

kiến là yếu tố tiên lượng độc lập cho tỷ lệ sống sót và chức năng thần kinh tốt<sup>8</sup>. Tỷ lệ ROSC tại viện là 93,3% đối với nhóm có CPR và 71,7% ở nhóm không CPR, mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê, nhưng thể hiện xu hướng tích cực. Tỷ lệ sống sót cuối cùng đạt 53,3% ở nhóm có CPR và 13,2% ở nhóm không CPR. Đây là chỉ số khẳng định rõ nhất hiệu quả của CPR bởi người chứng kiến. Sự khác biệt có thể đến từ việc Trung tâm Cấp cứu A9 là một đơn vị tuyến cuối, có năng lực can thiệp các kỹ thuật chuyên sâu sau ROSC. Đáng chú ý, dù chưa đủ cỡ mẫu để khẳng định sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê, 9 bệnh nhân sống sót trong nghiên cứu (7,4%) có kết cục chức năng thần kinh tốt (CPC 1–2) đều được bắt đầu CPR trong vòng <10 phút kể từ khi ngừng tuần hoàn. Nghiên cứu cho thấy vai trò của người chứng kiến là yếu tố quan trọng cải thiện tỷ lệ ROSC và sống sót với chức năng thần kinh tốt. Đây là nền tảng thiết yếu giúp Việt Nam tiệm cận các quốc gia phát triển trong lĩnh vực điều trị ngừng tuần hoàn ngoại viện.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 121 bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai cho thấy CPR do người chứng kiến có liên quan chặt chẽ đến cải thiện tỷ lệ ROSC trước viện và sống sót khi xuất viện. Thời gian No - Flow kéo dài là yếu tố tiên lượng bất lợi, nhấn mạnh tầm quan trọng của CPR sớm. Kết quả nghiên cứu củng cố vai trò thiết yếu của việc đào tạo và phổ cập CPR cộng đồng trong chiến lược nâng cao chất lượng xử trí

OHCA tại Việt Nam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berdowski J, Berg RA, Tijssen JGP, Koster RW.** Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation*, 2010;81(11): 1479-1487.
2. **Ne, Ahmad N, Pek P, Yap S, Ong M.** The Pan-Asian Resuscitation Outcomes Study (PAROS) clinical research network: what, where, why and how. *Singapore Medical Journal*, 2017; 58(7): 456–458.
3. **Do SN, Luong CQ, Pham DT, et al.** Survival after out-of-hospital cardiac arrest, Viet Nam: multicentre prospective cohort study. *Bull World Health Organ*, 2021;99(1):50-61
4. **Zhang, L., et al.** The survival rate and neurological outcomes of out-of-hospital cardiac arrest in a Chinese cohort: A retrospective analysis. *Journal of Emergency Medicine*, 2020: 532-539.
5. **Zhou G, Wang Y, Sun Z, et al.** Survival outcome among patients with out-of-hospital cardiac arrest who received cardiopulmonary resuscitation in China: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Medical Research*, 2023; 28(1): 1–11.
6. **Tang H, Wu R, Yin L, et al.** Escalating vs Fixed Energy Defibrillation in Out-of-Hospital Cardiac Arrest Ventricular Fibrillation. *JAMA Network Open*, 2025.
7. **Ong MEH, Shin SD, De Souza NNA, et al.** Outcomes for out-of-hospital cardiac arrests across 7 countries in Asia: The Pan Asian Resuscitation Outcomes Study (PAROS). *Resuscitation*, 2015;96:100-108.
8. **Do SN, Luong CQ, Pham DT, et al.** Survival after traumatic out-of-hospital cardiac arrest in Vietnam: a multicenter prospective cohort study. *BMC Emergency Medicine*. 2021.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ TUYẾN GIAI ĐOẠN IV CÓ ĐỘT BIẾN EGFR BẰNG ERLOTINIB TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Huyền Trang<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Đăng<sup>2,3</sup>, Lê Thị Khánh Tâm<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bước một ung thư phổi giai đoạn IV có đột biến EGFR bằng Erlotinib tại bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu có theo

dõi dọc 51 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn IV có đột biến EGFR, được điều trị bằng Erlotinib từ 01/2018 đến 05/2025 tại Bệnh viện Thanh Nhàn. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi mắc bệnh trung bình  $66,8 \pm 10,4$ , tỷ lệ nữ/ nam: 1,1/1. Có 78,5% trường hợp đạt đáp ứng một phần, 7,8% BN tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 92,2%. PFS trung vị là: 12 tháng (ít nhất 4 tháng và dài nhất 37 tháng). PFS tại thời điểm 1 năm là 46,6 %. **Kết luận:** Điều trị Erlotinib bước một đem lại đáp ứng điều trị cao, ít tác dụng phụ. **Từ khóa:** Ung thư phổi, EGFR, Erlotinib bước một.

### SUMMARY

<sup>1</sup>Bệnh viện Thanh Nhàn

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện K

<sup>4</sup>Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đăng

Email: nguyenvandang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

## FIRST-LINE TREATMENT OUTCOMES FOR STAGE IV LUNG CANCER WITH EGFR MUTATIONS USING ERLOTINIB AT THANH NHAN HOSPITAL

**Objectives:** Evaluate the first-line treatment outcomes for stage IV lung cancer with EGFR gene mutations using Erlotinib at Thanh Nhan Hospital. **Methods:** Retrospective description with longitudinal follow-up, 51 patients diagnosed with stage IV non-small cell lung cancer with EGFR mutations were treated with Erlotinib from January 2018 to May 2025 at Thanh Nhan Hospital. **Result:** The average age was 66.8 ± 10.4 years. The female-to-male ratio was 1.1:1. Among the patients, 78.5% achieved partial response, and 7.8% showed disease progression. The disease control rate was 92.2%. The median progression-free survival (PFS) was 12 months, with a range from 4 months to 37 months. The PFS at the 1-year mark was 46.6%. **Conclusions:** First-line treatment with Erlotinib yields a high treatment response and few side effects. **Keywords:** Lung cancer, EGFR, first-line Erlotinib.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh ung thư có tỷ lệ mắc mới và tỷ lệ tử vong cao nhất trên thế giới. Theo thống kê của tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (GLOBOCAN 2022), trên thế giới có khoảng 2,4 triệu ca UTP mắc mới (chiếm 12,4%) và 1,8 triệu ca tử vong (chiếm 18,7%) do UTP [1]. Tỷ lệ sống sót sau 5 năm của bệnh nhân (BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn I là 68,4%, trong khi giai đoạn IV chỉ là 5,8% [2]. Trong những năm gần đây, nhiều tiến bộ trong điều trị dựa trên sinh học phân tử đã mở ra nhiều triển vọng, giúp cải thiện kết quả điều trị UTP giai đoạn muộn. Đột biến gen EGFR chiếm tỷ lệ cao trong nhóm UTPKTBN. Theo các nghiên cứu tỷ lệ đột biến gen EGFR của người Châu Á là 40-60% [3]. Các thuốc điều trị nhắm vào đích phân tử của tế bào cho hiệu quả cao nhờ tính chọn lọc trên từng cá thể và giảm được các tác dụng không mong muốn. Việc sử dụng thuốc ức chế tyrosine kinase (TKIs) nhằm tác động vào thụ thể yếu tố phát triển biểu mô (EGFR) ở những trường hợp có đột biến gen cho kết quả về sống thêm bệnh không tiến triển cao hơn so với hóa trị liệu. Erlotinib là một trong những thuốc TKIs thế hệ 1 được chấp thuận trong điều trị UTPKTBN giai đoạn tiến triển, di căn có đột biến EGFR nhạy cảm thuốc tại nhiều nước trên thế giới và tại Việt Nam. Thuốc đã được chứng minh đem lại lợi ích kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) cho BN UTPKTBN có đột biến gen EGFR là 9,7 tháng so với 5,2 tháng tại nghiên cứu EURTAC và 13,1 tháng so với 4,6

tháng tại nghiên cứu OPTIMAL [4][5]. Tại bệnh viện Thanh Nhan chưa có đề tài nào về hiệu quả của Erlotinib, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị bước một ung thư phổi giai đoạn IV có đột biến EGFR bằng Erlotinib tại bệnh viện Thanh Nhan.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu bao gồm các BN được chẩn đoán xác định UTP giai đoạn IV có đột biến EGFR, được điều trị bằng Erlotinib từ 01/2018 đến 05/2025 tại Bệnh viện Thanh Nhan.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán xác định UTP biểu mô tuyến giai đoạn IV theo AJCC 2017.
- Có đột biến gen EGFR tại các exon 19 (Del19) hoặc exon 21 (L858R).
- Điều trị bước một bằng Erlotinib.
- Có tổn thương đích để đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.
- Các chỉ số cận lâm sàng đánh giá chức năng tủy xương, gan thận trong giới hạn cho phép điều trị Erlotinib.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có đột biến kép hoặc có đột biến gen EGFR loại hiếm gặp hoặc kháng thuốc như T790M nguyên phát, chèn đoạn exon 20.
- BN dị ứng với thuốc, quá mẫn với các thành phần của thuốc.
- BN bỏ dở điều trị không vì lý do chuyên môn (khi bệnh chưa tiến triển và không có tác dụng phụ trầm trọng) hay từ chối hợp tác, không theo dõi được.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc.

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Phương pháp chọn mẫu thuận tiện

**2.2.3. Thu thập số liệu:** Qua bệnh án nghiên cứu

### 2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Lập mẫu bệnh án nghiên cứu, tuyển chọn bệnh nhân vào nghiên cứu.

Bước 2: Thu thập các thông tin theo mẫu bệnh án.

Bước 3: Thăm khám trực tiếp, hoặc gọi điện để đánh giá kết quả điều trị, tác dụng không mong muốn

Bước 4: Xử lý, phân tích số liệu và viết báo cáo kết quả

**2.4. Các tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu**

**\* Đánh giá đáp ứng chủ quan:** qua khám lâm sàng, mỗi tháng. Mức độ: dựa vào sự thay

đối các triệu chứng chủ quan đánh giá 4 mức độ: không còn triệu chứng, cải thiện, giữ nguyên và nặng hơn.

**\* Đánh giá đáp ứng khách quan:**

- Thời điểm: mỗi 3 tháng hoặc khi có dấu hiệu bệnh tiến triển rõ trên lâm sàng
- Bao gồm: Đánh giá sự thay đổi kích thước, tính chất khối u, đánh giá tỷ lệ đáp ứng khách quan theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 [6].
- Các mức độ: Đáp ứng hoàn toàn, một phần, ổn định và tiến triển.
- Tỷ lệ kiểm soát bệnh: Tính bằng tổng của đáp ứng hoàn toàn, một phần và bệnh ổn định.

**\* Đánh giá sống thêm bệnh không tiến triển (PFS):**

+ PFS (tháng) = (ngày có thông tin cuối cùng hoặc ngày bệnh tiến triển – ngày bắt đầu trị Erlotinib)/30,42.

**2.5. Phân tích và xử lý số liệu.** Nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích thời gian sống thêm theo phương pháp Kaplan - Meier. Các thuật toán thống kê: mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max; kiểm định so sánh sự khác biệt về khả năng sống thêm với một số yếu tố liên quan bằng kiểm định Log -rank.

**2.6. Đạo đức nghiên cứu.** Thuốc sử dụng trong nghiên cứu đã được điều trị và áp dụng rộng rãi ở nhiều trung tâm lớn trên thế giới. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng khám và điều trị cho bệnh nhân ung thư.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm bệnh nhân**

**Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu (n=51)**

Đặc điểm	Số lượng (%)
Tuổi trung bình ± SD	66,8 ± 10,4

**Bảng 3.3: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS)**

Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển					
Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	3 tháng (%)	6 tháng (%)	1 năm (%)
12	4	37	96,1	88,1	46,6

**Nhận xét:** PFS trung bình là: 13,6 ± 1,4 (tháng), trung vị là: 12 tháng (ít nhất 4 tháng và dài nhất 37 tháng). PFS tại thời điểm 1 năm là 46,6%.

**Bảng 3.4: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển theo đột biến EGFR**

Loại đột biến	Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển						P
	Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	3 tháng (%)	6 tháng (%)	1 năm (%)	
Exon 19 (n=31)	12,4	5,8	37	100	96,6	60,0	0,002
Exon 21 (n=20)	9,1	4,0	25,0	100	75,0	25,7	

**Nhận xét:** Trung vị PFS ở BN có đột biến mất đoạn exon 19 và đột biến L858R exon 21 lần lượt là: 12,4 tháng và 9,1 tháng. Trung vị PFS nhóm có đột biến EGFR tại exon 19 cao hơn nhóm BN đột biến trên exon 21, sự khác có ý nghĩa thống kê (p = 0,002)

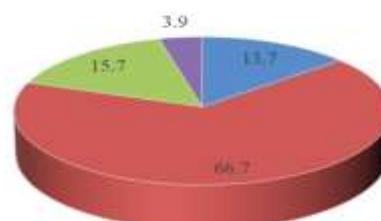
**Bảng 3.5: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển theo tình trạng đáp ứng**

Giới	(Min-Max)	
	Nam	24 (47,1)
Nữ	27 (52,9)	
Loại đột biến gen	Exon Del 19	31 (60,8)
	L858R exon 21	20 (38,2)

**Nhận xét:** Tuổi trung bình là 66,8 ± 10,4, trung vị là 64 tuổi. Tuổi thấp nhất là 33 tuổi và cao nhất là 87 tuổi. Trong 51 BN có 24 nam (47,1%) và 27 nữ (52,9%), tỷ lệ nữ/nam là 1,1/1. Loại đột biến exon 19 gặp nhiều hơn, chiếm 60,8%.

**3.2. Kết quả điều trị**

■ Không triệu chứng ■ Cải thiện ■ Giữ nguyên ■ Nặng hơn



**Biểu đồ 3.1: Đáp ứng cơ năng**

**Nhận xét:** Hầu hết BN đã giảm triệu chứng cơ năng một phần hoặc hoàn toàn sau điều trị chiếm 80,4%. Có 3,9% BN cảm thấy tình trạng nặng hơn.

**Bảng 3.2: Đáp ứng khách quan**

Đáp ứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	40	78,5
Bệnh ổn định	7	13,7
Bệnh tiến triển	4	7,8
<b>Tổng</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số BN đạt đáp ứng một phần, chiếm 78,5%, có 7,8% BN tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 92,2%.

Tình trạng đáp ứng	Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển						P
	Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	3 tháng (%)	6 tháng (%)	1 năm (%)	
Có (n=40)	12,2	5,8	37,0	100	100	81,3	0,001
Không (n=11)	6,2	4,0	15,2	100	54,5	18,2	

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu.** Theo thống kê, tuổi mắc bệnh UTP thường gặp sau 40 tuổi, đỉnh cao từ 50-70 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $66,8 \pm 10,4$ ; trung vị là 64 tuổi, tương đồng với nghiên cứu EURTAC (Châu Âu) là 65 tuổi [4], Mai Trọng Khoa (2016) là 60,5 [7], cao hơn so với một số nghiên cứu về điều trị hóa chất trong UTP. Đây là độ tuổi có nguy cơ mắc UTP cao, hơn nữa đa số các BN trong nghiên cứu của chúng tôi là BN lớn tuổi, thể trạng không cho phép nên việc lựa chọn TKI càng được ưu tiên hàng đầu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ chiếm nhiều hơn nam 1,1/1. Điều này có thể lý giải do tỷ lệ đột biến gen EGFR trên BN nữ cao hơn BN nam, nhất là nhóm BN nữ không hút thuốc và phổ biến tại các nước châu Á. Tỷ lệ đột biến gen EGFR ở exon 19 trong nghiên cứu của chúng tôi gặp cao hơn L858R exon 21. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu về đột biến EGFR trong và ngoài nước. Theo tác giả Lê Thu Hà tỷ lệ đột biến exon 19 là 67,1% [8]. Nghiên cứu PIONEER, trong số 121 BN Việt Nam được xét nghiệm, đột biến ở exon 19 chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,8%, sau đó là exon 21 là 45,1%, còn lại là các đột biến hiếm gặp khác [9].

**4.2. Kết quả điều trị.** Đối với bệnh lý ung thư, đáp ứng chủ quan là một tiêu chí quan trọng đánh giá hiệu quả của phác đồ điều trị. Hầu hết BN đã giảm triệu chứng cơ năng một phần hoặc hoàn toàn sau điều trị chiếm 80,4%. Về đáp ứng khách quan, có 78,5% trường hợp đạt đáp ứng một phần; 7,8% BN tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 92,2%. Kết quả này tương tự với nhiều nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu OPTIMAL (2011) trên dân số Châu Á (Trung Quốc), tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 2%, đáp ứng một phần 80%, bệnh giữ nguyên 14%, tỷ lệ kiểm soát bệnh lên đến 96% [5]. Nghiên cứu EURTAC (2012) (Châu Âu) cho tỷ lệ đáp ứng là 64% trong đó đáp ứng hoàn toàn 3% [4]. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, mặc dù không có BN nào đáp ứng hoàn toàn, song tỷ lệ đáp ứng một phần của thuốc đạt 76,5% và tỷ lệ kiểm soát bệnh 92,5% hoàn toàn phù hợp với kết quả của các nghiên cứu điều trị thuốc TKIs thế hệ 1.

UTP bệnh thường được phát hiện khi đã ở giai đoạn muộn, tiên lượng xấu, bệnh tiến triển

nhanh và thời gian sống thêm ngắn, đặc biệt là những BN đã có di căn xa. Mục tiêu điều trị cho BN ở giai đoạn này nhằm cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống cũng như kéo dài PFS và sống thêm toàn bộ cho BN. PFS trung vị là: 12 tháng (ít nhất 4 tháng và dài nhất 37 tháng). PFS tại thời điểm 1 năm là 46,6%. Theo nghiên cứu OPTIMAL trung vị PFS trên BN UTPKTBN có đột biến gen EGFR được điều trị Erlotinib bước một là 13,1 tháng [5]. Nghiên cứu EURTAC là 9,7 tháng [4]. Kết quả trong nghiên cứu chúng tôi tương đồng với nghiên cứu OPTIMAL, tuy nhiên cao hơn so với EURTAC. Có thể giải thích do 100% BN trong nghiên cứu của chúng tôi là ung thư biểu mô tuyến và tỷ lệ đột biến exon 19 chiếm khá cao 60,8%. Đây là 2 yếu tố đã được nhiều nghiên cứu chỉ ra là yếu tố giúp làm tăng hiệu quả điều trị UTP với thuốc nhắm trúng đích TKIs. Mặt khác, khi so sánh với các nghiên cứu điều trị Erlotinib bước 2 thấy kết quả trung vị PFS của chúng tôi cũng cao hơn. Theo tác giả Lê Thu Hà (2017) có trung vị PFS là 8,3 tháng [8]. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ BN sau khi đã điều trị qua một đến nhiều phác đồ hóa chất thì thường đi kèm với chỉ số toàn trạng kém hơn.

**PFS và một số yếu tố liên quan:** Trung vị PFS của 2 nhóm BN exon 19 và exon 21 lần lượt là 12,4 tháng và 9,1 tháng; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,002$ . Kết quả này phù hợp với nhiều báo cáo cho thấy đột biến exon 19 mang tiên lượng tốt hơn. Theo tác giả Lê Thu Hà PFS của nhóm đột biến exon 19 và 21 lần lượt là: 9,5 tháng và 8,7 tháng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,01$  [8]. Nghiên cứu OPTIMAL khi phân tích dưới nhóm PFS ở BN có đột biến tại exon 19 và exon 21 cho thấy hiệu quả trên exon 19 là tốt hơn, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,02$  [5]. Nguyên nhân đột biến exon 19 có tiên lượng tốt hơn có thể do khác biệt về cấu trúc sinh học, vị trí đột biến Del19 nằm trong khoang gắn kết ATP của EGFR kinase dẫn đến độ nhạy cao hơn với các thuốc EGFR-TKIs so với L858R có vị trí nằm xa khoang gắn kết hơn; L858R có tỉ lệ xuất hiện đột biến kép nhiều hơn Del19, gánh nặng khối u exon 21 lớn hơn.

Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ đáp ứng ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ đáp ứng với thuốc

càng lớn ghi nhận hiệu quả điều trị càng tốt. Do vậy, khi đánh giá hiệu quả thuốc, kết quả ghi nhận nếu bệnh nhân có đáp ứng tốt dự báo sẽ có trung vị PFS dài hơn.

## V. KẾT LUẬN

Hầu hết BN đã giảm triệu chứng cơ năng một phần hoặc hoàn toàn sau điều trị chiếm 80,4%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 92,2%. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) trung vị là: 12 tháng (ít nhất 4 tháng và dài nhất 37 tháng). PFS tại thời điểm 1 năm là 46,6%. Trung vị PFS nhóm có đột biến EGFR tại exon 19 cao hơn nhóm BN đột biến trên exon 21, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,002$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2024;74(3):229-263.
2. Ganti AK, Klein AB, Cotarla I, Seal B, Chou E. Update of Incidence, Prevalence, Survival, and Initial Treatment in Patients With Non-Small Cell Lung Cancer in the US. JAMA oncology. 2021;7(12):1824-1832.
3. Castellanos E, Feld E, Horn L. Driven by Mutations: The Predictive Value of Mutation Subtype in EGFR-Mutated Non-Small Cell Lung Cancer. Journal of thoracic oncology : official

- publication of the International Association for the Study of Lung Cancer. 2017;12(4):612-623.
4. Rosell R, Carcereny E, Gervais R, et al. Erlotinib versus standard chemotherapy as first-line treatment for European patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (EURTAC): a multicentre, open-label, randomised phase 3 trial. The Lancet Oncology. 2012;13(3):239-246.
  5. Zhou C, Wu YL, Chen G, et al. Erlotinib versus chemotherapy as first-line treatment for patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (OPTIMAL, CTONG-0802): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study. The Lancet Oncology. 2011;12(8):735-742.
  6. 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.
  7. Mai Trọng Khoa, Ngô Thùy Trang, Nguyễn Thị Lan Anh, CS v. Nghiên cứu tiền cứu, dịch tễ học phân tử, đánh giá tình trạng đột biến gen EGFR ở các BN Việt Nam mắc UTP dạng biểu mô tuyến, giai đoạn tiến triển. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2016: 2/2016, 2030-2036.
  8. Lê Thu Hà, Trần Văn Thuận (2016). Đáp ứng thuốc erlotinib trong điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn. Tạp chí Y học thực hành, số 993, tháng 1- năm 2016, trang 53-55.
  9. Shi Y, Au JS, Thongprasert S, et al. A prospective, molecular epidemiology study of EGFR mutations in Asian patients with advanced non-small-cell lung cancer of adenocarcinoma histology (PIONEER). J Thorac Oncol. 2014;9(2):154-162.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U BƯỚNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP

Trần Thu Hằng<sup>1</sup>, Thái Bằng<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Quang<sup>1</sup>,  
Nguyễn Xuân Thành<sup>1</sup>, Bạch Thị Hà Thu<sup>2</sup>, Trần Thị Thu Hiền<sup>1</sup>,  
Vũ Thị Hồng Chính<sup>2</sup>, Nguyễn Quốc Tuấn<sup>3,4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị U buồng trứng (UBT) của bệnh nhân được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trong 3 năm từ 1/1/2021 đến 31/12/2023 trên 104 bệnh nhân được phẫu thuật UBT. **Kết quả:** 64,4% UBT có triệu chứng lâm sàng

và 35,6% u buồng trứng được phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ, tỷ lệ mổ nội soi là 78,8%, có 8 trường hợp chuyển mổ mở (7,7%), phương pháp phẫu thuật bóc u bảo tồn buồng trứng chiếm tỷ lệ cao nhất 57,7%, có 3,8% bệnh nhân có biến chứng sau mổ. **Kết luận:** Những yếu tố như tuổi cao, có nhiều con, u dính hoặc tổn thương phức tạp là yếu tố xem xét để lựa chọn phương pháp xử trí phù hợp.

**Từ khóa:** u buồng trứng, phẫu thuật.

### SUMMARY

#### SURGICAL OUTCOMES OF OVARIAN TUMOR AT GENERAL HOSPITAL OF AGRICULTURAL

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the surgical outcomes of patients with ovarian tumors who underwent surgery at General Hospital of Agricultural. **Subjects and Methods:** A retrospective study conducted over a 3-year period from January 1, 2021

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Vinmec

<sup>3</sup>Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

<sup>4</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thu Hằng

Email: tuyphong0810@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025