điều trị khác nhau. Tuy nhiên, ở Việt Nam, nghiên cứu về chất lượng sống của bệnh nhân ung thư vú, đặc biệt sau xạ trị hỗ trợ vẫn còn hạn chế và chưa nhiều công bố sử dụng FACT-B. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư vú sau xạ trị hỗ trợ bằng thang điểm FACT-B, nhằm cung cấp bằng chứng về các ảnh hưởng còn tồn tại sau điều trị và góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc theo định hướng lấy người bệnh làm trung tâm.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư vú giai đoạn không di căn xa, được điều trị đa mô thức chuẩn, có chỉ định xạ trị hỗ trợ thông qua Hội đồng đa chuyên khoa quản lý bệnh Ung thư cấp bệnh viện:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tuổi từ 18, chẩn đoán xác định ung thư vú bằng mô bệnh học sau mổ, đã hoàn tất phẫu thuật triệt căn (bảo tồn hoặc cắt toàn bộ) và xạ trị hỗ trợ (có hoặc không bao gồm xạ hạch vùng), có khả năng đọc hiểu và tự điền bảng câu hỏi, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đang mắc hoặc có tiền sử rối loạn tâm thần, sa sút trí tuệ hoặc các tình trạng ảnh hưởng khả năng tự đánh giá, có bệnh ung thư khác đồng thời, có bệnh lý cấp tính nặng khác tại thời điểm đánh giá (VD: Nhiễm trùng, suy tim mất bù...).

2.2. Đạo đức nghiên cứu

Người bệnh được cung cấp đầy đủ thông tin và tham gia trên cơ sở tự nguyện, có quyền từ chối bất kỳ lúc nào trong bộ câu hỏi. Mọi thông tin cá nhân được bảo mật, dữ liệu được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu không can thiệp vào phác đồ điều trị; việc đánh giá chất lượng sống được thực hiện bằng bảng hỏi phù hợp, không gây hại cho người tham gia.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu: Thuận tiện, tổng số BN: 43.
- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Tháng 01/2024 đến tháng 6/2025 tại khoa Xạ trị, Bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City.
- Công cụ và phương pháp thu thập số liệu: Bảng câu hỏi FACT-B phiên bản 4.0 đã được dịch tiếng Việt, bao gồm 37 câu hỏi chia thành 5 phân nhóm: Thể chất, Xã hội/Gia đình, Cảm xúc, Chức năng và Môi quan tâm bổ sung (Phụ lục 1). Mỗi câu hỏi được đánh giá trên thang điểm Likert 5 mức độ (0 đến 4). Tổng điểm được tính theo hướng dẫn chấm điểm của nhóm FACIT [6]. Thang điểm được đánh giá tại thời điểm 01 tháng sau kết thúc xạ trị. Ngoài ra, các thông tin về đặc điểm dịch tễ, điều trị và lâm sàng được trích xuất từ hồ sơ bệnh án.
- Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập theo biểu mẫu, tổng hợp và xử lý thống kê trên phần mềm SPSS v22.0.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 43 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí lựa chọn, chúng tôi thu được các kết quả và bàn luận sau:

1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi trung bình		48,6±12,1 (29-76)	
Thông số		Số bệnh nhân N=43	Tỷ lệ %
BMI	< 25	31	72,1%
	≥25	12	27,9%
Có điều trị hóa chất và/hoặc nội tiết	Có	40	93%
	Không	3	7%
Loại phẫu thuật	Cắt toàn bộ vú	26	60,5%
	Bảo tồn vú	17	39,5%

Nhận xét và bàn luận:

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 48,6±12,1, trẻ hơn so với tuổi trung bình thường gặp của ung thư vú theo số liệu của GLOBOCAN 2022 là từ 50-69 tuổi [1].

2. Kết quả chất lượng cuộc sống dựa trên thang điểm FACT-B.

Bảng 2: Kết quả nhóm thể chất (PWB-Physical Well-Being)

Câu hỏi	Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
GP1	Tôi cảm thấy thiếu năng lượng	2.4	0.8
GP2	Tôi bị buồn nôn	1.1	0.5
GP3	Tôi gặp khó khăn khi chăm sóc bản thân	2.2	0.7

Câu hỏi	Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
GP4	Tôi bị đau	1.5	0.6
GP5	Tôi chấp nhận tác dụng phụ của điều trị	2.6	0.9
GP6	Tôi cảm thấy không khỏe	2.1	0.8
GP7	Tôi phải nằm nghỉ nhiều hơn bình thường	1.8	0.6
Tổng PWB		18.7/28	2.1

Nhận xét và bàn luận:

Điểm trung bình PWB là 18,7/28, cho thấy bệnh nhân sau xạ trị vẫn duy trì được chức năng thể chất cơ bản. Các triệu chứng buồn nôn (GP2: 1,1) và đau (GP4: 1,5) xuất hiện ở mức thấp, phản ánh khả năng kiểm soát tốt các tác dụng phụ này. Tuy nhiên, tình trạng mệt mỏi (GP1: 2,4) vẫn là vấn đề đáng lưu ý, ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày và khả năng phục hồi sau điều trị.

Việc bệnh nhân chấp nhận tác dụng phụ (GP5: 2,6) cho thấy bệnh nhân có thái độ hợp tác và tích cực với quá trình điều trị. Điều này đồng nghĩa với việc, bên cạnh hỗ trợ tâm lý, các biện pháp can thiệp nâng cao thể lực, giảm mệt mỏi và cải thiện năng lượng tổng thể là cần thiết để nâng cao chất lượng sống của bệnh nhân. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đó.

Bảng 3: Kết quả nhóm xã hội/gia đình (SWB-Social/Family Well-Being)

Câu hỏi	Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
GS1	Tôi cảm thấy gần gũi với người thân	3.5	0.5
GS2	Tôi nhận được sự hỗ trợ từ bạn bè	3.2	0.6
GS3	Gia đình chấp nhận tình trạng bệnh của tôi	3.6	0.4
GS4	Tôi hài lòng với cách gia đình trao đổi	3.4	0.5
GS5	Tôi hài lòng với đời sống tinh thần của mình	2.8	0.8
GS6	Tôi cảm thấy yêu thương và quan tâm	3.1	0.6
GS7	Tôi cảm thấy mình vẫn có vai trò trong gia đình	2.6	0.7
Tổng SWB		16.2/28	1.5

Điểm SWB trung bình đạt 16,2/28 cho thấy bệnh nhân duy trì mối quan hệ xã hội và gia đình khá tốt. Họ nhận được sự chấp nhận và hỗ trợ từ gia đình, bạn bè (điểm >3), đặc biệt là sự thấu

hiểu từ người thân (GS3: 3,6). Tuy nhiên, vẫn còn lo ngại về việc không thể đảm đương vai trò trong gia đình (GS7: 2,6), cho thấy cần thêm hỗ trợ trong việc cân bằng tâm lý và vai trò xã hội.

Bảng 4: Kết quả nhóm cảm xúc (EWB-Emotional Well-Being)

Câu hỏi	Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
GE1	Tôi cảm thấy buồn	2.1	0.7
GE2	Tôi hài lòng với cách đối phó với bệnh	2.4	0.8
GE3	Tôi mất hy vọng vào khả năng hồi phục	2.0	0.6
GE4	Tôi cảm thấy lo lắng về bệnh	2.3	0.8
GE5	Tôi lo sợ cái chết	2.0	0.7
GE6	Tôi cảm thấy kiểm soát được tình hình	1.8	0.5
Tổng EWB		11.8/24	1.2

Điểm EWB trung bình của bệnh nhân đạt 11,8/24, cho thấy lo âu và căng thẳng còn ở mức cao sau xạ trị. Các mối lo thường gặp nhất là bệnh tiến triển trở lại, sợ mất hy vọng và cái chết. Tuy

vậy, điểm số hài lòng với cách đối mặt đạt 2,4 cho thấy phần lớn bệnh nhân có khả năng thích nghi, nhưng vẫn cần được hỗ trợ tâm lý để nâng cao chất lượng sống.

Bảng 5: Kết quả nhóm chức năng (FWB-Functional Well-Being)

Câu hỏi	Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
GF1	Tôi có thể làm công việc thường ngày	2.9	0.6
GF2	Tôi thích thú với các hoạt động yêu thích	2.8	0.7
GF3	Tôi có thể chấp nhận bệnh tình	2.7	0.8
GF4	Tôi ngủ ngon giấc	2.5	0.8
GF5	Tôi tận hưởng cuộc sống	2.9	0.6
GF6	Tôi cảm thấy khỏe mạnh đủ để làm việc	2.4	0.7
GF7	Tôi hài lòng với khả năng làm việc	2.7	0.8
Tổng FWB		19.2/28	1.5

Điểm trung bình FWB là 19.2/28, cho thấy phần lớn bệnh nhân vẫn duy trì được hoạt động chức năng hàng ngày. Những hoạt động duy trì tốt: GF5 (Tận hưởng cuộc sống): 2.9 điểm, GF1 (Làm công việc thường ngày): 2.9 điểm. Những

điểm cần hỗ trợ: GF6 (Khỏe mạnh đủ để làm việc): 2.4 điểm → thể chất chưa hồi phục hoàn toàn. GF4 (Ngủ ngon giấc): 2.5 điểm → vấn đề về giấc ngủ cần quan tâm.

Bảng 6: Kết quả nhóm ung thư vú đặc hiệu (BCS-Breast Cancer Subscale)

Câu hỏi	Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
B1	Tôi lo lắng tái phát bệnh	2.3	0.7

Câu hỏi	Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
B2	Tôi cảm thấy bị thay đổi hình ảnh cơ thể	2.2	0.8
B3	Tôi lo về ảnh hưởng ngoại hình	2.4	0.8
B4	Tôi cảm thấy bối rối khi giao tiếp	2.1	0.6
B5	Tôi ngại giao tiếp xã hội do bệnh	2.0	0.7
B6	Tôi gặp vấn đề về mặc quần áo	1.9	0.5
B7	Tôi có cảm giác đau hoặc khó chịu ở vùng xạ	2.6	0.9
B8	Tôi lo lắng về chức năng sinh dục	2.0	0.6
B9	Tôi hài lòng với sự hỗ trợ từ đội ngũ y tế	3.5	0.4
P2	Tôi lo lắng về tác dụng phụ lâu dài	2.0	0.7
Tổng BCS		24.0/40	1.4

Điểm BCS trung bình là 24,0/40 - thấp nhất trong các lĩnh vực, cho thấy bệnh nhân gặp nhiều khó khăn đặc thù liên quan đến ung thư vú. Các lo ngại chính gồm hình ảnh cơ thể (B2, B3: 2,2-2,4),

lo tái phát (B1: 2,3) và chức năng sinh dục (B8: 2,0). Tuy nhiên, sự hài lòng cao với đội ngũ y tế (B9: 3,5) phản ánh vai trò tích cực của hỗ trợ y tế trong việc giảm bớt lo lắng.

Bảng 7: Phân tích kết quả tổng hợp

Chỉ số	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	Khoảng điểm
TOI (PWB+FWB+BCS)	61.9	3.2	56-69
FACT-G Total	65.8	3.5	60-73
FACT-B Total	89.8	4.0	83-95

Điểm FACT-B tổng thể cho thấy chất lượng cuộc sống bệnh nhân ung thư vú sau xạ trị tại Vinmec Times City ở mức trung bình khá. TOI (61,9/96) phản ánh khả năng duy trì chức năng thể chất cơ bản. FACT-G (65,8/108) cho thấy bệnh nhân hài lòng với hỗ trợ xã hội và thể chất, dù vẫn gặp khó khăn về cảm xúc và công việc. FACT-B tổng (89,8/148) tương đương các nghiên cứu quốc tế. Tuy nhiên, lo ngại về hình ảnh cơ thể, tái phát và tác dụng phụ kéo dài cho thấy cần sự đồng hành và hỗ trợ lâu dài.

Phân tích mối tương quan giữa nhóm tuổi và chất lượng sống.

Điểm số chất lượng cuộc sống theo các nhóm tuổi



Hình 1: Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo các nhóm tuổi

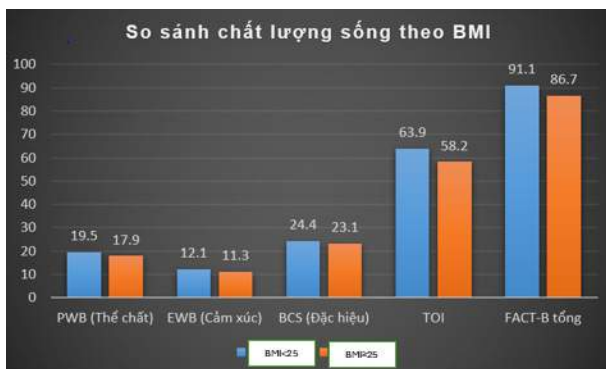
Phân tích theo nhóm tuổi cho thấy bệnh nhân 30-50 tuổi có chất lượng sống (FACT-B) cao nhất, trong khi nhóm trên 50 tuổi có điểm thấp nhất, đặc biệt ở lĩnh vực cảm xúc (EWB). Có mối tương quan nghịch giữa tuổi và EWB ($r = -0,25$; $p = 0,04$), cho thấy tuổi càng cao thì lo âu càng tăng. Dù FACT-B tổng thể và BCS không có tương quan rõ với tuổi, vẫn ghi nhận xu hướng giảm ở nhóm lớn tuổi.

Phân tích mối tương quan giữa BMI và chất lượng sống

Chỉ số khối cơ thể (BMI) là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân ung thư vú sau xạ trị. Trong nghiên cứu này, BMI trung bình của nhóm bệnh nhân là $24.5 \pm 3.6 \text{ kg/m}^2$.

Bảng 8: Phân nhóm BMI

Nhóm BMI	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
BMI < 25	31	72,1%
BMI ≥ 25	12	27,9%
Tổng	43	100%



Hình 2: So sánh các chỉ số chất lượng sống theo nhóm BMI

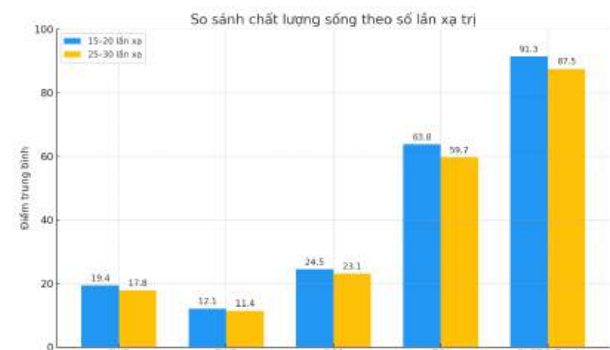
Kết quả hệ số tương quan giữa BMI và chất lượng cuộc sống:

Chỉ số BMI cao có mối tương quan nghịch với điểm thể chất (PWB), TOI và FACT-B tổng thể,

cho thấy bệnh nhân thừa cân có xu hướng mệt mỏi hơn và giảm khả năng sinh hoạt. Tuy nhiên, không ghi nhận mối liên hệ đáng kể giữa BMI với cảm xúc (EWB) và xã hội (SWB). Kết quả này cho thấy BMI ảnh hưởng chủ yếu đến khía cạnh thể chất trong chất lượng sống.

Phân tích mối tương quan giữa số lượt xạ và chất lượng sống

Bệnh nhân trong nghiên cứu được xạ trị với số buổi dao động từ 15 đến 30 lượt xạ.



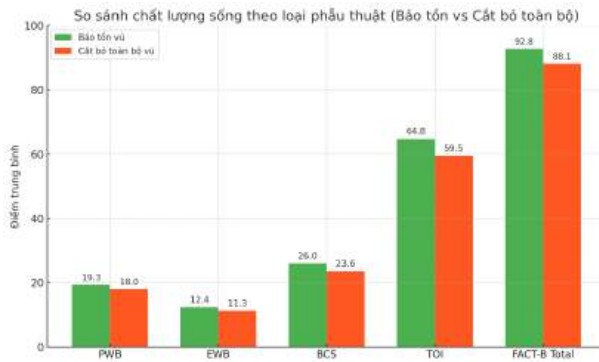
Hình 3: Minh họa sự khác biệt về chất lượng sống giữa nhóm bệnh nhân xạ trị 15-20 lượt xạ và 25-30 lượt xạ

Nhóm 15–20 lượt xạ trị có điểm số cao hơn ở tất cả các chỉ số, đặc biệt là PWB, BCS và TOI.

Kết quả sự tương quan giữa số lượt xạ và chất lượng sống

Số lần xạ trị tăng làm giảm điểm thể chất (PWB), chức năng tổng (TOI) và chất lượng sống chung (FACT-B tổng), với các mối tương quan có ý nghĩa thống kê. Điểm cảm xúc (EWB) và xã hội (SWB) cũng có xu hướng giảm khi số lần xạ tăng, nhưng điểm xã hội (SWB) chưa đạt mức ý nghĩa thống kê ($p = 0,07$).

Phân tích mối tương quan giữa loại phẫu thuật trước xạ trị và chất lượng sống



Hình 4: So sánh chất lượng sống giữa nhóm phẫu thuật bảo tồn vú và cắt bỏ toàn bộ vú qua các chỉ số FACT-B

Biểu đồ cho thấy bệnh nhân phẫu thuật bảo tồn vú có điểm chất lượng sống cao hơn ở tất cả các chỉ số so với nhóm cắt bỏ toàn bộ vú. Sự khác biệt rõ nhất nằm ở:

- BCS (đặc hiệu ung thư vú): Nhóm bảo tồn đạt 26.0 điểm, nhóm cắt bỏ chỉ 23.6 → phản ánh sự khác biệt về hình ảnh cơ thể và giao tiếp xã hội.

- EWB (cảm xúc): Nhóm bảo tồn 12.4 điểm, nhóm cắt bỏ 11.3 điểm → thể hiện sự lo lắng và stress tâm lý ở nhóm cắt bỏ toàn bộ.

3. BÀN LUẬN

Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) là yếu tố thiết yếu trong nghiên cứu ung thư, phản ánh ảnh hưởng của bệnh và điều trị đến thể chất, tinh thần và xã hội của bệnh nhân [9]. Khi tỷ lệ sống sót được cải thiện, CLCS ngày càng được xem là chỉ số kết cục quan trọng giúp tối ưu hóa điều trị và tăng sự hài lòng của người bệnh [7].

Trong nghiên cứu này, nhóm tuổi 30-50 chiếm tỷ lệ cao nhất (67,4%) và có mối liên hệ ý nghĩa giữa tuổi và CLCS, tương đồng với kết quả của Yousaf và Lu [10].

Kết quả FACT-B cho thấy điểm thể chất thấp nhất, trong khi cảm xúc cao nhất - phù hợp với nghiên cứu của Eisenbraun [11]. Ngoài ra, sự hỗ

trợ từ gia đình, đặc biệt là trong gia đình nhiều thế hệ, được chứng minh giúp cải thiện sức khỏe tâm lý [12].

Về hình ảnh cơ thể, nhiều bệnh nhân không hài lòng, ảnh hưởng đến giao tiếp xã hội. Kết quả này nhất quán với nghiên cứu của Damodar [13], người nhấn mạnh vai trò của phẫu thuật tái tạo thẩm mỹ.

Hạn chế

Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang nên không theo dõi được sự thay đổi CLCS theo thời gian, cũng như không xác định được mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố. Cỡ mẫu nhỏ làm giảm độ tin cậy thống kê. Ngoài ra, bộ câu hỏi FACT-B chỉ thực hiện một lần, không phản ánh được chất lượng cuộc sống dài hạn sau điều trị xạ trị.

4. KẾT LUẬN

Bệnh nhân ung thư vú sau xạ trị bổ trợ tại Khoa xạ trị, BV ĐKQT Vinmec Times City có chất lượng cuộc sống ở mức trung bình khá. Tuy nhiên, nhóm tuổi cao, BMI cao, xạ trị nhiều buổi và phẫu thuật cắt toàn bộ vú có CLCS thấp hơn. Do đó, cần xây dựng các chương trình hỗ trợ tâm lý và kiểm soát triệu chứng phù hợp cho từng nhóm nguy cơ.

Khuyến nghị

Bệnh nhân sau xạ trị ung thư vú cần được thăm khám và theo dõi định kỳ theo đúng lịch hẹn nhằm phát hiện sớm các biến chứng và đánh giá hiệu quả điều trị. Nhân viên y tế duy trì liên lạc thường xuyên với người bệnh để cập nhật thông tin về kết quả thăm khám, đặc biệt trong trường hợp người bệnh tiếp tục theo dõi tại các cơ sở y tế khác. Đồng thời, cần theo dõi chặt chẽ các thay đổi về triệu chứng lâm sàng có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, từ đó có các can thiệp kịp thời và phù hợp.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả và xuất bản bài báo.

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. *CA Cancer J Clin* 2024; 74: 229–263.
- [2]. Bull C, Teede H, Carrandi L, et al. Evaluating the development, woman-centricity and psychometric properties of maternity patient-reported outcome measures (PROMs) and patient-reported experience measures (PREMs): A systematic review protocol. *BMJ Open* 2022; 12: e058952.
- [3]. Calvert M, Kyte D, Mercieca-Bebber R, et al. Guidelines for Inclusion of Patient-Reported Outcomes in Clinical Trial Protocols: The SPIRIT-PRO Extension. *JAMA* 2018; 319: 483–494.
- [4]. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res CR* 2008; 27: 32.
- [5]. Brady MJ, Cella DF, Mo F, et al. Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast quality-of-life instrument. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 1997; 15: 974–986.
- [6]. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System. Scoring Guidelines for the Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast (FACT-B). Version 4. Evanston, IL: FACIT. org; 1997 [cited 2025 Jul 20]. Available from: <https://www.facit.org/measures/FACT-B>.
- [7]. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res*. 2008;27:32
- [8]. Ruiz-Rodríguez I, Hombrados-Mendieta I, Melguizo-Garín A, Martos-Méndez MJ: The importance of social support, optimism and resilience on the quality of life of cancer patients. *Front Psychol*. 2022, 13:833176. 10.3389/fpsyg.2022.833176
- [9]. Lu W, Cui Y, Zheng Y, et al.: Impact of newly diagnosed breast cancer on quality of life among Chinese women. *Breast Cancer Res Treat*. 2007, 102:201-10. 10.1007/s10549-006-9318-5
- [10]. Eisenbraun J, Scheer R, Kröz M, Schad F, Huber R: Quality of life in breast cancer patients during chemotherapy and concurrent therapy with a mistletoe extract. *Phytomedicine*. 2011, 18:151-7. 10.1016/j.phymed.2010.06.013
- [11]. Chintamani, Gogne A, Khandelwal R, et al.: The correlation of anxiety and depression levels with response to neoadjuvant chemotherapy in patients with breast cancer. *JRSN Short Rep*. 2011, 2:15. 10.1258/shorts.2010.010072

- [12]. Damodar G, Smitha T, Gopinath S, Vijayakumar S, Rao Y: Assessment of quality of life in breast cancer patients at a tertiary care hospital. Arch Pharma Pract. 2013, 4:15. 10.4103/2045-080X.111577
- [13]. OECD. Recommendations to OECD Ministers of Health from the High Level Reflection Group on the Future of Health Statistics: Strengthening the International Comparison of Health System Performance Through Patient-Reported Indicators. 2017.

PHỤ LỤC. BẢNG CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG - FACT-B

Hướng dẫn: Trong 7 ngày qua, bạn cảm thấy như thế nào? Vui lòng đánh dấu vào mức độ phù hợp nhất với cảm nhận của bạn cho từng câu sau: 0 = Không bao giờ | 1 = Một chút | 2 = Trung bình | 3 = Khá nhiều | 4 = Rất nhiều

1. Thể chất (Physical Well-being)

Câu hỏi	0	1	2	3	4
Tôi cảm thấy thiếu năng lượng	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi bị buồn nôn	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi gặp khó khăn khi chăm sóc gia đình do tình trạng sức khỏe của mình	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi bị đau	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi khó chịu vì tác dụng phụ của điều trị	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi cảm thấy không khỏe	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi phải nằm nghỉ trên giường	☐	☐	☐	☐	☐

2. Xã hội/Gia đình (Social/Family Well-being)

Câu hỏi	0	1	2	3	4
Tôi cảm thấy gần gũi với bạn bè của mình	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi nhận được hỗ trợ tinh thần từ gia đình	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi nhận được hỗ trợ từ bạn bè	☐	☐	☐	☐	☐
Gia đình tôi chấp nhận bệnh tình của tôi	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi hài lòng với cách gia đình trao đổi về bệnh của tôi	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi cảm thấy gần gũi với người bạn đời/người hỗ trợ chính của mình	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi hài lòng với đời sống tình dục của mình (có thể bỏ qua nếu muốn)	☐	☐	☐	☐	☐

3. Cảm xúc (Emotional Well-being)

Câu hỏi	0	1	2	3	4
Tôi cảm thấy buồn	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi hài lòng với cách mình đối phó với bệnh	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi đang mất hy vọng trong cuộc chiến với bệnh tật	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi cảm thấy lo lắng	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi lo sợ về cái chết	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi lo bệnh tình của mình sẽ xấu đi	☐	☐	☐	☐	☐

4. Chức năng (Functional Well-being)

Câu hỏi	0	1	2	3	4
Tôi có thể làm việc (bao gồm cả việc nhà)	☐	☐	☐	☐	☐
Công việc của tôi (kể cả việc nhà) mang lại cảm giác thỏa mãn	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi có thể tận hưởng cuộc sống	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi đã chấp nhận bệnh tình của mình	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi ngủ ngon	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi vẫn tận hưởng các hoạt động giải trí thường ngày	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi hài lòng với chất lượng cuộc sống của mình hiện tại	☐	☐	☐	☐	☐

5. Mối quan tâm bổ sung (Liên quan đến ung thư vú)

Câu hỏi	0	1	2	3	4
Tôi bị khó thở	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi cảm thấy tự ti về cách ăn mặc của mình	☐	☐	☐	☐	☐
Một hoặc cả hai tay tôi bị sưng hoặc đau	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi cảm thấy mình hấp dẫn về tình dục	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi cảm thấy phiền lòng vì bị rụng tóc	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi lo người thân trong gia đình có thể mắc bệnh giống tôi	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi lo lắng về ảnh hưởng của căng thẳng đến bệnh của mình	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi cảm thấy khó chịu vì sự thay đổi cân nặng	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi cảm thấy mình vẫn là một người phụ nữ	☐	☐	☐	☐	☐
Tôi có cảm giác đau tại một số vị trí trên cơ thể	☐	☐	☐	☐	☐

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG SUY MÒN VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ BẰNG BỘ ĐÔI PG-SGA VÀ FACT G7

**Nguyễn Khoa Anh Chi^{1*}, Nguyễn Thị Cẩm Tuyền²,
Võ Thị Hồng Bích¹, Bùi Thị Liên Hương¹, Lê Thị Hoài¹, Hồ Thị Phương Lan²**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng suy mòn và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư bằng công cụ PG-SGA và FACT-G7 với các yếu tố liên quan và phân tích sự tương quan giữa hai công cụ này.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện trên 171 bệnh nhân ung thư điều trị nội trú tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: 46,2% bệnh nhân có suy mòn, chất lượng cuộc sống chưa tốt (FACT-G7 ≤ 16 điểm) là 39,8%. Có mối tương quan nghịch giữa điểm PG-SGA và FACT-G7 ($r = -0,634$; $p < 0,05$), cho thấy tình trạng dinh dưỡng kém liên quan đến chất lượng sống thấp.

Kết luận: Suy mòn xuất hiện với tỷ lệ khá cao ở bệnh nhân ung thư, và tình trạng dinh dưỡng kém liên quan đến chất lượng sống thấp.

Từ khóa: Suy mòn; chất lượng cuộc sống; ung thư; PG-SGA; FACT-G7.

¹Bệnh viện Trung ương Huế

²Trường Đại học Y - Dược Huế

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khoa Anh Chi

Email: khoaanhchi85@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

ASSESSMENT OF CANCER CACHEXIA AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS UNDERGOING TREATMENT AT HUE CENTRAL HOSPITAL USING THE PG-SGA AND FACT-G7 TOOLS

ABSTRACT

Objective: To assess cancer cachexia and quality of life in cancer patients using the PG-SGA and FACT-G7 tools, identify associated factors, and analyze the correlation between these two instruments.

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted on 171 inpatients with cancer at the Oncology Center – Hue Central Hospital.

Results: Cachexia was present in 46.2% of patients, while poor quality of life (FACT-G7 ≤ 16 points) was observed in 39.8%. There was a negative correlation between PG-SGA and FACT-G7 scores ($r = -0.634$; $p < 0.05$), indicating that poorer nutritional status was associated with lower quality of life.

Conclusion: Cachexia was relatively common among cancer patients, and poor nutritional status was associated with reduced quality of life.

Keywords: Cachexia, quality of life, cancer, PG-SGA, FACT-G7.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật và tử vong trên toàn cầu. Theo số liệu của GLOBOCAN, năm 2022 ghi nhận khoảng 20 triệu ca mắc mới và gần 10 triệu ca tử vong do ung thư [4]. Gánh nặng ung thư không chỉ thể hiện qua tỷ lệ mắc và tử vong mà còn qua các hệ lụy kéo dài liên quan đến tình trạng dinh dưỡng, suy giảm chức năng và chất lượng cuộc sống của người bệnh trong suốt quá trình điều trị. Trong chăm sóc bệnh nhân ung thư, tình trạng dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng đáp ứng điều trị. Suy mòn ung thư là một hội chứng chuyển hóa phức tạp, đặc trưng bởi mất khối cơ (có hoặc không kèm mất khối mỡ), không hồi phục hoàn toàn bằng hỗ trợ dinh dưỡng thông thường, và dẫn đến suy giảm tiến triển chức năng cơ thể. Hội chứng này liên quan chặt chẽ đến phản ứng viêm, rối loạn chuyển hóa và tác động của khối u, được xem là một trong những cơ chế quan trọng ảnh

hưởng đến tiên lượng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư. Trong thực hành lâm sàng, việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống thường được thực hiện thông qua các công cụ chuyên biệt. PG-SGA (Patient-Generated Subjective Global Assessment) là công cụ được khuyến cáo rộng rãi trong đánh giá dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư, có khả năng phát hiện sớm nguy cơ suy dinh dưỡng và định hướng can thiệp. Bên cạnh đó, FACT-G7 (Functional Assessment of Cancer Therapy General 7) là thang đo ngắn gọn, đã được kiểm định về độ tin cậy, cho phép đánh giá nhanh chất lượng cuộc sống trên nhiều khía cạnh. Hiện nay, các nghiên cứu chủ yếu sử dụng riêng lẻ từng công cụ để đánh giá tình trạng dinh dưỡng hoặc chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, việc kết hợp hai công cụ này trong cùng một quy trình đánh giá nhằm tiếp cận toàn diện cả hai khía cạnh vẫn chưa được triển khai một cách hệ thống trong thực hành lâm sàng. Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu:

1. Đánh giá tình trạng suy mòn và chất lượng sống ở bệnh nhân ung thư bằng thang đo PG-SGA và FACT-G7.

2. Phân tích mối liên quan giữa tình trạng suy mòn, chất lượng sống với các đặc điểm của người bệnh và đánh giá mối tương quan giữa PG-SGA và FACT-G7.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chí chọn mẫu

Người bệnh được chẩn đoán mắc ung thư (mọi loại ung thư) bằng mô bệnh học.

Đang điều trị nội trú tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Huế.

Có khả năng giao tiếp, hợp tác trả lời bảng hỏi.

Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chí loại trừ

Người bệnh có rối loạn nhận thức, tâm thần hoặc quá yếu không thể hợp tác.

Có phù rõ trên lâm sàng vì có thể làm sai lệch các chỉ số đánh giá dinh dưỡng (đặc biệt là cân nặng, BMI), dẫn đến đánh giá không chính xác tình trạng suy mòn theo tiêu chí PG-SGA.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Huế.

Thời gian: Từ tháng 01/2025 đến tháng 06/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, thu thập toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chí trong thời gian nghiên cứu. Tổng cộng có 171 bệnh nhân tham gia.

2.4. Biến số nghiên cứu

- Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng công cụ PG-SGA: phân loại thành: A (0–3 điểm, dinh dưỡng tốt), B (4–8, nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ - trung bình), C (≥ 9 , suy dinh dưỡng nặng) [9].

- FACT-G7: gồm 7 câu hỏi đánh giá thể chất, cảm xúc và chức năng xã hội. Điểm số trên thang Likert 0–4, tổng điểm tối đa 28.

16 điểm: CLCS tốt;

≤ 16 điểm: CLCS không tốt [6].

- Các đặc điểm liên quan bao gồm thông tin nhân khẩu (tuổi, giới, nơi cư trú, trình độ học vấn, nghề nghiệp) và đặc điểm bệnh học (loại ung thư, giai đoạn bệnh, phương pháp và thời gian điều trị, chỉ số BMI).

- Tình trạng suy mòn: khi đáp ứng ít nhất một trong các tiêu chí:

Giảm $>5\%$ trọng lượng cơ thể trong 6 tháng (không do mất nước).

BMI $<20 \text{ kg/m}^2$ kèm giảm $>2\%$ cân nặng trong 6 tháng [5].

2.5. Phân tích dữ liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Stata 16.0. Các phân tích thống kê mô tả được sử dụng kết hợp kiểm định chi-squared, tương quan Pearson.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

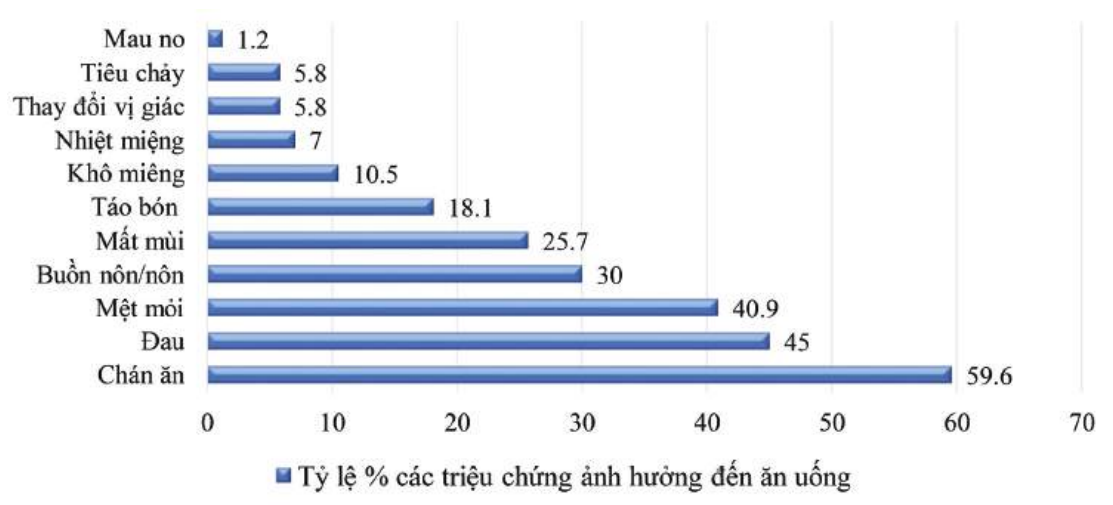
3.1. Tình trạng suy mòn và chất lượng cuộc sống

Bảng 1. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA

Đặc điểm TTDD theo PG-SGA		Số lượng (n=171)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng sụt cân	Giảm $\geq 5\%$ CN/1 tháng	44	25,7
	Giảm $\geq 5\%$ CN/6 tháng	72	42,1
	$\geq 10\%$ cân nặng 6 tháng	21	12,3
Phân loại theo PG-SGA	A	44	25,7
	B	67	39,2
	C	60	35,1
Tình trạng suy mòn	Có	79	46,2
Mặt bệnh	Tiêu hóa	48	28,1
	Vú	34	19,9
	Đầu mặt cổ	30	17,5
	Phổi	25	14,6
	Cổ tử cung	15	8,8
	Não	9	5,3
	Khác (hạch, trung thất,...)	10	5,8

Gần một nửa bệnh nhân (46,2%) có suy mòn. Tỷ lệ sụt cân $\geq 5\%$ trong 6 tháng chiếm 42,1%, trong đó 12,3% giảm trên 10%. Có 74,4% bệnh

nhân thuộc nhóm B hoặc C theo PG-SGA, Bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (28,1%).



Biểu đồ 1. Các triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống

Ba triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống nhiều nhất là chán ăn (59,6%), đau (45%) và mệt mỏi (40,9%). Các triệu chứng khác như buồn nôn/nôn

(30%), mất mùi (25,7%), táo bón (18,1%) và khô miệng (10,5%) gặp ở mức trung bình, trong khi nhiệt miệng, thay đổi vị giác, tiêu chảy và mau no ít gặp hơn.

Bảng 2. Chất lượng cuộc sống của người bệnh

Nội dung	TB ± ĐLC	Ghi chú
Buồn nôn	3,29±0,76	
Mệt mỏi, thiếu năng lượng	2,64±0,75	Điểm càng cao CLCS càng tốt (theo thang đo likert 4 mức độ từ 0-4 điểm)
Đau	2,59±0,86	
Lo lắng bệnh chuyển xấu	2,59±0,81	
Ngủ ngon	1,75±0,75	
Tận hưởng cuộc sống	1,74±0,84	
Hài lòng với CLCS của mình	1,92±0,81	
Chất lượng cuộc sống	Số lượng (n=171)	%
Tốt	103	60,23
Chưa tốt	68	39,8
Điểm trung bình	16,5±3,4	

Trung bình chung điểm CLCS là 16,5 ± 3,4; trong đó 60,2% bệnh nhân có CLCS tốt.

3.2. Mối liên quan giữa tình trạng suy mòn, CLCS với đặc điểm của người bệnh

Bảng 3. Mối liên quan giữa suy mòn, chất lượng cuộc sống với đặc điểm của người bệnh

Đặc điểm bệnh học n (%)		Không suy mòn	Có suy mòn	P	CLCS chưa tốt	CLCS tốt	P
		n (%)					
Tuổi	<60	56 (60,9)	51 (64,6)	0,6	44 (64,7)	63 (61,2)	0,6
	≥60	36 (39,1)	28 (35,4)		24 (35,3)	40 (38,8)	
Giới	Nam	58 (63,0)	50 (63,3)	0,9	44 (64,7)	64 (62,1)	0,7
	Nữ	34 (37,0)	29 (36,7)		24 (35,3)	39 (37,9)	
Nơi cư trú	Thành thị	48 (52,2)	48 (60,8)	0,2	37 (54,4)	59 (57,3)	0,7
	Nông thôn	44 (47,8)	31 (39,2)		31 (45,6)	44 (42,7)	
Trình độ văn hoá	<cấp 3	68 (73,9)	62 (78,5)	0,5	55 (80,9)	75 (72,8)	0,2
	≥ cấp 3	24 (26,1)	17 (21,5)		13 (19,1)	28 (27,2)	

Đặc điểm bệnh học n (%)		Không suy mòn	Có suy mòn	P	CLCS chưa tốt	CLCS tốt	P
		n (%)					
Loại ung thư	Tiêu hóa	34 (37,0)	37 (46,8)	0,2	29 (42,6)	42 (40,8)	0,8
	Khác	58 (63,0)	42 (53,2)		39 (57,4)	61 (59,2)	
TG phát hiện bệnh	≤ 24 tháng	81 (88,0)	74 (93,7)	0,2	65 (95,6)	90 (87,4)	0,08
	> 24 tháng	11 (12,0)	5 (6,3)		3 (4,4)	13 (12,6)	
Mặt bệnh	Tiêu hóa	23 (25,0)	25 (31,6)	0,4	23 (33,8)	25 (24,3)	0,5
	Đầu mặt cổ	14 (15,2)	16 (20,3)		13 (19,1)	17 (16,5)	
	Phổi	14 (15,2)	11 (13,9)		9 (13,2)	16 (15,5)	
	Vú	21 (22,8)	13 (16,5)		12 (17,7)	22 (21,4)	
	Khác	20 (21,8)	14 (17,7)		11 (16,2)	23 (22,3)	
Giai đoạn	Sớm (1 và 2)	45 (48,9)	44 (55,7)	0,3	31 (45,6)	58 (56,3)	0,2
	Muộn (3 và 4)	47 (51,1)	35 (44,3)		37 (54,4)	45 (43,7)	

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê có giữa tình trạng suy mòn, chất lượng cuộc sống với các đặc điểm nhân khẩu và bệnh học ($p > 0.05$).

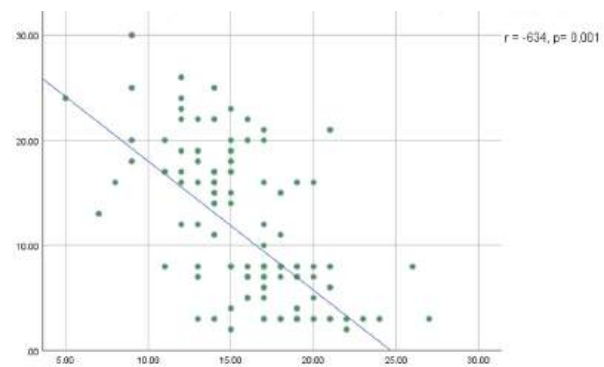
3. MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA ĐIỂM SỐ PG-SGA VÀ FACT-G7

Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng suy mòn và chất lượng cuộc sống

Tình trạng suy mòn	Chất lượng cuộc sống				p	PR
	Chưa tốt		Tốt			
	n	%	n	%		
Không	16	23,5	76	73,8	0,001	0,41 (0,30-0,56)
Có	52	76,5	27	26,2		

Có mối liên quan giữa tình trạng suy mòn và chất lượng cuộc sống. Tình trạng suy mòn càng nặng chất lượng cuộc sống càng thấp. Cụ thể

người bệnh suy mòn chỉ có 0,41 lần khả năng đạt chất lượng cuộc sống tốt so với người không suy mòn (KTC 95%: 0,30-0,56).



Biểu đồ 2. Mối tương quan giữa điểm số PG-SGA và FACT-G7

Điểm PG - SGA và FACT G7 có mối tương quan nghịch với nhau ($r = -0.634$). Điểm PG-SGA tăng lên, điểm FACT-G7 có xu hướng giảm nhẹ. Mối liên hệ này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng suy mòn và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 42,1% bệnh nhân sụt $\geq 5\%$ cân nặng trong 6 tháng, là ngưỡng được Fearon và cộng sự xác định là tiêu chí chẩn đoán sớm hội chứng suy mòn [5]. Tỷ lệ suy mòn trong nghiên cứu là 46,2%. Đánh giá bằng PG-SGA cho thấy hơn 74% bệnh nhân thuộc nhóm B hoặc C, so sánh với các nghiên cứu trước cho thấy cùng xu hướng: nghiên cứu của Lê Thị Vân ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân PG-SGA B hoặc C là 61,9%, trong khi nghiên cứu của Calazans và cộng sự tại Brazil báo cáo tỷ lệ rất cao (95,7%) [1], [2]. Một nghiên cứu với quy mô lớn ($n = 2.645$) của Chen và cộng sự tại Trung Quốc cũng cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư theo PG-SGA là 66,6% [3]. Như vậy, kết quả hiện tại vừa phù hợp với xu hướng chung, vừa nhấn mạnh rằng tình trạng dinh dưỡng kém là gánh nặng đáng kể ở bệnh nhân ung thư và cần được sàng lọc, can thiệp sớm.

Chán ăn (59,6%), đau (45%) và mệt mỏi (40,9%) là ba triệu chứng phổ biến nhất ảnh hưởng đến khả năng ăn uống của bệnh nhân ung thư. Chán ăn và mệt mỏi là biểu hiện thường gặp trong hội chứng suy mòn, liên quan đến cơ chế viêm mạn tính và tác dụng phụ của điều trị; trong khi đau làm ảnh hưởng gián tiếp đến dinh dưỡng do giảm khả năng nhai nuốt và cảm giác ngon miệng. Ngược lại, các chỉ số tích cực như ngủ ngon ($1,75 \pm 0,75$), tận hưởng cuộc sống ($1,74 \pm 0,84$) và hài lòng với CLCS của mình ($1,92 \pm 0,81$) có điểm trung bình thấp, cho thấy bệnh nhân gặp nhiều khó khăn trong việc duy trì chất lượng cuộc sống tích cực trong bối cảnh bệnh mạn tính, điều trị kéo dài và gánh nặng triệu chứng cao.

Về chất lượng cuộc sống, điểm trung bình FACT-G7 là $16,5 \pm 3,4$, với 39,8% bệnh nhân có chất lượng cuộc sống chưa tốt. Mặc dù có 60,2%

bệnh nhân đạt mức chất lượng sống tốt, nhưng các chỉ số liên quan đến trải nghiệm sống tích cực như ngủ ngon, tận hưởng cuộc sống và sự hài lòng lại ở mức thấp. Điều này cho thấy chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư không chỉ bị chi phối bởi triệu chứng thể chất mà còn chịu ảnh hưởng bởi yếu tố tâm lý và xã hội trong quá trình điều trị kéo dài. So với nghiên cứu của Tay và cộng sự tại Singapore với điểm FACT-G7 trung bình thấp hơn (11,68) [8], kết quả của chúng tôi cao hơn, có thể phản ánh sự khác biệt về bối cảnh chăm sóc, đặc điểm bệnh nhân và nhận thức về chất lượng sống.

Như vậy, trong điều kiện thực hành lâm sàng, suy mòn và chất lượng cuộc sống là hai vấn đề có mối liên hệ chặt chẽ, phản ánh gánh nặng toàn diện của bệnh ung thư và quá trình điều trị đối với người bệnh.

4.2. Mối liên quan giữa tình trạng suy mòn, chất lượng sống với các đặc điểm của người bệnh và mối tương quan giữa PG-SGA và FACT-G7

Kết quả nghiên cứu chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng suy mòn, chất lượng cuộc sống với các đặc điểm nhân khẩu học và bệnh học ($p > 0,05$). Các mặt bệnh khá đa dạng từ ung thư tiêu hóa, đầu mặt cổ, phổi, vú đến cổ tử cung và một số loại ung thư khác. Tuy nhiên, các chỉ số thống kê đã khẳng định rằng không có sự khác biệt về gánh nặng suy mòn hay mức độ suy giảm chất lượng cuộc sống giữa các nhóm bệnh lý này. Điều này không làm giảm giá trị của kết quả mà ngược lại cho thấy suy mòn và chất lượng cuộc sống là những vấn đề mang tính hệ thống, không phụ thuộc vào một yếu tố riêng lẻ. Theo Fearon và cộng sự, suy mòn ung thư là một hội chứng phức tạp liên quan đến phản ứng viêm, rối loạn chuyển hóa và giảm khối cơ, vượt ra ngoài ảnh hưởng của loại ung thư hay đặc điểm cá thể [5]. Việc tình trạng suy mòn diễn ra đồng

nhất trên nhiều thực thể bệnh lý khác nhau minh chứng rằng các cytokine tiền viêm và tình trạng dị hóa protein là một cơ chế bệnh sinh chung, không chỉ giới hạn ở các nhóm ung thư có can thiệp trực tiếp đến chức năng tiêu hóa.

Mặt khác, chất lượng cuộc sống là một khái niệm đa chiều, chịu ảnh hưởng đồng thời của triệu chứng lâm sàng, tâm lý, chức năng xã hội và khả năng thích nghi của người bệnh. Do đó, việc không tìm thấy mối liên quan đơn biến giữa các đặc điểm bệnh học và chất lượng cuộc sống là phù hợp với bản chất phức tạp của vấn đề. Kết quả này có ý nghĩa thực tiễn quan trọng: việc sàng lọc suy mòn bằng PG-SGA và đánh giá chất lượng cuộc sống bằng FACT-G7 cần được triển khai đồng bộ cho tất cả bệnh nhân ung thư ngay khi nhập viện, thay vì chỉ tập trung vào các nhóm nguy cơ truyền thống. Đây là cơ sở khoa học vững chắc để đề xuất các can thiệp đa mô thức, mang tính toàn diện và liên tục trong quy trình chăm sóc người bệnh hiện đại.

Có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê giữa điểm PG-SGA và điểm FACT-G7 với hệ số tương quan Pearson $r = -0,634$; $p = 0,001$. Điều này có nghĩa là khi tình trạng suy dinh dưỡng nặng hơn (điểm PG-SGA cao hơn), chất lượng cuộc sống của bệnh nhân giảm rõ rệt (điểm FACT-G7 thấp hơn). Kết quả này hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh của suy mòn ung thư: tình trạng sụt cân, chán ăn và mất khối cơ làm giảm khả năng hoạt động thể chất, đồng thời gia tăng các triệu chứng mệt mỏi, đau và buồn nôn, từ đó ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng sống. Các nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận mối liên hệ chặt chẽ giữa dinh dưỡng và CLCS. Fearon nhấn mạnh vòng xoắn bệnh lý giữa chán ăn – sụt cân – suy mòn làm suy giảm mạnh mẽ CLCS ở bệnh nhân ung thư [5]. Nghiên cứu của Sullivan và cộng sự trên 1.015 bệnh nhân ung thư đang hóa trị cũng cho thấy chỉ cần giảm trên 5% cân nặng trong vòng 6 tháng đã có liên quan chặt chẽ với giảm chất lượng cuộc sống ở nhiều khía cạnh ($p < 0,005$) [7]. Việc sử dụng đồng thời hai

công cụ PG-SGA và FACT-G7 không chỉ dừng lại ở vai trò sàng lọc, mà còn tạo ra một cách tiếp cận đánh giá toàn diện, tích hợp giữa tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư. Nếu PG-SGA giúp phát hiện sớm các biểu hiện suy mòn và nhu cầu can thiệp dinh dưỡng, thì FACT-G7 lại phản ánh trực tiếp mức độ ảnh hưởng của bệnh và điều trị lên thể chất, tâm lý và chức năng xã hội của người bệnh. Sự kết hợp này cho phép nhận diện không chỉ nguy cơ về tình trạng dinh dưỡng mà còn cả mức độ suy giảm chức năng và chất lượng sống của bệnh nhân, từ đó hỗ trợ phân tầng nguy cơ một cách chính xác hơn.

Trong thực hành lâm sàng, đặc biệt trong chăm sóc điều dưỡng, việc đánh giá đồng thời hai khía cạnh này giúp chuyển từ tiếp cận thụ động sang chủ động, phát hiện sớm nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao trước khi biểu hiện trở nên nặng nề. Điều này tạo cơ sở để triển khai kịp thời các can thiệp đa mô thức như hỗ trợ dinh dưỡng, kiểm soát triệu chứng và chăm sóc giảm nhẹ, góp phần cải thiện không chỉ kết quả điều trị mà còn nâng cao chất lượng sống một cách bền vững cho người bệnh.

5. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ 46,2% bệnh nhân có suy mòn, chất lượng cuộc sống chưa tốt là 39,8%.

- Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng suy mòn hay CLCS theo các đặc điểm nhân khẩu và bệnh học ($p > 0,05$).

- Có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê giữa điểm PGSGA và FACTG7 ($r = -0,634$; $p < 0,05$), cho thấy tình trạng dinh dưỡng kém có thể làm giảm chất lượng cuộc sống.

6. KIẾN NGHỊ

- Tích hợp hai công cụ PG-SGA và FACT-G7 vào quy trình điều trị tại các cơ sở ung bướu, nhằm sàng lọc sớm suy mòn và chất lượng cuộc sống để nâng cao hiệu quả chăm sóc toàn diện.

Khuyến cáo bác sĩ lâm sàng về suy mòn và chất lượng sống của bệnh nhân trước, trong và sau điều trị đề can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

- [1]. Lê Thị Vân. “Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại trung tâm Ung bướu bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên”. *Tạp chí y dược học Cần Thơ*. 2021; 24/2021, tr.54-60.

Tiếng Anh

- [2]. Chen X, Zhang Y, Zhao Y, Xu P, Yang X, Wang J, et al. The PG-SGA outperforms the NRS 2002 for nutritional risk screening in cancer patients: a retrospective study from China. *Front Nutr*. 2023; 10:1166333. doi:10.3389/fnut.2023.1166333.
- [3]. Calazans Teixeira A, de Souza Vasconcelos A, de Oliveira Assis E, Chaves GV. Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment: risk identification and need for nutritional intervention in cancer patients at hospital admission. *Nutr Clin Diet Hosp*. 2018;38(3):50-56.
- [4]. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: World Health Organization; 2024. New report on global cancer burden in 2022 by world region and human development level - IARC

- [5]. Fearon, K., Strasser, F., Anker, S.D., et al. *Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus*. *Lancet Oncology*. 2011; 12(5), 489–495. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(10\)70218-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70218-7)
- [6]. Mah, K., Swami, N., Le, L.W., et al. *Validation of the 7-item Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G7) as a short measure of quality of life in patients with advanced cancer*. *Cancer*. 2020; 126(16), 3750–3757. <https://doi.org/10.1002/cncr.32981>
- [7]. Sullivan, E.S., Ní Bhuachalla, E., Cushen, S., et al. *Malnutrition and body composition predict poor quality of life and reduced survival in ambulatory oncology patients receiving chemotherapy: A cross-sectional study of 1,015 patients*. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2018; 77(OCE1), 163–170. <https://doi.org/10.1017/S0029665117004244>
- [8]. Tay, M.R.J., Wong, C.J., Aw, H.Z. (2022). *Assessment of Health-Related Quality of Life and Distress in an Asian Community-Based Cancer Rehabilitation Program*. *Current Oncology*, 29(10), 7012–7020. <https://doi.org/10.3390/curroncol29100551>
- [9]. Wiegert, E.V.M., Padilha, P.C., & Peres, W.A.F. *Performance of Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) in Patients With Advanced Cancer in Palliative Care*. *Nutrition in Clinical Practice*. 2017; 32(5), 675–681.

Ý NGHĨA CỦA THỬ NGHIỆM INAVO-120 ĐỐI VỚI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ DI CĂN CÓ ĐỘT BIẾN PIK3CA, DƯƠNG TÍNH THỤ THỂ NỘI TIẾT VÀ ÂM TÍNH HER2

Trên toàn cầu, tỷ lệ mắc ung thư vú di căn đang gia tăng. Hơn 70% các trường hợp ung thư vú tại Hoa Kỳ là loại dương tính với thụ thể nội tiết và âm tính với HER2. Đột biến hoạt hóa trong gen PIK3CA xuất hiện ở khoảng 35%-40% các trường hợp ung thư vú dương tính với thụ thể nội tiết và được xem là yếu tố tiên lượng xấu; đồng thời cũng là dấu ấn sinh học dự đoán đáp ứng với các thuốc ức chế PI3K.

Có 3 con đường sinh ung quan trọng trong ung thư vú có mối liên hệ chặt chẽ với nhau và có khả năng gây kháng điều trị: thụ thể estrogen, CDK4/6 và PI3K. Điều trị tối ưu cho ung thư vú di căn dương tính với thụ thể nội tiết, âm tính HER2 là phác đồ tác động đồng thời lên cả 3 con đường này, đồng thời có độc tính chấp nhận được.

Inavolisib, một thuốc ức chế chọn lọc và mạnh đối với PI3K α , đồng thời thúc đẩy thoái hóa protein p110 α đột biến, đã cho thấy độc tính chấp nhận được và hoạt tính chống u mạnh trong ung thư vú di căn dương tính với thụ thể nội tiết, âm tính HER2 có đột biến PIK3CA.

Phương pháp nghiên cứu INAVO-120

INAVO-120 là thử nghiệm pha 3, mù đôi, ngẫu nhiên, có đối chứng giả dược, so sánh điều trị bước 1 bằng inavolisib + palbociclib + fulvestrant với giả dược + palbociclib + fulvestrant ở bệnh nhân ung thư vú tiến triển tại chỗ hoặc di căn, dương tính với thụ thể nội tiết, âm tính HER2, có đột biến PIK3CA và tái phát trong hoặc trong vòng 12 tháng sau khi hoàn tất điều trị nội tiết hỗ trợ (bệnh kháng nội tiết nguyên phát hoặc thứ phát).

Thử nghiệm tuyển chọn các bệnh nhân có yếu tố tiên lượng xấu như kháng điều trị nội tiết và có tổn thương da được, dẫn đến tỷ lệ cao bệnh nhân

có gánh nặng bệnh lớn, bao gồm: (1) Di căn ≥ 3 cơ quan (51,4%); (2) Bệnh tạng (80,0%); Di căn gan (51,7%). Những yếu tố này phản ánh tiên lượng xấu của quần thể nghiên cứu và thể hiện qua thời gian sống không tiến triển (PFS) ngắn hơn rõ rệt ở nhóm giả dược so với nhóm inavolisib.

Một điểm đặc biệt của nghiên cứu là hơn 90% bệnh nhân được xác định đột biến PIK3CA bằng xét nghiệm ctDNA (DNA khối u lưu hành). Phương pháp này ít xâm lấn, cho kết quả nhanh và phản ánh tốt hơn tính không đồng nhất của khối u so với xét nghiệm mô.

Các thử nghiệm tương tự

Các thử nghiệm như MONALEESA-3 (ribociclib+fulvestrant) và MONARCH-2 (abemaciclib + fulvestrant) cho thấy cải thiện sống còn toàn bộ (OS). Tuy nhiên, trong PALOMA-3, palbociclib không cho thấy cải thiện OS có ý nghĩa thống kê. Điểm đáng chú ý là các thử nghiệm này bao gồm quần thể bệnh nhân rộng hơn, không chỉ giới hạn ở nhóm kháng nội tiết và có đột biến PIK3CA-nhóm có tiên lượng xấu hơn.

Thử nghiệm SOLAR-1 (alpelisib + fulvestrant) cho thấy cải thiện PFS nhưng không cải thiện OS.

Kết quả INAVO-120

Phân tích chính từ INAVO-120, được trình bày năm 2024, cho thấy lợi ích về thời gian sống không tiến triển (PFS) do nhà nghiên cứu đánh giá có ý nghĩa thống kê và lâm sàng ở nhánh inavolisib (15,0 tháng) so với nhánh giả dược (7,3 tháng; HR 0,43; KTC 95% [0,32, 0,59]; P = 0,0001). Những dữ liệu này đã dẫn đến việc FDA phê duyệt inavolisib kết hợp với palbociclib và fulvestrant cho người lớn bị ung thư vú tiến

triển tại chỗ hoặc di căn, dương tính với thụ thể nội tiết, âm tính HER2, có đột biến PIK3CA, kháng nội tiết sau khi tái phát trong hoặc sau khi hoàn tất điều trị nội tiết hỗ trợ.

Phân tích cuối cùng từ INAVO-120 được trình bày năm 2025. Với thời gian theo dõi trung vị là 34,2 tháng ở nhóm inavolisib và 32,3 tháng ở nhóm giả dược, thời gian sống còn toàn bộ (OS) trung vị lần lượt là 34,0 tháng (KTC 95% [28,4, 44,8]) và 27,0 tháng (KTC 95% [22,8, 38,7]; HR tử vong 0,67; KTC 95% [0,48, 0,94]; $P = 0,02$). Nhìn chung, phác đồ kết hợp inavolisib làm giảm nguy cơ tử vong 33%.

Ở những bệnh nhân được điều trị bằng inavolisib, xác suất còn sống sau 6 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị là 96,8% so với 90,1% ở nhóm giả dược; sau 1 năm là 87,0% so với 76,7%; sau 1,5 năm là 74,3% so với 67,2%; sau 2 năm là 65,8% so với 56,3%; và sau 2,5 năm là 56,5% so với 46,3%.

Đáp ứng khách quan xảy ra ở 62,7% bệnh nhân trong nhóm inavolisib (KTC 95% [54,8, 70,2]) và 28,0% bệnh nhân trong nhóm giả dược (KTC 95% [21,3, 35,6]; $P < 0,001$).

Giá trị HR cập nhật cho tiến triển bệnh hoặc tử vong là 0,42 (KTC 95% [0,32, 0,55]). Ngoài ra, thời gian trung vị đến khi cần hóa trị là 35,6 tháng ở nhánh inavolisib (KTC 95% [25,4, chưa đạt]) so với 12,6 tháng ở nhánh giả dược (KTC 95% [10,4, 16,1]; HR phân tầng 0,43; KTC 95% [0,30, 0,60]; Bảng 1).

Bảng 1. Kết quả từ nghiên cứu INAVO-120¹²

	Inavolisib arm	Placebo arm
Overall survival	34.0 mo	27.0 mo
Progression-free survival	17.2 mo	7.3 mo
Objective response rate	62.7%	28.0%
Median duration of response	19.2 mo	11.1 mo

Tác dụng bất lợi và hạn chế của thử nghiệm

Các biến cố bất lợi dẫn đến ngừng điều trị xảy ra ở 6,8% bệnh nhân trong nhóm inavolisib so với 0,6% trong nhóm giả dược. Các tác dụng phụ chủ yếu được ghi nhận ở nhánh inavolisib bao gồm tăng đường huyết, viêm niêm mạc miệng, độc tính trên đường tiêu hóa và độc tính trên mắt (Bảng 2). Các biến cố bất lợi nghiêm trọng xảy ra ở 24,1% bệnh nhân trong nhóm inavolisib và 10,5% trong nhóm giả dược. Các biến cố bất lợi độ 5 (tử vong) được ghi nhận ở 3,7% bệnh nhân dùng inavolisib và 1,2% bệnh nhân dùng giả dược. Các tác giả cho rằng tỷ lệ biến cố nghiêm trọng cao hơn chủ yếu liên quan đến nhiễm COVID-19 chứ không phải do bản thân điều trị. Dữ liệu thực tế (real-world) sẽ giúp cung cấp thêm thông tin về độc tính và cách quản lý phác đồ phối hợp này.

Bảng 2. Tác dụng không mong muốn trong nghiên cứu INAVO-120¹²

	Inavolisib arm, %	Placebo arm, %
Hyperglycemia	63.4	13.5
Stomatitis	55.3	28.8
Diarrhea	52.2	16.0
Rash	26.7	19.6
Ocular toxicity	29.2	16.0
Neutropenia	82.6	80.4
Anemia	6.8	1.8
Thrombocytopenia	13.7	4.9

Một hạn chế của INAVO-120 là số lượng bệnh nhân trong nhánh nghiên cứu còn nhỏ. Điều này cũng dẫn đến việc thiếu dữ liệu đại diện từ một số nhóm cụ thể, như bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên, người gốc Hispanic và người da đen—những nhóm được biết là có kết cục ung thư kém hơn. Ngoài ra, hiện đang có các nghiên cứu tiếp tục đánh giá việc phối hợp các thuốc ức chế CDK4/6 khác với

inavolisib. Các nghiên cứu kết hợp thuốc ức chế CDK4/6 với thuốc ức chế PI3K, như ribociclib với alpelisib, đã được ghi nhận có hồ sơ tác dụng phụ không chấp nhận được.

Kết luận

INAVO-120 đã thiết lập một tiêu chuẩn điều trị mới cho bước một ở bệnh nhân ung thư vú di căn có đột biến PIK3CA, dương tính với thụ thể nội tiết và âm tính với HER2, với việc cải thiện sống còn toàn bộ và tri hoãn nhu cầu hóa trị. Đây là những kết quả rất đáng khích lệ và đầy hứa hẹn, và inavolisib trong các phác đồ phối hợp khác nhau cần được tiếp tục nghiên cứu thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (U.S.), Division of Cancer Prevention and Control. Metastatic female breast cancer incidence. CDC.gov. October 28, 2024. Updated November 12, 2024. Accessed January 22, 2026. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/174571>.
- [2]. Fillbrunn M, Signorovitch J, André F, et al. PIK3CA mutation status, progression and survival in advanced HR+/HER2- breast cancer: a meta-analysis of published clinical trials. *BMC Cancer*. 2022;22(1):1002.
- [3]. Presti D, Quaquarini E. The PI3K/AKT/mTOR and CDK4/6 pathways in endocrine resistant HR+/HER2- metastatic breast cancer: biological mechanisms and new treatments. *Cancers (Basel)*. 2019;11(9):1242.
- [4]. Turner NC, Im S-A, Saura C, et al. Inavolisib-based therapy in *PIK3CA*-mutated advanced breast cancer. *N Engl J Med*. 2024;391(17):1584-1596.
- [5]. Slamon DJ, Neven P, Chia S, et al. Overall survival with ribociclib plus fulvestrant in advanced breast cancer. *N Engl J Med*. 2020;382(6):514-524.
- [6]. Sledge GW Jr, Toi M, Neven P, et al. The effect of abemaciclib plus fulvestrant on overall survival in hormone receptor-positive, ERBB2-negative breast cancer that progressed on endocrine therapy-MONARCH 2: a randomized clinical trial. *JAMA Oncol*. 2020;6(1):116-124.
- [7]. Turner NC, Slamon DJ, Ro J, et al. Overall survival with palbociclib and fulvestrant in advanced breast cancer. *N Engl J Med*. 2018;379(20):1926-1936.
- [8]. André F, Ciruelos E, Rubovszky G, et al. Alpelisib for *PIK3CA*-mutated, hormone receptor-positive advanced breast cancer. *N Engl J Med*. 2019;380(20):1929-1940.
- [9]. André F, Ciruelos EM, Juric D, et al. Alpelisib plus fulvestrant for *PIK3CA*-mutated, hormone receptor-positive, human epidermal growth factor receptor-2-negative advanced breast cancer: final overall survival results from SOLAR-1. *Ann Oncol*. 2021;32(2):208-217.
- [10]. U.S. Food and Drug Administration. FDA approves alpelisib for metastatic breast cancer. FDA.gov. May 24, 2019. Updated May 28, 2019. Accessed January 22, 2026. <https://www.fda.gov/drugs/resources-information-approved-drugs/fda-approves-alpelisib-metastatic-breast-cancer>.

- [11]. U.S. Food and Drug Administration. FDA approves inavolisib with palbociclib and fulvestrant for endocrine-resistant, PIK3CA-mutated, HR-positive, HER2-negative, advanced breast cancer. FDA.gov. October 10, 2024. Accessed January 22, 2026. <https://www.fda.gov/drugs/resources-information-approved-drugs/fda-approves-inavolisib-palbociclib-and-fulvestrant-endocrine-resistant-pik3ca-mutated-hr-positive>.
- [12]. Jhaveri KL, Im S-A, Saura C, et al. Overall survival with inavolisib in *PIK3CA*-mutated advanced breast cancer. *N Engl J Med*. 2025;393(2):151-161.
- [13]. Tolaney SM, Im Y-H, Calvo E, et al. Phase Ib study of ribociclib plus fulvestrant and ribociclib plus fulvestrant plus PI3K inhibitor (alpelisib or buparlisib) for HR⁺ advanced breast cancer. *Clin Cancer Res*. 2021;27(2):418-428.

QUY ĐỊNH VỀ BÀI BÁO ĐĂNG TẢI TRÊN TẠP CHÍ

Những bài viết của các tác giả gửi đăng Tạp chí Ung thư học Việt Nam có nội dung tốt, đem lại những kiến thức chuyên môn bổ ích, có giá trị khoa học giúp cho sự phát triển chuyên ngành Ung bướu.

1. YÊU CẦU

- Các công trình nghiên cứu khoa học đăng trên Tạp chí phải là bản thảo chưa được gửi đăng hoặc công bố trên bất kỳ tạp chí quốc gia hay quốc tế khác.
- Bản thảo phải đúng quy định, nội dung và hình thức trình bày của từng dạng bài báo. Những bài báo không đúng quy cách hoặc có nội dung không phù hợp hay vi phạm bản quyền sẽ bị từ chối.
- Tác giả phải chịu trách nhiệm trước công luận và độc giả về quyền tác giả, nội dung bài gửi đăng (các số liệu thu thập và phân tích các dữ kiện) và đạo đức nghiên cứu.

2. THỂ THỨC TRÌNH BÀY

2.1. Nội dung bài viết

Bài viết soạn thảo có cấu trúc bài ngắn gọn, khổ giấy A4, cỡ chữ 12, Times New Roman, cách dòng đơn, canh đều. Lề: cách trên 2 cm, dưới 2cm và cách phải 3cm, trái 2cm. Hình minh họa, bảng biểu ngắn gọn, rõ ràng:

- Tên đề tài nghiên cứu khoa học: Cỡ chữ 15, in hoa, đậm, đặt ở giữa.
 - Từ TÓM TẮT viết hoa, in đậm, cỡ chữ 12, thẳng. Các đề mục in đậm (gồm Đặt vấn đề (nếu có), Mục tiêu, Đối tượng và phương pháp nghiên cứu, Kết quả, Kết luận...).
- Từ ABSTRACT in hoa đậm, cỡ chữ 12, thẳng. Nội dung: cỡ chữ 11, in nghiêng. Các đề mục in nghiêng, in đậm (gồm Background/Objectives; Methods; Results; Conclusions; Keywords).
- Tiêu đề các phần: Chữ hoa, in đậm, đánh số la mã thứ tự từ I đến V.
 - Các tiêu đề nhỏ: 1.1, 1.2, 1.3...chữ in đậm lùi vào 1 Tab; 2.1.1, 2.1.2... chữ đậm nghiêng, lùi vào 1 Tab.

2.2. Bảng biểu

- Nội dung chữ 11, viết thường, in đậm tiêu đề. Tên bảng chữ 12 viết thường, in nghiêng, đậm. Độ dài bảng kéo dài ngang toàn trang. Lập lại tiêu đề bảng nếu nội dung nằm 2 trang.
- Hình trích từ các báo cáo khác phải ghi chú nguồn và tác giả bài viết chịu trách nhiệm xin phép sử dụng hình của tác giả khác (nếu có). Sử dụng các thuật ngữ Hình 1, Hình 2,... và Bảng 1, Bảng 2,... để liệt kê thứ tự hình và bảng. Bảng phải trình bày rõ và dễ đọc (tránh bảng có nhiều nội dung, khó đọc, phức tạp, cỡ chữ không nhỏ hơn 10). Vị trí tên bảng đặt phía trên hình, tên hình và tên biểu đồ đặt phía dưới hình.

2.3. Nội dung tài liệu tham khảo

- Các tài liệu tham khảo được trích dẫn trong bài báo là những nghiên cứu cập nhật trong vòng 5 năm. (không quá 15 tài liệu tham khảo).
- Trình bày cỡ chữ 11, canh đều.
- Tài liệu tham khảo trích dẫn trong bài viết phải liệt kê chi tiết trong danh sách tài liệu tham khảo và phải được trích dẫn trong bài báo theo thứ tự xuất hiện.
- Tài liệu tham khảo được trích dẫn đầy đủ trong bài báo theo số được liệt kê ở phần danh mục tài liệu tham khảo cuối bài báo (ví dụ [1], [2],...) có số thứ tự liên tục từ 1 đến hết số tài liệu trích dẫn.
- Viết Tài liệu tham khảo theo thứ tự: Tên tác giả (năm), Tên bài báo. Tên tạp chí, tập số, trang đầu và trang cuối của bài báo.
- Trường hợp bài báo có nhiều tác giả, chỉ liệt kê 3 tác giả đầu, các tác giả còn lại ghi "và cộng sự" đối với TLTK tiếng Việt và "et al." đối với TLTK tiếng nước ngoài.

Một số hướng dẫn cách liệt kê tài liệu tham khảo:

- Bài báo khoa học: Tác giả (năm), Tên bài, Tên tạp chí, quyển/số, số trang bài báo.
- Sách: Tác giả chủ biên (năm), Tên sách. Lần xuất bản (chỉ ghi nếu là lần xuất bản thứ 2 trở đi). Nhà xuất bản. Nơi xuất bản. Các trang sách có trích dẫn.
- Luận văn, luận án: Tên tác giả (năm), Tên luận văn/luận án, Bậc tốt nghiệp (đại học, cao học hay tiến sĩ), Tên trường, Địa danh của Trường.
- Tài liệu tham khảo là tài liệu hội nghị hội thảo: Tên tác giả (năm), Tên kỷ yếu/tên hội nghị/diễn đàn, địa điểm thời gian tổ chức, cơ quan tổ chức, số trang được trích dẫn.

2.4. Đánh số trang: Đánh ở giữa trang, bên dưới của bài viết.

2.5. Trang đầu của bài viết phải có các phần như: Tên bài viết, tên của tác giả (hay nhóm tác giả), nơi công tác, địa chỉ, số điện thoại và email của tác giả.

- Tên bài: Chữ in hoa (tiếng Việt và tiếng Anh).
 - Tên (các) tác giả: Ghi rõ họ tên, học hàm, học vị, chức danh, nơi công tác. Thông tin tên, địa chỉ, số điện thoại và email của tác giả chịu trách nhiệm chính. Cách ghiS như sau:
 - Tác giả A1, Tác giả B2 và Tác giả C3, thứ tự tác giả: Sắp xếp theo mức độ đóng góp từ nhiều đến ít, cách nhau bằng dấu phẩy. Tác giả đứng đầu tiên được mặc định là tác giả chính.
 - 1.Cơ quan X, 2.Cơ quan Y, 3. Cơ quan Z. Trong trường hợp tất cả các tác giả cùng cơ quan thì không cần đánh số.
 - Nơi tiến hành công trình nghiên cứu/nơi công trình nghiên cứu đã được trình bày, báo cáo (nếu có)/nơi công tác.
- Ghi chú: Kính đề nghị các tác giả đăng ký tài khoản account và gửi bài theo đúng các bước hướng dẫn thông qua website VNJO.vn.

Ban Thư ký biên soạn sẽ tổng hợp và gửi thẩm định, bình duyệt. Những bài đủ tiêu chuẩn về nội dung và thể thức sẽ được đăng trên Tạp chí Ung thư học Việt Nam.

Địa chỉ mail liên hệ: tapchiungthuhocvn@gmail.com



THÔNG TIN LIÊN HỆ:

Ban Biên tập Tạp chí Ung thư học Việt Nam

Địa chỉ: Số 30, Cầu Bươu, Phường Thanh Liệt, Thành phố Hà Nội.

Điện thoại: 0917.333.779

Website: <https://vnjo.vn> * Email: tapchiungthuhocvn@gmail.com.