

VSRM cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm can thiệp bằng bàn chải thường ( $p < 0,05$ ).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ủy ban Quốc gia về người cao tuổi Việt Nam (2017). Tình hình và kết quả thực hiện công tác người cao tuổi năm 2017. *Tình hình và kết quả thực hiện công tác người cao tuổi năm 2017 và phương hướng, nhiệm vụ năm 2018*, tr. 1 – 3.

2. Dương Thị Hoài Giang (2009). Nghiên cứu thực trạng bệnh quanh răng và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi tại phường Yên Sở - Quận Hoàng Mai - Hà Nội, *Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội*.

3. Attawood Lertpimon chai, Sasivimol Rattanasiri, Sakda Arj-Ong Vallibhakara, John Attia and Ammarin Thakkinstian (2017), The association between oral hygiene and periodontitis: a systematic review and meta-analysis, *International Dental Journal*, 67: 332–343.

4. Van Dyke TE, Sheilesh D (2005). Risk factors for periodontitis, *J Int Acad Periodontol*, 7: 3–7.

5. Vũ Mạnh Tuấn, Trương Mạnh Dũng (2017). *Lão nha học*, Nhà xuất bản Giáo dục, Hà

Nội, 2, 50 - 70.

6. Trương Mạnh Dũng, Hà Ngọc Chiêu, Vũ Mạnh Tuấn (2015). Thực trạng bệnh sâu răng và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi Việt Nam năm 2015. *Tạp chí Y học thực hành*, 1 (455) 79-83.

7. Eiter J.R, Champagne C.M, Offenbacher S., Beck J.D. (2004), *Relationship of periodontal disease and tooth loss to prevalence of coronary heart discase*, *JAMA*, p.90-782.

8. Wu T., Trevisan M., Genco R.S et al. (1999). Periodontal disease and risk of cerebrovascular disease the first National Health and Nutrition Examination survey and its follow-up study, *JAMA* (In press).

9. Scannapieco FA, Papandonatos GD, Dunford RG (1998). Associations between oral conditions and respiratory disease in a national sample survey population. *Ann Periodontol*, 3, p.251–256.

10. Sumi Y., Nakajima K., Tamura T., Nagaya T., Michiwaki Y. (2003). Developing an instrument to support oral care in the elderly, *Gerodontol*, 20, 3-8.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN HẠCH CỔ DI CĂN TỪ UNG THƯ VÒM HỌNG

LÂM ĐÔNG PHONG<sup>1</sup>,  
HOÀNG ĐỨC KIỆT<sup>2</sup>, TRẦN THANH PHƯƠNG<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ  
<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô  
<sup>3</sup>Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh và khảo sát giá trị của cộng hưởng từ (CHT) trong chẩn đoán hạch cổ di căn từ ung thư vòm họng (UTVH).

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 35 trường hợp UTVH xác chẩn bằng mô bệnh học, chưa điều trị, được chụp CHT 1,5 Tesla từ tháng 02/2018 đến tháng 5/2020. Phân loại giai đoạn N (Node) của hạch cổ di căn từ UTVH trên CHT dựa theo phân loại của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) ấn bản lần thứ 8.

Chịu trách nhiệm: Lâm Đông Phong  
Email: lamdongphong@gmail.com  
Ngày nhận: 24/12/2020  
Ngày phân biên: 19/01/2021  
Ngày duyệt bài: 23/02/2021

**Kết quả:** UTVH thường di căn hạch cổ (94,3%). Phần lớn bệnh nhân (87,9%) có hạch cổ di căn từ hai nhóm trở lên. Hạch nhóm II gặp nhiều nhất (84,8%). Đường kính trục ngắn trung bình hạch cổ 13,79 mm. Hạch cổ di căn từ ung thư vòm họng thường gặp giai đoạn N2 (45,7%) và N1 (40%). Hạch cổ ngấm thuốc đối quang từ trên T1CE (100%) và hạn chế khuếch tán trên DWI (100%). Độ nhạy của từng chuỗi xung T1W, T2W, T2FS, T1CE và DWI trong tất cả ba giai đoạn N (N1- N3) lần lượt là 84,8%, 93,9%, 93,9%, 100% và 100%. Độ nhạy của năm chuỗi xung ứng với mỗi giai đoạn N1, N2 và N3 lần lượt là 94,3%, 92,5% và 100%. Giá trị ADC trung bình hạch cổ  $0,776 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ . Giá trị ADC trung bình của hạch cổ có đường kính trục ngắn  $>10\text{mm}$   $0,8163 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ , giá trị ADC trung bình của hạch cổ có đường kính trục ngắn

<10mm  $1,035 \times 10^{-3}$  mm<sup>2</sup>/giây. Sự khác biệt giữa giá trị ADC trung bình của hai nhóm hạch này không có ý nghĩa thống kê.

**Kết luận:** CHT có giá trị cao trong chẩn đoán hạch cổ di căn từ UTVH (giai đoạn N theo phân loại TNM). CHT xác định chính xác vị trí và tính chất hạch cổ nông và sâu. CHT khuếch tán cho thấy hạch cổ di căn có hạn chế khuếch tán và cung cấp tham số định lượng giúp chẩn đoán bản chất ác tính hạch vùng cổ.

**Từ khóa:** Cộng hưởng từ, ung thư vòm họng, hạch cổ.

#### SUMMARY

#### IMAGING CHARACTERISTICS AND VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN DIAGNOSING CERVICAL LYMPHADENOPATHY METASTASIZED FROM NASOPHARYNGEAL CARCINOMA

**Purposes:** To describe imaging characteristics and evaluate the diagnostic value of Magnetic Resonance Imaging (MRI) in diagnosing cervical lymph nodes metastasized from nasopharyngeal carcinoma (NPC).

**Materials and methods:** The cross-sectional study of 1.5T MRI images of 35 patients with newly diagnosed NPC was obtained from February 2018 to May 2020. All the patients were scanned using 1.5 Tesla MR systems. MRI N- staging of cervical lymph nodes metastasized from NPC followed the TNM staging system according to the latest 8th edition of the American Joint Committee on Cancer (AJCC). **Results:** Nasopharyngeal carcinoma spread to cervical nodes with 94.3%. Most of the patients (87,9%) suffered over two regions. Level II nodes (84,8%) were involved most. The mean value of the shortest nodal axial diameter was 13,79 mm. The N-stage distribution was N0 (5,7%), N1 (40%), N2 (45,7%), and N3 (8,6%). Cervical lymph nodes showed contrast enhancement on T1CE (100%) and restricted diffusion on DWI (100%). The overall sensitivity for each sequence in all N- stages was as follows: T1W (84.8%), T2W (93.9%), T2FS (93.9%), T1CE (100%) and DWI (100%). The overall sensitivity for each N- stage with five different sequences was as follows: N1 (94.3%), N2 (92.5%), N3 (100%). The mean ADC value of cervical lymph nodes was about  $0.776 \times 10^{-3}$  mm<sup>2</sup>/s. The mean ADC value of cervical lymph nodes with short-axis diameter >10mm was about  $0.8163 \times 10^{-3}$  mm<sup>2</sup>/s, the mean ADC value of cervical lymph nodes with short-axis diameter <10mm was about  $1.035 \times 10^{-3}$  mm<sup>2</sup>/s. There was not a statistically significant difference between the two groups.

**Conclusions:** MRI get a high value in the diagnosis of cervical lymph nodes metastasized

from NPC. MRI can accurately evaluate the cervical lymph node levels in both superficial and deep sites. Diffusion-weighted MRI shows that metastasis cervical lymph nodes are restricted diffusion and provides a quantitative value to suggest lymph nodes' malignant character.

**Keywords:** Magnetic resonance imaging, nasopharyngeal carcinoma, cervical lymph node.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm họng (UTVH) là khối u ác tính xuất phát từ các tế bào biểu mô ở vùng vòm họng. UTVH thường gặp vị trí ngách họng và khoảng 80 - 90% các trường hợp có di căn hạch cổ [1].

Do UTVH thường di căn đến hạch cổ nên việc đánh giá u nguyên phát vòm họng và hạch cổ trước khi tiến hành điều trị cho bệnh nhân rất quan trọng. Việc xác định UTVH có hay không di căn hạch cổ, vị trí hạch bị ảnh hưởng và xếp loại phân nhóm hạch cần chính xác vì ảnh hưởng rất nhiều đến lựa chọn phác đồ điều trị cho bệnh nhân. Trước đây, một cách thường qui, việc phát hiện hạch cổ dựa vào thăm khám lâm sàng và siêu âm nhưng thực tế cả hai phương pháp này gặp khó khăn vì không thể đánh giá hạch ở vị trí sâu, xung quanh vòm họng. Hiện nay, kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh CHT với đặc điểm nổi trội về độ tương phản và phân giải hình ảnh giúp phát hiện tổn thương hạch (có bản chất mô mềm) rất tốt [2]. CHT đánh giá hình thái, vị trí và tính chất hạch cổ từ đó giúp xếp loại giai đoạn N (Node) của UTVH được chính xác, giúp định hướng lập kế hoạch điều trị phù hợp [3]. Hơn nữa, những năm gần đây, kỹ thuật CHT sử dụng chuỗi xung khuếch tán (DWI) và bản đồ hệ số khuếch tán biểu kiến (ADC) có tính định lượng cho phép xác định đặc tính của mô hay tổn thương mức độ vi thể với độ nhạy và độ đặc hiệu cao [4] đang được ứng dụng trong khảo sát tính chất ác tính của ung thư đầu mặt cổ nói chung và hạch cổ di căn nói riêng.

Nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả đặc điểm hình ảnh và khảo sát giá trị của CHT trong chẩn đoán hạch cổ di căn từ UTVH.

#### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ tháng 2/2018 đến tháng 5/2020, tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu 35 bệnh nhân (BN) UTVH đã được xác chẩn bằng mô bệnh học, chưa điều trị, được chụp CHT 1,5 Tesla vùng đầu mặt cổ trước và sau tiêm thuốc đối quang từ đường tĩnh mạch. Loại khỏi nghiên cứu những trường hợp UTVH đã qua điều trị hoặc không có chẩn

đoán mô bệnh học.

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang. Phương tiện nghiên cứu chủ yếu gồm máy CHT 1,5 Tesla nhãn hiệu GE-Healthcare, thuộc căn từ tiêm tĩnh mạch Dotarem. Thực hiện các chuỗi xung T1W, T2W, T2FS (T2 xóa mỡ), T1CE (T1 tiêm thuốc đối quang từ), DWI và bản đồ ADC. Khảo sát đặc điểm hình ảnh CHT hạch vùng cổ trên bệnh nhân mắc UTVH và xếp loại giai đoạn hạch di căn vùng cổ dựa theo phân loại của AJCC năm 2017 (phiên bản thứ 8) [5].

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Số lượng bệnh nhân ung thư vòm họng có hạch cổ

Ung thư vòm họng có hạch cổ	Số BN	Tỷ lệ %
Không có hạch cổ	2	5,7
Có hạch cổ	33	94,3
	35	100

Bảng 3. Phân bố vị trí hạch cổ

	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	Nhóm IV	Nhóm V	Nhóm VI, VII	Sau họng	Trong TMT	Cạnh họng
Số BN	13	28	19	4	6	0	19	1	2
Tỷ lệ %	39,4	84,8	57,6	12,1	18,2	0	57,6	3	6

Trong số 33 bệnh nhân có hạch cổ, không thấy hạch nhóm VI, VII. Hạch nhóm II gặp nhiều nhất (28 BN, 84,8%), xếp sau lần lượt là các hạch nhóm III (19 BN, 57,6%) và nhóm I (13 BN, 39,4%). Có 19 bệnh nhân có hạch khoang sau họng (57,6%), 1 bệnh nhân có hạch trong tuyến mang tai (3%) và 2 bệnh nhân có hạch khoang cạnh họng (6%).

Trong 28 bệnh nhân có hạch cổ nhóm II, có 2 bệnh nhân (7,1%) có hạch nhóm II đơn thuần, còn lại đều hiện diện cùng với các hạch nhóm khác; tần suất hạch nhóm III (18 BN, 64,3%) đi kèm hạch nhóm II là cao nhất, kể đến là hạch khoang sau họng (16 BN, 57,1%).

Trong 19 bệnh nhân có hạch khoang sau họng, có 2 bệnh nhân có hạch khoang sau họng đơn thuần (10,5%), còn lại đều hiện diện cùng

Có 33 trong tổng số 35 bệnh nhân mắc UTVH có hạch cổ, chiếm tỷ lệ 94,3%.

Bảng 2. Phân loại giai đoạn hạch cổ di căn từ ung thư vòm họng

Phân loại giai đoạn hạch cổ di căn	Số BN	%
N0	2	5,7
N1	14	40
N2	16	45,7
N3	3	8,6
	35	100

35 bệnh nhân được phân loại giai đoạn N (Node) với số lượng và tỷ lệ lần lượt là N0 (2 BN, 5,7%), N1 (14 BN, 40%), N2 (16 BN, 45,7%) và N3 (3 BN, 8,6%).

Có 4 bệnh nhân xuất hiện một nhóm hạch cổ (12,1%), 3 bệnh nhân xuất hiện năm nhóm hạch cổ (9,1%), phần lớn bệnh nhân có từ trên hai nhóm hạch cổ (29 bệnh nhân, 87,9%). Gần một nửa bệnh nhân (15 BN, 45,5%) có ba nhóm hạch cổ.

với các hạch nhóm khác, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là hạch nhóm II (16 BN, 84,2%).

Đường kính trục ngắn trung bình hạch cổ 13,79 mm, hạch nhỏ nhất 7 mm, hạch lớn nhất 38 mm.

Bảng 4. Hình thái hạch cổ

Hình thái hạch cổ	Số BN	Tỷ lệ %
Bờ hạch không đều	22	66,7
Hạch mất hình bầu dục	8	24,2
Hạch hoại tử	9	27,2
Phá vỡ bao hạch	2	6,1
Hạch chùm	7	21,2

Thường gặp hình ảnh hạch có bờ không đều (22 BN, 66,7%), kể đến hạch hoại tử (9 BN, 27,2%) và hạch mất hình bầu dục (8 BN, 24,2%); hạch phá vỡ vỏ bao xâm lấn cơ xung quanh ít gặp (2 BN, 6,1%).

Bảng 5. Số bệnh nhân và độ nhạy của năm chuỗi xung trong chẩn đoán giai đoạn N

Chuỗi xung	Giai đoạn N và số bệnh nhân trong mỗi giai đoạn			Độ nhạy của từng chuỗi xung trong tất cả giai đoạn N
	N1 (14)	N2 (16)	N3 (3)	
T1W	12 (85,7%)	13 (81,3%)	3 (100%)	28 (84,8%)
T2W	13 (92,9%)	15 (93,8%)	3 (100%)	31 (93,9%)
T2FS	13 (92,9%)	15 (93,8%)	3 (100%)	31 (93,9%)
T1CE	14 (100%)	15 (93,8%)	3 (100%)	33 (100%)
DWI	14 (100%)	16 (100%)	3 (100%)	33 (100%)
Độ nhạy của năm chuỗi xung ứng với mỗi giai đoạn N	94,3%	92,5%	100%	

Toàn bộ 33 bệnh nhân đều có hạch ngấm thuốc đối quang từ (100%), tăng tín hiệu trên DWI và hạn chế khuếch tán trên ADC (100%). Độ nhạy của chuỗi xung T1W, T2W, T2FS, T1CE và DWI trong tất cả ba giai đoạn N (N1-N3) lần lượt là 84,8%, 93,9%, 93,9%, 100% và 100%. Độ nhạy của năm chuỗi xung ứng với mỗi giai đoạn N1, N2 và N3 lần lượt là 94,3%, 92,5% và 100%.

Giá trị ADC trung bình hạch cổ  $0,776 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ , thấp nhất  $0,331 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$  và cao nhất  $1,25 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ . Giá trị ADC trung bình của hạch cổ có đường kính trực ngắn >10mm là  $0,8163 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ , giá trị ADC trung bình của hạch cổ có đường kính trực ngắn <10mm là  $1,035 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ .

### BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhận thấy hạch cổ trong UTVH hay gặp nhóm II (84,8%). Hạch nhóm II thường kết hợp với các hạch nhóm khác, nhất là nhóm III (64,3%). Các tỷ lệ này có khác biệt với nghiên cứu của tác giả Đoàn Trung Hiếu [6]. Tác giả Đoàn Trung Hiếu ghi nhận hạch nhóm II xuất hiện với tỷ lệ trên 80%, thường kết hợp với hạch nhóm III (30%). Nhìn chung, hạch nhóm II thường gặp trong UTVH.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận CHT phát hiện hạch khoang sau họng (57,6%) và hạch trong tuyến mang tai (3%). Đây là các vị trí hạch không có trong bản phân nhóm I-VII nhưng có trong xếp loại TNM theo AJCC, khám lâm sàng không sờ chạm tới, siêu âm khó khảo sát và thường bị bỏ sót.

Thường gặp hình ảnh hạch có bờ không đều (22 BN, 66,7%), kể đến hạch hoại tử (9 BN, 27,2%) và hạch mất hình bầu dục (8 BN, 24,2%); hạch phá vỡ vỏ bao xâm lấn cơ xung quanh ít gặp (2 BN, 6,1%). Các đặc điểm hình ảnh này đều phù hợp với mô tả hình ảnh CHT hạch ác tính trong nhiều tài liệu đã công bố [7].

Bảng 6. So sánh các giá trị ADC hạch cổ giữa các nghiên cứu

Hình thái hạch cổ	Giá trị ADC $\text{mm}^2/\text{giây}$	
	Ác	Lành
Anna Perrone	$0,85 \times 10^{-3}$	$1,448 \times 10^{-3}$
Konstantin Holzapfel	$0,78 \times 10^{-3}$	$1,24 \times 10^{-3}$
Chúng tôi	Ác (>10mm)	Lành (<10mm)
	$0,8163 \times 10^{-3}$	$1,035 \times 10^{-3}$

Giá trị ADC trung bình của hạch cổ có đường kính trực ngắn >10mm  $0,8163 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$  và giá trị ADC trung bình của hạch cổ có đường kính trực ngắn <10mm  $1,035 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ . Sự khác biệt giữa

giá trị ADC trung bình của hai nhóm hạch này không có ý nghĩa thống kê. Ngưỡng cut-off giá trị ADC chẩn đoán hạch có đường kính trên dưới 10mm  $0,92 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ . Hai nghiên cứu của hai nhóm tác giả Anna Perrone và Konstantin Holzapfel [8], [9] cho thấy ngưỡng giá trị ADC có thể giúp chẩn đoán phân biệt hạch cổ lành hay ác tính. Giá trị ADC hạch ác tính thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với giá trị ADC hạch lành tính. Tùy theo nghiên cứu mà ngưỡng cut-off giá trị ADC khác nhau. Tác giả Anna Perrone và cộng sự đo giá trị ADC hạch ác tính  $0,85 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ , hạch lành tính  $1,448 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ ; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Konstantin Holzapfel và cộng sự đo giá trị ADC hạch ác tính  $0,78 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ , hạch lành tính  $1,24 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ , ngưỡng cut-off chẩn đoán hạch lành hay ác tính  $1,02 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ .

Ngoài ra, chúng tôi đo được giá trị ADC trung bình hạch cổ  $0,776 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ , giá trị ADC trung bình u vòm họng  $0,908 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ , nhận thấy không có sự tương quan giữa giá trị ADC trung bình hạch cổ với giá trị ADC trung bình u nguyên phát vòm họng (hệ số tương quan  $r = 0,239$ ,  $p = 0,179$ ).

### KẾT LUẬN

Cộng hưởng từ có giá trị cao trong chẩn đoán và phân loại giai đoạn T và N của ung thư vòm họng. Cộng hưởng từ khảo sát tốt vị trí và hình thái tổn thương ung thư vòm họng và xác định chính xác vị trí và tính chất các nhóm hạch cổ nông và sâu. Cộng hưởng từ khuếch tán với giá trị ADC mang tính định lượng có thể giúp gợi ý bản chất ác tính của u vòm họng và hạch cổ thường gặp trong ung thư vòm họng di căn.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Ngọc Liên và cộng sự (2019). Ung thư vòm mũi họng. *Bệnh học Tai Mũi Họng - Đầu Mặt Cổ*, Nhà xuất bản Y học, 262-265.
2. Y.L. Dai, A.D. King (2017). State of the art MRI in head and neck cancer. *Clinical Radiology*, 05, 020.
3. Eugene Yu, Brian O'Sullivan, John Kim, Lillian Siu and Eric Bartlett (2010). MR imaging of nasopharyngeal carcinoma. *Anticancer Ther*, 10(3), 365-375.
4. Yu Li Sol, Hak Jin Kim, Byung Joo Lee (2013). The Role and Utility of DWI in Assessment of Head and Neck Tumors. *J Korean Soc Radiol*, 69(1), 11-22.
5. Mahul B. Amin et al (2017). Pharynx – Nasopharynx. *AJCC Cancer Staging Manual*, Springer, 103-110.

6. **Đoàn Trung Hiếu** (2011). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của hạch cổ di căn trong ung thư vòm mũi họng. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.

7. **Michiel W.M. van den Brekel** (2000). Lymph node metastases: CT and MRI. *European Journal of Radiology*, 33, 230–238.

8. **Anna Perrone, Pietro Guerrisi, Luciano Izzo et al** (2011). Diffusion-weighted MRI in

cervical lymph nodes: Differentiation between benign and malignant lesions. *European Journal of Radiology*, 77, 281–286.

9. **Konstantin Holzapfel, Sabrina Duetsch, Claudius Fauser et al** (2009). Value of diffusion-weighted MR imaging in the differentiation between benign and malignant cervical lymph nodes. *European Journal of Radiology*, 72, 381–387.

## ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN TÌNH DỤC CỦA BỆNH NHÂN CẮT ĐOẠN DƯƠNG VẬT DO UNG THƯ TẠI TRUNG TÂM NAM HỌC - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

NGUYỄN QUANG, BÙI VĂN QUANG, TRỊNH HOÀNG GIANG,  
CAO ĐẮC TUẤN, NGUYỄN DUY KHÁNH, NGUYỄN HỮU THẢO,  
NGUYỄN THỊ THÙY, NGUYỄN THỊ THU HÀ  
*Trung tâm Nam học - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá rối loạn tình dục của bệnh nhân cắt đoạn dương vật do ung thư tại Trung tâm Nam học - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu đánh giá những rối loạn tình dục của 17 bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn dương vật do K tại Trung tâm Nam học - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 1/2016 đến hết tháng 12/2019.

**Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu từ 1/2016 đến hết tháng 12/2019 chúng tôi chọn được 22 bệnh nhân, chúng tôi tiến hành theo dõi được 17 bệnh nhân, 2 bệnh nhân đã tử vong còn 3 bệnh nhân không liên lạc được. Tuổi trung bình:  $50,27 \pm 11,65$  (từ 29 đến 67 tuổi). Hẹp bao quy đầu chiếm 86,4% của các bệnh nhân K dương vật. Sau mổ có 13/17 bệnh nhân có quan hệ tình dục lại chiếm tỉ lệ 76,5%. Thời gian bắt đầu quan hệ tình dục sau mổ: trung bình là  $92,77 \pm 92,51$  ngày. Sau mổ tần suất quan hệ tình dục là  $3,38 \pm 2,21$  lần/tháng. Tần suất quan hệ tình dục sau mổ giảm hơn so với trước mổ. 11/13 bệnh nhân không có RLCD sau mổ chiếm tỉ lệ 84,62%. Có 11/13 bệnh nhân không có xuất

tinh sớm (XTS) ( $PEdT \leq 8$  điểm) chiếm tỉ lệ 84,62%. Có 1 bệnh nhân phân nản về xuất tinh chậm chiếm 7,69%. Có 11/17 bệnh nhân có giảm ham muốn tình dục. Phần lớn bệnh nhân thất vọng hoặc phiền muộn về việc quan hệ tình dục với bệnh nhân sau mổ 13/17 chiếm tỉ lệ 76,47%. Có 9/13 bệnh nhân có bệnh nhân né tránh, hoặc không muốn sinh hoạt tình dục chiếm tỉ lệ 69,23%. Chất lượng cuộc sống (QOL): 15/17 bệnh nhân có chất lượng cuộc sống ở mức độ trung bình, chiếm tỉ lệ 88,24%, chỉ có 2 bệnh nhân có chất lượng cuộc sống tốt chiếm tỉ lệ 11,76%.

**Kết luận:** Có nhiều rối loạn về tình dục mà bệnh nhân sau mổ cắt đoạn dương vật gặp phải và ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của họ.

**Từ khóa:** Rối loạn tình dục, bệnh nhân cắt đoạn dương vật do ung thư.

### SUMMARY

EVALUATION OF SEXUAL DISORDER FUNCTION AFTER PARTIAL PENECTOMY FOR PENILE CANCER AT THE CENTER FOR ANDROLOGY AND SEXUAL MEDICINE, VIET DUC HOSPITAL

**Purpose:** To evaluate of sexual disorder function after partial penectomy for penile cancer at the Center for Andrology and Sexual Medicine of Viet Duc hospital.

**Materials and methods:** A retrospective study was carried out on 17 patients who were have partial penectomy for penile cancer and evaluated of sexual disorder function at at the

Chịu trách nhiệm: Bùi Văn Quang

Email: [buiquanghmu@gmail.com](mailto:buiquanghmu@gmail.com)

Ngày nhận: 21/12/2020

Ngày phản biện: 21/01/2021

Ngày duyệt bài: 04/02/2021