

vào ngày thứ 2 sau phẫu thuật và không sốt trở lại trong quá trình nằm viện sau đó.

V. KẾT LUẬN

❖ Về một số điểm chung:

- Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới cao hơn so với nữ giới.
- Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là nhóm 40 - <60 tuổi.
- Kích thước trung bình của sỏi là 15,03 ± 2,55 mm.
- Đa số bệnh nhân có giãn thận độ II trên siêu âm.

❖ Về kết quả điều trị. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản 1/3 trên là phương án hiện đại ít xâm lấn, hạn chế các tai biến, có tỷ lệ phẫu thuật thành công và làm sạch sỏi cao (100%).

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.166

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berardinelli F, Proietti S, Cindolo L, Pellegrini F, Pescechera R, Derek H, Dalpiaz O, Schips L, Giusti G:** A prospective multicenter European study on flexible ureterorenoscopy for the management of renal stone. *International braz j urol* : official journal of the Brazilian Society of Urology

- 2016, 42(3):479-486.
2. **Đông N, Dịu V, Chính V, Vinh N:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị sỏi niệu quản 1/3 trên tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. *Tạp chí Y học Cộng đồng* 2024, 65.
3. **Phạm VH, Trần NH:** Phẫu thuật nội soi lấy sỏi niệu quản đoạn lưng qua đường sau phúc mạc %J *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2006, 10(2):123-127.
4. **Nguyễn NT, Lê QT:** Bước đầu triển khai phẫu thuật nội soi lấy sỏi niệu quản đoạn lưng qua đường sau phúc mạc - *Y học thực hành*. 2004, 505:45-48.
5. **Ngô Đ, Trần Đ, Hoàng V:** Kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản 1/3 trên tại Bệnh viện Trung ương Thái nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2023, 524.
6. **Wang S, Zhang Y, Zhang X, Tang Y, Li JJ**Ibju: Upper urinary tract stone compositions: The role of age and gender. 2019, 46(1):70-80.
7. **Giang VĐ:** Kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản 1/3 trên tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2021-07/2023. *Luận văn Thạc sĩ Y học*. Hải Phòng: Đại học Y dược Hải Phòng; 2023.
8. **Chiến BV, sự vc:** Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng %J *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2012, 16(3):511-514.
9. **Pearle MS, Goldfarb DS, Assimos DG, Curhan G, Denu-Ciocca CJ, Matlaga BR, Monga M, Penniston KL, Preminger GM, Turk TM**JTJou: Medical management of kidney stones: AUA guideline. 2014, 192(2):316-324.
10. **Dũng ĐT:** Một số nhận xét về phẫu thuật mở niệu quản lấy sỏi qua ngã nội soi sau phúc mạc %J *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2003, 7(1):12-16.

KẾT QUẢ XẠ TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI TAI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Việt Tiến^{1,3}, Nguyễn Văn Đăng^{2,3}, Võ Văn Xuân⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xạ trị bổ trợ ung thư tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 45 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến nước bọt mang tai được điều trị phẫu thuật triệt căn và xạ trị bổ trợ tại khoa Xạ Đầu - cổ - Bệnh viện K từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 51,9 ± 13,9 (19-75 tuổi), nhóm tuổi 41-60

chiếm 46,7%, tỷ lệ nam/nữ là 0,96/1. Toàn bộ bệnh nhân phát hiện bệnh do tự sờ thấy khối vùng tuyến mang tai, đa số đến viện trong vòng 12 tháng kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên (82,2%). Hai thể mô bệnh học thường gặp nhất là ung thư biểu mô biểu bì nhầy và ung thư biểu mô dạng tuyến nang, cùng chiếm 35,6%. Phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn T3-T4 (71,2%). Thời gian từ phẫu thuật đến khi bắt đầu xạ trị bổ trợ chủ yếu trong khoảng 6-8 tuần (44,4%). Hầu hết bệnh nhân được xạ trị với liều 60Gy (86,7%), kỹ thuật chủ yếu là IMRT hoặc VMAT (77,8%). Tác dụng phụ thường gặp là viêm da (77,8%) và viêm niêm mạc miệng (13,3%). Sau xạ trị bổ trợ, tỷ lệ kiểm soát tại chỗ là 95,6%, chưa ghi nhận trường hợp di căn xa. **Kết luận:** Xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật triệt căn ung thư tuyến nước bọt mang tai đem lại hiệu quả kiểm soát tại chỗ và độc tính dung nạp được. **Từ khóa:** Xạ trị bổ trợ, phẫu thuật triệt căn, ung thư tuyến nước bọt mang tai.

¹Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2

²Bệnh viện K

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đăng

Email: drdangnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF ADJUVANT

RADIOTHERAPY FOR PAROTID GLAND CANCER AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: To evaluate the clinical, subclinical characteristics, and treatment results of adjuvant radiotherapy in patients with parotid gland carcinoma treated at Vietnam National Cancer Hospital.

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 45 patients with histologically confirmed parotid gland carcinoma who underwent radical surgery followed by adjuvant radiotherapy at the Head and Neck Radiotherapy Department, Vietnam National Cancer Hospital, from January 2022 to December 2024. **Results:** The mean age of the patients was 51.9 ± 13.9 years (range 19–75), with the 41–60 age group accounting for 46.7% and a male-to-female ratio of 0.96:1. All patients presented with a self-detected parotid mass, and most sought medical attention within 12 months of symptom onset (82.2%). The two most common histopathological subtypes were mucoepidermoid carcinoma and adenoid cystic carcinoma, each accounting for 35.6%. Most patients had stage T3–T4 disease (71.2%). The interval from surgery to initiation of adjuvant radiotherapy was mainly 6–8 weeks (44.4%). Most patients received a total dose of 60 Gy (86.7%) using IMRT or VMAT techniques (77.8%). The most frequent acute toxicities were dermatitis (77.8%) and oral mucositis (13.3%). Following adjuvant radiotherapy, the local control rate was 95.6%, with no cases of distant metastasis observed. **Conclusion:** Adjuvant radiotherapy after radical surgery for parotid gland carcinoma provides effective local control with acceptable and well-tolerated toxicity.

Keywords: Adjuvant radiotherapy, radical surgery, parotid gland carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến nước bọt mang tai (UT TMT) chiếm khoảng 70–80% tổng số khối u tuyến nước bọt, trong đó 15–25% có bản chất ác tính.¹ Do biểu hiện kín đáo và tiến triển chậm, phần lớn bệnh nhân đến khám khi khối u đã ở giai đoạn muộn, xâm lấn các cấu trúc lân cận, ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ, gây khó khăn quá trình điều trị và gia tăng nguy cơ biến chứng cũng như tái phát.

Trong điều trị UT TMT giai đoạn chưa di căn xa, phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến, bảo tồn thần kinh VII, có hoặc không kèm nạo vét hạch cổ, vẫn được xem là phương pháp điều trị chuẩn.^{2–4} Xạ trị bổ trợ đóng vai trò trong việc nâng cao khả năng kiểm soát tại chỗ đối với các khối u có nguy cơ cao bao gồm: độ ác tính cao, diện cắt dương tính, xâm lấn quanh thần kinh, di căn hạch, xâm lấn mạch máu - bạch huyết hoặc khối u T3–4.⁵ Theo tổng quan của Wang và cộng sự (2024), xạ trị bổ trợ giúp đạt tỷ lệ kiểm soát tại chỗ sau 10 năm là 84% (95% CI: 73–92%), tỷ lệ sống thêm toàn bộ 10 năm là 68% (95% CI: 62–74%) và sống thêm không bệnh 10 năm

là 61% (95% CI: 55–67%). Đồng thời, độc tính được đánh giá ở mức chấp nhận được, với tỷ lệ tác dụng phụ muộn độ 3 chỉ 7% (95% CI: 3–14%), các biến chứng thường gặp gồm khô miệng (37%), giảm thính lực (25%) và hoại tử xương (1%).⁶

Hiện nay, tại Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu về điều trị UT TMT, tuy nhiên phần lớn các nghiên cứu tập trung vào đánh giá vai trò của phẫu thuật – vốn được coi là phương pháp điều trị nền tảng. Trong khi đó, dữ liệu về hiệu quả xạ trị bổ trợ trong UT TMT còn hạn chế, do đó chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân được xạ trị bổ trợ ung thư tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 45 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến nước bọt mang tai được điều trị phẫu thuật triệt căn và xạ trị bổ trợ tại khoa Xạ Đầu - cổ - Bệnh viện K từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

– Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến nước bọt mang tai bằng kết quả mô bệnh học theo phân loại WHO 2017.

– Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật triệt căn và xạ trị bổ trợ đủ liều theo quy trình chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện K.

– Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

– Có bệnh lý nội khoa nghiêm trọng chưa được kiểm soát (hô hấp, tim mạch...).

– Mặc ung thư thứ 2.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

– Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 08/2024 đến tháng 08/2025.

– Địa điểm nghiên cứu: Khoa Xạ Đầu - cổ - Bệnh viện K.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

– Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

– Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tổng số thu thập được 45 bệnh nhân

2.4. Nội dung/chỉ số nghiên cứu

– **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:** Tuổi, giới, lí do vào viện, thời gian phát hiện bệnh, tiền sử, mô bệnh học, giai đoạn T, giai đoạn N.

– **Đặc điểm điều trị:** Phương pháp phẫu thuật, thời gian từ sau phẫu thuật đến bắt đầu xạ trị, liều xạ, kỹ thuật xạ.

– **Kết quả của xạ trị:** Tỷ lệ tác dụng phụ xạ trị: viêm da, viêm niêm mạc miệng, khít hàm; tình trạng tái phát: thời điểm, vị trí.

2.5. Quy trình tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Lập bệnh án nghiên cứu và lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bước 2: Bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị.

Bước 3: Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật: Cắt toàn bộ tuyến mang tai ± bảo tồn thần kinh VII có kèm theo hoặc không nạo vét hạch cổ.

Bước 4: Các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao (độ ác tính cao, diện cắt dương tính, xâm lấn quanh thần kinh, di căn hạch, xâm lấn mạch máu - bạch huyết hoặc khối u T3-4) được chỉ định xạ trị bổ trợ: liều xạ 60-66Gy, 2Gy/phần liều, 5 buổi/tuần. Thông tin về thời gian, liều lượng, các tác dụng phụ của xạ trị được thu thập vào bệnh án nghiên cứu.

Bước 5: Thông tin các lần tái khám, tình trạng tái phát được thu thập lại qua theo dõi và liên lạc qua điện thoại.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các thuật toán thống kê mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, tần số và tần suất (%).

2.7. Đạo đức nghiên cứu:

- Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích và tự nguyện tham gia.

- Các thông tin thu thập chỉ dùng vào mục đích nghiên cứu, không tiết lộ thông tin cá nhân, bệnh tình của đối tượng tham gia nghiên cứu.

- Các kết quả nghiên cứu nhằm nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Tổng số n=45	
Tuổi	Trung bình	51,9 ± 13,9	
	Khoảng tuổi	19 - 75	
Đặc điểm		n	%
Nhóm tuổi	≤40	10	22,2
	40-60	21	46,7
	>60	14	31,1
Giới	Nam	23	51,1
	Nữ	22	48,9
Thời gian phát hiện bệnh	<3 tháng	19	42,2
	3-12 tháng	18	40
	>12 tháng	8	17,8
Tiền sử bệnh	Lần đầu điều trị	38	84,4
	U tuyến mang tai đã phẫu thuật	4	8,9
	Ung thư tuyến mang tai đã điều trị, tái phát	3	6,7

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 51,9 ± 13,9 (19–75 tuổi), nhóm tuổi 41–60 chiếm tỷ lệ cao nhất (46,7%). Tỷ lệ nam/nữ gần tương đương (0,96/1). Tất cả bệnh nhân đều nhập viện do tự sờ thấy khối vùng tuyến mang tai, không có trường hợp nào có triệu chứng đau, liệt dây VII hoặc khít hàm. Phần lớn bệnh nhân phát hiện bệnh trong vòng 12 tháng kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên (82,2%). Đa số là trường hợp phát hiện và điều trị lần đầu (84,4%), 8,9% có tiền sử u lành tính tuyến mang tai đã phẫu thuật và 6,7% là ung thư tuyến mang tai tái phát sau điều trị trước đó.

Bảng 2. Đặc điểm u tuyến mang tai trên lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm		n	%
Vị trí	Phải	29	64,4
	Trái	16	35,6
Ranh giới trên siêu âm	Rõ	30	66,7
	Không rõ	6	13,3
	Không xác định	9	20,0
Kích thước u trên lâm sàng	<2cm	15	33,3
	2-4cm	20	44,4
	>4cm	2	4,4
	Không xác định	8	17,8
Kích thước u trên CT/MRI	<2cm	3	6,6
	2-4cm	14	31,2
	>4cm	1	2,2
	Không xác định	27	60,0

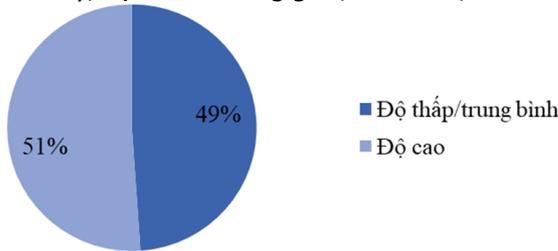
Nhận xét: Khối u gặp ở cả hai bên tuyến mang tai, trong đó bên phải chiếm ưu thế (64,4%). Đa số khối u có ranh giới rõ trên siêu âm (66,7%). Kích thước khối u trên lâm sàng thường gặp nhất trong khoảng 2–4 cm (44,4%), phù hợp với kết quả đo trên hình ảnh CT/MRI, trong đó phần lớn khối u cũng có kích thước từ 2–4 cm.

Bảng 3. Mô bệnh học

Thể giải phẫu bệnh	n	%
Ung thư biểu mô biểu bì nhầy, độ trung gian	8	17,8
Ung thư biểu mô biểu bì nhầy, độ cao	4	8,9
Ung thư biểu mô biểu bì nhầy, độ thấp	4	8,9
Ung thư biểu mô dạng tuyến nang	16	35,6
Ung thư biểu mô trên nền u tuyến đa hình	1	2,2
Ung thư biểu mô cơ biểu mô	6	13,3
Ung thư biểu mô lympho biểu mô	1	2,2
Ung thư biểu mô vảy kém biệt hoá	1	2,2
Ung thư biểu mô tế bào đáy	1	2,2
Ung thư biểu mô tuyến ống xâm nhập	1	2,2
Ung thư biểu mô thể chế tiết	2	4,4
Tổng	45	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, ung thư biểu

mô dạng tuyến nang là typ mô bệnh học gặp nhiều nhất, chiếm 35,6%, tiếp theo là ung thư biểu mô nhầy, độ ác tính trung gian, chiếm 17,8%.



Biểu đồ 1. Đặc điểm độ mô học

Nhận xét: Nhóm có độ mô học cao chiếm tỷ lệ 51%, cao hơn so với nhóm có độ mô học trung bình và thấp (49%).

Bảng 4. Giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh		n	%
U nguyên phát	T1	0	0
	T2	9	20,0
	T3	9	20,0
	T4	23	51,2
	Không xác định	4	8,8
Hạch vùng	N0	39	86,7
	N1	1	2,2
	N2	2	4,4
	Không xác định	3	6,7
Xếp loại giai đoạn	I	0	0
	II	8	17,8
	III	9	20,0
	IVA	24	53,3
	Không xác định	4	8,9

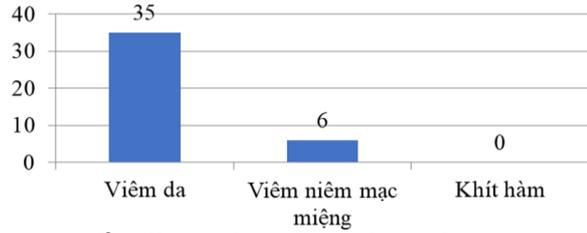
Nhận xét: Trong nghiên cứu có 1 bệnh nhân (2,2%) ở giai đoạn N1 và 2 bệnh nhân (4,4%) ở giai đoạn N2. U ở giai đoạn T4 chiếm tỷ lệ cao nhất (51,2%). Hầu hết bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn IVA, chiếm 53,3%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 5. Đặc điểm điều trị

Điều trị		n	%
Phương pháp phẫu thuật	Cắt toàn bộ tuyến mang tai	3	6,7
	Cắt toàn bộ tuyến mang tai kèm vét hạch cổ	42	93,3
Liều xạ	60Gy	39	86,7
	66Gy	6	13,3
Kỹ thuật xạ	3D-CRT	10	22,2
	IMRT	31	68,9
	VMAT	4	8,9

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến mang tai, trong đó 93,3% (42/45) được vét hạch cổ kèm theo. Sau phẫu thuật, đa số bệnh nhân được xạ trị bổ trợ với liều 60 Gy (86,7%), chủ yếu bằng các kỹ thuật hiện đại IMRT hoặc VMAT (77,8%)



Biểu đồ 2. Các biến chứng của xạ trị

Nhận xét: Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, biến chứng thường gặp nhất là tổn thương da vùng chiếu xạ (viêm da, xạ da) với tỷ lệ 77,8% (35/45). Viêm niêm mạc miệng gặp ở 13,3% trường hợp, trong khi không ghi nhận bệnh nhân nào bị khít hàm sau xạ trị.

Bảng 6. Kết quả theo dõi

Đặc điểm tái phát		n	%
Tình trạng	Có	2	4,4
	Không	43	95,6
Vị trí	Tại chỗ	2	100
	Di căn xa	0	0
Thời gian	6-12 tháng	0	0
	12-24 tháng	1	50
	>24 tháng	1	50

Nhận xét: Trong tổng số 45 bệnh nhân được theo dõi, có 2 trường hợp (4,4%) tái phát tại chỗ, cả hai đều xảy ra sau 12 tháng kể từ khi hoàn thành điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 51,9 ± 13,9 (dao động 19–75 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ gần tương đương (0,96/1). Đa số bệnh nhân phát hiện bệnh do tự sờ thấy khối vùng mang tai, không có triệu chứng đau hay liệt dây VII, phản ánh đặc tính diễn tiến âm thầm của bệnh. Phần lớn người bệnh (82,2%) đến viện trong vòng 12 tháng kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên, tương đồng với các nghiên cứu trong nước: Nguyễn Thu Phương (2015) ghi nhận 90,9% và Nguyễn Huy Phan (2021) 89,4% bệnh nhân đến khám trong năm đầu.^{8,10} Điều này cho thấy nhận thức về sức khỏe và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế ngày càng được cải thiện.

Phần lớn bệnh nhân được phát hiện lần đầu (84,4%). Tuy nhiên, vẫn có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có tiền sử tổn thương tuyến mang tai, gồm 6,7% tái phát sau điều trị ung thư trước đó và 8,9% có ác tính hóa trên nền u lành đã phẫu thuật. Trong đó, có một trường hợp ung thư biểu mô trên nền u tuyến đa hình — thể bệnh được ghi nhận có nguy cơ ác tính hóa cao, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi lâu dài sau phẫu thuật các u tuyến đa hình.

Về mật độ, phần lớn u có mật độ chắc khi thăm khám lâm sàng, chiếm 95,6%. Kích thước khối u thường gặp nhất là 2–4 cm (44,4%), phù hợp với kết quả đo trên CT/MRI, cho thấy tính nhất quán giữa khám lâm sàng và hình ảnh học. Điều này cho thấy bệnh nhân hiện nay được phát hiện sớm hơn, có thể nhờ sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và ý thức tầm soát tốt hơn.

Theo phân loại mô bệnh học WHO 2017, nhóm ung thư ác tính tuyến nước bọt gồm 19 thể. Trong nghiên cứu này, ghi nhận 9 thể mô bệnh học, trong đó hai thể thường gặp nhất là ung thư biểu mô biểu bì nhầy và ung thư biểu mô dạng tuyến nang (đều chiếm 35,6%). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, ghi nhận đây là hai thể phổ biến nhất của ung thư tuyến nước bọt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm có độ mô học cao chiếm 51%, cao hơn nhóm trung bình và thấp (49%).

Hầu hết bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển tại chỗ, với T3–T4 chiếm 71,2% và giai đoạn IVA chiếm 53,3%, phù hợp với chỉ định xạ trị bổ trợ nhằm nâng cao hiệu quả kiểm soát tại chỗ và giảm nguy cơ tái phát.^{2–4}

4.2. Kết quả điều trị. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến mang tai, trong đó 93,3% được vét hạch cổ kèm theo. Sau phẫu thuật, đa số bệnh nhân được chỉ định xạ trị bổ trợ với liều 60 Gy (86,7%), chủ yếu sử dụng kỹ thuật hiện đại IMRT/VMAT (77,8%), giúp tối ưu phân bố liều, bảo tồn mô lành và giảm các biến chứng như khô miệng hoặc viêm niêm mạc miệng.

Thời gian từ phẫu thuật đến khi bắt đầu xạ trị chủ yếu trong khoảng 6–8 tuần (44,4%), trong khi 26,7% bệnh nhân khởi xạ muộn hơn 8 tuần. Theo khuyến cáo của ASCO, thời điểm tối ưu để bắt đầu xạ trị bổ trợ là trong vòng 8 tuần sau phẫu thuật, trong khi hướng dẫn NCCN đề xuất ≤ 6 tuần.^{3,4}

Biến chứng do xạ trị thường gặp nhất là viêm da (77,8%) và viêm niêm mạc miệng (13,3%), không ghi nhận khít hàm. Tỷ lệ này thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu chủ yếu sử dụng kỹ thuật xạ cổ điển 3D-CRT (viêm da 84,1–85,1%; viêm niêm mạc miệng 61,7–63,6%), cho thấy ưu thế rõ rệt của IMRT/VMAT trong giảm độc tính.^{8,9}

Sau thời gian theo dõi, tỷ lệ kiểm soát tại chỗ đạt 95,6%, chỉ ghi nhận 2 trường hợp (4,4%) tái phát tại chỗ sau 12 tháng và không có trường hợp di căn xa. Kết quả này tương đồng với báo cáo quốc tế, trong đó tỷ lệ kiểm

soát tại chỗ sau xạ trị bổ trợ đạt khoảng 84% (95% CI: 73–92%).⁶

Mặc dù thời gian theo dõi còn ngắn, kết quả bước đầu cho thấy phác đồ xạ trị bổ trợ hiện đại (IMRT/VMAT) mang lại hiệu quả kiểm soát tại chỗ với độc tính dung nạp được, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao. Tuy nhiên, hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn, nên chưa thể đánh giá các chỉ số sống thêm dài hạn; cần nghiên cứu tiếp theo để cập nhật dữ liệu độc tính muộn và thời gian sống thêm.

V. KẾT LUẬN

Xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật ung thư tuyến nước bọt mang tai giúp đạt tỷ lệ kiểm soát tại chỗ cao (95,6%) với biến chứng thấp, chủ yếu là viêm da nhẹ và viêm niêm mạc miệng, cho thấy hiệu quả và tính an toàn của chiến lược này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mandel L.** Salivary gland disorders. *Med Clin North Am.* 2014;98(6):1407-1449. doi:10.1016/j.mcna.2014.08.008
- Herpen C van, Poorten VV, Skalova A, et al.** Salivary gland cancer: ESMO–European Reference Network on Rare Adult Solid Cancers (EURACAN) Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up†. *ESMO Open.* 2022;7(6). doi:10.1016/j.esmoop.2022.100602
- Geiger JL, Ismaila N, Beadle B, et al.** Management of Salivary Gland Malignancy: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology.* Published online June 10, 2021. doi:10.1200/JCO.21.00449
- National Comprehensive Cancer Network Head and Neck Cancers,** version 2.2025. Accessed October 1, 2025. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf
- Jegadeesh N, Liu Y, Prabhu RS, et al.** Outcomes and prognostic factors in modern era management of major salivary gland cancer. *Oral Oncol.* 2015;51(8):770-777. doi:10.1016/j.oraloncology.2015.05.005
- Wang J, Moon JE, Guo X, Yu J, Yi J, Bae SH.** The Current Position of Postoperative Radiotherapy for Salivary Gland Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers (Basel).* 2024;16(13): 2375. doi:10.3390/cancers16132375
- Eveson JW, Nagao T.** Diseases of the Salivary Glands. In: *Surgical Pathology of the Head and Neck.* 3rd ed. CRC Press; 2008.
- Nguyễn Huy Phan** (2021). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư tuyến mang tai tại Bệnh viện K từ 2016 - 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam.*
- Ma Chính Lâm** (2022). Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện K giai đoạn 2016-2021. *Tạp chí Y học Việt Nam.*
- Nguyễn Thu Phương** (2015). Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến mang tai tại Bệnh viện K và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.