

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GIẢI ÉP HEP ỔNG SỐNG NGỰC DO CỐT HOÁ DÂY CHẰNG VÀNG CÓ TỔN THƯƠNG TỤY SỬ DỤNG KHOAN MÀI Ở BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng^{1,2,3}, Đinh Ngọc Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật giải ép hep ống sống ngực tổn thương tủy do cốt hoá dây chằng vàng sử dụng khoan mài tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2023-1/2025. **Phương pháp:** Tiễn cứu, mô tả theo dõi dọc. **Kết quả:** Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ là 1,7/1, độ tuổi trung bình là 53,6 ± 10,9. Phẫu thuật bao gồm: số tầng giải ép trung bình 2,1 ± 1,3, thời gian phẫu thuật trung bình 65,8 ± 18,2 phút, lượng máu mất trung bình là 256,7 ± 50,8 ml và thời gian nằm viện trung bình 5,4 ± 2,6 ngày. Bệnh nhân sau mổ có kết quả chủ yếu ở mức tốt và trung bình chiếm lần lượt là 51,7% và 36,6%. Các bệnh nhân có biến chứng tổn thương tủy chiếm 3,3%, rách màng cứng chiếm 5%, rò dịch não tủy sau mổ chiếm 1,7% và máu tụ ngoài màng cứng tủy chiếm 3,3%. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 1,7%, chậm liền xương ghép chiếm 1,7% và gãy. **Kết luận:** Hep ống sống ngực là bệnh lí không thường gặp với các triệu chứng tiến triển âm thầm có thể dẫn đến chèn ép và tổn thương tủy nặng. Phẫu thuật giải ép tủy ngực trong hep ống sống ngực có nguy cơ tổn thương thần kinh trong và sau mổ cao. Đây là một thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên. Việc sử dụng khoan mài giúp hạn chế các nguy cơ tổn thương tủy, rách màng cứng trong mổ. **Từ khóa:** hep ống sống, hep ống sống ngực, giải ép hep ống sống ngực

SUMMARY

OUTCOMES OF HIGH SPEED DRILL-ASSISTED DECOMPRESSION FOR THORACIC SPINAL STENOSIS WITH MYELOPATHY DUE TO OSSIFICATION OF FLAVUM LIGAMENT (OLF) AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the outcomes of decompression surgery for thoracic spinal stenosis with myelopathy caused by ossification of the ligamentum flavum, using a high-speed drill at the Spine Surgery Department of Viet Duc University Hospital from January 2023 to January 2025. **Methods:** This was a prospective, longitudinal, and descriptive study. **Results:** Among the patients in the study, the male-to-female ratio was 1.7:1, with a

mean age of 53.6 ± 10.9 years. Surgical details included: an average of 2.1 ± 1.3 decompressed levels, a mean operative time of 65.8 ± 18.2 minutes, an average blood loss of 256.7 ± 50.8 mL, and a mean hospital stay of 5.4 ± 2.6 days. Postoperative outcomes were primarily good and fair, accounting for 51.7% and 36.6% of patients, respectively. Complications included spinal cord injury (3.3%), dural tears (5%), postoperative cerebrospinal fluid (CSF) leakage (1.7%), and epidural hematoma (3.3%). Incisional infection and delayed bone fusion each accounted for 1.7% of complications, and implant failure was 1.7% as well. **Conclusion:** Thoracic spinal stenosis is an uncommon condition with insidious progression that can lead to severe spinal cord compression and injury. Surgical decompression of the thoracic spinal cord carries a high risk of intraoperative and postoperative neurological injury, which presents a major challenge for surgeons. The use of a high-speed drill helps to limit the risk of spinal cord injury and dural tears during surgery. **Keywords:** stenosis, thoracic spinal stenosis, decompression for thoracic spinal stenosis with myelopathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hep ống sống ngực là bệnh lí không thường gặp và thường được chẩn đoán bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại. Đây là bệnh được đặc trưng bởi sự giảm đường kính ống sống ngực và thường kết hợp với sự chèn ép tủy hoặc rễ thần kinh dẫn đến các biểu hiện lâm sàng ở các mức độ khác nhau.

Hầu hết các bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng âm thầm tê hai chân, đến yếu hoặc thậm chí liệt hoàn toàn hai chân, dáng đi mất vững, cách hồi thần kinh, tăng phản xạ hai chân và rối loạn cơ tròn.

Đối với các bệnh nhân hep ống sống ngực có tổn thương tủy thì phẫu thuật giải ép tủy ngực là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Tuy nhiên đây là vùng có không gian phẫu thuật hẹp do các đặc tính về giải phẫu cũng như sự nhạy cảm của tủy ngực nên nguy cơ tổn thương thần kinh rất cao cùng với các biến chứng khác như rách màng cứng, rò dịch não tủy, đặc biệt đối với thể cốt hoá dây chằng vàng. Tỉ lệ tổn thương thần kinh gây liệt hai chân nghiêm trọng sau mổ trong các báo cáo từ 11,5% - 33%^{3,4}. Theo các phương pháp truyền, Kerrison và đục được sử dụng để cắt cung sau giải ép, phần mũi các dụng cụ này trong quá trình cắt cung sau giải ép sẽ gây ra chèn ép tủy liên tục làm tăng khả năng

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026

tổn thương tủy. Trong những thập kỉ gần đây, khoan mài tốc độ cao đã được phát triển và áp dụng để giải ép tủy ngực trong hẹp ống sống ngực, giúp tránh được nguy cơ khi sử dụng Kerrison và giúp cải thiện tốt hơn chức năng thần kinh cho bệnh nhân. Tuy nhiên khoan mài hoạt động theo cơ chế quay, gây nóng và có thể gây rách màng cứng nên các nguy cơ này vẫn không thể hạn chế được hoàn toàn.^{5,6}

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp ống sống ngực có tổn thương tủy do cốt hoá dây chằng vàng (OLF) được phẫu thuật giải ép tủy ngực có sử dụng khoan mài tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2023-1/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc, tiền cứu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân có 1 trong các biểu hiện chèn ép tủy ngực: yếu chân, mất thăng bằng khi đi, tê bì hai chân hoặc da bụng, đau cách hồi thần kinh, khó khăn khi đi tiểu tiện, đại tiện hoặc rối loạn cương dương. Bệnh nhân được chụp CLVT và MRI xác định các nguyên nhân gây hẹp ống sống ngực là cốt hoá dây chằng vàng. Bệnh nhân được phẫu thuật giải ép tủy ngực có sử dụng khoan mài.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có biểu hiện chèn ép thần kinh do các nguyên nhân như máu tụ ngoài màng cứng, chấn thương, lao cột sống, u tủy,...

Các tham số nghiên cứu bao gồm: Đặc điểm chung (tuổi, giới), khảo sát lâm sàng (triệu chứng lâm sàng, thang điểm VAS), khảo sát cận lâm sàng trên cộng hưởng từ (mức độ hẹp ống sống ngực, tình trạng phù tủy ngực, thoát vị đĩa đệm cột sống ngực,...), CT cột sống ngực (mở xương, cốt hoá dây chằng vàng, cốt hoá dây chằng dọc sau,...). Đánh giá lâm sàng sau mổ (VAS, mJOA,...), biến chứng trong và sau mổ (máu tụ ngoài màng cứng, rách màng cứng, rò dịch não tủy,...

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu khoa học, mọi dữ liệu thu thập được đảm bảo bí mật tối đa và chỉ dùng cho nghiên cứu khoa học, kết quả được phản ánh trung thực cho các bên liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	Kết quả (n=60)
Tỉ lệ nam/nữ	1,7/1
Tuổi trung bình	53,6 ± 10,9

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân nam lớn hơn nữ với tỉ lệ nam/nữ là 1,7/1, với độ tuổi trung bình 53,6 ± 10,9.

3.2. Đặc điểm vị trí hẹp ống sống ngực

Bảng 3.2. Vị trí hẹp ống sống ngực

Nguyên nhân	Số lượng	Tỉ lệ %
Cột sống ngực trên (T1-T4)	5	8,3%
Cột sống ngực giữa (T5-T8)	9	15%
Cột sống ngực thấp (T9-T12)	46	76,7%

Nhận xét: Hẹp ống sống ngực thường xảy ra nhất ở đoạn cột sống ngực thấp với tỉ lệ 76,7%

3.3. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3.3. Đặc điểm của phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả (n=60)
Số tầng được giải ép	2,1 ± 1,3
Thời gian phẫu thuật (phút)	65,8 ± 18,2
Lượng máu mất (ml)	256,7 ± 50,8
Thời gian nằm viện (ngày)	5,4 ± 2,6

Nhận xét: 60 bệnh nhân được phẫu thuật với số tầng giải ép là 2,1 ± 1,3, thời gian phẫu thuật trung bình 65,8 ± 18,2 phút, lượng máu mất 256,7 ± 50,8 ml và thời gian nằm viện 5,4 ± 2,6 ngày.

Bảng 3.4. Kết quả phẫu thuật theo mJOA

Kết quả	Số lượng	Tỉ lệ %
Rất tốt (75-100%)	4	6,7%
Tốt (50-74%)	31	51,7%
Trung bình (25- 49%)	22	36,6%
Không tốt (0-24%)	3	5%

Nhận xét: Bệnh nhân sau mổ có kết quả chủ yếu ở mức tốt và trung bình chiếm lần lượt là 51,7% và 36,6%. Có 6,7% bệnh nhân đạt kết quả rất tốt

Bảng 3.5. Biến chứng trong và ngay sau mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Tổn thương tủy	2	3,3%
Tổn thương rễ thần kinh thoát qua	2	3,3%
Rách màng cứng	3	5%
Rò dịch não tủy	1	1,7%
Máu tụ ngoài màng cứng tủy	2	3,3%
Viêm phổi	1	1,7%

Nhận xét: Bệnh nhân có biến chứng tổn thương tủy chiếm 3,3%, rách màng cứng chiếm 5%, rò dịch não tủy sau mổ chiếm 1,7% và máu tụ ngoài màng cứng tủy chiếm 3,3%.

Bảng 3.6. Biến chứng dài hạn sau mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Nhiễm trùng vết mổ	1	1,7%
Chậm liền xương	1	1,7%
Gãy, lỏng dụng cụ nẹp vít	0	0%

Nhận xét: Bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 1,7%, chậm liền xương ghép chiếm 1,7%.

IV. BÀN LUẬN

60 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật với số tầng giải ép $2,1 \pm 1,3$, thời gian phẫu thuật trung bình $65,8 \pm 18,2$ phút, lượng máu mất $256,7 \pm 50,8$ ml và thời gian nằm viện $5,4 \pm 2,6$ ngày. Bệnh nhân sau mổ có kết quả chủ yếu ở mức tốt và trung bình chiếm lần lượt là 51,7% và 36,6%. Có 6,7% bệnh nhân đạt kết quả rất tốt. Bệnh nhân có biến chứng tổn thương tuỷ chiếm 3,3%, rách màng cứng chiếm 5%, rò dịch não tuỷ sau mổ chiếm 1,7% và máu tụ ngoài màng cứng tuỷ chiếm 3,3%. Bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 1,7%, chậm liền xương ghép chiếm 1,7%. Baorong He² và cộng sự nghiên cứu trên nhóm 185 bệnh nhân được phẫu thuật giải ép tuỷ ngực sử dụng khoan mài tốc độ cao, có 2,2% bệnh nhân bị tổn thương tuỷ, 2,7% bệnh nhân bị rách màng cứng và 1,6% bệnh nhân có tổn thương thần kinh thoáng qua, 1,1% bệnh nhân rò dịch não tuỷ. Các biến chứng dài hạn tác giả cũng ghi nhận 2,2% bệnh nhân chậm liền vết mổ và 1,1% bệnh nhân chậm liền xương. Nghiên cứu của Baorong He cũng chỉ ra kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Tác giả cũng đã chỉ ra việc sử dụng khoan mài giúp giảm nguy cơ tổn thương tuỷ vì mài từ bên ngoài nên tránh được việc phải móc mũi Kerrison vào sâu trong ống sống để cắt xương lamina.

Đối với các biến chứng dài hạn, chậm liền xương thường xảy ra ở các bệnh nhân cổ định đoạn dài, các bệnh nhân chuẩn bị diện ghép xương không tốt, cổ định cột sống không vững chắc. Ngược lại, gãy và lỏng dụng cụ cố định thường xảy ra ở các bệnh nhân loãng xương, không liền xương ghép^{7,8}.

Hiện nay, hẹp ống sống ngực vẫn là một trong các bệnh lý khó và là thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên cột sống vì nguy cơ tổn thương tuỷ cao. Do đó đòi hỏi sự phát triển của các dụng cụ phẫu thuật cũng như các kỹ thuật mổ nhằm hạn chế nguy cơ tổn thương tuỷ khi giải ép tuỷ và đạt được hiệu quả lâm sàng cao hơn cho bệnh nhân. Tuy nhiên việc sử dụng khoan mài vẫn là một trong các cải tiến được áp

dụng phổ biến hơn ở Việt Nam. Khoan mài góp phần giúp hạn chế các nguy cơ tổn thương tuỷ so với các phương pháp truyền thống khác, tuy nhiên các nguy cơ này vẫn không được hạn chế hoàn toàn do đó cần hết sức cẩn trọng trong phẫu thuật giải ép tuỷ ngực.

V. KẾT LUẬN

Hẹp ống sống ngực là bệnh lý không thường gặp với các triệu chứng tiến triển âm thầm có thể dẫn đến chèn ép và tổn thương tuỷ nặng. Phẫu thuật giải ép hẹp ống sống ngực luôn là thách thức đối với các phẫu thuật viên vì nguy cơ tổn thương tuỷ, rách màng cứng, rò dịch não tuỷ và máu tụ ngoài màng cứng tuỷ. Việc sử dụng khoan mài giúp hạn chế nguy cơ tổn thương tuỷ, rách màng cứng và rò dịch não tuỷ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Krishnan A, MS Orth, Samal P et al.** Thoracic Spine Stenosis: Does Ultrasonic Osteotome Improve Outcome in Comparison to Conventional Technique?. Malaysian Orthopaedic Journal 2021 Vol 15 No 2. doi: <https://doi.org/10.5704/MOJ.2107.010>
2. **Baorong He et al.** Treatment strategies for the surgical complications of thoracic spinal stenosis: a retrospective analysis of two hundred and eighty three cases. Int Orthop. 2013 Sep 22; 38(1): 117–122. doi: [10.1007/s00264-013-2103-2](https://doi.org/10.1007/s00264-013-2103-2)
3. **Yamazaki M, Mochizuki M, Ikeda Y, Sodeyama T, Okawa A, Koda M, et al.** Clinical results of surgery for thoracic myelopathy caused by ossification of the posterior longitudinal ligament: operative indication of posterior decompression with instrumented fusion. Spine (Phila Pa 1976). 2006; 31(13): 1452-60. doi: [10.1097/01.brs.0000220834.22131](https://doi.org/10.1097/01.brs.0000220834.22131)
4. **Young WF, Baron E.** Acute neurologic deterioration after surgical treatment for thoracic spinal stenosis. J Clin Neurosci. 2001; 8(2): 129-32. doi: [10.1054/jocn.1998.0785](https://doi.org/10.1054/jocn.1998.0785)
5. **Hosono N, Miwa T, Mukai Y, Takenaka S, Makino T, Fuji T.** Potential risk of thermal damage to cervical nerve roots by a highspeed drill. J Bone Joint Surg Br. 2009; 91(11): 1541-4. doi: [10.1302/0301-620X.91B11.22196](https://doi.org/10.1302/0301-620X.91B11.22196)
6. **Hara M, Takayasu M, Takagi T, Yoshida J.** En bloc laminoplasty performed with threadwire saw. Neurosurgery. 2001; 48(1): 235-9. doi: [10.1097/00006123-200101000-00050](https://doi.org/10.1097/00006123-200101000-00050)
7. **Taher F, Lebi DR, Cammisa FP, Pinter DW, Sun DY, Girardi FP.** Transient neurological deficit following midthoracic decompression for severe stenosis: a series of three cases. Eur Spine J. 2013;22:S416–S420. doi: [10.1007/s00586-013-2829-y](https://doi.org/10.1007/s00586-013-2829-y).
8. **Van Dostenburegge RJ, Herpers MJ, De Kruijck JR.** Spinal cord compression caused by unusual location and extension of ossified ligamenta flavum in a Caucasian male: a case report and literature. Spine. 1999;24:486–488. doi: [10.1097/00007632-199903010-00019](https://doi.org/10.1097/00007632-199903010-00019)

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XẠ TRỊ KẾT HỢP CETUXIMAB TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO VỎY VÙNG ĐẦU CỔ GIAI ĐOẠN TẠI CHỖ – TẠI VÙNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Việt Bình¹, Thái Đình Hiếu¹, Hoàng Thị Xuân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và đánh giá hiệu quả, độc tính của phác đồ xạ trị kết hợp Cetuximab ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào vảy vùng đầu cổ điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An giai đoạn từ tháng 01/2019 đến tháng 09/2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu có theo dõi dọc trên 19 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học và điều trị triệt căn bằng xạ trị kết hợp Cetuximab (liều tấn công 400 mg/m², sau đó 250 mg/m²/tuần; tổng liều xạ 70 Gy). **Kết quả:** Tuổi trung bình 68,1 ± 7,3; nam giới chiếm 94,7%; vị trí u chủ yếu hạ họng–thanh quản (68,4%), giai đoạn IV chiếm 78,9%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 42,1%, đáp ứng một phần 36,8%; Tỷ lệ đáp ứng (ORR) là 78,9% và tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 100%. Thời gian sống thêm không tiến triển trung vị là 10 tháng (95% CI: 4,0–16,0), và thời gian sống toàn bộ trung vị là 21 tháng (95% CI: 15,2–26,8). Độc tính chủ yếu độ 1–2, thường gặp nhất là viêm da và viêm niêm mạc miệng. **Kết luận:** Phác đồ xạ trị kết hợp Cetuximab cho thấy hiệu quả đáp ứng và kiểm soát bệnh cao, độc tính chấp nhận được. Đây là lựa chọn điều trị khả thi và an toàn cho bệnh nhân ung thư đầu cổ giai đoạn tiến xa, đặc biệt ở nhóm lớn tuổi không phù hợp với Cisplatin.

Từ khóa: Ung thư đầu cổ, hóa xạ trị đồng thời, Cetuximab.

SUMMARY

THE RESULTS OF RADIOTHERAPY COMBINED WITH CETUXIMAB IN LOCALLY ADVANCED HEAD AND NECK SQUAMOUS CELL CARCINOMA AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics and to evaluate the efficacy and toxicity of radiotherapy combined with cetuximab in patients with locoregionally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck treated at Nghe An Oncology Hospital from January 2019 to September 2025. **Subjects and Methods:** This was a combined retrospective and prospective descriptive study with longitudinal follow-up on 19 histologically confirmed patients who underwent definitive radiotherapy with cetuximab (loading dose 400 mg/m² followed by 250 mg/m² weekly; total radiation dose 70 Gy). **Results:** The mean age was 68.1 ± 7.3 years; 94.7% were

male. The most common tumor sites were hypopharynx–larynx (68.4%), and 78.9% of patients were in stage IV. Complete and partial response rates were 42.1% and 36.8%, respectively; the overall response rate (ORR) was 78.9%, and the disease control rate (DCR) reached 100%. The median progression-free survival (PFS) was 10 months (95% CI: 4.0–16.0), and the median overall survival (OS) was 21 months (95% CI: 15.2–26.8). The main toxicities were grade 1-2 skin and mucosal reactions. **Conclusion:** Radiotherapy combined with cetuximab demonstrated high response and disease control rates with acceptable toxicity. This regimen appears to be a feasible and safe therapeutic option for patients with advanced head and neck cancer, especially for elderly or cisplatin-unfit patients. **Keywords:** Head and neck cancer, Concurrent Chemoradiotherapy, Cetuximab.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vùng đầu cổ (UTĐC) là nhóm bệnh ác tính xuất phát từ biểu mô đường hô hấp – tiêu hóa trên, bao gồm khoang miệng, họng miệng, hạ họng, thanh quản và hốc mũi. Đây là nhóm bệnh có nhiều điểm tương đồng về mô bệnh học, dịch tễ và phương pháp điều trị. Theo GLOBOCAN 2020, ung thư đầu cổ đứng thứ bảy trong các loại ung thư phổ biến nhất trên toàn cầu, với khoảng 890.000 ca mắc mới (chiếm 4,5% tổng số ca ung thư) và 450.000 ca tử vong mỗi năm (chiếm 4,6% tổng số ca tử vong do ung thư) [8].

Hơn 90% UTĐC là ung thư biểu mô tế bào vảy (UTBM vảy) hoặc các biến thể của nó. Do cấu trúc giải phẫu phức tạp và triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển tại chỗ – tại vùng, khi việc phẫu thuật triệt để gặp nhiều khó khăn [5]. Ở giai đoạn sớm, phẫu thuật hoặc xạ trị đơn thuần có thể mang lại kết quả điều trị tốt. Tuy nhiên, ở giai đoạn tiến triển, hóa xạ trị đồng thời (HXTĐT) với cisplatin liều cao đã được chứng minh giúp cải thiện rõ rệt tỷ lệ kiểm soát tại chỗ – tại vùng và sống thêm toàn bộ so với xạ trị đơn thuần. Dù vậy, độc tính cấp và mạn của cisplatin (suy thận, giảm thính lực, buồn nôn, giảm tùy xương...) hạn chế việc áp dụng phác đồ này, đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi hoặc có bệnh nội khoa kèm theo [6].

Khoảng 90% ung thư biểu mô tế bào vảy vùng đầu cổ có sự bộc lộ quá mức thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì (EGFR), yếu tố liên quan

¹Bệnh viện Ung bướu Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Thái Đình Hiếu
Email: thaihieutbmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.11.2025
Ngày phản biện khoa học: 8.12.2025
Ngày duyệt bài: 12.01.2026