

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ XẠ TRỊ CÙNG CỔ UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN IVB TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Đăng^{1,2,✉}, Lê Thị Hoa¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả xạ trị cùng cổ ung thư vòm mũi họng giai đoạn IVB. Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 60 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn IVB được xạ trị cùng cổ theo sau hóa chất tại Bệnh viện K từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2024. Trung vị thời gian theo dõi là 21,9 tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) và sống thêm toàn bộ (OS) tại thời điểm 12 tháng lần lượt là 81,7% và 93,3%. Di căn gan và di căn từ hai cơ quan trở lên có liên quan đến đáp ứng kém với xạ trị cùng cổ. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy cả hai yếu tố này đều là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị ($p < 0,05$). Tuy nhiên, chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa các đặc điểm di căn với thời gian sống thêm ($p > 0,05$).

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng, giai đoạn di căn xa, xạ trị cùng cổ, yếu tố ảnh hưởng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là bệnh ác tính có nguồn gốc từ biểu mô vòm mũi họng, là một trong những ung thư phổ biến vùng đầu cổ. Theo GLOBOCAN 2022 tại Việt Nam, ung thư vòm mũi họng đứng thứ 9 về tỷ lệ mắc mới và thứ 8 về tỷ lệ tử vong ở cả hai giới.¹ Điều trị ung thư vòm mũi họng giai đoạn muộn, hóa trị nền tảng dựa trên nhóm Platinum đóng vai trò chủ đạo, với tỷ lệ đáp ứng ghi nhận từ 70 - 80%.^{2,3} Đối với một số bệnh nhân có toàn trạng tốt và di căn giới hạn, xạ trị cùng cổ tại chỗ tại vùng sau hóa chất được khuyến cáo theo các hướng dẫn thực hành lâm sàng của mạng lưới Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ (NCCN) và hội Nội khoa Ung thư Châu Âu (ESMO).^{4,5}

Một thử nghiệm lâm sàng pha III, ngẫu nhiên, đa trung tâm đã cho thấy xạ trị cùng cổ cải thiện đáng kể tỷ lệ sống thêm toàn bộ

(OS) ở những bệnh nhân có đáp ứng sau hóa trị với tỷ lệ OS 24 tháng là 76% so với 54% ở nhóm chỉ hóa trị (HR 0,42).⁶ Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu cũng chỉ ra rằng vai trò của xạ trị cùng cổ ở nhóm bệnh nhân không đáp ứng với hóa chất còn chưa rõ ràng. Các nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận tính không đồng nhất về lợi ích của phương pháp điều trị này trên toàn bộ bệnh nhân.⁷⁻¹⁰ Do đó, các mô hình tiên lượng đã được phát triển nhằm mục tiêu cá thể hóa điều trị, trong đó chỉ ra một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị như: nồng độ CRP, đặc điểm di căn, nồng độ EBV-DNA sau điều trị, mức độ đáp ứng sau điều trị... Đây là những yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến sống thêm của bệnh nhân.¹¹

Dựa trên các lợi ích đã được ghi nhận, từ năm 2017, Bệnh viện K đã triển khai điều trị ung thư vòm mũi họng giai đoạn IVB bằng phác đồ hóa trị nền tảng nhóm Platinum kết hợp xạ trị cùng cổ tại chỗ tại vùng. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá các yếu

Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Đăng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyenvandang@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 23/04/2025

Ngày được chấp nhận: 22/05/2025

tổ tiên lượng liên quan đến kết quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị của phác đồ xạ trị củng cố theo sau hóa chất trên bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn IVB tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 60 bệnh nhân chẩn đoán ung thư vòm mũi họng giai đoạn IVB được điều trị bằng phác đồ xạ trị củng cố tại chỗ tại vùng sau hóa chất 6 chu kỳ tại bệnh viện K từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư vòm mũi họng bằng kết quả mô bệnh học theo phân loại WHO 2016.
- Bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn IVB (T bất kỳ N bất kỳ M1) theo AJCC 2017.
- Chỉ số toàn trạng: PS 0-2.
- Được điều trị hóa chất đủ 6 chu kỳ, đánh giá bệnh đáp ứng một phần hoặc toàn bộ, sau đó xạ trị củng cố tại chỗ tại vùng, có đánh giá kết thúc điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đã xạ trị triệt căn hoặc hóa xạ đồng thời điều trị ung thư vòm mũi họng trước đó.
- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hồi cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 08/2024 đến tháng 12/2024 tại khoa Xạ Đầu - cổ, Bệnh viện K.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, tổng số thu thập được 60 bệnh nhân.

Nội dung/chỉ số nghiên cứu:

Bệnh nhân được ghi nhận thông tin đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, chỉ số toàn trạng, xét nghiệm máu trước điều trị, đặc điểm di căn, phác đồ điều trị.

Đánh giá kết quả: Đáp ứng hoàn toàn, một phần, bệnh ổn định, tiến triển theo RECIST 1.1. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) là khoảng thời gian từ lúc tham gia nghiên cứu đến khi bệnh tiến triển hoặc tử vong vì bất cứ nguyên nhân gì. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là khoảng thời gian từ lúc tham gia nghiên cứu đến khi tử vong vì bất cứ nguyên nhân gì.

Quy trình tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu, bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng.

Bước 2: Điều trị hóa chất: Phác đồ hóa chất nền tảng nhóm Platinum, chu kỳ 3 tuần, trong 6 chu kỳ. Sau đó, đánh giá đáp ứng (khám lâm sàng, nội soi TMH, MRI/CT đầu cổ, CLVT ngực/bụng, siêu âm hạch cổ). Các trường hợp bệnh đáp ứng hoàn toàn, một phần tiếp tục được xạ trị củng cố tại chỗ tại vùng.

Bước 3: Xạ trị củng cố: Bệnh nhân được xạ trị 69,96Gy - 70Gy, 33 hoặc 35 buổi, kỹ thuật VMAT/IMRT hoặc 3D-CRT. Kế hoạch xạ trị được xác lập dựa trên kết quả MRI trước và sau điều trị hóa chất. Sau kết thúc điều trị, đánh giá đáp ứng điều trị tại chỗ tại vùng (khám lâm sàng, nội soi TMH, MRI/CT đầu cổ).

Theo dõi sau điều trị khám định kỳ mỗi 3 tháng, bằng khám lâm sàng, nội soi TMH, MRI/CT đầu cổ, siêu âm hạch cổ, siêu âm ổ bụng và X-quang ngực thẳng.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các thuật toán thống kê: tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn, dùng test χ^2 (Chi-

square) hoặc test Fisher exact để kiểm định ý nghĩa thống kê khi so sánh các tỷ lệ và ước tính nguy cơ OR, phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến sống thêm bằng kiểm định Log rank, phân tích đơn biến, đa biến.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao

chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Kết quả nghiên cứu được công bố trung thực. Các thông tin về bệnh nhân được bảo mật thông qua việc mã hóa số liệu trên máy tính.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		n	%
Tuổi trung bình		53,1 ± 10,6 (31 – 70)	
ECOG*	0	41	68,3
	1	19	31,7
Tình trạng thiếu máu	Hb < 120 g/L	7	11,7
	Hb ≥ 120 g/L	53	88,3
Vị trí di căn	Di căn xa tại hạch	17	28,3
	Phổi	21	35
	Gan	13	21,7
	Xương	30	50
	Vị trí khác	2	3,3
Số cơ quan di căn	1	38	63,3
	≥ 2	22	36,7
Số ổ di căn	≤ 3	25	41,7
	>3	35	58,3
Đặc điểm di căn	Di căn giới hạn (Oligometastatic)**	39	65
	Di căn lan tràn (Polymetastatic)	21	35

* Chỉ số ECOG được ghi nhận tại thời điểm chẩn đoán

** Di căn giới hạn (Oligometastatic) định nghĩa: di căn ≤ 2 cơ quan và ≤ 5 ổ tổn thương.^{12,13}

Nhận xét: Tuổi trung bình là 53,1. Phần lớn bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt, ECOG 0 chiếm 68,3%. Di căn xương là vị trí phổ biến nhất (50%). Đa số bệnh nhân di căn một cơ quan chiếm 63,3%, tuy nhiên có đến 58,3% di căn trên 3 ổ. Tỷ lệ bệnh nhân di căn giới hạn chiếm 65%.

Bảng 2. Đặc điểm điều trị

		n	%
Hóa chất	Gemcitabine – Cisplatin	44	73,3
	Phác đồ khác	16	26,7
Đáp ứng sau hóa chất	Hoàn toàn	2	3,3
	Một phần	58	96,7
Xạ trị	3D – CRT	14	23,3
	IMRT/ VMAT	46	76,7
Đáp ứng sau điều trị	Hoàn toàn/Một phần	49	81,7
	Giữ nguyên /Tiến triển	11	18,3

Nhận xét: Phác đồ Gemcitabine – Cisplatin được dùng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 73,3%. Hầu hết bệnh nhân được xạ trị bằng kỹ thuật hiện đại IMRT/VMAT chiếm 76,7%. Sau xạ trị củng cố tỷ lệ đáp ứng chiếm 81,7%.

2. Kết quả điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị

Yếu tố		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		Đáp ứng sau điều trị		OR (95% CI)	Giá trị p
		Hoàn toàn /Một phần	Giữ nguyên / Tiến triển		
ECOG	0	33	8	0,736	
	1	16	3		
Di căn phổi	Không	33	6	0,493	
	Có	16	5		
Di căn gan	Không	43	4	0,001	8,51 (1,69 – 42,76)
	Có	6	7		
Di căn xương	Không	25	5	0,742	
	Có	24	6		
Số cơ quan di căn	1	35	3	0,006	5,26 (1,03 – 26,91)
	≥ 2	14	8		
Số ổ di căn	≤ 3	22	3	0,332	
	> 3	27	8		

Yếu tố		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		Đáp ứng sau điều trị		Giá trị p	OR (95% CI) Giá trị p
		Hoàn toàn / Một phần	Giữ nguyên / Tiến triển		
Đặc điểm di căn	<i>Di căn giới hạn</i>	33	6	0,493	
	<i>Di căn lan tràn</i>	16	5		
Hóa chất	Gemcitabine – Cisplatin	34	10	0,259	0,26 (0,03 – 2,83) 0,271
	<i>Phác đồ khác</i>	15	1		
Xạ trị	3D – CRT	13	1	0,43	
	<i>IMRT/VMAT</i>	36	10		

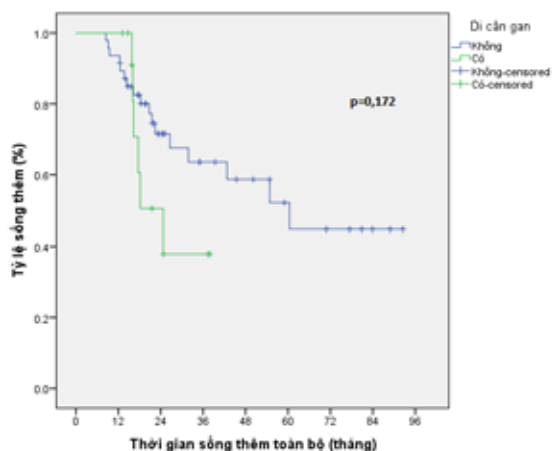
Trong phân tích đơn biến, các đặc điểm liên quan đến đáp ứng kém với điều trị là tình trạng di căn gan ($p = 0,001$) và di căn ≥ 2 cơ quan ($p = 0,006$). Trong mô hình phân tích hồi quy logistic đa biến gồm 3 biến: di căn gan, số cơ quan di căn và phác đồ hóa chất, cho thấy cả di

căn gan ($OR = 8,51$; 95% CI: 1,69 – 42,76; $p = 0,009$) và di căn ≥ 2 cơ quan ($OR = 5,26$; 95% CI: 1,03 – 26,91; $p = 0,046$) là yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến nguy cơ không đáp ứng sau điều trị.

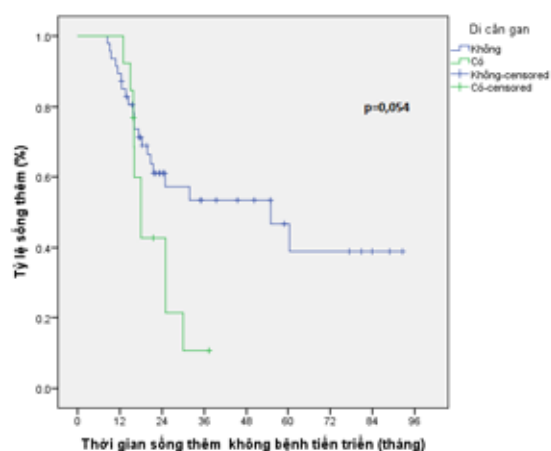
Bảng 4. Thời gian sống thêm

Trung vị OS (tháng)	OS 12 tháng	OS 24 tháng
–	93,3%	64,9%
Trung vị PFS (tháng)	PFS 12 tháng	PFS 24 tháng
24,9 $\pm$ 14,9 (95%CI: 0,0 – 54,1)	81,7%	48,6%

Thời gian theo dõi trung vị 21,9 tháng, tỷ lệ PFS và OS tại thời điểm 12 tháng tương ứng 81,7% và 93,3%.



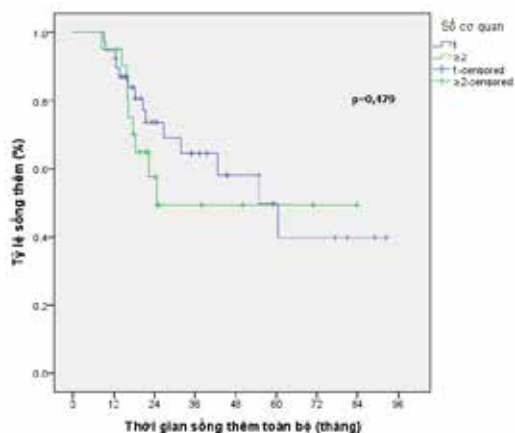
a) Mối liên quan giữa OS và tình trạng di căn gan



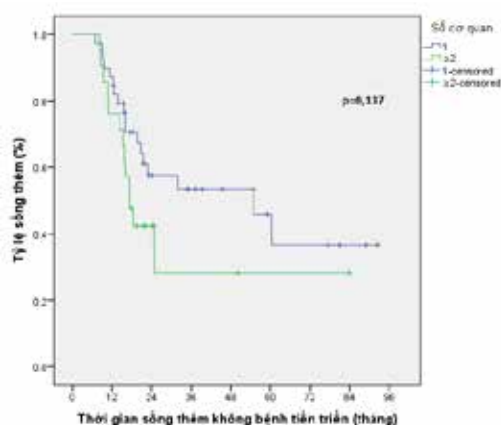
b) Mối liên quan giữa PFS và tình trạng di căn gan

Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa OS, PFS và tình trạng di căn gan

Nhận xét: Chưa có mối liên quan giữa sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) với tình trạng di căn gan ($p > 0,05$).



a) Mối liên quan giữa OS và số cơ quan di căn



b) Mối liên quan giữa PFS và số cơ quan di căn

Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa OS, PFS và số cơ quan di căn

Nhận xét: Chưa có mối liên quan giữa sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) với số cơ quan di căn ($p > 0,05$).

Bảng 5. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sống thêm toàn bộ

Yếu tố		Phân tích đơn biến		
		Tỷ lệ OS 12 tháng	Tỷ lệ OS 18 tháng	p
ECOG	0	84,5%	46,2%	0,828
	1	90%	50%	
Tình trạng thiếu máu	Hb < 120 g/L	75%	25%	0,131
	Hb ≥ 120 g/L	93,8%	50%	
Số ổ di căn	≤ 3	81,8%	45,5%	0,834
	> 3	83,3%	41,7%	
Đặc điểm di căn	Di căn giới hạn	78,6%	50%	0,908
	Di căn lan tràn	88,9%	44,4%	
Đáp ứng sau điều trị	Hoàn toàn/Một phần	85%	50%	0,442
	Giữ nguyên/Tiến triển	66,7%	33,3%	

Nhận xét: Chỉ số toàn trạng, tình trạng thiếu máu trước điều trị, số ổ di căn, đặc điểm di căn và đáp ứng sau điều trị có ảnh hưởng đến thời

gian sống thêm toàn bộ (OS), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sống thêm không bệnh tiến triển

Yếu tố		Phân tích đơn biến		
		Tỷ lệ PFS 12 tháng	Tỷ lệ PFS 18 tháng	p
ECOG	0	64,7%	29,4%	0,74
	1	71,4%	28,6%	
Tình trạng thiếu máu	Hb < 120 g/L	75%	25%	0,736
	Hb ≥ 120 g/L	66,7%	29,2%	
Số ổ di căn	≤ 3	71,4%	28,6	0,722
	> 3	64,7%	29,4	
Đặc điểm di căn	Di căn giới hạn	70%	30%	0,621
	Di căn lan tràn	63,6%	27,3%	

Nhận xét: Chỉ số toàn trạng, tình trạng thiếu máu trước điều trị, số ổ di căn và đặc điểm di căn có ảnh hưởng đến thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình bệnh nhân là 53,1 tuổi, tương tự với đặc điểm dịch tễ của ung thư vòm mũi họng

giai đoạn di căn tại khu vực.^{6,8} Phần lớn bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt (ECOG 0 chiếm 68,3%), điều này phù hợp với các khuyến cáo của NCCN và ESMO về chỉ định xạ trị củng cố cho nhóm có thể trạng tốt.^{4,5} Sau xạ trị củng cố, tỷ lệ đáp ứng đạt 81,7%, tương đương với kết quả nghiên cứu trước đó.⁶ Trung vị thời gian theo dõi là 21,9 tháng, với tỷ lệ OS và PFS tại thời điểm 12 tháng lần lượt là 93,3% và 81,7%. Dù thời gian theo dõi còn hạn chế, kết quả bước đầu cho thấy hiệu quả của xạ trị củng cố trong việc kiểm soát bệnh và kéo dài thời gian sống thêm ở bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn muộn.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận, nhóm bệnh nhân đáp ứng kém với điều trị có liên quan đến tình trạng di căn gan ($p = 0,001$) và di căn ≥ 2 cơ quan ($p = 0,006$). Trong đó, cả 2 yếu tố được xác định là các yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến đáp ứng sau điều trị ($p < 0,05$). Điều này có thể giải thích do gan là cơ quan có thể tích lớn, có nguồn cấp máu dồi dào và tham gia vào quá trình chuyển hóa thuốc, do đó các tổn thương di căn tại gan dễ tiến triển nhanh chóng và ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Bên cạnh đó, khi bệnh tiến triển di căn từ 2 cơ quan trở lên thể hiện mức độ lan rộng của bệnh và gánh nặng khối u lớn, điều này khiến bệnh khó kiểm soát hơn. Một điều đáng chú ý khác là phác đồ hóa chất và kỹ thuật xạ trị không ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Điều này được ủng hộ từ dữ liệu trong các nghiên cứu tương tự.¹⁴ Từ đó, cho thấy rằng khi phác đồ điều trị đã được chuẩn hóa, các tiến bộ trong kỹ thuật xạ trị mục tiêu để cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm thiểu tác dụng không mong muốn.

Khái niệm “di căn giới hạn” (oligometastatic) hiện vẫn chưa có sự thống nhất trong UTMH. Theo Zeng và cộng sự, di căn giới hạn được định nghĩa di căn ≤ 2 cơ quan và ≤ 5 ổ tổn thương.¹³ Đây là một yếu tố tiên lượng quan

trọng, giúp xác định nhóm bệnh nhân có thể hưởng lợi từ các phương pháp điều trị tích cực như xạ trị củng cố. Nghiên cứu của tác giả Xu và cộng sự cũng ủng hộ vai trò tiên lượng của đặc điểm này, đồng thời nhấn mạnh vai trò của nó trong lựa chọn bệnh nhân phù hợp với xạ trị củng cố.^{12,13} Phân loại AJCC phiên bản thứ 9 của ung thư vòm mũi họng, số lượng ổ di căn > 3 được xem là một yếu tố tiên lượng xấu (tỷ lệ OS 5 năm nhóm di căn ≤ 3 ổ là 60,7% so với 44,2% ở nhóm di căn > 3 ổ; $p = 0,01$), củng cố thêm giá trị của việc đánh giá mức độ di căn để định hướng điều trị phù hợp.¹⁵ Bên cạnh di căn giới hạn, tình trạng di căn gan cũng đóng vai trò quan trọng trong việc tiên lượng và dự đoán khả năng hưởng lợi từ xạ trị củng cố. Trong nghiên cứu của Lu và cộng sự, tác giả đề xuất phân nhóm giai đoạn M1 thành hai phân nhóm nhỏ: M1a (di căn giới hạn và không có di căn gan) và M1b (di căn lan tràn hoặc có di căn gan). Kết quả cho nhóm M1a có thể hưởng lợi đáng kể từ xạ trị củng cố kết hợp với điều trị toàn thân, trong khi nhóm M1b không ghi nhận lợi ích rõ rệt (tỷ lệ OS 3 năm của nhóm M1a và M1b lần lượt là 64,9% và 35,0%; $p < 0,001$).¹⁶ Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm của nhóm di căn ≥ 2 cơ quan, số ổ di căn > 3 ổ, di căn lan tràn hay tình trạng có di căn gan có xu hướng thấp hơn so với nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bên cạnh đó, nồng độ EBV-DNA sau điều trị được xem là một dấu ấn sinh học tiềm năng trong phân tầng tiên lượng. Nghiên cứu của tác giả Li ghi nhận bệnh nhân có nồng độ EBV-DNA sau hóa trị dưới ngưỡng phát hiện, có thể không có lợi ích khi bổ sung thêm xạ trị tại chỗ tại vùng.¹⁷ Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có dưới 10% bệnh nhân được xét nghiệm EBV-DNA sau điều trị, khiến việc đánh giá giá trị tiên lượng của EBV-DNA còn hạn chế.

Nhiều nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu xây dựng mô hình tiên lượng đa yếu tố. Nghiên cứu của tác giả Li (2021) phát triển mô hình tiên lượng giúp phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân ung thư vòm mũi họng di căn mới chẩn đoán được điều trị hóa chất theo sau bởi xạ trị.¹¹ Mô hình nomogram phân tầng bệnh nhân thành ba nhóm tiên lượng dựa trên 5 yếu tố: nồng độ CRP, số cơ quan di căn, di căn gan, nồng độ EBV-DNA sau điều trị, đáp ứng sau điều trị tại vị trí di căn. Kết quả cho thấy nhóm nguy cơ thấp có khả năng hưởng lợi rõ rệt từ xạ trị củng cố, thể hiện qua việc cải thiện đáng kể về thời gian sống thêm, trong khi nhóm nguy cơ cao không ghi nhận hiệu quả sống thêm rõ ràng (tỷ lệ OS 3 năm nhóm nguy cơ thấp, trung bình, cao lần lượt 79,1%, 31,0%, 11,1%).

Qua phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận một số xu hướng tương đồng. Cụ thể thời gian sống thêm ở nhóm bệnh nhân có chỉ số ECOG = 1, tình trạng thiếu máu trước điều trị có xu hướng thấp hơn nhóm còn lại, mặc dù sự khác biệt này chưa đạt ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ OS 12 tháng của nhóm có đáp ứng sau điều trị cũng cao hơn nhóm không đáp ứng (85% so với 66,7%) tuy nhiên sự khác biệt này cũng chưa có ý nghĩa thống kê với $p = 0,442$. Điều này có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn và thời gian theo dõi chưa đủ dài để đánh giá đầy đủ sự khác biệt giữa các nhóm.

Kết quả sau hơn 5 năm theo dõi của chúng tôi ghi nhận hiệu quả của phác đồ xạ trị củng cố ở bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn IVB. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu nghiên cứu còn khiêm tốn và thời gian theo dõi chưa đủ dài để đánh giá toàn diện hiệu quả điều trị và các yếu tố tiên lượng. Thứ hai, xét nghiệm nồng độ EBV-DNA – một dấu ấn sinh học có giá trị tiên lượng quan trọng - chưa được thực hiện thường quy tại thời điểm nghiên cứu. Do đó, cần có các nghiên cứu

chuyên sâu và dài hạn hơn, kết hợp với phân tích thêm các yếu tố như nồng độ EBV-DNA, nồng độ CRP, điều trị tại vị trí di căn... nhằm cung cấp hiểu biết toàn diện hơn và tối ưu hóa chiến lược điều trị.

V. KẾT LUẬN

Đối với bệnh nhân ung thư vòm mũi họng di căn mới chẩn đoán, xạ trị củng cố theo sau hóa chất giúp cải thiện kiểm soát bệnh và kéo dài thời gian sống thêm. Nghiên cứu cho thấy di căn gan và di căn từ hai cơ quan trở lên là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị. Một số yếu tố khác có liên quan đến thời gian sống thêm, nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Do đó, cần có các nghiên cứu với thời gian theo dõi dài hơn trên số lượng lớn bệnh nhân nhằm đánh giá chính xác hiệu quả của phác đồ này cũng như các yếu tố tiên lượng.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo, phòng kế hoạch tổng hợp, khoa xạ Đuôi cổ Bệnh viện K đã tạo điều kiện giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này. Tác giả cam kết không có xung đột lợi ích ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

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. Zhang L, Huang Y, Hong S, et al. Gemcitabine plus cisplatin versus fluorouracil plus cisplatin in recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma: a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. *The Lancet*. 2016; 388(10054): 1883-1892. doi:10.1016/S0140-6736(16)31388-5.

3. Chen YP, Chan ATC, Le QT, Blanchard P, Sun Y, Ma J. Nasopharyngeal carcinoma. *The Lancet*. 2019; 394(10192): 64-80. doi:10.1016/S0140-6736(19)30956-0.
4. Bossi P, Chan AT, Licitra L, et al. Nasopharyngeal carcinoma: ESMO-EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Ann Oncol*. 2021; 32(4): 452-465. doi:10.1016/j.annonc.2020.12.007.
5. National Comprehensive Cancer Network Head and Neck Cancers, version 2.2025. Accessed April 01, 2025. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf.
6. You R, Liu YP, Huang PY, et al. Efficacy and Safety of Locoregional Radiotherapy With Chemotherapy vs Chemotherapy Alone in De Novo Metastatic Nasopharyngeal Carcinoma: A Multicenter Phase 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncology*. 2020; 6(9): 1345-1352. doi:10.1001/jamaoncol.2020.1808.
7. Lin S, Tham IWK, Pan J, Han L, Chen Q, Lu JJ. Combined high-dose radiation therapy and systemic chemotherapy improves survival in patients with newly diagnosed metastatic nasopharyngeal cancer. *Am J Clin Oncol*. 2012; 35(5): 474-479. doi:10.1097/COC.0b013e31821a9452.
8. Rusthoven CG, Lanning RM, Jones BL, et al. Metastatic nasopharyngeal carcinoma: Patterns of care and survival for patients receiving chemotherapy with and without local radiotherapy. *Radiother Oncol*. 2017; 124(1): 139-146. doi:10.1016/j.radonc.2017.03.019.
9. Chen MY, Jiang R, Guo L, et al. Locoregional radiotherapy in patients with distant metastases of nasopharyngeal carcinoma at diagnosis. *Chin J Cancer*. 2013; 32(11): 604-613. doi:10.5732/cjc.013.10148.
10. Hui EP, Leung SF, Au JSK, et al. Lung metastasis alone in nasopharyngeal carcinoma: a relatively favorable prognostic group. A study by the Hong Kong Nasopharyngeal Carcinoma Study Group. *Cancer*. 2004; 101(2): 300-306. doi:10.1002/cncr.20358.
11. Li WZ, Hua X, Xie DH, et al. Prognostic model for risk stratification of de novo metastatic nasopharyngeal carcinoma patients treated with chemotherapy followed by locoregional radiotherapy. *ESMO Open*. 2021; 6(1). doi:10.1016/j.esmoop.2020.100004.
12. Xu H, Lu L, Lu T, et al. Identifying the optimal candidates for locoregional radiation therapy in patients with de novo metastatic nasopharyngeal carcinoma. *Head Neck*. 2021; 43(9): 2602-2610. doi:10.1002/hed.26726.
13. Zeng F, Lu T, Xie F, et al. Effects of locoregional radiotherapy in de novo metastatic nasopharyngeal carcinoma: A real-world study. *Transl Oncol*. 2021; 14(11): 101187. doi:10.1016/j.tranon.2021.101187.
14. Yang JH, Sun XS, Xiao BB, et al. Subdivision of de-novo metastatic nasopharyngeal carcinoma based on tumor burden and pretreatment EBV DNA for therapeutic guidance of locoregional radiotherapy. *BMC Cancer*. 2021; 21: 534. doi:10.1186/s12885-021-08246-0.
15. Pan JJ, Mai HQ, Ng WT, et al. Ninth Version of the AJCC and UICC Nasopharyngeal Cancer TNM Staging Classification. *JAMA Oncology*. 2024; 10(12): 1627-1635. doi:10.1001/jamaoncol.2024.4354.
16. Lu TZ, Zeng F, Juan, Hu YJ, et al. Anatomic prognostic factors and their potential roles in refining M1 classification for de novo metastatic nasopharyngeal carcinoma. *Cancer Medicine*. 2023; 12(24): 22091-22102. doi:10.1002/cam4.6816.

17. Li WZ, Lv SH, Liu GY, et al. Development of a Prognostic Model to Identify the Suitable Definitive Radiation Therapy Candidates in de Novo Metastatic Nasopharyngeal Carcinoma:

A Real-World Study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2021; 109(1): 120-130. doi:10.1016/j.ijrobp.2020.08.045.

Summary

PROGNOSTIC FACTORS AFFECTING THE OUTCOMES OF CONSOLIDATION RADIOTHERAPY FOR STAGE IVB NASOPHARYNGEAL CARCINOMA AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

This study was conducted to evaluate factors related to the outcomes of consolidation radiotherapy in stage IVB nasopharyngeal carcinoma (NPC). A retrospective descriptive analysis was performed on 60 patients with stage IVB NPC who received consolidation radiotherapy following chemotherapy at Vienam National Cancer Hospital from January 2017 to December 2024. The median follow-up time was 21.9 months. The 12-month progression-free survival (PFS) and overall survival (OS) rates were 81.7% and 93.3%, respectively. Liver metastasis and metastasis involving two or more organs were associated with poor response to consolidative radiotherapy. Multivariate logistic regression analysis identified both factors as independent prognostic factors for treatment response ($p < 0.05$). However, no statistically significant association was found between metastatic characteristics and survival outcomes ($p > 0.05$).

Keywords: Nasopharyngeal carcinoma, distant metastasis, consolidation radiotherapy, prognostic factors.