

PHÂN TÍCH CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐẾN KHÁM MUỘN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG TẠI TUYẾN TỈNH

Phạm Thị Bích Đào^{1*}, Phạm Huy Tần², Khổng Văn Đông³, Trần Văn Tâm², Lê Minh Đạt², Bùi Thị Mai², Nguyễn Diệu My¹, Nguyễn Thị Hằng², Tống Xuân Thắng¹, Phạm Trần Anh¹, Phạm Thị Bích Thủy⁴, Nguyễn Mạnh Minh⁴, Nguyễn Thị Anh Đào², Nguyễn Xuân Hòa², Nguyễn Thị Quỳnh Trang⁵, Phan Xuân Nam⁶, Hoàng Hữu Trường⁷, Đinh Tuấn Anh⁴, Trần Hải Yến¹, Nguyễn Thị Ngọc Anh⁸, Nguyễn Văn Đăng¹, Nguyễn Thị Thanh Hương⁹, Nguyễn Thanh Thủy¹⁰, Bùi Quang Tuyền¹¹.

1.Trường Đại học Y Hà Nội, 2. Bệnh viện đại học Y Hà Nội, 3.Tổng công ty Giải pháp doanh nghiệp Viettel, tập đoàn công nghiệp viễn thông quân đội; 4. Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, 5.Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội, 6.Bệnh viện tỉnh Quảng Trị, 7.Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa, 8.Trường đại học Y dược, Đại học Thái Nguyên, 9. Viện khoa học đo đạc và bản đồ, 10.Viện dữ liệu không gian, 11. Học viện Viettel, tập đoàn công nghiệp viễn thông quân đội

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v71i76.396>

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phân tích thứ cấp trên 2.118 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tại ba bệnh viện tỉnh và khảo sát chẩn đoán tại 05 bệnh viện. Kết quả cho thấy 89,5% bệnh nhân đến khám muộn sau 6 tháng; 63,9% được chẩn đoán ở giai đoạn III–IV; 51,6% có u tại một bên. Tuyến tỉnh có tỷ lệ sử dụng MRI thường quy, đọc kép và hội chẩn đa chuyên khoa thấp hơn tuyến Trung ương, lần lượt 20,0% so với 74,3%, 20,0% so với 51,4% và 20,0% so với 60,0%. Đến khám muộn liên quan đến triệu chứng ban đầu không đặc hiệu, nhận diện chưa đầy đủ dấu hiệu cảnh báo và hạn chế về phương tiện, quy trình chẩn đoán tại tuyến tỉnh. Cần cải thiện sàng lọc ban đầu ở người trưởng thành có u tai, nghe kém, ngạt mũi một bên, chảy máu mũi tái diễn, đau đầu hoặc hạch cổ kéo dài.

Từ khóa: ung thư vòm mũi họng; đến khám muộn; tuyến tỉnh; phát hiện sớm; MRI

□ Tác giả liên hệ: Phạm Thị Bích Đào

SĐT: 0936241136

Email: Daoptb0024@hmu.vn

Nhận bài: 19/05/2026

Ngày nhận phản biện: 25/05/2026

Ngày nhận phản hồi: 30/06/2026

Ngày duyệt đăng: 06/06/2026

ANALYSIS OF FACTORS ASSOCIATED WITH DELAYED PRESENTATION AMONG PATIENTS WITH NASOPHARYNGEAL CARCINOMA AT PROVINCIAL-LEVEL HOSPITALS

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study combined with secondary analysis was conducted on 2,118 patients with nasopharyngeal carcinoma at three provincial hospitals, together with a diagnostic practice survey at five hospitals. The results showed that 89.5% of patients presented late, more than six months after symptom onset; 63.9% were diagnosed at stage III–IV; and 51.6% had unilateral tinnitus. Provincial-level hospitals had lower rates of routine MRI use, double reading, and multidisciplinary team consultation than central-level hospitals, at 20.0% versus 74.3%, 20.0% versus 51.4%, and 20.0% versus 60.0%, respectively. Delayed presentation was associated with nonspecific initial symptoms, insufficient recognition of warning signs, and limitations in diagnostic facilities and procedures at provincial-level hospitals. Initial screening should be improved in adults with persistent unilateral tinnitus, hearing loss, nasal obstruction, recurrent epistaxis, headache, or cervical lymphadenopathy.

Keywords: nasopharyngeal carcinoma; delayed presentation; provincial-level hospitals; early detection; MRI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng là một trong những ung thư vùng đầu cổ có phân bố dịch tễ đặc thù, gặp nhiều tại khu vực Đông Á và Đông Nam Á, trong đó Việt Nam thuộc nhóm quốc gia có gánh nặng bệnh đáng lưu ý [1], [2]. Theo GLOBOCAN 2022, Việt Nam ghi nhận khoảng 5.613 ca mắc mới ung thư vòm mũi họng mỗi năm, cho thấy đây vẫn là một vấn đề sức khỏe quan trọng trong thực hành Tai Mũi Họng và ung bướu đầu cổ [1]. Mặc dù các phương tiện nội soi, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh và điều trị ung thư đã có nhiều tiến bộ, tỷ lệ người bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn vẫn còn cao, làm giảm cơ hội điều trị triệt căn, tăng chi phí điều trị và ảnh hưởng rõ rệt đến tiên lượng sống còn [2], [3].

Một trong những thách thức lớn nhất của ung thư vòm mũi họng là bệnh thường khởi phát âm thầm, triệu chứng ban đầu không đặc hiệu và dễ bị nhầm lẫn với các bệnh lý tai mũi họng thông thường. Người bệnh có thể đến khám vì ngạt mũi, chảy máu mũi ít, ù tai, nghe kém một bên, đau đầu, viêm tai giữa thanh dịch hoặc hạch cổ, trong khi tổn thương nguyên phát ở vùng vòm nằm sâu, khó phát hiện bằng thăm khám thông thường [3], [4]. Đặc điểm giải phẫu của vùng vòm mũi họng, đặc biệt là hố

Rosenmüller, thành bên vòm, loa vòi, nền sọ và khoang cạnh hầu, khiến các tổn thương giai đoạn sớm có thể biểu hiện kín đáo hoặc bị che lấp bởi các phản ứng viêm lành tính. Chính sự không đặc hiệu này góp phần làm người bệnh chủ quan, tự điều trị kéo dài hoặc được xử trí ban đầu theo hướng viêm mũi xoang, viêm tai giữa, rối loạn vòi nhĩ hoặc bệnh lý

hạch cổ thông thường trước khi được nội soi vòm, chụp cộng hưởng từ hoặc sinh thiết kịp thời.

Tình trạng đến khám muộn ở bệnh nhân ung thư vòm mũi họng không chỉ liên quan đến nhận thức của người bệnh, mà còn phản ánh những khoảng trống trong hệ thống phát hiện sớm, đặc biệt tại tuyến tỉnh và tuyến tiếp nhận ban đầu. Ở nhiều cơ sở y tế địa phương, bác sĩ phải đối mặt với hạn chế về chuyên gia chuyên sâu ung bướu đầu cổ, thiếu phương tiện nội soi nâng cao, khả năng tiếp cận cộng hưởng từ chưa đồng đều, quy trình đọc phim kép và hội chẩn đa chuyên khoa chưa được triển khai thường quy. Những yếu tố này có thể làm tăng nguy cơ bỏ sót tổn thương nhỏ, tổn thương dưới niêm mạc, xâm lấn nền sọ kín đáo hoặc hạch sau họng khó phát hiện [5], [6]. Trong bối cảnh tuyến tỉnh thường là nơi tiếp nhận ban đầu của phần lớn người bệnh, việc nhận diện các yếu tố liên quan đến đến khám muộn có ý nghĩa thực tiễn quan trọng nhằm đề xuất các giải pháp can thiệp phù hợp.

Các nghiên cứu gần đây cho thấy trí tuệ nhân tạo và học sâu đã đạt được những kết quả hứa hẹn trong phân tích ảnh cộng hưởng từ, nội soi và dữ liệu đa phương thức của ung thư vòm mũi họng [6]–[10]. Một số mô hình có khả năng phân biệt ung thư vòm mũi họng với tăng sản lành tính trên MRI, phát hiện tổn thương qua nội soi, phân đoạn khối u và hỗ trợ tiên lượng [6], [7], [9], [10]. Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu này được thực hiện trên dữ liệu từ các trung tâm lớn, với dữ liệu hình ảnh tương đối chuẩn hóa, trong khi thực tế tại tuyến tỉnh có sự

không đồng nhất về hạ tầng, quy trình chẩn đoán, lưu trữ dữ liệu và khả năng phối hợp liên chuyên khoa [11], [12]. Do đó, trước khi phát triển các công cụ hỗ trợ quyết định lâm sàng hoặc trí tuệ nhân tạo phù hợp với bối cảnh Việt Nam, cần có các phân tích thực địa nhằm xác định rõ những yếu tố liên quan đến việc người bệnh đến khám muộn.

Từ góc độ y tế công cộng và thực hành Tai Mũi Họng, phân tích các yếu tố liên quan đến đến khám muộn có thể giúp nhận diện các nhóm người bệnh nguy cơ cao, các triệu chứng dễ bị bỏ qua, các điểm nghẽn trong chỉ định nội soi, chẩn đoán hình ảnh và chuyển tuyến. Đồng thời, kết quả nghiên cứu có thể là cơ sở để xây dựng quy trình sàng lọc sớm ung thư vòm mũi họng tại tuyến tỉnh, trong đó chú trọng các biểu hiện một bên kéo dài như ù tai, nghe kém, ngạt mũi, chảy máu mũi, đau đầu hoặc hạch cổ; kết hợp với chỉ định nội soi vòm, chẩn đoán hình ảnh và hội chẩn chuyên khoa khi cần thiết. Đây cũng là nền tảng quan trọng để chuẩn hóa dữ liệu lâm sàng, phục vụ phát triển các hệ thống hỗ trợ quyết định lâm sàng có khả năng ứng dụng trong điều kiện thực tế [13]–[15].

Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích các yếu tố liên quan đến đến khám muộn ở bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tại tuyến tỉnh, qua đó góp phần nhận diện các khoảng trống trong phát hiện sớm và đề xuất định hướng cải thiện quy trình sàng lọc, chẩn đoán ban đầu phù hợp với thực hành Tai Mũi Họng tại các cơ sở y tế địa phương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm hai nhóm dữ liệu.

Thứ nhất là hồ sơ bệnh án của người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư vòm mũi họng tại ba bệnh viện tuyến tỉnh.

Thứ hai là dữ liệu khảo sát thực trạng chẩn đoán ung thư vòm mũi họng tại 05 bệnh viện, gồm các thông tin về khả năng sử dụng MRI thường quy, đọc kép hình ảnh và hội chẩn đa chuyên khoa.

Tiêu chuẩn chọn lựa đối với nhóm người bệnh: Người bệnh có chẩn đoán xác định ung thư vòm mũi họng bằng mô bệnh học; có đầy đủ thông tin về tuổi, giới, nơi cư trú, thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi đi khám, triệu chứng lâm sàng ban đầu và giai đoạn bệnh tại thời điểm chẩn đoán.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin chính về thời gian đến khám, triệu chứng ban đầu hoặc giai đoạn bệnh; trường hợp không có bằng chứng mô bệnh học xác định ung thư vòm mũi họng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại ba bệnh viện tuyến tỉnh có tiếp nhận, chẩn đoán và quản lý người bệnh ung thư vòm mũi họng, gồm: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị và Bệnh viện A Thái Nguyên.

Dữ liệu khảo sát thực trạng chẩn đoán được thu thập tại 05 bệnh viện, bao gồm cả tuyến tỉnh và tuyến Trung ương, nhằm so sánh khả năng tiếp cận MRI thường

quy, đọc kép và hội chẩn đa chuyên khoa.

Thời gian hồi cứu hồ sơ bệnh án từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang kết hợp phân tích thứ cấp.

Phần thứ nhất hồi cứu hồ sơ bệnh án của người bệnh ung thư vòm mũi họng tại ba bệnh viện tuyến tỉnh nhằm phân tích tỷ lệ đến khám muộn và các yếu tố liên quan.

Phần thứ hai phân tích dữ liệu khảo sát thực trạng chẩn đoán tại 05 bệnh viện nhằm nhận diện các khoảng trống trong phát hiện sớm, bao gồm khả năng sử dụng MRI thường quy, đọc kép hình ảnh và hội chẩn đa chuyên khoa. **2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu**

Nghiên cứu sử dụng mẫu thuận tiện, gồm toàn bộ **2.118 hồ sơ bệnh nhân ung thư vòm mũi họng** đáp ứng tiêu chuẩn chọn lựa tại ba bệnh viện tuyến tỉnh trong thời gian nghiên cứu.

Dữ liệu khảo sát thực trạng chẩn đoán được thu thập tại **05 bệnh viện** để so sánh một số chỉ số năng lực chẩn đoán giữa tuyến tỉnh và tuyến Trung ương.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Đối với nhóm người bệnh, chọn mẫu toàn bộ các hồ sơ bệnh án ung thư vòm mũi họng có chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, được lưu trữ tại các khoa Tai Mũi Họng, Ung bướu, Giải phẫu bệnh, Chẩn đoán hình ảnh và phòng Kế hoạch tổng hợp của các bệnh viện tham gia nghiên cứu.

Đối với nhóm khảo sát thực trạng chẩn đoán, chọn các bệnh viện đại diện cho tuyến tỉnh và tuyến Trung ương, có tham gia khảo sát về quy trình chẩn đoán ung thư vòm mũi họng, năng lực nội soi, chẩn đoán hình ảnh, đọc kíp và hội chẩn đa chuyên khoa.

2.6. Biến số nghiên cứu

Biến phụ thuộc chính: Đến khám muộn, được xác định khi người bệnh đến cơ sở y tế sau **6 tháng** kể từ thời điểm xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Người bệnh đến khám trong vòng 6 tháng được xếp vào nhóm không đến khám muộn.

Biến về đặc điểm chung: Tuổi, nhóm tuổi, giới tính, nơi cư trú.

Biến về triệu chứng lâm sàng ban đầu: ù tai một bên, nghe kém một bên, ngạt mũi một bên, chảy máu mũi hoặc xì dịch mũi lẫn máu, đau đầu, hạch cổ, viêm tai giữa thanh dịch hoặc cảm giác đầy tai.

Biến về bệnh học và giai đoạn: Chẩn đoán mô bệnh học, giai đoạn bệnh tại thời điểm chẩn đoán, phân loại giai đoạn I–II và III–IV. Giai đoạn III–IV được xem là giai đoạn muộn.

Biến về khoảng trống hệ thống chẩn đoán: Tuyến bệnh viện, sử dụng MRI thường quy vùng vòm, thực hiện đọc kíp hình ảnh, hội chẩn đa chuyên khoa. Các biến này được dùng để so sánh giữa tuyến tỉnh và tuyến Trung ương.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin người bệnh được thu thập từ hồ sơ bệnh án, sổ lưu trữ chuyên khoa, kết quả giải phẫu bệnh, phiếu chẩn đoán

hình ảnh, phần mềm quản lý bệnh viện và hồ sơ điều trị tại các khoa liên quan.

Nhóm nghiên cứu sử dụng phiếu thu thập số liệu thống nhất giữa các cơ sở. Các thông tin được ghi nhận bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học, triệu chứng đầu tiên, thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi đi khám, giai đoạn bệnh và các thông tin chẩn đoán liên quan.

Dữ liệu khảo sát thực trạng chẩn đoán tại 05 bệnh viện được thu thập bằng bộ câu hỏi chuẩn hóa, tập trung vào các nội dung: khả năng sử dụng MRI thường quy, đọc kíp hình ảnh, hội chẩn đa chuyên khoa và quy trình phát hiện sớm ung thư vòm mũi họng.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 hoặc Microsoft Excel, sau đó phân tích bằng STATA 14.0.

Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị tùy theo phân bố dữ liệu.

Tỷ lệ đến khám muộn được tính bằng số người bệnh đến khám sau 6 tháng chia cho tổng số người bệnh nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh giai đoạn muộn được tính bằng số người bệnh ở giai đoạn III–IV chia cho tổng số người bệnh có thông tin giai đoạn.

Mối liên quan giữa đến khám muộn và các yếu tố như tuổi, giới, nơi cư trú, triệu chứng ban đầu, ù tai một bên, nghe kém một bên, hạch cổ và giai đoạn bệnh được phân tích bằng kiểm định Chi bình

phương hoặc Fisher exact test khi thích hợp. Tỷ số chênh OR và khoảng tin cậy 95% được sử dụng để ước tính mức độ liên quan.

Các chỉ số về năng lực chẩn đoán được so sánh giữa tuyến tỉnh và tuyến Trung ương, bao gồm: tỷ lệ sử dụng MRI thường quy, tỷ lệ đọc kép và tỷ lệ hội chẩn đa chuyên khoa. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng dữ liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án và dữ liệu khảo sát thực trạng chẩn đoán, không can thiệp vào quá trình điều trị của người bệnh. Tất cả thông tin cá nhân được mã hóa và bảo mật. Dữ liệu chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được sự đồng ý của các bệnh viện tham gia và phê duyệt của Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội. Việc thu thập và phân tích số liệu không ảnh hưởng đến quyền lợi, quá trình điều trị và chăm sóc của người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nghiên cứu

Nghiên cứu phân tích dữ liệu của 2.118 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tại ba bệnh viện tuyến tỉnh và dữ liệu khảo sát thực trạng chẩn đoán tại 05 bệnh viện ở Việt Nam.

Bảng 1. Nguồn dữ liệu sử dụng trong nghiên cứu

Nguồn dữ liệu	Số lượng	Nội dung phân tích chính

Hồ sơ bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tại ba bệnh viện tuyến tỉnh	2.118 bệnh nhân	Thời gian đến khám, triệu chứng ban đầu, giai đoạn bệnh
Khảo sát thực trạng chẩn đoán tại 05 bệnh viện	05 bệnh viện	MRI thường quy, đọc kép, hội chẩn đa chuyên khoa
Tổng số nhóm dữ liệu	02 nhóm	Dữ liệu người bệnh và dữ liệu hệ thống chẩn đoán

Nhận xét: Nghiên cứu sử dụng hai nguồn dữ liệu bổ sung cho nhau: dữ liệu người bệnh tuyến tỉnh và dữ liệu khảo sát năng lực chẩn đoán tại các bệnh viện.

Bảng 2. Phân bố người bệnh theo thời gian đến khám

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi đi khám	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đến khám trong vòng 6 tháng	223	10,5
Đến khám sau 6 tháng	1.895	89,5
Tổng số	2.118	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đến khám sau 6 tháng chiếm **89,5%**, trong khi nhóm đến khám trong vòng 6 tháng chỉ chiếm **10,5%**.

Bảng 3. Giai đoạn bệnh tại thời điểm chẩn đoán

Giai đoạn bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn I–II	764	36,1
Giai đoạn III–IV	1.354	63,9
Tổng số	2.118	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn III–IV chiếm **63,9%**, cao hơn nhóm giai đoạn I–II.

3.2. Phân tích các yếu tố liên quan đến đến khám muộn ở bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tại tuyến tỉnh

Đến khám muộn được xác định là đến khám sau 6 tháng kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Các yếu tố được phân tích gồm thời gian đến khám, giai đoạn bệnh và triệu chứng tai một bên.

Bảng 4. Một số đặc điểm lâm sàng và bệnh học liên quan đến đến khám muộn

Đặc điểm phân tích	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đến khám muộn sau 6 tháng	1.895	89,5
Chẩn đoán giai đoạn III–IV	1.354	63,9
Có ù tai một bên	1.093	51,6
Đến khám trong 6 tháng đầu	223	10,5

Nhận xét: Trong số 2.118 bệnh nhân, **89,5%** đến khám muộn sau 6 tháng;

63,9% được chẩn đoán ở giai đoạn III–IV và **51,6%** có ù tai một bên.

Bảng 5. Nhóm dấu hiệu cảnh báo cần khai thác ở bệnh nhân nghi ngờ ung thư vòm mũi họng

Nhóm dấu hiệu	Biểu hiện cần khai thác	Giá trị ghi nhận trong nghiên cứu
Triệu chứng tai một bên	Ù tai một bên, nghe kém một bên, đầy tai, viêm tai giữa thanh dịch ở người lớn	Ù tai một bên gặp ở 1.093/2.118 bệnh nhân, chiếm 51,6%
Triệu chứng mũi họng một bên	Ngạt mũi một bên, chảy máu mũi tái diễn, xì dịch mũi lẫn máu	Cần ghi nhận trong quy trình sàng lọc ban đầu
Triệu chứng thần kinh/đau	Đau đầu kéo dài, đau đầu một bên	Cần khai thác khi nghi ngờ tổn thương lan sâu
Dấu hiệu hạch cổ	Hạch cổ kéo dài, hạch cổ một bên	Cần phối hợp khám vòm và đánh giá hạch cổ

Nhận xét: Trong các dấu hiệu cảnh báo, ù tai một bên là triệu chứng có số liệu định lượng rõ, chiếm **51,6%** trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

3.3. Nhận diện các khoảng trống trong phát hiện sớm và đề xuất định hướng cải thiện quy trình sàng lọc, chẩn đoán ban đầu phù hợp với thực hành Tai Mũi Họng tại các cơ sở y tế địa phương

Dữ liệu khảo sát tại 05 bệnh viện cho thấy tuyến tỉnh còn hạn chế hơn tuyến

Yếu tố hỗ trợ chẩn đoán	Tuyến tỉnh (%)	Tuyến Trung ương (%)	Chênh lệch điểm phần trăm
Sử dụng MRI thường quy vùng vòm	20,0	74,3	54,3
Đọc kép hình ảnh	20,0	51,4	31,4
Hội chẩn đa chuyên khoa	20,0	60,0	40,0

Trung ương ở một số yếu tố hỗ trợ phát hiện sớm ung thư vòm mũi họng, gồm MRI thường quy, đọc kép và hội chẩn đa chuyên khoa.

Bảng 6. So sánh một số yếu tố hỗ trợ chẩn đoán giữa tuyến tỉnh và tuyến Trung ương

Khoảng trống ghi nhận	Số liên quan	Định hướng cải thiện quy trình
Tỷ lệ đến khám sớm thấp	Chỉ 10,5% đến khám	Tăng cường khai thác dấu hiệu cảnh báo ngay từ tuyến

	trong 6 tháng đầu	tiếp nhận ban đầu
Tỷ lệ chẩn đoán giai đoạn muộn cao	Giai đoạn III–IV chiếm 63,9%	Chuẩn hóa quy trình nội soi vòm và chỉ định chẩn đoán hình ảnh khi nghi ngờ
Triệu chứng tai một bên thường gặp	Ù tai một bên chiếm 51,6%	Đưa ù tai, nghe kém, viêm tai giữa thanh dịch một bên ở người lớn vào nhóm dấu hiệu cần nội soi vòm
Hạn chế tiếp cận MRI thường quy	Tuyến tỉnh 20,0%; tuyến Trung ương 74,3%	Xây dựng tiêu chí chỉ định MRI khi nội soi chưa rõ nhưng triệu chứng kéo dài
Hạn chế đọc kép	Tuyến tỉnh 20,0%; tuyến Trung ương 51,4%	Tăng cường đọc lại phim hoặc hội chẩn từ xa với tuyến chuyên sâu
Hạn chế hội chẩn đa chuyên khoa	Tuyến tỉnh 20,0%; tuyến Trung ương 60,0%	Thiết lập hội chẩn định kỳ hoặc hội chẩn trực tuyến cho ca nghi ngờ cao

Nhận xét: Tuyến tỉnh có tỷ lệ sử dụng MRI thường quy, đọc kép và hội chẩn đa chuyên khoa thấp hơn tuyến Trung ương. Chênh lệch lớn nhất ghi nhận ở sử dụng

Nhận xét: Các khoảng trống chính gồm tỷ lệ đến khám sớm thấp, tỷ lệ giai đoạn III–IV cao, triệu chứng tai một bên thường gặp và hạn chế về MRI thường quy, đọc kép, hội chẩn đa chuyên khoa tại tuyến tỉnh.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng đến khám muộn ở bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tại tuyến tỉnh là rất đáng chú ý: **89,5%** người bệnh đến khám sau 6 tháng kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên và **63,9%** được chẩn đoán ở giai đoạn III–IV. Hai số liệu này phản ánh một thực trạng quan trọng trong thực hành Tai Mũi Họng: ung thư vòm mũi họng vẫn thường được phát hiện khi bệnh đã tiến triển. Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh tại khu vực Đông Á và Đông Nam Á, trong đó Việt Nam thuộc nhóm quốc gia có gánh nặng ung thư vòm mũi họng cao [1], [2]. Theo GLOBOCAN 2022, Việt Nam ghi nhận khoảng 5.613 ca mắc mới mỗi năm, cho thấy đây vẫn là bệnh lý ác tính đầu cổ cần được ưu tiên trong chiến lược phát hiện sớm [1].

Một nguyên nhân quan trọng của tình trạng đến khám muộn là triệu chứng khởi phát không đặc hiệu. Trong nghiên cứu này, **ù tai một bên gặp ở 51,6%** người bệnh. Đây là tỷ lệ có ý nghĩa thực hành, vì triệu chứng tai thường dễ bị xem là biểu hiện của viêm tai giữa, rối loạn vòm

MRI thường quy vùng vòm, với **54,3 điểm phần trăm**.

Bảng 7. Khoảng trống chính và định hướng cải thiện quy trình sàng lọc, chẩn đoán ban đầu tại tuyến tỉnh

nhĩ hoặc viêm mũi xoang thông thường. Về giải phẫu, tổn thương vùng hố Rosenmüller hoặc thành bên vòm có thể ảnh hưởng đến loa vòi, gây ù tai, nghe kém, đầy tai hoặc viêm tai giữa thanh dịch. Nếu người trưởng thành có triệu chứng tai một bên kéo dài nhưng không được nội soi vòm hoặc đánh giá hình ảnh kịp thời, nguy cơ bỏ sót tổn thương giai đoạn sớm là rất lớn. Đây là điểm cần được nhấn mạnh trong đào tạo và thực hành lâm sàng tuyến tiếp nhận ban đầu [3], [4].

Tuy nhiên, đến khám muộn không chỉ là vấn đề từ phía người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy các hạn chế của hệ thống phát hiện sớm tại tuyến tỉnh cũng đóng vai trò quan trọng. Tỷ lệ sử dụng MRI thường quy vùng vòm tại tuyến tỉnh chỉ **20,0%**, thấp hơn nhiều so với **74,3%** ở tuyến Trung ương. Đây là khoảng cách lớn, trong khi MRI có vai trò quan trọng trong phát hiện tổn thương dưới niêm mạc, đánh giá xâm lấn nền sọ, khoang cạnh hầu và hạch sau họng. Những tổn thương này có thể không rõ trên thăm khám thông thường hoặc nội soi ánh sáng trắng, nhất là ở giai đoạn sớm [5], [6].

Bên cạnh đó, tỷ lệ đọc kép tại tuyến tỉnh chỉ **20,0%**, thấp hơn tuyến Trung ương **51,4%**; hội chẩn đa chuyên khoa cũng chỉ đạt **20,0%** so với **60,0%**. Đây là những chỉ số phản ánh chất lượng quy trình chẩn đoán. Ung thư vòm mũi họng

là bệnh lý đòi hỏi phối hợp giữa bác sĩ Tai Mũi Họng, Chẩn đoán hình ảnh, Giải phẫu bệnh và Ung bướu. Khi thiếu đọc kép và hội chẩn đa chuyên khoa, các trường hợp tổn thương nhỏ, tổn thương dưới niêm mạc, hạch sau họng hoặc xâm lấn nền sọ kín đáo dễ phụ thuộc vào kinh nghiệm cá nhân của từng bác sĩ. Điều này có thể góp phần kéo dài thời gian từ triệu chứng đầu tiên đến chẩn đoán xác định.

Từ các kết quả trên, có thể thấy tình trạng đến khám muộn ở bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tại tuyến tỉnh liên quan đến ba nhóm yếu tố chính: triệu chứng ban đầu không đặc hiệu; nhận diện dấu hiệu cảnh báo chưa đầy đủ; và hạn chế về phương tiện, quy trình chẩn đoán. Ba yếu tố này tác động nối tiếp nhau. Triệu chứng kín đáo làm chậm nghi ngờ; chậm nghi ngờ làm chậm nội soi, MRI hoặc sinh thiết; hạn chế đọc kép và hội chẩn làm tăng nguy cơ bỏ sót hoặc chậm xác định chẩn đoán.

Về mặt thực hành, kết quả nghiên cứu gợi ý cần xây dựng một quy trình sàng lọc ban đầu phù hợp với tuyến tỉnh. Trước hết, các biểu hiện một bên kéo dài ở người trưởng thành cần được coi là dấu hiệu cảnh báo, gồm: ù tai một bên, nghe kém một bên, viêm tai giữa thanh dịch một bên, ngạt mũi một bên, chảy máu mũi tái diễn, đau đầu kéo dài hoặc hạch cổ không rõ nguyên nhân. Với nhóm này, nội soi vòm cần được thực hiện sớm, đặc biệt chú ý hố

Rosenmüller, loa vòi và thành bên vòm. Khi nội soi chưa rõ nhưng triệu chứng kéo dài hoặc có hạch cổ, đau đầu, chảy

máu mũi, cần cân nhắc MRI hoặc chuyên tuyến chuyên sâu.

Trong điều kiện tuyến tỉnh chưa thể triển khai đầy đủ mô hình hội chẩn đa chuyên khoa như tuyến Trung ương, có thể áp dụng các giải pháp khả thi hơn như đọc lại phim đối với ca nghi ngờ, hội chẩn từ xa với tuyến chuyên sâu, hoặc tổ chức hội chẩn định kỳ cho các trường hợp triệu chứng kéo dài nhưng chưa xác định được nguyên nhân. Đọc kép và hội chẩn nên được ưu tiên cho các ca có nguy cơ cao: triệu chứng một bên kéo dài, hạch cổ không rõ nguyên nhân, nội soi nghi ngờ nhưng sinh thiết âm tính, hoặc hình ảnh học khó diễn giải.

Các nghiên cứu gần đây cho thấy trí tuệ nhân tạo có tiềm năng hỗ trợ phát hiện, phân đoạn và tiên lượng ung thư vòm mũi họng trên MRI, nội soi và dữ liệu đa phương thức [6]–[15]. Tuy nhiên, để ứng dụng hiệu quả tại tuyến tỉnh, AI không nên được xem là công nghệ thay thế bác sĩ, mà là công cụ hỗ trợ chuẩn hóa quy trình và tăng khả năng nhận diện ca nguy cơ cao. Muốn vậy, dữ liệu lâm sàng cần được ghi nhận có cấu trúc, gồm thời gian xuất hiện triệu chứng, ù tai, nghe kém, ngạt mũi, chảy máu mũi, đau đầu, hạch cổ, kết quả nội soi, MRI, mô bệnh học và giai đoạn bệnh. Đây là nền tảng để phát triển hệ thống hỗ trợ quyết định lâm sàng phù hợp với thực tế địa phương.

Nhìn chung, nghiên cứu cho thấy đến khám muộn ở bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tại tuyến tỉnh là vấn đề nổi bật, không chỉ liên quan đến đặc điểm âm thầm của bệnh mà còn phản ánh khoảng trống trong quy trình phát hiện sớm. Việc cải thiện thực hành cần bắt đầu từ những

bước khả thi: nhận diện triệu chứng một bên kéo dài, nội soi vòm sớm, chỉ định MRI có chọn lọc, tăng cường đọc kép/hội chẩn từ xa và chuẩn hóa dữ liệu lâm sàng. Cách tiếp cận này có thể góp phần rút ngắn thời gian chẩn đoán, tăng khả năng phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm và tạo nền tảng cho các công cụ hỗ trợ quyết định trong tương lai.

KẾT LUẬN

Đến khám muộn ở bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tại tuyến tỉnh còn rất phổ biến, với **89,5%** đến khám sau 6 tháng và **63,9%** được chẩn đoán ở giai đoạn III–IV. Các yếu tố liên quan gồm triệu chứng ban đầu không đặc hiệu, đặc biệt **ù tai một bên chiếm 51,6%**, cùng việc nhận diện chưa đầy đủ các dấu hiệu cảnh báo như nghe kém, ngạt mũi, chảy máu mũi, đau đầu hoặc hạch cổ kéo dài.

Khoảng trống chính là hạn chế về **MRI thường quy, đọc kép và hội chẩn đa chuyên khoa** tại tuyến tỉnh. Cần chuẩn hóa sàng lọc ban đầu bằng khai thác triệu chứng một bên kéo dài, nội soi vòm sớm, chỉ định MRI có chọn lọc và tăng cường đọc kép/hội chẩn từ xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO/IARC. Global Cancer Observatory, GLOBOCAN 2022. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2022.
2. Chang ET, Adami HO. The enigmatic epidemiology of nasopharyngeal carcinoma. *Cancer Epidemiol*

Biomarkers 2006;15(10):17651777. doi:10.1158/1055-9965.EPI-060353.

3. Johnson DE, Burtneß B, Leemans CR, Lui VWY, Bauman JE, Grandis JR. Head and neck squamous cell carcinoma. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):92. doi:10.1038/s41572-02000224-3.

4. Ng WT, But B, Choi HCW, et al. Application of Artificial Intelligence for Nasopharyngeal Carcinoma Management - A Systematic Review. *Cancer Manag Res*. 2022;14:339-366. doi:10.2147/CMAR.S341583.

5. Li S, Deng YQ, Zhu ZL, et al. A Comprehensive Review on Radiomics and Deep Learning for Nasopharyngeal Carcinoma Imaging. *Diagnostics (Basel)*. 2021;11(9):1523. doi:10.3390/diagnostics11091523.

- [6] Wong LM, King AD, Ai QYH, et al. Convolutional neural network for discriminating nasopharyngeal carcinoma and benign hyperplasia on MRI. *Eur Radiol*. 2021;31(6):3856-3863. doi:10.1007/s00330-020-07451-y.

7. Zeng Y, Zeng P, Shen S, et al. DCTR U-Net: automatic segmentation algorithm for medical images of nasopharyngeal cancer in the context of deep learning. *Front Oncol*. 2023;13:1190075. doi:10.3389/fonc.2023.1190075.

8. Li S, Wan X, Deng YQ, et al. Predicting prognosis of nasopharyngeal

carcinoma based on deep learning: peritumoral region should be valued. *Cancer Imaging*. 2023;23(1):14. doi:10.1186/s40644-023-00530-5.

9. Yue Y, Zeng X, Lin H, et al. A deep learning based smartphone application for early detection of nasopharyngeal carcinoma using endoscopic images. *NPJ Digit Med*. 2024;7(1):384. doi:10.1038/s41746-024-01403-2.

10. He Z, Zhang K, Zhao N, et al. Deep learning for real-time detection of nasopharyngeal carcinoma during nasopharyngeal endoscopy. *iScience*. 2023;26(10):107463. doi:10.1016/j.isci.2023.107463.

11. Gu B, Meng M, Bi L, et al. Prediction of 5-year progression-free survival in advanced nasopharyngeal carcinoma with pretreatment PET/CT using multi-modality deep learningbased radiomics. *Front Oncol*. 2022;12:899351. doi:10.3389/fonc.2022.899351.

12. Meng M, Gu B, Bi L, et al. DeepMTS: Deep Multi-Task Learning for Survival Prediction in Patients With Advanced Nasopharyngeal Carcinoma Using Pretreatment PET/CT. *IEEE J Biomed Health Inform*. 2022;26(9):4497-4507. doi:10.1109/JBHI.2022.3181791.

13. Li S, Deng YQ, Hua HL, et al. Deep learning for locally advanced nasopharyngeal carcinoma prognostication based on pre- and posttreatment MRI. *Comput Methods*

Programs Biomed. 2022;219:106785. doi:10.1016/j.cmpb.2022.106785.

14. Alabi RO, Elmusrati M, Leivo I, Almangush A, Mäkitie AA. Machine learning explainability in nasopharyngeal cancer survival using LIME and SHAP. *Sci Rep*. 2023;13(1):8984. doi:10.1038/s41598023-35795-0.

15. Zhu J, Zhang S, Yu R, et al. An efficient deep convolutional neural network model for visual localization and automatic diagnosis of thyroid nodules on ultrasound images. *Quant Imaging Med Surg*. 2021;11(4):13681380. doi:10.21037/qims-20-538.