



Original Article

Evaluation of Treatment Outcomes for Mobile Tongue Cancer at K Hospital from 2020 to 2023

Khong Van Manh¹, Pham Dang Khanh¹, Nguyen Duc Loi^{1,2,*}

¹VNU University of Medicine and Pharmacy, 144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

²K Hospital, 43 Quan Su, Hang Bong, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received 10th June 2024

Revised 3rd July 2024; Accepted 10th March 2025

Abstract: This study presents a cross-sectional descriptive analysis of 150 patients (male: 74.7% and female: 25.3%, mean age: 56.1 ± 11.8) with mobile tongue cancer treated at Hospital K between 2020 and 2023. This study aimed to assess the treatment outcomes of tongue cancer at Hospital K during the specified period. Results revealed that most cases were managed surgically (64.7%). The overall survival rate (OS) after 3 years was high (67.7%), with a mean survival time of 40.6 ± 1.4 months. Simple surgery exhibited the highest OS at 3 years (81.6%), significantly outperforming chemo/radiotherapy combined ($p < 0.01$). Patients diagnosed at early stages, with primary tumors at stages T1 and T2, and without lymph node metastasis, had significantly higher OS rates at 3 years compared to those diagnosed at later stages, with tumors at stages T3, T4, or with lymph node metastasis ($p < 0.01$). After initial treatment, 33 patients experienced recurrence (22%), predominantly in cervical lymph nodes (81.8%), and 6 patients developed distant metastases. Therefore, early disease diagnosis and appropriate treatment strategy selection are crucial as they contribute to extended patient survival time.

Keywords: Mobile tongue cancer, survival, recurrence, metastasis.

* Corresponding author.

E-mail address: bsloint23@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4673>

Nhận xét kết quả điều trị ung thư lưỡi di động tại Bệnh viện K giai đoạn 2020 - 2023

Không Văn Mạnh¹, Phạm Đăng Khánh¹, Nguyễn Đức Lợi^{1,2,*}

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, 144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện K, 43 Quán Sứ, Hàng Bông, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Chinh Nhận ngày 10 tháng 6 năm 2024

Chinh sửa ngày 03 tháng 7 năm 2024; Chấp nhận đăng ngày 10 tháng 3 năm 2025

Tóm tắt: Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 150 bệnh nhân ung thư lưỡi (UTL) di động (nam: 74,7% và nữ: 25,3%, tuổi: $56,1 \pm 11,8$) điều trị tại Bệnh viện K giai đoạn 2020 – 2023. Mục đích của nghiên cứu này là nhận xét kết quả điều trị UTL tại Bệnh viện K giai đoạn 2020 – 2023. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh chủ yếu được điều trị bằng phẫu thuật (64,7%). Tỷ lệ sống sót toàn bộ (OS) của bệnh sau 3 năm cao (67,7%) với thời gian trung bình là $40,6 \pm 1,4$ tháng. Phẫu thuật đơn thuần có OS tại thời điểm 3 năm cao nhất (81,6%), cao hơn đáng kể so với hoá/xạ trị phối hợp ($p < 0,01$). Những bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn sớm, khối u nguyên phát ở giai đoạn T1, T2 và không có di căn hạch có tỷ lệ OS tại thời điểm 3 năm cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, khối u nguyên phát ở giai đoạn T3, T4 hay có di căn hạch (với $p < 0,01$). Sau lần điều trị đầu tiên, có 33 bệnh nhân tái phát (22%), chủ yếu là tái phát tại hạch cổ (chiếm 81,8%) và 6 bệnh nhân di căn xa. Như vậy, việc chẩn đoán bệnh ở những giai đoạn sớm và lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp là rất quan trọng để tăng thời gian sống thêm của người bệnh.

Từ khóa: UTL di động, sống sót, tái phát, di căn.

1. Mở đầu

UTL là u ác tính nguyên phát tại lưỡi, trong đó chủ yếu là ung thư biểu mô vảy. Đây là ung thư thường gặp nhất trong các ung thư vùng khoang miệng, chiếm khoảng 40 – 50% các trường hợp [1]. Theo GLOBOCAN năm 2022 ghi nhận có khoảng 2 152 ca mắc mới và 1099 ca tử vong [2]. Tại Việt Nam, ung thư khoang miệng có tỉ lệ mắc mới và tử vong ngày càng tăng. Điều trị UTL rất phức tạp, cần phối hợp đa mô thức. Phẫu thuật lưỡi được coi là phương pháp điều trị hiệu quả nhất, tuy nhiên đây vẫn là một thách thức lớn đối với các bác sĩ ung thư đầu và cổ bởi vì lưỡi là cơ quan phức tạp với hệ thống mạch máu và thần kinh đa dạng, liên quan đến

chức năng nuốt và nói. Hoá trị và xạ trị giúp bảo tồn được cấu trúc của lưỡi, tuy nhiên hai phương pháp điều trị này gây nên nhiều tác dụng không mong muốn ảnh hưởng đến toàn trạng và chất lượng sống của người bệnh. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu nhận xét kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng liên quan đến sống thêm trên bệnh nhân UTL di động điều trị tại Bệnh viện K giai đoạn 2020 – 2023.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân UTL di động được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K từ 2020 đến 2023.

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: bsloint23@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4673>

i) Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân có đầy đủ các đặc điểm dưới đây:

- Được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô vảy của lưỡi di động;

- Đã được chẩn đoán bệnh theo TMN (một hệ thống phân loại giai đoạn ung thư do Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ - AJCC);

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ;

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

ii) Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có một trong các đặc điểm dưới đây:

- Các trường hợp được chẩn đoán mắc ung thư khác UTL trước đó;

- Các bệnh nhân cũ đến điều trị tiếp vì tái phát, di căn hoặc lí do khác;

- Những trường hợp bỏ điều trị, các trường hợp đã được điều trị phẫu thuật từ tuyến trước;

- Bệnh nhân đang mắc một bệnh cấp tính hoặc mạn tính có khả năng tử vong trong thời gian ngắn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu.

Phương pháp chọn mẫu: áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 150 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Nội dung/chỉ số nghiên cứu: đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, chẩn đoán giai đoạn bệnh (theo AJCC 2017), các phương pháp điều trị (phẫu thuật đơn thuần, phẫu thuật + xạ/hóa trị, hóa xạ đồng thời, hoá trị đơn thuần, xạ trị đơn thuần). Kết quả điều trị: được đánh giá thông qua ước lượng thời gian sống thêm toàn bộ (OS) tại thời điểm 3 năm và tình trạng tái phát, di căn của bệnh.

Phương pháp thu thập số liệu: thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, gọi điện cho bệnh nhân/người thân và mời bệnh nhân tới tái khám để ghi chép thời gian sống thêm và tình trạng tái phát, di căn của bệnh.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu đã thu thập được xử lý và phân tích trên phần mềm thống kê SPSS 25.

Thống kê mô tả: biến định tính được báo cáo bằng tần số và tỷ lệ phần trăm, biến liên tục được báo cáo bằng trung bình và độ lệch chuẩn.

Thống kê suy luận: thời gian sống toàn bộ (OS) được tính từ ngày chẩn đoán cho đến ngày bệnh nhân tử vong hoặc kết thúc nghiên cứu. Tỷ lệ OS 3 năm được tính bằng phương pháp ước lượng thời gian sống theo sự kiện của Kaplan – Meier và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các tỷ lệ sống sót được xác định bằng Log – rank test. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được Hội đồng y đức của Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội và Bệnh viện K thông qua. Nghiên cứu được thực hiện là nghiên cứu quan sát nên không can thiệp vào quá trình điều trị của bệnh nhân.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới tính

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	20 – 29	7	4,7
	30 – 39	5	3,3
	40 – 49	25	16,7
	50 – 59	51	34,0
	60 – 69	48	32,0
	≥ 70	14	9,3
Giới tính	Nam giới	112	74,7
	Nữ giới	38	25,3

Bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 23, cao nhất là 89 tuổi. Tuổi trung bình là $56,1 \pm 11,8$. Số lượng bệnh nhân tăng dần theo lứa tuổi, nhóm tuổi từ 50 – 59 chiếm nhiều nhất (51/150), với nam giới chiếm ưu thế (74,7%), tỷ lệ nam/nữ: 2,95 (Bảng 1).

Đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn lâm sàng khối u là T2 (33,3%) và có 48% bệnh nhân di căn hạch. Trong nghiên cứu, 66% bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn (III+IV) (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm giai đoạn bệnh trước điều trị

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn lâm sàng khối u	T1	25	16,7
	T2	50	33,3
	T3	44	29,3
	T4	31	20,7
Di căn hạch	N0	78	52,0
	N(+)	72	48,0
Giai đoạn bệnh	I	22	14,7
	II	29	19,3
	III	47	31,3
	IV	52	34,7

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Độ mô học	I	34	22,6
	II	103	68,7
	III	13	8,7
Độ xâm lấn sâu (DOI)	≤ 5 mm	39	40,2
	> 5 mm	58	59,8

Mô bệnh học đa phần là ung thư biểu mô vảy độ II, chiếm 68,7%. Mức độ xâm lấn sâu khối u được xác định trên kết quả mô bệnh học của 97 bệnh nhân được phẫu thuật, trong đó DOI trung bình: $7,7 \pm 5,3$ mm. Đa phần gặp DOI > 5 mm chiếm 59,8% (Bảng 3).

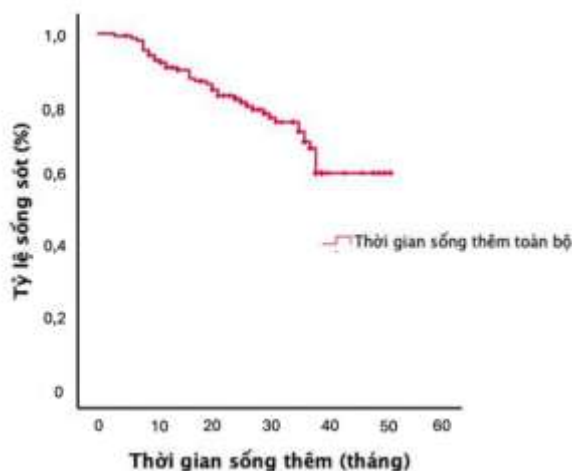
Bảng 4. Phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật đơn thuần	52	34,7
Phẫu thuật + xạ/hóa trị	45	30,0
Hóa xạ trị đồng thời	44	29,3
Hoá trị đơn thuần	5	3,3
Xạ trị đơn thuần	4	2,7

Bệnh chủ yếu được điều trị bằng phẫu thuật, trong đó phẫu thuật đơn thuần chiếm 34,7% và phẫu thuật kết hợp với xạ trị hoặc hóa trị chiếm 30% (Bảng 4).

3.2. Đặc điểm kết quả điều trị

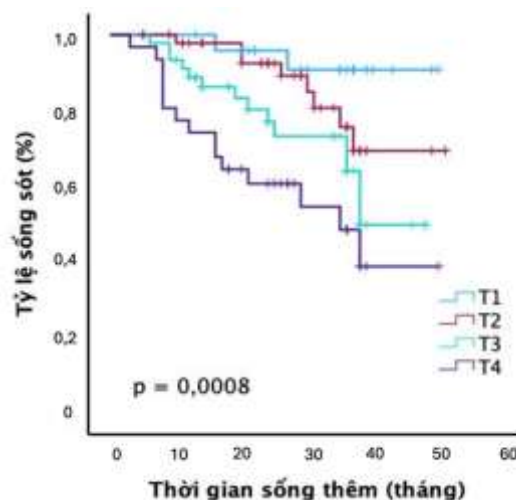
Tỷ lệ OS của bệnh tại thời điểm 3 năm đạt 67,7% với thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $40,6 \pm 1,4$ tháng (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ của bệnh nhân.

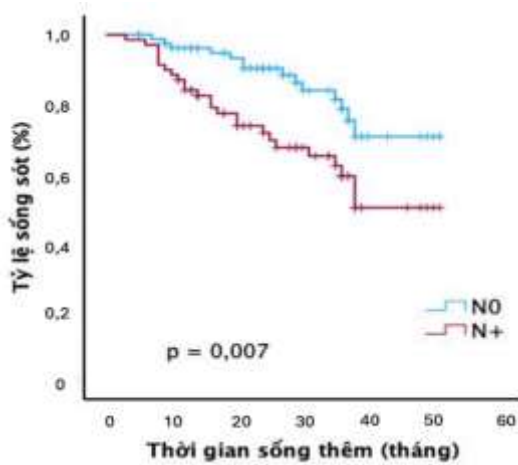
Tỷ lệ OS tại thời điểm 3 năm của bệnh nhân với khối u ở giai đoạn T1, T2, T3 và T4 là 90,8%, 75,5%, 64,1% và 48,6%. Thời gian sống thêm trung bình của các nhóm tương ứng là $47,7 \pm 1,8$ tháng, $44,2 \pm 2,1$ tháng, $40 \pm 2,4$ tháng và $31,5 \pm 3,4$ tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ (Biểu đồ 2).

Tỷ lệ OS tại thời điểm 3 năm ở nhóm bệnh nhân không có di căn hạch và có di căn hạch lần lượt là 78,6% và 59,1%, sự khác biệt có ý nghĩa

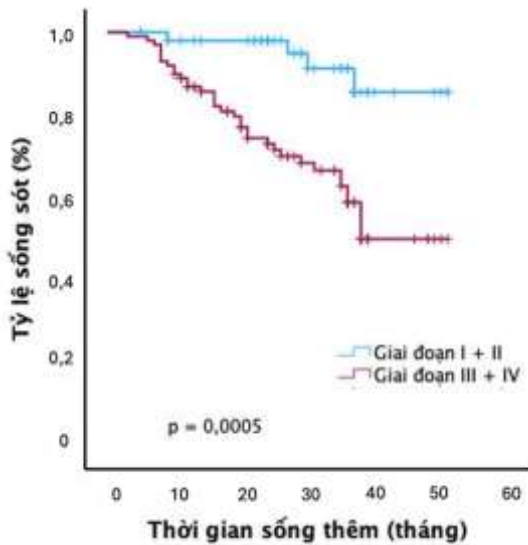


Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm theo giai đoạn lâm sàng khối u.

thống kê với $p < 0,01$. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của nhóm bệnh nhân không có di căn hạch là $41,2 \pm 1,6$ tháng và của nhóm bệnh nhân có di căn hạch là $36,5 \pm 2,2$ tháng (Biểu đồ 3).



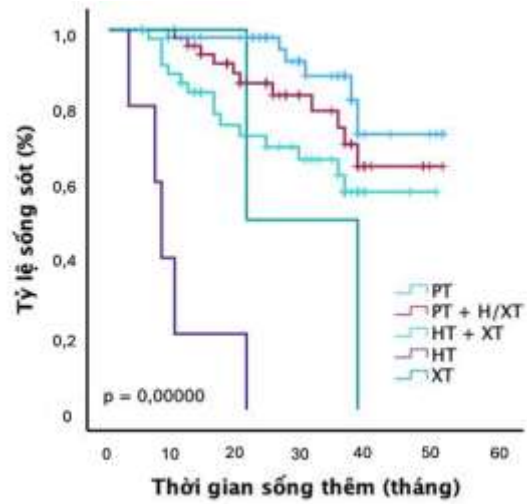
Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm theo di căn hạch.



Biểu đồ 4. Thời gian sống thêm theo giai đoạn bệnh.

Tỷ lệ OS tại thời điểm 3 năm ở nhóm bệnh nhân giai đoạn sớm (I + II) và giai đoạn muộn (III + IV) lần lượt là 85,5% và 58,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của nhóm bệnh nhân giai đoạn sớm là $47,8 \pm 1,5$ tháng và của

nhóm bệnh nhân giai đoạn muộn là $37,1 \pm 1,8$ tháng (Biểu đồ 4).



Biểu đồ 5. Thời gian sống thêm theo phương pháp điều trị.

*PT: Phẫu thuật; HT: Hoá trị; XT: Xạ trị.

Tỷ lệ OS tại thời điểm 3 năm ở nhóm bệnh nhân điều trị bằng phương pháp phẫu thuật đơn thuần, phẫu thuật kết hợp với hoá/xạ trị và hoá xạ trị kết hợp lần lượt là 81,6%, 69,9% và 57,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của nhóm bệnh nhân điều trị bằng phẫu thuật đơn thuần là $45,8 \pm 1,9$ tháng, của nhóm bệnh nhân điều trị bằng phẫu thuật kết hợp hoá/xạ trị là $42,3 \pm 2,2$ tháng và của nhóm bệnh nhân điều trị bằng hoá/xạ trị phối hợp là $36,8 \pm 2,7$ tháng (Biểu đồ 5).

Bảng 5. Đặc điểm tái phát sau điều trị

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tái phát	Có tái phát	33	22
	Không tái phát	117	78
Vị trí tái phát	Tại lưỡi	17	51,5
	Tại hạch	27	81,8
	Di căn xa	6	18,2
Thời gian tái phát	≤ 6 tháng	4	12,1
	7 - 12 tháng	15	45,5
	> 12 tháng	14	42,4

Chúng tôi ghi nhận 33 bệnh nhân tái phát trong thời gian theo dõi (22%), đa số tại hạch cổ (chiếm 81,8%). Có 6 bệnh nhân di căn xa trong thời gian này. Tái phát chủ yếu xảy ra trong 12 tháng kể từ kết thúc điều trị, chiếm 87,9% (Bảng 5).

4. Bàn luận

4.1. Về đặc điểm chung

Tuổi và giới: trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $56,1 \pm 11,8$ và nhóm tuổi từ 50 – 59 chiếm tỷ lệ cao nhất với 34%. Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế với 74,7%, tỷ lệ nam/nữ là 2,95. Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, Lâm Đức Hoàng và cộng sự đã báo cáo kết quả điều tra trên 192 bệnh nhân cho thấy độ tuổi trung bình là 56 và tỷ lệ nam:nữ là 2,3 [3]. Như vậy, UTL thường gặp ở những người độ tuổi từ 50 – 59, nam gặp nhiều hơn nữ.

Giai đoạn bệnh: các nghiên cứu gần đây cho thấy ngày càng nhiều người được phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn (III + IV) chiếm tỷ lệ 66%. Nghiên cứu trước đó của Lâm Đức Hoàng và cộng sự (2022) trên 192 bệnh nhân cũng ghi nhận tỷ lệ tương tự, là 65% bệnh nhân được chẩn đoán vào giai đoạn muộn [3]. Việc phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn gây ra những thách thức lớn trong điều trị, ảnh hưởng tiêu cực đến tỷ lệ đáp ứng và kiểm soát tại chỗ. Vì vậy, việc tăng cường giáo dục cộng đồng về nhận biết các dấu hiệu sớm của bệnh là rất cần thiết.

Mô bệnh học: trong chẩn đoán ung thư, mô bệnh học là tiêu chuẩn quan trọng, đặc biệt là đối với UTL. Độ mô học thể hiện mức độ tương đồng với mô tế bào bình thường, ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ năm 2017 đã thêm yếu tố DOI vào phân loại giai đoạn bệnh T (tumor), cho thấy sự quan trọng của DOI trong đánh giá và tiên lượng ung thư lưỡi. Trong nghiên cứu này, phần lớn mô bệnh học của UTL là biểu mô vảy độ II (chiếm 68,7%). Mức độ xâm lấn sâu khối u được xác định dựa trên DOI của 97 bệnh nhân, với DOI trung bình là $7,7 \pm 5,3$ mm, trong đó hầu hết có DOI > 5 mm (chiếm 59,8%).

4.2. Về kết quả điều trị

Phương pháp điều trị: trong số 150 bệnh nhân, 52 bệnh nhân (34,7%) được phẫu thuật đơn thuần, 45 bệnh nhân (30%) kết hợp phẫu thuật với xạ trị hoặc hoá trị và 44 bệnh nhân (29,3%) được điều trị bằng hoá xạ trị kết hợp. Chỉ một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân, 5 (3,3%) và 4 (2,7%) bệnh nhân ở giai đoạn muộn được điều trị hoá trị đơn thuần và xạ trị đơn thuần. Các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh phẫu thuật đơn thuần hoặc kết hợp với xạ trị là có hiệu quả nhất [4, 5]. Theo hướng dẫn của Mạng lưới Ung thư Toàn diện Quốc gia (NCCN) năm 2022, phẫu thuật vẫn là lựa chọn điều trị chính [6]. Hiện nay, chưa có các bằng chứng di truyền mới có thể đưa đến các liệu pháp nhắm mục tiêu, phẫu thuật vẫn được coi là phương pháp điều trị tiêu chuẩn vàng.

Thời gian sống thêm toàn bộ: nhìn chung, tỷ lệ OS tại thời điểm 3 năm của bệnh nhân UTL trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 67,7% với thời gian trung bình là $40,6 \pm 1,4$ tháng. Nghiên cứu của Yifan và cộng sự (2023) trên 6453 bệnh nhân cũng cho thấy tỷ lệ OS tại thời điểm 3 năm là 67,6% [7]. Đối với phương pháp điều trị, phẫu thuật đơn thuần có tỷ lệ OS tại thời điểm 3 năm cao nhất (81,6%). Tầm quan trọng của phẫu thuật trong điều trị UTL được phản ánh thông qua những bệnh nhân không được phẫu thuật của chúng tôi. Những bệnh nhân được hoá xạ trị phối hợp (57,4%) hoặc đơn thuần có tỷ lệ OS tại thời điểm 3 năm thấp hơn đáng kể so với những người được phẫu thuật đơn thuần hoặc kết hợp với hoá/xạ trị ($p < 0,01$). Kokemueller và cộng sự đã báo cáo rằng tỷ lệ sống sót sau 5 năm ở nhóm phẫu thuật là 54,5%, trong khi tỷ lệ này chỉ là 13,7% ở nhóm không phẫu thuật [8]. Tuy nhiên, một nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng phẫu thuật kết hợp với hoá/xạ trị và hoá/xạ trị đơn thuần có tỷ lệ sống sót tương đương trong việc điều trị bệnh ở giai đoạn muộn [9]. Dựa trên kết quả của nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị phẫu thuật nên là lựa chọn hàng đầu trong điều trị UTL, ngay cả đối với bệnh nhân ở giai đoạn muộn vẫn còn khả năng phẫu thuật. Ngoài ra, chúng tôi nhận thấy những bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn sớm, khối u nguyên phát ở giai đoạn T1, T2 và không có di căn hạch có tỷ lệ OS tại

thời điểm 3 năm cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, khối u nguyên phát ở giai đoạn T3, T4 hay có di căn hạch (với $p < 0,01$). Nhìn chung, những bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị càng sớm thì tỷ lệ sống sót càng cao.

Tỷ lệ tái phát, di căn: Sau điều trị lần đầu tiên, có 33 bệnh nhân tái phát (22%), trong đó chủ yếu là tái phát tại hạch cổ (chiếm 81,8%). Có 6 bệnh nhân di căn xa trong thời gian theo dõi, tất cả đều di căn phổi. Tái phát chủ yếu sau 6 tháng kể từ kết thúc điều trị chiếm 87,9%. Fredrik và cộng sự đã quan sát trên 406 bệnh nhân và phát hiện tỷ lệ tái phát tương tự với nghiên cứu của chúng tôi là 28,1% [10]. Vì vậy, chúng tôi khuyến nghị người bệnh cần đến các cơ sở y tế để theo dõi định kỳ sau lần điều trị đầu tiên, bởi điều đó phục vụ nhiều mục đích bao gồm phát hiện tái phát khối u, hạch sớm; kiểm soát cơn đau; phát hiện các tác dụng phụ liên quan đến điều trị và hỗ trợ tinh thần cho bệnh nhân và người thân của họ.

Hạn chế của nghiên cứu: Vì đây là nghiên cứu cắt ngang nên khó đánh giá một cách chính xác tầm quan trọng của phương pháp phẫu thuật vì bệnh nhân được điều trị bằng hoá/xạ trị đơn thuần có thể có tình trạng sức khỏe kém hơn, hoặc ung thư ở giai đoạn muộn, hoặc vị trí khối u ở gần các cơ quan quan trọng, làm ảnh hưởng đến thời gian sống thêm của bệnh nhân. Vì vậy, những nghiên cứu bổ sung với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế nghiên cứu ngẫu nhiên sẽ cung cấp cái nhìn toàn diện hơn về ưu điểm của phẫu thuật so với hoá/xạ trị đơn thuần.

5. Kết luận

Kết quả cho thấy phẫu thuật chiếm tỷ lệ lớn trong việc điều trị (64,7%). Phẫu thuật đơn thuần hoặc kết hợp hoá/xạ trị hỗ trợ đều có OS 3 năm cao hơn đáng kể so với hoá/xạ trị đồng thời (lần lượt là 75,5% và 64,1% so với 57,4%, $p < 0,01$). Bệnh nhân chẩn đoán ở giai đoạn sớm, khối u ở giai đoạn T1, T2 và không có di căn hạch có OS 3 năm cao hơn đáng kể so với nhóm ở giai đoạn muộn, khối u ở giai đoạn T3, T4 hay có di căn hạch ($p < 0,01$). Trong thời gian theo dõi sau lần điều trị đầu tiên, 33 bệnh nhân tái phát (22%),

chủ yếu là tại hạch cổ (chiếm 81,8%), và 6 bệnh nhân di căn xa, tất cả đều di căn phổi. Điều này nhấn mạnh sự quan trọng của việc chẩn đoán và điều trị kịp thời trong việc cải thiện thời gian sống thêm của bệnh nhân.

Tài liệu tham khảo

- [1] L. V. Quang, Throat Cancer. Medical Publisher, 2020 (in Vietnamese).
- [2] H. Sung, J. Ferlay, R. L. Siegel, M. Laversanne, I. Soerjomataram, A. Jemal, F. Bray, Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, Vol. 74, No. 3, 2024, pp. 229-263, <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.
- [3] L. D. Hoang, N. T. M. Linh, T. L. Phuong, N. T. B. Hien, Survey on the Treatment of Tongue Cancer at the Ho Chi Minh City Oncology Hospital. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*, Vol. 17, No. 5, 2022, <https://doi.org/10.52389/ydls.v17i5.1358> (in Vietnamese).
- [4] R. D. Berardinis, M. Tagliabue, P. Belloni, S. Gandini, D. Scaglione, F. Maffini, S. Margherini, S. Riccio, G. Giugliano, R. Bruschini, Tongue Cancer Treatment and Oncological Outcomes: The Role of Glossectomy Classification, *Surgical Oncology*, Vol. 42, 2022, pp. 101751, <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2022.101751>.
- [5] F. Missale, F. Marchi, A. Iandelli, N. Subramaniam, Y. Dokhe, C. Sampieri, D. Mattavelli, L. Bresciani, A. L. C. Carobbio, A. Grammatica, Oncological Outcomes of Compartmental Surgery and Wide Local Excision in Oral Tongue and Floor of the Mouth Cancer, *Oral Oncology*, Vol. 135, 2022, pp. 106210, <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2022.106210>.
- [6] J. J. Caudell, M. L. Gillison, E. Maghami, S. Spencer, D. G. Pfister, D. Adkins, A. C. Birkeland, D. M. Brizel, P. M. Busse, A. J. Cmelak, NCCN Guidelines® Insights: Head and Neck Cancers, Version 1, Featured Updates to the NCCN Guidelines, *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, Vol. 20, No. 3, 2022, pp. 224-234, <https://doi.org/10.6004/jnccn.2022.0016>.
- [7] Y. Gu, C. Qian, L. Yu, H. Fang, J. Wang, P. Wu, L. Zhong, K. Liu, R. He, Prognostic Nomogram for Patients with Tongue Squamous Cell Carcinoma: A SEER-based Study, *Oral Diseases*, Vol. 30,

- No. 2, 2024, pp. 292-306,
<https://doi.org/10.1111/odi.14521>.
- [8] H. Kokemueller, M. Rana, J. Rublack, A. Eckardt, F. Tavassol, P. Schumann, D. Lindhorst, M. Ruecker, N. C. Gellrich, The Hannover Experience: Surgical Treatment of Tongue Cancer- A Clinical Retrospective Evaluation Over A 30 Years Period, *Head Neck Oncol*, Vol. 3, 2011, pp. 27, <https://doi.org/10.1186/1758-3284-3-27>.
- [9] W. C. Tseng, S. Y. Chang, P. Y. Chu, S. K. Tai, Y. F. Wang, A. S. Shiao, T. L. Tsai, Management of Base of Tongue Squamous Cell Carcinoma: Experience with 85 Patients in Taipei Veterans General Hospital, *J Chin Med Assoc*, Vol. 74, No. 5, 2011, pp. 220-225,
<https://doi.org/10.1016/j.jcma.2011.03.007>.
- [10] F. Landström, E. Aspenblad, J. Reizenstein, S. Kristiansson, The Value of Post-treatment Surveillance for Detection of Loco-regional Recurrences in Oral Tongue Cancer, *Anticancer Research*, Vol. 41, No. 10, 2021, pp. 5059-5063,
<https://doi.org/10.21873/anticancer.15321>.