

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TÁI PHÁT SAU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ LƯỠI - SÀN MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY (2017–2022)

Ngô Văn Công<sup>1</sup>, Trần Thị Thanh Hồng<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Lan Phương<sup>3</sup>

1. Bệnh viện Chợ Rẫy

2. 3.Đại học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i72.274>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm tái phát sau điều trị ung thư lưỡi – sàn miệng và xác định các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái phát.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện trên 40 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào vảy tại lưỡi (n=37) và sàn miệng (n=3), được điều trị triệt để tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2017 đến 2022. Dữ liệu thu thập bao gồm các thông tin lâm sàng, mô học và phẫu thuật. Phân tích thống kê sử dụng SPSS với các phép kiểm chi-square, hồi quy logistic đơn biến và đa biến.

**Kết quả:** Trong nhóm ung thư lưỡi, tỷ lệ tái phát sau điều trị là 35,1% (13/37), chủ yếu xảy ra tại hạch cổ (46,2%) và tại lưỡi (30,8%), thời gian tái phát thường nằm trong khoảng 12–24 tháng sau điều trị (56,1%). Không ghi nhận trường hợp tái phát nào trong nhóm ung thư sàn miệng. Yếu tố duy nhất có liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ tái phát trong phân tích đa biến là giới tính nam (OR=9,41; 95% CI: 1,03–78,69; p=0,041).

**Kết luận:** Tái phát sau điều trị ung thư lưỡi có tỷ lệ tương đối cao, trong đó nam giới có nguy cơ tái phát cao hơn đáng kể so với nữ giới. Việc theo dõi sát sau điều trị và đánh giá đầy đủ các yếu tố nguy cơ cần được chú trọng trong lâm sàng.

*Từ khoá: ung thư sàn miệng, ung thư lưỡi, tỷ lệ tái phát.*

---

\* Tác giả liên hệ: Ngô Văn Công

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

Nhận bài: 23/9/2025

Ngày nhận phản hồi: 10/10/2025

ĐT: 0918890806

Ngày nhận phản biện: 03/10/2025

Ngày duyệt đăng: 15/10/2025

## EVALUATION OF RECURRENCE OUTCOMES AFTER TREATMENT FOR TONGUE AND MOUTH FLOOR CANCER AT CHO RAY HOSPITAL (2017–2022)

**Objective:** This study aimed to evaluate the characteristics of recurrence after treatment for tongue and mouth floor cancer and to identify factors associated with the recurrence rate.

**Subjects and Methods:** This was a retrospective descriptive study of 40 patients with squamous cell carcinoma of the tongue (n=37) and mouth floor (n=3) who received definitive treatment at Cho Ray Hospital between 2017 and 2022. Data collected included clinical, histological, and surgical information. Statistical analysis was performed using SPSS with chi-square, univariate, and multivariate logistic regression tests.

**Results:** In the tongue cancer group, the post-treatment recurrence rate was 35.1% (13/37). Recurrence primarily occurred in the cervical lymph nodes (46.2%) and in the tongue itself (30.8%). The time to recurrence was most often between 12 and 24 months after treatment (56.1%). No recurrence was recorded in the mouth floor cancer group. The only factor significantly associated with the risk of recurrence in the multivariate analysis was male gender (OR=9.41; 95% CI: 1.03–78.69; p=0.041).

**Conclusion:** The recurrence rate after tongue cancer treatment is relatively high, and male patients have a significantly higher risk of recurrence compared to females. Close post-treatment follow-up and a thorough evaluation of risk factors should be emphasized in clinical practice.

*Keywords: tongue cancer, mouth floor cancer, recurrent rate*

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi và sàn miệng là hai trong số những loại ung thư thường gặp nhất trong nhóm ung thư khoang miệng, chiếm tỷ lệ cao thứ nhất và thứ hai trong nhóm này. Theo GLOBOCAN 2020, mỗi năm toàn cầu ghi nhận khoảng 377.713 ca ung thư khoang miệng mới mắc và 177.757 ca tử vong [1]. Tại Việt Nam, năm 2020 có

khoảng 2.152 trường hợp ung thư khoang miệng mới và 1.099 trường hợp tử vong [1]. Trong đó, ung thư lưỡi chiếm khoảng 30–40% và ung thư sàn miệng chiếm 28–35% [2–4].

Mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị, tỷ lệ sống thêm và nguy cơ tái phát vẫn còn là mối quan tâm lớn. Các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng bao gồm kích thước u, vị trí tổn thương, độ mô học, độ xâm lấn sâu (DOI), tình trạng

di căn hạch cổ và phương pháp điều trị [5,6]. Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu cho các giai đoạn sớm, thường kết hợp với nạo vét hạch cổ để kiểm soát di căn vi thể [6]. Tuy nhiên, tỷ lệ tái phát tại chỗ hoặc tại vùng vẫn đáng kể. Theo báo cáo của Calabrese et al. (2010), tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật ung thư lưỡi với biên an toàn 1–2 cm vẫn lên đến 34% [8]. Một nghiên cứu tại Bệnh viện K trên 65 bệnh nhân ung thư sàn miệng cho thấy tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 5 năm đạt 62,3%, sống thêm toàn bộ đạt 74%, nhưng tỷ lệ tái phát vẫn ở mức 32,3% [9].

Đánh giá tái phát và các yếu tố liên quan là bước cần thiết nhằm tiên lượng bệnh và đề xuất chiến lược theo dõi hậu điều trị phù hợp. Đặc biệt tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về tiên lượng tái phát sau điều trị ung thư lưỡi – sàn miệng còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm phân tích đặc điểm tái phát và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư lưỡi – sàn miệng được điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy, góp phần cung cấp thêm cơ sở dữ liệu khoa học trong chăm sóc người bệnh.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ung thư lưỡi và sàn miệng được điều trị triệt để tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2017 đến 2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh gồm: chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào vảy, được điều trị bằng phẫu thuật ± xạ trị, có theo dõi  $\geq 2$  năm sau điều trị và hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Phương pháp nghiên cứu: Các biến số thu thập gồm: đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, mô học, giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị, thời gian và vị trí tái phát. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích thống kê sử dụng chi-square, hồi quy logistic đơn biến và đa biến;  $p < 0,05$  được xem là có ý nghĩa thống kê.

## **II. KẾT QUẢ**

Nghiên cứu được thực hiện trên tổng số 40 bệnh nhân ung thư khoang miệng, bao gồm 37 trường hợp ung thư lưỡi (UTL) và 3 trường hợp ung thư sàn miệng (UTSM). Trong toàn bộ mẫu nghiên cứu, ghi nhận 13 trường hợp tái phát sau điều trị, tương ứng tỷ lệ tái phát chung là 32,5%. Đáng chú ý, toàn bộ các trường hợp tái phát đều thuộc nhóm UTL, chiếm tỷ lệ 35,1% trong nhóm này. Ngược lại, không ghi nhận bất kỳ trường hợp tái phát nào trong nhóm UTSM.

Về vị trí tái phát, nghiên cứu ghi nhận tái phát chủ yếu là ở hạch cổ với 46,2%, tiếp đến là tại lưỡi 30,8%.

**Bảng 1. Tình trạng tái phát sau điều trị**

Đặc điểm	UTL (n=37)	UTS M (n=3)	Chung (n=40)
Tái phát	13 (35,1%)	0 (0%)	13 (32,5%)
Không tái phát	24 (64,9%)	3 (100%)	27 (67,5%)

**Bảng 2. Vị trí tái phát sau điều trị**

Vị trí tái phát	Số ca (n=13)	Tỷ lệ (%)
Tại hạch cổ	6	46,2
Tại lưỡi	3	30,8
Cả lưỡi và hạch cổ	2	15,4
Di căn xa	1	7,7

Về thời gian tái phát sau điều trị, phần lớn các trường hợp xảy ra trong khoảng 12–24 tháng sau phẫu thuật (46,1%). Số liệu cũng cho thấy 30,8% trường hợp tái phát sớm trong vòng 12 tháng, và 23,1% tái phát muộn sau 24 tháng.

**Bảng 3. Thời gian tái phát sau điều trị**

Thời điểm tái phát	Số ca (n=13)	Tỷ lệ (%)
< 12 tháng	4	30,8
12 – 24 tháng	6	46,1
> 24 tháng	3	23,1

Phân tích các yếu tố lâm sàng liên quan đến tái phát được thực hiện trên nhóm UTL. Trong phân tích đơn biến, giới tính nam và giai đoạn bệnh tiến xa có tỷ lệ tái phát cao hơn. Cụ thể, nam giới có tỷ lệ tái phát là 45,5%, cao hơn so với 20,0% ở nữ giới ( $p=0,116$ ). Tỷ lệ tái phát ở nhóm bệnh giai đoạn III+IV là 50%, cao gấp gần 3 lần so với nhóm giai đoạn I+II (17,7%,  $p=0,043$ ).

**Bảng 4. Tỷ lệ tái phát theo giai đoạn bệnh**

Giai đoạn	Tái phát (%)	OR (95% CI)	p-value
Giai đoạn I + II	17,7%	1 (tham chiếu)	
Giai đoạn III + IV	50,0%	4,67 (1,01 – 24,10)	0,043

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy chỉ có giới tính nam là yếu tố có ý nghĩa thống kê liên quan đến nguy

cơ tái phát, với OR = 9,41 (95% CI: 1,03 – 78,69, p = 0,041). Các yếu tố khác như tuổi, độ mô học, độ xâm lấn sâu, giai đoạn bệnh và phương pháp điều trị không đạt ý nghĩa thống kê.

**Bảng 5. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan tái phát**

Yếu tố	OR	95% CI	p-value
Nam giới	9,41	1,03 – 78,69	0,041
Giai đoạn III+IV	4,65	0,90 – 24,03	0,060
Độ mô học II+III	4,91	0,62 – 38,77	0,132
DOI $\geq$ 5 mm	0,98	0,10 – 7,10	0,654
Tuổi > 60	0,27	0,03 – 2,17	0,204

### III. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tái phát sau điều trị ung thư lưỡi – sàn miệng là 32,5%, trong đó toàn bộ trường hợp tái phát đều xảy ra ở nhóm bệnh nhân ung thư lưỡi. Tỷ lệ tái phát 35,1% trong nhóm ung thư lưỡi của chúng tôi tương đối phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nguyễn Hồng Hải ghi nhận tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu tại Bệnh viện K là 32,3% [9], trong khi Calabrese L. và cộng sự báo cáo tỷ lệ tái phát sau điều trị phẫu thuật ung thư lưỡi dao động từ

26–34% tùy theo độ rộng của bờ cắt [8]. Điều này khẳng định ung thư lưỡi có nguy cơ tái phát cao, ngay cả khi được điều trị ở giai đoạn sớm và triệt để.

Về vị trí tái phát, kết quả nghiên cứu cho thấy hạch cổ là vị trí tái phát phổ biến nhất, chiếm 46,2%, tiếp theo là tái phát tại lưỡi (30,8%). Sự phân bố này phù hợp với đặc điểm giải phẫu và đường lan truyền của ung thư biểu mô tế bào vảy vùng lưỡi, vốn có xu hướng di căn hạch cổ sớm ngay từ những giai đoạn đầu [5]. Ngoài ra, cũng có 2 trường hợp tái phát đồng thời tại lưỡi và hạch cổ, và một trường hợp ghi nhận di căn xa, cho thấy mức độ xâm lấn toàn thân có thể xảy ra nếu không kiểm soát tốt bệnh tại chỗ và tại vùng.

Thời điểm tái phát tập trung chủ yếu trong vòng 12–24 tháng sau điều trị, chiếm hơn 50% số ca tái phát. Kết quả này tương đồng với các báo cáo trước đó, trong đó thời gian nguy cơ cao nhất cho tái phát được ghi nhận là trong vòng 2 năm đầu sau phẫu thuật [6], từ đó nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi sát trong giai đoạn này.

Trong phân tích đa biến, yếu tố duy nhất liên quan có ý nghĩa thống kê đến nguy cơ tái phát là giới tính nam. Nam giới có nguy cơ tái phát cao gấp 9,41 lần so với nữ giới (OR = 9,41; 95% CI: 1,03–78,69; p = 0,041). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trước

đó cho thấy nam giới có xu hướng mắc các loại ung thư khoang miệng ác tính với mức độ xâm lấn mạnh hơn, có thể liên quan đến tỷ lệ hút thuốc lá và rượu bia cao hơn, vốn là các yếu tố nguy cơ đã được chứng minh [2][4]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, thói quen hút thuốc và uống rượu không được phân tích riêng do thiếu dữ liệu trong hồ sơ bệnh án, điều này là một hạn chế cần được lưu ý.

Các yếu tố khác như độ mô học, độ xâm lấn sâu, giai đoạn bệnh và phương pháp điều trị tuy có liên quan trong phân tích đơn biến nhưng không đạt ý nghĩa thống kê trong phân tích đa biến. Đây có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế, dẫn đến giảm độ mạnh của phép kiểm. Tuy vậy, xu hướng tỷ lệ tái phát tăng ở các nhóm có độ mô học cao, DOI  $\geq 5$  mm, và giai đoạn tiến xa vẫn phù hợp với cơ chế bệnh học và các công bố trước đó [5][6].

Điểm đặc biệt trong nghiên cứu này là không ghi nhận trường hợp tái phát nào ở nhóm ung thư sàn miệng. Tuy số lượng mẫu của nhóm này còn ít (n=3) nên chưa đủ cơ sở để đưa ra kết luận, nhưng kết quả này gợi mở hướng nghiên cứu trong tương lai nhằm làm rõ sự khác biệt về sinh học khối u giữa ung thư lưỡi và sàn miệng.

#### IV. KẾT LUẬN

Tái phát sau điều trị ung thư lưỡi có tỷ lệ tương đối cao, chủ yếu xảy ra tại hạch cổ và trong 24 tháng đầu sau điều trị. Giới tính nam là yếu tố nguy cơ độc lập có ý nghĩa thống kê. Cần tăng cường theo dõi hậu phẫu, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân nam, để phát hiện và xử trí sớm tái phát.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Xuân Cường. *Đánh giá kết quả điều trị ung thư lưỡi giai đoạn T1/T2N1M0 bằng phẫu thuật kết hợp hóa xạ trị đồng thời*: Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2022.
2. Ngô Văn Công. *Đánh giá kết quả điều trị ung thư lưỡi – sàn miệng tại Bệnh viện Chợ Rẫy*. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024; Tập 536, số chuyên đề, Trang 238-242.
3. Ngô Xuân Quý. *Đánh giá kết quả điều trị ung thư lưỡi giai đoạn I, II tại bệnh viện K từ năm 2005-2010*: Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2010
4. Nguyễn Văn Trọng. *Kết quả điều trị ung thư sàn miệng giai đoạn cT1-2N0M0 tại bệnh viện K*: Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.
5. Ledford H. End of cancer atlas prompts rethink: geneticists debate whether focus should shift from sequencing genomes to analysing function. *Nature*. 2015;517(7533):128-130.

6. Ro Rodrigues RM, Bernardo VG, Da Silva SD, et al. *How pathological criteria can impact prognosis of tongue and floor of the mouth squamous cell carcinoma. Journal of applied oral science: revista FOB.* 2020;28:e20190198.
7. Shim SJ, Cha J, Koom WS, et al. Clinical outcomes for T1-2N0-1 oral tongue cancer patients underwent surgery with and without postoperative radiotherapy. *Radiation Oncology.* 2010;5(1):43.
8. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians.* 2021;71(3):209-249.
9. Wang B, Zhang S, Yue K, Wang XD. The recurrence and survival of oral squamous cell carcinoma: a report of 275 cases. *Chinese journal of cancer.* 2013;32(11):614-618.