

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT UNG THƯ LƯỠI DI ĐỘNG GIAI ĐOẠN I-II Ở NỮ GIỚI TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Duy^{1,2}, Mai Văn Chinh^{2,3},
Hoàng Mạnh Thắng^{1,2}, Ngô Xuân Quý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật ung thư lưỡi di động giai đoạn I, II ở nữ giới tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 91 BN nữ được chẩn đoán ung thư biểu mô vảy lưỡi di động giai đoạn I-II và điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 60,5 ± 13,6, nhóm >60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (58,2%). Triệu chứng đầu tiên thường gặp là đau lưỡi (60,4%). Vị trí tổn thương hay gặp nhất ở bờ tự do lưỡi (90,1%). Mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô vảy độ II (71,4%). Giai đoạn I chiếm 74,7%, giai đoạn II 25,3%. 100% BN được vét hạch cổ. Hầu hết các bệnh nhân đều có kết quả PT tốt, chỉ một số BN có biến chứng tạm thời: Tổn thương nhánh thần kinh XI tạm thời 12,1%, tổn thương thần kinh XI tạm thời 4,4%. **Kết luận:** ung thư lưỡi ở nữ giới giai đoạn I-II thường gặp ở BN lớn tuổi, tổn thương chủ yếu tại bờ tự do lưỡi. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn I. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, đem lại kết quả tốt cho nhóm bệnh nhân ở giai đoạn này. **Từ khóa:** Ung thư lưỡi, ung thư khoang miệng, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EARLY SURGICAL OUTCOMES OF STAGE I-II MOBILE TONGUE CANCER IN FEMALE PATIENTS AT K HOSPITAL

Objective: To describe the clinical, paraclinical characteristics, and early surgical outcomes of stage I-II mobile tongue cancer in female patients at K Hospital. **Patients and Methods:** A retrospective combined with prospective study was conducted on 91 female patients diagnosed with stage I-II squamous cell carcinoma of the mobile tongue and treated at K Hospital from January 2018 to December 2024. **Results:** The mean age was 60.5 ± 13.6 years, with the >60 age group accounting for the highest proportion (58.2%). The most common initial symptom was tongue pain (60.4%). The most frequent tumor location was the free margin of the tongue (90.1%). Histopathology was predominantly grade II squamous cell carcinoma (71.4%). Stage I accounted for 74.7% and stage II for 25.3%. All

patients (100%) underwent neck dissection. Most patients achieved good surgical outcomes, with only a few experiencing temporary complications: transient marginal mandibular nerve injury (12.1%) and transient spinal accessory nerve injury (4.4%). **Conclusion:** Stage I-II mobile tongue cancer in female patients often occurs in older individuals, with lesions mainly located at the free margin of the tongue. The majority of patients presented at stage I. Surgery remains the main treatment modality and provides favorable outcomes for this group of patients.

Keywords: tongue cancer, oral cancer, clinical features, subclinical features.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi (UTL) di động là u ác tính nguyên phát của lưỡi, hay gặp nhất trong các ung thư khoang miệng, chiếm đa số là ung thư biểu mô vảy. Theo GLOBOCAN 2022, có khoảng 389.846 ca mắc mới và 188.438 ca tử vong do ung thư khoang miệng [1]. Trong nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam cho thấy ung thư lưỡi thường gặp ở lứa tuổi trung niên và người lớn tuổi, nam giới gặp nhiều hơn nữ giới. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc của nữ giới trong những năm gần đây có xu hướng gia tăng. Ở Mỹ cách đây 40 năm, tỷ lệ mắc ung thư lưỡi nam/nữ là 4/1, gần đây là 3/1. Theo nghiên cứu của Todd Burus và cộng sự tại Mỹ thống kê từ 2001 đến 2019, tỷ lệ mắc ung thư lưỡi ở nữ giới có xu hướng tăng cao hơn nam giới (Tỷ lệ phần trăm thay đổi trung bình hàng năm của nữ là 3.6% so với 2.6 % của nam) [2]. Một câu hỏi đặt ra đó là ung thư lưỡi di động ở nữ giới có đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị có gì khác hơn so với nam giới? Chính vì lí do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật ung thư lưỡi di động giai đoạn I, II ở nữ giới tại Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm BN UTLĐĐ nữ giới giai đoạn I-II được chẩn đoán bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy và điều trị tại bệnh viện K từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô vảy của lưỡi di động.
- Giới nữ, giai đoạn I-II

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Mai Văn Chinh

Email: drchinh1994@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

- Được điều trị lần đầu và có hồ sơ đầy đủ theo dõi sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN mắc bệnh ung thư thứ 2 hoặc đã được điều trị từ trước.

- BN bỏ điều trị vì lý do ngoài chuyên môn.

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

2.3. Biện số và chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng:

+ Tuổi: phân thành các nhóm tuổi <40, 41-50, 51-60, >60.

+ Yếu tố nguy cơ: uống rượu, hút thuốc lá, nhai trầu, bệnh lý răng miệng.

+ Thời gian phát hiện bệnh: < 3 tháng; 3-6 tháng; 7- 12 tháng.

+ Lý do vào viện: u lưỡi, vết loét ở lưỡi, chảy máu lưỡi, đau lưỡi.

+ Triệu chứng thực thể: Vị trí u (bên phải, bên trái, bờ tự do, mặt trên lưỡi, mặt dưới lưỡi, đầu lưỡi), kích thước, hình thái (sùi, loét, thâm nhiễm, sùi + loét kết hợp).

- Đặc điểm cận lâm sàng:

+ Độ mô học theo phân loại WHO: Độ I, II, III (cao, trung bình, thấp).

+ Độ sâu xâm nhập (DOI): $\leq 5\text{mm}$, $5 < \text{DOI} \leq 10\text{mm}$

+ Giai đoạn I, II

- Kết quả sớm PT:

+ Biến chứng sau PT: tổn thương nhánh thần kinh bờ hàm dưới tạm thời, nhiễm trùng vết mổ, chảy máu vết mổ, tổn thương thần kinh XI tạm thời.

2.4. Xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Tuổi

Bảng 3.1. Bảng phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	Số BN(n)	Tỷ lệ (%)
≤ 40	8	8,8
41-50	13	14,3
51-60	17	18,7
>60	53	58,2
Tuổi trung bình	60,5 \pm 13,6	
Min - Max	24-88	

Nhận xét: - Tuổi trung bình là 60,5 \pm 13,6. Nhỏ nhất là 24, lớn nhất là 88 tuổi.

- Nhóm tuổi hay gặp nhất là >60 tuổi, chiếm 58,2%.

3.1.2. Yếu tố nguy cơ

Bảng 3.2. Yếu tố nguy cơ

Tiền sử	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Uống rượu	6	6,6

Hút thuốc	2	2,2
Uống rượu + ăn trầu	4	4,4
Ăn trầu	11	12,1
Bệnh lý răng miệng	5	5,5
Không có nguy cơ	63	69,2

Nhận xét: Trong 91 BN nghiên cứu, đa số không có yếu tố nguy cơ (69,2%), BN ăn trầu chiếm 12,1%, uống rượu chiếm 6,6%, vừa uống rượu vừa ăn trầu chiếm 4,4%, bệnh lý răng miệng chiếm 5,5%, hút thuốc chỉ có 2 BN, chiếm 2,2%.

3.1.3. Lý do vào viện

Bảng 3.3. Lý do vào viện và thời gian phát hiện bệnh

	Số BN(n)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện		
U lưỡi	64	70,3
Đau lưỡi	17	18,7
Chảy máu lưỡi	3	3,3
Loét lưỡi	7	7,7
Thời gian phát hiện bệnh		
< 3 tháng	61	67,0
3-6 tháng	23	25,3
7-12 tháng	4	4,4
>12 tháng	3	3,3

Nhận xét: - Lý do vào viện hay gặp nhất là u lưỡi chiếm 70,3%, sau đó là đau lưỡi chiếm 18,7% và loét lưỡi chiếm 7,7%. Chảy máu lưỡi là triệu chứng ít gặp nhất, chiếm 3,3%.

- Thời gian phát hiện bệnh trung bình là 3,1 \pm 3,4 tháng. Đa số BN đến khám trong 3 tháng đầu, chiếm 67,0%. Có 25,3% BN đến khám trong 3-6 tháng. Chỉ có 3 BN (chiếm 3,3%) đến khám sau 1 năm.

3.1.4. Vị trí và hình thái tổn thương

Bảng 3.4. Vị trí và hình thái tổn thương

	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí		
Bên phải	48	52,7%
Bên trái	43	47,3%
Tổng số	91	100
Hình thái tổn thương		
Bờ tự do của lưỡi	82	90,1
Mặt trên lưỡi	2	2,2
Mặt dưới lưỡi	5	5,5
Đầu lưỡi	2	2,2
Sùi	31	34,1
Loét	27	29,7
Sùi loét kết hợp	32	35,2
Thâm nhiễm	1	1,1

Nhận xét: - Có 48 BN tổn thương bên phải chiếm 52,7%. Bên trái có 43 BN chiếm 47,3%. Đa số vị trí tổn thương ở bờ tự do của lưỡi chiếm 90,1%. U mặt dưới lưỡi chiếm 5,5%, mặt trên lưỡi chiếm 2,2%. Có 2 BN u ở đầu lưỡi chiếm 2,2%.

- Hình thái tổn thương lâm sàng: kết hợp sùi và loét chiếm tỷ lệ 35,2%, thể loét đơn thuần chiếm 29,7% và thể sùi chiếm 34,1%. Thấp nhất là thể thâm nhiễm với 01 BN chiếm 1,1%.

3.2. Cận lâm sàng

Bảng 3.5. Độ mô học, độ sâu xâm nhập và giai đoạn bệnh

	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Độ mô học		
I	21	23,1
II	65	71,4
III	5	5,5
Độ sâu xâm nhập		
≤5mm	37	61,7
5mm<DOI≤10mm	23	38,3
Giai đoạn		
I	68	74,7
II	23	25,3

Nhận xét: - Mô bệnh học đa phần là ung thư biểu mô vảy độ II 71,4%. Tiếp theo là độ I (23,1%), độ III (5,5%).

- Trong 91 BN, DOI được xác định trên kết quả mô bệnh học của 60 BN, trong đó DOI trung bình: 4,5 ± 2,1mm. Đa phần gặp DOI ≤5mm chiếm 61,7%. Tỷ lệ 5mm<DOI≤10mm chiếm 38,3%.

- Đa số BN được chẩn đoán ở giai đoạn I 68 BN (74,7%), giai đoạn II có 23 BN (25,3%).

3.3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Bảng 3.6. Phương pháp phẫu thuật, biến chứng và chức năng lưỡi sau phẫu thuật

	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	
Phương pháp PT			
Cắt rộng u + VHC	43	47,3	
Cắt rộng u + VHC + tạo hình	6	6,6	
Cắt ½ lưỡi + VHC	35	38,5	
Cắt ½ lưỡi+ VHC + tạo hình	7	7,7	
Tổng	91	100	
Biến chứng			
Tổn thương thần kinh bờ hàm dưới tạm thời	11	12,1	
Nhiễm trùng	0	0	
Chảy máu	0	0	
Tổn thương dây thần kinh XI tạm thời	4	4,4	
Chức năng lưỡi sau mổ			
Di động lưỡi	Bình thường	68	74,7
	Hạn chế	23	25,3
Giọng nói	Bình thường	28	30,8
	Ngọng	63	69,2
Nuốt	Bình thường	79	86,8
	Nuốt khó	12	13,2

Nhận xét: - Phương pháp PT cắt rộng u + VHC chiếm 47,3%, sau đó đến PT cắt ½ lưỡi+VHC chiếm 38,5%, Có 13 BN được PT có tạo hình, chiếm 14,3%.

- Biến chứng PT hay gặp nhất là tổn thương nhánh thần kinh bờ hàm dưới tạm thời chiếm 12,1% và 04 BN tổn thương thần kinh XI tạm thời chiếm 4,4%. Không có BN nào chảy máu và nhiễm trùng sau mổ.

- Tỷ lệ nói ngọng chiếm 69,2%. Trong khi đó khả năng di động lưỡi, nuốt và vị giác hồi phục tốt với tỷ lệ di động lưỡi hạn chế 25,3%, nuốt khó 13,2% và giảm vị giác chiếm 11,0%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 60,5 ± 13,6, thấp nhất là 24 tuổi và cao nhất là 88 tuổi, độ tuổi >40 tuổi chiếm 91,2%, đạt đỉnh cao nhất ở nhóm >60 tuổi (58,2%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của tác giả trong nước và quốc tế. Theo nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hà về UTL giai đoạn I, II, tuổi >40 chiếm 89,2%, đạt đỉnh ở 51-60 tuổi (36,9%), tuổi trung bình là 54,1[3].

Yếu tố nguy cơ: Các yếu tố nguy cơ như hút thuốc, uống rượu, nhai trầu và bệnh lý răng miệng từ lâu đã được xem là những tác nhân quan trọng làm tăng nguy cơ ung thư khoang miệng nói chung và UTL nói riêng. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi trên 91 BN nữ có nhiều kết quả khác biệt: đa phần không có yếu tố nguy cơ điển hình (69,2%). Nguy cơ phổ biến nhất là ăn trầu (12,1%), tiếp đến là rối loạn răng miệng (5,5%), uống rượu (6,6%) và hút thuốc lá (2,2%), vừa uống rượu và ăn trầu (4,4%). Sự khác biệt này nhiều khả năng bắt nguồn từ đặc điểm giới. Nữ giới ít hút thuốc và uống rượu hơn, do đó các yếu tố kinh điển như trong nhóm BN nam không còn giữ vai trò chủ đạo.

Lý do vào viện và thời gian phát hiện bệnh: Các nghiên cứu trước đây đều thống nhất rằng u lưỡi và vết loét lưỡi là hai biểu hiện thường gặp nhất. Nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hà ghi nhận ba lý do chính là u sùi, loét lưỡi và đau tại u, với tỷ lệ lần lượt 61,8%, 20,0% và 16,4% [3]. Kết quả của chúng tôi có điểm tương đồng nhưng cũng mang nét khác biệt: phổ biến nhất là xuất hiện khối u tại lưỡi (70,3%) – cao hơn so với các tác giả trước, đau lưỡi (18,7%), loét lưỡi (7,7), chảy máu lưỡi (3,3%). Có tới 92,3% BN đến khám trong 6 tháng đầu, trong đó đáng chú ý là tỷ lệ phát hiện trong 3 tháng đầu lên tới 67,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phát hiện bệnh sớm hơn

so với các nghiên cứu trước đây và đa số đến khám vì khối u lưỡi. Một số yếu tố có thể góp phần lý giải sự khác biệt này. Trước hết, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nữ giới – nhóm thường nhạy cảm hơn với những thay đổi về sức khỏe và ngoại hình. Thứ hai, đặc điểm giải phẫu – sinh lý của lưỡi với mạng lưới thần kinh phong phú khiến BN dễ cảm nhận sự bất thường, như đau, rát, hoặc khó khăn trong ăn uống. Cuối cùng, do lưỡi và khoang miệng là những vị trí có thể dễ dàng quan sát trong quá trình vệ sinh răng miệng, các tổn thương thường được phát hiện sớm.

Đặc điểm vị trí và hình thái tổn thương:

Các nghiên cứu trước đây đều cho thấy phần lớn UTL di động hay gặp bờ lưỡi tự do, tiếp đến là mặt dưới lưỡi, trong khi mặt trên và đầu lưỡi ít gặp hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 90,1% u nằm ở bờ lưỡi tự do, 5,5% ở mặt dưới, và chỉ 2,2% ở mặt trên hoặc đầu lưỡi. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác. Tác giả Lâm Đức Hoàng báo cáo tỷ lệ u ở bờ lưỡi tự do là 83,0%, ở mặt dưới là 4,7%, và mặt trên 3,0% [4]. Hình thái tổn thương đại thể của UTL cũng rất đa dạng. Theo Trương Xuân Tiến, tổn thương dạng sùi loét kết hợp chiếm tỷ lệ cao nhất (41,3%), tiếp đến là loét đơn thuần (34,8%) và sùi đơn thuần (21,7%) [5]. Trong khi đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự phân bố tương đối cân bằng hơn: sùi loét kết hợp chiếm 35,2%, sùi đơn thuần 34,1% và loét đơn thuần 29,7%.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Mô bệnh học: Mô bệnh học vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán ung thư nói chung và UTL nói riêng, trong đó hơn 90% trường hợp là ung thư biểu mô vảy. Kết quả của chúng tôi cho thấy đa số BN thuộc nhóm độ II (71,4%), tiếp đến là độ I (23,1%) và độ III (5,5%). Phân bố này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của J. C. Sowder trên 8.274 BN cũng cho thấy tỷ lệ độ II chiếm ưu thế (48,3%), độ I (27,4%) và độ III (11,7%) [6].

Độ sâu xâm nhập (DOI): Trong nghiên cứu của chúng tôi, 60 BN được đánh giá DOI trên mô bệnh học sau mổ. Kết quả cho thấy DOI trung bình là $4,5 \pm 2,1$ mm, trong đó DOI ≤ 5 mm chiếm 61,7%, và nhóm 5–10 mm chiếm 38,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tài, khi DOI ≤ 5 mm chiếm 71,4% [7]. Ở nghiên cứu quy mô lớn của Samuel J. Rubin và cộng sự trên 934 BN UTL giai đoạn II, với tỷ lệ DOI ≤ 5 mm chỉ chiếm 23,0%, trong khi nhóm 5–10 mm chiếm tới 77,0% [8]. Như

vậy, kết quả của chúng tôi phản ánh đặc điểm DOI có xu hướng thấp hơn, nhiều khả năng liên quan đến việc đối tượng nghiên cứu là nữ giới và đối tượng BN ở giai đoạn sớm.

Giai đoạn: Đối với BN UTL giai đoạn sớm, việc chẩn đoán giai đoạn chủ yếu dựa vào thăm khám lâm sàng kết hợp với chẩn đoán hình ảnh và kết quả mô bệnh học. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ giai đoạn I chiếm ưu thế (74,7%), trong khi giai đoạn II chiếm 25,3%. Kết quả này khác biệt đáng kể so với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hà: giai đoạn I chiếm 23,6% và giai đoạn II chiếm 76,4% [3]. Sự khác biệt này có thể lý giải bởi đặc điểm mẫu nghiên cứu, khi BN trong nghiên cứu của chúng tôi là nữ giới, thường nhạy cảm hơn với những thay đổi trong khoang miệng, dẫn tới khả năng phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm cao hơn so với nam giới.

4.3. Kết quả phẫu thuật sớm

Phương pháp PT: PT trong điều trị UTL bao gồm cắt bỏ u nguyên phát, vét hạch cổ và tái tạo sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tất cả BN PT đều được vét hạch cổ, trong đó đa phần BN được PT cắt rộng u chiếm 53,9%, sau đó là PT cắt 1/2 lưỡi chiếm 46,1%. Có 13 BN (14,3%) được tạo hình sau PT. Theo nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hà PT cắt 1/2 lưỡi + vét hạch cổ chiếm 80%, cắt rộng u và vét hạch cổ chiếm 14,5%, cắt rộng u không vét hạch chiếm 5,5% [3].

Biến chứng sau PT: PT đóng vai trò quan trọng trong điều trị UTL giai đoạn I, II, do đó đôi khi gây ra một số biến chứng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh như: thãm mỷ, chức năng nhai, nuốt, nói... Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 11 BN có biểu hiện tổn thương nhánh thần kinh bờ hàm dưới tạm thời chiếm tỷ lệ 12,1%, và có 4 BN tổn thương thần kinh XI tạm thời chiếm 4,4%. Tất cả BN được điều trị ổn định và hồi phục tốt sau 06 tháng. Kết quả này thấp hơn của tác giả Nguyễn Mạnh Hà với tỷ lệ liệt thần kinh bờ hàm dưới 16% [3].

Chức năng lưỡi sau mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nói ngọng chiếm tỷ lệ cao 69,2%. Trong khi đó khả năng di động lưỡi, nuốt và vị giác hồi phục tốt với tỷ lệ di động lưỡi hạn chế 25,3%, nuốt khó 13,2%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà, tỷ lệ hồi phục hoàn toàn hình dạng, nói ngọng 85,1%, hạn chế di động lưỡi 26% và khó nuốt 14,9% [9].

V. KẾT LUẬN

UTL ở nữ giới giai đoạn I–II thường gặp ở BN lớn tuổi, tổn thương chủ yếu tại bờ tự do

lưỡi. Đa số BN ở giai đoạn I. PT là phương pháp chính, đem lại kết quả tốt cho nhóm BN ở giai đoạn này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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.
2. **Burus, T., et al.,** Trends in Oral Tongue Cancer Incidence in the US. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg, 2024.
3. **Hà, N.M.,** Đánh giá kết quả điều trị ung thư lưỡi giai đoạn I, II sau PT tại BV K. 2017.
4. **Hoàng, L.Đ., et al.,** Khảo sát tình hình điều trị ung thư lưỡi tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố

Hồ Chí Minh. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 2022. Tập 17 - Số 5: p. 66-71.

5. **Tiến, T.X.,** Kết quả điều trị ung thư lưỡi ở bệnh nhân trẻ tuổi tại bệnh viện K. 2022.
6. **Sowder, J.C., et al.,** Treatment-related determinants of survival in early-stage (T1-2N0M0) oral cavity cancer: A population-based study. Head Neck, 2017. 39(5): p. 876-880.
7. **Tài, N.V.,** Đánh giá kết quả điều trị ung thư lưỡi giai đoạn cT2N0M0. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2018.
8. **Rubin, S.J., et al.,** Stage II Oral Tongue Cancer: Survival Impact of Adjuvant Radiation Based on Depth of Invasion. Otolaryngol Head Neck Surg, 2019. 160(1): p. 77-84.
9. **Hà, N.T.T.,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả sớm PT ung thư lưỡi. 2018, Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG VIÊM TĨNH MẠCH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHI CÓ ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH NGOẠI VI TẠI TRUNG TÂM NHI KHOA, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Thu Hoài¹, Nguyễn Thị Bích Liên¹,
Nguyễn Thị Lệ Huyền¹, Lê Thuỳ Dương¹, Tống Thị Phượng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ viêm tĩnh mạch và phân tích một số yếu tố liên quan trên bệnh nhi có đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi tại Trung tâm Nhi khoa, bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 350 bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi điều trị nội trú tại Trung tâm Nhi khoa, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2025. **Kết quả:** Tỷ lệ viêm tĩnh mạch ở bệnh nhi đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi là 21,4%, trong đó viêm tĩnh mạch độ 1 chiếm 16,86%, độ 2 chiếm 4,9%. Không ghi nhận trường hợp viêm tĩnh mạch độ 3, 4 hoặc 5. Tuổi và thời gian lưu catheter tĩnh mạch ngoại vi là hai yếu tố có liên quan đến nguy cơ viêm tĩnh mạch. **Kết luận:** Tỷ lệ phát sinh viêm tĩnh mạch trong quá trình lưu và sử dụng catheter tĩnh mạch ngoại vi được báo cáo từ nghiên cứu vẫn còn khá cao. Các yếu tố như tuổi và thời gian lưu catheter tĩnh mạch ngoại vi có ảnh hưởng đáng kể đến nguy cơ viêm tĩnh mạch. Do đó cần thúc đẩy các chương trình đào tạo về an toàn trong tiêm tuyền, áp dụng thang điểm Visual Infusion Phlebitis như một công cụ hữu ích để phát hiện sớm viêm tĩnh mạch và can thiệp kịp thời. **Từ khóa:** Catheter tĩnh mạch ngoại vi, viêm tĩnh mạch

SUMMARY

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thu Hoài

Email: lehoai100125@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

ASSESSMENT OF PHLEBITIS AND ASSOCIATED FACTORS IN PEDIATRIC PATIENTS WITH PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETERS AT THE PEDIATRIC CENTER, BACH MAI HOSPITAL

Objective: To examine the prevalence of phlebitis and analyze associated factors in pediatric patients with peripheral intravenous catheters at the Pediatric Center, Bach Mai Hospital. **Patients and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 350 hospitalized pediatric patients aged 2 months to 15 years at the Pediatric Center, Bach Mai Hospital from January to June 2025. **Results:** The prevalence of phlebitis in children with peripheral intravenous catheters was 21.4%, with Grade 1 phlebitis accounting for 16.86% , Grade 2 for 4.9%. No cases of Grade 3, 4, or 5 phlebitis were recorded. Age and catheter dwell time were found to be significantly associated with the risk of phlebitis. **Conclusion:** The incidence of phlebitis associated with the use of peripheral intravenous catheters remains relatively high. Factors such as patient age and catheter dwell time significantly influence the risk of phlebitis. It is necessary to promote training programs on the safety of intravenous infusion and to implement the Visual Infusion Phlebitis score as a valuable tool for early detection and timely intervention. **Keywords:** Peripheral intravenous catheter, phlebitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Catheter tĩnh mạch ngoại vi (Peripheral Venous Catheter (PVC)) là một kim nhựa có nòng, được dùng để đặt vào tĩnh mạch ngoại vi.