

KẾT QUẢ SỐNG THÊM TOÀN BỘ CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIC-IV CÓ ĐỘT BIẾN EGFR ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG AFATINIB TẠI HÀ NỘI

Phạm Văn Thái^{1,2}, Vũ Thị Niên³, Phạm Cẩm Phương^{1,2},
Nguyễn Thị Thúy Hằng⁴, Đỗ Anh Tú⁴, Nguyễn Thị Thái Hòa⁴,
Đỗ Hùng Kiên⁴, Vũ Hà Thanh⁴, Trương Công Minh⁴,
Đặng Văn Khiêm⁵, Nguyễn Minh Hải⁶, Trịnh Lê Huy⁷,
Nguyễn Hoàng Gia⁸, Phạm Văn Luận⁶, Nguyễn Thị Oanh⁵

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sống thêm toàn bộ (OS: overall survival) của Afatinib trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIC-IV có đột biến EGFR (Epidermal growth factor receptor) tại Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 226 bệnh nhân (BN) UTPKTBN giai đoạn IIIC-IV có đột biến EGFR được điều trị Afatinib từ 06/2018 đến 06/2022 tại 6 bệnh viện khu vực Hà Nội. **Kết quả:** Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ đạt 34,1 tháng, ngắn nhất là 3,3 tháng, dài nhất là 58,5 tháng. OS tại thời điểm 1 năm đạt 92,5%; 2 năm đạt 76,6%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị ở nữ cao hơn ở nam (35,4 so với 33,1 tháng), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,005$. Các BN có đột biến thường gặp có trung vị OS 38,3 tháng, cao hơn so hẳn với nhóm có đột biến không thường gặp 30,9 tháng với $p < 0,001$. Có sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) khi so sánh OS ở nhóm BN không hút thuốc so với nhóm có hút thuốc (35,4 với 28,3 tháng). **Kết luận:** Afatinib có hiệu quả kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ ở các BN UTPKTBN giai đoạn IIIC-IV có đột biến EGFR, đặc biệt ở các BN nữ, không hút thuốc, có đột biến thường gặp. **Từ khóa:** Sống thêm toàn bộ, UTPKTBN, Afatinib, EGFR

SUMMARY

OVERALL SURVIVAL IN STAGE IIIC-IV EGFR-MUTATED NON-SMALL CELL LUNG CANCER PATIENTS TREATED WITH AFATINIB IN HANOI

Objective: This study aims to assess the overall survival (OS) outcomes of Afatinib in patients with

advanced-stage epidermal growth factor receptor (EGFR)-mutated non-small cell lung cancer (NSCLC) in Hanoi. **Materials and Methods:** A retrospective cohort study was conducted on 226 patients diagnosed with stage IIIC-IV EGFR-mutated NSCLC who received Afatinib treatment between June 2018 and June 2022 at six hospitals in Hanoi. **Results:** The median overall survival (mOS) was 34.1 months (range: 3.3–58.5 months). The 1-year and 2-year OS rates were 92.5% and 76.6%, respectively. Female patients showed a significantly longer mOS compared to male patients (35.4 vs. 33.1 months, $p = 0.005$). Patients harboring common EGFR mutations demonstrated a superior mOS of 38.3 months, significantly longer than those with uncommon EGFR mutations (30.9 months, $p < 0.001$). A statistically significant difference in OS was observed between never-smokers and smokers, with mOS of 35.4 and 28.3 months, respectively ($p < 0.001$). **Conclusion:** Afatinib is an effective targeted therapy for prolonging overall survival in patients with stage IIIC-IV EGFR-mutated NSCLC, with particularly favorable outcomes observed in female patients, never-smokers, and those with common EGFR mutations.

Keywords: Overall survival, non-small cell lung cancer, Afatinib, EGFR mutation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là loại bệnh lý ác tính có tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong hàng đầu trên toàn thế giới cũng như ở Việt Nam.¹ Bệnh có 2 nhóm mô bệnh học là ung thư phổi tế bào nhỏ và ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN). Trong đó UTPKTBN hay gặp hơn, chiếm tỷ lệ trên 80%. Mặc dù hiện nay tại Việt Nam, có nhiều cải tiến về các phương tiện chẩn đoán, nhưng nhiều bệnh nhân (BN) vẫn được chẩn đoán khi đã ở giai đoạn tiến xa. Việc lựa chọn phác đồ điều trị tùy thuộc vào giai đoạn, loại mô bệnh học, đặc điểm sinh học phân tử, thể trạng chung cũng như điều kiện kinh tế của BN. Phương pháp điều trị cho giai đoạn này đối với UTPKTBN chủ yếu là chăm sóc giảm nhẹ kết hợp điều trị liệu pháp toàn thân bao gồm: điều trị đích, điều trị miễn dịch, điều trị hóa chất. Đối với nhóm giai đoạn tiến xa, có đột biến gen EGFR (Epidermal growth factor receptor) dương tính, lựa chọn ưu tiên hiện nay là các thuốc điều trị đích ức chế Tyrosin

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Bệnh viện K

⁵Bệnh viện Phổi Trung Ương

⁶Bệnh viện 108

⁷Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁸Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thái

Email: phamvanthai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 9.4.2025

Ngày duyệt bài: 12.5.2025

kinase (TKI). Các thuốc này bao gồm 3 thế hệ: thế hệ 1 (Erlotinib, Gefitinib), thế hệ 2 (Afatinib) và thế hệ 3 (Osimertinib).² Hiện nay trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu chứng minh hiệu quả của Afatinib qua các thử nghiệm lâm sàng LUXLUNG 3, 6, 7. Tại Việt Nam, cũng đã có một số công trình khoa học về hiệu quả của afatinib trong điều trị bước một ung thư phổi không tế bào nhỏ. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả sống thêm toàn bộ của các BN được điều trị tại các cơ sở y tế khu vực Hà Nội. Đây là nơi tập trung các viện nghiên cứu, trường đại học, bệnh viện hàng đầu, với các phương tiện kỹ thuật cao tạo điều kiện thuận lợi giúp BN tiếp cận các phương pháp chẩn đoán và điều trị tốt nhất. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sống thêm toàn bộ của Afatinib trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIC-IV có đột biến EGFR tại Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 226 BN UTPKTBN giai đoạn IIIC-IV điều trị afatinib từ 06/2018 đến 06/2022 tại Bệnh viện K, Trung tâm Y học hạt nhân và Ung Bướu - Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện ung bướu Hà Nội, Bệnh viện Phổi Trung ương, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Trung ương quân đội 108.

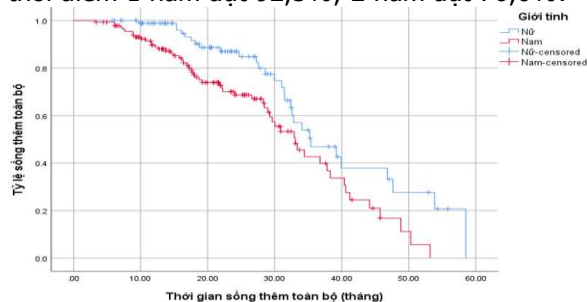
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN từ 18 tuổi trở lên.
- BN được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học thuộc nhóm UTPKTBN, giai đoạn IIIC – IV theo AJCC 2017.

Bảng 1. Thời gian sống thêm toàn bộ

Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	6 tháng (%)	1 năm (%)	2 năm (%)	3 năm (%)	4 năm (%)
34,1 (31,65 – 36,49)	3,3	58,5	98,7	92,9	76,1	44,1	20,8

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị đạt 34,1 tháng, ngắn nhất là 3,3 tháng, dài nhất là 58,5 tháng. Sống thêm toàn bộ tại thời điểm 1 năm đạt 92,5%; 2 năm đạt 76,6%.



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giới

Bảng 2. Thời gian sống thêm toàn bộ

- Chỉ số toàn trạng trước điều trị: PS 0-2.
- Có đột biến EGFR nhạy với TKI (xét nghiệm trên bệnh phẩm là mẫu mô (khối u, hạch, khối tế bào từ dịch di căn hoặc cơ quan di căn).
- Điều trị bằng Afatinib ít nhất 02 tháng.
- Có đầy đủ thông tin nghiên cứu trong hồ sơ bệnh án.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có bệnh nội khoa nặng phối hợp: suy gan, xơ gan Child Pugh 2,3, suy thận...
- Mắc ung thư khác kết hợp

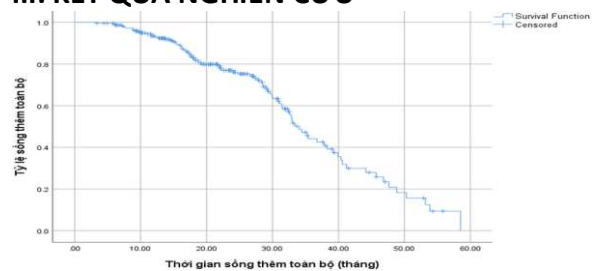
2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: là nghiên cứu mô tả hồi cứu
- Phân tích và xử lý số liệu: Các thông tin thu thập được mã hóa và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0. Phân tích thời gian sống thêm theo phương pháp Kaplan-Meier.

2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

Đây là nghiên cứu hồi cứu không can thiệp. Các thông tin về tình trạng bệnh và thông tin cá nhân của BN được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

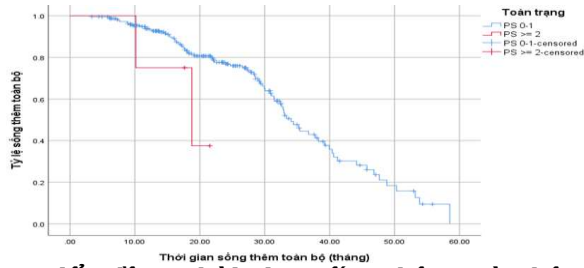


Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ

theo giới

OS	Nam	Nữ
Trung vị (tháng) – CI 95%	33,1 (28,70-37,43)	35,4 (28,11-42,69)
Min (tháng) - Max (tháng)	3,3-53,2	9,7-58,5
6 tháng (%)	97,7%	100%
1 năm (%)	88,8%	98,8%
2 năm (%)	70,1%	87,0%
3 năm (%)	42,7%	46,9%
4 năm (%)	16,8%	27,6%
p	0,005	

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị ở nam thấp hơn ở nữ (33,1 tháng với 35,4 tháng), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,005$.

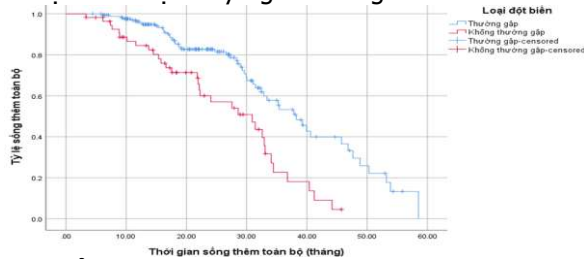


Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm toàn bộ theo chỉ số toàn trạng

Bảng 3. Thời gian sống thêm toàn bộ theo chỉ số toàn trạng

OS	PS 0-1	PS 2-3
Trung vị (tháng) - CI95%	34,1 (31,65-36,48)	18,8 (5,84-31,69)
Min(tháng)-Max(tháng)	3,3 – 58,5	10,1 – 18,8
6 tháng (%)	98,6%	100%
1 năm (%)	93,2%	75,0%
2 năm (%)	76,8%	37,5%
3 năm (%)	44,5%	-
4 năm (%)	21,0%	-
p	0,098	

Nhận xét: Nhóm có thể trạng tốt PS 0-1 có sống thêm toàn bộ lớn hơn, tuy nhiên chưa thấy rõ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

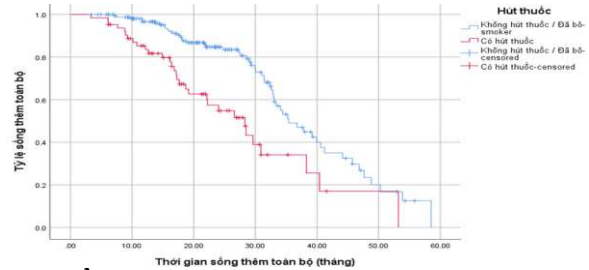


Biểu đồ 4. Thời gian sống thêm toàn bộ theo loại đột biến

Bảng 4. Thời gian sống thêm toàn bộ theo loại đột biến

OS	Đột biến thường gặp	Đột biến không thường gặp
Trung vị (tháng) - CI 95%	38,3 (33,50-43,03)	30,9 (21,99-39,81)
Min (tháng) - Max (tháng)	6,1 – 58,5	3,3 – 44,2
6 tháng (%)	99,4%	96,3%
1 năm (%)	95,5%	84,5%
2 năm (%)	82,7%	57,0%
3 năm (%)	53,3%	22,6%
4 năm (%)	29,6%	-
p	< 0,001	

Nhận xét: Các BN có đột biến thường gặp có trung vị sống thêm toàn bộ 38,3 cao hơn so với nhóm có đột biến không thường gặp 30,9 tháng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 5. Thời gian sống thêm toàn bộ theo nhóm tiền sử hút thuốc

Bảng 5. Thời gian sống thêm toàn bộ theo nhóm tiền sử hút thuốc

OS	Không hút thuốc hoặc đã bỏ hút thuốc	Có hút thuốc
Trung vị (tháng) - CI 95%	35,4 (30,84-39,96)	28,3 (21,44-35,16)
Min (tháng) - Max (tháng)	7,1 – 58,5	3,3 – 53,2
6 tháng (%)	100%	95,2%
1 năm (%)	96,6%	83,5%
2 năm (%)	84,7%	54,8%
3 năm (%)	49,0%	34,1%
4 năm (%)	23,5%	17,0%
p	< 0,001	

Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm BN không hút thuốc cao hơn nhóm có hút thuốc (35,4 với 28,3 tháng) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Tiền lượng của ung thư phổi nói chung và UTPKTBN giai đoạn muộn nói riêng nhìn chung là xấu. Bệnh thường tiến triển nhanh và kháng với các phương pháp điều trị đang sử dụng. Mục tiêu điều trị chính của điều trị UTPKTBN giai đoạn muộn là nâng cao chất lượng cuộc sống của BN, kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không tiến triển cho BN. Liệu pháp điều trị đích hiện tại đang là phương pháp sử dụng đầu tay cho những BN UTPKTBN giai đoạn IIIC-IV có đột biến EGFR, giúp kéo dài thời gian sống thêm cho BN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trên các BN UTPKTBN giai đoạn IIIC-IV có đột biến EGFR được điều trị bằng afatinib, thời gian sống thêm toàn bộ trung vị đạt 34,1 tháng. Trong đó thời gian sống thêm toàn bộ ngắn nhất là 3,33 tháng, dài nhất là 58,5 tháng. Sống thêm toàn bộ tại thời điểm 1 năm đạt 92,5%; 2 năm đạt 76,6%.

Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Đỗ Anh Tú và cộng sự, trên nhóm BN UTPKTBN từ 65 tuổi trở lên sử dụng afatinib, mOS đạt 32,9 tháng (95% CI: 28,9-37,5) với thời gian theo dõi trung vị là 34,3 tháng.³

Nghiên cứu LUXLUNG 7 cho thấy OS trung bình của nhóm BN sử dụng afatinib là 27,9 so với nhóm sử dụng gefitinib là 24,5 tháng,⁴ kết quả nghiên cứu này có vẻ thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Có thể lý giải rằng vì liều sử dụng afatinib của nghiên cứu LUXLUNG 7 là 40mg, còn nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn sử dụng liều khởi đầu là 30mg nên hạn chế các tác dụng không mong muốn, giúp BN tuân thủ điều trị, tăng hiệu quả điều trị.

Yi-Chieh Chen và cộng sự đã cho thấy rằng BN dùng 30 mg afatinib mỗi ngày có PFS, OS tương tự, nhưng ít gặp tác dụng không mong muốn nghiêm trọng hơn đáng kể so với những BN dùng 40 mg làm liều khởi đầu.⁵ Nghiên cứu của Yi-Chieh Chen cũng cho thấy OS trung bình của các BN sử dụng liều 30mg là 34 tháng so với 25,2 tháng ở nhóm sử dụng liều 40mg.³

Mau Em Poh và cộng sự cũng cho thấy rằng liều afatinib thấp hơn 40 mg có hiệu quả tương đương với liều chuẩn (40mg) ở những BN mắc UTPKTBN giai đoạn tiến triển có đột biến EGFR và có thể phù hợp hơn với BN Châu Á, giúp giảm thiểu các tác dụng phụ có thể xảy ra dẫn đến gián đoạn liều và ảnh hưởng đến kết quả điều trị.⁶ Có thể thấy rằng, việc cân nhắc liều khởi đầu rất quan trọng để đảm bảo cân bằng giữa hiệu quả điều trị và đảm bảo chất lượng cuộc sống cho BN.

***Thời gian sống thêm toàn bộ theo giới:** Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị ở nam thấp hơn ở nữ (33,1 tháng với 35,4 tháng), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,005$. Nghiên cứu trên 135 BN UTPKTBN tuổi từ 65, có đột biến EGFR, sử dụng afatinib bước một, Jian Xiao và cộng sự nghiên cứu trên 11.000 BN UTPKTBN, khi phân tích dưới nhóm về phương pháp điều trị đối chứng với giả được cho thấy rằng BN nữ UTPKTBN được điều trị bằng các thuốc kháng EGFR có OS dài hơn BN nam (HR gộp 0,86, CI 95% 0,75–1,00, $p = 0,04$).⁷ Một phân tích tổng hợp của Joseph A Pinto và cộng sự cho kết quả BN nữ mắc UTPKTBN có nguy cơ tử vong thấp hơn so với nam giới (HR = 0,73; 95% CI 0,67 đến 0,79; $p < 0,00001$). Phụ nữ được hưởng lợi ích hơn từ thuốc kháng EGFR so với nam giới (HR = 0,34; 95% CI 0,28 đến 0,40; $p < 0,00001$ so với HR = 0,44; 95% CI 0,34 đến 0,56; $p < 0,00001$).⁸ Có thể thấy, nam giới UTPKTBN không chỉ có tiên lượng bệnh xấu hơn nữ giới do tỷ lệ mắc bệnh cao hơn liên quan đến thói quen sinh hoạt, lối sống, mà còn xấu hơn vì đáp ứng liên quan đến các thuốc kháng EGFR kém hơn.

***Thời gian sống thêm toàn bộ theo chỉ**

số toàn trạng: Nhóm có thể trạng tốt PS 0-1 có sống thêm toàn bộ lớn hơn. Có thể thấy, OS của 2 nhóm PS 0-1 và 2-3 có xu hướng khác biệt, nhưng do cỡ mẫu còn nhỏ (chỉ có 4 BN PS 2-3), nên chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Đỗ Anh Tú và cộng sự năm 2024 cho thấy, các BN có chỉ số toàn trạng tốt (PS 0-1) có thời gian sống thêm toàn bộ đạt 33,1 tháng, cao hơn hẳn so với nhóm có chỉ số toàn trạng kém (PS 2-3), và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,046$.³

Có thể thấy rằng, khi thể trạng BN tốt, có thể áp dụng các phương pháp điều trị một cách tối ưu, nhất là sau khi bệnh tiến triển với afatinib, việc điều trị bằng hóa chất vẫn có thể tiếp tục nếu BN không xuất hiện đột biến kháng thuốc T790M hoặc không có điều kiện tiếp tục dùng thuốc kháng EGFR thế hệ thứ ba (Osimertinib), giúp cho BN đạt hiệu quả điều trị tốt hơn. Ngược lại, BN có thể sẽ không thể điều trị tiếp sau khi tiến triển với Afatinib nếu thể trạng đã kém, từ đó phương pháp điều trị chính của BN là chăm sóc giảm nhẹ. Có lẽ vì thế, mà OS của nhóm BN có thể trạng yếu (PS 2, 3, 4) thường ngắn hơn so với nhóm BN có thể trạng tốt.

***Thời gian sống thêm toàn bộ theo loại đột biến EGFR:** Các BN có đột biến thường gặp có trung vị sống thêm toàn bộ 38,3 (33,50 – 43,03) tháng, cao hơn so với nhóm có đột biến không thường gặp (30,9 (21,99 – 39,81) tháng), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Trong cập nhật nghiên cứu của Viện Hàn lâm Bệnh lao và Hô hấp Hàn Quốc (KATRD) trên nhóm BN > 20 tuổi mắc UTPKTBN giai đoạn tiến triển có đột biến EGFR được điều trị bước một bằng Afatinib chỉ ra được các đột biến EGFR thường gặp (đột biến xóa đoạn exon 19 và đột biến L858R trên exon 21) có liên quan đến OS dài hơn đáng kể so với nhóm đột biến không thường gặp (49,6 so với 30,1 tháng; $p = 0,017$). Tại thời điểm 36 và 60 tháng, OS của 2 nhóm đột biến EGFR thường gặp và không thường gặp tương ứng là 61,3% so với 43,4% và 44% so với 20,6%.⁹ Có thể thấy rằng, loại đột biến thường gặp (đột biến xóa đoạn exon 19, đột biến điểm L858R) có tiên lượng bệnh tốt hơn so với các đột biến EGFR khác với thời gian sống thêm toàn bộ cao hơn.

***Thời gian sống thêm toàn bộ theo tình trạng hút thuốc:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, trung vị OS ở nhóm BN không hút thuốc cao hơn nhóm có hút thuốc (35,4 với 28,3 tháng) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Zexun Mo và cộng sự đã nghiên cứu ảnh hưởng của thói quen hút thuốc đến hiệu quả của

liệu pháp điều trị nhằm trúng đích EGFR ở BN mắc UTPKTBN giai đoạn tiến triển cho thấy hút thuốc lá (bao gồm cả tiền sử và hiện tại) làm giảm đáng kể PFS và OS so với nhóm không hút thuốc khi điều trị bằng các thuốc kháng EGFR.¹⁰ Trên 135 BN UTPKTBN từ 65 tuổi trở lên có đột biến EGFR điều trị bước một bằng afatinib, nhóm tác giả từ nhiều bệnh viện tại Việt Nam đưa ra kết quả rằng các BN có hút thuốc có thời gian sống thêm toàn bộ là 25,8 tháng, thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm BN không hút thuốc (OS đạt 34,1 tháng) với $p = 0,002$.³

Từ các dữ liệu trên, có thể nhận ra rằng tình trạng hút thuốc không chỉ làm tăng nguy cơ mắc bệnh ung thư phổi, mà còn ảnh hưởng không tốt đến kết quả điều trị bệnh.

V. KẾT LUẬN

Afatinib có hiệu quả kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ ở các BN UTPKTBN giai đoạn IIIC-IV có đột biến EGFR, đặc biệt ở các BN nữ, không hút thuốc, có đột biến thường gặp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on Cancer. Cancer Today.** Accessed March 8, 2025. https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?types=0_1&mode=cancer&key=total&sort_by=value1&group_populations=1&populations=704
2. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.** Non-Small Cell Lung Cancer. Version 3.2025 - January 14, 2025
3. **Tu Anh Do, Hoa Thi Thai Nguyen, Phuong Cam Pham, et al.** Efficacy and Tolerance of

- First-Line Afatinib in Elderly NSCLC Patients with EGFR Mutations in Vietnam: A Multicenter Real-World Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2024; 25(10): 3567–3576
4. **Keunchil P, Eng H.T, Prof Ken O.B, 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. *Lancet Oncol.* 2016 May; 17(5):577-89
5. **Yi C.C, Ming J.T, Mei H.L, et al.** Lower starting dose of afatinib for the treatment of metastatic lung adenocarcinoma harboring exon 21 and exon 19 mutations. *BMC Cancer.* 2021; 21(1): 495.
6. **Mau E.P, Chee S.C, Chong K.L, et al.** Does dose reduction of afatinib affect treatment outcomes of patients with EGFR-mutant metastatic non-small cell lung cancer in real-world clinical practice?. *Transl Lung Cancer Res.* 2024 Feb 28; 13(2):307–320.
7. **Jian X, Liang Z, Bixiu H, Qiong C.** Impact of Sex and Smoking on the Efficacy of EGFR-TKIs in Terms of Overall Survival in Non-small-Cell Lung Cancer: A Meta-Analysis. *Front Oncol.* 2020 Aug 25; 10:1531.
8. **Joseph A.P, Carlos S.V, Luis E.R, et al.** Gender and outcomes in non-small cell lung cancer: an old prognostic variable comes back for targeted therapy and immunotherapy?. *ESMO Open.* 2018 Apr 13; 3(3):e000344.
9. **Juwahan C, Chang M.C, Yoon S.C, et al.** Real-world first-line afatinib for advanced EGFR mutation-positive non-small cell lung cancer in Korea: updated survival data. *Transl Lung Cancer Res.* 2023 Nov 30; 12(11):2275-2282
10. **Zexun M, Meifeng Y, Hua H, et al.** Influence of Smoking Habits on the Efficacy of EGFR-TKI Therapy in Patients with Advanced NSCLC: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Med Insights Oncol.* 2023 Dec 12; 17: 11795549231215968

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN MUỘN BẰNG PHẪU THUẬT MỔ MỎ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Lê Công Lý Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày (UTDD) giai đoạn muộn bằng phẫu thuật mổ mở điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu gồm 35 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định

ung thư dạ dày, được phẫu thuật cắt dạ dày mổ mở tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2023. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $64,71 \pm 13,39$, thấp nhất: 39 tuổi, cao nhất: 91 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là trên 60 tuổi, chiếm 68,57%. Nam hay gặp hơn nữ, tỉ lệ nam/nữ = 1,92/1. Đau bụng thượng vị là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất chiếm 85,71% trường hợp. Thời gian mổ trung bình là $153,94 \pm 60,63$ phút, bệnh nhân được phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày chiếm nhiều nhất với tỉ lệ 68,57%, có 8,57% bệnh nhân phải cắt dạ dày mở rộng, phần lớn được phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu Finsterer. Số hạch nạo vét được trong mổ trung bình là $33,35 \pm 14,32$ (9-69 hạch), số hạch di căn trung bình là $10,16 \pm 9,33$ trong đó số hạch chằng 1 di căn trung bình là $6,48 \pm 5,63$ hạch, số hạch di căn trung

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2025

Ngày duyệt bài: 13.5.2025