

đặc biệt khi phối hợp cùng các conduit động mạch khác như LITA và RITA.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật bắc cầu động mạch vành không tuần hoàn ngoài cơ thể sử dụng động mạch vị mạc nối phải là phương pháp an toàn và khả thi, đặc biệt hiệu quả khi tái thông các nhánh vành phải có tổn thương nặng. Việc áp dụng kỹ thuật lấy trần động mạch giúp giảm biến chứng ổ bụng và tận dụng tối đa chiều dài RGEA để thực hiện nối tiếp hoặc cầu hình cầu nối phức hợp. Kết quả hậu phẫu thuận lợi, biến chứng thấp, không có tử vong sớm, phù hợp với các nghiên cứu trước đó trong và ngoài nước. RGEA cho thấy tiềm năng trở thành conduit động mạch thay thế hiệu quả trong chiến lược tái thông mạch vành hoàn toàn bằng động mạch, đặc biệt trong các trường hợp OPCAB. Cần có thêm nghiên cứu theo dõi dài hạn để xác định độ bền mạch và kết quả lâm sàng lâu dài.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Suma H, Fukumoto H, Takeuchi A.** Coronary artery bypass grafting by utilizing in situ right gastroepiploic artery: basic study and clinical application. *Ann Thorac Surg.* Oct 1987;44(4): 394-7. doi:10.1016/s0003-4975(10)63799-x
2. **He GW, Yang CQ.** Comparison among arterial grafts and coronary artery. An attempt at functional classification. *J Thorac Cardiovasc Surg.* Apr 1995;109(4): 707-15. doi:10.1016/s0022-5223(95)70352-7
3. **van Son JA, Falk V, Walther T, Smedts FM, Mohr FW.** Low-grade intimal hyperplasia in internal mammary and right gastroepiploic arteries as bypass grafts. *Ann Thorac Surg.* Mar 1997; 63(3): 706-8. doi:10.1016/s0003-4975(96) 01113-7
4. **Gagliardotto P, Coste P, Lazreg M, Dor V.** Skeletonized right gastroepiploic artery used for coronary artery bypass grafting. *Ann Thorac Surg.* Jul 1998; 66(1):240-2. doi:10.1016/s0003-4975 (98)00403-2
5. **Isomura T, Suma H, Sato T, Horii T.** Use of the Harmonic Scalpel for harvesting arterial conduits in coronary artery bypass. *Eur J Cardiothorac Surg.* Jul 1998;14(1):101-3. doi:10.1016/s1010-7940(98)00146-8
6. **Asai T, Tabata S.** Skeletonization of the right gastroepiploic artery using an ultrasonic scalpel. *The Annals of Thoracic Surgery.* 2002;74(5): 1715-1717. doi:10.1016/S0003-4975(02)03765-7
7. **Sasaki H.** The right gastroepiploic artery in coronary artery bypass grafting. *J Card Surg.* Jul-Aug 2008;23(4):398-407. doi:10.1111/j.1540-8191.2008.00623.x
8. **Vũ NH, Kỳ NM.** Nghiên cứu giải phẫu động mạch vị mạc nối phải trên người Việt Nam. *Y Học TP Hồ Chí Minh.* 2022;Tập 26 \* Số 1 \* 2022
9. **Phụng ĐV, Tiên TQ.** Nghiên cứu đặc tính mô bệnh học động mạch vị mạc nối phải sử dụng làm cầu nối trong phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam. 2018;20 - tháng 5/2018
10. **Kim MS, Hwang HY, Cho KR, Kim KB.** Right gastroepiploic artery versus right internal thoracic artery composite grafts: 10-year patency and long-term outcomes. *J Thorac Cardiovasc Surg.* Apr 2022;163(4): 1333-1343.e1. doi:10.1016/j.jtcvs.2020.05.096

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV BẰNG GEFITINIB BƯỚC 1 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đào Thanh Mai<sup>1</sup>, Trịnh Lê Huy<sup>1,2</sup>, Phạm Tuấn Anh<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bước 1 của Gefitinib trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 51 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến gen EGFR, điều trị bước 1 bằng Gefitinib tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng

05/2019 đến tháng 05/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 65,08 ± 11,91 tuổi, nữ giới chiếm 58,8%, tỷ lệ hút thuốc là 15,7%. Đa số các bệnh nhân có chỉ số toàn trạng (PS) tốt, di căn 1-2 cơ quan, tỷ lệ đột biến gen EGFR exon 19 và exon 21 xấp xỉ 1:1. Theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 2,0%, tỷ lệ đáp ứng một phần là 72,5%, bệnh ổn định chiếm 15,7% và bệnh tiến triển là 9,8%. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển là 11,5 tháng. Tác dụng phụ thường gặp nhất là tiêu chảy (25,5%) và ban đỏ trên da (21,6%), tất cả đều độ I-II. **Kết luận:** Gefitinib cho hiệu quả điều trị tốt ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến gen EGFR, độc tính chủ yếu ở mức độ nhẹ.

**Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn IV, gefitinib, EGFR.

### SUMMARY

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Anh

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

## ASSESSMENT OF OUTCOMES OF FIRST-LINE GEFITINIB TREATMENT FOR STAGE IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the outcomes of first-line Gefitinib treatment in stage IV non-small cell lung cancer (NSCLC). **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 51 patients with stage IV non-small cell lung cancer, harboring EGFR gene mutations, who received first-line Gefitinib treatment at Hanoi Medical University Hospital from May 2019 to May 2024. **Results:** The average age of patients was  $65,08 \pm 11,91$  years, with females accounting for 58,8% and a smoking rate of 15,7%. The majority of patients had good performance status (PS) and metastasis to 1-2 organs. The ratio of EGFR exon 19 to exon 21 mutations was approximately 1:1. According to RECIST 1.1 criteria, the complete response rate was 2,0%, partial response rate was 72,5%, stable disease rate was 15,7%, and progressive disease rate was 9,8%. The median progression-free survival was 11,5 months. The most common side effects were diarrhea (25,5%) and skin rash (21,6%), all of which were Grade I-II. **Conclusion:** Gefitinib provides good treatment efficacy in patients with stage IV NSCLC harboring EGFR gene mutations, with most side effects being mild. **Keywords:** Non-small cell lung cancer, stage IV, Gefitinib, EGFR.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một bệnh lý ác tính phổ biến, đứng hàng đầu trong các ung thư ở nam giới và đứng thứ hai ở nữ giới, đồng thời là nguyên nhân gây tử vong cao nhất trong các bệnh ung thư. Tỷ lệ mắc cho đến nay vẫn tiếp tục gia tăng ở phần lớn các nước trên thế giới, trong đó có Việt Nam. So với tất cả các loại ung thư thì UTP chiếm tỷ lệ 12,4% nhưng gây tử vong cao đến 18%[1].

Trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN), phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ đạo đối với giai đoạn bệnh còn khu trú ở phổi (I, II, IIIA). Hóa trị và xạ trị là những phương pháp được áp dụng ở giai đoạn muộn hơn, liệu pháp điều trị đích, điều trị miễn dịch đặc biệt có vai trò quan trọng đối với giai đoạn tiến triển, di căn. Đối với giai đoạn IV, điều trị hóa chất đơn thuần chỉ đem lại thời gian sống thêm trung bình từ 8 đến 10 tháng và tỷ lệ sống sau 1 năm là 30 đến 35%[2].

Trong nhiều năm gần đây có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán sinh học phân tử, nhiều đột biến gen đã được xác định trong UTPKTBN đã làm thay đổi đáng kể tiên lượng điều trị cho người bệnh[3]. Khoảng 10-50% bệnh nhân UTPKTBN có đột biến ở exon 18-21 của gen EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor). Đối

với các bệnh nhân UTPKTBN có đột biến EGFR, các thuốc ức chế tyrosin kinase đã được chứng minh tăng tỷ lệ đáp ứng, thời gian sống thêm cũng như tính an toàn so với hóa trị liệu. Trong đó Gefitinib là thuốc TKIs thế hệ I. Trong các thử nghiệm lâm sàng, việc sử dụng Gefitinib cho kết quả về sống thêm bệnh không tiến triển cao hơn có ý nghĩa thống kê so với hóa trị liệu[4]. Năm 2015, Gefitinib (Iressa) đã được FDA chấp thuận là thuốc điều trị bước 1 cho bệnh nhân UTPKTBN di căn.

Khoa Ung bướu Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là một trong những cơ sở khám chữa bệnh sử dụng Gefitinib cho bệnh nhân UTPKTBN. Tuy đã được sử dụng trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện, nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả cụ thể của thuốc tại đây. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV được điều trị bằng Gefitinib bước 1 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 5/2019 đến tháng 5/2024.

2. Đánh giá kết quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 51 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến gen EGFR được điều trị bước 1 bằng Gefitinib tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 30/05/2019 đến 30/05/2024.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

• Các bệnh nhân có chẩn đoán UTPKTBN qua mô bệnh học, giai đoạn IV theo phân loại của AJCC lần thứ 8 năm 2017.

• Tuổi  $\geq 18$  (tính theo tuổi dương lịch), tính tuổi tại thời điểm chẩn đoán.

• Được điều trị bằng Gefitinib bước 1 ít nhất 2 tháng tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

• ECOG  $\leq 2$ .

• Giải phẫu bệnh: Ung thư biểu mô tuyến

• Có đột biến gen EGFR tại exon 19 và/hoặc 21.

• Có đầy đủ thông tin nghiên cứu trong hồ sơ bệnh án.

• Đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

• Suy gan, suy thận từ độ 2 trở lên.

• Có bệnh ung thư khác kèm theo hoặc mắc các bệnh có nguy cơ tử vong gần.

• Đã điều trị hóa chất/miễn dịch trước đó.

• Có đột biến T790M.

#### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Cỡ mẫu 51 bệnh nhân, chọn mẫu thuận tiện.

**2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu:** Theo mẫu bệnh án nghiên cứu

- Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, vị trí di căn, xét nghiệm gen, thời gian sử dụng thuốc.

- Đánh giá đáp ứng điều trị: đáp ứng hoàn toàn; đáp ứng một phần; bệnh ổn định; bệnh tiến triển theo tiêu chuẩn RECIST 1.1

- Đánh giá một số tác dụng phụ không mong muốn dựa trên tiêu chuẩn CTCAE 5.0

- Cách thu thập số liệu: Thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu

**2.2.4. Xử lý số liệu:** Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

**3.1.1. Tuổi.** Trong tổng số 51 bệnh nhân, tuổi trung bình là 65,08 ± 11,91. Tuổi cao nhất là 86 tuổi và thấp nhất là 25 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất từ 61 đến 70 tuổi (chiếm 49,0%).

#### 3.1.2. Giới

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới**

Giới	Số lượng	%
Nam	21	41,2
Nữ	30	58,8

Trong 51 bệnh nhân có 21 bệnh nhân nam (chiếm 41,2%) và 30 bệnh nhân nữ (chiếm 58,8%). Tỷ lệ nam nữ xấp xỉ 3:4.

#### 3.1.3. Tình trạng hút thuốc

**Bảng 2. Tiền sử hút thuốc lá**

Tiền sử hút thuốc	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Hút thuốc lá chủ động	2	3,9
Hút thuốc lá thụ động	6	11,8
Không hút thuốc	43	84,3

Đa số bệnh nhân không hút thuốc với tỷ lệ 84,3%, trong các bệnh nhân hút thuốc, tất cả bệnh nhân hút thuốc chủ động là bệnh nhân nam (chiếm 3,9%), tất cả bệnh nhân hút thuốc thụ động là bệnh nhân nữ (chiếm 11,8%). Số bao-năm trung bình là 20,25 ± 8,56 bao-năm. Tất cả các bệnh nhân khi điều trị đã bỏ thuốc.

#### 3.1.4. Chỉ số toàn trạng

**Bảng 3. Chỉ số toàn trạng**

PS	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
PS = 0-1	46	90,2
PS = 2	5	9,8
Tổng	51	100

Đa số bệnh nhân có chỉ số toàn trạng PS = 0 hoặc 1, chiếm 90,2%.

#### 3.1.5. Tình trạng di căn

**Bảng 4. Số lượng cơ quan di căn**

Số lượng cơ quan di căn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
1 cơ quan	24	47,1
2 cơ quan	16	31,3
3 cơ quan	6	11,8
4 cơ quan	3	5,9
5 cơ quan	2	3,9
Tổng	51	100

Trong nghiên cứu, tất cả các bệnh nhân đều có di căn xa, chủ yếu là di căn 1 cơ quan (chiếm 47,1%). Số trường hợp giảm dần khi di căn càng nhiều cơ quan. Có 2 bệnh nhân (chiếm 3,9%) di căn 5 cơ quan.

#### Bảng 5. Vị trí di căn

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Phổi đối bên	28	54,9
Màng phổi	23	45,1
Xương	12	23,5
Thương thận	9	17,6
Não	7	13,7
Gan	6	11,8
Hạch ổ bụng	6	11,8
Màng tim	4	7,8
Màng não	1	2,0

Trong 51 bệnh nhân nghiên cứu, di căn phổi đối bên, di căn màng phổi là 2 vị trí hay gặp nhất (chiếm lần lượt 54,9% và 45,1%). Các cơ quan di căn số lượng giảm dần lần lượt là xương, thương thận, não. Các cơ quan ít gặp hơn bao gồm gan, hạch ổ bụng, màng tim, màng não.

#### 3.1.6. Tình trạng đột biến gen EGFR

**Bảng 6. Vị trí đột biến EGFR**

Vị trí đột biến	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Exon 19	27	52,9
Exon 21	24	47,1
Tổng	51	100

Tỷ lệ xuất hiện của 2 đột biến exon 19 và exon 21 là khá tương đương nhau, trong đó đột biến exon 19 xuất hiện với tỷ lệ cao hơn (52,9% so với 47,1%).

### 3.2. Kết quả điều trị

#### 3.2.1. Đáp ứng điều trị

**Bảng 7. Đáp ứng điều trị**

Đáp ứng	Số lượng	Tỷ lệ
Đáp ứng hoàn toàn	1	2,0
Đáp ứng một phần	37	72,5
Bệnh giữ nguyên	8	15,7
Bệnh tiến triển	5	9,8
Tổng	51	100

Trong 51 bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn các bệnh nhân đạt được đáp ứng một phần (chiếm 72,5%), có 1 bệnh nhân đạt được đáp

ứng hoàn toàn (2,0%). Bệnh tiến triển là 9,8%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh chung là 90,2%.

**3.2.2. Tỷ lệ kiểm soát bệnh**

**Bảng 8. Tỷ lệ kiểm soát bệnh**

Chỉ số	3 tháng	6 tháng	9 tháng	12 tháng	15 tháng	18 tháng
Tỷ lệ kiểm soát bệnh	96,1%	73,5%	83,3%	76,7%	47,8%	45,5%
Tỷ lệ bệnh tiến triển	3,9%	26,5%	16,7%	23,3%	52,2%	54,5%
Tổng số	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tỷ lệ kiểm soát bệnh cao nhất vào tháng thứ 3 sau điều trị với 96,1% và giảm dần theo thời gian. Trong đó, thấp nhất tại tháng thứ 18 với tỷ lệ kiểm soát bệnh là 45,5%.

**3.2.3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**

**Bảng 9. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**

Trung vị (tháng)	Trung bình (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	3 tháng	6 tháng	1 năm
11,5	11,9 ± 1,23	2,7	44,1	96,1%	73,5%	76,7%

Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) trung bình là 11,9 ± 1,23 tháng, trung vị PFS là 11,5 tháng. Ít nhất là 2,7 tháng, dài nhất là 44,1 tháng. PFS 3 tháng đạt 96,1%, 6 tháng đạt 73,5%, 1 năm đạt 76,7%.

**Bảng 10. Một số yếu tố liên quan đến PFS**

Đáp ứng điều trị	Median PFS	p
<b>Nhóm tuổi</b>	<65	12,9
	≥65	9,0
<b>Giới</b>	Nữ	12,2
	Nam	10,1
<b>Tiền sử hút thuốc</b>	Có hút thuốc	8,9
	Không hút thuốc	11,6
<b>Chỉ số toàn trạng</b>	PS = 0-1	11,6
	PS = 2	4,0
<b>Đột biến EGFR</b>	Exon 19	11,7
	Exon 21	11,1
<b>Số lượng cơ quan di căn</b>	1-2 cơ quan	12,2
	≥ 3 cơ quan	9,0

**Nhận xét:** - Trung vị PFS khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa nhóm di căn 1-2 cơ quan với nhóm di căn ≥ 3 cơ quan và giữa nhóm có chỉ số toàn trạng PS = 0-1 với nhóm PS = 2 (p<0,05).

- Không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi, giới, tiền sử hút thuốc và loại đột biến EGFR.

**3.3. Nhận xét một số tác dụng không mong muốn**

**3.3.1. Tác dụng không mong muốn trên hệ tiêu hóa**



**Bảng 11. Tác dụng không mong muốn trên hệ tiêu hóa**

Tác dụng phụ	Không có		Độ I-II		Độ III-IV	
	n	%	n	%	n	%
Buồn nôn	42	82,4	9	17,6	0	0
Viêm miệng	45	88,2	6	11,8	0	0
Tiêu chảy	38	74,5	13	25,5	0	0
Chán ăn	42	82,4	9	17,6	0	0

Tác dụng phụ trên hệ tiêu hóa hay gặp nhất là tiêu chảy (chiếm 25,5%), tiếp theo là buồn nôn, chán ăn (cùng 17,6%) và viêm miệng (11,8%). Không ghi nhận các trường hợp có tác dụng phụ độ III-IV.

**3.3.2. Tác dụng không mong muốn trên da**

**Bảng 12. Tác dụng không mong muốn trên da**

Tác dụng phụ	Không có		Độ I-II		Độ III-IV	
	n	%	n	%	n	%
Ban đỏ trên da	40	78,4	11	21,6	0	0
Viêm quanh móng	49	96,1	2	3,9	0	0

Tác dụng không mong muốn trên da chủ yếu là ban đỏ trên da (chiếm 21,6% số bệnh nhân). Chỉ có 2 bệnh nhân (3,9%) gặp viêm quanh móng. Cả 2 tác dụng phụ đều ở độ I-II.

**3.3.3. Tác dụng không mong muốn trên gan, thận, hệ huyết học**

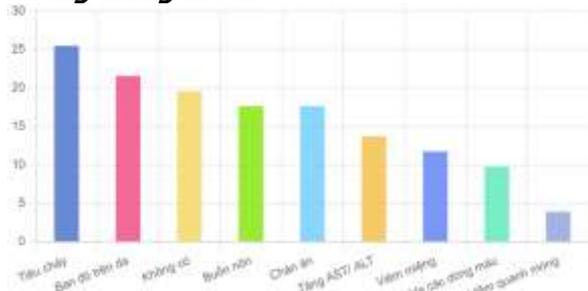
**Bảng 13. Tác dụng không mong muốn trên gan, thận hệ huyết học**

Tác dụng phụ	Không có		Độ I-II		Độ III-IV	
	n	%	n	%	n	%

Tăng AST, ALT	44	86,3	7	13,7	0	0
Hạ các dòng máu	46	90,2	5	9,8	0	0
Tăng creatinin	51	100	0	0	0	0

Không ghi nhận các trường hợp có tác dụng phụ độ III-IV trên gan, thận, hệ huyết học. Tình trạng tăng men gan xảy ra ở 13,7% bệnh nhân. Tác dụng phụ trên hệ huyết học là hạ các dòng máu (gặp ở 9,8% bệnh nhân), trong đó chủ yếu là hạ hemoglobin. Không ghi nhận ảnh hưởng của tác dụng phụ của thuốc trên chức năng thận.

**Bảng 14. Phân bố các tác dụng phụ không mong muốn**



Có 19,6% bệnh nhân không có tác dụng phụ ghi nhận. Tác dụng phụ hay gặp nhất là tiêu chảy (25,5%) và ban đỏ trên da (21,6%). Tất cả tác dụng phụ đều ở độ I-II.

#### IV. BÀN LUẬN

Về tuổi, qua nghiên cứu trên 51 bệnh nhân, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là  $65,08 \pm 11,91$  tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất từ 61 đến 70 tuổi (chiếm 49,0%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thúy với độ tuổi trung bình là  $65,7 \pm 9,4$  tuổi [5].

Về giới, trong số 51 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có 30 bệnh nhân nữ giới chiếm 58,8% và 21 bệnh nhân nam chiếm 41,2%. Tỷ lệ nam: nữ là 0,7. Kết quả này tương tự với nghiên cứu IPASS (tỷ lệ bệnh nhân nam là 20,5%, nữ là 79,5%[6]) và nghiên cứu của Đỗ Thị Phương Chung (trong 57 bệnh nhân có 56,1% bệnh nhân là nữ, 43,9% bệnh nhân là nam[7]).

Về chỉ số PS, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là PS = 0-1 chiếm 90,2%, PS = 2 chiếm 9,8%. Tỷ lệ PS = 0-17,61 cao hơn một số nghiên cứu như nghiên cứu của Đỗ Thị Phương Chung với tỷ lệ này là 40,3%[7], nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thúy với 78,3%[5], nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo với 70,7%[8].

Trong nhóm nghiên cứu, các vị trí di căn thường gặp là di căn phổi đối bên chiếm 54,9%, di căn màng phổi chiếm 45,1%, xương chiếm 23,5%, thượng thận chiếm 17,6% và di căn não chiếm 13,7%. Các vị trí di căn này tương tự với

nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo, trong đó các vị trí thường gặp là phổi-màng phổi, xương, gan và tuyến thượng thận[8].

Về đáp ứng điều trị, 90,2% bệnh nhân đạt được đáp ứng trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 2,0%, đáp ứng một phần chiếm 72,5%, bệnh ổn định chiếm 15,7% và bệnh tiến triển chiếm 9,8%. Kết quả này có sự tương đồng với các nghiên cứu của Đỗ Thị Phương Chung với tỷ lệ đáp ứng đạt 89,5%, tỷ lệ bệnh tiến triển là 10,5%[7].

Thời gian trung vị PFS trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,5 tháng, cao hơn so với nghiên cứu IPASS là 9,5 tháng[6], nghiên cứu NEJ002 là 10,8 tháng[4], nhưng thấp hơn các nghiên cứu trong nước: nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo với 12,5 tháng[8], nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thúy với 12,6 tháng[5]. Đáng chú ý, nhóm bệnh nhân có di căn  $\geq 3$  cơ quan và nhóm có chỉ số toàn trạng PS = 2 ghi nhận thời gian sống thêm bệnh không tiến triển thấp hơn đáng kể. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Tác dụng phụ phổ biến nhất trên hệ tiêu hóa là tiêu chảy chiếm 25,5%, ít hơn là buồn nôn và chán ăn với tỷ lệ là 17,6%, khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo nhưng với tỷ lệ gặp thấp hơn, lần lượt là 12,1% và 10,3%[8]. Tác dụng phụ phổ biến nhất trên da là ban đỏ với tỷ lệ 21,6%. Tỷ lệ này khá thấp so với nghiên cứu của Đỗ Thị Phương Chung với 61,4%[7] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thúy với 39,1%[5]. Tác dụng phụ hay gặp ngoài hệ tiêu hóa và da là tăng AST, ALT với tỷ lệ gặp là 13,7%, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thúy với 29%[5], nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Đỗ Thị Phương Chung với 5,3%[7]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các độc tính ghi nhận đều ở mức độ nhẹ và vừa, có thể dự phòng và điều chỉnh được.

#### V. KẾT LUẬN

Độ tuổi thường gặp nhất là 61-70 tuổi, hầu hết là nữ giới. Chỉ số toàn trạng của bệnh nhân PS = 0-1 là chủ yếu chiếm 90,2%, PS = 2 chiếm 9,8%. Vị trí di căn hay gặp nhất là di căn phổi đối bên chiếm 54,9%, di căn màng phổi chiếm 45,1%, xương chiếm 23,5%.

Tỷ lệ kiểm soát bệnh là 90,2%, trong đó có 2,0% bệnh đạt đáp ứng hoàn toàn và có 9,8% bệnh tiến triển. Thời gian trung vị PFS là 11,5 tháng. Tác dụng phụ phổ biến nhất là tiêu chảy và ban đỏ trên da với tỷ lệ lần lượt là 25,5% và 21,6%. Không ghi nhận trường hợp nào có độc

tính nghiêm trọng hoặc tử vong liên quan đến điều trị, cho thấy mức độ an toàn cao của Gefitinib.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Global cancer statistics 2022:** GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries - Bray - 2024 - CA: A Cancer Journal for Clinicians - Wiley Online Library.
- Socinski MA, Morris DE, Masters GA, et al.** Chemotherapeutic management of stage IV non-small cell lung cancer. Chest 2003; 123: 226S-243S.
- 50 Years of Progress in the Systemic Therapy of Non-Small Cell Lung Cancer |** American Society of Clinical Oncology Educational Book, 2014.
- Maemondo M, Inoue A, Kobayashi K, et al.** Gefitinib or chemotherapy for non-small-cell lung cancer with mutated EGFR. N Engl J Med 2010; 362: 2380-2388.
- N.T.T.Thúy.** Kết quả điều trị bước 1 Gefitinib bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. Trường Đại học Y Hà Nội, 2022.
- Gefitinib or Carboplatin-Paclitaxel in Pulmonary Adenocarcinoma |** New England Journal of Medicine.
- Đỗ Thị Phương Chung.** Đánh giá kết quả điều trị Gefitinib trong UTPKTBN tái phát, di căn. 2021.
- Nguyễn Thị Phương Thảo.** Đánh giá kết quả điều trị Gefitinib bước 1 ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV có đột biến EGFR tại BV Bạch Mai, Luận văn bảo vệ thạc sĩ y học, 2020.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN LAN TRÀN BẰNG PHÁC ĐỒ ETOPOSIDE - CISPLATIN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phan Thanh Lâm<sup>1</sup>, Trịnh Lê Huy<sup>1,2</sup>, Phạm Tuấn Anh<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ Etoposide - Cisplatin trong điều trị ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 39 bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn, điều trị với phác đồ Etoposide - Cisplatin tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 6/2017 đến tháng 6/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 61,2 tuổi, đa số là nam giới. Theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 7,7%, tỷ lệ đáp ứng một phần là 64,1%, bệnh ổn định là 12,8% và bệnh tiến triển là 15,4%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là 6,5 tháng, trung vị thời gian sống toàn bộ (OS) là 10 tháng. Tác dụng phụ thường gặp nhất là trên hệ huyết học là giảm bạch cầu hạt gặp ở 51,2% trường hợp (độ 1-2: 38,4%; độ 3-4: 12,8%) và giảm huyết sắc tố ở 30,8% trường hợp (độ 1-2: 28,2%; độ 3-4: 2,6%). Tác dụng phụ ngoài hệ tạo huyết phổ biến nhất là buồn nôn với tỷ lệ 30,8% (độ 1-2: 28,2%; độ 3-4: 2,6%) và tăng creatinine ở 12,8% trường hợp (độ 1-2: 12,8%; độ 3-4: 0%). **Kết luận:** Phác đồ Etoposide - Cisplatin cho hiệu quả điều trị tốt ở bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn, độc tính ở mức có thể chấp nhận được.

**Từ khóa:** Ung thư phổi tế bào nhỏ, giai đoạn lan tràn, cisplatin, etoposide.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Anh

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF TREATMENT OUTCOMES OF EXTENSIVE-STAGE SMALL CELL LUNG CANCER USING THE ETOPOSIDE - CISPLATIN REGIMEN AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the treatment outcomes of the Etoposide - Cisplatin regimen in patients with extensive-stage small cell lung cancer. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 39 patients with extensive-stage small cell lung cancer who received Etoposide - Cisplatin at Hanoi Medical University Hospital from June 2017 to June 2025. **Results:** The mean age of patients was 61,2 years, with the majority being male. According to RECIST 1.1 criteria, the complete response (CR) rate was 7,7%, partial response (PR) rate was 64,1%, stable disease (SD) was observed in 12,8%, and progressive disease (PD) in 15,4%. The median progression-free survival (PFS) was 6,5 months, and the median overall survival (OS) was 10 months. The most common hematologic toxicity was neutropenia, observed in 51,2% of cases (Grade 1-2: 38,4%; Grade 3-4: 12,8%), followed by anemia in 30,8% of cases (Grade 1-2: 28,2%; Grade 3-4: 2,6%). The most frequent non-hematologic adverse event was nausea, occurring in 30,8% of patients (Grade 1-2: 28,2%; Grade 3-4: 2,6%), and elevated creatinine was seen in 12,8% (Grade 1-2: 12,8%; Grade 3-4: 0%). **Conclusions:** The Etoposide - Cisplatin regimen demonstrates good therapeutic efficacy in patients with extensive-stage small cell lung cancer, with an acceptable level of toxicity.

**Keywords:** Small cell lung cancer, extensive stage, cisplatin, etoposide.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ