

mạch nghiêm trọng hơn, có thể gây rò rỉ nhiều máu hơn vào trung thất, dẫn đến khối máu tụ trung thất lớn hơn. Nghiên cứu của Harris và cs cho thấy tỷ lệ đường kính giả phình/ đường kính động mạch chủ bình thường >1.4 là một yếu tố tiên lượng nguy cơ vỡ của động mạch chủ⁵.

Trong nghiên cứu cũng cho thấy mối tương quan giữa tình trạng huyết động lúc nhập viện (HATT) và độ dày khối máu tụ trung thất, chiều dài đoạn mạch tổn thương hay đường kính khối giả phình là chưa có ý nghĩa thống kê. Tương tự, không ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng tri giác (Glasgow) và độ dày khối máu tụ trung thất, chiều dài đoạn mạch tổn thương hay đường kính khối giả phình. Điều này có thể do số lượng mẫu nghiên cứu còn ít nên chưa đại diện được cho sự tương quan trong quần thể.

Các kết quả trên cho thấy các yếu tố lâm sàng như huyết áp tâm thu và điểm Glasgow có giá trị hạn chế trong việc dự đoán mức độ tổn thương tại chỗ của động mạch chủ dựa trên hình ảnh CLVT. Điều đó càng cho thấy sự cần thiết của chỉ định chụp CLVT ngực có tiêm thuốc cản quang trong việc phát hiện và đánh giá đầy đủ tổn thương của CTĐMCN, bên cạnh thăm khám lâm sàng ban đầu.

V. KẾT LUẬN

Chụp CLVT là thăm khám thường được chỉ định cho các trường hợp chấn thương ngực. Trên CLVT tiêm thuốc cản quang có khả năng phát hiện các dấu hiệu đặc trưng cho tổn thương

và phân độ chính xác CTĐMCN, từ đó, góp phần quan trọng trong việc chỉ định phương thức theo dõi điều trị phù hợp cho bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schulman CI, Carvajal D, Lopez PP, Soffer D, Habib F, Augenstein J. Incidence and crash mechanisms of aortic injury during the past decade. *J Trauma*. 2007;62(3):664-667. doi:10.1097/TA.0b013e318031b58c
2. Williams JS, Graff JA, Uku JM, Steinig JP. Aortic injury in vehicular trauma. *Ann Thorac Surg*. 1994;57(3):726-730. doi:10.1016/0003-4975(94)90576-2
3. Loo GT, Siegel JH, Dischinger PC, et al. Airbag protection versus compartment intrusion effect determines the pattern of injuries in multiple trauma motor vehicle crashes. *J Trauma*. 1996;41(6): 935-951. doi:10.1097/00005373-199612000-00001
4. Gombert A, Barbati ME, Storck M, et al. Treatment of blunt thoracic aortic injury in Germany—Assessment of the TraumaRegister DGU®. *PLoS One*. 2017;12(3):e0171837. doi: 10.1371/journal.pone.0171837
5. Harris DG, Rabin J, Kufera JA, et al. A new aortic injury score predicts early rupture more accurately than clinical assessment. *Journal of Vascular Surgery*. 2015;61(2):332-338. doi:10.1016/j.jvs.2014.08.007
6. A Systematic Review on Thoracic Endovascular Repair Outcomes in Blunt Thoracic Aortic Injuries - Petroula Nana, Konstantinos Spanos, Christian-Alexander Behrendt, Alexandros Brodis, Stéphan Haulon, Tilo Köbel, 2024. Accessed June 9, 2024. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/15266028241233163?journalCode=jeta>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN DI CĂN XA MỚI CHẨN ĐOÁN TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Đăng^{1,2}, Lê Thị Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn di căn xa mới chẩn đoán. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 72 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn di căn xa mới chẩn đoán tại bệnh viện K từ 01/2017 đến

12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình $53,6 \pm 10,6$, tỷ lệ nam/nữ là 3,5/1. Lý do vào viện phổ biến là hạch cổ, chiếm 86,1%. Thời gian chẩn đoán bệnh trung bình là 4,24 tháng. Giai đoạn T3-T4 chiếm 52,7% và N2-N3 chiếm 76,4%. Xương là vị trí di căn phổ biến nhất (54,2%), tiếp theo là phổi (33,3%), di căn xa tại hạch (26,4%) và gan (20,8%). Đa số bệnh nhân chỉ di căn một cơ quan (69,4%). Các đặc điểm hình ảnh học của di căn xa thường gặp bao gồm tổn thương đặc xương, các nốt nhỏ hai phế trường và tổn thương gan giảm tỷ trọng, ngấm thuốc kém. **Kết luận:** Ung thư vòm mũi họng giai đoạn di căn xa mới chẩn đoán thường gặp ở nam giới trung niên, với biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu dẫn đến phát hiện muộn. Hạch cổ là lý do nhập viện phổ biến. Di căn xương là vị trí di căn xa thường gặp nhất. Chẩn đoán hình ảnh giữ vai trò quan trọng trong phát hiện và đánh giá tổn thương.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đăng

Email: nguyenvandang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 25.7.2025

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng, giai đoạn di căn xa, di căn mới chẩn đoán.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DE NOVO DISTANT METASTATIC NASOPHARYNGEAL CARCINOMA AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Purpose: To describe some clinical and subclinical characteristics of de novo distant metastatic nasopharyngeal carcinoma. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 72 patients with de novo distant metastatic nasopharyngeal carcinoma at Vietnam National Cancer Hospital from January 2017 to December 2024. **Results:** The mean age was 53.6 ± 10.6 years, with a male-to-female ratio of 3.5:1. The most common reason for hospital admission was cervical lymphadenopathy (86.1%). The average time from symptom onset to diagnosis was 4.24 months. T3–T4 tumors accounted for 52.7%, and N2–N3 lymph node involvement for 76.4%. Bone was the most frequent site of distant metastasis (54.2%), followed by the lungs (33.3%), distant lymph nodes (26.4%), and liver (20.8%). Most patients had metastasis on a single organ (69.4%). Common radiological features of distant metastases included sclerotic bone lesions, multiple small pulmonary nodules, and hypodense liver lesions with poor contrast enhancement. **Conclusion:** De novo distant metastatic nasopharyngeal carcinoma is commonly observed in middle-aged men, often presenting with nonspecific clinical symptoms that lead to delayed detection. Cervical lymphadenopathy is the most common reason for hospital admission. Bone is the most frequent site of distant metastasis. Radiology plays a critical role in lesion detection and evaluation. **Keywords:** Nasopharyngeal carcinoma, distant metastasis, de novo metastatic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là bệnh ác tính có phân bố địa lý đặc thù, tập trung chủ yếu ở các quốc gia Đông Nam Á và Trung Quốc. Theo GLOBOCAN 2022, tại Việt Nam, UTVMH đứng thứ 9 về tỷ lệ mắc mới và thứ 8 về tỷ lệ tử vong ở cả hai giới.¹ Đây là bệnh tiến triển thầm lặng với các triệu chứng không đặc hiệu khiến bệnh dễ bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác của tai mũi họng. Hậu quả là phần lớn bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn tiến triển tại chỗ hoặc di căn xa. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, ước tính vẫn có khoảng 10% bệnh nhân UTVMH được chẩn đoán giai đoạn di căn xa ngay từ ban đầu.² Di căn xa và tái phát tại chỗ hiện là thách thức lớn trong điều trị bệnh lý này.³

Chẩn đoán UTVMH dựa vào kết hợp thăm khám lâm sàng, xét nghiệm nồng độ EBV-DNA huyết thanh, nội soi tai mũi họng, chẩn đoán

hình ảnh như cộng hưởng từ, FDG-PET/CT và chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học.³ Đối với giai đoạn di căn, điều trị chủ yếu dựa vào hóa trị toàn thân phác đồ nền tảng nhóm Platinum. Những bệnh nhân di căn mới chẩn đoán có thể trạng tốt và đáp ứng với hóa trị, việc bổ sung xạ trị tại chỗ tại vùng được chứng minh giúp cải thiện khả năng kiểm soát tại chỗ và kéo dài thời gian sống thêm.⁴ Các đặc điểm di căn là yếu tố tiên lượng quan trọng, góp phần dự đoán mức độ đáp ứng cũng như xác định nhóm bệnh nhân có khả năng hưởng lợi từ các chiến lược điều trị đa mô thức.⁵

Tại Việt Nam, tuy đã có nhiều công trình nghiên cứu về UTVMH, nhưng phần lớn tập trung vào giai đoạn khu trú tại chỗ tại vùng, trong khi các nghiên cứu về giai đoạn di căn mới chẩn đoán vẫn còn hạn chế. Việc hiểu biết đầy đủ về đặc điểm của nhóm bệnh nhân này có ý nghĩa quan trọng trong định hướng chẩn đoán, tiên lượng và điều trị. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn di căn mới chẩn đoán tại Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 72 bệnh nhân chẩn đoán ung thư vòm mũi họng giai đoạn di căn mới chẩn đoán tại bệnh viện K từ 01/2017 đến 12/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư vòm mũi họng bằng kết quả mô bệnh học theo phân loại WHO 2016.

- Bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn IVB (T bất kỳ N bất kỳ M1) theo AJCC 2017.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đã xạ trị triệt căn hoặc hóa xạ đồng thời điều trị UTVMH trước đó.

- Có tiền sử điều trị ung thư khác hoặc ung thư đồng thì.

- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 08/2024 đến tháng 12/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Xạ Đầu - cổ - Bệnh viện K.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tổng số thu thập được 72 bệnh nhân.

2.4. Nội dung/chi số nghiên cứu. Tuổi, giới, chỉ số toàn trạng, triệu chứng lâm sàng, giải phẫu bệnh, xét nghiệm công thức máu, nồng độ

EBV-DNA huyết thanh, đặc điểm u và hạch trên cộng hưởng từ (MRI) đầu cổ, một số đặc điểm di căn.

2.5. Quy trình tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Lập bệnh án nghiên cứu và lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bước 2: Bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị.

Bước 3: Phân tích số liệu, viết báo cáo.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các thuật toán thống kê mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, tần số và tần suất (%).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Tổng số n = 72	
Tuổi	Trung bình	53,63 ± 10,61	
	Khoảng tuổi	31 - 71	
Đặc điểm		n	%
Nhóm tuổi	≤ 50	27	37,5
	> 50	45	62,5
Giới	Nam	56	77,8
	Nữ	16	22,2
ECOG	0	46	63,9
	1	26	36,1
Triệu chứng lâm sàng	Đau đầu	41	56,9
	Ù tai	48	66,7
	Ngạt mũi	19	26,4
	Chảy máu mũi	20	27,8
	Đau xương	3	4,2
	Hạch cổ	62	86,1
Thời gian phát hiện bệnh (tháng)		4,24 (0 - 36)	
Thời gian phát hiện bệnh	< 3 tháng	39	54,2
	3-6 tháng	22	30,6
	>6 tháng	11	15,3

* Thời gian từ lúc bệnh nhân xuất hiện triệu chứng bệnh đến lúc bệnh nhân được chẩn đoán. Khám định kỳ: thời gian chẩn đoán bằng 0 tháng.

Nhận xét: Tuổi trung bình là 53,63 ± 10,61, trong đó nhóm tuổi trên 50 chiếm 62,5%. Bệnh thường gặp ở nam giới, tỷ lệ nam/nữ là 3,5/1. Hầu hết các bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt ECOG 0 chiếm 63,9%. Hạch cổ là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 86,1%, tiếp theo là ù tai (66,7%). Thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi được chẩn đoán là 4,24 tháng.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm		n	%
Mô bệnh học	WHO type I	2	2,8
	WHO type III	70	97,2

Giai đoạn u nguyên phát	T1	14	19,5
	T2	20	27,8
	T3	15	20,8
	T4	23	31,9
Giai đoạn hạch vùng	N1	17	23,6
	N2	26	36,1
	N3	29	40,3
Vị trí di căn hạch vùng	Nhóm 2	14	19,4
	Nhóm sau hầu, 2-5	12	16,8
	Nhóm sau hầu, 2-3	9	12,5
	Nhóm sau hầu, 2	9	12,5
	Nhóm 2-5	9	12,5
	Nhóm 2-3	5	6,9
	Các vị trí khác	14	19,4
Hemoglobin trung bình		137,5±14,7 (g/L)	
Trung vị EBV-DNA huyết thanh		4117 (copies/mL)	

Nhận xét: Thể mô bệnh học WHO type III hay gặp nhất chiếm 97,2%. Tỷ lệ giai đoạn T3 - T4 chiếm 52,7% và giai đoạn N2 - N3 chiếm 76,4%. Hạch nhóm 2 là vị trí di căn hạch cổ thường gặp nhất chiếm 19,4%. Hemoglobin trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 137,5 g/L. Trong 30/72 bệnh nhân được xét nghiệm nồng độ EBV-DNA huyết thanh trước điều trị, có tới 96,7% bệnh nhân có nồng độ ở ngưỡng phát hiện (≥ 25 copies/mL), với trung vị là 4117 copies/mL.

3.2. Đặc điểm di căn

Bảng 3. Đặc điểm di căn

Đặc điểm		n	%
Vị trí di căn	Xương	39	54,2
	Gan	15	20,8
	Phổi	24	33,3
	Di căn xa tại hạch	19	26,4
	Khác	2	2,8
Số cơ quan di căn	1	50	69,4
	2	18	25
	3	3	4,2
	4	1	1,4

Nhận xét: Xương là vị trí di căn phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 54,2%, tiếp theo đó là phổi (33,3%), di căn xa tại hạch (26,4%), gan (20,8%). Một số vị trí hiếm gặp được ghi nhận là tuyến thượng thận và màng phổi. Đa số bệnh nhân (69,4%) di căn 1 cơ quan.

Bảng 4. Đặc điểm di căn xương

Đặc điểm di căn xương		n=39	%
Vị trí di căn xương	Cột sống cổ	9	23,1
	Cột sống ngực	12	30,8
	Cột sống thắt lưng	18	46,2
	Xương cẳng - chày	21	53,8
	Xương vai	10	25,6
	Xương ức - sườn	18	46,2
	Xương chi	8	20,5

Đặc điểm di căn xương	Tiêu xương	9	23,1
	Đặc xương	15	38,5
Số ổ di căn	Hỗn hợp	3	7,7
	Tăng hoạt độ phóng xạ	12	30,8
Số ổ di căn	Đơn ổ	16	41
	Đa ổ	23	59

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân di căn xương đa ổ 59% bệnh nhân di căn đa ổ. Các vị trí thường gặp là xương cùng - chậu 53,8%, tiếp theo đó là cột sống thắt lưng 46,2% và xương ức - sườn 46,2%. Hình ảnh đặc xương là biểu hiện thường gặp nhất trên cắt lớp vi tính (CLVT) (38,5%), trong khi có tới 30,8% bệnh nhân phát hiện di căn thông qua hình ảnh tăng hoạt độ phóng xạ trên xạ hình xương.

Bảng 5. Đặc điểm di căn các cơ quan khác

Đặc điểm di căn gan		n=15	%
Vị trí di căn gan	Gan phải	2	13,3
	Gan trái	5	33,3
	Toàn bộ	8	53,4
Số lượng ổ di căn	Đơn ổ	6	40
	Đa ổ	9	60
Đặc điểm di căn phổi		n=24	%
Số lượng ổ di căn	Đơn ổ	6	25
	Đa ổ	18	75
Đặc điểm di căn xa tại hạch		n=19	%
Vị trí di căn hạch	Trung thất	12	63,2
	Ổ bụng	4	21,1
	Chậu	2	10,5
	Nách	3	15,8
	Bẹn	1	5,3

Nhận xét: UTMVH thường có xu hướng di căn đa ổ. Bệnh nhân di căn gan được ghi nhận có chức năng gan trong giới hạn bình thường. Trong di căn gan đa ổ, tổn thương lan tỏa khắp nhu mô là biểu hiện thường gặp. Đối với di căn gan đơn ổ vị trí gan trái thường gặp hơn gan phải (33,3% so với 13,3%). Hình ảnh đặc trưng di căn gan trên phim cắt lớp vi tính là nốt giảm tỷ trọng, ngấm thuốc kém.

Di căn phổi chủ yếu biểu hiện dạng các nốt nhỏ lan tỏa hai phổi trên CLVT. Di căn xa tại hạch thường gặp nhất tại hạch trung thất chiếm 63,2%, hạch chậu và hạch bẹn ít gặp hơn với tỷ lệ lần lượt là 10,5% và 5,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

4.1.1. Đặc điểm lâm sàng. Nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân UTMVH di căn là $53,6 \pm 10,6$, nam giới chiếm ưu thế (tỷ lệ nam/nữ là 3,5/1), phù hợp với xu hướng dịch tễ khu vực.⁶ Đa số bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt (ECOG 0 chiếm 63,9%) - yếu tố quan trọng

phản ánh khả năng dung nạp cũng như quyết định hướng điều trị. Bệnh nhân thường đến viện với các triệu chứng không đặc hiệu chủ yếu do u nguyên phát và hạch vùng, trong đó hạch cổ (86,1%), ù tai (66,7%) và đau đầu (56,9%). Các triệu chứng di căn thường kín đáo cần các phương tiện chẩn đoán hình ảnh để phát hiện. Thời gian chẩn đoán trung bình là 4,24 tháng, phản ánh sự chậm trễ trong việc phát hiện bệnh. Nguyên nhân có thể do tính chất không đặc hiệu của các triệu chứng ban đầu. Điều này góp phần giải thích tại sao mặc dù đã có nhiều tiến bộ vẫn có tới 10% bệnh nhân chẩn đoán giai đoạn di căn ngay từ đầu.²

4.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Mô bệnh học chủ yếu là nhóm WHO type III, chiếm 97,2%, đây là thể mô học liên quan đến nhiễm EBV thường gặp trên quần thể bệnh nhân châu Á. Xét nghiệm Hemoglobin (Hb) ban đầu được sử dụng như một chỉ điểm về tình trạng toàn thân. Thiếu máu có thể phản ánh tiến triển nhanh của khối u đồng thời là yếu tố độc lập liên quan đến tình trạng kháng điều trị. Trong nghiên cứu, 11,1% bệnh nhân có Hb < 120 g/L. Bên cạnh đó, trong số 30 bệnh nhân được xét nghiệm nồng độ EBV-DNA huyết thanh trước điều trị ghi nhận hầu hết bệnh nhân (96,7%) có giá trị EBV-DNA ở mức ≥ 25 copies/mL – ngưỡng phát hiện của xét nghiệm. Kết quả này cho thấy tỷ lệ dương tính EBV-DNA huyết thanh cao trong nhóm bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn di căn.

So với giai đoạn N, giai đoạn T có giá trị dự báo di căn xa kém hơn và mối liên hệ giữa mức độ xâm lấn tại chỗ với nguy cơ di căn xa không được nhất quán trong các nghiên cứu.^{7,8} Trong nghiên cứu của chúng tôi, giai đoạn T4 chiếm 31,9%, giai đoạn N2 - N3 chiếm 76,4%. Nghiên cứu của Qu cũng ghi nhận xu hướng tương tự là giai đoạn T4 hoặc N3 liên quan đến nguy cơ di căn cao hơn.⁶ Bên cạnh giai đoạn hạch, vị trí hạch cổ di căn cũng là yếu tố tiên lượng dự báo di căn xa. Theo Xu ghi nhận di căn hạch nhóm 2 là vị trí thường gặp nhất bệnh nhân UTMVH. Khi so sánh với nhóm chỉ di căn hạch nhóm 1, nhóm 2-5 hoặc nhóm 2 và 4 có nguy cơ di căn xa cao hơn đáng kể.⁹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ di căn hạch nhóm 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 19,4%, tiếp theo là di căn các nhóm sau hầu, 2-5, nhóm sau hầu, 2-3 và nhóm 2-5. Những kết quả này củng cố vai trò của đặc điểm hạch cổ không chỉ trong đánh giá giai đoạn mà còn tiên lượng nguy cơ di căn xa ở bệnh nhân UTMVH.

4.2. Đặc điểm di căn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, xương là vị trí di căn thường gặp nhất chiếm 54,1%, tiếp theo là phổi (33,3%), di căn xa tại hạch (26,4%) và gan (20,8%). Một số vị trí hiếm gặp được ghi nhận là tuyến thượng thận và màng phổi. Đa số bệnh nhân (69,4%) di căn 1 cơ quan. Tương tự kết quả của Zou ghi nhận các vị trí thường gặp xương (64–67%), gan (32–34%), phổi (15–22%) và di căn xa tại hạch (12–15%), di căn một cơ quan chiếm 70%, trong khi hơn 70% bệnh nhân di căn đa ổ.⁵

4.2.1. Đặc điểm di căn xương. Trong nhóm di căn xương, các vị trí thường gặp là xương cùng - chậu 53,8%, cột sống thắt lưng 46,2% và xương ức - sườn 46,2%. Tương tự kết quả của Zhao ghi nhận di căn phổ biến tại xương cột sống, xương sườn, xương ức, xương chậu và xương đùi.¹⁰ Đặc xương là biểu hiện thường gặp nhất trên phim cắt lớp vi tính (CLVT) (38,5%), trong khi đó 30,8% bệnh nhân chỉ phát hiện di căn xương thông qua hình ảnh tăng hoạt độ phóng xạ trên xạ hình xương. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hai bệnh nhân thay đổi chẩn đoán nhờ PET/CT – trong đó có một ca loại trừ di căn và một ca xác định di căn không phát hiện trên xạ hình. FDG–PET/CT được xem là phương pháp tối ưu trong phát hiện di căn xa đặc biệt trường hợp bệnh tiến triển tại chỗ.¹¹ Theo hướng dẫn của NCCN, chụp PET/CT được khuyến cáo đánh giá di căn xa, có thể thay bằng xạ hình xương trong trường hợp không thể thực hiện.³

4.2.2. Đặc điểm di căn cơ quan khác. Tất cả các bệnh nhân di căn gan trong nghiên cứu ghi nhận chức năng gan trong giới hạn bình thường tại thời điểm phát hiện. UTMH di căn gan thường biểu hiện dưới dạng các nốt giảm tỷ trọng ngấm thuốc kém lan tỏa khắp nhu mô trên CLVT. Đáng chú ý, trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một trường hợp tổn thương gan đơn ổ được chẩn đoán xác định bằng sinh thiết, cho thấy vai trò then chốt của mô bệnh học trong xác minh bản chất tổn thương khi hình ảnh học không đặc hiệu. Trên hình ảnh CLVT, tổn thương phổi do di căn thường biểu hiện bằng các nốt nhỏ lan tỏa hai phế trường. Về di căn xa tại hạch, vị trí phổ biến nhất là hạch trung thất (63,2%), trong khi hạch chậu (10,5%) và hạch bẹn (5,3%) – những vị trí ít gặp hơn.

V. KẾT LUẬN

UTMH có tỷ lệ di căn xa cao hơn các ung thư biểu mô tế bào vảy vùng đầu cổ khác, trong đó xương là vị trí thường gặp nhất. Bệnh nhân giai đoạn tiến triển cần đánh giá toàn diện xương, phổi, hạch và gan. Đặc điểm di căn trên

hình ảnh học bao gồm: nốt nhỏ rải rác hai phế trường, tổn thương gan giảm tỷ trọng, ngấm thuốc kém, tổn thương đặc xương đa ổ. PET/CT và xạ hình xương đóng vai trò quan trọng trong đánh giá giai đoạn. Hiểu rõ đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của nhóm bệnh nhân này có ý nghĩa trong định hướng chẩn đoán.

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: A Cancer Journal for Clinicians*. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. **Chen YP, Chan ATC, Le QT, Blanchard P, Sun Y, Ma J.** Nasopharyngeal carcinoma. *The Lancet*. 2019;394(10192): 64-80. doi:10.1016/S0140-6736(19) 30956-0
3. **National Comprehensive Cancer Network Head and Neck Cancers, version 2.2025.** Accessed April 12, 2025. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf
4. **You R, Liu YP, Huang PY, et al.** Efficacy and Safety of Locoregional Radiotherapy With Chemotherapy vs Chemotherapy Alone in De Novo Metastatic Nasopharyngeal Carcinoma: A Multicenter Phase 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncology*. 2020;6(9):1345-1352. doi:10.1001/jamaoncol.2020.1808
5. **Zou X, You R, Liu H, et al.** Establishment and validation of M1 stage subdivisions for de novo metastatic nasopharyngeal carcinoma to better predict prognosis and guide treatment. *Eur J Cancer*. 2017;77: 117-126. doi:10.1016/j.ejca.2017.02.029
6. **Qu W, Li S, Zhang M, Qiao Q.** Pattern and prognosis of distant metastases in nasopharyngeal carcinoma: A large-population retrospective analysis. *Cancer Med*. 2020;9(17):6147-6158. doi:10.1002/cam4.3301
7. **Ai QY, Hu CW, Bhatia KS, et al.** Nasopharyngeal carcinoma: relationship between invasion of the prevertebral space and distant metastases. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2018; 275(2):497-505. doi:10.1007/s00405-017-4825-z
8. **Shen C, Lu JJ, Gu Y, Zhu G, Hu C, He S.** Prognostic impact of primary tumor volume in patients with nasopharyngeal carcinoma treated by definitive radiation therapy. *Laryngoscope* 2008;118:1206–1210
9. **Xu Y, Huang T, Fan L, Jin W, Chen X, Chen J.** Patterns and prognostic value of lymph node metastasis on distant metastasis and survival in nasopharyngeal carcinoma: a surveillance, epidemiology, and end results study, 2006–2015. *J Oncol*. 2019;2019:4094395
10. **Zhao CL, Qian GQ, Chen XY, Chen C.** Retrograde analysis of clinical characteristics of bone metastasis in 1,031 cases of preliminarily diagnosed nasopharyngeal carcinoma. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(8):3785-3788. doi:10.7314/apjcp.2014.15.8.3785