Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 94-99

# DEFINITIVE CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY WITH OR WITHOUT INDUCTION CHEMOTHERAPY FOR LOCALLY ADVANCED CERVICAL CANCER: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY

Dang Hoai Nam[1*], Dao Van Tu[2], Nguyen Thi Thu Huong[1,2]

[1]*Department of Oncology, Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam*
[2]*Vietnam National Cancer Hospital - 43 Quan Su, Cua Nam Ward, Hanoi City, Vietnam*

Received: 04/06/2026
Revised: 19/07/2026; Accepted: 18/09/2026

## ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate the efficacy and safety of concurrent chemoradiotherapy (CCRT) with or without induction chemotherapy (IC) in patients with unresectable locally advanced cervical cancer (LACC).

**Methods:** A retrospective cohort study was conducted on 159 patients with stage II–IVA cervical cancer who received CCRT with weekly Cisplatin, with or without weekly Paclitaxel–Carboplatin induction chemotherapy, at K Hospital between January 2024 and May 2025.

**Results:** Overall, no statistically significant differences were observed between the IC and non-IC groups in terms of age, stage distribution and histopathology ($p > 0.05$). At a median follow-up of 18.7 months (range, 14.4 – 23.3 months), the objective response rate (ORR) after induction chemotherapy was 85.7%. Following CCRT, the ORR in the IC plus CCRT group and the CCRT-alone group was 80.7% and 90.2%, respectively ($p = 0.180$). The 12-month progression-free survival (PFS) rates were 70.2% for the IC plus CCRT group and 74.5% for the CCRT-alone group ($p = 0.555$). The incidence of grade ≥ 3 hematological adverse events was higher in the induction chemotherapy group compared to the CCRT-alone group, including anemia (25.6% vs. 6.9%, $p = 0.001$), neutropenia (42.1% vs. 18.6%, $p = 0.001$), and thrombocytopenia (15.8% vs. 2%, $p = 0.001$). The rates of radiation-induced proctitis and cystitis in the two groups were 15.8% vs. 5.9% ($p = 0.04$) and 28.1% vs. 8.8% ($p = 0.01$), respectively.

**Conclusions:** Induction chemotherapy combined with concurrent chemoradiotherapy demonstrated no statistically significant differences in ORR and 12-month PFS, but significantly increased grade ≥ 3 hematological toxicities as well as the incidence of radiation proctitis and cystitis.

***Keywords:*** Cervical cancer, induction chemotherapy, concurrent chemoradiotherapy, paclitaxel–carboplatin.

*Corresponding author
**Email:** Hoainamlhpk95@gmail.com **Phone:** (+84) 826042802 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6621

# KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TRIỆT CĂN CÓ HOẶC KHÔNG HÓA CHẤT DẪN ĐẦU TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN TẠI CHỖ, TẠI VÙNG

Đặng Hoài Nam[1*], Đào Văn Tú[2], Nguyễn Thị Thu Hường[1,2]

[1]Bộ môn Ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[2]Bệnh viện K - 43 Quán Sứ, P. Cửa Nam, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 04/06/2026
Ngày sửa: 19/07/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả và độ an toàn khi điều trị hóa xạ trị đồng thời (HXTĐT) có hoặc không kèm theo hóa chất dẫn đầu (HCDĐ) trong ung thư cổ tử cung (UTCTC) tiến triển tại chỗ, tại vùng, không phẫu thuật được.

**Đối tượng, phương pháp:** Mô tả hồi cứu theo dõi dọc trên 159 bệnh nhân UTCTC giai đoạn II - IVA đã điều trị HXTĐT với Cisplatin có hoặc không kèm theo hóa chất dẫn đầu Paclitaxel – Carboplatin tuần tại Bệnh viện K từ tháng 1/2024 đến tháng 5/2025.

**Kết quả:** Nhìn chung, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, phân bố giai đoạn bệnh và đặc điểm mô bệnh học giữa hai nhóm bệnh nhân có và không điều trị HCDĐ (p > 0,05). Với trung vị theo dõi 18,7 tháng (14,4 – 23,3 tháng), tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) sau HCDĐ đạt 85,7%, sau HXTĐT ở nhóm có và không kèm theo HCDĐ lần lượt đạt 80,7% và 90,2% (p = 0,180). Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) 12 tháng của nhóm HCDĐ là 70,2%, nhóm HXTĐT là 74,5% (p = 0,555). Tỷ lệ biến cố độ ≥ 3 về huyết học cao hơn khi điều trị HCDĐ so với HXTĐT đơn thuần, bao gồm thiếu máu (25,6% - 6,9% với p = 0,001), hạ bạch cầu trung tính (42,1% - 18,6% với p = 0,001) và hạ tiểu cầu (15,8% - 2% với p = 0,001). Tỷ lệ viêm trực tràng và viêm bàng quang sau xạ trị lần lượt ở hai nhóm có hoặc không HCDĐ là 15,8% - 5,9% (p = 0,04) và 28,1% - 8,8% (p = 0,01).

**Kết luận:** Hóa chất dẫn đầu kết hợp HXTĐT chưa có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về ORR hay PFS tại thời điểm 12 tháng nhưng làm tăng đáng kể độc tính huyết học độ ≥ 3 cũng như tỷ lệ viêm trực tràng, viêm bàng quang so với HXTĐT đơn thuần.

***Từ khoá:*** Ung thư cổ tử cung, hóa chất dẫn đầu, hóa xạ trị đồng thời, paclitaxel–carboplatin.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTCTC hiện vẫn là một trong những bệnh ung thư thường gặp trên toàn thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng. Theo GLOBOCAN 2022, tổng số ca mắc UTCTC mới trên toàn thế giới là 662.301 ca, trong đó có 348.874 ca tử vong do bệnh, trở thành bệnh có tỷ lệ mắc mới đứng thứ 8 và tỷ lệ tử vong thứ 9 toàn cầu [1]. Tại Việt Nam, số liệu từ GLOBOCAN 2022 chỉ ra 4.612 ca mắc mới (chiếm 2,6%, đứng thứ 11) và 2.571 ca tử vong do UTCTC (chiếm 2,9%, đứng thứ 10) [2]. Nhờ các phương án sàng lọc, phát hiện sớm UTCTC được triển khai rộng rãi trong hàng chục năm qua đã giúp làm giảm 70% tỷ lệ tử vong do bệnh lý ung thư này [3]. Tuy nhiên, vẫn còn số lượng lớn bệnh nhân được chẩn đoán bệnh ở giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng, không còn chỉ định phẫu thuật. Ở giai đoạn này, phác đồ tiêu chuẩn là HXTĐT với hóa chất nền tảng Platinum. Vai trò của hóa chất giúp làm tăng nhạy cảm của khối u với tia xạ, tiêu diệt thêm những tổn thương vi di căn, giảm nguy cơ tái phát sớm [4-6]. Dù vậy, nhìn chung tiên lượng bệnh ở giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng vẫn tương đối xấu. Theo thống kê của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ vào năm 2023, tỷ lệ sống thêm sau 5 năm ở giai đoạn I, khối u còn khu trú là 91%, khi bệnh tiến triển xâm lấn ra ngoài tử cung hay có di căn hạch chậu thì tỷ lệ này còn 60% và khi di căn xa thì chỉ còn 15% [7]. Vì vậy, ngày càng có nhiều nghiên cứu ra đời với mục đích tìm ra các phương án tăng hiệu quả điều trị UTCTC giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng, trong đó có thể kể đến hóa chất dẫn đầu Paclitaxel – Carboplatin tuần theo sau bởi HXTĐT được đề cập trong nghiên cứu INTERLACE giúp cải thiện thời gian sống thêm toàn bộ sau 5 năm (80% - 72%, HR 0,60 (95% CI 0,40-0,91) với p = 0,015) và thời gian bệnh không tiến triển sau 5 năm (72% - 64%, HR 0,65 (95% CI 0,46-0,91) với p = 0,013) so với HXTĐT tiêu chuẩn [8]. Hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu phân tích kết quả điều trị cũng như tính an toàn của phác đồ hóa chất dẫn đầu theo sau bởi HXTĐT trên nhóm bệnh nhân Việt Nam. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài "Kết quả hóa xạ trị đồng thời triệt căn có hoặc không kèm theo hóa chất dẫn đầu trong điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng" với 2 mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

159 bệnh nhân ung thư cổ tử cung tiến triển tại chỗ, tại vùng, không phẫu thuật được từ giai đoạn II đến IVA (theo phân loại FIGO 2018) được điều trị theo phác đồ hóa xạ trị đồng thời triệt căn với Cisplatin tuần (40 mg/m2) bằng kỹ thuật xạ trị IMRT kết hợp xạ áp sát 3D có hoặc không kèm theo hóa chất dẫn đầu phác đồ Paclitaxel – Carboplatin tuần (Paclitaxel 80 mg/m2 – Carboplatin AUC 2) tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 1/2024 đến tháng 5/2025.

*- Tiêu chuẩn lựa chọn:*

+ BN >= 18 tuổi, chẩn đoán UTCTC giai đoạn IIA

*Tác giả liên hệ
**Email:** Hoainamlhpk95@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 826042802 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6621

đến IVA theo phân loại FIGO 2018 với thể mô bệnh học bao gồm ung thư biểu mô (UTBM) tuyến, UTBM vảy hay UTBM tuyến-vảy.

+ Chỉ số toàn trạng ECOG 0-1

+ Có đủ hồ sơ bệnh án lưu trữ

*- Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Bệnh nhân mắc viêm gan B, viêm gan C, HIV hiện tại không kiểm soát được ổn định

+ Bệnh nhân mắc các bệnh lý trầm trọng đe dọa tử vong: suy gan – suy thận không hồi phục, suy tim độ IV,...

+ Bệnh nhân có tiền sử xạ trị vùng chậu

+ Bệnh nhân đang đồng mắc một bệnh ung thư khác hoặc có tiền sử ung thư (thời gian không bệnh < 10 năm).

+ Bệnh nhân được điều trị HXTĐT với hóa chất Carboplatin

+ Bệnh nhân có tiền sử bệnh Crohn hay viêm loét đại trực tràng

+ Bệnh nhân có thai

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu kết hợp theo dõi dọc

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2024 đến tháng 5/2025 tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

- Biến số và chỉ số nghiên cứu: đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu (tuổi, giai đoạn bệnh, tình trạng di căn hạch, thể mô bệnh học) và kết quả điều trị (đáp ứng theo RECIST 1.1 (2009), PFS 12 tháng, tác dụng không mong muốn). Đáp ứng theo RECIST 1.1 được đánh giá bằng MRI tiểu khung vào 2 thời điểm bao gồm sau hóa chất dẫn đầu và sau khi kết thúc hóa xạ trị đồng thời 2 tháng.

- Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội (số 946/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN)

### 2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được mã hóa, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê y học phù hợp.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

**Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

| Đặc điểm bệnh nhân | | Tổng số bệnh nhân (n = 159) | HCDĐ kết hợp HXTĐT (n = 57) | HXTĐT đơn thuần (n = 102) |
|---|---|---|---|---|
| Tuổi trung bình | | 52,8 ± 9,8 | 52,5 ± 10,3 | 52,9 ± 9,5 |
| Giai đoạn bệnh (FIGO 2018) | IIA2 – IIB | 8 (5,0%) | 2 (3,5%) | 6 (5,9%) |
| | IIIA – IIIB – IIIC | 137 (86,2%) | 46 (80,7%) | 91 (89,2%) |
| | IVA | 14 (8,8%) | 9 (15,8%) | 5 (4,9%) |
| Di căn hạch | Có | 146 (91,8%) | 51 (89,5%) | 95 (93,1%) |
| | Không | 13 (8,2%) | 6 (10,5%) | 7 (6,9%) |
| Thể mô bệnh học | UTBM vảy | 140 (88,1%) | 50 (87,7%) | 90 (88,2%) |
| | UTBM tuyến | 15 (9,4%) | 6 (10,5%) | 9 (8,8%) |
| | UTBM tuyến-vảy | 4 (2,5%) | 1 (1,8%) | 3 (2,9%) |

Nhận xét: Tuổi trung bình trên toàn bộ bệnh nhân nghiên cứu là 52,8 ± 9,8, trong đó hai nhóm có và không có HCDĐ lần lượt có tuổi trung bình là 52,5 ± 10,3 và 52,9 ± 9,5. Hầu hết bệnh nhân nghiên cứu được chẩn đoán ở giai đoạn III, chiếm 86,2%. Di căn hạch (hạch chậu và/hoặc hạch chủ bụng) được quan sát ở 146 bệnh nhân, với tỷ lệ 91,8%. UTBM vảy là thể mô bệnh học chiếm đa số (88,1%), sau đó là UTBM tuyến và ít gặp nhất là UTBM tuyến-vảy.

### 3.2. Kết quả điều trị

**Bảng 2. Tỷ lệ đáp ứng sau HCDĐ (n = 57)**

| Tình trạng đáp ứng (*) | |
|---|---|
| Bệnh đáp ứng hoàn toàn (CR) | 4 (7,1%) |
| Bệnh đáp ứng một phần (PR) | 44 (78,6%) |
| Bệnh giữ nguyên (SD) | 5 (8,9%) |
| Bệnh tiến triển (PD) | 3 (5,4%) |

*(*) Một bệnh nhân không được đánh giá lại sau HCDĐ*

Nhận xét: Có 4 bệnh nhân (chiếm 7,1%) đạt đáp ứng hoàn toàn ngay sau HCDĐ, 78,6% bệnh nhân đạt đáp ứng một phần, 8,9% bệnh giữ nguyên và tỷ lệ bệnh tiến triển là 5,4%. Nhìn chung, ORR và tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) sau HCDĐ lần lượt đạt 85,7% và 94,6%.

**Bảng 3. Tỷ lệ đáp ứng và PFS 12 tháng sau HXTĐT có hoặc không kèm theo HCDĐ**

| | Tổng số bệnh nhân (n = 159) | HCDĐ kết hợp HXTĐT (n = 57) | HXTĐT đơn thuần (n = 102) |
|---|---|---|---|
| Bệnh đáp ứng hoàn toàn (CR) | 90 (56,6%) | 32 (56,1%) | 58 (56,9%) |
| Bệnh đáp ứng một phần (PR) | 48 (30,2%) | 14 (24,6%) | 34 (33,3%) |
| Bệnh giữ nguyên (SD) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| Bệnh tiến triển (PD) | 21 (13,2%) | 11 (19,3%) | 10 (9,8%) |
| PFS 12 tháng | 73,0% | 70,2% | 74,5% |

Nhận xét: Trên toàn bộ nghiên cứu, sau khi kết thúc HXTĐT, 56,6% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 30,2% đáp ứng một phần và 13,2% tiến triển. Khi phân tích riêng hai nhóm có hoặc không có HCDĐ, phần lớn bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn (lần lượt 56,1% và 56,9%). 19,3% bệnh nhân tiến triển ở nhóm có HCDĐ, trong khi ở nhóm HXTĐT đơn thuần là 9,8%. PFS sau 12 tháng trên toàn bộ nghiên cứu là 73%. Giá trị này lần lượt ở nhóm bệnh nhân có và không HCDĐ là 70,2% và 74,5%.

### 3.3. Tác dụng không mong muốn

**Bảng 4. Tác dụng không mong muốn liên quan đến huyết học**

| Tác dụng không mong muốn | | Tổng số bệnh nhân (n = 159) | HCDĐ kết hợp HXTĐT (n = 57) | HXTĐT đơn thuần (n = 102) |
|---|---|---|---|---|
| Thiếu máu | Độ 0 | 44 (27,7%) | 7 (12,3%) | 37 (36,3%) |
| | Độ 1 | 46 (28,9%) | 12 (21,1%) | 34 (33,3%) |
| | Độ 2 | 47 (29,6%) | 23 (40,4%) | 24 (23,5%) |
| | Độ 3 | 21 (13,2%) | 14 (24,6%) | 7 (6,9%) |
| | Độ 4 | 1 (0,6%) | 1 (1,0%) | 0 (0,0%) |
| Hạ bạch cầu trung tính (BCTT) | Độ 0 | 45 (28,3%) | 5 (8,8%) | 40 (39,2%) |
| | Độ 1 | 22 (13,8%) | 8 (14,0%) | 14 (13,7%) |
| | Độ 2 | 49 (30,8%) | 20 (35,1%) | 29 (28,4%) |
| | Độ 3 | 29 (18,2%) | 14 (24,6%) | 15 (14,7%) |
| | Độ 4 | 14 (8,8%) | 10 (17,5%) | 4 (3,9%) |

| Tác dụng không mong muốn | | Tổng số bệnh nhân (n = 159) | HCDĐ kết hợp HXTĐT (n = 57) | HXTĐT đơn thuần (n = 102) |
|---|---|---|---|---|
| Hạ tiểu cầu | Độ 0 | 112 (70,4%) | 25 (43,9%) | 87 (85,3%) |
| | Độ 1 | 22 (13,8%) | 14 (24,6%) | 8 (7,8%) |
| | Độ 2 | 14 (8,8%) | 9 (15,8%) | 5 (4,9%) |
| | Độ 3 | 9 (5,7%) | 7 (12,3%) | 2 (2,0%) |
| | Độ 4 | 2 (1,3%) | 2 (3,5%) | 0 (0,0%) |

Nhận xét: Về tác dụng phụ thiếu máu, 13,8% tổng số bệnh nhân gặp biến cố này độ ≥ 3. 25,6% bệnh nhân có HCDĐ gặp tác dụng phụ thiếu máu mức độ nặng trong khi tỷ lệ này ở nhóm còn lại chỉ là 6,9%. Hạ BCTT cũng là một tác dụng không mong muốn thường gặp với 27% bệnh nhân gặp biến cố từ độ 3 trở lên. Xét riêng nhóm HCDĐ có 42,1% trường hợp hạ bạch cầu độ ≥ 3 trong khi nhóm HXTĐT đơn thuần chỉ là 18,6%. Hạ tiểu cầu ít gặp hơn, dù vậy biến cố này độ ≥ 3 cũng xảy ra ở trên 7% tổng số bệnh nhân với tỷ lệ này ở nhóm có và không có HCDĐ lần lượt là 15,8% và 2%.

**Bảng 5. Tác dụng không mong muốn ngoài huyết học**

| Tác dụng không mong muốn | | Tổng số bệnh nhân (n = 159) | HCDĐ kết hợp HXTĐT (n = 57) | HXTĐT đơn thuần (n = 102) |
|---|---|---|---|---|
| Tăng men gan | Không | 82 (51,6%) | 22 (38,6%) | 60 (58,8%) |
| | Độ 1 | 67 (42,1%) | 29 (50,9%) | 38 (37,3%) |
| | Độ 2 | 8 (5,0%) | 4 (7,0%) | 4 (3,9%) |
| | ≥ Độ 3 | 2 (1,3%) | 2 (3,5%) | 0 (0,0%) |
| Tăng Creati-nin máu | Không | 145 (91,2%) | 48 (84,2%) | 97 (95,1%) |
| | Độ 1 | 14 (8,8%) | 9 (15,8%) | 5 (4,9%) |
| | ≥ Độ 2 | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| Phản ứng truyền | | 5 (3,1%) | 4 (7,1%) | 1 (1,0%) |
| Nôn | Không | 68 (42,8%) | 21 (36,8%) | 47 (46,1%) |
| | Độ 1 | 72 (45,3%) | 26 (45,6%) | 46 (45,1%) |
| | Độ 2 | 19 (11,9%) | 10 (17,5%) | 9 (8,8%) |
| Tiêu chảy | Không | 122 (76,7%) | 43 (75,4%) | 79 (77,5%) |
| | Độ 1 | 24 (15,1%) | 9 (15,8%) | 15 (14,7%) |
| | Độ 2 | 13 (8,2%) | 5 (8,8%) | 8 (7,8%) |
| Viêm trực tràng sau xạ | | 15 (9,4%) | 9 (15,8%) | 6 (5,9%) |
| Viêm bàng quang sau xạ | | 25 (15,7%) | 16 (28,1%) | 9 (8,8%) |

Nhận xét: 48,4% trường hợp tăng men gan trên toàn bộ nghiên cứu với 1,3% gặp phải biến cố này ở độ 3. 8,8% tổng số bệnh nhân có tăng Creatinine máu nhưng chỉ ghi nhận ở độ 1. Phản ứng truyền xảy ra trên 5 bệnh nhân (3,1%), có 1 trường hợp gặp độ 3 với Paclitaxel. Tỷ lệ gặp biến cố nôn và tiêu chảy lần lượt là 56,2% và 23.3% tổng số bệnh nhân (không ghi nhận trường hợp mức độ nặng). Viêm trực tràng và viêm bàng quang do xạ trị lần lượt chiếm 9,4% và 15,7% tổng số bệnh nhân.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 159 bệnh nhân, trong đó 57 bệnh nhân có điều trị HCDĐ và 102 bệnh nhân điều trị HXTĐT đơn thuần. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 52,8 ± 9,8. Phân tích hai nhóm có và không kèm theo HCDĐ nhận thấy độ tuổi trung bình không có sự khác biệt với các giá trị lần lượt là 52,5 ± 10,3 và 52,9 ± 9,5 (p = 0,773). Phần lớn các bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn III (IIIA, IIIB, IIIC) với tỷ lệ 86,2%, theo sau là giai đoạn IVA (8,8%) và giai đoạn II (IIA2, IIB) với chỉ 5%. Xét cấu trúc giai đoạn bệnh ở từng nhóm, nhóm HCDĐ có tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn II – III – IV tương ứng là 3,5% - 80,7% - 15,8% trong khi nhóm HXTĐT đơn thuần có tỷ lệ lần lượt 5,9% - 89,2% - 4,9%. Sự phân bố bệnh nhân theo giai đoạn bệnh ở hai nhóm nhỏ trong nghiên cứu không có khác biệt có ý nghĩa về thống kê (p = 0,060). 91,8% tổng số bệnh nhân có di căn hạch (hạch chậu hoặc hạch chủ bụng hoặc cả hai). Xét về mô bệnh học, UTBM vảy chiếm tỷ lệ cao nhất với 88,1%, theo sau là UTBM tuyến (9,4%) và UTBM tuyến-vảy (2,5%). UTBM vảy cũng được ghi nhận chiếm ưu thế ở từng nhóm nhỏ có hoặc không kèm theo HCDĐ với tỷ lệ lần lượt 87,7% và 88,2% (p = 0,849). Nhìn chung, giữa hai nhóm bệnh nhân có và không HCDĐ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, phân bố giai đoạn cũng như mô bệnh học.

### 4.2. Kết quả điều trị

Đánh giá sau điều trị HCDĐ, ghi nhận 7,1% đạt đáp ứng toàn bộ theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 (2009), 78,6% đáp ứng một phần, 8,9% bệnh giữ nguyên và 3 trường hợp tiến triển (5,4%). ORR đạt 85,7% và DCR lên đến 94,6%. So sánh với kết quả thu được từ nghiên cứu pha II CxII (ORR chỉ 69% trong đó có 4% bệnh nhân đáp ứng toàn bộ và 65% bệnh nhân đáp ứng một phần), có thể nhận thấy ORR sau HCDĐ của chúng tôi cao hơn với sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê (p = 0,041) [9]. Dù vậy, khi đánh giá DCR thì nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với thử nghiệm CxII (91%) [9].

Đối với đáp ứng điều trị sau khi kết thúc toàn bộ phác đồ (HXTĐT theo sau bởi xạ áp sát có hoặc không kèm theo HCDĐ), có 90 bệnh nhân (chiếm 56,6% tổng số bệnh nhân) đạt đáp ứng toàn bộ, 30,2% đáp ứng một phần và 13,2% tiến triển (không ghi nhận bệnh giữ nguyên). Phân tích riêng hai nhóm, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ, đáp ứng một phần, tiến triển ở nhóm có và không có HCDĐ lần lượt là 56,1% - 24,6% - 19,3% và 56,9% - 33,3% - 9,8%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,180). Nghiên cứu Homenta và cộng sự được công bố đầu năm 2026 với mục đích đánh giá hiệu quả điều trị HCDĐ kết hợp với HXTĐT (32 bệnh nhân) cho tỷ lệ đáp ứng toàn bộ 59,4%, đáp ứng một phần 40,6%, giá trị ORR lên đến 100%, cao hơn với kết quả thu được của chúng tôi (80,7%) (p = 0,041) [10]. Chênh lệch này có thể được giải thích do sự phân chia giai đoạn không tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi (52,8% thuộc giai đoạn II, 41,7% giai đoạn III và 2,6% ở giai đoạn IVA) [10]. So sánh với thử nghiệm pha II CxII, tỷ lệ tiến triển nhóm HCDĐ chỉ là 4%, thấp hơn rất nhiều so với 19,3% của chúng tôi, điều này cũng được giải thích tương tự với sự khác biệt về phân chia giai đoạn bệnh (61% bệnh nhân giai đoạn Ib – II, 32% giai đoạn III và 7% giai đoạn IVA theo FIGO 2009) [9].

Một chỉ số quan trọng khác được đề cập đó là PFS 12 tháng. Trên toàn bộ bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ này là 73%. PFS 12 tháng ở nhóm có và không kèm theo HCDĐ lần lượt là 70,2% và 74,5% (p = 0,555). Một số đặc điểm của khối u đã được lựa chọn để đánh giá mối liên quan với PFS 12 tháng ở nhóm bệnh nhân điều trị HCDĐ, bao gồm mức độ u xâm lấn (xâm lấn Parametre, xâm lấn âm đạo 2/3 trên, xâm lấn âm đạo 1/3 dưới, giãn đài bể thận – niệu quản), tình trạng di căn hạch, kích thước u – hạch (đường kính trục ngắn) trước điều trị. Kết quả chỉ ra không có sự tương quan giữa bất kỳ yếu tố nào kể trên với chỉ số PFS 12 tháng.

Nghiên cứu pha III INTERLACE kinh điển đã chứng minh lợi ích của HCDĐ Paclitaxel – Carboplatin tuần khi giảm tới 40% nguy cơ tử vong và 35% nguy cơ tái phát bệnh

sau 5 năm, cải thiện PFS 5 năm (72% - 64%) và tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm (80% - 72%) đều lên 8%. Tuy nhiên, do thời gian tuyển bệnh nhân lên đến hơn 10 năm đủ để các kỹ thuật xạ trị phát triển không ngừng nên hiện nay IMRT gần như được áp dụng cho mọi bệnh nhân hóa xạ trị cổ tử cung thay vì tỷ lệ xạ EBRT bằng kỹ thuật 3D lên đến 60% trong thử nghiệm INTERLACE [8]. Dĩ nhiên, cần có những nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn hơn, thời gian theo dõi đủ dài để đánh giá chính xác về lợi ích của HCDĐ trong bối cảnh IMRT được áp dụng rộng rãi trong xạ trị ngoài ung thư cổ tử cung.

### 4.3. Tác dụng không mong muốn

Khi đánh giá độc tính của phác đồ, chúng tôi nhận thấy hệ huyết học chịu nhiều ảnh hưởng của hóa chất và xạ trị. Về thiếu máu, có 13,8% (22/159) tổng số bệnh nhân gặp biến cố này từ độ ≥ 3 với 1 trường hợp độ 4 thuộc nhóm HCDĐ. Trong đó, 15 bệnh nhân điều trị HCDĐ và 7 bệnh nhân HXTĐT, chiếm lần lượt 25,6% và 6,9% mỗi nhóm (p = 0,001). Đối với hạ BCTT, biến cố này từ độ 3 trở lên chiếm 27% toàn bộ nghiên cứu. Cụ thể hơn, 42,1% bệnh nhân điều trị HCDĐ và 18,6% bệnh nhân HXTĐT có hạ BCTT mức độ nặng (p = 0,001). Tỷ lệ hạ tiểu cầu độ ≥ 3 ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 7% (11/259) với 2 trường hợp hạ tiểu cầu độ 4 đều điều trị HCDĐ. 15,8% bệnh nhân có HCDĐ và chỉ 2% bệnh nhân HXTĐT gặp biến cố hạ tiểu cầu độ 3 trở lên (p = 0,001). Tỷ lệ mắc tác dụng không mong muốn về huyết học mức độ nặng (độ 3 trở lên) ở nhóm HCDĐ trong nghiên cứu chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu CxII (thiếu máu 9% - hạ BCTT 35% - hạ tiểu cầu 20%) [9] hay nghiên cứu của Homenta và cộng sự (thiếu máu 50% - hạ BCTT 46,9% - hạ tiểu cầu 9,4%) [10]. So sánh giữa hai nhóm có và không kèm theo HCDĐ trong nghiên cứu INTERLACE về biến cố huyết học, tác giả Mary McCormack cũng ghi nhận sự chênh lệch khá rõ khi có lần lượt 30% và 13% bệnh nhân gặp phải ở độ 3 và độ 4 [8]. Như vậy, dễ dàng nhận thấy điều trị HCDĐ làm tăng nguy cơ mắc các biến cố huyết học từ độ 3 trở lên so với chỉ áp dụng HXTĐT.

Về độc tính ngoài hệ tạo huyết, ghi nhận 5 bệnh nhân (3,1%) gặp phản ứng truyền, trong đó 1 bệnh nhân gặp biến cố độ 3 với Paclitaxel ngay từ chu kỳ Paclitaxel – Carboplatin tuần thứ 2 và 4 trường hợp phản ứng truyền độ 1 với Paclitaxel và Cisplatin. Tác dụng phụ tăng men gan chủ yếu ở độ 1, chỉ 10 trường hợp (6,3%) trên toàn bộ nghiên cứu xảy ra biến cố này độ 2 trở lên, trong đó tỷ lệ ở nhóm HCDĐ là 10,5% (6/57) và nhóm HXTĐT là 3,9% (4/102). Không ghi nhận tăng Creatinine độ 2 trở lên, chỉ 8,8% trường hợp tăng Creatinine độ 1 (14/159). Tác dụng phụ nôn chủ yếu xảy ra ở độ 1, trong đó HCDĐ có 45,6% trường hợp biến cố nôn độ 1, 17,5% độ 2. Tỷ lệ này ở nhóm HXTĐT đơn thuần lần lượt là 45,1% và 8,8% (tương đồng trên hai nhóm bệnh nhân). Tiêu chảy hầu hết xảy ra ở độ 1, độ 2 ít gặp hơn, không ghi nhận độ 3 trở lên. Nhóm HCDĐ có tỷ lệ biến cố này 15,8% độ 1 và 8,8% độ 2, trong khi nhóm HXTĐT là 14,7% độ 1 và 7,8% độ 2 (không có sự khác biệt giữa hai nhóm). Cuối cùng, chúng tôi đánh giá hai tác dụng phụ thường gặp liên quan đến xạ trị đó là viêm trực tràng và viêm bàng quang. Kết quả chỉ ra sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có và không kèm theo HCDĐ ở tỷ lệ viêm trực tràng (lần lượt 15,8% - 5,9% với p = 0,04) và viêm bàng quang (lần lượt 28,1% - 8,8% với p = 0,01). Như vậy trong các tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết được phân tích thì chỉ có viêm bàng quang và viêm trực tràng sau xạ có sự khác biệt giữa hai nhóm. Kết luận này không tương đồng với nghiên cứu của Homenta và cộng sự khi chỉ ra HCDĐ làm tăng biến cố nôn và mệt mỏi có ý nghĩa thống kê [10].

Nhìn chung, tác dụng phụ ở các mức độ khác nhau có ảnh hưởng đến điều trị. 15,8% bệnh nhân HCDĐ (9/57 bệnh nhân) không hoàn thành ít nhất 4/5 chu kỳ Cisplatin và 5/6 chu kỳ Paclitaxel – Carboplatin tuần. Trong khi đó, chỉ 2% bệnh nhân ở nhóm HXTĐT không được điều trị đủ ít nhất 4/5 chu kỳ Cisplatin do tác dụng không mong muốn.

## 5. KẾT LUẬN

Hóa chất dẫn đầu kết hợp HXTĐT cho thấy tỷ lệ đáp ứng khách quan và tỷ lệ sống thêm không tiến triển 12 tháng tương đương với phác đồ không có hóa chất dẫn đầu. Bên cạnh đó, điều trị hóa chất dẫn đầu làm tăng đáng kể các độc tính huyết học độ 3 trở lên cũng như tỷ lệ viêm trực tràng, viêm bàng quang so với HXTĐT đơn thuần. Tổng kết lại, HXTĐT triệt căn nền tảng Platinum vẫn là phác đồ tiêu chuẩn, trong khi đó hóa chất dẫn đầu kết hợp HXTĐT nên được cá thể hóa điều trị, lựa chọn dành cho những bệnh nhân có thể trạng tốt và có biện pháp dự phòng, quản lý tác dụng phụ tối ưu. Tuy nhiên, cần thêm những nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá chính xác về lợi ích của phác đồ hóa chất dẫn đầu tại Việt Nam.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả trước đó.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229–63. doi:10.3322/caac.21834

[2] Pubweb.vn. Tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN 2022 [Internet]. [cited 2026 May 15]. Available from: https://nci.vn/tin-tuc/tinh-hinh-benh-ung-thu-tai-viet-nam-theo-globocan-2022-58

[3] Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu (Ban hành kèm theo Quyết định số 1514/QĐ-BYT ngày 01/4/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế) | Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh [Internet]. [cited 2026 May 17]. Available from: https://medinet.hochiminhcity.gov.vn/van-ban-cua-so-y-te/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-mot-so-benh-ung-buou-ban-hanh-kem-theo-quyet-di-vbct4639-28786.aspx

[4] Boeckman HJ, Trego KS, Turchi JJ. Cisplatin Sensitizes Cancer Cells to Ionizing Radiation via Inhibition of Nonhomologous End Joining. Mol Cancer Res. 2005 May 1;3(5):277–85. doi:10.1158/1541-7786.MCR-04-0032

[5] Bañuelos CA, Banáth JP, Kim JY, Aquino-Parsons C, Olive PL. γH2AX Expression in Tumors Exposed to Cisplatin and Fractionated Irradiation. Clin Cancer Res. 2009 May 18;15(10):3344–53. doi:10.1158/1078-0432.CCR-08-3114

[6] Qian W, Nishikawa M, Haque AMd, Hirose M, Mashimo M, Sato E, et al. Mitochondrial density determines the cellular sensitivity to cisplatin-induced cell death. Am J Physiol-Cell Physiol. 2005 Dec;289(6):C1466–75. doi:10.1152/ajpcell.00265.2005

[7] Cervical Cancer Prognosis and Survival Rates - NCI [pdq-CancerInfoSummary] [Internet]. 2022 [cited 2026 May 17]. Located at: nciglobal,ncienterprise. Available from: https://www.cancer.gov/types/cervical/survival

[8] Induction chemotherapy followed by standard chemoradiotherapy versus standard chemoradiotherapy alone in patients with locally advanced cervical cancer (GCIG INTERLACE): an international, multicentre, randomised phase 3 trial - The Lancet [Internet]. [cited 2026 May 17].

Available from: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01438-7/fulltext. doi:10.1016/S0140-6736(24)01438-7

[9] McCormack M, Kadalayil L, Hackshaw A, Hall-Craggs MA, Symonds RP, Warwick V, et al. A phase II study of weekly neoadjuvant chemotherapy followed by radical chemoradiation for locally advanced cervical cancer. Br J Cancer. 2013 Jun 25;108(12):2464–9. doi:10.1038/bjc.2013.230 PubMed PMID: 23695016; PubMed Central PMCID: PMC3694233.

[10] Homenta C, Kurniadi A, Winarno GNA, Santiana L, Utama MS. Neoadjuvant Paclitaxel–Carboplatin Followed by Concurrent Chemoradiotherapy versus Concurrent Chemoradiotherapy Alone in Locally Advanced Cervical Cancer. Int J Womens Health. 2026 Mar 13;18:580324. doi:10.2147/IJWH.S580324 PubMed PMID: 41853672; PubMed Central PMCID: PMC12994395.