

the pain management after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Surg.* 2022;17:387. doi:10.1186/s13018-022-03272-5

5. **Hanson NA, Allen CJ, Hostetter LS, et al.** Continuous ultrasound-guided adductor canal block for total knee arthroplasty: a randomized, double-blind trial. *Anesth Analg.* 2014; 118(6): 1370-1377. doi:10.1213/ANE.000000000000197
6. **Tak R, Gurava Reddy AV, Jhakotia K, Karumuri K, Sankineani SR.** Continuous adductor canal block is superior to adductor canal block alone or adductor canal block combined

with IPACK block (interspace between the popliteal artery and the posterior capsule of knee) in postoperative analgesia and ambulation following total knee arthroplasty: randomized control trial. *Musculoskelet Surg.* 2022;106(2): 155-162. doi:10.1007/s12306-020-00682-8

7. **Shah NA, Jain NP.** Is Continuous Adductor Canal Block Better Than Continuous Femoral Nerve Block After Total Knee Arthroplasty? Effect on Ambulation Ability, Early Functional Recovery and Pain Control: A Randomized Controlled Trial. *J Arthroplasty.* 2014;29(11):2224-2229. doi: 10.1016/j.arth.2014.06.010

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC 1 BẰNG AFATINIB TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV CÓ ĐỘT BIẾN GEN EGFR TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Vân¹, Đỗ Anh Tú¹, Trần Mai Phương¹, Vũ Thanh Phương¹ Nguyễn Trường Kiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bước 1 của bệnh nhân cao tuổi ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến EGFR bằng Afatinib tại bệnh viện K từ tháng 3/2018 đến tháng 6/2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 78 bệnh nhân tuổi từ 65 tuổi, ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IV có đột biến gen EGFR, được điều trị bước 1 bằng Afatinib tại Bệnh viện K từ tháng 3/2018 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng là 71,9%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 91,1%. Trung vị PFS là 17,9 tháng, trung vị OS là 21,0 tháng. Lợi ích PFS, OS không phụ thuộc vào nhóm tuổi, giới, loại đột biến gen. Yếu tố tiên lượng tốt đến trung vị OS là PS 0-1. **Kết luận:** Điều trị bước 1 bằng Afatinib trên bệnh nhân cao tuổi ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến EGFR mang lại tỷ lệ đáp ứng toàn bộ, tỷ lệ kiểm soát bệnh cao giúp kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và thời gian sống còn toàn bộ.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, EGFR, Afatinib, điều trị bước 1, bệnh nhân cao tuổi

SUMMARY

RESULTS OF FIRST-LINE TREATMENT WITH AFATINIB IN ELDERLY PATIENTS WITH STAGE IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER WITH EGFR GENE MUTATION AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of first-line treatment of elderly patients with stage IV non-small cell lung cancer (NSCLC) with EGFR mutations using

Afatinib at K Hospital from March 2018 to June 2024. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study of 78 patients aged 65 years and older with stage IV NSCLC with EGFR mutations, treated with Afatinib as first-line treatment at K Hospital from March 2018 to June 2024. **Results:** Response rate was 71.9%, disease control rate was 91.1%. Median PFS was 17.9 months, median OS was 21.0 months. PFS and OS benefits were independent of age group, gender, and gene mutation type. The prognostic factor for median OS was PS 0-1. **Conclusion:** First-line treatment with Afatinib in elderly patients with stage IV non-small cell lung cancer with EGFR mutations resulted in high overall response rates, disease control rates, and prolonged progression-free survival and overall survival.

Keywords: Non-small cell lung cancer, EGFR, Afatinib, first-line treatment, elderly patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư phổ biến nhất trên toàn cầu và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư thường gặp nhất theo globocan năm 2020, về mô bệnh học 80-85% là UTPKTBN trong các trường hợp chẩn đoán UTP [1].

Đột biến EGFR được phát hiện ở khoảng 50% bệnh nhân châu Á trong khi đó, bệnh nhân không phải nguồn gốc châu Á, tỷ lệ của đột biến gen này chỉ khoảng 10 - 15% [2]. Trong những thập kỷ gần đây, thuốc ức chế EGFR- TKIs đã cải thiện đáng kể kết quả lâm sàng của bệnh nhân UTP KTBN có đột biến EGFR. Ở bệnh nhân UTPKTBN cao tuổi thường có nhiều bệnh đồng mắc và thể trạng kém, do đó việc lựa chọn điều trị gặp nhiều khó khăn, nhất là điều trị hóa chất. Đối với nhóm bệnh nhân có đột biến gen EGFR, điều trị đích bằng các thuốc ức chế tyrosin

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

kinase (TKI) thế hệ 1, 2, 3 như gefitinib, erlotinib, afatinib hoặc osimertinib đã trở thành lựa chọn bước 1 hiệu quả tốt. Tuy nhiên, dữ liệu về hiệu quả và tính an toàn của liệu pháp này ở bệnh nhân cao tuổi còn hạn chế, chủ yếu là phân tích từ các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng. Kết quả từ các nghiên cứu cho thấy các TKI có hiệu quả và an toàn hơn so với hóa trị ở nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi và nhóm còn lại [3], [4]. Đánh giá hiệu quả của afatinib ở nhóm bệnh nhân cao tuổi một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 75,7%, trung vị thời gian bệnh không tiến triển 11,3 - 14,7 tháng, thời gian đến khi bệnh tiến triển là 12,3-8,7 tháng, OS tại thời điểm 2 năm 78,3% [5-8].

Tại Việt Nam năm 2018, Afatinib đã được cấp phép và sử dụng điều trị bước 1 trong UTP KTBN giai đoạn IV có đột biến gen EGFR và mang lại lợi ích nhất định. Hiện tại, ít có nghiên cứu hoặc báo cáo đánh giá kết quả của afatinib trong điều trị bước 1 bệnh nhân cao tuổi UTP KTBN giai đoạn IV có đột biến EGFR tại Việt Nam. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị bước 1 của bệnh nhân cao tuổi UTP KTBN giai đoạn IV có đột biến EGFR bằng Afatinib tại bệnh viện K từ tháng 3/2018 đến tháng 6/2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm có 78 bệnh nhân tuổi từ 65 tuổi mắc bệnh UTPKTBN giai đoạn IV có đột biến gen EGFR, được điều trị bước 1 bằng afatinib tại Bệnh viện K từ tháng 3/2018 đến tháng 6/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV theo tiêu chuẩn AJCC 2017.

- Có đột biến EGFR nhạy cảm thuốc: đột biến Dell 19, L858R và các đột biến không thường gặp được xác định qua xét nghiệm RT-PCR hoặc giải trình tự gen thế hệ mới.

- Từ 65 tuổi trở lên.

- PS 0 – 3.

- Điều trị bước 1 bằng afatinib.

- Có tổn thương đích để đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

- Có hồ sơ bệnh án thông tin điều trị

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đã điều trị các liệu pháp toàn thân trước đó.

- Bệnh nhân có đột biến gen denovo T790M hoặc chèn đoạn exon 20.

- Bệnh nhân có bệnh ung thư thứ 2 kèm theo.

- Bệnh nhân có thai cho con bú hoặc đang mắc các bệnh lý trầm trọng khác đe dọa tử

vong: suy tim độ IV, suy gan, suy thận không hồi phục.

- Bệnh nhân bỏ điều trị không vì lý do chuyên môn (khi bệnh không tiến triển hay không có tác dụng mong muốn nghiêm trọng)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện thu được 78 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Thu thập số liệu thông qua bệnh án nghiên cứu.

- Khám lâm sàng bệnh nhân hoặc phỏng vấn bệnh nhân, người nhà qua điện thoại.

2.2.4. Tiêu chuẩn đánh giá

*Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển: là thời gian từ lúc bắt đầu điều trị cho đến khi bệnh tiến triển hoặc tử vong (khi chưa có tiến triển).

*Đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn RECIST 1.1:

- Đáp ứng hoàn toàn: biến mất hoàn toàn các tổn thương đích, tất cả các hạch bệnh lý phải < 10 mm ở trực nhãn.

- Đáp ứng 1 phần: giảm ít nhất 30% tổn thương đích.

- Bệnh tiến triển: tăng ít nhất 20% tổn thương hoặc xuất hiện tổn thương mới.

- Bệnh giữ nguyên: sự thay đổi chưa đủ để đánh giá đáp ứng 1 phần hay tiến triển.

- Đáp ứng = đáp ứng hoàn toàn + đáp ứng một phần.

- Tỷ lệ kiểm soát bệnh = đáp ứng hoàn toàn + đáp ứng một phần + bệnh giữ nguyên.

- Thời gian đánh giá đáp ứng: 3 tháng sau điều trị.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích sống thêm bằng các phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan - Meier. Kiểm định hồi quy Cox với CI 95% để xác định các yếu tố ảnh hưởng đến PFS. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân. Từ tháng 3/2018 đến tháng 6/2024 nghiên cứu thu thập được 78 bệnh nhân UTP KTBN giai đoạn IV được điều trị bước 1 bằng afatinib tại bệnh viện K có đặc điểm như sau:

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán (n=78)

Đặc điểm	Số lượng (%)
Tuổi trung bình \pm SD	70,7 \pm 4,6

(Min - Max)		(65-89)
65-74 tuổi		70(89,7)
≥75 tuổi		8(10,3)
Giới	Nam	49 (62,8)
	Nữ	29 (37,1)
Hút thuốc	Có	23(29,5)
	Không	55(70,5)
Bệnh phổi hợp	Có	42(53,8)
	Không	36(46,2)
PS	0-1	60(76,9)
	2-3	18(23,1)
Mô bệnh học	UTBM vảy	2(2,6)
	UTBM tuyến	76(97,4)
Loại đột biến EGFR	Dell 19	38(48,7)
	L858R	24(30,8)
	Đột biến không thường gặp	16(20,5)
Di căn não	Không	61(78,2)
	Có	17(21,8)
Số lượng cơ quan di căn	1 cơ quan	36(46,1)
	≥ 2 cơ quan	42(13,9)
Liều bắt đầu 40mg		17(21,8)
30 mg		57(73,1)
20 mg		4(5,1)
Liều dung nạp 40mg		23(29,5)
30 mg		48(61,5)
20 mg		7(9,0)

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán là $70,7 \pm 4,6$ tuổi. Bệnh nhân cao tuổi nhất là 89 tuổi. Tỷ lệ nam (62,8%) nhiều hơn nữ (37,2%). Mô bệnh học chủ yếu là UTBM tuyến 97,4%. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có PS 0-1 chiếm 76,9%, PS 2-3 chiếm 23,1%, bệnh phổi hợp là 53,8%. Loại đột biến EGFR hay gặp nhất là Dell 19 chiếm 48,7%, tiếp đến L858R với 30,8%, đột biến không thường gặp là 20,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có di căn não chiếm 21,8% và không di căn não 78,2%. Chủ yếu là di căn 1 cơ quan chiếm 46,1%, tỷ lệ khởi trị với liều 40 mg, 30 mg, 20 mg lần lượt là 21,8%, 73,1%; 5,1% tỷ lệ dung nạp với liều 40mg, 30 mg, 20mg lần lượt là 29,5%; 61,5% và 9,0%.

3.2. Kết quả đáp ứng điều trị

Bảng 2: Kết quả đáp ứng điều trị (n=78)

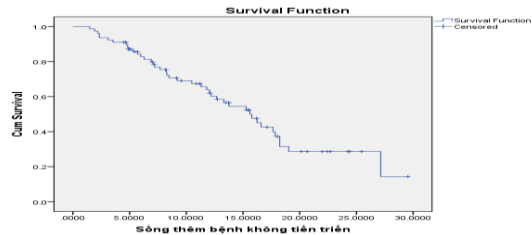
Kết quả đáp ứng điều trị	Số lượng	Tỷ lệ %
--------------------------	----------	---------

Bảng 4. Mối liên quan giữa thời gian sống thêm với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

		Trung vị thời gian sống thêm			
		PFS (tháng)	p	OS (tháng)	p
Tổng số bệnh nhân nghiên cứu		$15,6 \pm 1,5$		$21,0 \pm 0,9$	
Giới	Nam	$15,6 \pm 2,2$	0,477	$21,0 \pm 3,2$	0,591
	Nữ	$16,6 \pm 1,6$		$20,1 \pm 3,3$	
Tiền sử hút thuốc	Có	$13,8 \pm 1,9$	0,321	$20,5 \pm 5,1$	0,694
	Không	$18,2 \pm 2,0$		$21,0 \pm 2,4$	

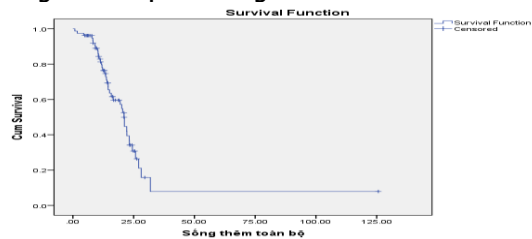
Đáp ứng hoàn toàn	2	2,6
Đáp ứng một phần	54	69,3
Bệnh giữ nguyên	15	19,2
Bệnh tiến triển	7	8,9
Tổng	78	100

Nhận xét: Tại thời điểm đánh giá sau 3 tháng điều trị có tỷ lệ đáp ứng là 71,9%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 2,6% (2/78 bệnh nhân), đáp ứng 1 phần là 69,3%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh (đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và bệnh giữ nguyên) là 91,1%.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Trung vị PFS là $15,6 \pm 1,5$ tháng (KTC 95%: 12,6 - 18,6). Có 28,7% bệnh nhân có thời gian sống thêm bệnh không tiến triển 2 năm.



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ

Trong số 78 bệnh nhân, có 40 bệnh nhân xảy ra biến cố. Trung vị OS: $21,0 \pm 0,9$ tháng (KTC 95%: 19,2 - 22,9).

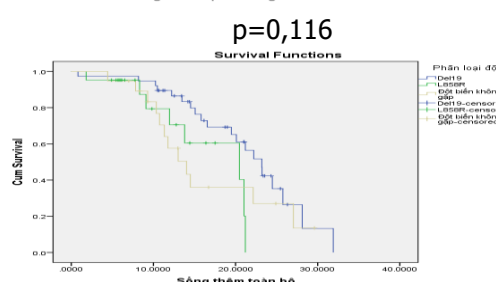
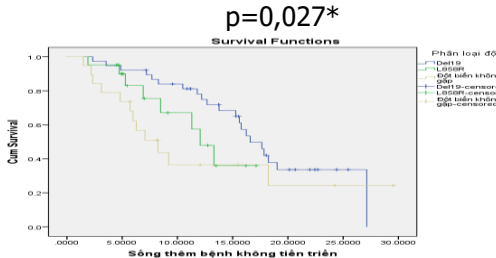
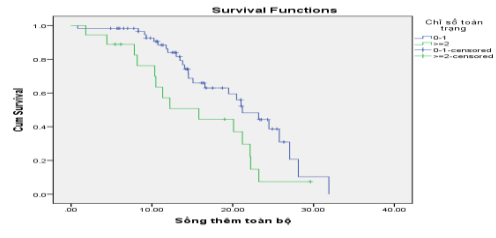
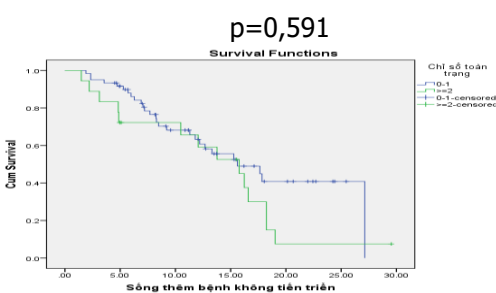
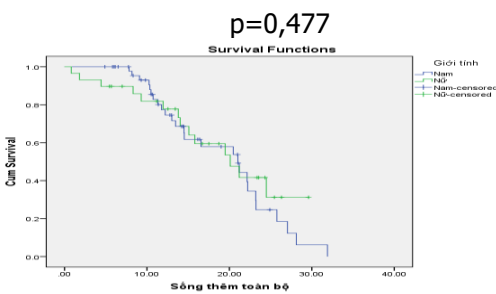
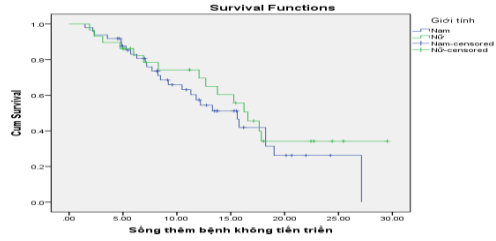
Bảng 3. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại các thời điểm khác nhau

Thời gian		1	2	3	4	5
		năm	năm	năm	năm	năm
Tỷ lệ sống thêm	Số lượng	62	42	38	38	38
	Tỷ lệ %	79,5	53,8	48,7	48,7	48,7

Tỷ lệ sống thêm ở thời điểm 1, 2, 3, 4, 5 năm lần lượt là 79,5%, 53,8%, 48,7%, 48,7% và 48,7%.

Bệnh phổi hợp	Có	12,7 ± 1,5	0,370	19,5 ± 2,7	0,481
	Không	17,6 ± 1,1		21,2 ± 1,5	
Di căn não	Có	12,1 ± 1,1	0,303	13,8 ± 0,5	0,177
	Không	16,2 ± 1,3		21,2 ± 1,1	
Chỉ số toàn trạng	0-1	15,6 ± 3,2	0,178	21,2 ± 2,0	0,027*
	2-3	15,8 ± 2,5		15,8 ± 4,4	
Phân loại tuổi	<75 tuổi	16,2 ± 2,5	0,056	21,2 ± 1,0	0,692
	≥75 tuổi	6,3 ± 5,5		15,1 ± 5,6	
Phân loại đột biến	Dell 19	16,6 ± 1,2	0,116	23,2 ± 1,4	0,100
	L858R	12,1 ± 1,4		20,5 ± 6,3	
	Đột biến không thường gặp	8,2 ± 1,8		14,0 ± 2,0	

Nhận xét: Bệnh nhân toàn trạng tốt (PS 0-1) trung vị OS 21,2 tháng, dài hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân có toàn trạng kém (PS 2-3) là 15,8 tháng, $p=0,027$. Trung vị PFS ở bệnh nhân PS 0-1 là 15,6 tháng, PS 2-3 là 15,8 tháng chưa sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p=0,178$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mối liên quan giữa trung vị PFS và OS với giới tính, tiền sử hút thuốc, bệnh lý phổi hợp, tình trạng di căn não và vị trí đột biến gen EGFR. Bệnh nhân ≥ 75 tuổi có trung vị PFS và OS là 6,3 tháng và 15,1 tháng, thấp hơn so với bệnh nhân 65 - 74 tuổi, trung vị PFS 16,2 tháng ($p=0,056$) và trung vị OS 21,2 tháng ($p=0,692$), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3. Mối liên quan giữa thời gian sống thêm (PFS và OS) với giới tính của bệnh nhân (a, b), chỉ số toàn trạng (c, d) và phân loại đột biến (e, f)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 78 bệnh nhân, trong đó tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu hiện nay về hiệu quả của afatinib ở người cao tuổi là $70,7 \pm 4,6$ tuổi, trong đó có 10,3% bệnh nhân ≥ 75 tuổi. Tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hằng và cs (2024) là 68,4 tuổi[8]. Đa phần bệnh nhân không có tiền sử hút thuốc 70,5%, ung thư biểu mô tuyến chiếm chủ yếu là 97,9%. Loại đột biến EGFR hay gặp nhất là Dell 19 chiếm 48,7%, tiếp đến L858R với

30,8%, đột biến không thường gặp chiếm 20,5% chủ yếu là G719X, S768I, L861Q đơn độc hoặc đi kèm đột biến khác. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trên thế giới khi đột biến gen EGFR hay gặp ở người Châu Á, không hút thuốc và ung thư biểu mô tuyến và đột biến gen L858R cao hơn so với Dell 19. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có đặc điểm toàn trạng PS 0-1 chiếm 76,9%, PS 2-3 chiếm 23,1%, và có tới 53,8% số bệnh nhân có bệnh kết hợp. Khác biệt với nhóm bệnh nhân điều trị hóa chất phải có PS < 2, các bệnh nhân điều trị TKIs EGFR vẫn có thể dung nạp với thể trạng kém hơn, đặc biệt là người cao tuổi với nhiều bệnh phối hợp. Tỷ lệ bệnh nhân có di căn não chiếm 21,8% và không di căn não 78,2%. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Ling(2024) di căn não chiếm 28,3% [7].

Về liều khởi trị và liều dung nạp các bệnh nhân sử dụng liều 40 mg với tỷ lệ lần lượt 21,8% và 29,5%, tuy nhiên chủ yếu là liều 30 mg, 20 mg với tỷ lệ khởi trị là 88,2% và dung nạp là 70,5% điều này cũng phù hợp với đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là cao tuổi khả năng dung nạp kém hơn với afatinib. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hằng và cs (2024) liều 20 mg và 30 mg dung nạp ở 71,2% số bệnh nhân [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá đáp ứng sau 3 tháng điều trị ghi nhận tỷ lệ đáp ứng là 71,8%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 95,1%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước như LUX- Lung 7 lần lượt là 70% và 91% [5], Nguyễn Thị Thúy Hằng và cs (2024) tiến hành trên nhóm bệnh nhân cao tuổi kết quả là 76% và 91,7%[8] Điều này cho thấy tuổi không phải là giới hạn cho việc điều trị afatinib.

UTP thường được phát hiện khi bệnh đã ở giai đoạn muộn, thường triển triển nhanh với PFS ngắn, đặc biệt trong những trường hợp giai đoạn muộn đã có di căn xa. Mục tiêu các phương pháp điều trị trong giai đoạn này đều nhằm cải thiện triệu chứng và kéo dài PFS cũng như sống thêm toàn bộ cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, trung vị PFS là 15,6 tháng, trung vị OS là 21,0 tháng. Kết quả này tương tự như kết quả trong nghiên cứu các bệnh nhân trên 65 tuổi của Ling (2024), so sánh với TKI thế hệ 1 điều trị afatinib kéo dài PFS, OS có ý nghĩa thống kê so với trung vị PFS (14,7 tháng so với 9,9 và 10,8 tháng, $p=0,003$) và OS (22,2 tháng so với 17,7 và 18,5 tháng, $p=0,026$) [7].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng phân tích mối liên quan giữa PFS và OS với 1 số yếu tố

lâm sàng và cận lâm sàng như giới tính, tiền sử hút thuốc, bệnh phối hợp, vị trí đột biến gen EGFR thì không có sự khác biệt giữa các yếu tố này với thời gian sống thêm của bệnh nhân ($p>0,05$). Kết quả này của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu về hiệu quả điều trị afatinib của Nguyễn Minh Hải (2022)[9]. Khi so sánh về thời gian sống thêm giữa bệnh nhân có thang điểm toàn trạng PS 0-1 và nhóm có PS 2-3 chúng tôi thấy rằng không có sự khác biệt về trung vị PFS có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm bệnh nhân này ($p> 0,05$). Điều này cho thấy, điều trị bằng afatinib là lựa chọn hợp lý cho bệnh nhân cao tuổi UTPKTBN giai đoạn IV có đột biến gen EGFR ngay cả khi bệnh nhân có thể trạng kém và nhiều bệnh phối hợp. Tuy nhiên, ở nhóm thể trạng PS 0-1 có kết quả trung vị OS dài hơn so với nhóm bệnh nhân có PS 2-3 ($p=0,027$). Điều này được giải thích do bệnh nhân có toàn trạng tốt, họ không chỉ đạt được hiệu quả về PFS mà điều trị afatinib còn giúp bệnh nhân có cơ hội để dung nạp được điều trị bước 2, giúp kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ có ý nghĩa. So sánh thời gian sống thêm giữa nhóm bệnh nhân có độ tuổi ≥ 75 tuổi với nhóm tuổi thấp hơn chúng tôi không thấy có sự khác biệt nào đáng kể cả về PFS và OS ($p> 0,05$), tương tự như vậy đối với nhóm bệnh nhân có di căn não và không có di căn não ($p>0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Như vậy kết quả cho thấy độ tuổi và tình trạng di căn não không phải là giới hạn để điều trị thuốc afatinib.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 78 bệnh nhân UTP KTBN giai đoạn IV, có đột biến gen EGFR được điều trị bước 1 bằng afatinib tại Bệnh viện K từ tháng 3/2018- tháng 6/2024, chúng tôi ghi nhận những kết luận sau:

- Tỷ lệ đáp ứng là 71,9%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 90,1%.
- Trung vị PFS là 15,6 tháng. Trung vị OS 21,0 tháng
- Lợi ích PFS, OS không phụ thuộc vào nhóm tuổi, giới, loại đột biến gen tình trạng di căn não. Yếu tố tiên lượng tốt với OS là PS 0-1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Cancer - Key Facts. 2020.
2. **Zhang YL, Yuan JQ, Wang KF et al** (2016) The prevalence of EGFR mutation in patients with non-small cell lung cancer: A systematic review and meta-analysis. *Oncotarget* 7: 78985-78993.
3. **Nakano Takayuki, Tanimura Keiko, Uchino Junji et al** (2018) Advanced non- small cell lung cancer in elderly patients: Patients features and

- therapeutic management. BioMed Research International, Article ID 8202971, 8 pages, doi.org/10.1155/2018/820971.
- Blanco R, Maestu I, de la Torre MG et al** (2015) A review of the management of elderly patients with non-small cell lung cancer. *Annals of Oncology* 26: 451-463.5
 - Park K, Tan EH, O'Byrne K, et al.** Afatinib versus gefitinib as first-line treatment of patients with EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (LUX-Lung 7): a phase 2B, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2016; 17(5): 577-589. doi: 10.1016/S1470-2045(16)30033-X6.
 - Wu YL, Zhou C, Hu CP, et al.** Afatinib versus cisplatin plus gemcitabine for first-line treatment of Asian patients with advanced non-small-cell lung cancer harbouring EGFR mutations (LUX-Lung 6): an open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2014;15(2): 213-222. doi:10.1016/S1470-2045(13)70604-17.
 - Hung LJ, Hsu PC, Yang CT, et al.** Effectiveness and safety of afatinib, gefitinib, and erlotinib for treatment-naïve elderly patients with epidermal growth factor receptor-mutated advanced non-small-cell lung cancer: a multi-institute retrospective study. *Aging (Albany NY).* 2024; 16(1):550-567. doi:10.18632/aging.205395
 - Nguyễn Thị Thủy Hằng, Đỗ Anh Tú, Nguyễn Thị Thái Hòa và cs.** Kết quả điều trị afatinib liều linh hoạt ở bệnh nhân cao tuổi UTPKTBN có đột biến EGFR. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;537(1B) 136-141.
 - Nguyễn Minh Hải, Phạm Văn Luận và cs.** Kết quả điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa có đột biến gen EGFR bằng afatinib. *Tạp chí Y Dược Lâm Sàng* 108. 2022;17(số đặc biệt tháng 11/2022) 168-177.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT DẠ DÀY TẠI PHÒNG HỒI TỈNH BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2024

Lê Thị Minh Lý¹, Giáp Đức Hà², Đào Thị Kim Dung¹,
Phạm Thị Vân Anh¹, Dương Trọng Hiền¹, Vũ Thị Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật dạ dày tại Phòng hồi tỉnh Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư dạ dày. **Kết quả:** Tỷ số nam/nữ = 1,3/1; Tuổi trung bình: 61,2 ± 7,5; Có 89,2% người bệnh được tư vấn tâm lý tốt sau phẫu thuật, Tỷ lệ được tư vấn tuân thủ điều trị tốt và tư vấn giáo dục sức khỏe tốt lần lượt là 92,3% và 75,4%; Có 81,5% người bệnh được chăm sóc tốt sau phẫu thuật. Các yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc của người bệnh sau phẫu thuật dạ dày bao gồm yếu tố từ người bệnh như thói quen hút thuốc/uống rượu, bệnh lý kèm theo; yếu tố từ cuộc mổ như đường phẫu thuật; yếu tố từ hoạt động chăm sóc điều dưỡng như hoạt động tư vấn tâm lý, hoạt động tư vấn tuân thủ điều trị, và hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh. **Kết luận:** Hoạt động chăm sóc, hỗ trợ tâm lý cho người bệnh Ung thư dạ dày đầy đủ cả về thể chất lẫn tinh thần của điều dưỡng giúp người bệnh cải thiện về kết quả điều trị, giảm biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện. Vì vậy, cần chú trọng đến việc nâng cao năng lực chuyên môn và nghiệp vụ cho khối điều dưỡng. **Từ khóa:** Phẫu thuật, ung thư dạ dày,

chăm sóc, điều dưỡng

SUMMARY

FACTORS INFLUENCING PATIENT CARE OUTCOMES AFTER GASTRIC SURGERY IN THE RECOVERY ROOM AT VIET DUC HOSPITAL IN 2024

Objective: To investigate factors related to patient care outcomes after gastric surgery at the Recovery Room of Viet Duc Hospital in 2024. **Methods:** A cross-sectional descriptive study on 65 patients post-gastric cancer surgery. **Results:** The male/female ratio is 1,3/1; the average age is 61,2 ± 7,5; 89,2% of patients received good psychological counseling after surgery, the rates of good adherence to treatment counseling and good health education counseling were 92,3% and 75,4%, respectively; and 81,5% of patients received good post-operative care. Factors influencing patient care outcomes after gastric surgery include patient-related factors such as smoking/drinking habits and comorbidities; surgery-related factors such as surgical route; and nursing care activities including psychological counseling, treatment adherence counseling, and health education counseling. **Conclusion:** Comprehensive physical and mental care and psychological support by nurses for gastric cancer patients improve treatment outcomes, reduce complications, and shorten hospital stays. Therefore, it is essential to enhance the professional skills and expertise of the nursing staff. **Keywords:** Surgery, stomach cancer, take care, nursing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của IARC, năm 2020 ung thư

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Minh Lý

Email: lethiminhy2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024