

cầu. Nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Tuyết Hạnh, Mạc Huy Hạnh Trường Đại học Y tế công cộng và Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Bình Phước năm 2019 (5).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ các cơ sở không đạt điều kiện về ATTP của các CSSX NDDL chiếm tỷ lệ 40,5%, các nội dung không đạt chủ yếu là điều ATTP nhà xưởng của CSSX chiếm tỷ lệ 4,8%; Điều kiện về trang thiết bị, dụng cụ chiếm tỷ lệ 7,1%; điều kiện về con người chiếm tỷ lệ 26,2%; điều kiện bảo quản thực phẩm chiếm tỷ lệ 35,7%.

Tỷ lệ mẫu sản phẩm bị ô nhiễm VSV không đạt yêu cầu chiếm tỷ lệ 31%. Trong đó sản phẩm nhiễm Coliform tổng số là cao nhất với 28,6%; có 21,4% sản phẩm bị nhiễm E. coli, 7,1% sản phẩm nhiễm Pseudomonas Aeruginosa.

Tại những CSSX không đạt yêu cầu ATTP về điều kiện chung, điều kiện nhà xưởng, điều kiện người sản xuất, điều kiện bảo quản thực phẩm nguy cơ sản phẩm bị ô nhiễm vi sinh vật cao gấp từ 0,27 lần đến 30,4 lần so với những cơ sở đạt yêu cầu về ATTP các điều kiện này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phương Thoa và cộng sự. (2018), Đánh giá mức nhiễm vi sinh vật của nước đá dùng

liên tại ba quận Cầu Giấy, Nam Từ Liêm và Bắc Từ Liêm, Thành phố Hà Nội, năm 2018. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển.

2. Phạm Thị Ngọc Lan, Ngô Thị Tuyết Mai. (2012), Khảo sát ô nhiễm vi sinh vật trong một số thực phẩm trên địa bàn thành phố Huế năm 2010-2011. Tạp Chí khoa học, 2012.
3. Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Quảng Bình. (2020), Báo cáo tổng kết hoạt động đảm bảo an toàn thực phẩm năm 2020.
4. Lê Minh Tiên. (2016), Thực trạng ô nhiễm vi sinh vật trong nước đá dùng liên và kiến thức của người sản xuất, người tiêu dùng tại tỉnh Quảng Bình năm 2016. Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng; Trường Đại học Y Thái Bình. 2016
5. Trần Thị Tuyết Hạnh, Mạc Huy Hạnh, Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Bình Phước. (2020), Đánh giá điều kiện an toàn thực phẩm, chất lượng sản phẩm nước đá dùng liên và các yếu tố liên quan tại các cơ sở sản xuất trên địa bàn tỉnh Bình Phước năm 2019, Tạp chí Sức khỏe môi trường năm 2020.
6. Jongsamak, P., Charoenteeraboon, J., & Techaarpornkul, S. (2014). A microbial safety survey of edible ice at cafeterias and a weekly market of Silpakorn university, Sanamchandra palace. Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences, 9(1), 14-23.
7. Hà Thu Huyền. (2015), Đánh giá chất lượng nước đá và mô tả các yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng nước đá tại thành phố Hà Nội năm 2015, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN DI CĂN CARCINOMA HẠCH CỔ TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Hùng Kiên¹, Nguyễn Văn Tài²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân khám và phát hiện hạch cổ di căn ung thư biểu mô tại thời điểm nhập viện tại bệnh viện K từ 01/2022 đến 08/2022 và đánh giá nguồn gốc u nguyên phát của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 72 bệnh nhân (BN) khám và phát hiện di căn ung thư biểu mô của hạch cổ tại thời điểm nhập viện tại bệnh viện K từ 01/2022 đến 08/2022. **Kết quả:** Đa phần nam giới (chiếm 72,2%), nhóm tuổi < 65 tuổi chiếm đa số (chiếm 77,8%). Đa phần các bệnh nhân có hút thuốc lá và/hoặc uống rượu bia. Chủ yếu các bệnh nhân có thể trạng ECOG 1 (chiếm 59,7%). Tỷ lệ khám phát hiện hạch cổ hai bên là 59,7%, nhóm hạch có tần suất hay gặp nhất là cảnh cao (59,7%), tiếp

đến hạch góc hàm (51,4%), hạch thượng đòn 37,5%. Mô bệnh học thường gặp là hạch di căn ung thư biểu mô vảy (chiếm 58,2%), tiếp đến là hạch di căn ung thư biểu mô tuyến (chiếm 34,7%). Tỷ lệ ung thư đầu cổ hay gặp nhất chiếm 51,4%, tiếp đến là ung thư phổi chiếm 22,2%, tỷ lệ ung thư di căn hạch chưa rõ nguyên phát là 13,9%. **Kết luận:** Bệnh nhân di căn hạch cổ ung thư biểu mô có triệu chứng lâm sàng đa dạng, tỷ lệ di căn hai bên cao, thường gặp các ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ, có 13,9% ung thư chưa rõ nguyên phát mặc dù đã đánh giá bằng các phương pháp chẩn đoán.

Từ khóa: Hạch cổ di căn ung thư biểu mô, ung thư đầu cổ, chưa rõ nguyên phát

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF PATIENTS PRESENTED WITH CERVICAL LYMPH NODE METASTASES AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: Describing the clinical and subclinical features of patients presented with cervical lymph node metastases at National Cancer Hospital from 01/2022 to 08/2022 and evaluating the primary

* Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên

Email: kiencc@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2022

Ngày duyệt bài: 7.9.2022

tumors of those patients. **Patients and method:** Descriptive and prospective study of 72 patients presented with cervical lymph node metastases at the time of diagnosis at National Cancer Hospital from 01/2022 to 08/2022. **Results:** Male patients were dominated (72.2%) and 77.8% of patients were less than 65 years old. Most of patients have history of smoking and/or drinking. ECOG 1 accounted for 59.7%. Bilateral cervical nodes were common (59.7%), the most common location metastatic nodes was upper jugular node (59.7%), then submandibular node (51.4%), supraclavicular node was accounted for 37.5%. The most common histology was squamous cell carcinoma (58.2%), then adenocarcinoma was accounted for 34.7%. For evaluating the primary tumors, rate of head and neck cancers was 51.4% of cases, then lung cancer (22.2%), and rate of unknown primary was 13.9%. **Conclusion:** Cervical node metastatic patients presented with various clinical symptoms, and high rate of bilateral metastases. Head and neck squamous cell carcinoma was the most common tumors, and 13.9% of cases diagnosed of unknown primary cancers despite of using diagnosis methods.

Keywords: Cervical lymph node metastases, head and neck cancer, cancer of unknown primary

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ thống hạch bạch huyết vùng cổ rất đa dạng và là một trong các vị trí phổ biến di căn hạch của các khối u ác tính trong cơ thể, đặc biệt ung thư nguồn gốc vùng đầu cổ. Di căn hạch cổ còn gặp trong các loại ung thư đường tiêu hoá, phổi, vú, u hắc tố ác tính, ung thư phụ khoa ... [1] Ngoài ra, trong các trường hợp di căn hạch cổ có đến 2-5% trường hợp di căn hạch cổ không rõ nguyên phát sau khi đã đánh giá bằng lâm sàng và các phương pháp cận lâm sàng [2-3]. Mô bệnh học ung thư biểu mô vảy chiếm tỷ lệ đa số các trường hợp, chiếm hơn 75% trường hợp di căn hạch cổ, tiếp theo sau là ung thư biểu mô tuyến, ung thư biểu mô kém biệt hoá [4].

Điều trị di căn hạch cổ tùy thuộc vào chẩn đoán u nguyên phát và giai đoạn bệnh, do đó vấn đề chẩn đoán tìm nguồn gốc u nguyên phát đóng vai trò rất quan trọng. Đối với bệnh nhân vào viện phát hiện có hạch cổ di căn, thăm khám lâm sàng và hỏi tiền sử, bệnh sử có giá trị định hướng trong chẩn đoán nguồn gốc u nguyên phát, từ đó đưa ra các chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết.

Các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng bao gồm sinh thiết hạch chẩn đoán mô bệnh học và hoá mô miễn dịch hướng đến nguồn gốc u nguyên phát, các phương pháp thăm dò chức năng như nội soi tai mũi họng, nội soi phế quản hoặc nội soi tiêu hoá trong trường hợp nghi ngờ ung thư đầu mặt cổ di căn; u đường tiêu hoá,

hoặc u phế quản – phổi. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh giúp đánh giá vị trí tổn thương u nguyên phát và hạch như cộng hưởng từ, cắt lớp vi tính và PET/CT. PET/CT có độ nhạy 69% và giá trị dự báo âm tính 87% trong chẩn đoán di căn chưa rõ nguyên phát, ngoài ra có vai trò trong chẩn đoán các vị trí di căn xa và đánh giá giai đoạn bệnh. Theo các nghiên cứu, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển 5 năm khoảng 30% đối với các bệnh nhân phát hiện u nguyên phát trong trường hợp di căn hạch cổ và thời gian sống thêm toàn bộ xấu hơn trong trường hợp không phát hiện u nguyên phát ngay từ thời điểm chẩn đoán [5].

Trong thực hành lâm sàng thường gặp các trường hợp vào viện với phát hiện hạch cổ di căn, tuy nhiên chưa có báo cáo cụ thể về các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cũng như phân tích một số đặc điểm liên quan đến chẩn đoán tìm u nguyên phát trong trường hợp hạch cổ di căn carcinoma tại Bệnh viện K. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân khám và phát hiện hạch cổ di căn carcinoma tại bệnh viện K và đánh giá tỷ lệ các loại u nguyên phát.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm 72 bệnh nhân khám và phát hiện hạch cổ di căn carcinoma tại thời điểm nhập viện, được chẩn đoán đánh giá nguồn gốc u nguyên phát và điều trị tại Bệnh viện K từ 01/2022 đến 08/2022.

*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.

- Chẩn đoán mô bệnh học bằng phương pháp nhuộm hóa mô miễn dịch xác định nguồn gốc và bản chất ung thư nếu cần thiết.

- Không kể tuổi, giới tính

- Thực hiện các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và markers ung thư (hoá mô miễn dịch và chỉ điểm u) xác định nguồn gốc ung thư: CLVT, MRI, Nội soi, và/hoặc PET/CT

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu

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 cơ bản (Nội soi tai mũi họng, CT ngực, Siêu âm ổ bụng)

- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ

* Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ 01/2022 – 08/2022

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội 1, Bệnh viện K

*** Phương pháp nghiên cứu:**

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến 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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nhóm người bệnh nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm tuổi, giới

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi < 65	56	77,8
	≥ 65	22,2
Giới tính Nam	52	72,2
	Nữ	27,8

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần nam giới (chiếm 72,2%), nhóm tuổi < 65 tuổi chiếm đa số (chiếm 77,8%).

3.1.2. Đặc điểm tiền sử bản thân và gia đình

Bảng 3.2. Tiền sử bản thân và gia đình

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tiền sử hút thuốc		
Có	46	63,9
Không	26	36,1
Uống rượu, bia		
Có	49	68,1
Không	23	31,9
Gia đình có người mắc ung thư		
Có	16	22,2

Không	56	77,8
-------	----	------

Nhận xét: Đa phần các bệnh nhân có hút thuốc lá (63,9%) và uống rượu bia (68,1%). Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc các bệnh lý ác tính là 22,2%, trong đó thường gặp các trường hợp như ung thư phổi, ung thư đại tràng.

3.1.3. Chỉ số toàn trạng

Bảng 3.3. Chỉ số toàn trạng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chỉ số PS		
0	17	23,6
1	55	59,7
2	10	13,9
3	2	2,8

Nhận xét: Chủ yếu các bệnh nhân có thể trạng ECOG 1 (chiếm 59,7%), tiếp đến là ECOG 0 (chiếm 23,6%).

3.1.4. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.4. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Triệu chứng tại chỗ		
Hạch cổ đau	37	51,4
Hạch gây chèn ép	13	18,1
Hạch sưng nóng đỏ	6	8,3
Hạch vỡ loét	2	2,8
Triệu chứng ngoài hạch, toàn thân		
Gầy sút cân	29	40,3
Sốt	14	19,4
Khó thở	27	37,5
Nuốt khó	8	11,1
Ho khan	22	30,6
Rối loạn tiêu hoá	6	8,3

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 51,4%. Có 18,1% hạch to gây chèn ép, 8,3% trường hợp hạch sưng nóng và 2,8% trường hợp hạch to, xâm lấn da. Các triệu chứng toàn thân thường gặp như gầy sút cân (40,3%), khó thở (37,5%) và ho khan (30,6%). Chỉ có 8,3% có rối loạn tiêu hoá.

3.2. Đặc điểm của hạch di căn

3.2.1. Vị trí hạch cổ di căn

Bảng 3.5. Vị trí hạch cổ di căn trên lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tần suất %
Nhóm hạch trên lâm sàng		
Hạch cảnh cao	43	59,7
Hạch góc hàm	37	51,4
Hạch cảnh thấp	21	29,2
Hạch thượng đòn	27	37,5
Vị trí		
Một bên	29	40,3
Hai bên	43	59,7

Nhận xét: Tỷ lệ khám phát hiện hạch cổ hai bên là 59,7%, nhóm hạch có tần suất hay gặp nhất là cảnh cao (59,7%), tiếp đến hạch góc hàm (51,4%), hạch thượng đòn 37,5%).

3.2.2. Tính chất hạch trên khám lâm sàng

Bảng 3.6. 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%.

3.2.3. Đặc điểm mô bệnh học hạch cổ

Bảng 3.7. Đặc điểm mô bệnh học

Mô bệnh học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Carcinoma vảy	42	58,2
Carcinoma tuyến	25	34,7
Khác	5	6,9

Nhận xét: Mô bệnh học thường gặp là hạch di căn ung thư biểu mô vảy (chiếm 58,2%), tiếp đến là hạch di căn ung thư biểu mô tuyến (chiếm 34,7%), ngoài ra còn các trường hợp khác như carcinoma dạng ống, hoặc có thành phần tế bào nhẵn hoặc nhày ít gặp.

3.2.4. Chẩn đoán u nguyên phát

Bảng 3.8. Vị trí u nguyên phát qua xét nghiệm chuyên sâu

Vị trí u nguyên phát	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đầu cổ	37	51,4
Phổi	16	22,2
Vú	1	1,4
Dạ dày – đại trực tràng	2	2,8
Gan – mật tụy	4	5,6
Thận – tiết niệu	2	2,8
Chưa rõ nguyên phát	10	13,9

Nhận xét: Qua các phương pháp chẩn đoán u nguyên phát như chẩn đoán hình ảnh, hoá mô miễn dịch và chỉ điểm u, tỷ lệ ung thư đầu cổ hay gặp nhất chiếm 51,4%, tiếp đến là ung thư phổi chiếm 22,2%, tỷ lệ ung thư di căn hạch chưa rõ nguyên phát là 13,9%. Ngoài ra các trường hợp ít gặp hơn như gan-mật tụy, tiết niệu và vú.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Triệu chứng đau và tự sờ thấy hạch cổ ở một bên là các triệu chứng lâm sàng tại chỗ thường

gặp nhất của hạch cổ di căn [6]. Hạch cổ di căn carcinoma chủ yếu xuất phát từ các ung thư nguyên phát vùng đầu mặt cổ, ung thư da, ung thư tuyến nước bọt hoặc ung thư tuyến giáp. Ít gặp hơn có nguồn gốc từ các khối u ngoài vùng đầu mặt cổ như phổi, vú, đường tiêu hóa và tiết niệu với chủ yếu là di căn nhóm hạch cổ thấp [7]. Vị trí các nhóm hạch thường bị di căn tới nhất là nhóm II (30-50%), tiếp theo là nhóm I và III (10-20%) và nhóm IV, V (5 – 10%); tỷ lệ này thay đổi ở một số nghiên cứu, ví dụ như Christian Florke và cộng sự nghiên cứu trên các bệnh nhân ung thư đầu cổ thấy rằng hạch di căn nhóm I và II chiếm hơn 50% [6], [8].

Trong thực tế lâm sàng, các nhóm hạch di căn vùng cổ có thể gợi ý đến vị trí khối ung thư nguyên phát. Khi thấy di căn cả hai bên hạch vùng cổ thường gợi ý đến một ung thư tại đường giữa như ung thư sàn miệng, ung thư vòm, đáy lưỡi hoặc thanh quản. Ung thư vòm thường hay di căn tới các hạch nhóm IIb và nhóm V, trong khi đó ung thư tuyến giáp thường có đích đến là hạch nhóm VI [9]. Nghiên cứu của Lodder và cộng sự chỉ ra 10 – 15% các trường hợp di căn hạch cổ của ung thư khoang miệng và hạ họng là ở vị trí nhóm III và IV [10]. Khi hạch di căn ở vị trí thượng đòn trái hoặc hạch nhóm Vb, các ung thư ngoài vùng đầu mặt cổ như ung thư phổi, ung thư đường tiêu hóa hay ung thư vú nên được nghĩ tới. Cũng trong một nghiên cứu khác của Yeo và cs cho thấy trong số 262 bệnh nhân có hạch cổ di căn carcinoma chiếm nhiều nhất là Lymphoma với 46,6%; các ung thư nguyên phát từ vùng đầu mặt cổ chiếm 33,6% với đặc điểm hầu hết có di căn tới hạch nhóm 2 (85%), hạch nhóm IV và VI có tỷ lệ dưới 10%. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi đã loại trừ các trường hợp u lympho trong lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu.

Về đặc điểm đối tượng nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận đa phần nam giới (chiếm 72,2%), nhóm tuổi < 65 tuổi chiếm đa số (chiếm 27,8%). Đa phần các bệnh nhân có hút thuốc lá (63,9%) và uống rượu bia (68,1%). Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc các bệnh lý ác tính là 22,2%, trong đó thường gặp các trường hợp như ung thư phổi, ung thư đại tràng. Chủ yếu các bệnh nhân có thể trạng ECOG 1 (chiếm 59,7%), tiếp đến là ECOG 0 (chiếm 23,6%). 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 51,4%. Có 18,1% hạch to gây chèn ép, 8,3% trường hợp hạch sưng nóng và 2,8% trường hợp hạch to, xâm lấn da. Các triệu chứng

toàn thân thường gặp như gầy sút cân (40,3%), khó thở (37,5%) và ho khan (30,6%). Chỉ có 8,3% có rối loạn tiêu hoá.

Có nhiều các phương pháp cận lâm sàng giúp hỗ trợ chẩn đoán hạch cổ di căn carcinoma. Siêu âm hạch cổ là kỹ thuật dùng sóng siêu âm thu lại hình ảnh, cấu trúc bên trong hạch cổ và các cấu trúc lân cận, là phương pháp an toàn, không xâm lấn. Siêu âm cho độ nhạy là 73,8% và độ chính xác là 77,83%. Hạch cổ ác tính thường có kích thước trên 1cm với độ nhạy 80,95%, tỷ lệ S/L (tỷ lệ đường kính nhỏ nhất so với đường kính lớn nhất của hạch) trên 0,67, bờ không rõ, phản âm không đồng nhất [12]. Cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ vừa để xác định vị trí, kích thước, tính chất của hạch di căn cũng như xác định tổn thương nguyên phát và đánh giá mức độ lan rộng của bệnh. Cắt lớp vi tính có độ đặc hiệu từ 49 – 95%, độ đặc hiệu từ 78% đến 98% đối với các hạch di căn, cho biết thêm các thông tin về độ xâm nhập mạch máu thần kinh, tính chất phá vỡ vỏ của hạch, các hạch vùng hầu họng [13]. Trong những năm gần đây, PET-CT đã được sử dụng nhiều hơn trong các trường hợp chẩn đoán hạch cổ di căn và tìm khối u nguyên phát. Trong một phân tích hệ thống 11 nghiên cứu bao gồm 433 bệnh nhân có hạch cổ di căn carcinoma chưa rõ nguyên phát được tiến hành chụp PET/CT cho thấy tỷ lệ phát hiện khối u nguyên phát là 37% với 84% độ nhạy và 84% độ đặc hiệu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ khám phát hiện hạch cổ hai bên là 59,7%, nhóm hạch có tần suất hay gặp nhất là cảnh cao (59,7%), tiếp đến hạch góc hàm (51,4%), hạch thượng đòn 37,5%). 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 58,2%), tiếp đến là hạch di căn ung thư biểu mô tuyến (chiếm 34,7%), ngoài ra còn các trường hợp khác như carcinoma dạng ống, hoặc có thành phần tế bào nhẵn hoặc nhày ít gặp. Qua các phương pháp chẩn đoán u nguyên phát như chẩn đoán hình ảnh, hoá mô miễn dịch và chỉ điểm u, tỷ lệ ung thư đầu cổ hay gặp nhất chiếm 51,4%, tiếp đến là ung thư phổi chiếm 22,2%, tỷ lệ ung thư di căn hạch chưa rõ nguyên phát là 13,9%. Ngoài ra các trường hợp ít gặp hơn như gan-mật tụy, tiết niệu và vú.

Trong các trường hợp bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng ngoài hạch, không có các

tổn thương gợi ý từ các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, việc sử dụng hóa mô miễn dịch với các dấu ấn sinh học có thể giúp hỗ trợ trong việc chẩn đoán chính xác nguồn gốc của hạch di căn [7]. Một số trường hợp đặc biệt việc xác định dấu ấn của Epstein-Bar virus (EBV) trên mẫu mô bệnh phẩm có thể gợi ý tới một ung thư vòm hay nếu có human papilloma virus (HPV) hoặc p16 có thể gợi ý một ung thư nguyên phát từ vùng hầu họng [15].

IV. KẾT LUẬN

Bệnh nhân di căn hạch cổ ung thư biểu mô có triệu chứng lâm sàng đa dạng, tỷ lệ di căn hai bên cao, thường gặp các ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ, có 13,9% ung thư chưa rõ nguyên phát mặc dù đã đánh giá bằng các phương pháp chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hiếu, Nguyễn Văn (2015)**, "Ung thư lưỡi", Ung thư học. Nhà xuất bản Y học.
2. **Nguyen, C., et al. (1994)**, "Metastatic squamous cell carcinoma to cervical lymph nodes from unknown primary mucosal sites", *Head Neck*. 16(1), pp. 58-63.
3. **Strojan, P. and Anicin, A. (1998)**, "Combined surgery and postoperative radiotherapy for cervical lymph node metastases from an unknown primary tumour", *Radiother Oncol*. 49(1), pp. 33-40.
4. **Issing, W. J., Taleban, B., and Tauber, S. (2003)**, "Diagnosis and management of carcinoma of unknown primary in the head and neck", *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 260(8), pp. 436-43.
5. **Guntinas-Lichius, O., et al. (2006)**, "Diagnostic work-up and outcome of cervical metastases from an unknown primary", *Acta Otolaryngol*. 126(5), pp. 536-44.
6. **Zhuang, Shi Min, et al. (2014)**, "Management of lymph node metastases from an unknown primary site to the head and neck (Review)", *Mol Clin Oncol*. 2(6), pp. 917-922.
7. **López, F., et al. (2016)**, "Cervical lymph node metastases from remote primary tumor sites", *Head Neck*. 38 Suppl 1(Suppl 1), pp. E2374-85.
8. **Flörke, C., et al. (2021)**, "Clinicopathological Risk Factors for Contralateral Lymph Node Metastases in Intraoral Squamous Cell Carcinoma: A Study of 331 Cases", *Curr Oncol*. 28(3), pp. 1886-1898.
9. **Garrel, R., et al. (2011)**, "Cervical lymphadenopathies signaling thyroid microcarcinoma. Case study and review of the literature", *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 128(3), pp. 115-9.
10. **Lodder, W. L., et al. (2008)**, "Selective neck dissection for N0 and N1 oral cavity and oropharyngeal cancer: are skip metastases a real danger?", *Clin Otolaryngol*. 33(5), pp. 450-7.