Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 12, 118-124

EVALUATION OF ADJUVANT RADIOTHERAPY OUTCOMES IN STAGE I–III BREAST CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Tran Xuan Yen*, Nguyen Kim Thanh, Phan Xuan Tham, Nguyen Hoang Tan

Nghe An Oncology Hospital – Km456, National Highway 1A, Vinh Hung Ward, Nghe An Province, Vietnam

Received: 02/06/2026
Revised: 25/07/2026; Accepted: 05/08/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the clinical outcomes of adjuvant radiotherapy in patients with stage I–III breast cancer treated at Nghe An Oncology Hospital.

Methods: This retrospective longitudinal descriptive study included 91 patients with stage I–III breast cancer who received adjuvant radiotherapy at Nghe An Oncology Hospital between January and December 2020. Clinical characteristics, treatment outcomes, survival, treatment-related toxicities, and prognostic factors were analyzed.

Results: The mean age of the study population was 51.66 ± 11.41 years. Stage I, II, and III disease accounted for 3.3%, 69.2%, and 27.5% of patients, respectively. The rates of locoregional recurrence, distant metastasis, and absence of recurrence or metastasis were 4.4%, 15.4%, and 80.2%, respectively. The 3-year locoregional recurrence-free survival (LRRFS), disease-free survival (DFS), and overall survival (OS) rates were 96.4%, 77.8%, and 84.5%, respectively, while the corresponding 5-year rates were 95.0%, 70.1%, and 74.5%. Late radiation-related toxicities were infrequent and predominantly mild, with lymphedema occurring in 5.49%, radiation-induced pulmonary fibrosis in 12.08%, and chest wall fibrosis in 2.19% of patients. Disease stage was an independent prognostic factor for disease-free survival (HR = 0.36, 95% CI: 0.13–0.98; p = 0.046).

Conclusions: Adjuvant radiotherapy is an effective and safe treatment modality for patients with stage I–III breast cancer, providing excellent locoregional control with a low incidence of treatment-related toxicities. Disease stage was an independent prognostic factor for disease-free survival.

Keywords: Breast cancer; adjuvant radiotherapy; locoregional recurrence; disease-free survival; overall survival.

*Corresponding author
Email: tranxuanyen92@gmail.com **Phone**: (+84) 868870737 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6145

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XẠ TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I-III TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Trần Xuân Yên*, Nguyễn Kim Thanh, Phan Xuân Thám, Nguyễn Hoàng Tân

Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An – Km456, Quốc lộ 1A, P. Vinh Hưng, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận: 02/6/2026
Ngày sửa: 25/07/2026; Ngày đăng: 05/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ sống thêm không bệnh tái phát tại chỗ- tại vùng, tỷ lệ sống thêm không bệnh, tỷ lệ sống thêm toàn bộ bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I-III xạ trị bổ trợ tại bệnh viện ung bướu Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, có theo dõi dọc trên 91 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I-III, được xạ trị bổ trợ sau mổ tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2020 đến hết tháng 12/2020.

Kết quả: Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 51,66 ± 11,41 tuổi, tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn I là 3,3%, giai đoạn II là 69,2%, giai đoạn III là 27,5%. Tỷ lệ tái phát tại chỗ, tại vùng là 4,4%, di căn xa là 15,4%, chưa tái phát di căn là 80,2%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tái phát tại chỗ, tại vùng (LRRFS), tỷ lệ sống thêm không bệnh (DFS), tỷ lệ sống thêm toàn bộ (OS) 3 năm lần lượt là 96,4%, 77,8%, 84,5% và 5 năm lần lượt là 95%, 70,1%, 74,5%. Tỷ lệ và mức độ biến chứng muộn liên quan đến xạ trị thấp với phù tay là 5.49%, xơ phổi là 12,08% và xơ cứng thành ngực là 2,19%. Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng (HR = 0,36; CI 95%: 0,13–0,98; p = 0,046) liên quan đến thời gian sống thêm không bệnh.

Kết luận: Xạ trị bổ trợ là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I–III, tỷ lệ biến chứng điều trị thấp. Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng đến thời gian sống thêm không bệnh.

Từ khóa: Ung thư vú, xạ trị bổ trợ, tỷ lệ tái phát, thời gian sống thêm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư mắc lớn nhất ở nữ giới trên toàn thế giới và là nguyên nhân số một gây tử vong do ung thư ở phụ nữ [1]. Nhờ những tiến bộ trong chẩn đoán sớm và điều trị đa mô thức, tỷ lệ sống thêm của bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm và giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng ngày càng được cải thiện. Trong đó, xạ trị bổ trợ đóng vai trò quan trọng trong giảm nguy cơ tái phát và nâng cao hiệu quả sống còn lâu dài.

Phân tích gộp của Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG) trên 10.801 bệnh nhân cho thấy xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật bảo tồn vú làm giảm nguy cơ tái phát sau 10 năm từ 35,0% xuống 19,3% và giảm tỷ lệ tử vong do ung thư vú sau 15 năm từ 25,2% xuống 21,4% [2]. Một phân tích gộp trên 8135 bệnh nhân cho thấy sau phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến vú và nạo vét hạch nách, xạ trị làm giảm tỷ lệ tái phát và tỷ lệ tử vong do ung thư vú ở những bệnh nhân có từ một đến ba hạch di căn trở lên [3]. Những bằng chứng này đã khẳng định vai trò quan trọng của xạ trị trong điều trị ung thư vú giai đoạn I–III.

Các hướng dẫn thực hành lâm sàng cập nhật của Hiệp hội Ung thư Nội khoa Châu Âu (ESMO) tiếp tục khuyến cáo xạ trị bổ trợ là thành phần thiết yếu trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm và tiến triển tại chỗ, tại vùng, đồng thời nhấn mạnh xu hướng cá thể hóa chỉ định nhằm tối ưu hiệu quả điều trị và hạn chế độc tính [4].

Tại Việt Nam nói chung và Nghệ An nói riêng, số lượng bệnh nhân ung thư vú được xạ trị bổ trợ ngày càng tăng lên. Tuy nhiên, những nghiên cứu đánh giá toàn diện, thời gian theo dõi đủ dài về kết quả điều trị thực tế tại cơ sở còn hạn chế. Chúng tôi thực hiện đề tài "Đánh giá kết quả xạ trị bổ trợ ung thư vú giai đoạn I–III tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An" với mục tiêu đánh giá tỷ lệ sống thêm không bệnh tái phát, tỷ lệ sống thêm toàn bộ và phân tích một số yếu tố liên quan. Kết quả nghiên cứu sẽ có ý nghĩa khoa học và thực tiễn quan trọng, góp phần cung cấp bằng chứng về hiệu quả điều trị, làm cơ sở tối ưu hóa quy trình chuyên môn, nâng cao chất lượng chăm sóc và tiên lượng cho bệnh nhân ung thư vú tại địa phương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp phân tích, có theo dõi dọc

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Bệnh viện Ung bướu Nghệ An
- Thời gian nghiên cứu: Thu thập và phân tích số liệu từ tháng 4/2026 – 6/2026

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư vú được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, có giai đoạn I–III, đã được điều trị phẫu thuật có hoặc không hóa chất và có chỉ định xạ trị bổ trợ tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An trong thời gian từ tháng 1/2020 đến hết tháng 12/2020, thời gian theo dõi đến 6/2026.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*

+ Nữ giới, tuổi ≥ 18.

*Tác giả liên hệ
Email: tranxuanyen92@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 868870737 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6145

+ Chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học: Ung thư biểu mô tuyến vú nguyên phát.

+ Giai đoạn bệnh: I, II, III theo phân loại T,N,M của American Joint Committee on Cancer (AJCC 8th).

+ Đã được phẫu thuật: Phẫu thuật bảo tồn tuyến vú + vét hạch hoặc sinh thiết hạch cửa hoặc phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến vú.

+ Được xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật có hoặc không có hóa trị.

+ Có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Ung thư vú tái phát tại thời điểm bắt đầu xạ trị.

+ Không hoàn thành liệu trình xạ trị.

+ Mất theo dõi hoàn toàn.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện. Chúng tôi chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn bệnh vào nghiên cứu.

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu bao gồm đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (tuổi, số lượng khối u, kích thước u, giai đoạn hạch, giai đoạn bệnh, tình trạng HR, HER2 và Ki67), phương pháp điều trị (phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, điều trị nội tiết), kết quả điều trị (tái phát tại chỗ-tại vùng, di căn xa, sống thêm không bệnh tái phát tại chỗ, tại vùng (LRRFS), sống thêm không bệnh (DFS), sống thêm toàn bộ (OS)) và biến chứng muộn liên quan đến xạ trị (phù tay, xơ thành ngực và xơ phổi theo CTCAE v5.0). Các chỉ số nghiên cứu trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình ± SD và các tỷ lệ sống thêm sau điều trị tại các thời điểm 3 năm và 5 năm .

Thời gian sống thêm toàn bộ được tính từ thời điểm bắt đầu xạ trị đến khi bệnh nhân tử vong do bất kỳ nguyên nhân khác hoặc tại thời điểm cuối cùng mất theo dõi hoặc kết thúc nghiên cứu. Thời gian sống thêm không bệnh được tính từ ngày bắt đầu xạ trị đến khi ghi nhận biến cố đầu tiên, gồm tái phát tại chỗ, tái phát tại vùng, di căn xa hoặc tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào. Bệnh nhân chưa xuất hiện biến cố tại thời điểm kết thúc nghiên cứu hoặc mất theo dõi được xác định tại thời điểm ghi nhận cuối cùng. Bệnh nhân xuất hiện ung thư nguyên phát thứ hai không được tính là biến cố trong nghiên cứu.

Thời gian sống thêm không tái phát tại chỗ, tại vùng được tính từ ngày bắt đầu xạ trị đến khi ghi nhận tái phát tại chỗ hoặc tái phát tại vùng đầu tiên. Nếu bệnh nhân không có tái phát tại chỗ hoặc tại vùng được xác định tại thời điểm tử vong hoặc theo dõi cuối cùng.

Tác dụng phụ của xạ trị được đánh giá theo tiêu chuẩn CTCAE version 5.0.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu, có theo dõi dọc, thu thập số liệu dựa trên hồ sơ bệnh án kết hợp khám bệnh trực tiếp và phỏng vấn qua điện thoại.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Nhập số liệu và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

- Các biến được mô tả bằng tỷ lệ phần trăm.

- Đánh giá sống thêm bằng phương pháp Kaplan – Meier.

- Phân tích hồi quy Cox đa biến tìm các yếu tố liên quan đến tái phát, di căn, tử vong.

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Mọi thông tin cá nhân của người bệnh trong nghiên cứu hoàn toàn được giữ bí mật

Kết quả nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích khoa học, giúp nâng cao chất lượng điều trị ung thư vú.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm			n	%
Tuổi	< 40		14	15,4
	≥ 40		77	84,6
	Trung bình		51,66 ± 11,41	
Khối u	Số lượng	1	84	92,3
		2	7	7,7
	Kích thước (cm)	< 2,5	39	42,9
		≥ 2,5	52	57,1
Hạch	N0		30	33
	N1		44	48,3
	N2		15	16,5
	N3		2	2,2
Giai đoạn bệnh	I		3	3,3
	II		63	69,2
	III		25	27,5
Phân tử	HR (+)		64	70,3
	HER2 (+)		38	41,8
	Ki67 ≥ 20%		63	69,2
Phẫu thuật	Phẫu thuật cắt toàn bộ		87	95,6
	Phẫu thuật bảo tồn		4	4,4
	Vét hạch nách		82	90,1
	Sinh thiết hạch cửa		9	9,9
Hóa trị	Không		3	3,3
	Tân bổ trợ		12	13,2
	Bổ trợ		76	83,5
Nội tiết	Không		27	29,7
	Tamoxifen		21	23,1
	Anastrozol		34	37,4
	UCBT + nội tiết		9	9,9
Kỹ thuật xạ trị	3D-CRT		85	93,4
	IMRT		6	6,6
Thể tích chiếu xạ	Thành ngực		10	11
	Thành ngực + Vùng hạch		81	89
Liều xạ	50Gy		84	92,3
	60Gy		7	7,7

Nhận xét: Nghiên cứu gồm 91 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là 51,66 ± 11,41 tuổi, nhóm tuổi ≥40 chiếm ưu thế (84,6%). Bệnh nhân có khối u đơn ổ (92,3%), kích thước ≥2,5 cm (57,1%) và có di căn hạch (67,0%), chủ yếu ở giai đoạn II–III (96,7%). Về đặc điểm sinh học phân tử, tỷ lệ HR dương tính là 70,3%, HER2 dương tính chiếm 41,8% và Ki67 ≥20% chiếm 69,2%. Về điều trị, phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ được thực hiện ở hầu hết bệnh nhân (95,6%), kèm theo vét hạch nách ở 90,1% trường hợp. Hóa trị bổ trợ hậu phẫu là phương thức điều trị toàn thân chủ yếu (83,5%), 70,3% bệnh nhân có điều trị nội tiết. Kỹ thuật xạ trị 3D-CRT và liều 50Gy được áp dụng chủ yếu (lần lượt 93,4% và 92,3%), 89,0% bệnh nhân được xạ trị cả thành ngực và vùng hạch.

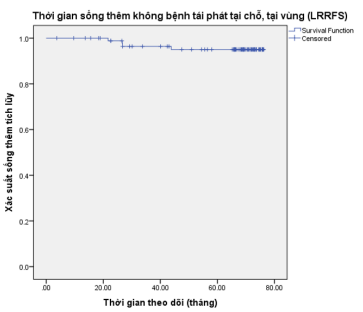
3.2. Tỷ lệ kiểm soát tại chỗ, tại vùng

Bảng 2. Tỷ lệ kiểm soát tại chỗ, tại vùng

Đặc điểm tái phát, di căn		n	%
Chưa tái phát di căn		73	80,2
Tại chỗ, tại vùng	Trong vùng chiếu xạ	4	4,4
	Ngoài vùng chiếu xạ	0	0
Di căn xa		14	15,4
Tổng		91	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân chưa ghi nhận tái phát hoặc di căn (80,2%). Tái phát tại chỗ–tại vùng xảy ra ở 4 trường hợp (4,4%) và toàn bộ đều xuất hiện trong vùng chiếu xạ, không ghi nhận trường hợp tái phát ngoài vùng chiếu xạ. Di căn xa có 14 bệnh nhân, chiếm 15,4%.

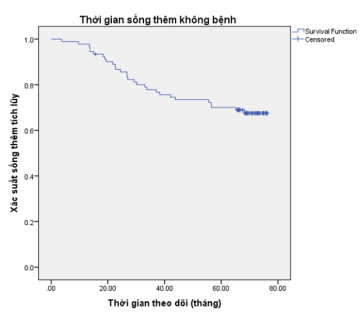
3.3. Thời gian sống thêm không bệnh tái phát tại chỗ, tại vùng (LRRFS)



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không bệnh tái phát tại chỗ, tại vùng

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm không bệnh tái phát tại chỗ, tại vùng của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm 3 năm là 96,4%, 5 năm 95%.

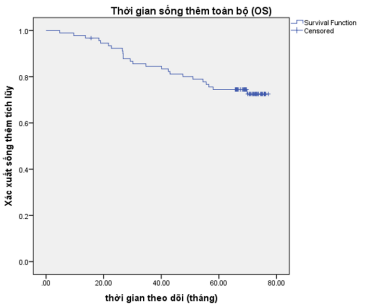
3.4. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS)



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm không bệnh

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 năm là 77,8%, 5 năm là 70,1%

3.5. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS)



Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm 3 năm là 84,5%, 5 năm là 74,5%

3.6. Tỷ lệ biến chứng muộn liên quan xạ trị

Bảng 3. Tỷ lệ biến chứng muộn liên quan xạ trị

Biến chứng	Độ 1		Độ 2		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Phù tay	4	4,40	1	1,09	5	5.49
Thành ngực	2	2,19	0	0	2	2,19
Xơ phổi	11	12,08	0	0	11	12,08

Nhận xét: Phù tay ghi nhận ở 5 bệnh nhân (5,49%), trong đó đa số là độ 1 (4,40%) và chỉ có 1 trường hợp độ 2 (1,09%). Xơ hóa thành ngực độ 1 ghi nhận ở 2,19% bệnh nhân. Xơ phổi là biến chứng thường gặp nhất với tỷ lệ 12,08%, tất cả đều là độ 1 và không có trường hợp biểu hiện lâm sàng.

3.7. Các yếu tố tiên lượng đến DFS và OS

Bảng 4. Phân tích hồi quy Cox đa biến các yếu tố tiên lượng DFS và OS

Biến	DFS			OS		
	HR	95% CI	p	HR	95% CI	p
Tuổi (<40/≥40)	1.91	0.62–5.93	0.262	2,00	0,60–6,73	0,26
Kích thước u (<2,5/≥2,5)	0.74	0.31–1.77	0.500	0,56	0,21–1,47	0,24
Số lượng u (1/2)	1.26	0.22–7.27	0.796	2,10	0,22–19,90	0,52
Giai đoạn hạch (N0,1/N2,3)	0.50	0.17–1.49	0.215	0,64	0,19–2,21	0,48
Giai đoạn bệnh (1,2/3)	0.36	0.13–0.98	0.046	0,43	0,13–1,40	0,16
HR (-/+)	1.14	0.49–2.67	0.755	0,95	0,38–2,41	0,92
HER2 (-/+)	1.13	0.49–2.63	0.777	1,36	0,55–3,35	0,51
Ki67 (-/+)	1.05	0.41–2.71	0.920	1,25	0,45–3,47	0,67

Nhận xét: Phân tích hồi quy Cox đa biến cho thấy giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng độc lập duy nhất ảnh

hưởng đến thời gian sống thêm không bệnh (DFS) (HR = 0,36; CI 95%: 0,13–0,98; p = 0,046). Các yếu tố khác gồm tuổi, kích thước u, số lượng u, giai đoạn hạch, tình trạng HR, HER2 và Ki-67 không liên quan có ý nghĩa thống kê với DFS (p > 0,05). Đối với thời gian sống thêm toàn bộ (OS), không ghi nhận yếu tố tiên lượng độc lập nào (p > 0,05)..

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện từ tháng 4 năm 2026 đến tháng 6 năm 2026, đối tượng nghiên cứu được xạ trị trong khoảng thời gian từ 1/2020 đến hết tháng 12 năm 2020. Tổng số lượng bệnh nhân xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật ung thư vú được ghi nhận là 108 bệnh nhân, Sau quá trình sàng lọc, chúng tôi đưa vào nghiên cứu 91 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn là tiêu chuẩn loại trừ.

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình là 51,66 ± 11,41 tuổi, phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi ≥40, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh lý ung thư vú [5]. Đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn II–III, có tỷ lệ di căn hạch tương đối cao và kích thước u ≥2,5 cm chiếm ưu thế. Về sinh học phân tử, tỷ lệ HR dương tính chiếm 70,3%, thấp hơn so với dịch tễ học bệnh ung thư vú; tỷ lệ HER2 dương tính và Ki67 ≥20% tương đối cao, cho thấy đối tượng nghiên cứu bao gồm phần lớn bệnh nhân có yếu tố tiên lượng xấu. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu các tác giả khác [6,7]. Về điều trị, phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ kết hợp vét hạch nách là phương pháp chủ yếu, hầu hết bệnh nhân được hóa trị bổ trợ, điều trị nội tiết. Xạ trị kỹ thuật 3D-CRT (field-in-field), xạ trị vùng hạch chiếm đa số với liều chuẩn 50Gy. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu cho thấy sự phù hợp trong chỉ định điều trị đa mô thức bao gồm xạ trị trên nhóm bệnh nhân có nguy cơ tái phát từ trung bình đến cao.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ kiểm soát bệnh sau điều trị tốt với 80,2% bệnh nhân chưa ghi nhận tái phát hoặc di căn trong thời gian theo dõi. Tái phát tại chỗ-tại vùng chỉ ghi nhận ở 4,4% trường hợp và đều tái phát trong vùng được chiếu xạ, không ghi nhận tái phát vùng giáp biên trường chiếu hoặc vùng hạch không được chiếu xạ. Tuy nhiên, di căn xa chiếm tỷ lệ cao hơn với 15,4%. Kết quả này phù hợp khi xạ trị đã làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ-tại vùng, trong khi kiểm soát bệnh toàn thân vẫn là thách thức, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có tỷ lệ giai đoạn II–III, di căn hạch và đặc điểm sinh học nguy cơ cao chiếm ưu thế.

Tỷ lệ sống thêm không bệnh tái phát tại chỗ–tại vùng (LR-RFS) đạt 96,4% tại thời điểm 3 năm và 95,0% tại thời điểm 5 năm, cho thấy hiệu quả kiểm soát tại chỗ-tại vùng rất tốt của điều trị đa mô thức có bao gồm xạ trị. Trong khi đó, DFS giảm từ 77,8% sau 3 năm xuống còn 70,1% sau 5 năm và OS giảm từ 84,5% xuống 74,5%, kết quả này cho thấy yếu tố quyết định kết cục dài hạn phụ thuộc vào gánh nặng vi di căn và đặc điểm sinh học của khối u hơn là kiểm soát trường chiếu.

Kết quả của nghiên cứu hiện tại khá tương đồng với nghiên cứu của Chitapanarux và cộng sự trên 1.640 bệnh nhân ung thư vú được xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật cắt tuyến vú, trong đó tỷ lệ sống thêm 5 năm lần lượt đạt LRRFS 94–96%, DFS 70–72% và OS 73–74% [6].

Khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Kheradmand và cộng sự trên nhóm bệnh nhân sau cắt tuyến vú kết hợp xạ trị bổ trợ (theo dõi trung vị 84 tháng), tỷ lệ LRR là 20,2%, RFS 5 năm được ghi nhận là 82,5% [7]. Kết quả này cho thấy tỷ lệ tái phát tại vùng lớn hơn, nhưng thời gian sống thêm không bệnh tái phát, di căn lớn hơn nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân có thể do liều xạ trị chuẩn của nghiên cứu cao hơn và kỹ thuật xạ trị hiện đại hơn.

Ngoài ra, kết quả DFS 5 năm đạt 70,1% của nghiên cứu chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Zhang và cộng sự trên 554 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II–III được hóa trị và phẫu thuật, trong đó nhóm xạ trị sau mổ đạt DFS 5 năm 74,2%. Nghiên cứu này cho tỷ lệ tái phát tại chỗ, tại vùng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Zhang (tỷ lệ tái phát tại vùng là 9,2%) [8].

Các biến chứng sau xạ trị trong nghiên cứu chủ yếu ở mức độ nhẹ (CTCAE độ 1–2), không ghi nhận biến chứng nặng độ ≥ 3. Xơ phổi là biến chứng thường gặp nhất (12,08%) nhưng toàn bộ ở độ 1, với phát hiện các dải xơ phổi vùng xạ trị trên phim cắt lớp vi tính và không có biểu hiện triệu chứng. Tỷ lệ phù tay là 5,49%, thấp hơn một số báo cáo quốc tế [9], có thể liên quan đến tối ưu chăm sóc sau điều trị mặc dù phần lớn bệnh nhân được vét hạch và chiếu xạ vùng hạch. Biến chứng thành ngực ghi nhận thấp (2,19%) với xơ cứng vùng ngực, nách gây hạn chế vận động nhẹ tay cùng bên. Kết quả này cho thấy độc tính tại chỗ được kiểm soát tốt.

Phân tích hồi quy Cox đa biến cho thấy chỉ giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng đối với thời gian sống thêm không bệnh (HR = 0,36; CI 95%: 0,13–0,98; p = 0,046), không có yếu tố nào liên quan với thời gian sống thêm toàn bộ. Các yếu tố như tuổi, kích thước u, giai đoạn hạch, số lượng u, tình trạng HR, HER2 và Ki-67 không đạt ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến. Điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế, số biến cố chưa nhiều và thời gian theo dõi chưa đủ dài để đánh giá đầy đủ ảnh hưởng của các yếu tố này. Nghiên cứu của tác giả Koo và cộng sự cho thấy tỷ lệ hạch và Ki67 cao là yếu tố tiên lượng xấu đến DFS và OS. Sự khác biệt này với nghiên cứu của chúng tôi có thể được giải thích là do đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu không hoàn toàn tương đồng, cỡ mẫu và số biến cố còn hạn chế [10].

Nghiên cứu này còn có một số điểm hạn chế như sau: Thứ nhất, đây là một nghiên cứu hồi cứu tại cơ sở với cỡ mẫu còn ít, thời gian theo dõi chưa dài và số lượng biến cố thấp; Thứ hai, nghiên cứu không có nhóm đối chứng nên chỉ nêu lên được kết quả của nhóm xạ trị, không nêu lên được mối quan hệ nhân quả; Thứ ba, nghiên cứu chưa phân tích một số yếu tố về bệnh học và sinh học khối u quan trọng như phân nhóm phân tử, độ mô học, tình trạng xâm nhập mạch bạch huyết và các yếu tố về xạ trị, mô hình hồi quy logistic cho các chỉ số sống thêm có thể chưa khai thác hết thông tin về thời gian xảy ra biến cố.

5. KẾT LUẬN

Xạ trị bổ trợ là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn cho bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I–III, góp phần kiểm soát tốt tái phát tại chỗ–tại vùng, tỷ lệ biến chứng điều trị thấp. Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng đến thời gian sống thêm không bệnh.

6. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn chân thành tới Ban Giám đốc bệnh viện, lãnh đạo các khoa phòng đã tạo mọi điều kiện thuận lợi để chúng tôi hoàn thành công trình nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] 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. doi:10.3322/caac.21834

[2] Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG), Darby S, McGale P, et al. Effect of ra-

diotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. Lancet. 2011;378(9804):1707-1716. doi:10.1016/S0140-6736(11)61629-2

[3] EBCTCG (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group), McGale P, Taylor C, et al. Effect of radiotherapy after mastectomy and axillary surgery on 10-year recurrence and 20-year breast cancer mortality: meta-analysis of individual patient data for 8135 women in 22 randomised trials. Lancet. 2014;383(9935):2127-2135. doi:10.1016/S0140-6736(14)60488-8

[4] Park KH, Loibl S, Sohn J, et al. Pan-Asian adapted ESMO Clinical Practice Guidelines for the diagnosis, treatment and follow-up of patients with early breast cancer. ESMO Open. 2024;9(5):102974. doi:10.1016/j.esmoop.2024.102974

[5] Anders CK, Johnson R, Litton J, Phillips M, Bleyer A. Breast cancer before age 40 years. Semin Oncol. 2009;36(3):237-249. doi:10.1053/j.seminoncol.2009.03.001

[6] Chitapanarux I, Klunklin P, Pinitpatcharalert A, et al. Conventional versus hypofractionated postmastectomy radiotherapy: a report on long-term outcomes and late toxicity. Radiat Oncol. 2019;14:175. doi:10.1186/s13014-019-1378-x

[7] Kheradmand AA, Ranjbarnovin N, Khazaeipour Z. Postmastectomy locoregional recurrence and recurrence-free survival in breast cancer patients. World J Surg Onc. 2010;8(1):30. doi:10.1186/1477-7819-8-30

[8] Zhang Y, Zhang Y, Liu Z, et al. Impact of Postmastectomy Radiotherapy on Locoregional Control and Disease-Free Survival in Patients with Breast Cancer Treated with Neoadjuvant Chemotherapy. J Oncol. 2021;2021:6632635. doi:10.1155/2021/6632635

[9] Lin Y, Xu Y, Wang C, et al. Loco-regional therapy and the risk of breast cancer-related lymphedema: a systematic review and meta-analysis. Breast Cancer. 2021;28(6):1261-1272. doi:10.1007/s12282-021-01263-8

[10] Koo TR, Eom KY, Kang EY, et al. Prognostic value of the nodal ratio and ki-67 expression in breast cancer patients treated with postmastectomy radiotherapy. J Breast Cancer. 2013;16(3):274-284. doi:10.4048/jbc.2013.16.3.274