2022;519(1):158-162.
6. **Nguyễn Khánh Toàn.** Đánh giá kết quả hóa trị triệu chứng phác đồ XELOX cho ung thư dạ dày giai đoạn muộn. Luận văn thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội;2013.
7. **Park JM, Ryu WS, Kim JH, et al.** Prognostic factors for advanced gastric cancer: stage-stratified analysis of patients who underwent curative resection. Cancer Res Treat. 2006;38(1):13-8.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHÁC ĐỒ PEMBROLIZUMAB PHỐI HỢP HÓA TRỊ BỘ ĐÔI CÓ PLATINUM ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU VINMEC

Quách Thanh Dung[1], Trần Thành Tín[2], Nguyễn Đình Tùng[2], Nguyễn Lê Trang[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phác đồ phối hợp thuốc miễn dịch pembrolizumab với bộ đôi hóa trị có platinum trong điều trị bước một ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IV. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu tiến hành trên bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV điều trị bước một với pembrolizumab kết hợp điều trị hóa chất tại Trung tâm Ung bướu Vinmec từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng chung toàn bộ là 25%. Thời gian sống còn không bệnh tiến triển trung bình là 10,4 tháng. Các tác dụng phụ thường gặp là: Hạ bạch cầu (15%), tăng men gan (15%), viêm phổi kẽ (15%), viêm da (15%), suy thượng thận (10%), thiếu máu (5%), tuy nhiên hầu hết các tác dụng không mong muốn ở mức độ nhẹ đến vừa không ảnh hưởng đến quá trình điều trị. ***Từ khóa:*** UTPKTBN, điều trị miễn dịch kết hợp hóa trị

SUMMARY

ASSESSMENT OF PEMBROLIZUMAB PLUS PLATINUM-BASED CHEMOTHERAPY AS FIRST-LINE TREATMENT FOR STAGE IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT VINMEC ONCOLOGY CENTER

Objectives: To evaluate the efficacy of pembrolizumab plus platinum-based doublet chemotherapy as a first-line treatment for Stage IV non-small cell lung cancer. **Population and Study Methods**: This retrospective, descriptive study involved 20 patients diagnosed with stage IV non-small cell lung cancer who received pembrolizumab in combination with platinum-based chemotherapy as first-line treatment at Vinmec Oncology Hospital between January 2020 and December 2023. **Results:** The overall responses rate was 25%, the median progression-free survival was 10.4 months. The common adverse events were: neutropenia (15%), elevated liver enzymes (15%), interstitial pneumonitis (15%), dermatitis (15%), adrenal insufficiency (10%), anemia (5%), but most of these adverse events were mild to moderate and not affected to the treatment.

Keywords: Non-small cell lung cancer, immunotherapy plus chemotherapy

[1]Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, Hà Nội
[2]Trường Đại học VinUniversity, Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Quách Thanh Dung
Email: quachthanhdung4485@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025
Ngày duyệt bài: 25.3.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu gây ra tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư trên toàn cầu. Theo số liệu GLOBOCAN năm 2022, ung thư phổi nằm trong ba loại ung thư phổ biến nhất ở cả nam và nữ, với ước tính khoảng 2,5 triệu ca mắc mới (12,4%) và hơn 1,8 triệu ca tử vong (18,7%) mỗi năm[1]. Ở Việt Nam, ung thư phổi được ghi nhận với 180.480 ca mắc mới và 120.184 ca tử vong trong những năm gần đây[2].

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm khoảng 85% các trường hợp ung thư phổi, với khoảng 55% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn di căn[3]. Đối với những bệnh nhân này, thời gian sống trung bình dao động từ 7 đến 12,2 tháng, phụ thuộc vào loại mô học, phương pháp điều trị và các yếu tố liên quan khác. Điều trị UTPKTBN mang tính đa mô thức và cá thể hóa, bao gồm phẫu thuật, xạ trị, liệu pháp miễn dịch, liệu pháp nhắm trúng đích (như các thuốc ức chế tyrosine kinase), và hóa trị. Lựa chọn điều trị phụ thuộc vào loại mô học, giai đoạn bệnh, kết quả xét nghiệm phân tử, biểu hiện thụ thể miễn dịch và tình trạng sức khỏe của bệnh nhân[4].

Đối với bệnh nhân UTPKTBN tiến xa không có đột biến gen, liệu pháp miễn dịch đã cho thấy hiệu quả trong việc kéo dài thời gian sống bệnh không tiến triển và sống còn toàn bộ. Pembrolizumab, một chất ức chế điểm kiểm soát miễn dịch nhắm vào thụ thể PD-1 trên tế bào T đã chứng minh hiệu quả trên nhiều loại ung thư, bao gồm ung thư phổi trong các thử nghiệm KEYNOTE (KEYNOTE-010, KEYNOTE-24, và KEYNOTE-189). Hơn nữa, trong bối cảnh điều trị

phối hợp, các thử nghiệm KEYNOTE-189 và KEYNOTE-407 đã cho thấy hiệu quả lâm sàng bất kể mức độ biểu hiện của PD-L1.

Từ năm 2018, Trung tâm Ung bướu Vinmec đã sử dụng pembrolizumab cho nhiều loại ung thư, trong đó ung thư phổi là chỉ định chính cho cả liệu pháp đơn trị và phối hợp với hóa trị. Trong khi các nghiên cứu tại các bệnh viện công ở Việt Nam đã chứng minh hiệu quả của pembrolizumab khi đơn trị và khi kết hợp với hóa trị cặp đôi platinum[5,6], dữ liệu về các phác đồ này trong các cơ sở y tế tư nhân vẫn còn hạn chế. Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu hồi cứu để đánh giá kết quả lâm sàng của pembrolizumab kết hợp hóa trị bộ đôi có platinum trong điều trị bước một bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV tại Trung tâm Ung bướu Vinmec mang tên: *"Đánh giá hiệu quả phác đồ pembrolizumab phối hợp hoá trị bộ đôi có platinum điều trị bước một bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 20 bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN giai đoạn IV được điều trị bước 1 bằng phác đồ phối hợp pembrolizumab kết hợp hoá trị có platinum tại Trung tâm Ung bướu Vinmec từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2023

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Chẩn đoán xác định UTPKTBN giai đoạn IV (theo phân loại AJCC)
- Tuổi ≥ 18
- Chỉ số toàn trạng ECOG 0, 1
- Không mang đột biến gen EGFR, ALK.
- Được điều trị bằng pembrolizumab kết hợp hoá trị ít nhất 2 chu kỳ tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.
- Có tổn thương đích để đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.
- Có đầy đủ xét nghiệm huyết học, sinh hoá máu, chức năng giáp trước và sau điều trị theo khuyến cáo.
- Hồ sơ bệnh án thông tin ghi chép đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có mắc các bệnh tự miễn.
- Bệnh nhân có ung thư thứ 2 kèm theo.
- Bệnh nhân ghép tạng hoặc đang sử dụng thuốc chống thải ghép.
- Bệnh nhân đang sử dụng corticoid đường toàn thân dài ngày (cho phép điều trị khi ngưng corticoid ít nhất 7 ngày)
- Bệnh nhân đã sử dụng liệu pháp miễn dịch trước đó

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu: toàn bộ các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Có tổng cộng 20 bệnh nhân UTPKTBN thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị
  - Tuổi, giới
  - Triệu chứng lâm sàng
  - Mô bệnh học, xét nghiệm sinh học phân tử, bộc lộ PD-L1
  - Vị trí di căn
- Điều trị bằng phác đồ pembrolizumab 200mg kết hợp hoá chất:
  - Pemetrexed 500mg/m2+ Cisplatin 75mg/m2 hoặc Carboplatin AUC 5 hoặc
  - Paclitaxel 175mg/m2+ Cisplatin 75mg/m2 hoặc Carboplatin AUC 5
- Số chu kỳ tấn công: 4-6, 21 ngày/ chu kỳ, sau đó điều trị duy trì với pembrolizumab 200mg + pemetrexed 500mg/m2 hoặc paclitaxel 175mg/m2
- Đánh giá kết quả điều trị:
  - Đánh giáp đáp ứng điều trị: theo tiêu chuẩn RECIST 1.1
  - Đánh giá tác dụng phụ: theo CTCAE 5.0: độc tính trên hệ tạo huyết, độc tính ngoài hệ tạo huyết, độc tính miễn dịch.

2.3. Xử lý số liệu: Thông tin được mã hoá và xử lý trên phần mềm thống kê SPSS phiên bản 22.0.

2.4. Thống kê mô tả: Biến số định lượng được biểu diễn dưới dạng số trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max. Biến số định tính biểu hiện dưới dạng tần số, tỷ lệ %. Thời gian sống không bệnh tiến triển được tính theo phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan Meier. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với quy ước $p<0.05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Mọi thông tin cá nhân và tình trạng bệnh tật được đảm bảo bảo mật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Tổng số bệnh nhân phù hợp nghiên cứu 20 bệnh nhân với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng mô tả trong bảng dưới đây

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

	Số lượng bệnh nhân	%
Tuổi trung bình	61.2 ± 11.3	

Tuổi	< 65	11	55
	≥ 65	9	45
Giới	Nam	17	85
	Nữ	3	15
Tình trạng hút thuốc	Có	4	30
	Không	16	70
Chỉ số toàn trạng ECOG	0	13	65
	1	7	36
Mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến	15	75
	Ung thư biểu mô vảy	4	20
	Hỗn hợp biểu mô vảy và tuyến	1	5
Mức độ bộc lộ PD-L1	Âm tính	3	15
	1-49%	6	30
	≥ 50%	8	40
	Không có thông tin	3	15
Vị trí di căn	Xương	7	
	Phổi đối bên	5	
	Não	5	
	Màng phổi	4	
	Tuyến thượng thận	4	
	Khoang phúc mạc	3	
	Gan	1	
	Màng tim	1	

Một số đặc điểm điều trị

Bảng 2. Lựa chọn điều trị phác đồ tấn công và phác đồ duy trì ở đối tượng nghiên cứu

		Số lượng bệnh nhân	%
Điều trị tấn công với phác đồ kết hợp bộ đôi có platinum			
Phác đồ tấn công	Pemetrexed + Cisplatin/Carboplatin	16	80
	Paclitaxel + Cisplatin/Carboplatin	4	20
Điều trị duy trì			
Phác đồ duy trì	Pembrolizumab monotherapy	0	0
	Pembrolizumab + Pemetrexed	16	80
	Pembrolizumab + Paclitaxel	4	20

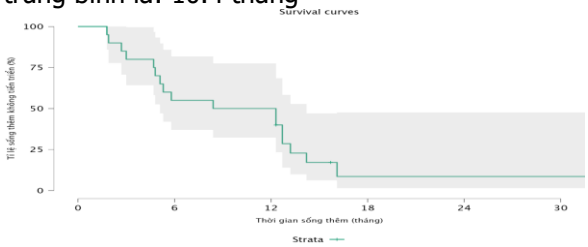
Đánh giá hiệu quả và tác dụng không mong muốn

Kết quả điều trị sau 4 chu kì Pembrolizumab phối hợp hoá trị

Bảng 3. Đáp ứng điều trị sau 4 chu kì tấn công với phác đồ Pembrolizumab kết hợp

		Số lượng bệnh nhân	%
Hiệu quả đáp ứng	Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR)	5	25%
	Đáp ứng hoàn toàn (CR)	0	0
	Đáp ứng 1 phần (PR)	5	25%
	Bệnh ổn định (SD)	11	55%
	Bệnh tiến triển (PD)	4	20%

Trung vị thời gian sống không bệnh tiến triển: Thời gian sống bệnh không tiến triển trung bình là: 10.4 tháng

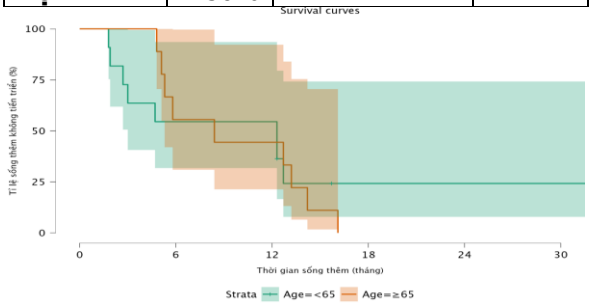


Biểu đồ 1: Thời gian sống không bệnh tiến triển của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

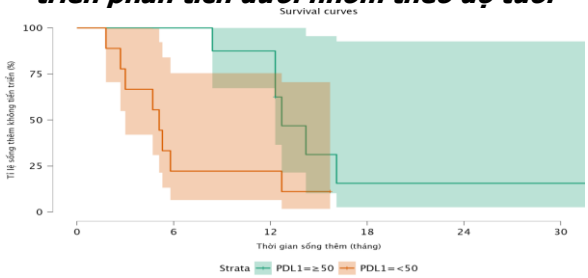
Thời gian sống không bệnh tiến triển phân tích dưới nhóm:

Bảng 4. Phân tích thời gian sống không tiến triển bệnh dưới nhóm

		Trung vị PFS (months)	P-value
Nhóm tuổi	< 65	12.3	0.89
	≥ 65	8.4	
Mức độ bộc lộ PD-L1	< 50%	5.1	0.031
	≥ 50%	12.7	



Biểu đồ 2: Thời gian sống không bệnh tiến triển phân tích dưới nhóm theo độ tuổi



Biểu đồ 3: Thời gian sống không bệnh tiến triển phân tích dưới nhóm theo PD-L1

Tác dụng không mong muốn

Tác dụng phụ trên hệ tạo huyết	Phân độ độc tính				
	0	1	2	3	4
	%	%	%	%	%
Hạ bạch cầu	0	1(5%)	1(5%)	1(5%)	0

Thiếu máu	0	0	1(5%)	0	0
Hạ tiểu cầu	0	0	0	0	0
Tác dụng phụ ngoài hệ hệ tạo huyết	**Phân độ độc tính**				
	0	**1**	**2**	**3**	**4**
	%	**%**	**%**	**%**	**%**
Tăng AST/ALT	0	3(15%)	0	0	0
Tăng Glucose	0	1(5%)	0	0	0
Tăng Creatinin	0	0	0	0	0

Tác dụng phụ liên quan đến miễn dịch	**Phân độ độc tính**				
	0	**1**	**2**	**3**	**4**
	%	**%**	**%**	**%**	**%**
Viêm da	0	2(10%)	0	1(5%)	0
Viêm phổi	0	2(10%)	1(5%)	0	0
Suy giáp	0	0	0	0	0
Suy thượng thận	0	2(10%)	0	0	0
Viêm khớp	0	0	0	1(5%)	0

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tiến hành đánh giá các đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị của bệnh nhân mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IV được điều trị với phác đồ kết hợp pembrolizumab và hóa trị bộ đôi có platinum. Bệnh nhân chủ yếu là nam giới (85%), với độ tuổi trung bình là 61,2 ± 11,3. Đây là những đặc điểm thường gặp trong các nghiên cứu về UTPKTBN ở giai đoạn IV, tương đồng với các nghiên cứu trong nước và quốc tế[7-8]. Tuy nhiên, chỉ có 30% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tiền sử hút thuốc, thấp hơn so với KEYNOTE-189[9]. Điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ, nhưng cũng có thể gợi ý rằng có các yếu tố nguy cơ khác ngoài thuốc, chẳng hạn như ô nhiễm không khí hoặc yếu tố di truyền có thể đóng vai trò quan trọng trong việc phát triển bệnh ở nhóm bệnh nhân này. Tất cả các bệnh nhân đều có chỉ số toàn trạng ECOG 0 hoặc 1. Về mô bệnh học cho thấy 75% bệnh nhân có ung thư biểu mô tuyến, đây là loại mô bệnh học phổ biến nhất trong UTPKTBN. Điều này tương đồng với xu hướng chung trong các nghiên cứu về UTPKTBN, đặc biệt là ở những người không hút thuốc[11].

Đáng chú ý, khoảng 40% bệnh nhân trong nghiên cứu này có bộc lộ PD-L1 ≥ 50%. Điều này rất quan trọng vì theo nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy bộc lộ PD-L1 cao thường gắn liền với hiệu quả tốt hơn của các liệu pháp miễn dịch, bao gồm pembrolizumab[9,10]. Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân có mức độ bộc lộ PD-L1 thấp hơn (1-49%) hoặc âm tính cũng được hưởng lợi từ phác đồ điều trị này, cho thấy khả năng áp dụng rộng rãi của pembrolizumab trong điều trị UTPKTBN. Về vị trí di căn, nghiên cứu cho thấy di căn phổi đối bên (5 trường hợp) và xương (7 trường hợp) là những vị trí di căn phổ biến nhất, phù hợp với các nghiên cứu khác[9].

Về đáp ứng điều trị, sau 4 chu kỳ, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) đạt 25%, trong đó, không có trường hợp nào đạt được đáp ứng hoàn toàn (CR) và 25% bệnh nhân đạt đáp ứng một phần (PR). Tỉ lệ kiểm soát bệnh là 80% với 55% bệnh ổn định. Tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu KEYNOTE-189 với tỉ lệ kiểm soát bệnh là 84.6% ở nhóm sử dụng phác đồ Pembrolizumab kết hợp hóa trị[9].

Về thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS) trong nghiên cứu của chúng tôi là 10,4 tháng, cao kết quả từ nghiên cứu KEYNOTE-189 với PFS là 8.8 tháng[9] nhưng tương tự kết quả từ nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Dương và cộng sự với PFS là 10.91 tháng[8]. Kết quả này cũng cho thấy phác đồ kết hợp pembrolizumab với hóa chất bộ đôi cho PFS cao hơn các phác đồ khác, như phác đồ pembrolizumab đơn trị (nghiên cứu của Trịnh Lê Huy là 9.6 tháng) hoặc phác đồ pemetrexed-cisplatin (nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hà với PFS là 6.09 tháng).

Trong phân tích dưới nhóm bệnh nhân có PD-L1 ≥ 50% và PD-L1 < 50%, biểu đồ Kaplan-Meier cho thấy rõ sự chênh lệch về thời gian sống thêm bệnh không tiến triển giữa hai nhóm. Nhóm PD-L1 ≥ 50% có tỷ lệ sống bệnh không tiến triển cao hơn so với nhóm PD-L1 < 50%. Điều này được thể hiện qua đường cong sống sót của nhóm PD-L1 ≥ 50% kéo dài hơn, với số bệnh nhân sống bệnh không tiến triển duy trì cao hơn trong khoảng thời gian từ 0 đến 20 tháng, p = 0.031. Kết quả này tương tự với nghiên cứu KEYNOTE-189 và một số nghiên cứu trong nước[2,4], giúp củng cố luận điểm rằng biểu hiện PD-L1 cao (≥ 50%) liên quan đến khả năng đáp ứng tốt hơn với phác đồ điều trị pembrolizumab kết hợp hóa trị. Ngoài ra, phân tích theo độ tuổi cho thấy không có sự khác biệt về PFS giữa nhóm bệnh nhân dưới 65 tuổi và nhóm từ 65 tuổi trở lên (p=0.95), với đường cong sống còn của 2 nhóm này đi rất gần nhau.

Chúng tôi ghi nhận các tác dụng không mong muốn thường gặp bao gồm hạ bạch cầu (15%), tăng men gan (15%), viêm phổi (15%), viêm da (15%), suy thượng thận (10%). Phần lớn các tác dụng không mong muốn này đều ở mức độ nhẹ đến trung bình, không gây ảnh hưởng lớn đến quá trình điều trị. Không có trường hợp nào bị các tác dụng phụ trên ở độ 4. Tuy nhiên, chúng tôi gặp các trường hợp bệnh nhân gặp độc tính độ 3 đối với các tác dụng không mong muốn như hạ bạch cầu, thiếu máu, viêm da, viêm phổi, hoặc viêm khớp. So với

nghiên cứu KEYNOTE-189[9], tỷ lệ tác dụng phụ trong nghiên cứu của chúng tôi có vẻ thấp hơn, điều này có thể liên quan đến số lượng mẫu nhỏ và thời gian theo dõi còn ngắn.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn có một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu nhỏ với chỉ 20 bệnh nhân, do đó việc đánh giá chính xác về hiệu quả của phác đồ điều trị là khó khăn. Thứ hai, thời gian theo dõi trung bình chưa đủ dài để đưa ra kết luận về thời gian sống toàn bộ (OS). Thứ ba, đây là một nghiên cứu hồi cứu mô tả, điều này làm hạn chế khả năng kiểm soát các biến số và có thể dẫn đến sai lệch trong kết quả. Do đó, các nghiên cứu tiếp theo cần thực hiện trên quy mô lớn hơn và với thời gian theo dõi dài hơn để có thể đánh giá toàn diện hơn về hiệu quả của phác đồ này.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, kết quả nghiên cứu cho thấy rằng phác đồ phối hợp pembrolizumab với hóa trị bộ đôi có platinum là một lựa chọn hiệu quả và an toàn trong điều trị bước một cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV tại Việt Nam. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển ở nhóm có bộc lộ PD-L1>50% cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không bộc lộ PD-L1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freddie Bray BSc, MSc, PhD, Mathieu Laversanne MSc, et al** (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.
2. **GLOBOCAN.** Vietnam Factsheet. In: International Agency for Research on Cancer (2022). Available at: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf
3. **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 Oncol. 2021;7(12): 1824–1832. doi:10.1001/jamaoncol. 2021.4932
4. **Zappa C, Mousa SA.** Non-small cell lung cancer: current treatment and future advances. Transl Lung Cancer Res. 2016 Jun;5(3):288-300. doi: 10.21037/tlcr.2016.06.07. PMID: 27413711; PMCID: PMC4931124.
5. **Đỗ Hùng Kiên** (2023). Đánh giá kết quả điều trị pembrolizumab bước sau trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn, Tháng 3- Tập 523- Số 3, tr. 51-55
6. **Cần Xuân Hạnh** (2024). Đánh giá kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ pembrolizumab kết hợp hoá trị trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV tại bệnh viện Phổi Trung ương. Tạp chí y học Việt Nam, Tháng 3- Số 1B , tr. 145-149.
7. **Minh Lanh, P.., Công Minh, T.., & Cẩm Phương, P..** (2022). Kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn iv bằng pembrolizumab kết hợp hóa trị. Tạp Chí Y học Việt Nam, 519(1). https:// doi.org/ 10.51298/vmj.v519i1.3562
8. **Nguyễn, T. D., Cấn, X. H.., Nguyễn, T. L., & Đặng , T. L..** (2024). Đánh giá thời gian sống thêm trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn iv điều trị bằng phác đồ pembrolizumab kết hợp hóa trị tại bệnh viện phổi trung ương. Tạp Chí Y học Việt Nam, 536(1B). https:// doi.org/10. 51298/vmj.v536i1B.8750
9. **Gandhi Leena; Rodríguez-Abreu Delvys, et al.** Pembrolizumab plus Chemotherapy in Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. N. Engl. J. Med. 2018, 378 (22), 2078–2092. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1801005.
10. **Reck Martin; Rodríguez-Abreu Delvys, et al.** Pembrolizumab versus Chemotherapy for PD-L1–Positive Non–Small-Cell Lung Cancer. N. Engl. J. Med. 375 (19), 1823–1833. https://doi.org/ 10.1056/NEJMoa1606774.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ VI SINH HỌC GÂY VIÊM LỆ QUẢN

Nguyễn Thanh Nam[1], Biện Thị Cẩm Vân[1], Tôn Tường Trí Hải[2], Huỳnh Quang Thắng[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm lệ quản là một tình trạng viêm phần lệ quản của hệ thống lệ đạo hiếm gặp [5,9], thường dễ bỏ sót và thường kéo dài do bị chẩn đoán nhầm lẫn với các bệnh lý bề mặt nhãn cầu khác [3]. Các nghiên cứu đã công bố trước đây chứng minh Actinomyces israelli là mầm bệnh phổ biến nhất gây viêm lệ quản[3,5]. Trên thế giới, các tài liệu khảo sát về đặc điểm lâm sàng về viêm lệ quản khá khan hiếm. [7]. Mặt khác, tại Việt Nam việc chẩn đoán và điều trị bệnh viêm lệ quản hiện nay thường bị bỏ sót do hiểu biết về bệnh học cũng như tác nhân gây bệnh còn hạn chế, chẩn đoán sai thường dẫn đến các thủ thuật không cần thiết. Nên để làm sáng tỏ vấn đề này, chúng tôi tiến hành: "Khảo sát đặc điểm lâm sàng và

[1]*Bệnh viện Mắt TP.Hồ Chí Minh*
[2]*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
Chịu trách nhiệm chính: Tôn Tường Trí Hải
Email: trihaimd@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025
Ngày duyệt bài: 24.3.2025