

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ BƯỚC ĐẦU HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI
SỬ DỤNG XẠ TRỊ ĐIỀU BIẾN LIỀU TRONG ĐIỀU TRỊ
UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN III, IVA**

Tô Quang Duy¹, Nguyễn Ngọc Sáng¹, Nguyễn Văn Ba¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) ung thư vòm mũi họng (UTVMH) giai đoạn III, IVA và đánh giá bước đầu hiệu quả hóa xạ trị đồng thời sử dụng xạ trị điều biến liều. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu trên 30 BN UTVMH giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng (III, IVA) được điều trị phác đồ hóa xạ trị đồng thời tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Quân y 103 từ 10/2019 - 04/2022, sử dụng xạ trị điều biến liều, hóa chất đồng thời cisplatin 30 mg/m²da/tuần trong 7 tuần, hóa chất hỗ trợ phác đồ CF 03 chu kỳ. Tất cả BN đều được đánh giá đáp ứng tại u và hạch theo tiêu chuẩn RECIST 1.1. **Kết quả:** 100% BN xạ trị đủ liều, 76,7% BN hoàn thành đủ phác đồ điều trị, thời gian gián đoạn chủ yếu trong vòng 01 tuần (73,3%). Đáp ứng chung đối với u và hạch sau 01 tháng điều trị 80% BN đáp ứng hoàn toàn, 16,7% BN đáp ứng một phần, 3,3% BN bệnh giữ nguyên. Đáp ứng điều trị liên quan đến tuân thủ liệu trình điều trị và gián đoạn điều trị. **Kết luận:** Phác đồ hóa xạ trị đồng thời trong điều trị UTVMH có sử dụng xạ trị điều biến liều mang lại hiệu quả cao.

* *Từ khóa:* Ung thư vòm mũi họng; Hóa xạ trị đồng thời; Xạ trị điều biến liều.

**INITIAL EVALUATION OF CONCURRENT CHEMORADIATION
THERAPY WITH INTENSITY-MODULATED RADIATION THERAPY
FOR PATIENTS WITH STAGE III, IVA NASOPHARYNX CANCER**

Summary

Objectives: To describe some clinical and subclinical characteristics of nasopharyngeal cancer patients stage III, IVA and to initially evaluate the effectiveness of chemotherapy and radiation therapy with intensity-modulated radiation therapy (IMRT). **Subjects and methods:** A retrospective and prospective study on 30 locally advanced nasopharynx cancer patients staged III,

¹Bộ môn - khoa Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Quân y 103

Người phản hồi: Tô Quang Duy (toquangduyhvqy@gmail.com)

Ngày nhận bài: 19/4/2022

Ngày được chấp nhận đăng: 24/4/2022

IVA who received concurrent chemoradiotherapy at the Oncology Center, Military Hospital 103 from October 2019 to April 2022, using intensity-modulated radiation therapy, concurrent chemotherapy with cisplatin 30 mg/m²/week for 7 weeks, adjuvant chemotherapy with 3-cycle CF regimen. All patients were evaluated for tumor and lymph node response according to RECIST 1.1 criteria. **Results:** 100% of patients received full-dose radiation therapy, 76.7% of patients completed the full treatment regimen, and the main interruption time was within one week, accounting for 73.3%. The general response for both tumor and lymph node after one month of treatment: 80% of patients had a complete response, 16.7% of patients had a partial response, and 3.3% of patients remained unchanged. Treatment response is related to the adherence to the treatment regimen and the time of treatment interruption. **Conclusion:** Concurrent chemoradiation therapy for nasopharyngeal cancer with intensity-modulated radiation therapy gave high treatment efficiency.

* *Keywords:* Nasopharyngeal cancer; Concurrent chemoradiotherapy; Intensity-modulated radiation therapy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng là bệnh lý ác tính của tế bào biểu mô vùng vòm họng, có đặc điểm dịch tế học, mô bệnh học và chiến lược điều trị khác biệt với các ung thư đầu cổ khác; là loại ung thư nhạy cảm với tia xạ và ở vị trí giải phẫu đặc biệt nên xạ trị vẫn là phương pháp điều trị chính. Những năm 1990, cisplatin phối hợp đồng thời với xạ trị đã được áp dụng rộng rãi làm giảm cả tỷ lệ tái phát tại chỗ, tại vùng và di căn xa, giúp cải thiện có ý nghĩa về sống thêm toàn bộ. Tuy nhiên, thách thức lớn nhất của phác đồ này là tỷ lệ độc tính cấp gia tăng, số người bệnh hoàn thành liệu trình điều trị thấp [1]. Những năm 2000, sự ra đời của kỹ thuật

xạ trị điều biến liều (IMRT) đã mang lại hiệu quả cao, đặc biệt trong điều trị ung thư vùng đầu cổ. Kỹ thuật IMRT được chứng minh là có khả năng kiểm soát bệnh tốt hơn trong thời gian dài và ít gây ra tác dụng không mong muốn hơn trong điều trị UTMH đặc biệt ở giai đoạn III, IVA khi kết hợp với điều trị hóa chất [2]. Do đó, hóa xạ trị đồng thời được xem như là điều trị chuẩn cho giai đoạn này. Tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Quân y 103, từ năm 2019 khi hệ thống máy IMRT được đưa vào sử dụng đã mang lại hiệu quả cao trong điều trị các bệnh lý ung thư nói chung, bệnh lý ung thư vùng đầu cổ nói riêng, đặc biệt là điều trị UTMH giai đoạn tiến triển tại chỗ,

tại vùng (III, IVA). Đây là giai đoạn thường gặp nhất trên lâm sàng và cũng là giai đoạn nhiều sự lựa chọn điều trị. Tuy nhiên, trong quá trình điều trị, chúng tôi thấy rằng còn có nhiều BN không hoàn thành phác đồ theo đúng liệu trình do những biến chứng cấp tính phải ngừng điều trị hoặc bị gián đoạn trong quá trình điều trị, từ đó gây ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị. Do vậy, cần có sự tổng kết đánh giá một cách toàn diện về hiệu quả cũng như độc tính của phác đồ điều trị hóa xạ trị đồng thời trong điều trị UTVMH giai đoạn III, IVA tại Bệnh viện Quân y 103. Từ yêu cầu thực tiễn trên, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN UTVMH giai đoạn III, IVA điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 và bước đầu đánh giá hiệu quả hóa xạ trị đồng thời có sử dụng xạ trị điều biến liều.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 30 BN UTVMH giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng (III, IVA) được điều trị tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Quân y 103 từ 10/2019 - 4/2022 bằng phác đồ hóa xạ trị đồng thời với cisplatin hàng tuần có sử dụng xạ trị điều biến liều.

* *Tiêu chuẩn chọn BN:*

- BN từ 18 - 70 tuổi; PS 0-2.
- Chẩn đoán xác định UTVMH bằng mô bệnh học sinh thiết tại vòm hoặc hạch di căn, giai đoạn III, IVA theo phân loại của UICC/AJCC 2017 [3].

- BN được điều trị lần đầu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Không đủ tiêu chuẩn lựa chọn.
- BN mắc các bệnh phối hợp khác ảnh hưởng đến điều trị và theo dõi (tim mạch, gan, thận,...) hoặc có chống chỉ định của hóa trị và xạ trị.

- Đã từng được hóa trị hoặc xạ trị trước đây, tiền sử phẫu thuật tại u và hạch (trừ phẫu thuật sinh thiết)

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:*

Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, có can thiệp lâm sàng không đối chứng.

* *Các chỉ tiêu nghiên cứu và cách đánh giá:*

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:
 - + Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, lí do vào viện, triệu chứng cơ năng, thời gian xuất hiện triệu chứng.

+ Triệu chứng cơ năng: Ù tai, đau đầu, nghẹt mũi, chảy máu mũi.

+ Triệu chứng thực thể:

. Đặc điểm u: vị trí xuất phát khối u, hình thái đại thể khối u, thể mô bệnh học.

. Đặc điểm hạch: Vị trí (một bên, hai bên, không có hạch), nhóm hạch, số lượng hạch mỗi nhóm.

. Tổn thương dây thần kinh sọ.

- Chẩn đoán và phân loại giai đoạn AJCC/UICC 2017 [3]: Giai đoạn III (T3N0-2M0, T0-3N2M0), giai đoạn IVA (T4N0-2M0, T0-4N3M0)

- Kết quả điều trị:

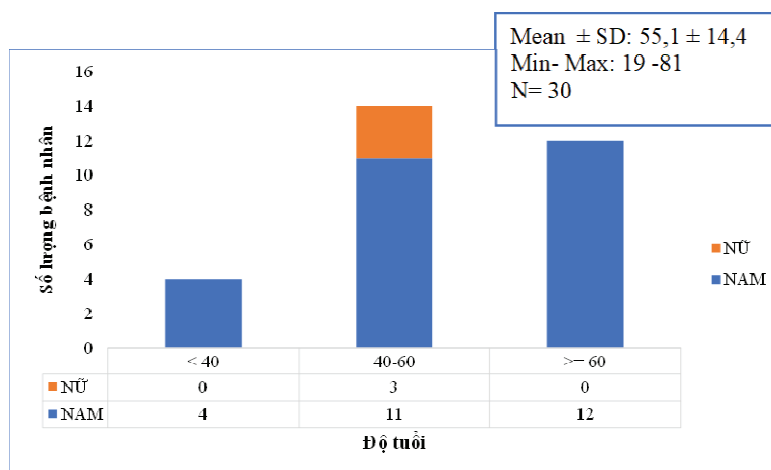
+ Tuân thủ liệu trình điều trị: Liệu xạ trị, số chu kỳ hóa chất, gián đoạn điều trị

+ Đánh giá đáp ứng chung: Đánh giá đáp ứng u và hạch tại thời điểm 01 tháng sau khi kết thúc liệu trình điều trị theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 [4].

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

* Tuổi và giới tính:

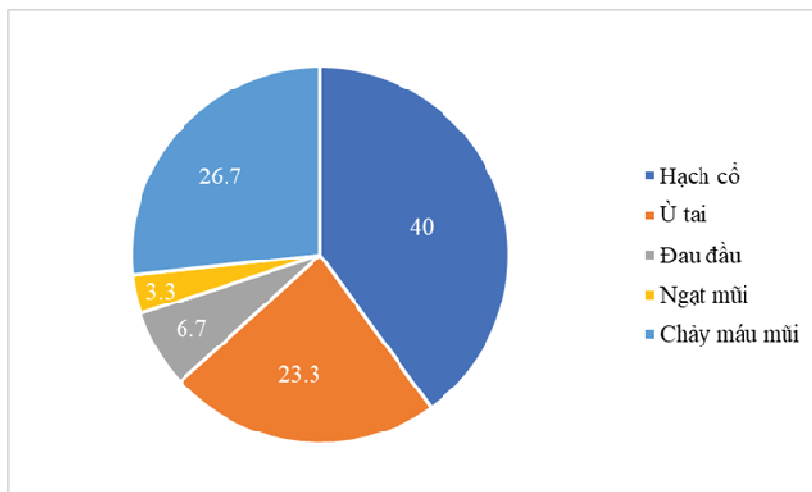


Biểu đồ 1: Phân bố BN theo tuổi và giới tính.

Tuổi trung bình của BN là 55,1 ± 14,4, trẻ nhất 19 tuổi, già nhất 81 tuổi. Độ tuổi 40 - 60 gặp nhiều nhất ở cả hai giới (46,7%). Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà [5] với tuổi trung bình là 50,2, nhóm tuổi 40 - 60 chiếm tỷ lệ cao nhất. Tuổi trung bình của chúng tôi so với các nghiên cứu trong nước và

thế giới cao hơn có thể do số lượng trong BN nghiên cứu này còn ít và chỉ lựa chọn BN giai đoạn III, IVA. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 9/1, cao hơn so với các nghiên cứu trong nước và thế giới (nam/nữ: 2 - 3/1). Điều này có thể giải thích do số lượng BN nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế nên chưa có sự phù hợp với tỷ lệ chung của thế giới cũng như trong nước.

* Lý do vào viện:



Biểu đồ 2: Lý do vào viện.

Hạch cổ là triệu chứng nhiều nhất (40%) trong các lý do vào viện, tiếp theo là chảy máu mũi (26,7%) và ù tai (23,3%). Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu trước đó; như nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà [5] triệu chứng hạch cổ gặp nhiều nhất (58,8%). Tác giả Lee và CS nghiên cứu trên 4.768 BN cho thấy triệu chứng đầu tiên là nổi hạch chiếm đa số (37,6%).

* Đặc điểm u:

Bảng 1: Đặc điểm u.

Đặc điểm u		Số BN (n = 30)	Tỷ lệ (%)
Vị trí u	Trần vòm	13	43,3
	Thành trái	11	36,7
	Thành phải	5	16,7
	Hai thành	0	0
	Thành sau	1	3,3
Đại thể	Thể sùi	19	63,3
	Thể loét	2	6,7
	Thể hỗn hợp	9	30
Vi thể	Ung thư biểu mô không biệt hóa	22	73,4
	Ung thư biểu mô vảy sừng hóa	4	13,3
	Ung thư biểu mô vảy không sừng hóa	4	13,3

Vị trí u phân bố nhiều ở trần vòm, hai bên thành vòm phải và thành vòm trái với tỷ lệ lần lượt là 43,3%, 36,7% và 16,7%. Kết quả này phù hợp với các triệu chứng cơ năng hay gặp của BN là ù tai và ngạt mũi một bên.

Về hình thái: Đa số các khối u vòm có tính chất sùi (63,3%); 30% khối u ở thể phối hợp và chỉ có 6,7% khối u có tính chất loét. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu trước.

Về thể mô bệnh học: 73,4% BN có khối u vòm mũi họng thuộc loại ung thư biểu mô không biệt hóa (theo phân loại WHO). Ung thư biểu mô vòm mũi họng không biệt hóa là loại hay gặp nhất trong UTVMH, đây là loại liên quan nhiều đến virus Epstein Barr virus (EBV) và có tiên lượng tốt hơn các thể mô bệnh học khác. Kết quả này tương đương với nhiều kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước: Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà [5], UTVMH chiếm 93,8% là loại không biệt hóa.

* *Đặc điểm hạch:*

Bảng 2: Đặc điểm di căn hạch.

Đặc điểm hạch cổ di căn		Số BN (n = 30)	Tỷ lệ (%)
Vị trí hạch	Một bên	5	16,7
	Hai bên	23	76,6
	Tổng	28	93,3
Nhóm hạch	Nhóm 1	9	30
	Nhóm 2	25	83
	Nhóm 3	8	27
	Nhóm 4	2	7
	Nhóm 5	5	17
	Nhóm 6	2	7
	Hạch sau hầu	1	3
Độ di động	Di động	10	35,7
	Cố định	18	64,3
	Dính thành khối	28	100
Đau	Đau	9	32,1
	Không đau	19	67,9

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi BN đến viện, 28/30 BN có hạch cổ (93,3%). Đa số BN có hạch hai bên (76,7%). Nhóm hạch phổ biến là nhóm II (83%).

Đa số các hạch có tính chất cố định (64,3%) và không đau (67,9%). Kết quả này tương đương với hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước về di căn ung thư hạch trong UTVMH. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hà [5] cho thấy 100% BN có di căn hạch lympho, trong đó hay gặp nhất là lympho nhóm II (87,5%). Các hạch di căn của UTVMH thường có mật độ chắc, cố định, một số trường hợp hạch rắn “hạch chì”; dính thành khối, không đau và di căn hạch nhóm II chiếm tỷ lệ cao nhất.

* *Xếp loại TNM và giai đoạn bệnh (theo UICC/AJCC 2017):*

Bảng 3: Xếp loại giai đoạn theo UICC/AJCC 2017.

Phân loại theo TNM		Số BN (n = 30)	Tỷ lệ (%)
Phân loại theo T	T1	6	20
	T2	9	30
	T3	10	33,3
	T4	5	16,7
Phân loại theo N	N0	2	6,7
	N1	5	16,7
	N2	20	66,6
	N3	3	10
Giai đoạn	III	24	80
	IVA	6	20

Về giai đoạn u: T1 (20%), T2 (30%), T3 (33,3%), T4 (16,7%). Kết quả nghiên cứu này tương đồng với các nghiên cứu trước về điều trị UTVMH giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng. Nghiên cứu của Phạm Sơn Lâm [6] trên 51 BN UTVMH giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng phân loại theo

UICC/AJCC 2002 có tỷ lệ T1 là 31,4%, T2 là 47,1%, T3 là 16,3%, T4 là 21,5%.

Về giai đoạn hạch: Giai đoạn hạch N2 chiếm tỷ lệ cao nhất (66,6%), N3 (10%), N1 (16,7%). Trong các nghiên cứu trước đây về UTVMH giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng, nghiên cứu

của Phạm Sơn Lâm [6] có tỷ lệ di căn hạch N2 chiếm 47,1%, N3 chiếm 52,9% do tác giả chỉ lựa chọn những đối tượng UTMH giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng có N2-3, còn trong nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn những BN T3-4N0.

Về phân loại giai đoạn UTMH: Tất cả BN trong nghiên cứu này đều ở giai đoạn III và IVA theo UICC/AJCC

2017 với tỷ lệ lần lượt là 80% và 20%. So với các nghiên cứu trước về UTMH giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng (III, IVA). Đa số BN trong nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn III có thể do kỹ thuật chẩn đoán trong những năm gần đây có nhiều tiến bộ. Người dân được tiếp cận với chẩn đoán sàng lọc, phát hiện ung thư sớm hơn khi khối u chưa phát triển quá lớn.

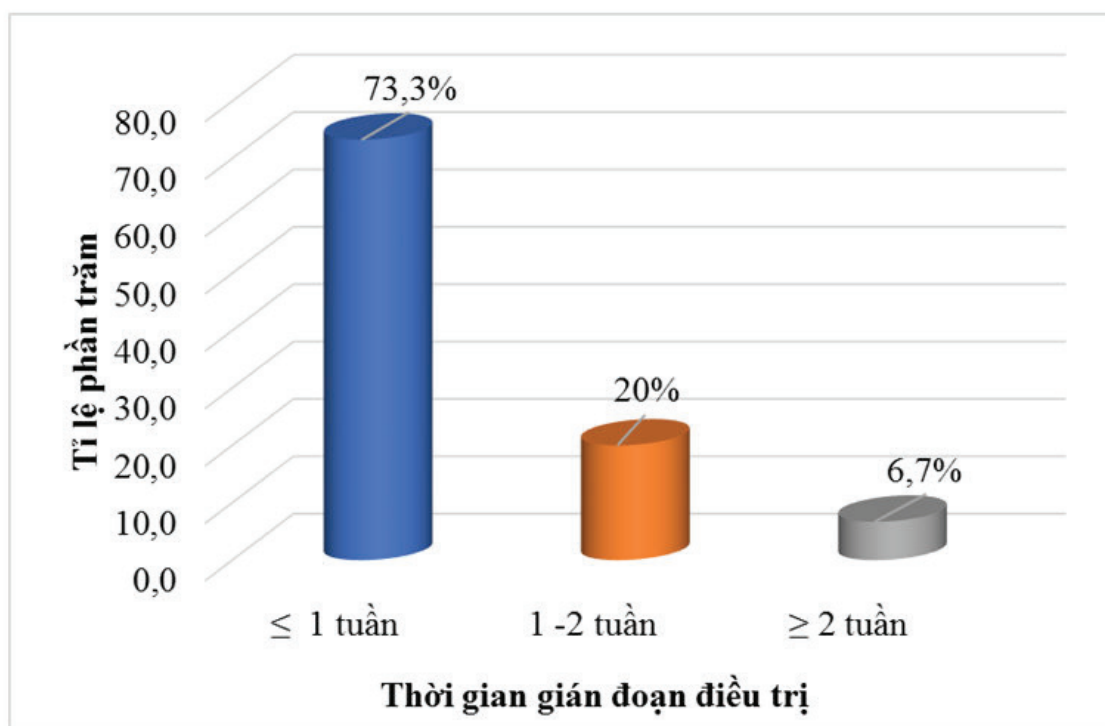
* *Kết quả điều trị:*

Bảng 4: Liệu xạ trị và chu kỳ hóa chất đã thực hiện.

Hóa-xạ trị	Liệu xạ trị và chu kỳ hóa chất đã thực hiện	Số lượng BN (n = 30)	Tỷ lệ (%)
Xạ trị	70 Gy	30	100
	< 70Gy	0	0
Hóa chất	7 chu kỳ	23	76,7
	6 chu kỳ	5	16,7
	5 chu kỳ	2	6,7
	< 5 chu kì	0	0,0
Hóa chất bổ trợ	3 chu kỳ	23	76,7
	2 chu kỳ	4	13,3
	1 chu kì	2	6,7
	0 chu kì	1	3,3

100% thực hiện đủ liệu xạ trị 70Gy và 23 BN (76,7%) thực hiện đủ liệu xạ trị và hóa chất (Xạ trị đủ 70Gy, hóa chất 7 chu kỳ trong giai đoạn hóa xạ trị đồng thời

và 03 chu kỳ hóa chất bổ trợ). 23,3% BN không tuân thủ điều trị đủ liều xạ và/hoặc hóa chất. Tỷ lệ hoàn thành phác đồ của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu trước đây: 60,8% BN trong nghiên cứu của Phạm Sơn Lâm [6] với hoàn thành đủ phác đồ điều trị. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Tatsuya Ohno và CS [7] tại Diễn đàn Hợp tác Hạt nhân châu Á năm 2012 là 57%. Tuy nhiên, tỷ lệ hoàn thành phác đồ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các phác đồ trước có thể do BN được chọn lựa kỹ càng, được tư vấn chuẩn bị tâm lý và trong quá điều trị, BN được kê các thuốc bổ trợ để giảm mức độ độc tính.



Biểu đồ 3: Thời gian gián đoạn điều trị.

Trong nghiên cứu, 100% BN gián đoạn điều trị so với kế hoạch, trong đó, chủ yếu gián đoạn trong vòng 01 tuần (73,3%), nguyên nhân chủ yếu trong nhóm gián đoạn > 1 tuần là độc tính nôn và giảm bạch cầu. Thời gian gián đoạn trong nghiên cứu chúng tôi ngắn hơn có thể do số lượng BN ít, BN được chọn lựa cẩn thận về thể trạng và được giải thích đầy đủ. 100% BN được thực hiện IMRT làm hạn chế độc tính lên các cơ quan nhạy cảm.

* *Đáp ứng điều trị:*

Bảng 5: Tỷ lệ đáp ứng sau điều trị.

Đáp ứng chung	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	24	80
Đáp ứng một phần	5	16,7
Không đáp ứng	1	3,3
Tổng	30	100

96,7% BN có đáp ứng với hóa xạ trị đồng thời cả tại u và hạch. Trong đó, 80% BN đáp ứng hoàn toàn tại u và hạch và 16,7 % BN đáp ứng một phần. Có 01 BN (3,3%) không đáp ứng do không tuân thủ đúng phác đồ điều trị do độc tính cấp tính trong quá trình hóa xạ trị. Kết quả đáp ứng điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đương với các nghiên cứu trong và ngoài nước điều trị UTVMH bằng phương pháp hóa xạ trị đồng thời có sử dụng IMRT. Tác giả Võ Nguyên Tín và CS [8] nghiên cứu 33 BN UTVMH được điều trị IMRT phối hợp hóa xạ trị cho kết quả 81,8% BN đáp ứng hoàn toàn.

* *Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị:*

Bảng 6: Liên quan giữa tuân thủ liệu trình và đáp ứng điều trị

Đáp ứng điều trị	Không đủ liệu trình (n, %)	Đủ liệu trình (n, %)	Tổng (n, %)
Không đáp ứng/đáp ứng một phần	4 (13,3)	3 (10)	7 (23,3)
Đáp ứng hoàn toàn	2 (6,7)	21 (70)	23 (76,7)
Tổng	6 (20)	24 (80)	30 (100)
p = 0,016			

Tỷ lệ đáp ứng chung hoàn toàn ở nhóm đáp ứng đủ liệu trình là 87,5%, cao hơn đáp ứng hoàn toàn trong nhóm BN không điều trị đủ phác đồ (33,3%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Việc tuân thủ điều trị giúp BN nhận đủ liều xạ trị và hóa chất, do đó mang lại hiệu quả điều trị cao hơn.

Bảng 7: Liên quan giữa gián đoạn điều trị và đáp ứng điều trị.

Đáp ứng điều trị	Gián đoạn ≤ 1 tuần (n, %)	Gián đoạn > 1 tuần (n, %)	Tổng (n, %)
Không đáp ứng/đáp ứng một phần	2 (6,7)	4 (13,3)	6 (20)
Đáp ứng hoàn toàn	20 (66,7)	4 (13,3%)	24 (80)
Tổng	22 (73,3)	8 (26,7%)	30 (100)
p = 0,029			

Tỷ lệ BN đáp ứng hoàn toàn với điều trị ở nhóm có thời gian gián đoạn điều trị >1 tuần là 50%, thấp hơn so với tỷ lệ BN đáp ứng hoàn toàn ở nhóm BN có thời gian gián đoạn ≤ 1 tuần (90,9%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này có thể lý giải rằng, việc gián đoạn điều trị kéo dài làm tăng thời gian điều trị, từ đó làm giảm hiệu quả tiêu diệt khối u của tia xạ và làm tăng nguy cơ tái sinh nhanh của tế bào ung thư trong quá trình xạ trị. Do đó, việc tuân thủ thời gian điều trị rất quan trọng trong đáp ứng điều trị và hiệu quả tiêu diệt tế bào ác tính.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 BN UTVMH giai đoạn III, IVA, điều trị hóa xạ trị đồng thời sử dụng IMRT tại Bệnh viện Quân y 103, chúng tôi rút ra kết luận:

1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN UTVMH giai đoạn III, IVA

- BN UTVMH có độ tuổi trung bình $55,1 \pm 14,4$. Tỷ lệ nam/nữ 9/1.

- Lý do vào viện hay gặp nhất là nổi hạch cổ. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất khi vào viện là ù tai. Đa số u ở vị

trí trần vòm và loại ung thư biểu mô không biệt hóa chiếm đa số.

- Phần lớn BN có hạch hai bên, di căn phổ biến nhất là hạch nhóm 2. Hầu hết các hạch có tính chất cố định và không đau.

2. Đánh giá bước đầu kết quả hóa xạ trị đồng thời

- 100% BN được xạ trị đủ liều, 76,7% BN thực hiện đủ liều điều trị và hóa chất. 100% BN có gián đoạn điều trị, chủ yếu gián đoạn trong vòng 01 tuần. Gián đoạn điều trị có liên quan

đến độc tính nôn và giảm bạch cầu ($p < 0,05$).

- 96,7% BN có đáp ứng với điều trị, trong đó đáp ứng hoàn toàn (hết u, hết hạch) chiếm 80% và đáp ứng một phần chiếm 16,7%.

- Tỷ lệ BN đáp ứng hoàn toàn trong nhóm được điều trị đủ phác đồ, thời gian gián đoạn ≤ 1 tuần có là cao hơn so với nhóm BN không điều trị đủ phác đồ, thời gian gián đoạn > 1 tuần ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chan A.T, Teo P.M, Ngan R.K. et al (2002). Concurrent chemotherapy-radiotherapy compared with radiotherapy alone in locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: Progression-free survival analysis of a phase III randomized trial. *J Clin Oncol*; 20(8):2038-44.

2. Chen L., Hu C.S., Chen X.Z. et al (2017). Adjuvant chemotherapy in patients with locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: Long-term results of a phase 3 multicentre randomised controlled trial. *Eur J Cancer*; 75:150-158.

3. Amin M.B., Edge S., Greene Fand et al (2017). AJCC Cancer Staging Manual (8th edition); 118-119.

4. Schwartz L.H., Litière S., de Vries E. et al (2016). RECIST 1.1-Update and clarification: From the RECIST committee. *Eur J Cancer*; 62:132-7.

5. Nguyễn Thị Hà (2017). Đánh giá kết quả xạ trị điều biến liều kết hợp hóa xạ trị đồng thời UTVMH giai đoạn III-IVB. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.

6. Phạm Sơn Lâm (2010). Đánh giá kết quả điều trị phối hợp hóa-xạ trị đồng thời trong UTVMH giai đoạn III-IV tại Bệnh viện K. Luận văn Thạc sỹ Y học. Bệnh viện K.

7. Ohno Tatsuya, Thinh Dang Huy Quoc, Kato Shingoand et al (2013). Radiotherapy concurrently with weekly cisplatin, followed by adjuvant chemotherapy, for N2-3 nasopharyngeal cancer: A multicenter trial of the Forum for Nuclear Cooperation in Asia. *Journal of Radiation Research*; 543:467-473.

8. Võ Nguyên Tín, Phạm Nguyên Trường, Đặng Thanh (2018). Kết quả điều trị UTVMH bằng xạ trị điều biến liều phối hợp hóa xạ trị đồng thời tại Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*; 63-41.