

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU HÓA CHẤT CẢM ỨNG VÀ HÓA XẠ ĐỒNG THỜI KỸ THUẬT IMRT/VMAT UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG N3 TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Xuân Hào¹ và Nguyễn Văn Đăng^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Nghiên cứu mô tả hồi cứu thực hiện trên 114 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng (UTVMH) giai đoạn di căn hạch N3 (giai đoạn IVA theo AJCC 8th) được điều trị tại Bệnh viện K giai đoạn năm 2019 - 2024. Phác đồ điều trị gồm hóa chất cảm ứng (IC) theo sau bởi hóa xạ đồng thời (HXĐT) kỹ thuật cao IMRT/VMAT. Mục tiêu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả bước đầu của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Nghiên cứu ghi nhận độ tuổi trung bình là 46,4, với tỷ lệ nam/nữ 2,08 và vị trí hạch cổ dưới mức bờ dưới sụn nhĩn thường gặp hơn hạch kích thước > 6 cm. Hạch phá vỡ vỏ có liên quan đến đáp ứng hoàn toàn bước đầu. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau IC đạt 97,3% và sau khi kết thúc điều trị đạt 94,7% (với 71,9% đáp ứng hoàn toàn). Việc phối hợp phác đồ IC và hóa xạ đồng thời kỹ thuật cao IMRT/VMAT giúp đạt được hiệu quả kiểm soát bệnh bước đầu khả quan.

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng, di căn hạch N3, hóa chất cảm ứng, IMRT/VMAT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là bệnh lý ác tính xuất phát từ biểu mô phủ vòm mũi họng. Theo dữ liệu GLOBOCAN 2022, trên thế giới có khoảng 120.000 ca mới mắc và hơn 70.000 ca tử vong hàng năm. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc mới UTVMH đứng thứ 9 và tỉ lệ tử vong chiếm 3% trong tổng số ca tử vong do ung thư.¹ Do vị trí khó tiếp cận và triệu chứng ban đầu không đặc hiệu, tới 70% trường hợp phát hiện bệnh ở giai đoạn tiến triển tại chỗ/tại vùng hoặc di căn xa (giai đoạn III-IVB theo phân loại của Ủy ban Ung thư Hoa Kỳ - AJCC phiên bản 8).² Trong đó có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân giai đoạn hạch N3 tức di căn hạch cổ có đường kính lớn nhất > 6 cm hoặc hạch cổ dưới mức bờ dưới sụn nhĩn (nhóm IV, VB). Điều trị chuẩn

hiện nay cho UTVMH giai đoạn tiến xa là hóa xạ đồng thời (HXĐT), trong đó xạ trị giữ vai trò chủ đạo nhờ tính nhạy cảm cao với tia xạ của khối u. Sự ra đời của các kỹ thuật xạ trị hiện đại như xạ trị điều biến liều (IMRT) hay xạ trị điều biến liều hình cung theo thể tích (VMAT), với khả năng tạo ra độ dốc liều tại ranh giới giữa khối u và các cơ quan nguy cấp giúp nâng liều tại thể tích đích điều trị trong khi giảm liều trên mô lành xung quanh, từ đó tối ưu hóa phân bố liều và giảm độc tính trên mô lành. Tuy nhiên, di căn xa vẫn là nguyên nhân chính gây thất bại điều trị, chiếm khoảng 15 – 30% trường hợp.³ Để cải thiện khả năng kiểm soát bệnh, nhiều nghiên cứu gần đây đã đề xuất bổ sung hóa trị cảm ứng (IC) trước HXĐT nhằm giảm thể tích khối u tạo điều kiện cho việc thu nhỏ thể tích đích xạ trị giúp hạn chế tác dụng phụ trên cơ quan lành, loại bỏ tổn thương vi di căn sớm. Các phác đồ IC thường sử dụng bao gồm TCF (Docetaxel – Cisplatin – 5-FU), GP (Gemcitabine – Cisplatin)... đã chứng minh

Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Đăng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyenvandang@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 22/04/2026

Ngày được chấp nhận: 11/05/2026

cải thiện thời gian sống thêm và giảm nguy cơ di căn xa.^{4,5} Về tiên lượng, bệnh nhân UTMH giai đoạn N3 có tỷ lệ sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm không bệnh (DFS) thấp hơn đáng kể so với các giai đoạn hạch thấp hơn, với 50% bệnh nhân tiến triển, di căn sau điều trị.⁶ Do đó, nhóm bệnh nhân UTMH giai đoạn N3 cần được nhận diện như một nhóm nguy cơ di căn xa tiềm ẩn cao, đòi hỏi chiến lược điều trị tích cực, đa mô thức và theo dõi sát sau điều trị để phát hiện sớm tái phát hoặc di căn xa. Trong khi nhiều nghiên cứu trước đây tại Việt Nam và quốc tế thường đánh giá chung kết quả điều trị cho giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng (III-IVA), chưa có nhiều nghiên cứu tập trung riêng vào nhóm bệnh nhân N3, vậy nên chúng tôi thực hiện đề tài “*Kết quả điều trị ung thư vòm mũi họng di căn hạch N3 bằng phác đồ hóa chất cảm ứng và hóa xạ đồng thời kỹ thuật IMRT/VMAT tại Bệnh viện K*” nhằm mục tiêu: 1) *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư vòm mũi họng di căn hạch N3 điều trị hóa chất cảm ứng và hóa xạ đồng thời kỹ thuật IMRT/VMAT tại Bệnh viện K giai đoạn*

2019 - 2024. 2) *Đánh giá kết quả điều trị bước đầu của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

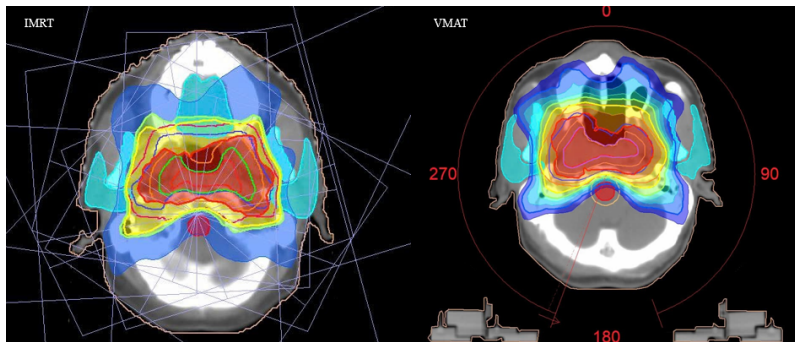
Gồm 114 bệnh nhân được chẩn đoán UTMH di căn hạch N3 được điều trị IC theo sau bởi HXĐT kỹ thuật IMRT/VMAT tại Bệnh viện K giai đoạn 2019 - 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán UTMH nguyên phát, xác nhận bằng xét nghiệm mô bệnh học.
- Chẩn đoán di căn hạch N3 (giai đoạn IVA) theo AJCC bản 8.
- Điều trị hóa chất cảm ứng, theo sau bởi HXĐT với Cisplatin, kỹ thuật xạ trị IMRT/VMAT.
- Chỉ số thể trạng (PS) theo phân loại ECOG từ 0 – 2, độ tuổi từ 18 đến dưới 70 tuổi.
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắc bệnh ung thư thứ hai hoặc có tình trạng bệnh lý khác đồng mắc đe dọa tính mạng.
- Đã được điều trị ung thư vòm mũi họng trước đó.



Hình 1. Minh họa về kỹ thuật xạ IMRT/VMAT

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu có theo dõi dọc.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 01/2019 đến 12/2024 tại Bệnh viện K.

Mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện,

tổng số thu thập được 114 bệnh nhân.

Nội dung/chỉ số nghiên cứu

- Bệnh nhân được ghi nhận thông tin đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, giới, thể trạng, giai đoạn TNM, tiền sử, đặc điểm u và hạch, EBV-DNA trước và sau điều trị (nếu có).

- Các yếu tố liên quan trong điều trị: liều hóa chất, các chỉ số đánh giá tác dụng phụ cấp trên xét nghiệm (bạch cầu đa nhân trung tính, huyết sắc tố, tiểu cầu, AST/ALT, Creatinin...), tác dụng phụ trên lâm sàng (mức độ viêm da, viêm niêm mạc miệng, nôn/buồn nôn, tiêu chảy) theo CTCAE 5.0.

- Đánh giá kết quả:

+ Kết quả điều trị: Đáp ứng hoàn toàn, một phần, bệnh ổn định, bệnh tiến triển theo RECIST 1.1 (dựa trên khám lâm sàng, nội soi TMH, MRI/CT đầu cổ, CLVT ngực/bụng hoặc siêu âm ổ bụng/X-quang ngực thẳng) sau điều trị IC và sau điều trị HXĐT 01 tháng, 02 tháng và 03 tháng. PET/CT có thể được chỉ định đánh giá giai đoạn trước hoặc sau kết thúc hóa xạ đồng thời 12 tuần.

+ Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) là khoảng thời gian từ khi xác định hết bằng chứng của bệnh đến khi bệnh tái phát, tiến triển hoặc tử vong vì bất cứ nguyên nhân gì.

+ Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là khoảng thời gian từ lúc bắt đầu tiến hành điều trị đến khi tử vong vì bất cứ nguyên nhân gì.

Quy trình tiến hành nghiên cứu

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

Bước 2: Thu thập dữ liệu: từ hồ sơ bệnh án giấy và phần mềm bệnh án điện tử gồm các thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng, giải phẫu bệnh, phương thức điều trị và đáp ứng điều trị.

Bước 3: Làm sạch và xử lý dữ liệu: Đối chiếu hồ sơ, chuẩn hóa dữ liệu đầu vào. Mã hóa và nhập vào phần mềm thống kê (SPSS 20.0).

Bước 4: Thống kê mô tả: tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn. Test χ^2 kiểm định ý nghĩa thống kê.

Bước 5: Tổng hợp và báo cáo: Trình bày số liệu theo bảng, biểu đồ. Viết báo cáo nghiên cứu.

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, kiểm định χ^2 .

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được quyết định đồng ý thực hiện sau khi thông qua Hội đồng thông qua đề cương luận văn số 3841/QĐ-ĐHYHN. Các thông tin về kết quả nghiên cứu của bệnh nhân được giữ kín, danh sách bệnh nhân không nêu tên. Kết quả nghiên cứu phục vụ cho công tác điều trị, chăm sóc sức khoẻ của nhân dân. Các dữ liệu thu thập được trong nghiên cứu được ghi chép, phân tích, xử lý toàn vẹn, chính xác, tin cậy và khoa học.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

| Đặc điểm | | Kết quả | |
|------------------------------------------------------------|------------------|-------------|------|
| Tuổi (năm) | Trung bình | 46,4 ± 11,7 | |
| Thời gian từ triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện (tháng) | Trung bình | 5,1 | |
| | Khoảng thời gian | 0,5 - 48 | |
| logEBV-DNA trước ĐT | Trung bình | 3,88 ± 0,79 | |
| Giới | Nam | 77 | 67,5 |
| | Nữ | 37 | 32,5 |

| | Đặc điểm | n | % |
|-------------------|-------------|-----|------|
| ECOG | 0 | 65 | 57,0 |
| | 1 | 49 | 43,0 |
| Giai đoạn T | 1 | 37 | 32,5 |
| | 2 | 41 | 36 |
| | 3 | 22 | 19,3 |
| | 4 | 14 | 12,3 |
| Vị trí sinh thiết | Tại u vòm | 107 | 93,9 |
| | Tại hạch cổ | 7 | 6,1 |

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 46,4. Nam gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 2,08. Tất cả bệnh nhân đều có thể trạng chung tốt (PS 0-1). Về giai đoạn khối u nguyên phát, 2/3 bệnh nhân có u khu trú tại chỗ hoặc phần mềm quanh vòm. Thời gian trung bình

từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện là 5,1 tháng. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán qua sinh thiết u vòm (93,9%). Giá trị logEBV-DNA trước điều trị trung bình là 3,88 (tương đương tải lượng EBV-DNA là 7586 copies/ml).

Bảng 2. Đặc điểm di căn hạch cổ trên cận lâm sàng

| | Đặc điểm | Kết quả | |
|---------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------|
| Kích thước khối hạch cổ lớn nhất | Trung bình (mm) | 39,2 ± 23,0 | |
| | Khoảng kích thước (mm) | 13 – 100 | |
| SUVmax khối hạch cổ hoạt tính chuyển hóa cao nhất | Trung bình | 15,8 ± 5,1 | |
| | Khoảng giá trị | 8,3 – 26,9 | |
| | Đặc điểm | n | % |
| Đặc điểm di căn hạch cổ | Nhóm I | 9 | 7,9 |
| | Nhóm II | 114 | 100 |
| | Nhóm III | 109 | 95,6 |
| | Nhóm IV | 102 | 89,5 |
| | Nhóm VA | 71 | 62,3 |
| | Nhóm VB | 64 | 56,1 |
| | Nhóm sau hầu | 84 | 73,7 |
| | Hạch cổ 2 bên | 90 | 78,9 |
| | Hạch phá vỡ vỏ | 25 | 21,9 |
| | Hạch nhóm IV/VB | 93 | 81,6 |
| | Phân loại N3 | > 6 cm | 4 |
| | Hạch nhóm IV/VB và > 6 cm | 17 | 14,9 |

Kích thước lớn nhất của khối hạch trung bình là 39,2 mm. Giá trị SUVmax của khối hạch cổ có hoạt tính chuyển hóa cao nhất trung bình là 15,8. Đa số bệnh nhân được xếp vào N3 do có hạch nhóm IV/VB đơn thuần (81,6%). Chỉ có 3,5% là do kích thước hạch > 6 cm đơn thuần.

Hạch cổ nhóm II chiếm 100%, di căn hạch cổ phổ biến ở các nhóm II–IV và hạch sau hầu (73,7%), với 78,9% bệnh nhân có hạch cổ hai bên. Ngoài ra gặp tỷ lệ hạch phá vỏ hay tình trạng xâm lấn ngoài hạch (extranodal extension – ENE) là 21,9%.

Bảng 3. Đặc điểm khối u trên lâm sàng và cận lâm sàng

| | Đặc điểm | Kết quả | |
|------------------------------------------|------------------------|-------------|----------|
| <i>Kích thước u lớn nhất trên MRI/CT</i> | Trung bình (mm) | 24,9 ± 14,2 | |
| | Khoảng kích thước (mm) | 0,5 - 71 | |
| <i>SUVmax của khối u</i> | Trung bình | 12,2 ± 5,6 | |
| | Khoảng giá trị | 3,0 – 27,6 | |
| | Đặc điểm | n | % |
| <i>Vị trí u</i> | Trên vòm | 24 | 21,1 |
| | Thành trái | 36 | 22,8 |
| | Thành phải | 31 | 27,2 |
| | Thành sau | 4 | 3,5 |
| | Hai thành | 29 | 25,4 |
| <i>Tính chất u</i> | Sùi | 104 | 91,2 |
| | Sùi loét | 2 | 1,8 |
| | Dưới niêm | 6 | 5,3 |
| | Thâm nhiễm | 2 | 1,8 |
| <i>Xâm lấn trên MRI/CT</i> | Khu trú tại vòm | 39 | 34,2 |
| | Phần mềm quanh vòm | 69 | 60,5 |
| | Xương/Xoang | 31 | 27,2 |
| | Thần kinh – nội sọ | 12 | 10,5 |
| | Tuyến mang tai | 2 | 1,8 |
| Số bệnh nhân chụp PET/CT trước điều trị | | 44 | 38,6 |

Trên chẩn đoán hình ảnh, kích thước khối u lớn nhất trung bình ghi nhận 24,9 mm. SUVmax của khối u trung bình là 12,2. Có 65,8% trường hợp khối u xâm lấn ngoài vòm, trong đó xâm lấn nội sọ chiếm 10,5%. U nguyên phát chủ yếu xuất phát từ thành bên vòm (75,4%), với hình thái đại thể dạng sùi chiếm ưu thế (91,2%). Có 38,6% bệnh nhân được chụp PET/CT đánh giá

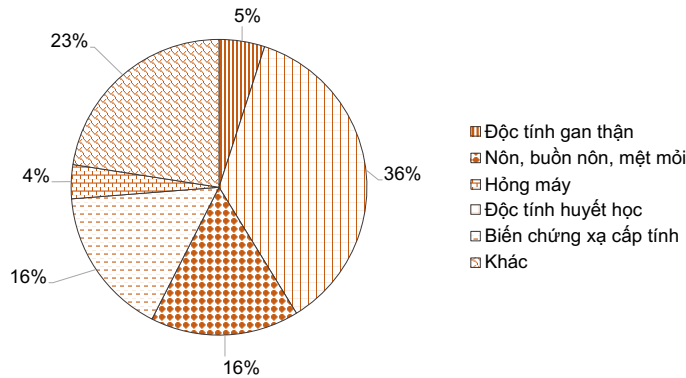
trước điều trị.

2. Kết quả điều trị bước đầu

TCF hoặc Gemcitabin-Cisplatin (GP) là phác đồ hóa chất cảm ứng thường được dùng, với 100% bệnh nhân được sử dụng thuốc kích cầu dự phòng. Hầu hết bệnh nhân sử dụng phác đồ HXĐT với Cisplatin mỗi 3 tuần với 78,9% đạt liều Cisplatin ≥ 200 mg/m² da khi HXĐT.

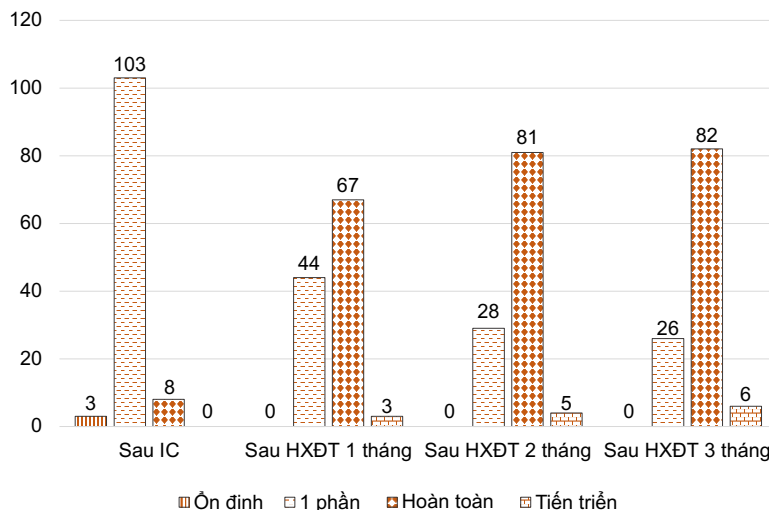
Bảng 4. Một số đặc điểm phác đồ điều trị

| | Đặc điểm | n | % |
|------------------------------------------|------------------------------|----|------|
| Phác đồ hóa chất cảm ứng (IC) | TCF | 38 | 33,3 |
| | Gemcitabin – Cisplatin (GP) | 76 | 66,7 |
| Thuốc kích bạch cầu dự phòng trong IC | Peg-filgrastim | 25 | 21,9 |
| | Filgrastim | 89 | 78,1 |
| Tổng số liều Cisplatin trong HXĐT | ≥ 200 mg/m ² da | 90 | 78,9 |
| | < 200 mg/m ² da | 24 | 21,1 |
| HXĐT phác đồ | Cisplatin mỗi 3 tuần x 01 CK | 2 | 1,8 |
| | Cisplatin mỗi 3 tuần x 02 CK | 45 | 39,5 |
| | Cisplatin mỗi 3 tuần x 03 CK | 66 | 57,9 |
| | Cisplatin hàng tuần | 1 | 0,9 |



Biểu đồ 1. Nguyên nhân trì hoãn điều trị hoặc giảm liều điều trị (n = 56)

Nguyên nhân gây trì hoãn điều trị hoặc giảm liều hóa chất thường gặp nhất là do độc tính huyết học (36%).



Biểu đồ 2. Kết quả điều trị bước đầu

Sau điều trị hóa chất cảm ứng, hầu hết bệnh nhân đạt được đáp ứng tại khối u và hạch (90,3% đạt được đáp ứng một phần - PR, 7,0% đáp ứng hoàn toàn - CR). Sau khi kết thúc điều trị 1 tháng, 2 tháng và 3 tháng, tỷ lệ đạt đáp ứng điều trị toàn bộ (ORR) lần lượt là 97,4%, 95,6% và 94,7%, trong đó tỷ lệ đạt đáp ứng hoàn toàn (CR) lần lượt là 58,8%, 71% và 71,9%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 46,4, nam gặp nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 2,2. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu về nhóm N3 trên thế giới như J.Chen (49,2 tuổi).⁷ Số liệu tuổi trung bình trẻ hơn so với UTMH giai đoạn III-IVA (56,7 tuổi).⁸ Tỷ lệ nam/nữ thấp hơn so với báo cáo của J.Chen (3,23), nhưng vẫn phản ánh xu hướng chung của UTMH thường gặp ở nam giới hơn.⁷⁻¹⁰ Với 5,1 tháng từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện phản ánh thực trạng chẩn đoán muộn tại Việt Nam, do triệu chứng sớm như ù tai, đau đầu thường âm thầm và dễ nhầm lẫn. 100% bệnh nhân có thể trạng tốt, kết quả này tương đồng với nghiên cứu về ung thư vòm giai đoạn III-IVA tại Việt Nam.^{8,9} Thể trạng tốt là yếu tố then chốt đảm bảo khả năng dung nạp phác đồ đa mô thức bao gồm IC và HXĐT. Tỷ lệ 73,7% di căn hạch sau hầu cao hơn ghi nhận của Lâm Đông Phong (48,1%) và sát với nghiên cứu của Ho trên 2920 bệnh nhân UTMH (69%). Nghiên cứu của Lâm Đông Phong cũng ghi nhận có sự tăng dần về tỷ lệ hạch sau hầu di căn từ giai đoạn N1 đến N3, cụ thể là từ N1 (61,5%) lên N2 (91,7%) và đạt 100% ở nhóm N3 trong mẫu nghiên cứu nhỏ.¹¹ Kết quả này củng cố quan điểm hạch sau hầu là một trong những nhóm hạch dẫn lưu đầu tiên của UTMH, hạch sau hầu nằm ở vị trí sâu, sát nền sọ và không thể thăm khám trên lâm sàng, tỷ lệ phát hiện cao trên cộng hưởng từ cũng cổ vai trò “tiêu chuẩn vàng” của cộng

hưởng từ trong phát hiện nhóm hạch này. Đa số bệnh nhân được phân vào nhóm N3 do vị trí hạch (nhóm IV/VB - 81,6%) cho thấy hạch nằm dưới bờ dưới sụn nhĩ là yếu tố thường gặp hơn là kích thước hạch lớn đơn thuần. 93,9% chẩn đoán qua sinh thiết vòm cho thấy u nguyên phát đa số đủ lớn để quan sát qua nội soi nhưng vẫn có trường hợp chẩn đoán gián tiếp qua sinh thiết hạch cổ phản ánh thực tế lâm sàng ở giai đoạn hạch N3, đôi khi tổn thương tại vòm dưới niêm mạc hoặc quá nhỏ thì hạch cổ đã phát triển rầm rộ. Kết quả u chủ yếu xuất phát từ thành bên (75,4%) và dạng sùi (91,2%) phù hợp với các mô tả kinh điển về UTMH tại Việt Nam. Kích thước lớn nhất trung bình khối hạch (39,2 mm) lớn hơn u (24,9 mm), giá trị trung bình của SUVmax tại khối hạch có hoạt tính chuyển hóa cao nhất (15,8) lớn hơn khối u (12,2). Phát hiện này phản ánh trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, gắng nặng bệnh tại hạch cổ cao hơn tại khối u nguyên phát.

Việc sử dụng phác đồ hóa chất cảm ứng TCF và Gemcitabin-Cisplatin là tuân thủ theo kết quả của các nghiên cứu pha 3 gần đây (Zhang 2019, Sun 2016).^{4,5} 100% bệnh nhân dùng thuốc kích cầu dự phòng trong pha IC là yếu tố giúp duy trì tiến độ điều trị do các phác đồ mạnh như TCF thường gây hạ bạch cầu độ 3-4 rất cao (lên tới 35,5% trong nghiên cứu của Ying Sun).⁴ 78,9% bệnh nhân đạt tổng liều Cisplatin ≥ 200 mg/m² da trong pha HXĐT tương đồng với ghi nhận của Zhang (79,9%) và cao hơn của Nguyễn Minh Tuấn (75,7%).^{5,10} Việc đạt tổng liều Cisplatin này đã được ghi nhận là một yếu tố tiên lượng liên quan đến cải thiện tỷ lệ sống thêm toàn bộ cho bệnh nhân UTMH.¹² Trì hoãn điều trị là một yếu tố tiên lượng xấu, làm giảm kiểm soát tại chỗ do sự tăng sinh trở lại của tế bào u.¹³ Nguyên nhân chính gây trì hoãn hoặc giảm liều trong nghiên cứu của chúng tôi là độc tính huyết học (36%), trong khi đó nguyên nhân liên quan biến chứng

xạ trị cấp tính chiếm 16%. Kỹ thuật xạ trị IMRT/VMAT cho phép thực hiện kỹ thuật nâng liều đồng thời (SIB), tức đưa mức liều cao nhất vào u và hạch di căn trong khi xạ trị dự phòng với mức liều thấp hơn cho các vùng nguy cơ vi di căn. Điều này giúp tiêu diệt khối u hiệu quả hơn trong cùng một khoảng thời gian.¹² Đặc biệt với kỹ thuật VMAT, nhờ khả năng phát tia liên tục khi máy quay quanh bệnh nhân, giúp giảm thời gian mỗi buổi xạ và giảm sai số do cử động không tự chủ của bệnh nhân, đảm bảo liều thực tế tập trung vào thể tích đích điều trị, giảm liều mô lành xung quanh.¹⁴ Từ đó cho thấy việc kết hợp giữa hóa chất cảm ứng giúp giảm thể tích khối u và hạch cổ kết hợp kỹ thuật xạ trị tiên tiến giảm biến chứng tia xạ cấp tính, cũng như chỉ số toàn trạng tốt, là những yếu tố giúp góp phần duy trì điều trị liên tục. Về kết quả điều trị bước đầu, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) đạt 97,3% (trong đó 90,3% đáp ứng một phần - PR), cao hơn kết quả của Zhang (94,5%) và Sun (90%).^{4,5} Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ khi kết thúc điều trị 3 tháng đạt 94,7% (71,9% đạt đáp ứng hoàn toàn - CR) là một kết quả khả quan cho nhóm N3. Kết quả này thấp hơn so mức > 95% của Zhang hay Sun.^{4,5} Sự khác biệt này có thể do nhóm đối tượng của chúng tôi thuần túy là di căn hạch N3. Khi theo dõi đáp ứng điều trị, có xu hướng tăng dần về tỷ lệ CR, đạt đỉnh tại mốc sau điều trị 3 tháng (71,9%). Tại mốc thời gian này, tình trạng viêm do tia xạ đã ổn định, giúp hình ảnh học (MRI/PET-CT) phân biệt chính xác giữa tổ chức xơ hóa và u tồn dư. Việc theo dõi định kỳ hàng tháng giúp ghi nhận sự chuyển biến từ PR sang CR tránh việc can thiệp phẫu thuật vét hạch cổ quá sớm khi tổn thương vẫn đang trong quá trình đáp ứng tự nhiên với tia xạ.¹² Phân tích ghi nhận tình trạng hạch phá vỡ vỏ hay xâm lấn ngoài hạch (ENE - chỉ việc các tế bào ung thư từ trong hạch đã phá vỡ lớp vỏ bao hạch để xâm lấn vào tổ chức liên kết hoặc phần mềm xung quanh) là yếu tố tiên lượng

độc lập có liên quan đến tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau điều trị ($p < 0,05$ - có ý nghĩa thống kê), gợi ý cần xem xét yếu tố này trong phân tầng nguy cơ.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân UTMH giai đoạn di căn hạch N3 hay gặp ở nam giới, độ tuổi trung bình là 46,4, trong đó hạch cổ dưới mức bờ dưới sụn nhẫn thường gặp hơn hạch > 6 cm đơn thuần. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau IC và HXĐT lần lượt đạt 97,3% và 94,7% (71,9% đáp ứng hoàn toàn). Tình trạng xâm lấn ngoài hạch (ENE) là yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến đáp ứng hoàn toàn sau điều trị. Tóm lại phác đồ IC kết hợp HXĐT kỹ thuật cao là hướng tiếp cận khả thi và hiệu quả cho bệnh nhân N3, tuy nhiên cần có các dữ liệu theo dõi dài hơn để khẳng định lợi ích về sống còn toàn bộ.

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 Cancer J Clin*. May-Jun 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. Jiromaru R, Nakagawa T, Yasumatsu R. Advanced Nasopharyngeal Carcinoma: Current and Emerging Treatment Options. *Cancer Manag Res*. 2022;14:2681-2689. doi:10.2147/cmar.S341472
3. Lee AWM, Ngan RKC, Ng WT, et al. NPC-0501 trial on the value of changing chemoradiotherapy sequence, replacing 5-fluorouracil with capecitabine, and altering fractionation for patients with advanced nasopharyngeal carcinoma. *Cancer*. Aug 15 2020;126(16):3674-3688. doi:10.1002/cncr.32972
4. Sun Y, Li WF, Chen NY, et al. Induction chemotherapy plus concurrent

- chemoradiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy alone in locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: a phase 3, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* Nov 2016;17(11):1509-1520. doi:10.1016/s1470-2045(16)30410-7
5. Zhang Y, Chen L, Hu G-Q, et al. Gemcitabine and Cisplatin Induction Chemotherapy in Nasopharyngeal Carcinoma. *New England Journal of Medicine.* 2019;381(12):1124-1135. doi:10.1056/nejmoa1905287
6. Wu LR, Liu YT, Jiang N, et al. Ten-year survival outcomes for patients with nasopharyngeal carcinoma receiving intensity-modulated radiotherapy: An analysis of 614 patients from a single center. *Oral Oncol.* Jun 2017;69:26-32. doi:10.1016/j.oraloncology.2017.03.015
7. Chen J, Liu T, Sun Q, Hu F. Clinical and prognostic analyses of 110 patients with N3 nasopharyngeal carcinoma. *Medicine (Baltimore).* Dec 2018;97(49):e13483. doi:10.1097/md.00000000000013483
8. Nguyễn Văn Đăng, Đỗ Huyền Chi. Kết quả hóa chất dẫn đầu Gemcitabine - Cisplatin theo sau bởi hóa xạ trị ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA tại Bệnh viện K. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 11/11 2024;183(10):270-279. doi:10.52852/tcncyh.v183i10.2644
9. Nguyễn Văn Đăng, Nguyễn Thị Thu Nhung. Kết quả hóa chất dẫn đầu phác đồ TCF theo sau bởi hóa xạ trị ung thư vòm mũi họng giai đoạn III - IVA tại Bệnh viện K. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 11/11 2024;183(10):280-290. doi:10.52852/tcncyh.v183i10.2701
10. Nguyễn Minh Tuấn, Hoàng Đào Chinh, Tô Quang Duy, Nghiêm Thị Minh Châu, Nguyễn Văn Ba, Bùi Quang Biểu. Kết quả hóa xạ trị đồng thời sau hóa chất dẫn đầu điều trị ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA. *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108.* 2025;doi:10.52389/yds.v20i4.2701
11. Lâm Đông Phong, Hoàng Đức Kiệt, Trần Thanh Phương. Đặc điểm phân bố hạch di căn sau họng và các vùng cổ khác trong ung thư vòm họng trên chụp cộng hưởng từ. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 02/22 2022;150(2):174-181. doi:10.52852/tcncyh.v150i2.730
12. Bossi P, Chan AT, Licitra L, et al. Nasopharyngeal carcinoma: ESMO-EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up(†). *Ann Oncol.* Apr 2021;32(4):452-465. doi:10.1016/j.annonc.2020.12.007
13. Bese NS, Hendry J, Jeremic B. Effects of Prolongation of Overall Treatment Time Due To Unplanned Interruptions During Radiotherapy of Different Tumor Sites and Practical Methods for Compensation. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics.* 2007;68(3):654-661. doi:10.1016/j.ijrobp.2007.03.010
14. Teoh M, Clark CH, Wood K, Whitaker S, Nisbet A. Volumetric modulated arc therapy: a review of current literature and clinical use in practice. *Br J Radiol.* Nov 2011;84(1007):967-96. doi:10.1259/bjr/22373346

Summary

INITIAL TREATMENT RESULTS OF INDUCTION CHEMOTHERAPY FOLLOWED BY CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY WITH IMRT/VMAT TECHNIQUE IN STAGE N3 NASOPHARYNGEAL CARCINOMA AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

This retrospective descriptive study included 114 patients diagnosed at stage N3 nasopharyngeal cancer (NPC) (stage IVA, AJCC 8th edition) and treated at National Cancer Hospital from 2019 to 2024. The regimen was induction chemotherapy (IC) followed by concurrent high-tech chemoradiotherapy (IMRT/VMAT). The study aimed to describe clinical and subclinical features and assess initial outcomes. Median age was 46.4 years old; the male-to-female ratio was 2.08. Cervical lymph nodes located below lower border of the cricoid cartilage were more commonly found than > 6 cm lymph nodes. Extranodal extension were associated with a complete initial response. The overall response rate (ORR) after IC was 97.3%, and 94.7% after treatment ended, with a 71.9% complete response. Combining IC with high-tech concurrent therapy IMRT/VMAT led to positive initial disease control and good tolerability.

Keywords: Nasopharyngeal cancer, N3 lymph node metastases, induction chemotherapy, IMRT/VMAT.