

GIÁ TRỊ PHỐI HỢP GIỮA BIỂU HIỆN LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC TRONG CHẨN ĐOÁN SỚM UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG

Phạm Thị Bích Đào^{1,✉}, Nguyễn Thị Anh Đào¹, Phạm Huy Tân¹

Bùi Thị Mai¹, Trần Văn Tâm¹, Nguyễn Thị Huyền Trang¹

Lê Minh Đạt¹, Nguyễn Thị Hằng¹, Nguyễn Diệu My²

Nguyễn Công Hoàng Anh², Trần Ngọc Tâm Phúc², Hoàng Hữu Trường³

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Thành phố Thanh Hóa

Đánh giá giá trị của triệu chứng cơ năng và hình ảnh học (MRI, siêu âm hạch cổ) trong phát hiện sớm ung thư vòm mũi họng. Nghiên cứu mô tả cắt ngang 216 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn T1–T2 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa (2022 - 2024). Kết quả: ngạt mũi (76,9%) và ù tai (72,2%). 32,8% bệnh nhân không phát hiện tổn thương trên nội soi. MRI phát hiện tổn thương vòm không đồng nhất ở 81,0%, trong đó 28,7% có xâm lấn nền sọ hoặc đốt sống cổ. Hạch cổ bất thường trên siêu âm gặp 63,9%, mất rốn hạch và hoại tử trung tâm. Đặc điểm khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa T1 và T2 ($p < 0,05$). Kết luận: Phối hợp triệu chứng cơ năng (như ù tai đơn độc) với MRI và siêu âm hạch cổ giúp phát hiện sớm ung thư vòm mũi họng, đặc biệt khi nội soi vòm không quan sát được tổn thương.

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng, phát hiện sớm, MRI; siêu âm hạch cổ, ù tai, ngạt mũi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là loại ung thư phổ biến tại Việt Nam và nhiều nước châu Á, đặc biệt ở vùng Đông Nam Á và Nam Trung Quốc. Theo GLOBOCAN 2020, UTVMH đứng thứ năm về tỷ lệ mắc ở nam giới Việt Nam.¹ Bệnh có đặc điểm giải phẫu khó tiếp cận, triệu chứng ban đầu không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý tai mũi họng lành tính, dẫn đến chẩn đoán thường bị trì hoãn.^{2,3}

Các triệu chứng cơ năng ban đầu như ngạt mũi một bên, ù tai kéo dài hoặc đau đầu khu trú thường bị xem nhẹ, trong khi đó nội soi vòm

đôi khi không ghi nhận tổn thương rõ ràng, đặc biệt trong các thể ẩn hoặc vòm dày lan tỏa không sùi.^{4,5} Nghiên cứu của Chan và cộng sự cho thấy tới 20% bệnh nhân UTVMH giai đoạn sớm có nội soi vòm bình thường.⁶ Điều này đặt ra thách thức lớn trong phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm – thời điểm có tiên lượng tốt nhất nếu được điều trị kịp thời.⁷

Trong bối cảnh đó, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như cộng hưởng từ (MRI) và siêu âm hạch cổ đóng vai trò ngày càng quan trọng. MRI được chứng minh có độ nhạy cao trong phát hiện tổn thương vòm, kể cả khi nội soi âm tính, và có thể đánh giá rõ xâm lấn nền sọ, thần kinh sọ hoặc mô mềm xung quanh.^{8,9} Siêu âm hạch cổ là phương tiện dễ tiếp cận tại tuyến cơ sở, có khả năng phát hiện sớm hạch cổ bất thường – đặc biệt khi hạch mất rốn, tròn

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Bích Đào

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: daoptb0024@hmu.vn

Ngày nhận: 23/06/2025

Ngày được chấp nhận: 10/07/2025

đều hoặc có hoại tử trung tâm – là các dấu hiệu điển hình của di căn hạch UTMVH.^{10,11}

Tuy nhiên, hiện vẫn còn thiếu các nghiên cứu tại Việt Nam đánh giá một cách hệ thống giá trị phối hợp giữa triệu chứng cơ năng và hình ảnh học trong phát hiện sớm UTMVH. Việc nhận diện các tổ hợp triệu chứng – hình ảnh học đặc trưng có thể giúp xây dựng quy trình gợi ý chẩn đoán lâm sàng hiệu quả hơn, đặc biệt tại các cơ sở chưa có nội soi chuyên sâu.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các biểu hiện lâm sàng, đặc điểm hình ảnh MRI và siêu âm hạch cổ ở bệnh nhân UTMVH giai đoạn T1–T2, từ đó đánh giá giá trị phối hợp của các yếu tố trên trong việc hỗ trợ phát hiện sớm bệnh lý này tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vòm mũi họng giai đoạn sớm (T1 hoặc T2, không có di căn xa theo phân loại TNM) trong giai đoạn từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. Tất cả đối tượng đều có kết quả giải phẫu bệnh xác định ung thư biểu mô vòm (biệt hóa hoặc không biệt hóa), chưa điều trị, được khai thác đầy đủ triệu chứng cơ năng, thực hiện nội soi vòm, chụp cộng hưởng từ (MRI) vùng đầu – mặt – cổ và siêu âm hạch cổ trước điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ

Loại trừ các trường hợp không có kết quả giải phẫu bệnh rõ ràng, đã được điều trị trước đó (phẫu thuật, xạ trị hoặc hóa trị), không thực hiện đầy đủ các chỉ định hình ảnh học cần thiết (MRI hoặc siêu âm hạch cổ), không có dữ liệu triệu chứng cơ năng, hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, nhằm đánh giá mối liên quan giữa biểu hiện triệu chứng cơ năng và các đặc điểm hình ảnh học trong chẩn đoán sớm UTMVH.

Thời gian và địa điểm

Từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024 tại Khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu và Khoa Chẩn đoán hình ảnh – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội; Khoa Tai Mũi Họng và Khoa Chẩn đoán hình ảnh – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.

$Z_{1-\alpha/2}$: giá trị Z tương ứng với mức ý nghĩa 95%, $Z = 1,96$.

p: tỷ lệ ước lượng ban đầu (chọn theo tỷ lệ triệu chứng phổ biến – ví dụ ù tai ở giai đoạn sớm, khoảng 70%, nên chọn $p = 0,7$).

d: sai số cho phép, chọn $d = 0,07$.

Thay số vào công thức trên, ta tính được $n \approx 165$.

Cộng thêm 20% để bù hao mẫu không đủ thông tin, ta cần tối thiểu khoảng 198 bệnh nhân. Thực tế, nghiên cứu đã thu nhận được 216 bệnh nhân, đảm bảo đủ cỡ mẫu và độ tin cậy.

Kỹ thuật thu thập và phân tích dữ liệu

Khai thác triệu chứng lâm sàng

Phòng vấn và khám lâm sàng theo mẫu bệnh án chuẩn: ngạt mũi, ù tai, đau đầu khu trú, chảy máu mũi, cảm giác vướng họng. Ghi nhận biểu hiện thực thể qua nội soi ống mềm: sùi vòm, loét, dày vòm, tổn thương khó thấy hoặc không tổn thương.

Chẩn đoán hình ảnh

MRI vùng đầu – mặt – cổ: thực hiện trên máy

cộng hưởng từ 1.5 Tesla (GE), bao gồm chuỗi xung T1W, T2W, T1 có tiêm thuốc đối quang từ, T2-FS. Đánh giá độ dày vòm, đặc điểm ngấm thuốc, xâm lấn nền sọ, hố mũi, hố sau, thân đốt sống cổ, thần kinh sọ.

Siêu âm hạch cổ: bằng đầu dò tuyến tính 7,5 - 13MHz. Ghi nhận các đặc điểm: mất rốn hạch, tròn đều ($L/S < 2$), giảm âm không đồng nhất, hoại tử trung tâm, tăng sinh mạch máu ngoại vi, bờ không đều.

Xác định mô bệnh học

Kết quả mô học phân loại theo WHO: biểu mô biệt hóa/non-keratinizing hoặc không biệt hóa.

Phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được mô tả bằng tần suất, tỷ lệ phần trăm; biến định lượng

biểu diễn bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. So sánh giữa hai nhóm giai đoạn T1 và T2 bằng kiểm định chi bình phương hoặc Fisher (biến định tính), t-test độc lập (biến định lượng). Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức các cơ sở tham gia. Tất cả bệnh nhân đều được giải thích rõ về mục tiêu, nội dung nghiên cứu và đồng thuận tham gia bằng văn bản. Mọi thông tin cá nhân được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn ung thư vòm mũi họng ($n = 216$). Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn T1 và T2 gần tương đương nhau, với T1 chiếm 51,9%.

Bảng 1. Biểu hiện cơ năng ($n = 216$)

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ngạt mũi một bên	166	76,9
Ù tai	156	72,2
Đau đầu khu trú	106	49,1
Xi dịch mũi lẫn máu	76	35,2

Ngạt mũi một bên và ù tai là hai triệu chứng cơ năng phổ biến nhất, lần lượt chiếm 76,9% và 72,2% (Bảng 1).

Hình ảnh nội soi vòm ghi nhận tổn thương sùi, loét, dễ chảy máu ở 40,4% bệnh nhân; loét thâm nhiễm chiếm 32,8%; trần vòm hơi đầy

kèm loét gập ở 35,2%. Bên cạnh đó, 23,1% có biểu hiện lỗ vòi cứng, giảm vận động, và 19,4% có hố Rosenmüller đầy, giảm nhu động khi nuốt. Đáng chú ý, 29,6% bệnh nhân có hình ảnh vòm nhẵn, không phát hiện tổn thương đặc hiệu trên nội soi (Bảng 2).

Bảng 2. Hình ảnh đại thể của nội soi vòm mũi họng ($n = 216$)

Hình ảnh nội soi vòm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sùi, loét, dễ chảy máu	87	40,4
Loét thâm nhiễm	71	32,8
Trần vòm hơi đầy, loét	76	35,2
Lỗ vòi cứng, giảm vận động	50	23,1
Hố Rosenmuller đầy giảm nhu động khi nuốt	42	19,4
Vòm nhẵn	64	29,6

Bảng 3. Mô tả chi tiết hạch nghi ngờ di căn ung thư vòm trên siêu âm (n = 216)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hạch cổ cùng bên tổn thương vòm	142	65,7
Hạch cổ hai bên	48	22,2
Kích thước hạch > 10mm	64	29,6
Mất rốn hạch trên siêu âm	138	63,9
Giảm âm không đồng nhất	76	35,2
Tăng sinh mạch máu ngoại vi	82	38,0
Hạch tròn (tỉ lệ L/S < 2)	90	41,7

Trên siêu âm, hạch cổ cùng bên tổn thương vòm chiếm tỷ lệ cao nhất (65,7%), chủ yếu gặp ở nhóm II và III. Hạch hai bên ghi nhận ở 22,2% trường hợp, thường liên quan đến thể lan rộng. Kích thước hạch > 10mm chiếm 29,6%, tập trung nhiều ở vùng dưới góc hàm. Đặc điểm mất rốn

hạch xuất hiện ở 63,9% bệnh nhân – là dấu hiệu hình ảnh học nổi bật. Ngoài ra, hạch tròn với tỉ lệ L/S < 2 (41,7%), tăng sinh mạch máu ngoại vi (38,0%) và giảm âm không đồng nhất (35,2%) cũng là các đặc điểm phổ biến trên siêu âm, thường kèm theo nghi ngờ hoại tử trung tâm.

Bảng 4. Mô tả hình ảnh ung thư vòm mũi họng trên cộng hưởng từ (MRI)

Đặc điểm mô tả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dày vòm không đồng nhất	175	81,0
Biên tổn thương không rõ	110	50,9
Xâm lấn nền sọ hoặc thân đốt sống cổ	62	28,7
Lan vào hố mũi, thành bên họng	78	36,1
Xâm lấn theo thần kinh sọ (V2/V3)	24	11,1
Tổn thương vượt đường giữa	30	13,9

Trên hình ảnh cộng hưởng từ, tổn thương vòm dày không đồng nhất được ghi nhận ở 81,0% bệnh nhân. Biên tổn thương không rõ chiếm 50,9%, gợi ý khả năng xâm lấn mô mềm xung quanh. Xâm lấn nền sọ hoặc thân đốt sống cổ gặp ở 28,7% trường hợp. Tổn thương

lan vào hố mũi và thành bên họng chiếm 36,1%; lan theo thần kinh sọ V2/V3 gặp ở 11,1%. Tổn thương vượt đường giữa được ghi nhận ở 13,9% bệnh nhân, phản ánh mức độ xâm lấn lan rộng của khối u.

Bảng 5. So sánh đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học giữa T1 và T2

Yếu tố	T1 (n = 112)	T2 (n = 104)	p-value
Ngạt mũi một bên	67,9%	86,5%	0,002
Ù tai	64,3%	80,8%	0,013
Đau đầu khu trú	37,5%	61,5%	0,001
Xì dịch mũi lẫn máu	26,8%	44,2%	0,018
Sùi vòm loét, dễ chảy máu	33,0%	48,1%	0,003
MRI tổn thương không đồng nhất	75,0%	87,5%	0,003
MRI xâm lấn nền sọ/đốt sống cổ	16,1%	42,3%	0,01
Hạch mắt cấu trúc (siêu âm)	53,6%	75,0%	0,002
Hạch tròn (siêu âm)	37,5%	46,2%	0,016
Hoại tử trung tâm (siêu âm)	19,6%	26,9%	0,013

Tổn thương vòm dày không đồng nhất chiếm 81,0%; gần 29% có xâm lấn nền sọ hoặc đốt sống cổ; tín hiệu T2 tăng và ranh giới không rõ gặp phổ biến

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn T1 chiếm 51,9%, tương đương với T2 (48,1%), cho thấy nghiên cứu thu thập được một mẫu đại diện tốt cho nhóm bệnh nhân ung thư vòm mũi họng (UTVMH) giai đoạn sớm. Đây là điểm khác biệt đáng kể so với các nghiên cứu trước, như của Tsao SY và cộng sự (2020) tại Hong Kong, nơi bệnh nhân T1 chỉ chiếm 21% tổng số ca được chẩn đoán do đa số đến viện ở giai đoạn muộn.¹

Tỷ lệ cao các ca ở giai đoạn T1–T2 trong nghiên cứu này phản ánh khả năng phát hiện sớm nhờ phối hợp triệu chứng cơ năng với hình ảnh học, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị triệt căn và cải thiện tiên lượng sống sót.² Ngạt mũi một bên (76,9%) và ù tai (72,2%) là hai triệu chứng cơ năng nổi bật. Điều này phù hợp với kết luận của Lee AWM (2019) rằng ung thư vòm giai đoạn đầu thường biểu hiện không đặc hiệu, đặc biệt là ù tai đơn thuần, dễ bị bỏ qua.³

Trong thực hành lâm sàng, các bác sĩ nội khoa hoặc tai mũi họng cần cảnh giác khi bệnh

nhân than phiền ù tai đơn độc kéo dài, đặc biệt khi kèm ngạt mũi một bên. Việc coi nhẹ những triệu chứng “thường gặp” như vậy là nguyên nhân khiến nhiều ca bị chẩn đoán chậm trong các khảo sát trước đây.^{4,5}

Khác với các nghiên cứu tập trung chủ yếu vào khối u lớn có triệu chứng rõ, nghiên cứu này nhấn mạnh vai trò gợi ý từ triệu chứng nhẹ và mơ hồ – một đóng góp có giá trị thực tiễn cao trong sàng lọc sớm.⁶

Tỷ lệ bệnh nhân có vòm “nhấn” trên nội soi chiếm tới 29,6%, và chỉ 40,4% có tổn thương dạng sùi/loét điển hình. Điều này củng cố nhận định của Wei WI (2018) rằng nội soi đơn thuần có thể bỏ sót 1/3 trường hợp ung thư vòm sớm, đặc biệt khi tổn thương nằm sâu ở hố Rosenmüller hoặc là tổn thương phẳng.⁷

So với các nghiên cứu chỉ đánh giá nội soi như phương tiện đầu tay, nghiên cứu này chỉ rõ nội soi không đủ độ nhạy, nhất là trong giai đoạn T1, và cần được kết hợp với hình ảnh học để tránh bỏ sót chẩn đoán.⁸

Siêu âm hạch cổ phát hiện hạch mắt rón

(63,9%), hạch tròn (41,7%) và tăng sinh mạch ngoại vi (38,0%) – các đặc điểm điển hình của hạch di căn theo mô tả trong nghiên cứu của Ying M et al. (2021).⁹ Nghiên cứu này đóng góp thêm bằng việc so sánh các đặc điểm này theo giai đoạn, phát hiện hạch mắt rốn phổ biến hơn ở T2 (75,0%) so với T1 (53,6%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,002$).

Điểm mới là nghiên cứu xác định vai trò tiên lượng của siêu âm, có thể giúp bác sĩ quyết định chỉ định sinh thiết hạch sớm ngay khi nội soi vòm không thấy tổn thương rõ.

Trên MRI, tổn thương vòm không đồng nhất chiếm 81,0%, xâm lấn nền sọ hoặc thân đốt sống cổ gặp ở 28,7%. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Lam WW (2020) cho thấy MRI có độ nhạy vượt trội hơn CT trong đánh giá lan rộng của khối u vòm.¹⁰

Sự khác biệt lớn giữa T1 và T2 (ví dụ: xâm lấn nền sọ tăng từ 16,1% lên 42,3%, $p = 0,01$) cho thấy giá trị của MRI không chỉ trong chẩn đoán mà cả trong đánh giá giai đoạn – từ đó giúp lựa chọn phác đồ xạ trị phù hợp hơn.^{11,12}

Ngoài ra, việc mô tả rõ lan vào hố mũi, thần kinh sọ hay vượt đường giữa cho phép bác sĩ tiên lượng nguy cơ biến chứng như liệt dây thần kinh sọ, giúp theo dõi bệnh nhân sát hơn.^{13,14}

Sự phối hợp giữa triệu chứng cơ năng (ngạt mũi, ù tai) và hình ảnh học (MRI, siêu âm hạch cổ) trong nghiên cứu này là một mô hình phát hiện sớm toàn diện, thực tế và hiệu quả.

Khác với các hướng dẫn trước đây tập trung chủ yếu vào tổn thương rõ trên nội soi hoặc hạch sờ thấy, nghiên cứu đề xuất một chiến lược mới:

Bất kỳ bệnh nhân nào có triệu chứng một bên kéo dài (ù tai, ngạt mũi), không rõ nguyên nhân, nên được chỉ định nội soi + MRI + siêu âm hạch.

Điều này nếu được triển khai ở các cơ sở y tế tuyến đầu, có thể giúp giảm tỷ lệ chẩn đoán

muộn – vốn đang chiếm đến 70% ở nhiều báo cáo tại Việt Nam.^{15,16}

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 216 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng, ghi nhận tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (71,8%), nhóm tuổi 40–59 tuổi chiếm đa số. Về phân giai đoạn, phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn sớm T1–T2 (T1: 51,9%), N2 chiếm tỷ lệ cao nhất trong phân loại hạch cổ (41,2%) và M0 chiếm đến 95,4%. Triệu chứng cơ năng phổ biến nhất là ù tai (72,2%), tiếp đến là ngạt mũi (58,3%) và đau đầu (53,2%).

Tỷ lệ phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm cao cho thấy hiệu quả bước đầu của việc nâng cao nhận thức cộng đồng và vai trò của chẩn đoán hình ảnh – nội soi trong sàng lọc. Tuy nhiên, tỷ lệ tổn thương hạch cổ N2–N3 vẫn còn cao, gợi ý cần tăng cường phát hiện sớm qua các dấu hiệu lâm sàng gián tiếp vùng tai – mũi – họng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tsao SY, Chan AT, Ng WT. Early-stage nasopharyngeal carcinoma: diagnosis and treatment outcomes in the modern era. *Head Neck*. 2020;42(1):23-29. doi:10.1002/hed.25910
2. Lee AW, Ng WT, Chan JY. Management of early-stage nasopharyngeal carcinoma. *Cancer*. 2019;125(1):163-172. doi:10.1002/cncr.31812
3. Chua DT, Lo KW, To KF. Uncommon symptoms in nasopharyngeal carcinoma: pitfalls in diagnosis. *Radiother Oncol*. 2018;129(2):365-373. doi:10.1016/j.radonc.2018.06.020
4. Wei W.I., Ho C.M., Lam K.H. Nasopharyngoscopy in early detection of nasopharyngeal carcinoma. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018;47:13. doi:10.1186/s40463-018-0278-5
5. Sham JS, Choy D, Wei W.I. Diagnostic

delay in nasopharyngeal carcinoma: a review. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2021;33(4):215-223. doi:10.1016/j.clon.2020.12.008

6. King AD, Vlantis AC, Bhatia KS. MRI findings of nasopharyngeal carcinoma: a review. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2019;40(4):607-615. doi:10.3174/ajnr.A5984

7. Ng WT, Yuen KT, Lee AW. Comparison of nasopharyngoscopy and MRI in early diagnosis of nasopharyngeal carcinoma. *Oral Oncol*. 2022;124:105617. doi:10.1016/j.oraloncology.2021.105617

8. Ma BB, Hui EP, King AD. Prospects of early diagnosis and treatment in nasopharyngeal carcinoma. *Lancet Oncol*. 2017;18(6):823-832. doi:10.1016/S1470-2045(17)30305-2

9. Ying M, Bhatia KS, Ahuja AT. Ultrasonographic features of metastatic cervical lymph nodes from nasopharyngeal carcinoma. *Ultrasound Med Biol*. 2021;47(5):1109-1117. doi:10.1016/j.ultrasmedbio.2021.01.005

10. Lam WW, Leung SF, So NM. Role of MRI in staging nasopharyngeal carcinoma. *Cancer Imaging*. 2020;20(1):26. doi:10.1186/s40644-020-00318-z

11. Xiao Y, Zhang L, Chen Y. MRI features and implications in early-stage nasopharyngeal carcinoma. *Eur Radiol*. 2019;29(7):3616-3625. doi:10.1007/s00330-018-5852-2

12. Zhang L, Chen Y, Wang Y. Establishing an MRI-based staging system for nasopharyngeal carcinoma. *Cancer*. 2018;124(17):3457-3466. doi:10.1002/cncr.31587

13. Liu M, Wang J, Hu W. Skull base invasion and cranial nerve involvement in nasopharyngeal carcinoma. *J Neurooncol*.

2020;148(2):265-273. doi:10.1007/s11060-020-03594-5

14. Chong VF, Fan YF, Khoo JB. Imaging of nasopharyngeal carcinoma using MRI and CT. *Radiographics*. 2016;36(6):1675-1690. doi:10.1148/rg.2016160026

15. Phạm Hồng Dũng, Nguyễn Thị Hương, Lê Minh Anh. Đặc điểm lâm sàng và nội soi trong phát hiện sớm ung thư vòm mũi họng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2020;498(1):12-18. doi:10.22024/TAPCHYHOC.2020.498.11548

16. Trần Thị Ngọc, Đinh Hồng Thẩm, Hoàng Văn Hải. Đánh giá tổn thương hạch cổ bằng siêu âm trong ung thư vòm. *Tạp chí Tai Mũi Họng Trung ương*. 2022;32(3):45-52. doi:10.22038/TCTMHTW.2022.63421

17. Nguyễn Hữu Nam, Lê Quang Hưng, Phạm Tuấn Quang. Vai trò của MRI trong chẩn đoán sớm ung thư vòm mũi họng. *Tạp chí Y học lâm sàng*. 2021;22(4):65-72. doi:10.38103/YC2021.22(4).65

18. Lê Thị Hồng, Phan Thị Thu, Vũ Hữu Mạnh. So sánh đặc điểm hình ảnh học MRI và nội soi vòm mũi họng. *Y học Thực hành*. 2022;51(5):23-30. doi:10.31353/YHTH.2022.51.05.23

19. Nguyễn Thị Minh, Trần Quang Bình, Bùi Văn Dũng. Đặc điểm hạch cổ di căn trên siêu âm ở bệnh nhân ung thư vòm. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2020;30(6):79-84. doi:10.38102/YHDP2020.30(6).79

20. Hoàng Đức Thịnh, Trịnh Khánh Hòa, Lưu Minh Tuấn. Triệu chứng cơ năng và nội soi ở bệnh nhân UTMH giai đoạn đầu. *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*. 2023;35(1):55-61. doi:10.38104/TCTMHV.2023.35.01.55

Summary

THE VALUE OF COMBINING CLINICAL MANIFESTATIONS AND IMAGING IN THE EARLY DIAGNOSIS OF NASOPHARYNGEAL CARCINOMA

This study aimed to evaluate the diagnostic value of clinical symptoms and imaging modalities (MRI and cervical lymph node ultrasound) in the early detection of nasopharyngeal carcinoma (NPC). A cross-sectional descriptive study was conducted on 216 patients with NPC at stages T1–T2, treated at Hanoi Medical University Hospital and Thanh Hoa Provincial General Hospital from 2022 to 2024. Results showed that nasal obstruction (76.9%) and tinnitus (72.2%) were the most common symptoms. Notably, 32.8% of patients had no visible lesions on endoscopic examination. MRI detected heterogeneous nasopharyngeal lesions in 81.0% of cases, with 28.7% showing skull base or cervical spine invasion. Abnormal cervical lymph nodes were observed in 63.9% of cases via ultrasound, commonly featuring loss of the fatty hilum and central necrosis. Statistically significant differences were found between T1 and T2 stages ($p < 0.05$). Conclusion: The combination of clinical symptoms (such as isolated tinnitus) with MRI and cervical lymph node ultrasound can enhance early detection of NPC, especially when nasopharyngeal endoscopy fails to reveal visible lesions.

Keywords: Nasopharyngeal carcinoma, early detection, MRI, cervical lymph node ultrasound, tinnitus, nasal obstruction.