

DOI: 10.58490/ctump.2025i88.3765

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI UNG THƯ HỐC MIỆNG
TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024 - 2025****Tăng Văn Phong*, Huỳnh Thảo Luật**

Bệnh viện Ung Bướu thành phố Cần Thơ

*Email: bsvphong@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/3/2025

Ngày phản biện: 21/6/2025

Ngày duyệt đăng: 25/6/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư hốc miệng là một trong các loại ung thư đầu cổ phổ biến. Hóa xạ trị đồng thời hiện nay là biện pháp điều trị chủ yếu ở giai đoạn bệnh tiến xa tại chỗ tại vùng hoặc không phẫu thuật được. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá đáp ứng và các yếu tố liên quan đáp ứng điều trị ở bệnh nhân ung thư hốc miệng được điều trị với hóa xạ trị đồng thời. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 27 bệnh nhân ung thư hốc miệng có mô bệnh học là carcinôm tế bào gai từ tháng 1/2024 đến tháng 03/2025 tại Bệnh viện Ung Bướu thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 53,9. Tỷ lệ nam:nữ là 8,5:1. Lưỡi là vị trí u nguyên phát thường gặp nhất (48,1%), kế đến là sàn miệng (44,4%). Giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất (96,3%). Độc tính xạ trị xuất hiện trên 100% bệnh nhân, trong đó viêm niêm mạc miệng là nghiêm trọng nhất với 66,7% bệnh nhân gặp phải ở độ III-IV. Độc tính hóa trị thường gặp nhất là thiếu máu. Tại thời điểm 3 tháng sau khi kết thúc xạ trị, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần là 18,5% và 66,7%. Tiền sử hút thuốc và điểm toàn trạng KPS là yếu tố liên quan đến đáp ứng với liệu pháp hóa xạ trị đồng thời. **Kết luận:** Hóa xạ trị đồng thời có đáp ứng trên phần lớn bệnh nhân ung thư hốc miệng với độc tính thấp, chủ yếu mức độ nhẹ đến trung bình.

Từ khóa: Ung thư hốc miệng, Hóa xạ trị đồng thời, Bệnh viện Ung Bướu thành Phố Cần Thơ.

ABSTRACT**EFFICACY OF CONCURRENT CHEMORADIO THERAPY FOR
ORAL CANCER AT CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL 2024 - 2025****Tang Van Phong*, Huynh Thao Luat**

Can Tho Oncology Hospital

Background: Oral cancer is common in head and neck cancer. Concurrent chemoradiotherapy is the primary treatment approach for locally advanced or inoperable disease. **Objectives:** To evaluate treatment response and identifying factors associated with response in oral cancer patients treated with concurrent chemoradiotherapy. **Materials and methods:** This is a descriptive crosssectional study in 27 patients with oral squamous cell carcinoma, who was treated from January 2024 to March 2025 at Can Tho Oncology Hospital. **Results:** The median age at diagnosis was 53.9. The male to female rate was 8.5:1. The most common tumor subsite was the tongue (48.1%), followed by the floor of mouth (44.4%). Most of patient has stage IV disease (96.3%). 100% of patients occurred radiotherapy toxicity, with 66.7% suffering from severe (grade III-IV) oral mucositis. Most of chemotherapy toxicity is anemia. Three months after radiotherapy, complete response was observed in 18.5% of patients, and partial response in 66.7%. Pack-Years of Cigarette Smoking and KPS Smoking history and KPS status are significant prognostic factors for response to concurrent chemoradiotherapy. **Conclusion:** Concurrent chemoradiotherapy proved effective in over three-quarters of oral cancer patients, with acceptable toxicity.

Keywords: Oral cancer, Concurrent chemoradiotherapy, Can Tho Oncology Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, ung thư hốc miệng là loại ung thư thường gặp trong nhóm ung thư đầu cổ với số ca mắc mới tăng từ 354.864 ca năm 2018 lên 377.173 ca vào năm 2020 theo ước tính của GLOBOCAN. Có sự khác biệt về phân bố địa lý của ung thư hốc miệng giữa các khu vực, với tỷ lệ lưu hành cao ở Nam Á và Đông Nam Á [1]. Ung thư hốc miệng có diễn tiến tự nhiên là xâm lấn tại chỗ tại vùng. Có khoảng 70-90% bệnh nhân ung thư hốc miệng đến khám khi bệnh ở giai đoạn tiến xa tại chỗ tại vùng. Tại giai đoạn này, hóa xạ trị đồng thời với cisplatin là biện pháp điều trị tiêu chuẩn [2]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ đáp ứng với hóa xạ trị đồng thời của ung thư hốc miệng khoảng 67-75% [3].

Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu chuyên biệt về hóa xạ trị đồng thời ung thư hốc miệng. Kết quả và biến chứng của liệu pháp hóa xạ trị đồng thời ung thư hốc miệng chỉ được đề cập sơ lược trong các nghiên cứu về ung thư vùng đầu cổ hoặc các nghiên cứu phối hợp với các biện pháp điều trị khác như phẫu thuật [4], [5]. Do đó, để đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời và xác định các yếu tố liên quan đến đáp ứng trong hóa xạ trị đồng thời ung thư hốc miệng, nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu cụ thể: 1) Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư hốc miệng tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ. 2) Xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư hốc miệng tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư hốc miệng và điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ từ tháng 01/2024 đến tháng 03/2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân mới được chẩn đoán ung thư hốc miệng, bao gồm các ung thư môi trên, môi dưới, nướu răng, khẩu cái cứng, lưỡi, sàn miệng, tam giác hậu hàm. Có kết quả giải phẫu bệnh là carcinôm tế bào gai. Có tình trạng chức năng hoạt động theo thang điểm Karnofsky ≥ 70 . Được chỉ định điều trị bằng hóa xạ trị đồng thời triệt để.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư hốc miệng tái phát, đồng mắc ung thư khác ngoài ung thư hốc miệng. Bệnh nhân mang thai hoặc cho con bú. Bệnh nhân có tiền sử xạ trị vùng đầu cổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Tính theo công thức tối thiểu là 26 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện. Thực tế có 27 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, tiền sử, Chỉ số toàn trạng theo Karnofsky. Đặc điểm bệnh lý: vị trí tổn thương, giai đoạn bướu, giai đoạn hạch vùng, giai đoạn bệnh, độ mô học. Độc tính xạ trị theo RTOG và độc tính hóa trị theo CTCAE. Đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

- **Các bước tiến hành:** Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được chọn vào nghiên cứu. Nghiên cứu viên sẽ giải thích lợi ích và nguy cơ điều trị cho bệnh nhân. Bệnh nhân được hội chẩn quyết định mô thức điều trị. Sau đó, bệnh nhân được hóa xạ trị đồng thời với Cisplatin truyền tĩnh mạch liều 40 mg/m² da hàng tuần hoặc liều 100 mg/m² da mỗi 3 tuần. Xạ trị vào bướu nguyên phát liều 70 Gy, hạch vùng bị di căn liều 66-70 Gy. Xạ trị dự phòng vào hạch vùng không di căn liều 50 Gy. Bệnh nhân được mô phỏng bằng chụp

CT cản quang và lập kế hoạch xạ trị theo liệu pháp xạ trị 3D phù hợp mô đích với phần mềm Eclipse 8.0. Xạ trị ngoài bằng máy Cobalt-60. Đánh giá đáp ứng được thực hiện tại thời điểm 3 tháng từ ngày kết thúc xạ trị.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Đề tài nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 24.084.HV/PCT- HĐĐĐ và Bệnh viện Ung Bướu thành phố Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 40	2	7,4
	41-50	8	29,6
	51-60	10	37
	>60	7	25,9
Giới	Nam	23	85,2
	Nữ	4	14,8
Tình trạng hút thuốc	Không hút thuốc	5	18,6
	< 10 gói-năm	11	40,7
	≥ 10 gói-năm	11	40,7
Tình trạng uống rượu	Không uống rượu	5	18,5
	Uống ít	12	44,4
	Uống vừa	9	33,3
	Uống nhiều	1	3,7
Chỉ số toàn trạng KPS	80	2	7,4
	90	25	92,6

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $53,9 \pm 8,9$ tuổi. Tỷ lệ nam: nữ gần 8,5:1. Hơn một nửa bệnh có tiền sử hút thuốc. Bệnh nhân uống rượu mức độ ít chiếm tỷ lệ cao nhất. Phần lớn bệnh nhân có chỉ số KPS 90.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý của bệnh nhân

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Vị trí tổn thương	Lưỡi	13	48,1
	Sàn miệng	12	44,4
	Nướu răng	2	7,4
Giai đoạn bướu	T2	1	3,7
	T3	6	22,2
	T4	20	74,1
Giai đoạn hạch	N0	13	48,2
	N1	7	25,9
	N2	7	25,9
Giai đoạn bệnh	III	1	3,7
	IV	26	96,3
Độ mô học	Grad 1	5	18,5
	Grad 2	21	77,8
	Grad 3	1	3,7

Nhận xét: Tồn thương ở lưỡi chiếm tỷ lệ cao nhất, kế đến là sàn miệng. Có gần ba phần tư bệnh nhân đến khám khi bướu ở giai đoạn T4. Hơn một nửa số bệnh nhân có di căn hạch vùng. Giai đoạn IV chiếm tỷ lệ trên 90%. Về mô học, grad 2 chiếm tỷ lệ cao nhất.

3.2. Kết quả hóa xạ trị đồng thời

Bảng 3. Đáp ứng tại thời điểm 3 tháng sau xạ trị

Đáp ứng điều trị	Đáp ứng bướu n(%)	Đáp ứng hạch vùng n(%)	Đáp ứng chung n(%)
Đáp ứng hoàn toàn	5(18,5)	5(35,7)	5(18,5)
Đáp ứng một phần	17(63)	7(50)	18(66,7)
Bệnh ổn định	3(11,1)	2(14,3)	2(7,4)
Bệnh tiến triển	2(7,4)	-	2(7,4)
Tổng cộng	27(100)	14(100)	27(100)

Nhận xét: Có hai phần ba bệnh nhân đạt được đáp ứng một phần tại thời điểm 3 tháng sau xạ trị. Tỷ lệ đáp ứng khách quan (gồm đáp ứng hoàn toàn và một phần) của bướu là 81,5%. Trong 14 trường hợp bệnh nhân có di căn hạch, tỷ lệ đáp ứng khách quan là 85,7%. Tỷ lệ đáp ứng khách quan khi xét đáp ứng chung của bướu và hạch là 85,2%. Có 2 bệnh nhân tiến triển tại thời điểm 3 tháng kể từ khi kết thúc xạ trị và là tiến triển tại bướu.

Bảng 4. Độc tính cấp của điều trị

Độc tính điều trị		Không n(%)	Độ 1-2 n(%)	Độ 3-4 n(%)
Độc tính xạ trị	Viêm niêm mạc miệng	-	9(33,3)	18(66,7)
	Viêm da do xạ	-	17(63)	10(37)
	Khô miệng	-	25(92,6)	2(7,4)
Độc tính hóa trị	Thiếu máu	5(18,5)	22(81,5)	-
	Giảm bạch cầu	10(37)	14(51,8)	3(11,1)
	Giảm tiểu cầu	22(81,5)	5(18,5)	-
	Tăng AST/ALT	24(88,9)	3(11,1)	-
	Tăng Creatinin	23(85,2)	4(14,8)	-

Nhận xét: Về độc tính xạ trị, 100% bệnh nhân gặp phải viêm niêm mạc miệng, viêm da do xạ và khô miệng, chỉ khác nhau về mức độ của độc tính. Viêm niêm mạc miệng là độc tính có mức độ nặng-rất nặng phổ biến hơn với hai phần ba bệnh nhân gặp phải độ 3-4. Thiếu máu là độc tính huyết học thường gặp nhất với gần 80% bệnh nhân. Độc tính hóa trị đa phần ở mức độ nhẹ - trung bình, chỉ có 11,1% bệnh nhân giảm bạch cầu độ 3-4.

3.3. Các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị

Yếu tố		Hoàn toàn n(%)	Một phần n(%)	Ổn định n(%)	Tiến triển n(%)	p
Tuổi	≤ 40	1(20)	-	1(50)	-	0,1
	41-50	2(40)	4(22,2)	-	2(100)	
	51-60	1(20)	8(44,4)	1(50)	-	
	>60	1(20)	6(33,3)	-	-	
Giới	Nam	4(80)	15(83,3)	2(100)	2(100)	0,99
	Nữ	1(20)	3(16,7)	-	-	
Hút thuốc	Không	4(80)	3(16,7)	-	-	0,01

Yếu tố		Hoàn toàn n(%)	Một phần n(%)	Ổn định n(%)	Tiến triển n(%)	p
	<10 gói-năm	1(20)	11(61,1)	1(50)	-	
	>10 gói-năm	-	4(22,2)	1(50)	2(100)	
Uống rượu	Không	2(40)	3(16,7)	-	-	0,84
	Ít	1(20)	8(44,4)	1(50)	2(100)	
	Vừa	2(40)	6(33,3)	1(50)	-	
	Nhiều	-	1(5,6)	-	-	
KPS	80	-	-	2(100)	-	<0,01
	90	5(100)	18(100)	-	2(100)	
Vị trí bướu	Lưỡi	3(60)	8(44,4)	1(50)	1(50)	0,99
	Sàn miệng	2(40)	8(44,4)	1(50)	1(50)	
	Nướu răng	-	2(11,2)	-	-	
Giai đoạn bướu	T2	1(20)	-	-	-	0,32
	T3	-	5(27,8)	-	1(50)	
	T4	4(80)	13(72,2)	2(100)	1(50)	
Giai đoạn bệnh	III	-	1(5,6)	-	-	0,99
	IVA	5(100)	17(94,1)	2(100)	2(100)	
Grad mô học	Độ 1	2(40)	2(11,1)	-	1(50)	0,48
	Độ 2	3(60)	15(83,3)	2(100)	1(50)	
	Độ 3	-	1(5,6)	-	-	
Tổng cộng		5(100)	18(100)	2(100)	2(100)	

Nhận xét: Hút thuốc và điểm KPS là hai yếu tố có liên quan đến đáp ứng của bệnh đối với hóa xạ trị đồng thời ($p < 0,05$). Bệnh nhân không hút thuốc đạt được đáp ứng hoàn toàn và một phần với điều trị. Bệnh nhân KPS 80 chỉ đạt được bệnh ổn định.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Kết quả hóa xạ trị đồng thời

Đối với ung thư hốc miệng, điều trị phụ thuộc vào kích thước bướu và mức độ xâm lấn. Bên cạnh mục tiêu giảm khả năng tái phát và kéo dài thời gian sống còn, điều trị ung thư hốc miệng còn mục tiêu bảo tồn chức năng cơ quan và giảm tối đa các tác dụng phụ của điều trị. Khi bệnh ở giai đoạn tiến xa tại chỗ tại vùng không thể phẫu thuật được, hóa xạ trị đồng thời là biện pháp điều trị tiêu chuẩn [2]. Về đáp ứng điều trị, phân tích gộp của Petr và cộng sự trên 4209 bệnh nhân ung thư vùng đầu cổ bao gồm ung thư hốc miệng, cho thấy tỷ lệ đáp ứng khách quan từ 80-89% [6]. Nếu xét riêng cho ung thư hốc miệng, nghiên cứu của Mishra và cộng sự trên 100 bệnh nhân ung thư hốc miệng được hóa xạ trị đồng thời triệt để với máy xạ trị gia tốc, cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, một phần, bệnh ổn định và bệnh tiến triển lần lượt là 49%, 25%, 15% và 11% [3]. Tác giả Nguyễn Văn Đăng nghiên cứu đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời với kỹ thuật xạ trị VMAT trong ung thư khoang miệng cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau điều trị là 67,4%, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng khách quan chiếm 82,6% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 18,5% và đáp ứng khách quan là 85,2%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn có phần thấp hơn so với các tác giả nêu trên nhưng đáp ứng khách quan tương tự. Lý giải cho điều này liên quan đến sự khác biệt về giai đoạn bệnh và kỹ thuật xạ trị. Trong nghiên cứu của tác giả Mishra, có 84% bệnh nhân giai đoạn IV trong khi nghiên cứu của chúng tôi là 96,3%. Còn trong nghiên cứu của

tác giả Nguyễn Văn Đăng, chỉ có 17,4% bệnh nhân có kích thước bướu trên 4cm, thấp hơn nhiều so với 74,1% bệnh nhân có giai đoạn bệnh T4 với bướu lớn hơn 4cm.

Độc tính của hóa xạ trị đồng thời bao gồm độc tính xạ trị và độc tính của hóa trị, trong đó độc tính xạ trị thường gặp hơn. Các độc tính cấp của xạ trị bao gồm viêm niêm mạc miệng, viêm da vùng xạ và khô miệng. Mức độ nghiêm trọng của viêm da và viêm niêm mạc miệng tỷ lệ thuận với thể tích xạ trị và liều xạ trị. Độc tính khô miệng liên quan đến liều tác động đến các tuyến nước bọt chính, trong đó tuyến mang tai là chủ yếu. Các kỹ thuật xạ trị hiện đại như IMRT, VMAT giúp tối ưu việc phân bố liều vào thể tích bướu và hạch, giảm liều xạ trên các cơ quan lành, qua đó góp phần làm giảm các độc tính cấp của xạ trị so với kỹ thuật xạ trị 3D phù hợp mô đích [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các độc tính cấp của xạ trị gồm viêm da, viêm niêm mạc miệng và khô miệng gặp ở 100% bệnh nhân. Trong đó, viêm niêm mạc miệng là độc tính có tỷ lệ bệnh nhân gặp mức độ nặng- rất nặng cao nhất (66,7%). Viêm da do xạ là độc tính có mức độ nghiêm trọng đứng hàng thứ hai. Nghiên cứu của của Kose và cộng sự trên 55 bệnh nhân được hóa xạ đồng thời triệt để cho thấy độc tính viêm niêm mạc miệng độ 1-2 gặp ở 33% bệnh nhân và độ 3-4 gặp ở 67% bệnh nhân, tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [9]. Còn trong nghiên cứu của Espeli trên 94 bệnh nhân ung thư đầu cổ được hóa xạ trị với kỹ thuật xạ trị IMRT cho thấy viêm niêm mạc miệng độ 3-4 chỉ chiếm 23,5% [10].

Về độc tính huyết học, trong nghiên cứu của chúng tôi có thiếu máu là thường gặp nhất, kể đến là giảm bạch cầu, nhưng chỉ ở độ 1-2, khá tương đồng với nghiên cứu của Kose khi độc tính huyết học cũng chỉ thường ở độ 1-2 với tỷ lệ là 76%. Độc tính cấp trên thận cũng ít gặp khi tỷ lệ xuất hiện là 14,8% và chỉ ở độ 1-2, gần tương đồng với nghiên cứu của Kose (13%) [9].

4.2. Các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hai yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê là tiền sử hút thuốc và chỉ số KPS. Về tiền sử hút thuốc lá, tác giả Ma SJ và cộng sự nghiên cứu trên 518 bệnh nhân ung thư biểu mô gai đầu cổ được hóa xạ trị đồng thời triệt để, cho thấy bệnh nhân hút thuốc lá từ 22 gói-năm trở lên có kết quả tệ hơn về sống còn bệnh không tiến triển (tỷ số Hazzard 1,38; $p=0,048$) và sống còn toàn bộ (tỷ số Hazzard 1,57; $p=0,01$) so với nhóm hút thuốc từ 22 gói-năm trở lại [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đáp ứng tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn giảm dần từ không hút thuốc, hút thuốc < 10 gói-năm và hút thuốc ≥ 10 gói-năm. Lý giải cho sự khác biệt về ngưỡng cắt của tiền sử hút thuốc tính bằng gói-năm giữa hai nghiên cứu là do nghiên cứu của Ma SJ bao gồm bệnh nhân ung thư khẩu hầu liên quan đến nhiễm HPV, đây là nhóm bệnh nhân có tiên lượng tốt trong nhóm bệnh nhân ung thư đầu cổ. Sau khi phân tích phối hợp biến tình trạng nhiễm HPV và tiền sử hút thuốc, kết quả cho thấy bệnh nhân không nhiễm HPV và có tiền sử hút thuốc từ 10 gói-năm trở lên có kết quả tệ nhất về sống còn toàn bộ (tỷ số Hazzard 2,79; $p< 0,01$) và sống còn bệnh không tiến triển (tỷ số Hazzard 2,39; $p< 0,01$) [11]. Về thể trạng bệnh nhân, bệnh nhân có chỉ số toàn trạng cao hơn thường có đáp ứng điều trị tốt hơn, liên quan đến việc không bị trì hoãn hoặc gián đoạn điều trị do các độc tính của hóa xạ trị đồng thời [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có chỉ số KPS 80 chỉ đạt được bệnh ổn định, không đạt đến đáp ứng hoàn toàn hoặc một phần, cũng phù hợp với ý văn về chỉ số toàn trạng và kết quả hóa xạ trị đồng thời.

V. KẾT LUẬN

Hóa xạ trị đồng thời với Cisplatin cho thấy hiệu quả cao trong việc điều trị ung thư hốc miệng với tỷ lệ đáp ứng khách quan là 85,2%. Viêm niêm mạc miệng là độc tính xạ trị ảnh hưởng nhiều nhất đến bệnh nhân và giảm hồng cầu là độc tính hóa trị phổ biến nhất. Tiền sử hút thuốc và chỉ số toàn trạng KPS là hai yếu tố có liên quan đến đáp ứng với hóa xạ trị đồng thời ở bệnh nhân ung thư hốc miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sun R., Dou W., Liu W., Li J., and Han X. Global, regional, and national burden of oral cancer and its attributable risk factors from 1990 to 2019. *Cancer medicine*. 2023. 12(12), 13811-13820, <https://doi.org/10.1002/cam4.6025>.
2. Edward H., David W., Carlos P., and Luther B. Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology. Lippincott Williams & Wilkins; 2018. 3066-3149.
3. Mishra V. K., Gandhi A. K., Rastogi M., Verma R., and Khurana R. Retrospective analysis of clinical outcome of 100 inoperable oral cavity carcinoma treated with definitive concurrent chemoradiotherapy with or without induction chemotherapy. *Ecancer Medicalscience*. 2023. 17, 1630, <https://doi.org/10.3332/ecancer.2023.1630>.
4. Nguyễn Thị Minh Linh và 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(Số chuyên đề), 41-53.
5. Bùi Ngọc Vĩnh Lộc. 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. Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2020. 28(2020), 1-8.
6. Petr S., Kristien W., Naomi K., and Makoto T. 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. *The Oncologist*. 2022. 22(1), 1056-1066, <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2022-0015>.
7. Nguyễn Văn Đăng, Nguyễn Thị Thu Nhung và Nguyễn Thị Hằng. 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), 82-85, <https://doi.org/10.51298/vmj.v520i1.3743>
8. Van der Veen J., Laenen A., and Nuyts S. Modern radiotherapy techniques versus three-dimensional conformal radiotherapy for head and neck cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017. 2017(12), 1-14, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012904>.
9. Kose F., Besen A., Sumbul T., and Sezer A. Weekly cisplatin versus standard three-weekly cisplatin in concurrent chemoradiotherapy of head and neck cancer: the Baskent University experience. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2021. 12(5), 1185-1188, https://doi.org/10.1200/jco.2021.29.15_suppl.e16001.
10. Espeli V. and Zucca E. Weekly and 3-weekly cisplatin concurrent with intensity-modulated radiotherapy in locally advanced head and neck squamous cell cancer. *Oral Oncology*. 2021. 48(1), 266-271, <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2021.10.005>.
11. Ma S. J., Yu H., Yu B., and Khan M. Association of Pack-Years of Cigarette Smoking With Survival and Tumor Progression Among Patients Treated With Chemoradiation for Head and Neck Cancer. *JAMA network open*. 2022. 5(12), 1-11, <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.45818>
12. Stromberger C., Yedikar B., Coordes A., Tinhof I., and Kalinauskaitė G. Prognostic Factors Predict Oncological Outcome in Older Patients With Head and Neck Cancer Undergoing Chemoradiation Treatment. *Frontiers in oncology*. 2020. 10, 1-10, <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.566318>.