

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TIỀN PHẪU BỆNH NHÂN UNG THƯ THỰC QUẢN 1/3 GIỮA - DƯỚI GIAI ĐOẠN II-III TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Lưu Thị Huyền¹, Giáp Văn Vũ^{1,2}, Vi Trần Doanh³,
Bùi Quang Biểu⁴, Nguyễn Đình Châu⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị và các độc tính cấp sau hóa xạ trị tiền phẫu ở bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 giữa - dưới có khả năng phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc, hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 66 người bệnh điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 02/2022 đến tháng 03/2026. Người bệnh được xạ trị điều biến liều 41,4 Gy/23 phân liều kết hợp paclitaxel-carboplatin hàng tuần. Đáp ứng được đánh giá sau hóa xạ trị 4–6 tuần; đáp ứng mô bệnh học sau phẫu thuật được phân loại theo Mandard và độc tính cấp theo CTCAE 5.0.

Kết quả: Tuổi trung bình là $58,7 \pm 7,4$ tuổi; 100% là nam giới. Tỷ lệ sút cân $\geq 5\%$ chiếm 34,8%. U đoạn 1/3 giữa và dưới chiếm 69,7% và 30,3%. Tỷ lệ giai đoạn II và III lần lượt là 13,6% và 86,4%. Có 75,8% bệnh nhân hoàn thành đủ 5 chu kỳ hóa chất. Trong 66 người bệnh điều trị, 54 trường hợp (81,8%) được phẫu thuật, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học pCR được ghi nhận ở 20/54 người bệnh phẫu thuật (37,0%) và diện cắt R0 đạt 53/54 trường hợp 98,1%. Tác dụng phụ của hóa – xạ độ 3-4 gồm giảm bạch cầu (22,7%); giảm bạch cầu trung tính (9,1%) và tăng men gan (1,5%).

Kết luận: Hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu cho kết quả đáp ứng mô bệnh học khả quan, với độc tính sớm chấp nhận được ở bệnh nhân ung thư thực quản có khả năng phẫu thuật.

Từ khóa: Ung thư thực quản; hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu; đáp ứng mô bệnh học, độc tính cấp.

SUMMARY

PRELIMINARY OUTCOMES OF NEOADJUVANT CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY FOR STAGE II-III MIDDLE AND LOWER THORACIC ESOPHAGEAL CANCER PATIENTS AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: To evaluate treatment response and acute toxicities following neoadjuvant concurrent chemoradiotherapy in patients with resectable cancer of the middle or lower thoracic esophagus.

Patients and Methods: This longitudinal descriptive study, with retrospective and prospective components, included 66 patients treated at 108 Military Central Hospital between February 2022 and March 2026. Intensity-modulated radiotherapy was delivered to a total dose of 41.4 Gy in 23 fractions, with concurrent weekly paclitaxel-carboplatin. Treatment response was assessed 4–6 weeks after chemoradiotherapy. Postoperative pathological response was graded according to the Mandard classification, and acute toxicities were evaluated using the Common Terminology Criteria for Adverse Events, version 5.0.

Results: The mean age was 58.7 ± 7.4 years, and all patients were male. Weight loss of $\geq 5\%$ was observed in 34.8% of patients. Tumors were located in the middle and lower thirds of the thoracic esophagus in 69.7% and 30.3% of patients, respectively. Stage II and III disease accounted for 13.6% and 86.4% of cases, respectively. Overall, 75.8% of patients completed all five planned chemotherapy cycles. Of the 66 patients treated, 54 (81.8%) underwent surgery. Among the patients who underwent surgery, a pathological complete response (pCR) was confirmed in 20 of 54 patients (37.0%), and R0 resection was achieved in 53 of 54 patients (98.1%). Grade 3–4 acute toxicities included leukopenia (22.7%), neutropenia (9.1%), and elevated liver enzymes (1.5%).

Conclusion: Neoadjuvant concurrent chemoradiotherapy achieved favorable pathological response with acceptable acute toxicity in patients with resectable esophageal cancer.

Keywords: Esophageal cancer; neoadjuvant concurrent chemoradiotherapy; pathological response; acute toxicity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là bệnh có tiên lượng xấu và tỷ lệ tử vong cao. Theo GLOBOCAN 2024, UTTQ đứng thứ 13 về số ca mắc mới và thứ 7 về số ca tử vong do ung thư trên thế giới; tại Việt Nam ghi nhận 6792 trường hợp mắc mới và 6467 trường hợp tử vong¹. Bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn tiến triển do triệu chứng ban đầu không đặc hiệu, làm hạn chế khả năng điều trị triệt căn.

Điều trị ung thư thực quản phụ thuộc vào vị trí u nguyên phát, giai đoạn bệnh, thể mô bệnh học, thể trạng bệnh nhân. Đối với UTTQ 1/3 giữa - dưới thể biểu mô vảy, còn khả năng phẫu thuật, hóa xạ trị đồng thời (HXTĐT) tiền phẫu kết hợp phẫu thuật là một trong những chiến lược điều trị chuẩn. Các

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh

³Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

⁴Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Lưu Thị Huyền

Email: huyenmam10a1@gmail.com

Mã bài: N2782604

Ngày nhận bài: 10/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 8/5/2026

Ngày duyệt bài: 25/6/2026

nguyên cứu ghi nhận tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn giải phẫu bệnh (pCR) đạt 29 – 43,2% và cải thiện sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh so với phẫu thuật đơn thuần ^{2,3}.

Một số nghiên cứu trong nước đã ghi nhận kết quả khả quan của hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu đối với UTTQ giai đoạn II–III tỷ lệ pCR khoảng 37,3-45,5%, tỷ lệ diện cắt R0 đạt 95-100% và tác dụng phụ chủ yếu ở độ I–II ⁴⁻⁶. Tuy nhiên, số liệu trong nước còn hạn chế và chưa đồng nhất về tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh, kỹ thuật xạ trị, phác đồ hóa chất cũng như các tiêu chí đánh giá kết quả. Đặc biệt, chưa có nhiều nghiên cứu phản ánh thực hành điều trị tại một cơ sở với phác đồ thống nhất gồm xạ trị điều biến liều 41,4 Gy/23 phân liều kết hợp paclitaxel–carboplatin hàng tuần, đồng thời đánh giá đầy đủ khả năng hoàn thành điều trị, tỷ lệ tiếp tục phẫu thuật, đáp ứng mô bệnh học và độc tính cấp. Bên cạnh đó, việc báo cáo tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học trên cả nhóm được phẫu thuật và toàn bộ quần thể điều trị ban đầu vẫn chưa được đề cập đầy đủ trong các công bố trong nước.

Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, HXTĐT tiền phẫu kết hợp phẫu thuật trong điều trị UTTQ đã được triển khai thường quy. Tuy nhiên, kết quả thực tế của phác đồ xạ trị điều biến liều 41,4 Gy/23 phân liều kết hợp paclitaxel–carboplatin hàng tuần tại cơ sở chưa được đánh giá một cách hệ thống. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá đáp ứng mô bệnh học và các độc tính cấp của hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu ở bệnh nhân ung thư biểu mô vảy thực quản 1/3 giữa - dưới giai đoạn II-III.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

66 người bệnh ung thư biểu mô vảy thực quản 1/3 giữa–dưới còn khả năng phẫu thuật, được HXTĐT tiền phẫu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 2/2022 đến tháng 3/2026. Hồi cứu những người bệnh được điều trị từ T2/2022 đến T7/2025 và tiến cứu những NB được điều trị từ T8/2025 đến T3/2026.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=66)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (nhỏ nhất – lớn nhất)		Trung bình: 58,7 ± 7,4 (41 - 71)	
Giới	Nam	66	100

Tiêu chuẩn lựa chọn: u thực quản 1/3 giữa – dưới trên nội soi và cắt lớp vi tính, kết quả sinh thiết là ung thư biểu mô vảy, giai đoạn II-III theo AJCC phiên bản 8; tuổi từ 18 đến 75; ECOG 0–1; chức năng tủy xương và các cơ quan bảo đảm hóa – xạ trị; được chỉ định hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu bằng phác đồ nghiên cứu; có đầy đủ các thông tin cần thiết trong hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ: đã điều trị đặc hiệu; bệnh phổi hợp không cho phép hóa trị, xạ trị hoặc phẫu thuật; đang mang thai hoặc cho con bú; đồng mắc ung thư thứ hai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc, hồi cứu kết hợp tiến cứu. Bệnh nhân được hóa trị paclitaxel 50 mg/m² và carboplatin AUC 2 hàng tuần trong 5 tuần, đồng thời xạ trị điều biến liều (IMRT) 41,4 Gy/23 phân liều. Sau HXTĐT 4–6 tuần, người bệnh được đánh giá lại bằng triệu chứng lâm sàng, nội soi thực quản và CLVT ngực; những trường hợp không ghi nhận bệnh tiến triển và còn khả năng phẫu thuật được chỉ định cắt thực quản, tạo hình bằng ống cuốn dạ dày. Đánh giá đáp ứng về triệu chứng cơ năng (đáp ứng chủ quan) theo 4 mức độ WHO. Đáp ứng trên nội soi dựa theo phân loại ung thư thực quản của Hội ung thư học lâm sàng Nhật Bản phiên bản 12 ⁷ và đáp ứng trên CLVT theo RECIST 1.1 ⁸. Đáp ứng trên giải phẫu bệnh sau phẫu thuật về diện cắt, sự thoái triển của u theo phân loại của Mandard ⁹. Các độc tính cấp được ghi nhận theo CTCAE phiên bản 5.0.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Thu thập số liệu theo hồ sơ bệnh án nghiên cứu. Số liệu được nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0; biến định lượng được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị, biến định tính bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được thực hiện sau khi được thông qua Hội đồng y đức – Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên (số 1326/ĐHYD – HĐĐĐ) ngày 11/11/2025 và được sự chấp thuận triển khai của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
ECOG	0	2	3,0
	1	64	97,0
Sút cân	Không sút cân	25	37,9
	< 5%	18	27,3
	≥ 5%	23	34,8
Độ biệt hóa	Độ 2	55	83,3
	Độ 3	7	10,6
	Không xác định	4	6,1
Chiều dài u trên cắt lớp vi tính (mm)		46,1 ± 16,3 (25 - 110)	
SUVmax khối u trên PET/CT, n=58		14,10 ± 6,18 (2,90 - 28,7)	
Vị trí u	1/3 giữa	46	69,7
	1/3 dưới	20	30,3
Giai đoạn u	cT1	1	1,5
	cT2	12	18,2
	cT3	53	80,3
Giai đoạn hạch	cN0	2	3,0
	cN1	34	51,5
	cN2	30	45,5
Giai đoạn bệnh	II	9	13,6
	III	57	86,4
Số chu kỳ hóa trị	5 chu kỳ	50	75,8
	4 chu kỳ	16	24,2
Điều trị sau hóa xạ trị	Phẫu thuật	54	81,8
	Hóa trị do bệnh tiến triển	3	4,5
	Từ chối phẫu thuật, tiếp tục theo dõi	9	13,6

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 58,7 ± 7,4 tuổi; tất cả người bệnh đều là nam giới và 97,0% có ECOG 1. Có 34,8% người bệnh sút ≥5% trọng lượng cơ thể. U chủ yếu nằm ở một phần ba giữa thực quản (69,7%), với cT3 chiếm 80,3%, hạch vùng dương tính chiếm 97,0% và giai đoạn III chiếm 86,4%. Có 75,8% người bệnh hoàn thành đủ 5 chu kỳ hóa trị. Sau hóa xạ trị, 54 người bệnh (81,8%) được phẫu thuật; 4,5% chuyển sang hóa trị do bệnh tiến triển và 13,6% từ chối phẫu thuật.

3.2. Đánh giá đáp ứng điều trị

Tất cả 66 người bệnh hoàn thành đủ liều xạ trị. Có 50 người bệnh (75,8%) hoàn thành 5 chu kỳ và 16 người bệnh (24,2%) hoàn thành 4 chu kỳ hóa chất.

Bảng 2. Đáp ứng lâm sàng và cận lâm sàng sau hóa xạ trị tiền phẫu (n=66)

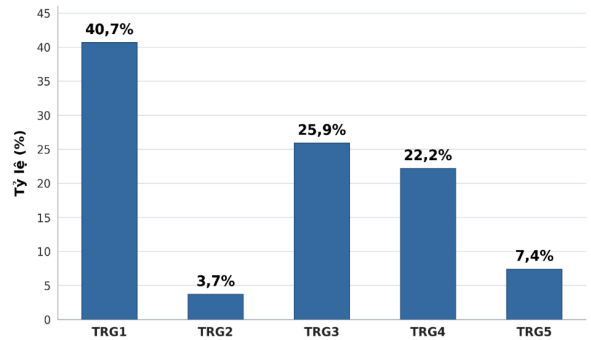
Mức độ đáp ứng	Triệu chứng cơ năng n (%)	Nội soi n (%)	CLVT n (%)
Hoàn toàn	39 (59,1)	4 (6,1)	7 (10,6)
Một phần	19 (28,8)	59 (89,4)	55 (83,3)
Không thay đổi	7 (10,6)	2 (3,0)	1 (1,5)
Tiến triển	1 (1,5)	1 (1,5)	3 (4,5)

Sau hóa xạ trị, 58/66 người bệnh (87,9%) có cải thiện triệu chứng cơ năng. Tỷ lệ có đáp ứng trên nội soi là 63/66 (95,5%). Tỷ lệ đáp ứng khách quan trên CLVT, gồm đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần, đạt 62/66 (93,9%). Bệnh tiến triển được ghi nhận ở 1,5% trên nội soi và 4,5% trên CLVT.

Bảng 3. Giai đoạn và đáp ứng mô bệnh học sau phẫu thuật (n = 54)

	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Giai đoạn u		
ypT0	22	40,7
ypT1	7	13,0
ypT2	5	9,3
ypT3	20	37,0
Giai đoạn hạch		
ypN0	37	68,5
ypN1	12	22,2
ypN2	4	7,4
ypN3	1	1,9
Diện cắt		
R0	53	98,1
R1	1	1,9
Đáp ứng giải phẫu bệnh		
Hoàn toàn (ypT0N0)	20	37
Không hoàn toàn	34	63

Sau phẫu thuật, ypT0 chiếm tỷ lệ cao nhất (40,7%), trong khi 37,0% bệnh nhân vẫn còn u ở giai đoạn ypT3. Đa số bệnh nhân đạt ypN0 (68,5%), còn 31,5% vẫn có di căn hạch. Tỷ lệ phẫu thuật đạt diện cắt R0 rất cao (98,1%). Đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học (ypT0N0) ghi nhận ở 20/54 bệnh nhân, chiếm 37,0%.



Biểu đồ 1. Mức độ thoái triển u nguyên phát (TRG) theo phân loại Mandard

Chú thích: TRG: mức độ thoái triển u (tumor regression grade); TRG1: không còn tế bào ung thư; TRG2: còn ít tế bào ung thư rải rác trong mô xơ; TRG3: tế bào ung thư tăng nhưng mô xơ vẫn chiếm ưu thế; TRG4: tế bào ung thư chiếm ưu thế; TRG5: không có thoái triển.

TRG1 chiếm tỷ lệ cao nhất với 22 bệnh nhân (40,7%), cho thấy thoái triển hoàn toàn của u nguyên phát trên mô bệnh học. TRG3 và TRG4 lần lượt chiếm 25,9% và 22,2%, trong khi TRG2 và TRG5 ít gặp hơn, tương ứng 3,7% và 7,4%.

3.3. Độc tính cấp của hóa – xạ trị

Bảng 4. Độc tính cấp trong và sau hóa – xạ trị đồng thời (n = 66)

Độc tính cấp	Mọi mức độ, n (%)	Độ 1, n(%)	Độ 2, n(%)	Độ 3-4, n(%)
Viêm da	20 (30,3)	16 (24,2)	4 (6,1)	0 (0,0)
Viêm thực quản	25 (37,9)	8 (12,1)	17 (25,8)	0 (0,0)
Viêm phổi	1 (1,5)	0 (0,0)	1 (1,5)	0 (0,0)
Giảm bạch cầu	53 (80,3)	17 (25,8)	21 (31,8)	15 (22,7)
Giảm bạch cầu trung tính	32 (48,5)	11 (16,7)	15 (22,7)	6 (9,1)
Giảm huyết sắc tố	32 (48,5)	31 (47,0)	1 (1,5)	0 (0,0)
Giảm tiểu cầu	23 (34,8)	22 (33,3)	1 (1,5)	0 (0,0)
Tăng men gan	22 (33,3)	20 (30,3)	1 (1,5)	1 (1,5)

Chú thích: “Mọi mức độ” bao gồm các trường hợp có độc tính từ độ 1 trở lên. Mỗi người bệnh được tính theo mức độ độc tính cao nhất của từng loại biến cố. Không ghi nhận độc tính độ 5.

Độc tính cấp chủ yếu ở độ 1-2 và thường gặp trên hệ tạo máu. Giảm bạch cầu là độc tính thường gặp nhất (80,3%), tiếp theo là thiếu máu (48,5%), viêm thực quản (37,9%) và giảm tiểu cầu (34,8%). Giảm bạch cầu và giảm bạch cầu trung tính độ 3-4 gặp ở 22,7% và 9,1%. Chỉ có một trường hợp viêm phổi độ 2 (1,5%). Tăng men gan độ 3-4 được ghi nhận ở một bệnh nhân (1,5%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chủ yếu gồm các bệnh nhân ung thư thực quản tiến triển tại chỗ – tại vùng, thể hiện qua tỷ lệ cT3, di căn hạch và giai đoạn III lần lượt là 80,3%, 97,0% và 86,4%. Đây là đặc điểm quan trọng khi diễn giải kết quả, bởi gánh nặng u và hạch lớn có thể làm giảm khả năng đạt đáp ứng hoàn toàn sau điều trị. Tuổi trung bình 58,7 tuổi và 97,0% có ECOG 1 cho thấy nhìn chung bệnh nhân có thể trạng còn tốt, phù hợp để thực hiện điều trị đa mô thức. Đặc điểm này tương đồng với các nghiên cứu trong nước của tác giả Nguyễn Thị Hà và Nguyễn Thị Như An^{4,6}. Tuy nhiên, khoảng một phần ba bệnh nhân sút $\geq 5\%$ cân nặng, phản ánh ảnh hưởng của tác nhân lồng thực quản và nguy cơ suy dinh dưỡng, vốn có thể tác động đến khả năng dung nạp hóa xạ trị cũng như phục hồi sau phẫu thuật.

Có 54/66 bệnh nhân (81,8%) được phẫu thuật, gần tương đương NEOCRTEC5010 (82,6%)³, thấp hơn CROSS (94%)² nhưng cao hơn các nghiên cứu của Nguyễn Thị Như An và Phạm Thị Bình Minh, lần lượt là 68,8%⁴ và 74,1%⁵. Trong 12 bệnh nhân không phẫu thuật của nghiên cứu chúng tôi, chín trường hợp từ chối phẫu thuật và ba trường hợp tiến triển phải chuyển sang điều trị toàn thân. Điều này cho thấy tỷ lệ không phẫu thuật không chỉ phản ánh hiệu quả của hóa xạ trị mà còn chịu ảnh hưởng bởi quyết định của người bệnh và diễn biến bệnh sau điều trị.

Sau điều trị, tỷ lệ đáp ứng trên nội soi và CLVT lần lượt đạt 95,5% và 93,9%, chủ yếu là đáp ứng một phần; đáp ứng hoàn toàn chỉ chiếm 6,1% và 10,6%. Sự không tương đồng này phản ánh hạn chế của đánh giá sau hóa xạ trị, do viêm và xơ hóa gây khó khăn trong phân biệt u tồn dư với biến đổi sau điều trị, trong khi nội soi khó đánh giá tổn thương sâu trong thành thực quản và tại hạch. Vì vậy, đánh giá mô bệnh học sau phẫu thuật vẫn là tiêu chuẩn xác định đáp ứng hoàn toàn.

Trong 54 bệnh nhân được phẫu thuật, theo phân loại Mandard, TRG1 chiếm 40,7% và TRG1-2 đạt 44,4%, cho thấy mức độ thoái triển rõ tại u nguyên

phát. Tuy nhiên, hai bệnh nhân đạt ypT0 vẫn còn di căn hạch, làm tỷ lệ pCR ypT0N0 giảm còn 37,0%. Điều này cho thấy đáp ứng tại u và hạch không hoàn toàn đồng nhất, đồng thời khẳng định vai trò của nạo vét và đánh giá hạch sau hóa xạ trị. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học (pCR) trong nghiên cứu của chúng tôi là 37,0%. Kết quả này thấp hơn tỷ lệ 49% ở nhóm ung thư biểu mô vảy của thử nghiệm CROSS² và 43,2% trong thử nghiệm NEOCRTEC5010³. So với các nghiên cứu trong nước sử dụng phác đồ tương tự, tỷ lệ pCR của chúng tôi gần tương đương với kết quả của Nguyễn Thị Hà năm 2024 (37,3%)⁶, nhưng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Như An (45,5%)⁴. Tuy nhiên, các so sánh này chỉ mang tính mô tả do sự khác biệt về cỡ mẫu, đặc điểm người bệnh và mức độ hoàn thành điều trị giữa các nghiên cứu.

Tỷ lệ diện cắt R0 trong nghiên cứu đạt 98,1%, tương đương NEOCRTEC5010 (98,4%)³ và nghiên cứu của Nguyễn Thị Như An (100%)⁴, đồng thời cao hơn CROSS (92%)² và Phạm Thị Bình Minh (95%)⁵. Kết quả này có thể liên quan đến việc lựa chọn những bệnh nhân còn khả năng phẫu thuật, sự thoái triển và hạ giai đoạn sau hóa xạ trị, cũng như sự phối hợp giữa các chuyên khoa. Việc đánh giá lại tổn thương một cách chi tiết trước phẫu thuật trong hội chẩn đa chuyên khoa được tiến hành thường quy tại cơ sở điều trị cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên có thể là yếu tố quan trọng giúp nâng cao Tỷ lệ diện cắt âm tính (R0).

Độc tính chủ yếu ở độ 1-2 và thường gặp trên hệ tạo máu. Giảm bạch cầu và giảm bạch cầu trung tính độ 3-4 trong nghiên cứu lần lượt là 22,7% và 9,1%, cao hơn CROSS (6% và 2%)² nhưng thấp hơn NEOCRTEC5010 (48,9% và 45,7%)³. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà năm 2024, các tỷ lệ tương ứng là 13,3% và 12,1%⁶; đồng thời không ghi nhận viêm thực quản hoặc viêm phổi độ 3-4. Mặc dù có sự khác biệt về độc tính huyết học, cả hai nghiên cứu đều cho thấy độc tính liên quan đến xạ trị chủ yếu ở mức độ nhẹ và có thể kiểm soát.

Nghiên cứu còn hạn chế do thiết kế mô tả, kết hợp hồi cứu và tiến cứu, thực hiện tại một trung tâm, số lượng bệnh nhân hạn chế không có nhóm đối chứng làm hạn chế khả năng suy luận quan hệ nhân quả cũng như khái quát hóa kết quả. Ngoài ra, thời gian theo dõi chưa đủ dài để đánh giá độc tính muộn, tỷ lệ tái phát và các kết quả sống thêm. Do đó, cần tiếp tục theo dõi để xác định hiệu quả lâu dài của hóa -xạ.

V. KẾT LUẬN

Hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu với paclitaxel - carboplatin hàng tuần kết hợp IMRT 41,4 Gy/23 phân liều đạt tỷ lệ đáp ứng mô bệnh học đáng khích lệ, cùng tỷ lệ phẫu thuật triệt căn cao. Độc tính sớm nhìn chung chấp nhận được, chủ yếu ở độ 1-2 và có thể kiểm soát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Filho AM, Laversanne M, et al. Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2026;76(4). doi:10.3322/caac.70090.
2. Shapiro J, van Lanschot JJB, Hulshof MCCM, et al. Neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery versus surgery alone for oesophageal or junctional cancer (CROSS): long-term results of a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2015;16(9):1090–1098. doi:10.1016/S1470-2045(15)00040-6.
3. Yang H, Liu H, Chen Y, Zhu C, Fang W, Yu Z, et al. Neoadjuvant chemoradiotherapy followed by surgery versus surgery alone for locally advanced squamous cell carcinoma of the esophagus (NEOCRTEC5010): a phase III multicenter, randomized, open-label clinical trial. *J Clin Oncol*. 2018;36(27):2796–2803. doi:10.1200/JCO.2018.79.1483.
4. Nguyễn Thị Như An, Dương Thùy Linh, Nguyễn Văn Hùng, và cs. Đánh giá hiệu quả hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu trong điều trị ung thư thực quản 1/3 giữa, dưới giai đoạn II, III. *Tạp chí Y học Việt Nam* 515 (2022). <https://doi.org/10.51298/vmj.v515i1.2710>.
5. Phạm Thị Bình Minh, Cao Thị Tuyết Anh. Kết quả của hóa xạ trị tiền phẫu ung thư thực quản giai đoạn II, III tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108. 2023;18(Số đặc biệt):71–75. doi:10.52389/ydls.v18i0.1777.
6. Nguyễn Thị Hà, Nguyễn Đình Châu, Trịnh Thị Mai, và cs. Kết quả bước đầu hóa xạ trị tiền phẫu bằng kỹ thuật xạ trị điều biến liều trên bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 giữa – dưới. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108. 2024;19(5):47–56. doi:10.52389/ydls.v19i5.2264.
7. Doki Y, Tanaka K, Kawachi H, et al. Japanese Classification of Esophageal Cancer, 12th Edition: Part II. *Esophagus Off J Jpn Esophageal Soc*. 2024;21(3):216–269. doi:10.1007/s10388-024-01048-w
8. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: Revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer*. 2009;45(2):228–247. doi:10.1016/j.ejca.2008.10.026
9. Mandard AM, Dalibard F, Mandard JC, et al. Pathologic assessment of tumor regression after preoperative chemoradiotherapy of esophageal carcinoma: clinicopathologic correlations. *Cancer*. 1994;73(11):2680–2686. doi:10.1002/1097-0142(19940601)73:11<2680::AID-CNCR2820731105>3.0.CO;2-C.