

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF ELDERLY PATIENTS WITH NASOPHARYNGEAL CARCINOMA AT PHU THO PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Do Thi Kim Le¹, Pham Tien Chung^{2*}, Tran Bao Ngoc¹

¹University of Medicine and Pharmacy, Thai Nguyen University - 284 Luong Ngoc Quyen, Phan Dinh Phung ward, Thai Nguyen province, Vietnam

²Phu Tho provincial General Hospital - Nguyen Tat Thanh street, Viet Tri ward, Phu Tho province, Vietnam

Received: 23/9/2025

Revised: 15/10/2025; Accepted: 23/10/2025

ABSTRACT

Objectives: To describe clinical and paraclinical characteristics of elderly patients with nasopharyngeal carcinoma at Phu Tho provincial General Hospital from January 2016 to July 2024.

Subjects and methods: A retrospective descriptive study of 67 patients aged ≥ 60 years diagnosed with nasopharyngeal carcinoma at Phu Tho provincial General Hospital during the period from January 2016 to July 2024. Information on selected clinical and paraclinical characteristics was collected.

Results: The most common age group was 60-64 years (56.7%), male/female ratio was 79.1/20.9%. Comorbidities were found in 56.7% of patients, mainly cardiovascular diseases (40.3%) and diabetes (13.4%). Common symptoms included: palpable cervical lymph nodes (56.7%), tinnitus (53.7%), nasal congestion (35.8%), and headache (32.8%). Cervical lymph node metastasis was found in 76.1% of patients, mostly level II nodes. The most common nasopharyngeal tumor type was exophytic (59.7%). The predominant histopathological type was undifferentiated carcinoma (82.1%). Stages III and IVA accounted for a high proportion (61.2%).

Conclusion: Nasopharyngeal carcinoma in the elderly is often diagnosed at an advanced stage, characterized by a high prevalence of comorbidities, non-specific clinical symptoms, and a high rate of cervical lymph node metastasis. Early detection is essential to improve treatment outcomes.

Keywords: Nasopharyngeal carcinoma, elderly, clinical characteristics, histopathology.

*Corresponding author

Email: ptchung68@gmail.com Phone: (+84) 986361443 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3590>



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Đỗ Thị Kim Lệ¹, Phạm Tiến Chung^{2*}, Trần Bảo Ngọc¹

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên - 284 Lương Ngọc Quyến, phường Phan Đình Phùng, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ - đường Nguyễn Tất Thành, phường Việt Trì, tỉnh Phú Thọ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/9/2025

Ngày chỉnh sửa: 15/10/2025; Ngày duyệt đăng: 23/10/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh ung thư vòm mũi họng cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 1/2016 đến tháng 7/2024.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 67 người bệnh ≥ 60 tuổi được chẩn đoán xác định ung thư vòm mũi họng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 1/2016 đến tháng 7/2024. Ghi nhận các thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Kết quả: Nhóm tuổi thường gặp nhất là 60-64 tuổi (56,7%), tỷ lệ nam/nữ: 79,1/20,9%. Có 56,7% người bệnh có bệnh nền kèm theo, chủ yếu là tim mạch (40,3%) và đái tháo đường (13,4%). Các triệu chứng cơ năng thường gặp gồm: tự sờ thấy hạch cổ (56,7%), ù tai (53,7%), ngạt mũi (35,8%), đau đầu (32,8%). Di căn hạch cổ xuất hiện ở 76,1% người bệnh, chủ yếu là hạch nhóm II. Tổn thương u vòm thường gặp nhất là dạng sùi (59,7%). Mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô không biệt hóa (82,1%). Giai đoạn III và IVA chiếm tỷ lệ cao (61,2%).

Kết luận: Ung thư vòm mũi họng ở người cao tuổi thường được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển, với tỷ lệ bệnh lý nền cao, triệu chứng không đặc hiệu và tỷ lệ di căn hạch cao. Cần chú trọng phát hiện sớm để cải thiện kết quả điều trị.

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng, người cao tuổi, đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là bệnh lý ác tính của tế bào biểu mô vùng vòm mũi họng và là một trong những loại ung thư phổ biến ở vùng đầu cổ. Theo thống kê của GLOBOCAN (2022), ước tính trên toàn thế giới có khoảng 120.416 ca mắc mới và 73.476 ca tử vong do UTVMH. Tại Việt Nam, UTVMH đứng thứ 9 về tỉ lệ mắc mới (5613 ca) và thứ 8 về tỉ lệ tử vong (3453 ca) ở cả 2 giới [5]. Đây là bệnh tiến triển âm thầm, triệu chứng ban đầu không điển hình, dễ bỏ sót hoặc chẩn đoán muộn.

Về điều trị, UTVMH là một bệnh lý nhạy cảm với bức xạ ion hóa, do đó xạ trị là phương pháp điều trị đóng

vai trò chủ đạo. Theo hướng dẫn điều trị hiện nay, các tổ chức ung thư trên thế giới đều khuyến cáo xạ trị đơn thuần ở giai đoạn I và hóa xạ trị đồng thời có hay không kết hợp với hóa chất cảm ứng hoặc hóa chất hỗ trợ là phác đồ tiêu chuẩn cho giai đoạn II-IVA. Đối với giai đoạn IVB, điều trị hóa chất toàn thân đóng vai trò chủ yếu.

Đối với người bệnh cao tuổi, nguyên tắc điều trị nhìn chung tương tự nhóm người bệnh trẻ tuổi. Tuy nhiên, do một số đặc điểm về sự suy giảm chức năng các cơ quan do lão hóa, bệnh lý kèm theo, tình trạng dinh dưỡng kém ảnh hưởng đến khả năng dung nạp và

*Tác giả liên hệ

Email: ptchung68@gmail.com Điện thoại: (+84) 986361443 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3590>

đáp ứng điều trị. Vì vậy trong thực hành lâm sàng các bác sĩ thường cân nhắc phác đồ kém tích cực hơn ở người bệnh cao tuổi như xạ trị đơn thuần thay cho hóa xạ trị đồng thời hoặc giảm liều hóa chất nhằm giảm độc tính. Đánh giá toàn diện tình trạng lão khoa trước điều trị có ý nghĩa then chốt, giúp cá thể hóa chiến lược điều trị ở nhóm bệnh nhân này.

Trong bối cảnh già hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng, tỷ lệ người cao tuổi mắc UTMH ngày càng tăng. Tuy nhiên, tại Việt Nam số lượng nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của UTMH ở nhóm tuổi này còn hạn chế, đặc biệt là tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh. Do đó, việc khảo sát đặc điểm bệnh học của người bệnh UTMH cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ là cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn cao, góp phần cung cấp thêm bằng chứng khoa học cho việc phát hiện sớm, lựa chọn chiến lược điều trị hợp lý và tiên lượng bệnh tốt hơn.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở người bệnh UTMH cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 1/2016 đến tháng 7/2024.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025 (lấy số liệu hồi cứu từ ngày 1/1/2016 đến ngày 30/7/2024).

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 67 người bệnh cao tuổi được chẩn đoán xác định UTMH điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 1/2016 đến tháng 7/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tại thời điểm chẩn đoán người bệnh có tuổi ≥ 60 ; chỉ số hoạt động cơ thể ECOG 0-2; được chẩn đoán xác định là UTMH bằng mô bệnh học tại u vòm hoặc hạch cổ; có hồ sơ lưu trữ đầy đủ thông tin.

- Tiêu chuẩn loại trừ: mắc ung thư thứ 2 tại thời điểm chẩn đoán, UTMH tái phát.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là 67 người bệnh.

2.5. Nội dung nghiên cứu

Chỉ tiêu nghiên cứu: giới; tuổi; bệnh lý nền kèm theo; lý do vào viện; triệu chứng đầu tiên; thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện; triệu chứng cơ năng (đau đầu, ngạt mũi, ù tai, tự sờ thấy hạch cổ, chảy máu mũi, chỉ số toàn trạng PS); đặc điểm hình ảnh u vòm trên nội soi (vị trí, hình thái u vòm); hình ảnh u và hạch trên chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ hàm mặt; giải phẫu bệnh; giai đoạn bệnh.

2.6. Quy trình thu thập số liệu

Các bước tiến hành: lựa chọn người bệnh theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ theo mốc thời gian nghiên cứu. Thu thập các chỉ tiêu nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu từ hồ sơ bệnh án và qua liên hệ với người bệnh hoặc người nhà người bệnh.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm tin học SPSS 26.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua và chấp thuận của Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên. Đề tài nghiên cứu được sự chấp thuận của lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích khoa học mà không phục vụ mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh (n = 67)

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	60-64 tuổi	38	56,7
	65-69 tuổi	10	14,9
	≥ 70 tuổi	19	28,4
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	66,1 $\pm$ 6,2	
	Min-max (tuổi)	60-84	
Giới	Nam	53	79,1
	Nữ	14	20,9
Bệnh lý nền	Tổng số mắc bệnh nền	38	56,7
	Tim mạch	27	40,3
	Đái tháo đường	9	13,4
	Khác	6	9,0

Tuổi trung bình của nhóm người bệnh nghiên cứu là $66,1 \pm 6,2$ tuổi; trẻ nhất 60 tuổi, già nhất 84 tuổi; nhóm tuổi 60-64 chiếm tỉ lệ cao nhất (56,7%). Trong nghiên cứu nam giới chiếm đa số (79,1%) so với nữ giới (20,9%). Có 56,7% người bệnh có bệnh lý nền kèm theo (có người có nhiều hơn 1 bệnh nền), trong đó phổ biến nhất là bệnh tim mạch (40,3%), đái tháo đường (13,4%) và một số bệnh lý khác (9%).

Bảng 2. Triệu chứng và thời gian phát hiện bệnh (n = 67)

Triệu chứng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Đau đầu	8	11,9
	Ngạt tắc mũi	2	3,0
	Ù tai	19	28,4
	Tự sờ thấy hạch cổ	21	31,3
	Chảy máu mũi	6	9,0
	Lý do khác	10	14,9
	Khám sức khỏe định kỳ	1	1,5
Triệu chứng xuất hiện đầu tiên	Đau đầu	3	4,5
	Ngạt tắc mũi	12	17,9
	Ù tai	14	20,9
	Tự sờ thấy hạch cổ	35	52,2
	Lý do khác	2	3,0
	Không triệu chứng	1	1,5
Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện	< 3 tháng	39	58,2
	3-6 tháng	21	31,3
	> 6 tháng	6	9,0
	Không triệu chứng	1	1,5

Lý do vào viện thường gặp nhất là tự sờ thấy hạch cổ (31,3%) và ù tai (28,4%), có 11,9% người bệnh do đau đầu, 9% do chảy máu mũi, 3% ngạt tắc mũi, 14,9% do nguyên nhân khác và 1,5% không có triệu chứng (vào viện vì đi khám sức khỏe định kỳ).

Triệu chứng đầu tiên ghi nhận nhiều nhất là tự sờ thấy hạch cổ (52,2%), tiếp theo là ù tai (20,9%) và ngạt tắc mũi (17,9%). Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện chủ yếu dưới 3 tháng (58,2%), từ 3-6 tháng (31,3%), và trên 6 tháng (9%). Có 1 người bệnh 0 tháng (không có triệu chứng).

Bảng 3. Triệu chứng khi đến viện (n = 67)

Triệu chứng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng khi đến viện	Đau đầu	22	32,8
	Ngạt tắc mũi	24	35,8
	Ù tai	36	53,7
	Sờ thấy hạch cổ	38	56,7
	Chảy máu mũi	11	16,4
	Triệu chứng khác	29	43,3
	Không triệu chứng	1	1,5
Chỉ số toàn trạng PS	0	44	65,7
	1	17	25,3
	2	6	9,0
Triệu chứng liệt thần kinh sọ	Không	64	95,5
	Có	3	4,5

Triệu chứng cơ năng ghi nhận khi đến viện gồm sờ thấy hạch cổ (56,7%), ù tai (53,7%), ngạt tắc mũi (35,8%), đau đầu (32,8%), chảy máu mũi (16,4%) và có triệu chứng khác (43,3%), chỉ có 1,5% không có triệu chứng. Người bệnh trong nghiên cứu có chỉ số PS = 0 là chủ yếu (65,7%), PS = 1 chiếm 25,3% và chỉ có 9% là PS = 2. Liệt dây thần kinh sọ ghi nhận ở 3 người bệnh (4,5%) và tất cả đều là triệu chứng của liệt dây thần kinh số III với biểu hiện sụp mí mắt.

Bảng 4. Đặc điểm u vòm trên nội soi (n = 67)

Tính chất và vị trí		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tính chất u vòm	Sùi	40	59,7
	Loét	3	4,5
	Sùi loét	19	28,3
	Dưới niêm mạc	5	7,5
Vị trí u vòm	Nóc vòm	29	43,3
	Hai thành bên	22	32,8
	Thành sau	5	7,5
	Thành trước dưới	2	3,0
	Cả nóc vòm và 2 thành bên	3	4,5

Thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất (59,7%); vị trí hay gặp nhất là nóc vòm (43,3%) và hai thành bên (32,8%).

Bảng 5. Đặc điểm u và hạch vùng trên cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ

Đặc điểm hình ảnh học		Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Có di căn hạch vùng (n = 67)		51	76,1	
Nhóm hạch (n = 51)	Hạch sau hầu	6	11,7	
	Nhóm I	6	11,7	
	Nhóm II	42	82,4	
	Nhóm III	9	17,6	
	Nhóm IV	4	7,8	
	Nhóm V	4	7,8	
Kích thước hạch (n = 51)	≤ 6 cm	49	96,1	
	> 6 cm	2	3,9	
U vòm (n = 67)	Tính chất xâm lấn	Khu trú tại vòm	8	11,9
		Xâm lấn ra ngoài vùng vòm	59	88,1
	Vị trí xâm lấn	Xâm lấn phần mềm quanh vòm	50	74,6
		Xâm lấn xoang, xương	18	26,9
		Xâm lấn thần kinh, nội sọ	6	9,0
		Xâm lấn hạ họng	1	1,5
		Xâm lấn cơ chân bướm ngoài	2	3,0
		Xâm lấn hốc mắt	1	1,5

Có 76,1% người bệnh có di căn hạch vùng. Nhóm hạch thường gặp nhất là nhóm II (82,4%), tiếp theo là nhóm III (17,6 %). Hầu hết hạch có kích thước ≤ 6 cm (96,1%), chỉ 3,9% có hạch > 6 cm. Kết quả trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ cho

thấy chỉ có 11,9% người bệnh có khối u còn khu trú tại vòm, còn phần lớn các khối u (88,1%) đã xâm lấn ra ngoài vòm; thường xâm lấn phần mềm quanh vòm (74,6%), xoang hoặc xương (26,9%), thần kinh hoặc nội sọ (9%) và các vị trí khác.

Bảng 6. Giải phẫu bệnh và giai đoạn bệnh (n = 67)

Giải phẫu bệnh và giai đoạn		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giải phẫu bệnh	Ung thư biểu mô vảy sừng hóa	8	11,9
	Ung thư biểu mô vảy không sừng hóa	4	6,0
	Ung thư biểu mô không sừng hóa typ không biệt hóa	55	82,1
Giai đoạn bệnh	I	2	3,0
	II	21	31,3
	III	28	41,8
	IVA	13	19,4
	IVB	3	4,5

Về mô bệnh học, 82,1% người bệnh thuộc thể ung thư biểu mô không biệt hóa, 11,9% ung thư biểu mô vảy sừng hóa, 6% ung thư biểu mô vảy không sừng hóa. Người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất (41,8%).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 67 người bệnh UTMH từ 60 tuổi trở lên, độ tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là $66,1 \pm 6,2$ tuổi và nhóm tuổi hay gặp nhất là 60-64 tuổi (56,7%). Kết quả này tương tự với kết quả của Phạm Thị Vân Anh và cộng sự với độ tuổi trung bình là 65,8 tuổi và có 45,8% người bệnh trong nhóm 60-64 tuổi [1]. Tỷ lệ giới tính nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi (3,7/1) tương tự với nghiên cứu của Yu Liang và cộng sự là 3,4/1 [9]. Điều này cho thấy nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với y văn thế giới ghi nhận UTMH gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 56,7% người bệnh có bệnh lý nền kèm theo, trong đó phổ biến nhất là bệnh tim mạch (40,3%), đái tháo đường (13,4%) và một số bệnh lý khác (9%). Kết quả này phản ánh thực tế người cao tuổi thường kèm theo nhiều bệnh mạn tính, ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng dung nạp điều trị. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới về tỷ lệ bệnh kèm theo ở người bệnh UTMH cao tuổi từ 22,4-58% [6]. Sự hiện diện của bệnh lý nền không chỉ ảnh hưởng đến tiên lượng sống thêm mà còn tác động trực tiếp đến việc lựa chọn phác đồ điều trị. Theo nghiên cứu của Ya-Nan Jin và cộng sự, bệnh lý nền có liên quan chặt

chẽ đến kết quả sống thêm của người bệnh UTMH, cụ thể sống thêm toàn bộ 5 năm cao hơn đáng kể đối với người có bệnh lý nền nhẹ (theo thang điểm ACE-27 là 0-1 điểm) so với người có bệnh lý nền vừa hoặc nặng (điểm ACE-27 là 2-3 điểm) lần lượt là 72,9% và 39,9% ($p < 0,001$) [8].

Về lý do vào viện, nghiên cứu của chúng tôi thường gặp nhất là tự sờ thấy hạch cổ (31,3%) và ù tai (28,4%), một số lý do khác ít gặp hơn như đau đầu (11,9%), chảy máu mũi (9%), ngạt tắc mũi (3%), đi khám sức khỏe định kỳ (1,5%) và lý do khác (14,9%). So với các nghiên cứu trong nước ở nhóm dân số chung, lý do chủ yếu khiến người bệnh vào viện là tự sờ thấy hạch cổ chiếm tỷ lệ cao hơn Trần Thị Kim Phượng (43%) [3]; Bùi Vinh Quang (60,3%) [4]. Lý do khiến tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác có thể do ở người bệnh cao tuổi triệu chứng hạch cổ thường không gây đau, khó chịu nhiều nên người bệnh thường không đến viện khám. Phần lớn người bệnh đến viện kể từ khi có triệu chứng đầu tiên trong vòng 6 tháng chiếm 89,5%, có 9% trên 6 tháng. Tương tự nghiên cứu của Phạm Thị Vân Anh và cộng sự (81,3%) [1] và nghiên cứu của Phạm Tiến Chung (71,1%) [2] người bệnh đến viện sau khi khởi phát triệu chứng từ 1-6 tháng.

Triệu chứng cơ năng ghi nhận khi đến viện gồm sờ thấy hạch cổ (56,7%), ù tai (53,7%), ngạt tắc mũi (35,8%), đau đầu (32,8%), chảy máu mũi (16,4%); 43,3% có triệu chứng khác và 1,5% không có triệu chứng. So với các nghiên cứu khác trên nhóm dân số chung, Phạm Tiến Chung (80,4%) [2] và Trần Thị Kim Phượng (90,3%) [3] có tỷ lệ sờ thấy hạch cổ cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Triệu chứng liệt dây thần kinh sọ ghi nhận ở 3 người bệnh (4,5%) và tất cả đều là triệu chứng của liệt dây thần kinh số III với biểu hiện sụp mí mắt.

Về hình thái tổn thương u vòm, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thể sùi chiếm tỉ lệ cao nhất (59,7%) tương tự nghiên cứu của Trần Thị Kim Phượng (74,2%) [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7,5% thể dưới niêm mạc, trong khi các nghiên cứu khác rất hiếm gặp hoặc không gặp. Vị trí hay gặp nhất là nóc vòm (43,3%) và hai thành bên (32,8%).

Trong nghiên cứu có 56,7% người bệnh tự sờ thấy hạch khi đến viện nhưng khi kết hợp khám lâm sàng và cận lâm sàng phát hiện 76,1% người bệnh có di căn hạch, cao hơn so với nghiên cứu trên thế giới của Ying Huang và cộng sự ở người bệnh trên

65 tuổi (66,8%) [7]. Nhóm hạch thường gặp nhất là nhóm II (82,4%) tương tự nghiên cứu Phạm Thị Vân Anh (84,6%) [1] và Bùi Vinh Quang (83,7%) [4]. Kết quả trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ cho thấy chỉ có 11,9% người bệnh có khối u còn khu trú tại vòm, còn phần lớn các khối u đã xâm lấn; u vòm thường xâm lấn phần mềm quanh vòm (74,6%), xoang hoặc xương (26,9%), nội sọ hoặc thần kinh (9%) và các vị trí khác. Về mô bệnh học, 82,1% người bệnh là ung thư biểu mô không biệt hóa, là loại mô bệnh học chiếm ưu thế hoàn toàn với việc nằm ở khu vực Đông Nam Á, Việt Nam cũng có tỷ lệ UTMH loại ung thư biểu mô không biệt hóa khá cao, khoảng gần 80-90% theo nhiều nghiên cứu, như Bùi Vinh Quang (99%) [4]; Trần Thị Kim Phượng (96,7%) [3].

Về giai đoạn bệnh, trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh được chẩn đoán muộn hơn so với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước ở người cao tuổi. Tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn III cao nhất (41,8%), cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Vân Anh và cộng sự có giai đoạn II, III chiếm 34,4% và 30,2% [1], nghiên cứu của Ying Huang và cộng sự có giai đoạn III là 31,3% [7].

5. KẾT LUẬN

UTMH ở người cao tuổi gặp chủ yếu ở nam giới tương tự như nhóm dân số chung. Tỷ lệ người bệnh có bệnh lý nền kèm theo cao, phổ biến là các bệnh lý tim mạch. Phần lớn người bệnh đến viện trong vòng 6 tháng từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên với lý do vào viện thường gặp nhất là tự sờ thấy hạch cổ. Triệu chứng cơ năng thường không đặc hiệu, hình thái u vòm hay gặp nhất là thể sùi ở vị trí nóc vòm và hai thành bên. Người bệnh có tỷ lệ di căn hạch cao, thường gặp nhất là hạch nhóm II. Kết quả trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ cho thấy phần lớn các khối u đã xâm lấn xung quanh. Người bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển, trong đó giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất. Cần chú trọng phát hiện sớm để cải thiện kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phạm Thị Vân Anh, Ngô Thanh Tùng, Lê Chính Đại, Nguyễn Văn Đăng, Nguyễn Thị Hằng. Kết quả điều trị ung thư vòm mũi họng người bệnh cao tuổi tại Bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 530 (1B), tr. 274-278.
- [2] Phạm Tiến Chung. Nghiên cứu phác đồ hóa xạ trị đồng thời có hóa trị trước cho ung thư vòm mũi họng giai đoạn N2,3M0 tại Bệnh viện K. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2018.
- [3] Trần Thị Kim Phượng. Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời trong ung thư vòm mũi họng giai đoạn II tại Bệnh viện K. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2018.
- [4] Bùi Vinh Quang. Nghiên cứu điều trị ung thư vòm họng giai đoạn III, IV (M0) bằng phối hợp hóa xạ trị gia tốc 3 chiều (3D) theo hình dạng khối u. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2012.
- [5] Bray F et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 2024 May-Jun, 74 (3): 229-263.
- [6] Chan W.L et al. Management of Nasopharyngeal Carcinoma in Elderly Patients. Frontiers in oncology, 2022 Feb 1, 12: 810690. doi:10.3389/fonc.2022.810690
- [7] Huang Y et al. The impact of comorbidity on overall survival in elderly nasopharyngeal carcinoma patients: a National Cancer Data Base analysis. Cancer medicine, 2018, 7: 1093-1101.
- [8] Jin Y.N et al. The Characteristics and Survival Outcomes in Patients Aged 70 Years and Older with Nasopharyngeal Carcinoma in the Intensity-Modulated Radiotherapy Era. Cancer research and treatment, 2019, 51: 34-42.
- [9] Liang Y et al. Acute Toxicities and Prognosis of Elderly Patients with Nasopharyngeal Carcinoma After Intensity-Modulated Radiotherapy: Prediction with Nomogram. Cancer management and research, 2020, 12: 8821-8832.

