

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ KHOANG MIỆNG GIAI ĐOẠN III-IV BẰNG HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Võ Văn Kha và Trần Thị Hương Lý✉
Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ

Đánh giá kết quả điều trị bước đầu ung thư khoang miệng bằng hóa xạ trị đồng thời. Phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 36 người bệnh ung thư khoang miệng từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025. Tuổi trung bình là $54,22 \pm 8,58$. Nam chiếm tỷ lệ 88,9%. Giai đoạn bệnh III 11,1%, 88,9% giai đoạn IV (IVA chiếm 66,7% và IVB là 22,2% người bệnh). Tại thời điểm 3 tháng sau điều trị, 38,9% người bệnh đáp ứng hoàn toàn, 8,3% người bệnh tiến triển và 5,6% người bệnh ổn định. Tỷ lệ sống còn bệnh không tiến triển tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 1 năm lần lượt là 100%, 90,8% và 75%. Tỷ lệ sống còn toàn bộ tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 1 năm lần lượt là: 100%, 100% và 93,1%. Người bệnh ung thư khoang miệng điều trị bằng hóa xạ trị phối hợp đồng thời kéo dài thời gian sống thêm ở giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng.

Từ khoá: Ung thư khoang miệng, hoá xạ trị đồng thời, Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư khoang miệng (UTKM) bao gồm các tổn thương ác tính xuất phát từ môi, nướu răng, tam giác hậu hàm, khẩu cái cứng, lưỡi di động, niêm mạc má và sàn miệng.¹ Trên thế giới, số lượng mắc mới ở nam giới là 264.211 (chiếm 2,5%) và 126.208 trường hợp tử vong (2,29%). Ở nữ giới, số lượng mắc mới là 113.502 (1,2%) và tử vong là 51.549 (1,22%).² Tại Việt Nam, theo GLOBOCAN 2022 ghi nhận 2.449 ca mắc mới và 1.279 ca tử vong hàng năm.³ Điều trị UTKM bao gồm phẫu thuật, xạ trị và hóa trị, trong đó lựa chọn phương pháp phụ thuộc chủ yếu vào giai đoạn bệnh và tình trạng toàn thân của bệnh nhân.⁴ Đối với giai đoạn tiến xa tại chỗ – tại vùng (III–IVA), hóa xạ trị đồng thời với cisplatin là phác đồ điều trị chuẩn, với tỷ lệ đáp ứng dao động từ 81,6 – 97,1%, thời gian sống

thêm trung bình khoảng 25 tháng, tuy nhiên tái phát và di căn vẫn chủ yếu xảy ra trong 2 năm đầu sau điều trị, kèm theo các biến chứng muộn như khô miệng.^{5,6} Tại Cần Thơ, dữ liệu về kết quả điều trị ung thư khoang miệng bằng hóa xạ trị đồng thời còn ít, đặc biệt xạ trị được thực hiện bằng máy Cobalt-60; do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả bước đầu điều trị ung thư khoang miệng giai đoạn III–IV bằng hóa xạ trị đồng thời tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư khoang miệng giai đoạn III, IV có chỉ định hóa xạ trị đồng thời.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Được chẩn đoán xác định là ung thư khoang miệng dựa trên mô bệnh học, giai đoạn từ III đến IV.

- Kết quả giải phẫu bệnh là carcinôm tế bào

Tác giả liên hệ: Trần Thị Hương Lý

Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ

Email: bshuongly@gmail.com

Ngày nhận: 09/03/2026

Ngày được chấp nhận: 27/03/2026

gai.

- Chỉ định điều trị bằng hoá xạ đồng thời.
- Có chỉ số hoạt động cơ thể KPS \geq 70.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có tiền sử UTKM hoặc đồng mắc ung thư khác.

- Người bệnh mang thai hoặc đang cho con bú.

- Có tiền sử xạ trị vào vùng đầu mặt cổ trước đó.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Ung bướu TP. Cần Thơ từ tháng 06/2024 đến tháng 06/2025.

Cỡ mẫu

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} = 1,96^2 \frac{0,957(1-0,957)}{0,07^2} \approx 32,33$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

$Z_{1-\alpha/2}$: mức độ tin cậy với độ tin cậy $\alpha = 0,05$ từ đó ta có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

p: Tỷ lệ kiểm soát bệnh theo tác giả Nguyễn Văn Đăng, $p = 0,957$.⁶

d: là mức sai số tuyệt đối chấp nhận được, chọn $d = 0,07$.

Thay vào công thức có được $n = 32,33$. Cỡ mẫu tối thiểu là 33 người bệnh.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện: tất cả người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong suốt thời gian tiến hành thu thập số liệu.

Biến số và chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: Độ tuổi, giới tính, phân giai đoạn theo TNM (AJCC 8) (Bảng 1).

Điều trị: Hóa xạ trị đồng thời: Hóa trị cisplatin, bắt đầu từ tuần 1 đến tuần 6 liên tiếp cùng với xạ trị + Xạ trị: xạ trị ngoài bằng máy xạ trị Cobalt 60 hiệu Bhabhatron II.

Đánh giá: Thời gian sống thêm không bệnh, thời gian sống thêm toàn bộ. Tác dụng phụ của hoá trị và biến chứng sau xạ trị.

Bảng 1. Phân giai đoạn TNM theo AJCC phiên bản thứ 8⁷

T	Bướu nguyên phát
Tis	Carcinôm tại chỗ
T1	Bướu \leq 2 cm và DOI \leq 5 mm
T2	Bướu \leq 2 cm và 5 mm < DOI \leq 10 mm Hoặc 2 cm < bướu \leq 4 cm và DOI \leq 10 mm
T3	2 cm < bướu \leq 4 cm và DOI > 10 mm Hoặc bướu > 4 cm và DOI \leq 10 mm
T4	Bệnh tiến xa tại chỗ trung bình hoặc trầm trọng T4a: Tiến xa tại chỗ trung bình; bướu > 4 cm và DOI > 10 mm hoặc xâm lấn màng xương hoặc da mặt T4b: Tiến xa tại chỗ trầm trọng; khoang cơ nhai, chân bướm khẩu cái, đáy sọ hoặc bao quanh động mạch cảnh trong

N		Hạch di căn
N0	Không có hạch di căn	
N1	Một hạch một bên, ≤ 3 cm, ENE (-)	
N2	N2a: Một hạch một bên, $3 \text{ cm} < \text{hạch} \leq 6 \text{ cm}$, ENE (-)	
	N2b: Nhiều hạch một bên, $\leq 6 \text{ cm}$, ENE (-)	
	N2c: Hạch hai bên hoặc đối bên, $\leq 6 \text{ cm}$, ENE (-)	
N3	N3a: Hạch $> 6 \text{ cm}$, ENE (-)	
	N3b: Hạch kích thước bất kỳ, ENE (+)	
M		Di căn xa
M0	Không có di căn xa	
M1	Có di căn xa	

Phân tích số liệu

Số liệu nghiên cứu được mã hoá, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các giá trị sống thêm được phân tích bằng phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan–Meier.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc đạo đức của nghiên cứu y học, được sự chấp

thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ.

Các thông tin về người bệnh được bảo mật hoàn toàn và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm tuổi, giới, triệu chứng cơ năng, giai đoạn

	Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
<i>Tuổi</i>	≤ 40	2	5,6
	41 - 50	11	30,6
	51 - 60	13	36,1
	61 - 70	10	27,8
	Trung bình	54,22 \pm 8,58	
<i>Giới tính</i>	Nam	32	88,9
	Nữ	4	11,1
<i>Vị trí u</i>	Niêm mạc má	1	2,8
	Tam giác hậu hàm	1	2,8
	Nướu răng	4	11,1
	Sàn miệng	14	38,9
	Lưỡi	16	44,4

	Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Giai đoạn	III	4	11,1
	IVA	24	66,7
	IVB	8	22,2
Tổng		36	100

Tuổi trung bình là $54,22 \pm 8,58$, với độ tuổi từ 34 đến 68. Nam giới chiếm chủ yếu (88,9%), tỷ lệ nam/nữ là 8/1. Vị trí ung thư khoang miệng

nhều nhất là ở lưỡi (44,4%), giai đoạn IVA cao (66,7%).

2. Kết quả điều trị

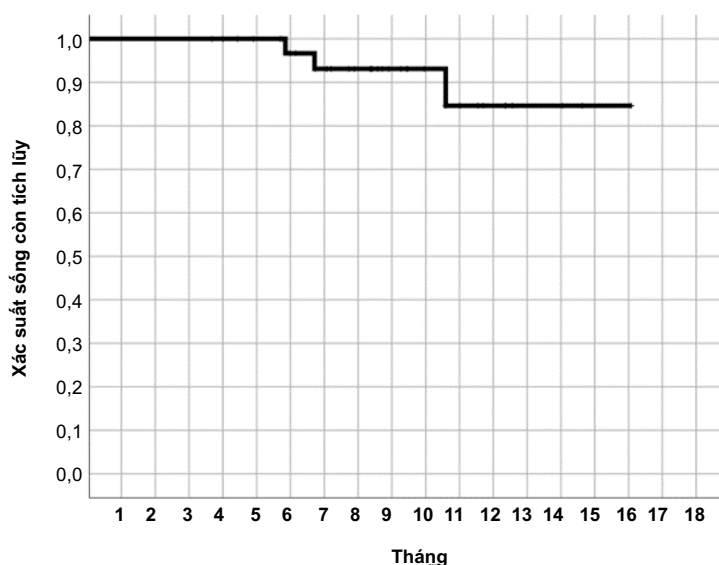
Bảng 3. Đáp ứng chung sau 3 tháng

	Đặc điểm đáp ứng điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Tổng (%)
Có đáp ứng	Đáp ứng hoàn toàn	14	38,9	86,1
	Đáp ứng một phần	17	47,2	
Không đáp ứng	Bệnh ổn định	2	5,6	13,9
	Bệnh tiến triển	3	8,3	
Tổng		36	100	

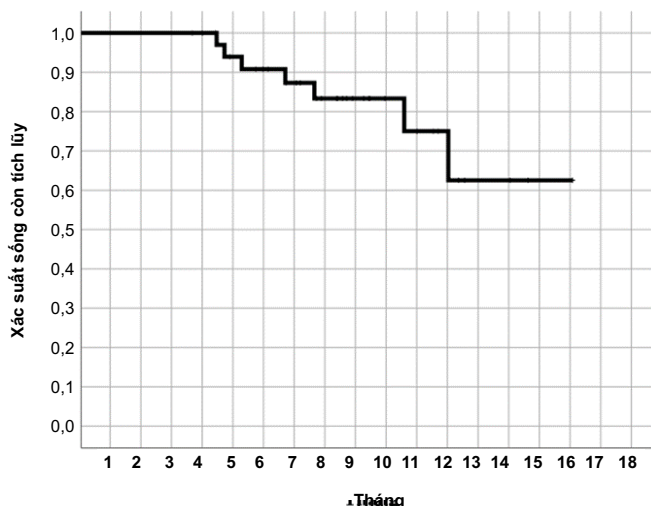
Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 38,9%; bệnh tiến triển 8,3%; bệnh ổn định 5,6%.

điểm 3 tháng, 6 tháng và 1 năm lần lượt là: 100%, 100% và 93,1%.

Tỷ lệ người bệnh sống còn toàn bộ tại thời



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Tỷ lệ người bệnh sống còn bệnh không tiến triển tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 1 năm lần lượt là 100%, 90,8% và 75%.

3. Đánh giá một số độc tính của phác đồ

Bảng 4. Độc tính huyết học

Độc tính	Không có, n (%)	Độ 1-2, n (%)	Độ 3-4, n (%)
Thiếu máu	9 (25)	17 (75)	0
Giảm bạch cầu	18 (50)	14 (38,9)	4 (11,1)
Giảm tiểu cầu	30 (83,3)	6 (16,7)	0

Độc tính thiếu máu độ 1-2 chiếm 75%, có 4 người bệnh giảm bạch cầu độ 3-4, không có trường hợp giảm tiểu cầu và thiếu máu độ 3-4.

Bảng 5. Độc tính ngoài huyết học

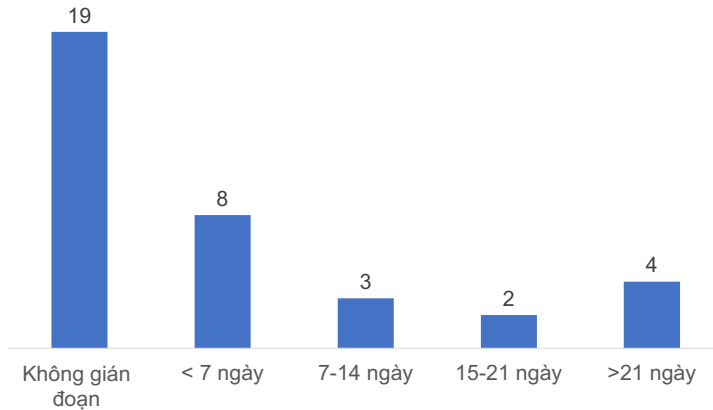
Độc tính	Không có n (%)	Độ 1-2 n (%)	Độ 3-4 n (%)
Tăng AST/ALT	33 (91,7)	3 (8,3)	0
Tăng Creatinin	32 (88,9)	4 (11,1)	0

Tăng creatinin là độc tính ngoài huyết học thường gặp. Không ghi nhận trường hợp độc tính mức độ 3-4.

Bảng 6. Biến chứng xạ trị

Độc tính	Không có n (%)	Độ 1-2 n (%)	Độ 3-4 n (%)
Viêm niêm mạc miệng	0	9 (25)	27 (75)
Khô miệng	0	30 (83,4)	6 (16,7)
Viêm da do xạ	0	20 (55,6)	16 (44,4)

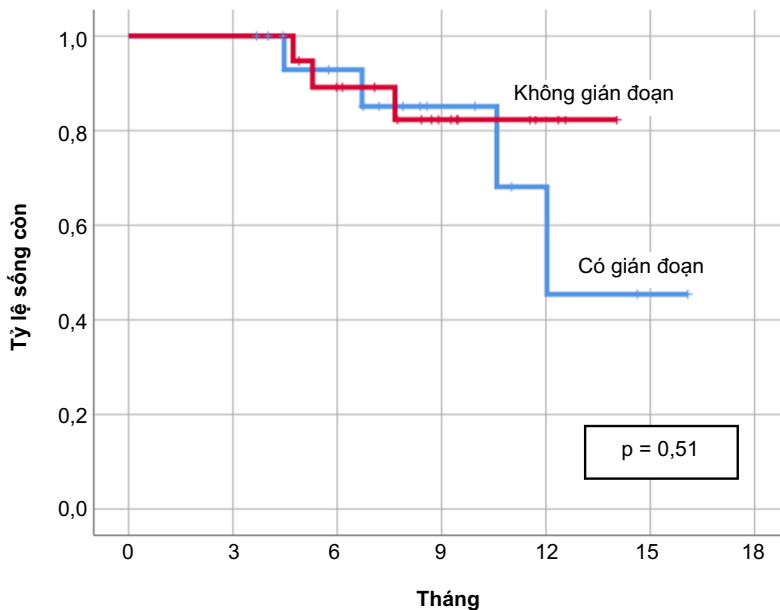
Người bệnh xạ trị có tỷ lệ 100% gặp biến chứng viêm niêm mạc miệng, khô miệng và viêm da do xạ trị. Tác dụng phụ độ 3-4 ở viêm niêm mạc miệng chiếm 75%.



Biểu đồ 3. Thời gian gián đoạn xạ trị

Thời gian gián đoạn xạ trị trung bình là $5,58 \pm 9,23$ ngày. Người bệnh bị gián đoạn xạ trị dài nhất là 34 ngày (Biểu đồ 3).

Người bệnh không gián đoạn xạ trị có khuynh hướng PFS tốt hơn nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,51$) (Biểu đồ 4).



Biểu đồ 4. Mối liên quan giữa gián đoạn xạ trị và PFS

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh UTKM có tuổi trung bình là $54,22 \pm 8,58$, với nhóm tuổi 51 – 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (36,1%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của UTKM, thường gặp ở nhóm tuổi trung niên và lớn tuổi. So với nghiên cứu của Phạm Nguyên

Tường ghi nhận tuổi trung bình là 57,9 tuổi, và nghiên cứu của Bùi Ngọc Vĩnh Lộc (62,1 tuổi), thấp hơn khi so sánh tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi.^{8,9} Nam giới chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu (88,9%), tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Linh, với tỷ lệ nam/nữ là 5,9/1.¹⁰ Chúng tôi lý giải cho sự khác

biệt này có thể do dịch tế học của UTKM, nam giới tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ như thuốc lá và rượu nhiều hơn so với nữ.

Về vị trí u nguyên phát, ung thư lưỡi chiếm tỷ lệ cao nhất (44,4%), tiếp theo là ung thư sàn miệng (38,9%), kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đăng (ung thư lưỡi 47,8%; ung thư sàn miệng 28,3%) và Bùi Ngọc Vĩnh Lộc (ung thư lưỡi 43,4%; ung thư sàn miệng 35,5%).^{6,9} Tương tự ở Hoa Kỳ, ung thư lưỡi thường nhiều hơn trong các trường hợp UTKM.¹¹

Về giai đoạn bệnh, đa số người bệnh trong nghiên cứu được chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa, với 66,7% người bệnh ở giai đoạn IVA và 22,2% người bệnh ở giai đoạn IVB. Phân bố này tương đồng với nghiên cứu của Mishra V (giai đoạn III: 16%; IVA: 70%; IVB: 14%), khác với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đăng khi giai đoạn III cao nhất (82,6%).^{6,12} Sự khác biệt này có thể là do phát hiện bệnh trễ, từ đó dẫn đến chẩn đoán ở giai đoạn muộn hơn.

Sau 3 tháng điều trị bằng hóa xạ trị đồng thời, tỷ lệ đáp ứng khách quan đạt 86,1%, trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 38,9% và đáp ứng một phần chiếm 47,2%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Biswas R (đáp ứng hoàn toàn 51,1%) và Mishra V (đáp ứng khách quan 80%).^{13,14} Tuy nhiên, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trong nghiên cứu của chúng tôi có phần thấp hơn so với Nguyễn Văn Đăng (67,4%), điều này có thể liên quan đến sự khác biệt trong phương pháp điều trị, phân bố giai đoạn bệnh và kỹ thuật xạ trị sử dụng.⁶ OS tại 1 năm đạt 93,1%, PFS 1 năm là 75%. Những kết quả này tương đương với các nghiên cứu quốc tế như của Mishra V (PFS 1 năm 70%) và Hosni A (PFS 1 năm 70%), đồng thời cao hơn nghiên cứu của Elbers J (OS 74%).^{12,15,16} Các nghiên cứu phân tích gộp lớn đã chỉ ra rằng hóa xạ trị đồng thời giúp giảm nguy cơ tái phát hoặc tử vong là 11% và giảm nguy cơ tử vong là 47%

so với xạ trị ($p < 0,0001$) điều này khẳng định vai trò quan trọng của hóa xạ trị đồng thời trong điều trị UTKM giai đoạn tiến xa.¹⁷

Về độc tính điều trị, thiếu máu độ 1 – 2 chiếm 75%, không ghi nhận trường hợp thiếu máu độ 3–4. Giảm bạch cầu độ 3 – 4 chỉ chiếm 11,1%, thấp hơn so với các nghiên cứu quốc tế như nghiên cứu JCOG1008 của Kiyota Naomi (giảm bạch cầu hạt độ 3 – 4: 35,3%).¹⁸ Tỷ lệ tăng creatinin ở 11,1% người bệnh, nhưng không có trường hợp nào đạt mức độ 3 – 4, tương đương với các nghiên cứu trước đây khi độc tính thận của cisplatin hàng tuần dưới 1%.¹⁹ Đặc biệt, viêm niêm mạc miệng là biến chứng phổ biến nhất, gặp ở 100% người bệnh, với 75% ở mức độ 3 – 4. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Ghosh S (70%) và Phạm Nguyên Tường (1,1% độ 3; không có độ 4).^{8,20} Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi chỉ trên người bệnh ung thư khoang miệng trường chiếu xạ tập trung hoàn toàn vào vùng miệng, kết hợp với việc sử dụng máy xạ trị Cobalt-60 và kỹ thuật xạ trị 3D, dẫn đến liều xạ trên mô lành cao hơn, làm tăng độc tính. Viêm da do xạ độ 3 – 4 chiếm 44,4%, và khô miệng độ 3 – 4 chiếm 16,7%, đây cũng là những biến chứng thường gặp ở người bệnh UTKM sau xạ trị.

Gián đoạn xạ trị làm giảm tỷ lệ đáp ứng của bướu và tăng nguy cơ tái phát do tình trạng tái lập tế bào bướu diễn ra trong các ngày gián đoạn xạ trị. Trong nghiên cứu của Mazul AL, ứng với mỗi tuần gián đoạn xạ trị là tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm càng giảm. Ở nhóm gián đoạn xạ trị dưới 1 tuần, tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm là 59,7% trong khi bệnh có thời gian gián đoạn xạ trị hơn 4 tuần, sống còn toàn bộ 5 năm còn 38,4%.²¹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian gián đoạn xạ trị trung bình là 5,58 ngày. Tuy vậy, cũng có đến 4 người bệnh gián đoạn xạ trị từ 21 ngày trở lên do máy xạ trị bảo trì. Ở các người bệnh gián đoạn xạ trị, chúng

tôi đều tiến hành bù liều để đảm bảo liều xạ trị. Trong nghiên cứu của Daisuke đề xuất hệ số bù liều nhằm hiệu chỉnh sự suy giảm hiệu quả khi gián đoạn điều trị ngoài ý muốn.²²

Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện với cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi còn ngắn và điều kiện máy xạ Cobalt nên kết quả điều trị còn hạn chế trên nhóm người bệnh ung thư khoang miệng.

V. KẾT LUẬN

Điều trị hoá xạ trị đồng thời mang lại hiệu quả điều trị ung thư khoang miệng giai đoạn III-IV kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm bệnh không tiến triển, độc tính toàn thân chấp nhận được. Tuy nhiên, độc tính niêm mạc mức độ nặng còn cao, đặt ra yêu cầu cải tiến kỹ thuật xạ trị và tăng cường chăm sóc tác dụng phụ để giảm thiểu các biến chứng, nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân ung thư khoang miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chamoli A, Gosavi AS, Shirwadkar UP, et al. Overview of oral cavity squamous cell carcinoma: Risk factors, mechanisms, and diagnostics. *Oral Oncology*. 2021;121:105451. doi:10.1016/j.oraloncology.2021.105451
2. 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
3. Cancer (IARC) TIA for R. Global Cancer Observatory. Accessed April 17, 2024. <https://gco.iarc.fr/>
4. Mohamad I, Glaun MD, Prabhash K, et al. Current treatment strategies and risk stratification for oral carcinoma. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2023;(43):e389810.

doi:10.1200/EDBK_389810

5. Nguyễn Chấn Hùng, Lâm Đức Hoàng, và cs. Bước đầu đánh giá đáp ứng và độc tính cấp của hoá xạ đồng thời trong ung thư amidan giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2009;13(6):91-91.

6. Nguyễn Văn Đăng, Nguyễn Thị Thu Nhung, Nguyễn Thị Hằng, và cs. Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời sử dụng kỹ thuật VMAT ung thư khoang miệng giai đoạn III-IVA, B tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;520(1A). doi:10.51298/vmj.v520i1.3743

7. Lydiatt WM, Patel SG, O'Sullivan B, et al. Head and Neck cancers-major changes in the American Joint Committee on cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(2):122-137. doi:10.3322/caac.21389

8. Phạm Nguyên Tường. Đánh giá kết quả xạ trị điều biến liều các ung thư biểu mô vảy đầu cổ. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế*. 2019;(55):12-17.

9. Bùi Ngọc Vĩnh Lộc, Trần Thị Phương Đan, Đỗ Thị Thảo. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư hốc miệng tại Bệnh viện ung bướu thành phố Cần Thơ năm 2018-2020. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2020;(28):1-8.

10. Nguyễn Thị Minh Linh, Nguyễn Trung Hậu. Khảo sát độc tính và đáp ứng ban đầu của hóa xạ đồng thời bằng cisplatin trong điều trị ung thư đầu cổ tại Bệnh viện Ung bướu Tp. Hồ Chí Minh năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;519.

11. Stepan KO, Mazul AL, Larson J, et al. Changing epidemiology of oral cavity cancer in the United States. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2023;168(4):761-768. doi:10.1177/01945998221098011

12. Mishra VK, Gandhi AK, Rastogi M, et al. Retrospective analysis of clinical outcome of 100 inoperable oral cavity carcinoma treated

with definitive concurrent chemoradiotherapy with or without induction chemotherapy. *Ecancermedalscience*. 2023;17:1630. doi:10.3332/ecancer.2023.1630

13. Biswas R, Halder A, Ghosh A, et al. A comparative study of treatment outcome in younger and older patients with locally advanced oral cavity and oropharyngeal cancers treated by chemoradiation. *South Asian J Cancer*. 2019;8(1):47-51. doi:10.4103/sajc.sajc_7_18

14. Mishra VK, Gandhi AK, Rastogi M, et al. Clinical outcome of inoperable locally advanced carcinoma of oral cavity treated with definitive concurrent chemoradiotherapy: a retrospective analysis from tertiary cancer center. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*. 2021;111(3, Supplement):e393. doi:10.1016/j.ijrobp.2021.07.1143

15. Hosni A, Chiu K, Huang SH, et al. Non-operative management for oral cavity carcinoma: Definitive radiation therapy as a potential alternative treatment approach. *Radiother Oncol*. 2021;154:70-75. doi:10.1016/j.radonc.2020.08.013

16. Elbers JBW, Al-Mamgani A, Paping D, et al. Definitive (chemo)radiotherapy is a curative alternative for standard of care in advanced stage squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Oral Oncol*. 2017;75:163-168. doi:10.1016/j.oraloncology.2017.11.006

17. Lacas B, Carmel A, Landais C, et al. Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): An update on 107 randomized trials and 19,805 patients, on behalf of MACH-NC Group. *Radiotherapy and*

Oncology. 2021;156:281-293. doi:10.1016/j.radonc.2021.01.013

18. Kiyota N, Tahara M, Fujii H, et al. Phase II/III trial of post-operative chemoradiotherapy comparing 3-weekly cisplatin with weekly cisplatin in high-risk patients with squamous cell carcinoma of head and neck (JCOG1008). *J Clin Oncol*. 2020;38(15_suppl):6502-6502. doi:10.1200/JCO.2020.38.15_suppl.6502

19. Szturz P, Wouters K, Kiyota N, et al. Weekly low-dose versus three-weekly high-dose cisplatin for concurrent chemoradiation in locoregionally advanced non-nasopharyngeal head and neck cancer: a systematic review and meta-analysis of aggregate data. *Oncologist*. 2017;22(9):1056-1066. doi:10.1634/theoncologist.2017-0015

20. Ghosh S, Rao PB, Kumar PR, et al. Concurrent chemoradiation with weekly cisplatin for the treatment of head and neck cancers: an institutional study on acute toxicity and response to treatment. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(16):7331-7335. doi:10.7314/apjcp.2015.16.16.7331

21. Mazul AL, Stepan KO, Barrett TF, et al. Duration of radiation therapy is associated with worse survival in head and neck cancer. *Oral Oncol*. 2020;108:104819. doi:10.1016/j.oraloncology.2020.104819

22. Kawahara D, Nakano H, Saito A, et al. Dose compensation based on biological effectiveness due to interruption time for photon radiation therapy. *Br J Radiol*. 2020;93(1111):20200125. doi:10.1259/bjr.20200125

Summary

EVALUATION OF INITIAL RESULTS OF CHEMORADIOTHERAPY FOR STAGE III-IV ORAL CAVITY CANCER AT CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL

To evaluate the initial results of treating oral cancer with concurrent chemoradiotherapy (CTM), a clinical intervention study without a control group was conducted on 36 patients with oral cavity cancer from June 2024 to June 2025. The average age was 54.22 ± 8.58 years old. Males accounted for 88.9%. Stage III disease accounted for 11.1%, and stage IV for 88.9% (with IVA accounting for 66.7% and IVB for 22.2%). At 3 months post-treatment, 38.9% of patients had a complete response, 8.3% had progression, and 5.6% were stable. The progression-free survival rates at 3 months, 6 months, and 1 year were 100%, 90.8%, and 75%, respectively. The overall survival rates at 3 months, 6 months, and 1 year were 100%, 100%, and 93.1%, respectively. Patients with oral cancer treated with combined chemoradiotherapy experienced prolonged survival in locally advanced stages.

Keywords: Oral cavity cancer, concurrent chemoradiotherapy, Can Tho Oncology Hospital.