

kể so với TACE đơn thuần (~20%) [15]. Điều này ủng hộ cách tiếp cận lâm sàng trong ca bệnh của chúng tôi, cho thấy sự cần thiết của điều trị kết hợp ở nhóm nguy cơ cao. Một điểm đáng lưu ý trong lựa chọn chiến lược điều trị là, chúng tôi dựa trên thực tế rằng khối u đã đạt hoại tử hoàn toàn về hình ảnh học và các chỉ điểm sinh học đã giảm rõ rệt. Mục tiêu là nhằm giảm xâm lấn và truyền máu trong phẫu thuật – một yếu tố liên quan đến tái phát sau phẫu thuật [4], hạn chế biến chứng và rút ngắn thời gian hồi phục hậu phẫu. Do đó, chúng tôi quyết định điều trị phẫu thuật nội soi cắt hạ phân thùy VI. Kết quả hậu phẫu thuận lợi, mô bệnh học ghi nhận khối u hoại tử hoàn toàn, diện cắt không còn tế bào ung thư, bệnh nhân hồi phục tốt, ra viện sau 6 ngày phẫu thuật. Theo dõi nồng độ AFP và PIVKA-II huyết thanh trở lại bình thường sau phẫu thuật 3 tháng và không có hình ảnh u tái phát trên hình ảnh. Hiện tại, sau 6 tháng điều trị, bệnh nhân đang được theo dõi, tái khám định kỳ mỗi 3 tháng cho thấy sự ổn định trên lâm sàng và xét nghiệm.

IV. KẾT LUẬN

DEB-TACE siêu chọn lọc là một phương pháp can thiệp có giá trị trong kiểm soát hoạt tính sinh học tiền phẫu ở bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn sớm có yếu tố tiên lượng xấu, tạo điều kiện cho phẫu thuật triệt căn ít xâm lấn, góp phần cải thiện tiên lượng ngắn và trung hạn. Ca lâm sàng của chúng tôi bước đầu chứng minh tiềm năng lâm sàng của phương pháp, đồng thời cần có những nghiên cứu có hệ thống để đánh giá toàn diện kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., et al. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN

Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 71(3): 209-249.

2. Cai Y., Xie K., Adeeb Alhmod M. N., et al. (2023). Effect of PIVKA-II and AFP secretion status on early recurrence of hepatocellular carcinoma after open and laparoscopic surgery. *Cancer Med*, 12(17): 17866-17877.
3. Aliberti C., Carandina R., Lonardi S., et al. (2017). Transarterial Chemoembolization with Small Drug-Eluting Beads in Patients with Hepatocellular Carcinoma: Experience from a Cohort of 421 Patients at an Italian Center. *J Vasc Interv Radiol*, 28(11): 1495-1502.
4. Abdelhamed W., El-Kassas M. (2023). Hepatocellular carcinoma recurrence: Predictors and management. *Liver Research*, 7(4): 321-332.
5. Yasuda S., Matsuo Y., Doi S., et al. (2024). Preoperative predictors of very early recurrence in patients with hepatocellular carcinoma beyond the Milan criteria. *Langenbecks Arch Surg*, 409(1): 283.
6. Ma X. L., Zhu J., Wu J., et al. (2018). Significance of PIVKA-II levels for predicting microvascular invasion and tumor cell proliferation in Chinese patients with hepatitis B virus-associated hepatocellular carcinoma. *Oncol Lett*, 15(6): 8396-8404.
7. Reig M., Forner A., Rimola J., et al. (2022). BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: The 2022 update. *J Hepatol*, 76(3): 681-693.
8. Guo C., Zou X., Hong Z., et al. (2021). Preoperative transarterial chemoembolization for barcelona clinic liver cancer stage A/B hepatocellular carcinoma beyond the milan criteria: a propensity score matching analysis. *HPB (Oxford)*, 23(9): 1427-1438.
9. Hsu K.-F., Chu C.-H., Chan D.-C., et al. (2012). Superselective transarterial chemoembolization vs hepatic resection for resectable early-stage hepatocellular carcinoma in patients with Child-Pugh class a liver function. *European Journal of Radiology*, 81(3): 466-471.
10. Yoon J. H., Choi S. K. (2023). Management of early-stage hepatocellular carcinoma: challenges and strategies for optimal outcomes. *Journal of Liver Cancer*, 23(2): 300-315.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA XẠ TRỊ ĐƠN THUẦN VÀ HÓA XẠ ĐỒNG THỜI TRÊN NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG

Phạm Huy Tấn¹, Dương Thế Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của xạ trị đơn thuần và hóa xạ đồng thời trên người bệnh ung

thư vòm mũi họng. **Đối tượng:** 119 người bệnh được chẩn đoán và điều trị UTVMH tại Bệnh viện K Trung Ương và Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ năm 2013 đến 2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc, với các phác đồ điều trị bao gồm xạ trị đơn thuần và hóa xạ trị đồng thời sử dụng Cisplatin. **Kết quả:** Hóa xạ trị đồng thời là phương pháp điều trị phổ biến nhất (54,6%), trong đó hóa xạ trị đồng thời với cisplatin chiếm tỷ lệ cao nhất (32,8%), sau đó là hóa chất tân bổ trợ kết hợp với hóa xạ trị đồng thời – 13,4%, thấp nhất là hóa chất tân bổ trợ kết hợp với xạ trị – 8,4%; xạ trị đơn thuần chiếm tỷ lệ thấp hơn –

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Huy Tấn

Email: phamhuytan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025

45,4%. Đa số người bệnh đáp ứng hoàn toàn với điều trị (74,0%), 23,5% người bệnh đáp ứng một phần và chỉ có 2,5% người bệnh không đáp ứng với điều trị. **Kết luận:** Xạ trị đơn thuần và hóa xạ trị đồng thời đều là các phương pháp điều trị mang lại hiệu quả tích cực cho người bệnh ung thư vòm mũi họng. Việc áp dụng các phương pháp này đúng giai đoạn bệnh, lựa chọn phương pháp phù hợp và tuân thủ phác đồ điều trị sẽ giúp tối ưu hóa khả năng kiểm soát bệnh, cải thiện tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và tăng cơ hội sống lâu dài cho người bệnh. **Từ khóa:** Hiệu quả điều trị, ung thư vòm mũi họng, xạ trị, hóa xạ trị.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF RADIOTHERAPY ALONE AND CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY IN PATIENTS WITH NASOPHARYNGEAL CARCINOMA

Objectives: To evaluate the therapeutic effectiveness of radiotherapy alone and concurrent chemoradiotherapy in patients with nasopharyngeal carcinoma. **Subjects:** A total of 119 patients diagnosed and treated for nasopharyngeal carcinoma at the National Cancer Hospital and Hanoi Medical University Hospital from 2013 to 2016. **Methods:** A longitudinal descriptive study with treatment regimens including radiotherapy alone and concurrent chemoradiotherapy using cisplatin. **Results:** Concurrent chemoradiotherapy was the most common treatment method (54.6%), with concurrent chemoradiotherapy using cisplatin accounting for the highest proportion (32.8%), followed by neoadjuvant chemotherapy combined with concurrent chemoradiotherapy at 13.4%, and neoadjuvant chemotherapy combined with radiotherapy at the lowest rate of 8.4%. Radiotherapy alone constituted a smaller proportion (45.4%). Most patients achieved a complete response to treatment (74.0%), 23.5% of patients had a partial response, and only 2.5% of patients showed no response to treatment. **Conclusion:** Both radiotherapy alone and concurrent chemoradiotherapy are effective treatment approaches for patients with nasopharyngeal carcinoma. Applying these methods at the appropriate disease stage, selecting the right treatment approach, and adhering to the prescribed protocol can optimize disease control, improve the complete response rate, and enhance long-term survival prospects for patients.

Keywords: Treatment effectiveness, nasopharyngeal carcinoma, radiotherapy, concurrent chemoradiotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là một trong những loại ung thư phổ biến tại khu vực Đông Nam Á, trong đó Việt Nam được xem là vùng có tỷ lệ mắc cao. Bệnh có liên quan đến nhiều yếu tố như môi trường, di truyền và đặc biệt là nhiễm virus Epstein-Barr.^{1,2} Với đặc điểm lâm sàng tiến triển âm thầm, UTVMH thường phát hiện ở giai đoạn muộn, gây khó khăn trong việc điều trị và quản lý người bệnh.^{1,2}

Trong điều trị UTVMH, xạ trị được xem là phương pháp nền tảng, đặc biệt hiệu quả ở giai đoạn sớm của bệnh. Tuy nhiên, với những tiến bộ trong y học, hóa xạ trị đồng thời đã trở thành phương pháp điều trị ở các giai đoạn tiến triển, giúp kiểm soát tốt hơn sự lan tràn tại chỗ và giảm nguy cơ di căn xa. Mặc dù vậy, hiệu quả của cả hai phương pháp điều trị này còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như giai đoạn bệnh, thể mô học, và sự phối hợp với các liệu pháp hỗ trợ.^{2,3}

Tại Việt Nam, việc nghiên cứu, so sánh hiệu quả điều trị của xạ trị đơn thuần và hóa xạ trị đồng thời vẫn còn hạn chế. Điều này đặc biệt quan trọng để đưa ra các khuyến cáo thực tiễn cho từng nhóm người bệnh, từ giai đoạn sớm đến giai đoạn tiến triển.

Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của cả xạ trị đơn thuần và hóa xạ trị đồng thời trên người bệnh UTVMH tại Việt Nam. Kết quả nghiên cứu không chỉ cung cấp thêm dữ liệu khoa học giá trị mà còn hỗ trợ cải thiện chiến lược quản lý và điều trị người bệnh trong thực hành lâm sàng.

II. CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

Chất liệu nghiên cứu: Theo phác đồ áp dụng tại Bệnh viện K Trung Ương giai đoạn 2013-2016.

* Phác đồ xạ trị đơn thuần:

+ Nguồn xạ: máy xạ trị gia tốc.

+ Phân liều: 2 Gy/lần; 5 lần/tuần.

+ Căn cứ vào CT, MRI đầu cổ và nội soi vòm họng để xác định thể tích khối u.

+ Sử dụng 3 trường chiếu:

• U nguyên phát và nhóm hạch cổ cao: Hai trường chiếu bên đối diện, song song.

• Nhóm hạch cổ thấp và thượng đòn: sử dụng một trường chiếu phía trước.

+ Liều trình tia xạ:

• Thì 1: Xạ trị u nguyên phát và hệ hạch cổ 50 Gy. Sau 40 Gy che chì tùy sống, phần tương ứng với tùy sống được xạ trị bằng chùm electron để đảm bảo liều 50Gy.

• Thì 2: Nâng liều tại u nguyên phát và vùng có nguy cơ cao đến 60 Gy.

• Thì 3: Nâng liều tại u nguyên phát và hạch di căn đến 70 Gy.

* Hóa trị trong hóa xạ trị đồng thời:

- Phác đồ hóa xạ đồng thời:

+ Cisplatin liều 100 mg/m² da, truyền tĩnh mạch ngày 1, 22, 43.

Thực hiện truyền hóa chất

- + Ringer Lactate 1000 ml truyền tĩnh mạch 60 giọt/phút.
 - + Manitol 20% x 125ml truyền tĩnh mạch tốc độ nhanh.
 - + Cisplatin pha trong 500ml dung dịch NaCl 0.9% truyền tĩnh mạch 60 giọt/phút.
 - + Manitol 20% truyền tĩnh mạch tốc độ nhanh.
 - + Dung dịch NaCl 0.9% x 500ml -1000ml truyền tĩnh mạch 60 giọt/phút.
 - + Dexamethason, Ondansetron tiêm tĩnh mạch trước và sau truyền.
 - + Bổ sung điện giải kali, magne.
 - + Hướng dẫn người bệnh uống nhiều nước.
 - Phác đồ hóa chất tân bổ trợ:
- Ba chu kỳ CF (cisplatin 80mg/m² da/ngày 1 và 5FU 1000mg/m² da/ngày 1-4, cách nhau 21-28 ngày).

❖ Chất liệu nghiên cứu:

- Máy nội soi tai mũi họng Karl Storz và Ackermann của Đức.
- Máy in ảnh màu Sony.
- Máy CT Scanner 64-128 dãy cắt.
- Máy chụp MRI 1,5T.
- Máy xạ trị gia tốc.

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 119 người bệnh được chẩn đoán và điều trị UTMH tại bệnh viện K Trung Ương và Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, thỏa mãn các tiêu chuẩn:

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Có chẩn đoán xác định dựa vào tiêu chuẩn vàng của chẩn đoán mô bệnh học là UTMH.
- Được phân loại giai đoạn bệnh theo TNM - AJCC 2010.
- Điều trị đầy đủ theo phác đồ của Bệnh viện K trong giai đoạn 2013 - 2016.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh có chẩn đoán đồng thời một loại ung thư khác hoặc mắc bệnh lý phối hợp nặng (suy gan, suy thận, suy tim giai đoạn cuối, bệnh lý thần kinh nặng).
- Không có chẩn đoán xác định UTMH dựa trên mô bệnh học hoặc hình ảnh học (CT scan, MRI).
- Hồ sơ y tế không đầy đủ để đánh giá hoặc theo dõi.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

❖ Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, có theo dõi dọc

❖ Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện, thu nhận tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được điều trị tại Bệnh viện K Trung Ương, Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, từ tháng 9 năm 2013 đến tháng 12 năm 2016.

❖ Cách thức tiến hành:

- Lựa chọn các người bệnh đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.
- Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trước và trong quá trình điều trị.
- Đánh giá kích thước tổn thương cũ và sự xuất hiện của tổn thương mới, đánh giá đáp ứng điều trị.
- Xử lý số liệu.

❖ Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm quần thể người bệnh: tuổi, giới, dân tộc.
- Đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn RECIST sau khi kết thúc điều trị 1 tháng.

Độ đáp ứng	RECIST
Đáp ứng hoàn toàn	Tổn thương tan hoàn toàn kéo dài ít nhất 4 tuần và không xuất hiện tổn thương mới
Đáp ứng một phần	Tổn thương giảm >30% kích thước và không xuất hiện tổn thương mới trong ít nhất 4 tuần
Không đáp ứng	Kích thước tổn thương giảm <30% hoặc tăng lên <20%
Bệnh tiến triển	Kích thước tổn thương tăng >20% hoặc xuất hiện tổn thương mới

2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện K Trung Ương, Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, từ tháng 9 năm 2013 đến tháng 12 năm 2016.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu.

Số liệu nghiên cứu được mã hóa và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó phân tích bằng Stata 12.0 theo phương pháp thống kê y sinh học.

2.6. Đạo đức nghiên cứu.

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Những người bệnh có đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích đầy đủ, rõ ràng về các lựa chọn điều trị, các ưu, nhược điểm của từng phương pháp, các rủi ro có thể xảy ra. Tất cả người bệnh trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Các thông tin về người bệnh được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	119	100
Từ 16-29 tuổi	9	7,5
Từ 30-39 tuổi	22	18,4
Từ 40-49 tuổi	29	24,4
Từ 50-59 tuổi	41	34,4
Từ 60 tuổi trở lên	18	15,3
X ± SD	47,7 ± 12,8	
Min – Max	16 – 83	

Giới tính	119	100
Nam	81	68,1
Nữ	38	31,9
Dân tộc	119	100
Kinh	105	88,2
Tày	6	5,1
Nùng	4	3,4
Dao	3	2,5
H'Mông	1	0,8

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $47,7 \pm 12,8$ tuổi. Nhóm tuổi từ 50 – 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 34,5%, tiếp theo là nhóm tuổi 40 – 49 tuổi (24,4%), nhóm tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 16 – 29 tuổi (7,6%). Trong 119 người bệnh tham gia vào nghiên cứu có 81 người bệnh là nam chiếm 68,1% và 38 người bệnh là nữ chiếm 31,9%. Đa số người bệnh tham gia vào nghiên cứu đều thuộc dân tộc kinh (88,2%).

Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh tật của đối tượng nghiên cứu

	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian điều trị	119	100
2 tháng	54	45,4
4 tháng	65	54,6
Giai đoạn TNMs	119	100
Giai đoạn I-II	47	39,5
Giai đoạn III-IV	72	60,5
Thể giải phẫu bệnh	119	100
Ung thư biểu mô không biệt hóa	113	95
Ung thư biểu mô dạng biểu bì sừng hóa và dạng biểu bì không sừng hóa	6	5

Nhận xét: Trong 119 đối tượng nghiên cứu, thời gian điều trị của người bệnh chủ yếu kéo dài 4 tháng, chiếm 54,6%, trong khi tỷ lệ người bệnh có thời gian điều trị 2 tháng là 45,4%. Về giai đoạn bệnh, nhóm người bệnh ở giai đoạn III-IV chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,5%, trong khi nhóm giai đoạn I-II chiếm 39,5%. Về thể giải phẫu bệnh, phần lớn người bệnh mắc ung thư biểu mô không biệt hóa, chiếm 95%, trong khi ung thư biểu mô dạng biểu bì sừng hóa và không sừng hóa chỉ chiếm 5%.

Bảng 3.3. Phương pháp điều trị áp dụng cho đối tượng nghiên cứu

	Phương pháp điều trị	Số lượng người bệnh	
		n	%
Hóa xạ trị	Hóa xạ trị đồng thời với cisplatin	39	32,8
	Hóa chất tân bổ trợ kết hợp với xạ trị	10	8,4
	Hóa chất tân bổ trợ kết hợp với	16	13,4

	hóa xạ trị đồng thời		
	Xạ trị đơn thuần	54	45,4
	Tổng	119	100

Nhận xét: Phương pháp điều trị phổ biến nhất cho đối tượng nghiên cứu là hóa xạ trị, chiếm 54,6%. Trong đó, hóa xạ trị đồng thời với cisplatin chiếm tỷ lệ cao nhất – 32,8%, sau đó là hóa chất tân bổ trợ kết hợp với hóa xạ trị đồng thời – 13,4%, thấp nhất là hóa chất tân bổ trợ kết hợp với xạ trị - 8,4%. Xạ trị đơn thuần chiếm tỷ lệ thấp hơn – 45,4%.

Bảng 3.4. Kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu

Kết quả điều trị	n	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	88	74
Đáp ứng một phần	28	23,5
Không đáp ứng	3	2,5
Tổng	119	100

Nhận xét: Đa số người bệnh đáp ứng hoàn toàn với điều trị (74,0%), có 23,5% người bệnh đáp ứng một phần và chỉ có 2,5% người bệnh không đáp ứng với điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của người bệnh là $47,7 \pm 12,8$ tuổi, với nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50-59 tuổi (34,5%). Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới, với 68,1% người bệnh là nam và 31,9% là nữ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Chen và cộng sự (2015) tại Trung Quốc, cho thấy độ tuổi trung bình của người bệnh UTMH là khoảng 45-50 tuổi, với tỷ lệ nam giới cũng vượt trội hơn nữ giới, chiếm khoảng 70%.⁴ Sự khác biệt về giới tính có thể do ảnh hưởng của các yếu tố như thói quen hút thuốc và uống rượu, vốn phổ biến hơn ở nam giới trong khu vực Đông Nam Á, góp phần làm tăng nguy cơ mắc UTMH. Người bệnh thuộc dân tộc Kinh chiếm ưu thế trong nghiên cứu (88,2%), phù hợp với tỷ lệ dân số chung tại Việt Nam, trong khi các dân tộc thiểu số như Tày, Nùng, Dao và H'Mông chiếm tỷ lệ thấp hơn. So với nghiên cứu của Hsu và cộng sự (2012) tại Đài Loan, nơi có sự đa dạng về dân tộc, tỷ lệ người bệnh người Hoa trong nghiên cứu đó cũng chiếm ưu thế với hơn 90%.⁵ Điều này cho thấy đặc điểm dịch tễ học của UTMH có sự tương đồng về giới tính và độ tuổi giữa các nghiên cứu, nhưng có thể khác biệt về thành phần dân tộc tùy theo khu vực địa lý.

Về thời gian điều trị, phần lớn người bệnh trong nghiên cứu có thời gian điều trị kéo dài 4 tháng (54,6%), do đa số áp dụng phác đồ hóa xạ trị đồng thời, trong khi những người bệnh chỉ xạ trị đơn thuần có thời gian điều trị ngắn hơn (2

tháng, chiếm 45,4%). Kết quả này phù hợp với khuyến cáo điều trị của Nakanishi và cộng sự (2017), trong đó hóa xạ trị đồng thời được xem là lựa chọn tối ưu cho người bệnh ở giai đoạn tiến triển của UTMH.² Về phân loại giai đoạn theo TNMs, người bệnh ở giai đoạn III-IV chiếm 60,5%, trong khi giai đoạn I-II chỉ chiếm 39,5%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Zhao và cộng sự (2015) tại Trung Quốc, cho thấy phần lớn người bệnh UTMH được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển do các triệu chứng ban đầu thường không rõ ràng và dễ bị bỏ qua.⁶ Về giải phẫu bệnh, 95% người bệnh nghiên cứu mắc ung thư biểu mô không biệt hóa, tương tự như nghiên cứu của Zhang và cộng sự (2016), cho thấy đây là thể ung thư phổ biến nhất của UTMH trong cộng đồng người châu Á.⁷ Các kết quả này phản ánh thực tế lâm sàng, nơi đa số người bệnh đến khám khi bệnh đã tiến triển và tỷ lệ ung thư biểu mô không biệt hóa chiếm ưu thế trong các ca UTMH.

UTMH là bệnh đáp ứng tốt với điều trị nhưng quá trình điều trị phức tạp đòi hỏi điều trị đặc thù đa mô thức, đối với giai đoạn I (T1N0M0) xạ trị đơn thuần có thời gian sống thêm 5 năm toàn bộ là 90%, giai đoạn II (T2N0M0) đáp ứng với xạ trị đơn thuần như giai đoạn I trong khi giai đoạn II (T1,2N1M0) nguy cơ tái phát cao hơn và cần cân nhắc hóa-xạ đồng thời. Ở giai đoạn III, IV thời gian sống thêm 5 năm toàn bộ giảm xuống 75 và 58%, khi chỉ định điều trị hóa-xạ trị đồng thời đã rõ ràng nên xem xét lựa chọn hóa chất bổ trợ sau hóa-xạ đồng thời.⁸ Cho đến nay, dù có sự khác biệt trong cách kết hợp giữa hóa trị và xạ trị, nhiều nghiên cứu đã khẳng định rằng phương pháp hóa xạ trị đồng thời vượt trội hơn xạ trị đơn thuần, với những cải thiện rõ rệt về tỷ lệ sống còn toàn bộ, thời gian sống không tái phát và kiểm soát bệnh tiến triển.³

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp điều trị phổ biến nhất cho người bệnh là hóa xạ trị chiếm (54,6%), trong đó hóa xạ trị đồng thời với cisplatin chiếm 32,8%, sau đó là xạ trị đơn thuần (45,4%). Sau điều trị, có 74,0% người bệnh đáp ứng hoàn toàn; 23,5% người bệnh đáp ứng một phần và chỉ có 2,5% người bệnh không đáp ứng. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Mu-Yao Chen (2015) khi nghiên cứu trên 2520 người bệnh tại Trung Quốc: 90,5% người bệnh đáp ứng hoàn toàn hoặc đáp ứng một phần, chỉ 9,5% người bệnh không đáp ứng.⁴ Tuy nhiên, khi so sánh về tỷ lệ người bệnh đáp ứng hoàn toàn thì nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tốt hơn với 74,0%

người bệnh UTMH đáp ứng hoàn toàn sau điều trị. Nguyên nhân của sự chênh lệch này là do trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người bệnh ở giai đoạn sớm của bệnh khá cao so với nghiên cứu của Chen. Chính việc phát hiện bệnh từ giai đoạn sớm và tiến hành điều trị sớm sẽ giúp cho người bệnh đáp ứng tốt hơn với điều trị. Khi so sánh với nghiên cứu của Hsu (2012) tại Đài Loan, có thể thấy mức độ đáp ứng của các người bệnh UTMH thấp hơn hẳn trong các nghiên cứu khác. Nguyên nhân là do nghiên cứu của Hsu thực hiện trên 73 người bệnh trong đó chỉ có 19 người bệnh mới phát hiện còn lại 54 người bệnh là trường hợp tái phát với di căn.⁵ Như vậy, có thể thấy đáp ứng của người bệnh đối với điều trị trong mỗi nghiên cứu đều khác nhau phụ thuộc rất nhiều vào giai đoạn bệnh của người bệnh, phát hiện và điều trị bệnh sớm làm tăng hiệu quả điều trị lên cao.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã khẳng định hiệu quả điều trị của cả xạ trị đơn thuần và hóa xạ trị đồng thời trên người bệnh ung thư vòm mũi họng. Xạ trị đơn thuần phù hợp với người bệnh ở giai đoạn sớm, trong khi hóa xạ trị đồng thời vượt trội ở giai đoạn tiến triển (III-IV), giúp kiểm soát tốt sự tiến triển của bệnh và tăng tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn lên 74,0%. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp để nâng cao hiệu quả và cải thiện tiên lượng sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dee EC, Eala MA, Feliciano EJJ, et al.** Nasopharynx Cancer in Southeast Asia: An Analysis of 2022 Incidence and Mortality. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics.* 2024;120(2):e746-e747. doi:10.1016/j.ijrobp.2024.07.1640
2. **Nakanishi Y, Wakisaka N, Kondo S, et al.** Progression of understanding for the role of Epstein-Barr virus and management of nasopharyngeal carcinoma. *Cancer Metastasis Rev.* 2017;36(3):435-447. doi:10.1007/s10555-017-9693-x
3. **Chen QY, Wen YF, Guo L, et al.** Concurrent chemoradiotherapy vs radiotherapy alone in stage II nasopharyngeal carcinoma: phase III randomized trial. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(23):1761-1770. doi:10.1093/jnci/djr432
4. **Chen MY, Chen YS, Hu LJ, et al.** The end-of-treatment telephone response and prognosis of post-radiotherapy nasopharyngeal carcinoma patients in southern China. *Int J Clin Exp Med.* 2015;8(9):16564-16570. Accessed January 15, 2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4659073/>
5. **Hsu CL, Chang KP, Lin CY, et al.** Plasma Epstein-Barr virus DNA concentration and

- clearance rate as novel prognostic factors for metastatic nasopharyngeal carcinoma. *Head Neck*. 2012;34(8):1064-1070. doi:10.1002/hed. 21890
6. **Zhao FP, Liu X, Chen XM, et al.** Levels of plasma Epstein-Barr virus DNA prior and subsequent to treatment predicts the prognosis of nasopharyngeal carcinoma. *Oncol Lett*. 2015;10(5):2888-2894. doi:10.3892/ol.2015.3628
7. **Zhang L, Tang LQ, Chen QY, et al.** Plasma Epstein-Barr viral DNA complements TNM classification of nasopharyngeal carcinoma in the era of intensity-modulated radiotherapy. *Oncotarget*. 2016;7(5):6221-6230. doi:10.18632/oncotarget.6754
8. **Ying X, Zhang R, Wang H, Teng Y.** Lentivirus-mediated RNAi knockdown of LMP2A inhibits the growth of nasopharyngeal carcinoma cell line C666-1 in vitro. *Gene*. 2014;542(1):77-82. doi:10.1016/j.gene.2014.03.020

GIÁ TRỊ PLGF TRONG SÀNG LỌC TIỀN SẢN GIẬT Ở BA THÁNG ĐẦU THAI KỲ

Lê Thị Mai Dung¹, Nguyễn Thy Khuê¹, Lê Thị Thu Ngân¹, Phan Thị Hằng², Đặng Ngọc Yến Dung², Trương Thị Ánh Tuyết², Phạm Nguyễn Hữu Phúc², Phạm Nguyên Huân², Hứa Thị Mỹ Huyền², Phù Thị An², Bùi Thị Kim Tuyền², Nguyễn Thị Hồng Nhung², Lê Thị Mỹ Ngọc¹, Lê Huỳnh Cẩm Tú¹, Nguyễn Thị Kim Ngân¹, Lâm Vĩnh Niên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát nồng độ và giá trị trung vị PIGF ở tuần thai thứ 11,12, 13 và xác định tỷ lệ PIGF bất thường ở quý 1 thai kỳ tại Việt Nam. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thai phụ mang thai từ 11 đến 13 tuần 6 ngày có chỉ định thực hiện xét nghiệm PIGF trong chương trình sàng lọc nguy cơ tiền sản giật từ tháng 2/2025 đến tháng 5/2025 tại bệnh viện Hùng Vương Thành Phố Hồ Chí Minh. Mẫu huyết thanh được thu nhận và định lượng PIGF trên hệ thống Roche - Cobas e801 theo kỹ thuật điện hóa phát quang. Số liệu được phân tích trên phần mềm IBM SPSS Statistic 27. **Kết quả:** Trung vị PIGF và khoảng tứ phân vị IQR các tuần thai 11, 12 và 13 tuần lần lượt là 40,80 pg/ml (32,20 – 52,30); 51,40 pg/ml (38,10 – 65,75) và 68,10 pg/ml (49,68 – 79,13). Không có sự khác biệt về trung vị MoM PIGF giữa các nhóm tuổi mẹ. Tỷ lệ các trường hợp có PIGF thấp theo ngưỡng MoM < 0,3; MoM<0,4 và MoM < 0,5 lần lượt là 1,36%; 4,47% và 10,10%, không có sự khác biệt về tỷ lệ này giữa các nhóm tuổi mẹ và tuổi thai. **Kết luận:** Nồng độ PIGF tăng dần từ tuần thứ 11 đến tuần thứ 13 của thai kỳ. Có sự khác biệt về giá trị trung vị PIGF giữa thai phụ Việt Nam và các chủng tộc châu Á khác. Tỷ lệ thai phụ có MoM PIGF < 0,5 là 10% phân bố đều ở các tuần thai và nhóm tuổi mẹ.

Từ khóa: PIGF; MoM PIGF; Nồng độ PIGF bất thường; Mô hình sàng lọc tiền sản giật; Trung vị PIGF

SUMMARY

PLGF VALUES IN SCREENING FOR

¹Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Hùng Vương Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Mai Dung

Email: lethimaidung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 25.7.2025

PREECLAMPSIA DURING THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY

Objective: Evaluation of PIGF concentration and median value at 11, 12, and 13 weeks of gestation and assess the abnormality rate of PIGF in the first trimester of pregnancy. **Subjects and Methods:** Pregnant women between 11 and 13 weeks and 6 days of gestation were indicated to undergo PIGF testing as part of the preeclampsia risk screening program from February 2025 to May 2025 at Hung Vuong Hospital in Ho Chi Minh City. Serum samples were collected and PIGF was quantified on the Roche - Cobas e801 system using electrochemiluminescence technology. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics 27. **Results:** The median PIGF and interquartile range (IQR) for gestational weeks 11, 12, and 13 were 40.80 pg/ml (32.20 – 52.30), 51.40 pg/ml (38.10 – 65.75), and 68.10 pg/ml (49.68 – 79.13), respectively. There was no significant difference in median MoM PIGF among maternal age groups. The rates of cases with low PIGF according to the thresholds MoM < 0.3, MoM < 0.4, and MoM < 0.5 were 1.36%, 4.47%, and 10.10%, respectively, with no significant differences in these rates among maternal age and among gestational age groups. **Conclusion:** PIGF levels increase progressively from week 11 to week 13 of pregnancy. There is a difference in the median PIGF values between Vietnamese pregnant women and other Asian ethnicities. The proportion of pregnant women with MoM PIGF < 0.5 is approximately 10%, evenly distributed across gestational weeks and maternal age groups. **Keywords:** PIGF; MoM PIGF; abnormality rate of PIGF; Preeclampsia screening model; Median PIGF

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là một trong những biến chứng nghiêm trọng trong thai kỳ, có thể dẫn đến nhiều hậu quả nghiêm trọng cho cả mẹ và thai nhi. Tỷ lệ TSG ở Việt Nam khoảng 2,8 -