

SOME ACUTE TOXICITIES, COMPLICATIONS AFTER ONE MONTH, AND OUTCOMES OF CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY FOR NASOPHARYNGEAL CARCINOMA USING INTENSITY-MODULATED RADIOTHERAPY TECHNIQUE AT THAI NGUYEN CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Le Duy Son^{1,2}, Hoang Minh Cuong^{2,3}, Vo Van Xuan⁴

¹Hanoi Medical University - No. 1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

²Thai Nguyen Central Hospital - No. 479 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam

³Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy - 284 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam

⁴K Hospital - No. 43 Quan Su Street, Cua Nam Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 20/01/2026

Revised: 20/02/2026; Accepted: 23/03/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the incidence of acute toxicities, complications after one month follow-up, and treatment outcomes of concurrent chemoradiotherapy for nasopharyngeal carcinoma using intensity-modulated radiation therapy (IMRT) at Thai Nguyen Central General Hospital.

Materials and Methods: A longitudinal descriptive study was conducted on 53 patients diagnosed with nasopharyngeal carcinoma who received concurrent chemoradiotherapy at Thai Nguyen Central General Hospital between June 2022 and June 2025.

Results: Patients aged 50–59 years accounted for the highest proportion (30.8%), with a mean age of 53.6 ± 11.6 years. Stage III disease was the most common (66.0%). The most frequent acute hematologic toxicity was leukopenia, with grade 1, 2, and 3 incidences of 41.5%; 28.3%; 5.7%, respectively. The predominant renal toxicity was grade 1 creatinine elevation (35.8%). Oral mucositis occurred in 71.7% of patients, mostly grade 1. At one month after completion of concurrent chemoradiotherapy, hearing loss was the most common late complication, observed in 77.4% of patients, with grade 1 accounting for the majority (56.6%). Trismus was reported in 5.7% of patients. A complete response was achieved in 71.7% of cases, while 28.3% achieved a partial response. No disease progression was recorded.

Key words: Nasopharyngeal carcinoma; concurrent chemoradiotherapy; acute toxicity; late complications; treatment response

*Corresponding author

Email: hoangminhcuong@tnmc.edu.vn **Phone:** (+84) 984662766 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3052**

MỘT SỐ ĐỘC TÍNH CẤP, BIẾN CHỨNG SAU MỘT THÁNG VÀ KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG BẰNG KỸ THUẬT XẠ TRỊ ĐIỀU BIẾN LIỀU TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lê Duy Sơn^{1,2}, Hoàng Minh Cường^{2,3}, Võ Văn Xuân⁴

¹Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên - Số 479 - Đường Lương Ngọc Quyến - Phường Phan Đình Phùng - Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

³Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên - 284 Đường Lương Ngọc Quyến, Phường Phan Đình Phùng, Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

⁴Bệnh viện K - Số 43 Quán Sứ, Phường Cửa Nam, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 27/02/2026; Ngày duyệt đăng: 22/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số độc tính cấp, biến chứng sau một tháng và kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư vòm mũi họng bằng kỹ thuật điều biến liều tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc trên 53 bệnh nhân ung thư vòm họng được hóa xạ trị đồng thời tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong khoảng thời gian từ 06/2022 đến hết tháng 06/2025.

Kết quả: Nhóm tuổi 50-59 chiếm tỉ lệ cao nhất 30,8%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $53,6 \pm 11,6$ tuổi. Giai đoạn III có tỉ lệ cao nhất 66,0%. Độc tính cấp trên huyết học hay gặp nhất là giảm bạch cầu, giảm bạch cầu độ 1, độ 2, độ 3 tương ứng là 41,5%; 28,3%; 5,7%. Độc tính trên thận chủ yếu là tăng creatinin độ 1 (35,8%). 71,7% số BN ghi nhận viêm niêm mạc miệng độ 1. Tại thời điểm sau HXTĐT 1 tháng, giảm thính lực là tác dụng sau một tháng hay gặp nhất, có tới 77,4% BN có giảm thính lực sau HXTĐT, tuy nhiên, độ 1 chiếm tỉ lệ cao nhất là 56,6%. Khít hàm gặp ở 5,7%. 71,7% số BN đạt đáp ứng toàn bộ. 28,3% đạt đáp ứng 1 phần. Không có trường hợp nào bệnh tiến triển.

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng; hóa xạ trị đồng thời; độc tính cấp; biến chứng muộn; đáp ứng điều trị.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của GLOBOCAN 2022, Việt Nam là một trong năm quốc gia có tỉ lệ mắc bệnh và số ca tử vong do ung thư vòm thuộc nhóm cao nhất thế giới.⁸ Do sự gần, sát về giải phẫu của vòm họng với các cấu trúc quan trọng và yêu cầu cần đạt liều cao vào thể tích bia dẫn tới nguy cơ gây biến cố bất lợi do xạ trị rất lớn. Tổng tỷ lệ biến chứng do xạ trị kỹ thuật thông thường dao động từ 31% đến 66%, với các di chứng nặng nề như hoại tử thùy thái dương, mất thính giác, khô miệng, xơ hóa cổ, rối loạn chức năng các dây thần kinh sọ não, rối loạn chức năng nội tiết, hoại tử mô mềm, hoại tử xương và viêm tủy cổ.¹² Trong giai đoạn 2010-2013, hóa xạ đồng thời với có/không hóa trị bổ trợ được coi là điều trị chuẩn cho ung thư vòm giai đoạn III-IV. Hiện tại, hóa trị tân bổ trợ trước hóa xạ trị đồng thời được ưa thích hơn hóa trị bổ trợ sau hóa xạ trị đồng thời ở UTMH giai đoạn tiến triển, mặc dù vẫn còn ít bằng chứng để khẳng định lợi ích của hóa trị tân bổ trợ so với hóa trị bổ trợ. Ở Việt Nam, xạ trị điều biến liều sử dụng hệ thống các ngàm chuyển động độc lập đã được áp dụng tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện K từ năm 2008. Từ năm 2018,

tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, xạ trị điều biến liều sử dụng bộ chuẩn trực đa lá đã được áp dụng thường quy trong điều trị UTMH và bước đầu cho kết quả đáng khích lệ. Do vậy nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: Mô tả một số độc tính cấp, biến chứng muộn và kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư vòm mũi họng bằng kỹ thuật điều biến liều tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

53 bệnh nhân (BN) ung thư vòm mũi họng giai đoạn II-IVA, được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, điều trị xạ trị điều biến liều đồng thời với Cisplatin tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Thời gian nghiên cứu từ tháng 06/2022 đến hết tháng 06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân thỏa mãn các điều kiện sau: được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học; giai đoạn II-IVA theo AJCC 2018 phiên bản 8; Chỉ số toàn trạng ECOG P.S: ≤ 1 ; Xạ trị bằng kỹ thuật IMRT. Chức năng gan, thận, tủy xương cho phép điều trị hóa chất: bạch cầu ≥ 4

*Tác giả liên hệ

Email: hoangminhcuong@tnmc.edu.vn Điện thoại: (+84) 984662766 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3055>

G/L, hemoglobin ≥ 100 g/L, tiểu cầu ≥ 100 G/L, creatinine ≤ 133 μ mol/L, SGOT/SGPT ≤ 80 u/L. Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tiền sử xạ trị vùng cổ; Có bệnh nặng kết hợp như: tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn; Mắc các bệnh máu mãn tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc

2.2.1. Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu mô tả trên toàn bộ bệnh nhân ung thư vòm họng được điều trị hóa xạ trị đồng thời (HXTĐT) có sử dụng kỹ thuật xạ trị IMRT thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.2.2. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới tính
- Triệu chứng lâm sàng: Đau đầu, ù tai, ngạt mũi, chảy máu mũi, nổi hạch cổ
- Triệu chứng toàn thân: chỉ số ECOG P.S.⁷
- Thể mô bệnh học theo phân loại ung thư biểu mô vòm mũi họng của WHO năm 2017
- Đánh giá tình trạng bệnh theo TNM và phân giai đoạn theo AJCC 2017 phiên bản 8.¹³

- Độc tính cấp sau điều trị: trên huyết học (số lượng hồng cầu, bạch cầu, bạch cầu hạt, tiểu cầu); trên gan (chỉ số GOT/GPT); trên thận (chỉ số Creatinin); trên da, niêm mạc và hệ tiêu hóa (Viêm niêm mạc miệng, nôn, viêm da vùng xạ). Đánh giá độc tính cấp theo CTCAE phiên bản 4.03 về các độc tính cấp trong điều trị ung thư.¹⁴ Xét nghiệm máu đánh giá độc tính được làm trước mỗi chu kỳ hóa trị (từ chu kỳ 2). Khám đánh giá độc tính trên da, niêm mạc được tiến hành hàng tuần hoặc khi bệnh nhân có triệu chứng.

- Biến chứng sau một tháng điều trị: Tổn thương thính lực được đánh giá theo CTCAE phiên bản 4.03.¹⁴ Khí hàm được đánh giá theo phân loại độ khí hàm Owosho.¹⁰ Đánh giá tại thời điểm 1 tháng sau HXTĐT.

- Đánh giá đáp ứng sau hóa xạ trị đồng thời: Đánh giá tại thời điểm 1 tháng sau HXTĐT. Đánh giá kích thước của u và hạch dựa trên kết quả chụp cộng hưởng từ có tiêm thuốc đối quang từ. Đánh giá đáp ứng của tổn thương dựa theo đánh giá đáp ứng khối u rắn theo RECIST 1.1.¹¹

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Đối với số liệu hồi cứu: các số liệu được khai thác từ hồ sơ bệnh án được lưu trữ.

- Đối với số liệu tiến cứu: các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng được ghi nhận qua hỏi khám bệnh và khai thác kết quả chẩn đoán hình ảnh. Việc thu thập số liệu được thực hiện trực tiếp bởi các thành viên của nhóm nghiên cứu.

2.2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập dựa vào bệnh án nghiên cứu, được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS phiên bản 26.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng đạo đức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, giới tính

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tuổi	30-39	9	17,0
	40-49	9	17,0
	50-59	16	30,2
	60-69	15	28,3
	70-79	4	7,5
	TB \pm SD	53,6 \pm 11,6	
Giới tính	Nam	40	75,5
	Nữ	13	24,5

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 53,6 \pm 11,6. Nhóm tuổi 50-59 chiếm tỉ lệ cao nhất 30,8%, chỉ có 4 BN trong nhóm tuổi 70-79 tuổi, chiếm 7,5%. Tỉ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 3/1.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh nhân

	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng lâm sàng		
Đau đầu	21	39,6
Ù tai	14	26,4
Ngạt mũi	19	35,8
Chảy máu mũi	11	20,8
Nổi hạch cổ	24	45,3
Chỉ số ECOG PS		
0	38	71,7
1	15	28,3
Thể mô bệnh học		
UTBM tế bào vảy sừng hóa	4	7,5
UTBM vảy không sừng hóa	49	92,5
Giai đoạn T		
T1	1	1,9
T2	25	47,2
T3	21	39,6
T4	6	11,3
Tình trạng di căn hạch		
N0	5	9,4
N1	23	43,4
N2	21	39,6
N3	4	7,5
Giai đoạn bệnh		
II	8	15,1

	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
III	35	66,0
IVA	10	18,9
Hóa chất đồng thời		
Cisplatin tuần	24	45,3
Cisplatin ngày 1,22,43	29	54,7
UTBM: Ung thư biểu mô		

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau đầu, 39,6%. Phần lớn có chỉ số ECOG PS = 0 (71,7%). Thể mô bệnh học UTBM vảy không sừng hóa chiếm phần lớn trong nghiên cứu (92,5%). Giai đoạn III có tỉ lệ cao nhất 66,0%, trong khi đó giai đoạn IVA chiếm 18,9%.

Bảng 3. Phân độ độc tính huyết học và gan thận cấp

Độc tính	Số bệnh nhân theo độ độc tính					Tổng
	Độ 1 (n, %)	Độ 2 (n, %)	Độ 3 (n, %)	Độ 4 (n, %)	Độ 5 (n, %)	
Độc tính huyết học						
Giảm bạch cầu	22 (41,5)	15 (28,3)	3 (5,7)	0	0	40 (75,5)
Giảm bạch cầu hạt	18 (34,0)	6 (11,3)	1 (1,9)	0	0	25 (47,2)
Giảm tiểu cầu	9 (17,0)	0	0	0	0	9 (17,0)
Thiếu máu	19 (35,8)	0	0	0	0	19 (35,8)
Độc tính trên gan, thận						
Tăng Creatinin	19 (35,8)	4 (7,5)	0	0	0	23 (43,3)
Tăng GOT	18 (34,0)	2 (3,8)	0	0	0	20 (37,8)
Tăng GPT	13 (24,5)	1 (1,9)	0	0	0	14 (26,4)

Độc tính cấp trên huyết học hay gặp nhất là giảm bạch cầu, giảm bạch cầu độ 1, độ 2, độ 3 tương ứng là 41,5%; 28,3%; 5,7%. Chỉ có 9 BN (17,0%) có giảm tiểu cầu độ 1 và 19 BN (35,8%) có thiếu máu.

Độc tính trên thận chủ yếu là tăng creatinin độ 1 (35,8%). Tăng men gan độ 1 cũng là độc tính hay gặp nhất.

Bảng 4. Phân độ độc tính cấp trên da, niêm mạc và hệ tiêu hóa

Độc tính	Số bệnh nhân theo độ độc tính					Tổng
	Độ 1 (n, %)	Độ 2 (n, %)	Độ 3 (n, %)	Độ 4 (n, %)	Độ 5 (n, %)	
Viêm niêm mạc miệng	38 (71,7)	8 (15,1)	5 (9,5)	0	0	51 (96,3)
Nôn	18 (34,0)	14 (26,4)	0	0	0	32 (60,4)
Viêm da	27 (50,9)	13 (24,5)	2 (3,8)	0	0	42 (79,2)

Viêm niêm mạc miệng là độc tính cấp hay gặp nhất, tuy nhiên chỉ có 5 BN (9,5%) có độc tính độ 3, trong khi đó độc tính độ 1 chiếm phần lớn (71,7%). 26,4% BN có nôn độ 2. 50,9% có viêm da vùng xạ độ 1.

Bảng 5. Một số biến chứng sau điều trị tại thời điểm một tháng

Biến chứng	Phân độ biến chứng muộn					Tổng
	Độ 1 (n, %)	Độ 2 (n, %)	Độ 3 (n, %)	Độ 4 (n, %)	Độ 5 (n, %)	
Tổn thương thính lực	30 (56,6)	8 (15,1)	3 (5,7)	0	0	41 (77,4)
Khí thở	3 (5,7)	0	0	-	-	3 (5,7)

Sau xạ trị, giảm thính lực là biến chứng muộn hay gặp nhất, có tới 77,4% BN có giảm thính lực sau HXTĐT, tuy nhiên, độ 1 chiếm tỉ lệ cao nhất là 56,6%. Khí thở gặp ở 5,7%.

Bảng 6. Đáp ứng điều trị

	Số lượng	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	38	71,7
Đáp ứng 1 phần	15	28,3
Bệnh không thay đổi	0	0
Bệnh tiến triển	0	0
Tổng số	53	100

Sau HXTĐT 1 tháng, có tới 38 BN (chiếm 71,7%) đạt đáp ứng toàn bộ. 28,3% đạt đáp ứng 1 phần. Không có trường hợp nào bệnh tiến triển.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 53,6 ± 11,6 tuổi, nhóm tuổi 50-59 chiếm tỉ lệ cao nhất, 30,2%; chỉ có 4 trường hợp (chiếm 7,5%) trên 70 tuổi (Bảng 1). Bùi Vinh Quang ghi nhận nhóm 40-59 có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất, chiếm 66%.⁵ Các nghiên cứu về UTMH ở vùng dịch tễ cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ khoảng 2,7-3 lần. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nam/nữ là 3/1, tương đương các nghiên cứu trên thế giới. Tỉ lệ này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Hoàng Đào Chinh.²

Trong nghiên cứu này, giai đoạn III có tỉ lệ cao nhất 66,0%, trong khi đó giai đoạn IVA chiếm 18,9%. Bệnh nhân chủ yếu vào viện khi có di căn hạch cổ một bên (N1) chiếm 43,4%. Có một điều ngạc nhiên là trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân T2 chiếm tỉ lệ cao nhất là 47,7% (Bảng 2). So sánh các nghiên cứu về UTMH giai đoạn III-IVB trong nước, Bùi Vinh Quang chỉ ra tỷ lệ giai đoạn T3-4, N2-3 và IVAB tương ứng là 38%, 84% và 51%.⁵ Phạm Tiến Chung ghi nhận trên 97 BN giai đoạn N2-3M0 với tỷ lệ T3-4, N3 và IVAB tương ứng là 25%, 70% và 72%.¹

Nghiên cứu cho thấy độc tính cấp trên huyết học hay gặp nhất là giảm bạch cầu, giảm bạch cầu độ 1, độ 2, độ 3 tương ứng là 58,8%; 34,0%; 7,5% (Bảng 3). Tác giả Bùi Vinh Quang báo cáo không có độc tính cấp độ 5. Tỷ lệ giảm bạch cầu độ 1, 2, 3 và 4 tương ứng là 26,8%, 28,6%, 3,6% và 1,8%.⁵ So với nghiên cứu trên, mặc dù trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào giảm bạch cầu độ 4 nhưng tỉ lệ giảm bạch cầu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rõ rệt. Giải

thích sự khác biệt này có thể do chỉ định dùng thuốc kích thích sản xuất bạch cầu, thời điểm chỉ định làm xét nghiệm phân tích tế bào máu. Cũng theo tác giả Bùi Vinh Quang, tỷ lệ thiếu máu độ 1, 2 và 3 tương ứng là 41,1%, 7,1% và 1,8%. Tỷ lệ giảm tiểu cầu độ 1, 2 tương ứng là 8,9% và 3,6%, không có độc tính độ 3, 4.⁵ Kết quả này cũng tương tự như kết quả của chúng tôi về số lượng bệnh nhân có độc tính, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào giảm tiểu cầu hay thiếu máu từ độ 2 trở lên. Trong nghiên cứu này, chỉ có 9 BN (17,0%) có giảm tiểu cầu độ 1 và 19 BN (35,8%) có thiếu máu (Bảng 3). Phạm Tiến Chung báo cáo độc tính độ 1 trên thận là 23,2%, không có độ tính độ 2-5.¹ Trong nghiên cứu của này, mặc dù đều không ghi nhận độc tính độ 2-5 trên thận, nhưng tỉ lệ độc tính trên thận cao hơn nghiên cứu của tác giả Phạm Tiến Chung, với tỉ lệ là 35,8% (Bảng 3).

Từ kết quả của nghiên cứu, viêm niêm mạc miệng là độc tính cấp hay gặp, tuy nhiên chỉ có 5 BN (9,5%) có độc tính độ 3, trong khi đó độc tính độ 1 chiếm phần lớn (71,7%). 26,4% BN có nôn độ 2. 50,9% có viêm da vùng xạ độ 1 (Bảng 4). Theo nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn, độc tính cấp độ 3,4 của phác đồ chủ yếu trên hệ tạo máu (giảm bạch cầu 11,3%) và nhiễm độc gan (15,1% độ 3, 1,9% độ 4).⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ viêm niêm mạc miệng nói chung cao hơn, tuy nhiên tỉ lệ biến chứng độ 3 thấp hơn và không có biến chứng độ 4. Điều này có thể giải thích do hiện tại việc chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân ung thư vòm mũi họng được tiến hành tốt tại nơi tiến hành nghiên cứu.

Việc đánh giá biến chứng muộn sau điều trị có vai trò quan trọng trong việc nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu này giảm thính lực sau 1 tháng điều trị biến chứng hay gặp nhất sau HXTĐT, có tới 77,4% BN xuất hiện giảm thính lực. Tuy nhiên, độ 1 chiếm tỉ lệ cao nhất là 56,6%. Khít hàm gặp ở 41,5% (Bảng 5). Nishimura báo cáo tỷ lệ giảm thính lực độ 1, 2 và 3 tương ứng là 33%, 15% và 8%.⁹ Tỉ lệ giảm thính lực trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nishimura.

Sau HXTĐT 1 tháng, có tới 38 BN (chiếm 71,7%) đạt đáp ứng toàn bộ; 28,3% đạt đáp ứng 1 phần. Không có trường hợp nào bệnh tiến triển (Bảng 6). Tỉ lệ này tương tự như trong nghiên cứu của một số tác giả trong nước. Theo kết quả của Võ Văn Xuân, 100% người bệnh đáp ứng với điều trị, trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm tỉ lệ 75,7%. T1 có 100% đáp ứng hoàn toàn, T2 có 87,5%; T3 có 90,9% đáp ứng hoàn toàn và T4 là 62,5%. 100% N0 đáp ứng hoàn toàn, N1 có 94,7% và N2 là 70,6%.⁶ Tác giả Phạm Sơn Lâm ghi nhận tại thời điểm 1 tháng, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 86,7%, đáp ứng một phần là 13,3%.³

Nghiên cứu có một số hạn chế như phân tích thuần mô tả, không đánh giá yếu tố liên quan giữa biến chứng và đáp ứng điều trị với các đặc điểm bệnh học. Kết quả nghiên cứu chỉ là đáp ứng với hóa xạ trị đồng thời, chưa đánh giá thời gian sống thêm.

5. KẾT LUẬN

Kết quả ghi nhận trên 53 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng được điều trị hóa xạ trị đồng thời sử dụng kỹ thuật xạ trị điều biến liều cho thấy độc tính cấp là biến chứng hay gặp, tuy nhiên độc tính độ 1-2 chiếm ưu thế nên ít ảnh hưởng đến quá trình điều trị. Biến chứng sau 1 tháng hay gặp nhất là giảm thính lực. Tất cả các trường hợp đều đáp ứng với hóa xạ trị đồng thời, có tới 71,7% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn tại thời điểm 1 tháng sau hóa xạ trị đồng thời.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phạm Tiến Chung. Nghiên cứu phác đồ hóa xạ trị đồng thời có hóa trị trước cho ung thư vòm mũi họng giai đoạn N2,3 M0 tại Bệnh viện K.: Ung Thư, Đại học Y Hà Nội; 2018.
- [2] Hoàng Đào Chinh Nguyễn Anh Tuấn, Lê Mạnh Hà và CS. Kết quả bước đầu phác đồ hóa trị dẫn đầu gemcitabin-cisplatin và hóa xạ trị đồng thời ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA. Tạp chí Y Dược Lâm Sàng 108. 2023;Tập 18 - Số đặc biệt 5/2023.
- [3] Phạm Lâm Sơn, Vũ Hồng Thăng, Bùi Vinh Quang. Đánh giá kết quả hoá xạ trị bệnh ung thư vòm họng giai đoạn IIB-III bằng Cisplatin hàng tuần và xạ trị điều biến liều. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;518(2).
- [4] Nguyễn Anh Tuấn,, Hoàng Đào Chinh, Bùi Quang Biểu, Nguyễn Văn Hiến, Nguyễn Thị Vân Anh, Trịnh Lê Huy. Kết quả hóa xạ trị điều biến liều ung thư vòm mũi họng giai đoạn II-III. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;530.
- [5] Bùi Vinh Quang. Nghiên cứu điều trị ung thư vòm họng giai đoạn III,IV (M0) bằng phối hợp hóa xạ trị gia tốc 3 chiều (3D) theo hình dạng khối u.Luận án chuyên ngành Ung Thư, Đại học Y Hà Nội; 2012.
- [6] Võ Văn Xuân, Nguyễn Quang Duy, Vũ Xuân Huy. Kết quả xạ trị điều biến liều kết hợp hóa trị đồng thời ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;524(2).
- [7] Azam F, Latif MF, Farooq A, et al. Performance Status Assessment by Using ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Score for Cancer Patients by Oncology Healthcare Professionals. *Case reports in oncology*. 2019;12(3):728-736.
- [8] Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2024;74(3):229-263.
- [9] Nishimura Y, Ishikura S, Shibata T, et al. A phase II study of adaptive two-step intensity-modulated radiation therapy (IMRT) with chemotherapy for loco-regionally advanced nasopharyngeal cancer (JCOG1015). *International journal of clinical oncology*. 2020;25(7):1250-1259.
- [10] Owosho AA, Pedreira Ramalho LM, Rosenberg HI, et al. Objective assessment of trismus in oral and oropharyngeal cancer patients treated with intensity-modulated radiation therapy (IMRT). *Journal of cranio-maxillo-facial surgery: official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 2016;44(9):1408-1413.
- [11] Schwartz LH, Litière S, de Vries E, et al. RECIST 1.1-Update and clarification: From the RECIST committee. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)*. 2016;62:132-137.
- [12] Wang C, Wang F, Min X, et al. Toxicities of chemoradiotherapy and radiotherapy in nasopharyngeal carcinoma: an updated meta-analysis. *The Journal of international medical research*. 2019;47(7):2832-2847.
- [13] Zanon DK, Patel SG, Shah JP. Changes in the 8th Edition of the American Joint Committee on Cancer (AJCC) Staging of Head and Neck Cancer: Rationale and Implications. *Current oncology reports*. 2019;21(6):52.
- [14] Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 4.03. 2010; https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_8.5x11.pdf.