

Kỹ thuật hút dịch đường hô hấp trên liên tục giúp làm giảm tần suất dịch đọng khoang miệng so với phương pháp chăm sóc tiêu chuẩn, đồng thời cũng làm giảm Lượng dịch hút trên bóng khi so sánh với nhóm chăm sóc tiêu chuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trung Kiên** (2012): Đánh giá đặc điểm vi khuẩn gây nhiễm khuẩn phổi ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại khoa Hồi sức tích cực. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Đặng Quốc Tuấn, Nguyễn Tất Thành, Trương Thái Phương, Phạm Hồng Nhung, Bùi Thị Hương Giang** (2018): Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn *Staphylococcus aureus* tại khoa Hồi sức tích cực – bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 471, tháng 10, số 1: 179-182.
3. **CDC**. Ventilator- Associated Event (VAE) for use adult location only. 2020.
4. **Hoàng Khánh Linh**. Nghiên cứu đặc điểm viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2017 - 2018. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội. 2018.
5. **Hà Sơn Bình** (2015). Nhận xét một số yếu tố liên quan và hiệu quả điều trị ở người bệnh viêm phổi liên quan đến thở máy, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
6. **Erdem H, Inan A, Altindis S, et al.** (2014): Surveillance, control and management of infections in intensive care units in Southern Europe, Turkey and Iran--a prospective multicenter point prevalence study. J Infect. 2014;68(2):131-140. doi:10.1016/j.jinf.2013.11.001.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG DI CĂN GAN BẰNG PHÁC ĐỒ CAPOX KẾT HỢP BEVACIZUMAB

Phạm Tuấn Anh^{1,2}, Nguyễn Thị Minh², Nguyễn Hữu Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phác đồ CAPOX kết hợp Bevacizumab trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng (UTĐTT) di căn gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu, tiến hành trên 62 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UTĐTT di căn gan, điều trị với phác đồ CAPOX kết hợp Bevacizumab trong khoảng thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 5/2024 tại Bệnh viện K. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 72,6%, trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là 11,4 tháng. Đa phần các tác dụng không mong muốn chỉ gặp ở độ 1,2 và có thể quản lý được. **Kết luận:** Phác đồ cho tỷ lệ đáp ứng cao, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển khả quan, bệnh nhân dung nạp điều trị tốt. **Từ khóa:** CAPOX kết hợp Bevacizumab, ung thư đại trực tràng.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF CAPOX COMBINED WITH BEVACIZUMAB IN COLORECTAL CANCER PATIENTS WITH LIVER METASTASES

Aim: To evaluate the effectiveness of CAPOX combined with Bevacizumab in colorectal cancer patients with liver metastases. **Subjects and methods:** This is a retrospective and prospective descriptive study on 62 patients diagnosed with colorectal cancer with liver metastasis, who were

treated with CAPOX with Bevacizumab from January 2022 to May 2024 at K Hospital. **Results:** Objective response rate was 72.6%, median progression-free survival (PFS) was 11.4 months. The majority of adverse events were seen at grade 1-2 and were well-managed. **Conclusion:** CAPOX combined with Bevacizumab resulted in high objective response rate, promising PFS, and was well-tolerated by patients.

Keywords: CAPOX combined with Bevacizumab, colorectal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, UTĐTT là bệnh lý ác tính thường gặp, đứng thứ 3 ở nam sau ung thư phổi, ung thư tuyến tiền liệt và đứng thứ 3 ở nữ sau ung thư vú, ung thư phổi. Theo GLOBOCAN 2022, mỗi năm Việt Nam có khoảng 16.426 trường hợp mới mắc chiếm 9% và 8.524 trường hợp tử vong chiếm 7%¹. Hiện nay, mặc dù các phương pháp sàng lọc đã có nhiều tiến bộ nhưng vẫn có đến 20-40% BN phát hiện di căn tại thời điểm chẩn đoán². Hơn 50% các BN UTĐTT sẽ tiến triển di căn gan. Điều trị UTĐTT di căn gan là điều trị đa mô thức, tuy nhiên phương pháp chính vẫn là điều trị toàn thân, nhằm mục đích giảm nhẹ triệu chứng, kéo dài thêm thời gian sống và nâng cao chất lượng sống cho BN. Hóa chất vẫn là điều trị nền tảng ở giai đoạn này, trong đó các phác đồ CAPOX, FOLFOX, FOLFIRI,... là các phác đồ cơ bản đã được áp dụng nhiều năm trở lại đây và mang lại hiệu quả cao. Trong thời gian qua, với sự hiểu biết ngày càng sâu rộng về sinh học phân tử, các liệu pháp điều trị đích và miễn dịch đã mở ra trang mới trong điều trị UTĐTT di căn, trong đó phải kể

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Anh

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025

đến Bevacizumab-một trong những thuốc kháng tăng sinh nội mô mạch máu qua cơ chế ngăn cản VEGF gắn với các thụ thể của nó trên bề mặt nội mạc mạch máu, từ đó làm giảm sinh mạch và ức chế sự tăng trưởng của khối u. Hiệu quả của Bevacizumab khi kết hợp với các phác đồ hóa trị đã được chứng minh qua nhiều thử nghiệm pha III như N016966, N9741. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về phác đồ này trên nhóm BN di căn gan. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn của CAPOX kết hợp Bevacizumab trong UTĐTT di căn gan.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTĐTT có di căn gan, với một hoặc nhiều tổn thương đo được trên thăm khám lâm sàng hoặc cận lâm sàng (CT Scanner, MRI hoặc PET/CT).
- Giải phẫu bệnh: Ung thư biểu mô tuyến.
- Được điều trị bước một phác đồ CAPOX kết hợp Bevacizumab, ít nhất 3 chu kỳ.
- Chỉ số toàn trạng theo ECOG: 0 – 1.
- Không có xuất huyết đáng kể (>30ml/ một lần trong 3 tháng trước) hoặc ho ra máu (>5 ml máu tươi trong 4 tuần) hoặc tăng huyết áp không kiểm soát được, không dùng thuốc chống đông máu như aspirin >325 mg/ngày.
- Chức năng gan thận trong giới hạn cho phép điều trị.
- Không mắc các bệnh cấp và mãn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian nghiên cứu.
- Có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng ghi nhận thông tin trong quá trình điều trị và theo dõi điều trị.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân vi phạm một trong những tiêu chuẩn lựa chọn ở trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ 01/2022 đến 05/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K.

2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu thuận tiện.

- Thu thập toàn bộ những BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu (62 BN).

2.2.4. Cách thức tiến hành nghiên cứu

- Bước 1: Lựa chọn BN phù hợp với tiêu

chuẩn lựa chọn của nghiên cứu.

- Bước 2: Ghi nhận các thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

- Bước 3: Đánh giá đáp ứng điều trị theo lâm sàng và RECIST 1.1 sau mỗi 03 chu kỳ.

- Bước 4: Đánh giá độc tính của phác đồ sau mỗi chu kỳ theo tiêu chuẩn đánh giá độc tính của NCI-CTCAE 5.0.

2.2.5. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

Các thuật toán sử dụng:

- Mô tả: tần suất, tỷ lệ, số trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max.

- Kiểm định so sánh:

+ Đối với biến định tính sử dụng test so sánh χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

+ T-Student để so sánh trung bình ($p \leq 0,05$).

+ Phân tích thời gian sống thêm: sử dụng phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan - Meier để ước tính thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.

+ Kiểm định so sánh sự khác biệt về thời gian sống thêm bệnh không tiến triển với liên quan đáp ứng bằng kiểm định Log - rank

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng chăm đề cương nghiên cứu và được chấp thuận bởi Trường Đại học Y Hà Nội quyết định số 7072/QĐ-ĐHYHN ngày 26 tháng 12 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Trung bình tuổi là 58,8 tuổi (khoảng tuổi từ 30-76); 62,9% là nam; phần lớn vào viện vì đại tiện phân máu (41,9%) hoặc đau bụng (37,1%); đại tràng trái (41,9%) và trực tràng (45,2%) là các vị trí nguyên phát thường gặp nhất; phần lớn (72,5%) có di căn gan cả hai thùy; phổi (14,5%) và phúc mạc (11,2%) là các vị trí di căn ngoài gan phổ biến nhất; trung bình kích thước di căn gan trước điều trị là 33,6mm; phần lớn (75,8%) BN được điều trị 8 chu kỳ hóa chất (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	N=62
Tuổi (năm): Trung bình (khoảng)	58,8 (30-76)
Giới: n (%)	
Nam	39 (62,9)
Nữ	23 (37,1)
Lí do vào viện: n (%)	
Đại tiện phân nhầy máu	26 (41,9)
Đau bụng	23 (37,1)
Rối loạn đại tiện phân	9 (14,5)
Khám sức khỏe định kì	4 (6,5)
Thể trạng: n (%)	

PS 0	44 (71)
PS 1	18 (29)
Vị trí u: n (%)	
Đại tràng phải	8 (12,9)
Đại tràng trái	26 (41,9)
Trực tràng	28 (45,2)
Mức độ biệt hóa: n (%)	
UTBM tuyến biệt hóa cao	0 (0)
UTBM tuyến biệt hóa vừa	53 (85,6)
UTBM tuyến kém biệt hóa	9 (14,4)
Nồng độ CEA: n (%)	
CEA < 5ng/ml	14 (22,6)
CEA > 5ng/ml	48 (77,4)
Số ổ di căn gan: n (%)	
1 ổ	9 (14,5)
≥2 ổ	53 (85,5)
Vị trí di căn gan: n (%)	
Thùy trái	4 (6,5)
Thùy phải	13 (21)
Cả 2 thùy	45 (72,5)
Di căn ngoài gan: n (%)	
Không	41 (66,1)
Phúc mạc	7 (11,2)
Phổi	9 (14,5)
Hạch ổ bụng	2 (3,2)
Buồng trứng	0 (0)
Xương	3 (4,8)
Hạch thượng đòn	2 (3,2)
Hạch trung thất	1 (1,6)
Kích thước di căn gan (mm): Trung bình (khoảng)	
	33,6 (5-110)
Số chu kỳ hóa trị: n (%)	
< 8 chu kì	15 (24,2)
8 chu kì	47 (75,8)

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Đáp ứng điều trị. Tồn thương gan giảm rõ rệt sau 3/4 chu kỳ và sau 6/8 chu kỳ (Bảng 2).

Bảng 2: Thay đổi kích thước ổ di căn gan sau điều trị

	Trung bình (khoảng)	P
Tồn thương gan trước điều trị (mm) (1)	32,6 (5-95)	$P_{1-2} < 0,001$
Tồn thương gan sau 3/4 chu kỳ (mm) (2)	23,2 (0-80)	$P_{2-3} = 0,024$
Tồn thương gan sau 6/8 chu kì (mm) (3)	18,3 (0-87)	$P_{1-3} < 0,001$

Sau 3/4 chu kỳ hóa chất, 72,6% đạt đáp ứng một phần hoặc hoàn toàn. Sau 6/8 chu kỳ hóa chất, 66,2% tiếp tục đạt đáp ứng một phần hoặc hoàn toàn (Bảng 3).

Bảng 3: Đánh giá đáp ứng theo RECIST 1.1

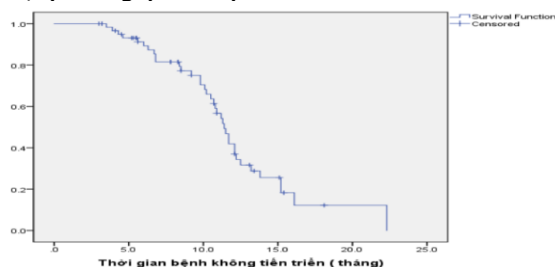
	Đáp ứng hoàn toàn n (%)	Đáp ứng một phần n (%)	Bệnh ổn định n (%)	Bệnh tiến triển n (%)
Sau 3/4 chu kỳ	4 (6,5)	41 (66,1)	12 (19,4)	5 (8,1)
Sau 6/8 chu kỳ	5 (8,1)	36 (58,1)	12 (19,4)	9 (14,3)

Nhóm BN PS 0 có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao hơn so với nhóm BN PS 1. Nhóm BN điều trị 8 chu kì hóa chất có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao hơn so với nhóm BN điều trị < 8 chu kì. Không tìm thấy liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố khác (tuổi, vị trí u, độ mô học, nồng độ CEA trước điều trị, phân loại di căn xa, số ổ di căn gan và cắt u nguyên phát) và tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (Bảng 4).

Bảng 4: Liên quan giữa đáp ứng và một số yếu tố

Các yếu tố		Đáp ứng hoàn toàn (n, %)	Không đáp ứng hoàn toàn (n, %)	p
Tuổi	<65	27 (43,5)	15 (24,2)	0,594
	≥ 65	13 (20,9)	7 (11,4)	
PS	0	35 (56,5)	9 (14,5)	0,001
	1	5 (8)	13 (21)	
Vị trí u	UTĐT phải	6 (9,6)	2 (3,2)	0,752
	UTĐT phải	17 (27,4)	9 (14,5)	
	UTTT	17 (27,4)	11 (23,6)	
Nồng độ CEA trước điều trị	≤5	8 (12,9)	6 (9,7)	0,362
	>5	32 (51,6)	16 (25,8)	
Số chu kỳ hóa chất	8	34 (54,8)	13 (21)	0,026
	<8	6 (9,7)	9 (14,5)	
Di căn xa	Chỉ DC gan	28 (45,2)	12 (19,3)	0,174
	DC ngoài gan	12 (19,4)	10 (16,1)	
Số ổ di căn gan	1	6 (9,7)	3 (4,8)	0,601
	≥2	34 (54,8)	19 (30,6)	
Cắt u nguyên phát	Có	31 (50)	9 (14,5)	0,478
	Không	18 (29)	4 (6,5)	

3.2.2. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 11,4 tháng (CI 95%: 10,5-13,6) tháng (Hình 1).



Hình 1: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS)

3.2.3. Tác dụng không mong muốn. Đa phần các tác dụng phụ chỉ gặp ở độ 1-2, hay gặp nhất là tăng men gan (48,4%) và hội chứng bàn tay-bàn chân (43,5%). Độc tính nghiêm trọng rất ít gặp, chủ yếu là độ 3, chỉ có một trường hợp hạ bạch cầu trung tính độ 4 (Bảng 5).

Bảng 5: Tác dụng không mong muốn

	ĐỘ 1 (%)	ĐỘ 2 (%)	ĐỘ 3 (%)	ĐỘ 4 (%)
Thiếu máu	10 (16,1)	4 (6,5)	0 (0)	0 (0)
Hạ bạch cầu trung tính	4 (6,5)	11 (17,7)	3 (4,8)	1 (1,6)
Hạ tiểu cầu	10 (16,1)	4 (6,5)	1 (1,6)	0 (0)
Nôn, buồn nôn	7 (11,3)	1 (1,6)	0 (0)	0 (0)
Tiêu chảy	10 (16,1)	2 (3,2)	0 (0)	0 (0)
Viêm miệng	8 (12,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Triệu chứng TKNV	16 (25,8)	2 (3,2)	0 (0)	0 (0)
Hội chứng bàn tay-chân	24 (38,7)	2 (3,2)	1 (1,6)	0 (0)
Tăng AST và/hoặc ALT	25 (40,3)	4 (6,5)	1 (1,6)	0 (0)
Tăng creatinine	3 (4,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tăng huyết áp	3 (4,8)	1 (1,6)	2 (3,2)	0 (0)
Chảy máu	8 (12,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Thủng đường tiêu hóa	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Huyết khối	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

IV. BÀN LUẬN

***Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của BN là 58,8 tuổi (khoảng tuổi 30-76 tuổi). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương Thảo (2018) (57,7 tuổi) và Nguyễn Việt Long (2018) (55,7 tuổi)^{3,4}. Về đặc điểm giới, trong nghiên cứu của chúng tôi số BN nam nhiều hơn số BN nữ, với tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương

Thảo (2018) cũng có kết quả tương tự với tỉ lệ nam/nữ là 1,65/1.

Các khối u nguyên phát thường gặp nhất ở trực tràng (45,2%), sau đó đến đại tràng trái (41,9%) và đại tràng phải (12,9%). Tác giả Nguyễn Thị Phương Thảo (2018) cũng báo cáo tỷ lệ tương tự, với ung thư trực tràng chiếm 42,2%, đại tràng Sigma chiếm 26,7%, đại tràng phải 17,8% và đại tràng trái 6,7%³. Nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Quế (2019) trên 55 BN UTĐTT di căn báo cáo tỉ lệ ung thư trực tràng, đại tràng trái và đại tràng phải lần lượt là: 40%, 34,5% và 25,5%⁵.

***Kết quả điều trị.** Ở lần đánh giá thứ nhất, sau 3-4 chu kỳ hóa trị, tỉ lệ đáp ứng một phần trong nghiên cứu của chúng tôi là 66,1%, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 6,5%. Hai tỉ lệ này ở lần đánh giá tiếp theo sau 6-8 chu kỳ lần lượt là 58,1% và 8,1%. Kết quả của Trịnh Nguyễn Hương Giang với phác đồ tương đương mFOLFOX6 kết hợp Bevacizumab trên BN ung thư đại tràng di căn cũng báo cáo kết quả tương tự, với tỉ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 60%⁶. Nghiên cứu của tác giả Takakura (phác đồ CAPOX kết hợp Bevacizumab) trên nhóm BN di căn gan cho tỉ lệ đáp ứng toàn bộ là 63,9%, đáp ứng hoàn toàn là 5,6%⁷.

Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị đạt được là 11,4 tháng; sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 6 tháng là: 87,3%, tại 12 tháng là 41,9%. Kết quả của chúng tôi cao hơn của Nguyễn Thị Phương Thảo khi nghiên cứu trên nhóm BN UTĐTT di căn nói chung là 10,39 tháng. Tác giả Đỗ Huyền Nga trong nghiên cứu về hiệu quả của FOLFOX và Bevacizumab báo cáo kết quả tương tự chúng tôi với PFS là 11 tháng⁸. Một thử nghiệm khác cũng có nhánh sử dụng phác đồ mFOLFOX 6 kết hợp Bevacizumab, BECOME, cho kết quả PFS đạt 9,5 tháng⁹. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về đặc điểm BN giữa các nghiên cứu.

*** Tác dụng không mong muốn.** Đa phần các tác dụng phụ chỉ gặp ở độ 1-2, hay gặp nhất là tăng men gan (48,4%) và hội chứng bàn tay-bàn chân (43,5%). Độc tính nghiêm trọng rất ít gặp, chủ yếu là độ 3, chỉ có một trường hợp hạ bạch cầu trung tính độ 4. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tăng huyết áp, một tác dụng không mong muốn đặc trưng của Bevacizumab, là 9,7%, tương tự với kết quả của nghiên cứu BECOME với tỷ lệ 8,3% ở nhánh phối hợp mFOLFOX6 và Bevacizumab⁹.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ CAPOX kết hợp Bevacizumab trong

điều trị BN UTĐTT di căn gan có tỷ lệ đáp ứng cao (72,6%), trung vị thời gian sống thêm không tiến triển đạt 11,4 tháng; khả năng dung nạp với phác đồ tương đối tốt, các độc tính chủ yếu là độ 1-2 và có thể quản lý được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3):209-249.
2. **Nguyễn Bá Đức, Bùi Diệu** (2010). Tình hình mắc ung thư tại Việt Nam năm 2010 qua số liệu của 6 vùng ghi nhận giai đoạn 2004-2008. *Tạp Chí Ung Thư Học Việt Nam*, 1, 73-80.
3. **Nguyễn Thị Phương Thảo** (2018). Đánh giá kết quả phác đồ Bevacizumab kết hợp XELOX trong điều trị ung thư đại trực tràng giai đoạn IV. Luận văn Thạc sỹ y học. Trường đại học Y Hà Nội. 2018.
4. **Nguyễn Việt Long.** (2018). Nghiên cứu kết quả bước đầu điều trị di căn gan trong ung thư đại trực tràng bằng đốt nhiệt sóng cao tần kết hợp

- hóa chất toàn thân. Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2018.
5. **Phạm Thị Quế** (2019). Đánh giá kết quả phác đồ Bevacizumab-xeliri trong điều trị bước 1 ung thư đại trực tràng giai đoạn muộn. Luận văn chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội.
 6. **Trịnh Nguyễn Hương Giang và cộng sự** (2024). Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ Bevacizumab – mFOLFOX6 trong điều trị bước 1 bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn IV. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 539(2).
 7. **Yuji Takakura et al.** (2020). Pre-versus postoperative CAPOX plus bevacizumab (CAPOX-Bev) for resectable liver metastases from colorectal cancer (CLM): A randomized phase II/III trial (HISCO-01). *JCO* 38, 4021-4021(2020).
 8. **Đỗ Huyền Nga** (2013). Kết quả hóa trị phác đồ bevacizumab kết hợp FOLFOX4 trong ung thư đại trực tràng di căn, *Tạp chí Ung thư học*, số 4, 318-325.
 9. **Wentao Tang, et al.** (2020). Bevacizumab Plus mFOLFOX6 Versus mFOLFOX6 Alone as First-Line Treatment for RAS Mutant Unresectable Colorectal Liver-Limited Metastases: The BECOME Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology.* 2020 38:27, 3175-3184.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT UNG THƯ PHỔI GIAI ĐOẠN MUỘN BẰNG THUỐC ỨC CHẾ TYROSINE KINASE TẠI BỆNH VIỆN 19-8, BỘ CÔNG AN

Nguyễn Thị Minh Hải¹, Vi Thành Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bước 1 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn tiến xa có đột biến EGFR bằng thuốc ức chế Tyrosine kinase tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 30 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa có đột biến gen EGFR được điều trị bước 1 với thuốc Tyrosine Kinase theo dõi đánh giá đáp ứng, thời gian sống thêm sau mỗi 3 tháng. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau 6 tháng điều trị là 73,3%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 86,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có giảm và hết triệu chứng lâm sàng sau điều trị là 76,7. Tác dụng phụ không mong muốn thường gặp là ban da 53,3%. **Kết luận:** Thuốc Tyrosine Kinase đạt hiệu quả điều trị cao trong điều trị bước 1 trên nhóm bệnh nhân UTPKTBN có đột biến EGFR.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, đột biến EGFR, Gefitinib, Erlotinib, Gefitinib, Osimertinib

SUMMARY

¹Bệnh viện 19-8, Bộ Công an

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Hải

Email: drnguyenminhhai28784@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025

THE EFFICACY OF MOLECULAR TARGETED AGENT IN PATIENTS WITH ADVANCED NON SMALL CELL LUNG CANCER AT 19-8 HOSPITAL MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

Aims: To evaluate the treatment outcomes in old patient with advanced non-small cell lung cancer treated by the molecular targeted agent. **Patients and method:** The patient diagnosed adenocarcinoma non small cell lung cancer stage IV, EGFR mutations (exon 19 deletion mutation or L858R) at 19-8 Hospital, from January 2022 to November 2024 treat with molecular targeted agent. **Results:** 30 patients with the overall response after 6 months rate were 73,3%, disease control rate were 86,7%. Patient with reduce and run out of symptom were 76,7%. The most side effects were rash 53,3%. **Conclusion:** Tyrosine kinase inhibitor was effective option to treatment first line in old patients with advanced non-small cell lung cancer patients with EGFR mutations positive. **Keywords:** non small cell lung cancer, tyrosine kinase inhibitor, Gefitinib, Erlotinib, Afatinib, Osimertinib

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh ung thư có tỷ lệ mắc mới và tỷ lệ tử vong cao nhất trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2018, ước tính có khoảng 2,1 triệu trường hợp mắc mới ung thư phổi, tại Việt Nam ung thư phổi xếp thứ 2 sau ung thư gan [1] Việc