

- pp. 1423-1433.
2. **Ertem D. H., Sirin T. C., Yilmaz I.** (2019), "Electrophysiological responsiveness and clinical outcomes of local corticosteroid injection in the treatment of carpal tunnel syndrome", *Arq Neuropsiquiatr*, 77 (9), pp. 638-645.
 3. **Hagebeuk E. E., de Weerd A. W.** (2004), "Clinical and electrophysiological follow-up after local steroid injection in the carpal tunnel syndrome", *Clin Neurophysiol*, 115 (6), pp. 1464-1468.
 4. **Hofer M., Ranstam J., Atroshi I.** (2021), "Extended Follow-up of Local Steroid Injection for Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Clinical Trial", *JAMA Netw Open*, 4 (10), e2130753.
 5. **Keith M. W., Masear V., Chung K. C., et al** (2010), "American Academy of Orthopaedic Surgeons clinical practice guideline on the treatment of carpal tunnel syndrome", *Jbjs*, 92 (1), pp. 218-219.
 6. **Marshall S. C., Tardif G., Ashworth N. L.** (2007), "Local corticosteroid injection for carpal tunnel syndrome", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
 7. **Murciano Casas M. d. I. P., Rodríguez-Piñero M., Jiménez Sarmiento A.-S., et al** (2023), "Evaluation of ultrasound as diagnostic tool in patients with clinical features suggestive of carpal tunnel syndrome in comparison to nerve conduction studies: Study protocol for a diagnostic testing study", *PLoS One*, 18 (11), e0281221.

KẾT QUẢ SỐNG THÊM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG ĐIỀU TRỊ OSIMERTINIB BƯỚC 1 UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ CÓ ĐỘT BIẾN GEN EGFR

Nguyễn Thị Như Hoa^{1,2}, Lê Văn Quảng^{1,2}, Đỗ Hùng Kiên^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thời gian sống thêm không tiến triển và một số yếu tố liên quan trong điều trị osimertinib bước 1 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn muộn có đột biến gen EGFR. **Đối tượng – phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu trên 128 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn có đột biến gen EGFR được điều trị osimertinib bước 1 tại bệnh viện K từ tháng 04/2019 đến tháng 12/2023. Đánh giá thời gian sống không tiến triển và một số yếu tố liên quan. **Kết quả:** Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển là 24,5 tháng. Tỷ lệ sống thêm không tiến triển tại thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm tương ứng là 90%; 53,6%; 48,2%. Sống thêm không tiến triển dài hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân có chỉ số toàn trạng PS tốt (từ 0-1) so với nhóm PS kém (≥ 2) với $p=0,005$. **Kết luận:** Điều trị osimertinib bước một trên bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn có đột biến EGFR cho kết quả sống thêm khả quan. Chỉ số toàn trạng là yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa đến thời gian sống thêm không tiến triển. **Từ khóa:** ung thư phổi không tế bào nhỏ, đột biến EGFR, osimertinib.

SUMMARY

SURVIVAL OUTCOMES AND RELATED FACTORS IN FIRST-LINE OSIMERTINIB TREATMENT FOR ADVANCED EGFR-MUTATED NON-SMALL CELL LUNG CANCER

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Như Hoa

Email: ntnhuhoabvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 25.6.2025

Objectives: To evaluate the progression-free survival (PFS) and related factors in first-line osimertinib treatment for patients with advanced-stage non-small cell lung cancer (NSCLC) harboring EGFR mutations. **Patients and method:** A descriptive study combining retrospective and prospective data collection was conducted on 128 patients with advanced-stage EGFR-mutant NSCLC who received first-line osimertinib treatment at K Hospital from April 2019 to December 2023. PFS and related factors were analyzed. **Results:** The median PFS was 24.5 months. The progression-free survival rates at 1 year, 2 years, and 3 years were 90%, 53.6%, and 48.2%, respectively. Patients with good performance status (PS 0-1) had significantly longer PFS compared to those with poor performance status (PS ≥ 2) ($p=0.005$). **Conclusion:** First-line osimertinib demonstrated favorable progression-free survival outcomes in patients with advanced EGFR-mutant NSCLC. Performance status was identified as a significant factor associated with prolonged PFS.

Keywords: non-small cell lung cancer, EGFR-mutated, osimertinib.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư thường gặp nhất trên toàn cầu.¹ Ung thư phổi không phải tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm khoảng 80% các trường hợp ung thư phổi, phần lớn trong số đó đã tiến triển di căn vào thời điểm chẩn đoán.² Với bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn, điều trị toàn thân là chủ đạo, lựa chọn phác đồ điều trị nào tối ưu phụ thuộc phần lớn vào thể giải phẫu bệnh và đặc điểm phân tử của tế bào u. Trên nhóm bệnh nhân mà có đột biến EGFR nhạy cảm thuốc, điều trị tiêu chuẩn hiện

nay là các thuốc ức chế tyrosine kinase (TKIs) như: erlotinib, gefitinib, afatinib, osimertinib. Trong đó, osimertinib là TKIs thế hệ 3 được chứng minh hiệu quả vượt trội nhất về cải thiện thời gian sống thêm, là lựa chọn ưu tiên nhất trong điều trị bước 1 UTPKTBN giai đoạn muộn có đột biến gen EGFR.³

Tại Việt Nam, từ tháng 04/2019, osimertinib (Tagrisso) đã được Bộ Y tế cấp phép trong điều trị bước 1 UTPKTBN giai đoạn muộn có đột biến EGFR và một số dữ liệu bước đầu đã cho kết quả khả quan, tuy nhiên cỡ mẫu còn hạn chế và chưa có nghiên cứu đánh giá phân tích riêng về các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả sống thêm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu sau: "*Đánh giá thời gian sống thêm không tiến triển và một số yếu tố liên quan trong điều trị osimertinib bước 1 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn có đột biến gen EGFR*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 128 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn có đột biến EGFR được điều trị bước 1 bằng osimertinib tại bệnh viện K từ tháng 04/2019 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định UTP tip mô bệnh học không tế bào nhỏ giai đoạn tiến triển tại chỗ hoặc di căn (giai đoạn IIIB-IV theo tiêu chuẩn của AJCC 2017).
- Có đột biến gen EGFR được xác định bằng kĩ thuật giải trình tự gen thế hệ mới NGS (Next generation sequencing) hoặc Real-time PCR.
- Chưa được điều trị liệu pháp toàn thân nào cho giai đoạn tiến triển, di căn.
- Được điều trị bằng osimertinib ít nhất 2 tháng tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.
- Tuổi ≥ 18 . Chỉ số toàn trạng (Performance status -PS): 0, 1, 2, 3.
- Có tổn thương đích để đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.
- Có hồ sơ bệnh án, thông tin điều trị đầy đủ và chấp nhận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân bỏ dở điều trị không vì lý do chuyên môn (khi bệnh không tiến triển hay không có tác dụng mong muốn nghiêm trọng).
- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.
- 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 thận, suy gan không hồi phục,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả,

hồi cứu kết hợp tiền cứu.

Địa điểm nghiên cứu: tại Bệnh viện K.

Cỡ mẫu: theo công thức tính một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(\varepsilon \cdot p)^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu nghiên cứu cần có; α : mức ý nghĩa thống kê. Lấy giá trị $\alpha = 0,05$.

Z: hệ số tin cậy, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ (với giá trị $\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%).

p: tỷ lệ sống thêm 2 năm của osimertinib trong nghiên cứu FLAURA ($p = 0,74$).³

ε : mức chính xác tương đối, thường chọn trong khoảng (0,1 – 0,4), chọn $\varepsilon = 0,135$.

Áp dụng công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu là 75. Nghiên cứu này của chúng tôi có 128 bệnh nhân.

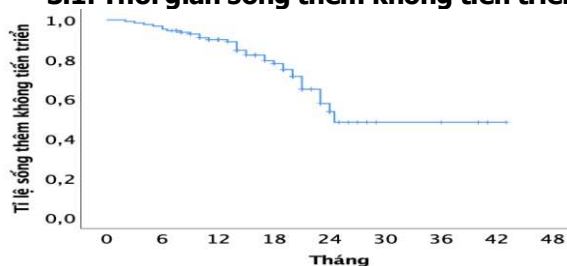
Quy trình nghiên cứu: Bước 1: Thu thập thông tin BN trước điều trị: Khai thác tiền sử và bệnh sử, đánh giá chỉ số toàn trạng ECOG, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Bước 2: Điều trị osimertinib: Thuốc osimertinib (Tagrisso), liều lượng 80mg/ngày, đường uống, uống liên tục hàng ngày cho đến khi bệnh tiến triển rõ rệt trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh hoặc độc tính không dung nạp được. Bước 3: Đánh giá kết quả điều trị: Khám lâm sàng, xét nghiệm máu 1 tháng 1 lần hoặc khi BN có triệu chứng lâm sàng bất thường. Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh sau mỗi 2-3 đợt điều trị hoặc khi BN có triệu chứng lâm sàng bất thường. Đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1. Đánh giá kết quả sống thêm theo phương pháp Kaplan-Meier. Thời gian sống thêm không tiến triển là thời gian tính từ khi điều trị cho đến khi ghi nhận bệnh tiến triển hoặc tử vong hoặc thời điểm kết thúc nghiên cứu mà bệnh nhân vẫn chưa tiến triển.

2.3. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội theo quyết định số 805/GCN-HĐĐĐ NCYSH-ĐHYHN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thời gian sống thêm không tiến triển



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không tiến triển

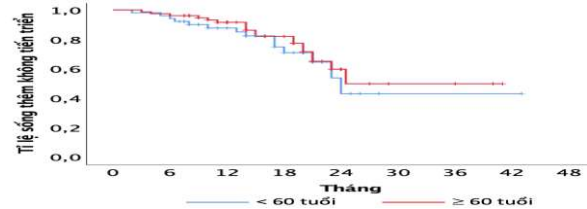
Bảng 1. Tỷ lệ sống thêm không tiến triển tại các thời điểm

Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	6 tháng (%)	12 tháng (%)	24 tháng (%)	36 tháng (%)
24,5	2	43	95,3	90	53,6	48,2

Nhận xét: Thời gian sống thêm không tiến triển (STKTT) trung vị là 24,5 tháng (ít nhất là 2 tháng, dài nhất là 43 tháng). STKTT tại các thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 90%; 53,6% và 48,2%.

3.2. Liên quan giữa thời gian sống thêm không tiến triển và một số yếu tố

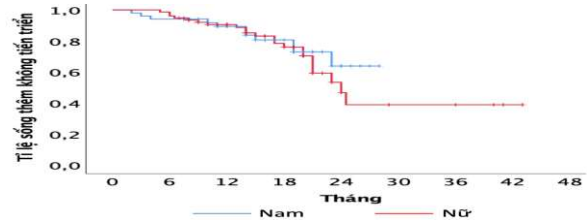
Thời gian sống thêm không tiến triển theo tuổi

**Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm không tiến triển theo tuổi****Bảng 2. Tỷ lệ sống thêm không tiến triển theo tuổi tại các thời điểm**

Tuổi	Sống thêm không tiến triển							p
	Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	6 tháng (%)	12 tháng (%)	24 tháng (%)	36 tháng (%)	
<60 tuổi (n=51)	24	2	43	94,1	87,6	43	43	0,536
≥60 tuổi (n=77)	24,5	3	41	96,1	91,6	59,6	49,7	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về thời gian STKTT trên các nhóm tuổi trên 60 và dưới 60 ($p > 0,05$).

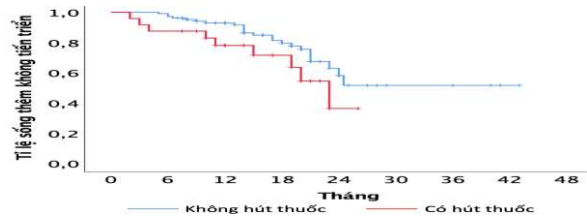
Thời gian sống thêm không tiến triển theo giới

Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm không tiến triển theo giới**Bảng 3. Tỷ lệ sống thêm không tiến triển theo giới tại các thời điểm**

Giới	Sống thêm không tiến triển							p
	Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	6 tháng (%)	12 tháng (%)	24 tháng (%)	36 tháng (%)	
Nam (n=51)	-	2	28	94,1	89,3	63,9	63,9	0,433
Nữ (n=77)	24	5	43	96,1	90,5	46,7	38,9	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về thời gian STKTT giữa 2 nhóm bệnh nhân nam và nữ ($p > 0,05$).

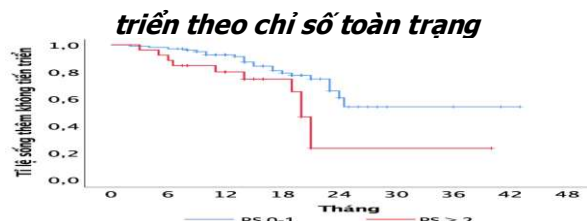
Thời gian sống thêm không tiến triển theo tiền sử hút thuốc

Biểu đồ 4. Thời gian sống thêm không tiến triển theo tiền sử hút thuốc**Bảng 4. Tỷ lệ sống thêm không tiến triển theo tiền sử hút thuốc tại các thời điểm**

Hút thuốc lá	Sống thêm không tiến triển							p
	Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	6 tháng (%)	12 tháng (%)	24 tháng (%)	36 tháng (%)	
Không (n=104)	-	5	43	97,1	92,9	58,1	51,6	0,088
Có (n=24)	23	2	26	87,5	78	36,3	-	

Nhận xét: Đường cong STKTT có xu hướng cải thiện hơn ở nhóm không hút thuốc lá so với nhóm có hút thuốc lá, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Thời gian sống thêm không tiến triển theo chỉ số toàn trạng

Biểu đồ 5. Thời gian sống thêm không tiến triển theo chỉ số toàn trạng

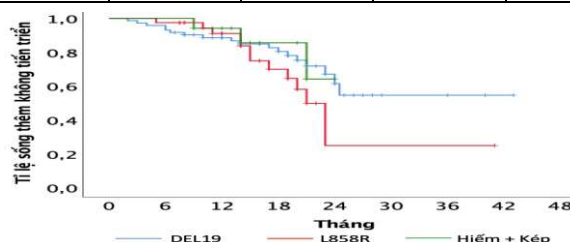
Bảng 5. Tỷ lệ sống thêm không tiến triển theo chỉ số toàn trạng tại các thời điểm

PS	Sống thêm không tiến triển							p
	Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	6 tháng (%)	12 tháng (%)	24 tháng (%)	36 tháng (%)	
PS 0-1 (n=102)	-	2	43	97,1	92,6	60,8	54	0,005
PS ≥ 2 (n=26)	20	3	40	88,5	79,9	23,3	23,3	

Nhận xét: Trung vị STKTT ở nhóm bệnh nhân có toàn trạng tốt PS từ 0-1 hiện chưa đạt được, cao hơn so với nhóm PS ≥ 2 là 20 tháng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Thời gian sống thêm không tiến triển theo đột biến EGFR

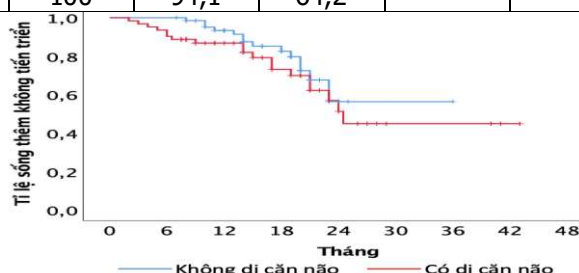
Biểu đồ 6. Thời gian sống thêm không tiến triển theo đột biến EGFR

**Bảng 6. Tỷ lệ sống thêm không tiến triển theo đột biến EGFR tại các thời điểm**

Loại đột biến gen	Sống thêm không tiến triển							p
	Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	6 tháng (%)	12 tháng (%)	24 tháng (%)	36 tháng (%)	
DEL19 (n=72)	-	2	43	93,1	88,6	61,5	54,6	0,356
L858R (n=39)	21	5	41	97,4	91	24,9	24,9	
Hiếm + kép (n=17)	-	9	24	100	94,1	64,2	-	

Nhận xét: Trung vị STKTT ở nhóm bệnh nhân đột biến mất đoạn exon 19 (del 19) hiện chưa đạt được, có xu hướng cải thiện hơn so với nhóm đột biến L858R exon 21 (L858R) là 21 tháng, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm bệnh nhân đột biến hiếm + kép hiện chưa đạt được trung vị STKTT, không thấy có sự khác biệt STKTT so với nhóm đột biến thường gặp.

Thời gian sống thêm không tiến triển theo tình trạng di căn não

**Biểu đồ 7. Thời gian sống thêm không tiến triển theo tình trạng di căn não****Bảng 7. Tỷ lệ sống thêm không tiến triển theo tình trạng di căn não tại các thời điểm**

M não	Sống thêm không tiến triển							p
	Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	6 tháng (%)	12 tháng (%)	24 tháng (%)	36 tháng (%)	
Không (n=66)	-	7	36	100	93,3	56,3	56,3	0,306
Có (n=62)	24,5	2	43	90,3	86,8	51,3	44,9	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về thời gian STKTT trên nhóm bệnh nhân di căn não và không di căn não ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư phổi thường được phát hiện khi bệnh đã ở giai đoạn muộn, tiến triển nhanh và thời gian sống thêm ngắn. Mục tiêu điều trị cho giai đoạn này nhằm cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống, kéo dài thời gian sống thêm không tiến triển cũng như thời gian sống thêm toàn bộ cho bệnh nhân. Theo nghiên cứu FLAURA và một số dữ liệu đời thực trên thế giới, STKTT của osimertinib bước 1 trên bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn có đột biến gen EGFR là 18,9 tháng đến 20,5 tháng.³⁻⁷ Nghiên cứu của

chúng tôi có thời gian STKTT trung vị là 24,5 tháng. STKTT tại các thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 90%; 53,6% và 48,2%. Kết quả của chúng tôi cao hơn một số báo cáo nhưng không quá khác biệt so với dữ liệu đời thực trong vài năm gần đây, dữ liệu về hiệu quả của các TKIs thế hệ 1, 2 tại dân số Việt Nam và Châu Á cũng cho thấy cao hơn so với thử nghiệm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng ban đầu so với nghiên cứu FLAURA như bệnh nhân có PS kém (≥ 2), đột biến hiếm hoặc kép, di căn não đang hoạt động, nhưng kết quả cải thiện STKTT vẫn rất tích cực, càng khẳng định hiệu quả nhất quán của osimertinib.

Qua phân tích về mối liên quan giữa thời gian STKTT và một số yếu tố, chúng tôi không thấy có sự khác biệt về thời gian STKTT với các yếu tố như tuổi (từ trên 60 và dưới 60 tuổi), giới tính hay tình trạng hút thuốc với $p > 0,05$. Đặc biệt, độ tuổi là một trong những yếu tố cần cần nhắc để lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp với từng cá thể bệnh nhân. Những vấn đề như nguy cơ xuất hiện độc tính, tác dụng phụ được xem xét, đặc biệt ở những bệnh nhân tuổi cao có nguy cơ gặp tác dụng phụ nhiều hơn với các phương pháp điều trị hóa chất. Nhóm bệnh nhân có đột biến EGFR được điều trị thuốc nhắm trúng đích đã hạn chế được rất nhiều tác dụng phụ, phù hợp với đa số bệnh nhân kể cả tuổi cao, mắc bệnh lý kết hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung vị STKTT ở nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi là 24,5 tháng, không khác biệt với nhóm bệnh nhân < 60 tuổi là 24 tháng, $p = 0,536$. Tương tự, nghiên cứu FLOWER cũng cho thấy tuổi, giới và tình trạng hút thuốc là các yếu tố không có mối tương quan với trung vị STKTT.⁶ Đây cũng là một lợi thế trong lựa chọn điều trị thuốc osimertinib.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt STKTT có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có chỉ số toàn trạng tốt PS (từ 0-1) so với nhóm PS kém (≥ 2). Trung vị STKTT ở nhóm bệnh nhân có toàn trạng tốt PS từ 0-1 hiện chưa đạt được, cao hơn so với nhóm PS ≥ 2 là 20 tháng với $p = 0,005$. Kết quả này tương tự với dữ liệu đời thực tại Trung Quốc và Nhật Bản.^{5, 8} Chỉ số toàn trạng là một trong những yếu tố được biết trong tiên lượng bệnh nhân ung thư phổi nói riêng và ung thư nói chung. Tác động của chỉ số toàn trạng PS đối với STKTT có thể được giải thích bằng tỷ lệ bỏ thuốc tăng lên ở những bệnh nhân có PS kém hơn do khả năng dung nạp thuốc kém hơn và nhiều ca tử vong không liên quan đến ung thư hơn trước khi bệnh tiến triển.

Về đột biến EGFR, qua các nghiên cứu đột biến del 19 đã được biết có tiên lượng tốt hơn so nhóm đột biến L858R do sự khác biệt về cấu trúc sinh học giữa 2 đột biến. Nghiên cứu FLAURA, trung vị STKTT ở nhóm đột biến mất đoạn exon 19 là 21,4 tháng cao hơn so với nhóm đột biến L858R là 14,4 tháng, $p < 0,001$.³ Trong nghiên cứu OSI-FACT cũng ghi nhận nhóm có đột biến del19 có trung vị STKTT cao hơn nhóm đột biến L858R, giá trị lần lượt là 20,6 tháng và 16,9 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0043$.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi mặc dù sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm đột biến ($p > 0,05$), tuy nhiên có thể thấy đường cong STKTT của nhóm đột biến del 19 có

xu hướng tách biệt và cải thiện hơn so với nhóm đột biến L858R, với tỉ lệ STKTT tại thời điểm 3 năm ở nhóm del 19 và nhóm L858R lần lượt là 54,6% và 24,9%. Nghiên cứu cũng ghi nhận có 17 bệnh nhân mang đột biến hiếm và kép, sự khác biệt về STKTT của nhóm này cũng không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm đột biến thường gặp (del 19 và L858R). Có thể do số lượng bệnh nhân trong nhóm này còn hạn chế và thời gian theo dõi chưa đủ dài. Tuy nhiên, kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu FLOWER,⁶ điều này cho thấy osimertinib dường như cũng có phần nào hiệu quả ở nhóm đột biến EGFR ít phổ biến.

Di căn não được ghi nhận là một trong những yếu tố tiên lượng xấu, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và thời gian sống thêm của người bệnh. Đây là vị trí di căn đặc biệt. Do tính chọn lọc cao của hàng rào máu não nên đa phần các hóa chất khó hoặc không vượt qua được. Chính vì vậy việc điều trị các bệnh nhân có di căn não trong ung thư nói chung và ung thư phổi nói riêng là rất khó khăn. Một trong những ưu điểm của các thuốc TKIs là có trọng lượng phân tử nhỏ, có thể thẩm qua hàng rào máu não và tác động lên tổn thương di căn não. Osimertinib là TKIs được ghi nhận hiệu quả vượt trội nhất trên thần kinh trung ương so với các TKIs khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung vị STKTT trên nhóm di căn não đạt tới 24,5 tháng, không có sự khác biệt so với nhóm không có di căn não ($p = 0,306$). Kết quả tương tự với dữ liệu đời thực của Trung Quốc của tác giả Gen S và CS.⁸ Điều này càng khẳng định hơn nữa hiệu quả tích cực của osimertinib trên bệnh nhân di căn não.

V. KẾT LUẬN

Điều trị osimertinib bước một trên bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn có đột biến EGFR cho kết quả sống thêm khả quan. Chỉ số toàn trạng của bệnh nhân là yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa đến thời gian sống thêm không tiến triển.

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. **Trần Văn Thuần LVQ, Nguyễn Tiến Quang.** "Ung thư phổi". Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung thư. 2019:176-187.
3. **Soria JC, Ohe Y, Vansteenkiste J, et al.** Osimertinib in Untreated EGFR-Mutated Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med* 2018; 378: 113.
4. **Zhang D, Liu X, Shen F, et al.** Osimertinib

- versus comparator first-generation epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors as first-line treatment in patients with advanced EGFR-mutated non-small cell lung cancer: a Chinese, multicenter, real-world cohort study. *Transl Lung Cancer Res.* 2023 Nov 30;12(11):2229-2244.
5. **Watanabe K, Yoh K, Hosomi Y, et al.** Efficacy and safety of first-line osimertinib treatment and postprogression patterns of care in patients with epidermal growth factor receptor activating mutation-positive advanced non-small cell lung cancer (Reiwa study): study protocol of a multicentre, real-world observational study. *BMJ Open.* 2022 Jan 4;12(1):e046451.
 6. **Lorenzi M, Ferro A, Cecere F, et al.** First-Line Osimertinib in Patients with EGFR-Mutant Advanced Non-Small Cell Lung Cancer: Outcome and Safety in the Real World: FLOWER Study. *Oncologist.* 2022 Mar 4;27(2):87-e115.
 7. **Sakata Y, Sakata S, Oya Y, et al.** Osimertinib as first-line treatment for advanced epidermal growth factor receptor mutation-positive non-small-cell lung cancer in a real-world setting (OSI-FACT). *Eur J Cancer.* 2021 Dec;159:144-153.
 8. **Gen S, Tanaka I, Morise M, Koyama J, Kodama Y, Matsui A, Miyazawa A, Hase T, Hibino Y, Yokoyama T, Kimura T, Yoshida N, Sato M, Hashimoto N.** Clinical efficacy of osimertinib in EGFR-mutant non-small cell lung cancer with distant metastasis. *BMC Cancer.* 2022 Jun 14;22(1):654.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG SUY YẾU (FRAILITY) Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI KHOA GÂY MÊ HỒI SỨC-BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Duy Thanh¹, Nguyễn Toàn Thắng^{1,2}
Phạm Thị Thu Hiền³, Vũ Văn Khâm¹, Đặng Thu Hiền⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ và đặc điểm của tình trạng suy yếu (frailty) theo tiêu chí Fried ở bệnh nhân ≥ 60 tuổi trước phẫu thuật tại khoa Gây mê Hồi sức – Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 300 bệnh nhân ≥ 60 tuổi, có lịch phẫu thuật chương trình (không cấp cứu, không phẫu thuật tim) từ tháng 11/2020 đến tháng 8/2021. Frailty được xác định bằng 5 tiêu chí của Fried: sụt cân không chủ ý ≥ 5% trọng lượng cơ thể năm trước; sức mạnh nắm tay giảm dưới ngưỡng chuẩn theo giới và BMI; tốc độ đi chậm (thời gian đi 4m vượt ngưỡng chuẩn theo chiều cao và giới); mệt mỏi tự báo cáo; hoạt động thể lực thấp (PASE < 64 ở nam, < 52 ở nữ) (1). Bệnh nhân ≥ 3 tiêu chí được phân loại suy yếu; 1–2 tiêu chí tiền suy yếu; 0 tiêu chí không suy yếu. Phân tích số liệu bằng SPSS 23.0, so sánh tỷ lệ bằng chi-square, p<0,05 có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** Tuổi trung bình 69,18 ± 7,084 tuổi; 64,3% nam; Tỷ lệ suy yếu 34,16%, tiền suy yếu 29,81%, không suy yếu 36,02%. Thành phần suy giảm thường gặp nhất là tốc độ đi bộ chậm, chiếm 46,3%, tiếp theo là mức độ hoạt động thể lực thấp (40,7%) và yếu cơ (38,2%); thành phần suy giảm ít gặp nhất là sức bền và năng lượng kém (18,9%). **Kết luận:** Hơn 1/3 bệnh nhân cao tuổi trước phẫu thuật tại BV Bạch Mai bị suy yếu. Đánh giá frailty theo tiêu chí Fried nên được áp dụng rộng rãi trong đánh giá

tiền phẫu để phân tầng nguy cơ và triển khai can thiệp phù hợp, nhằm giảm biến chứng chu phẫu và cải thiện kết quả điều trị.

Từ khóa: tình trạng suy yếu; tiêu chí Fried; đánh giá trước mổ; người già, Bệnh viện Bạch Mai

SUMMARY

ASSESSMENT OF FRAILITY IN ELDERLY PATIENTS UNDERGOING SURGERY IN THE DEPARTMENT OF ANESTHESIOLOGY AND CRITICAL CARE AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the prevalence and characteristics of frailty, as defined by Fried's criteria, in patients aged ≥ 60 years prior to surgery in the Department of Anesthesiology and Intensive Care at Bach Mai Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 300 patients aged ≥ 60 years scheduled for elective, non-cardiac surgery between November 2020 and August 2021. Frailty was assessed using Fried's five criteria: unintentional weight loss ≥ 5% of body weight in the previous year; grip strength below the sex- and BMI-specific threshold; slow gait speed (time to walk 4m exceeding height- and sex-specific cut-offs); self-reported exhaustion; and low physical activity (PASE < 64 for men, < 52 for women) (1). Patients meeting ≥ 3 criteria were classified as frail; those with 1–2 criteria as pre-frail; and those with 0 criteria as non-frail. Data were analyzed with SPSS version 23.0; proportions were compared using the chi-square test, with p<0.05 considered statistically significant. **Results:** The mean age was 69.18 ± 7.08 years; 64.3% were male. The prevalence of frailty was 34.16%, pre-frailty 29.81%, and non-frailty 36.02%. The most common impaired component was slow gait speed (46.3%), followed by low physical activity (40.7%) and reduced muscle strength (38.2%); the least common were poor endurance and low energy (18.9%). **Conclusion:** More than one-third of elderly

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

⁴Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Thanh

Email: ndthanhhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025