

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ DOCETAXEL-CISPLATIN TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN TÁI PHÁT, DI CĂN

Nguyễn Việt Anh¹, Cao Thị Thanh¹, Phạm Văn Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị và độ an toàn của phác đồ Docetaxel–Cisplatin ở bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn tái phát hoặc di căn. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả, kết hợp hồi cứu và tiền cứu có theo dõi dọc, được thực hiện tại Bệnh viện K từ 6/2018 đến 6/2023. Nghiên cứu gồm 55 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán, điều trị hóa chất bằng phác đồ Docetaxel–Cisplatin và có dữ liệu lâm sàng đầy đủ. Hiệu quả điều trị được đánh giá theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 và sống thêm không bệnh tiến triển (PFS); tác dụng phụ được ghi nhận theo tiêu chuẩn CTCAE v5.0. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) là 50,9% gồm 3,6% đáp ứng hoàn toàn và 47,3% đáp ứng một phần. Lợi ích lâm sàng đạt 80%. Trung vị PFS là 5,2 tháng. Các yếu tố như tuổi, độ mô học, vị trí và số lượng di căn không ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến PFS. Nhóm dùng $\geq 90\%$ liều hóa chất có PFS cao hơn (6,1 tháng so với 5,1 tháng; $p=0,006$). Tác dụng phụ thường gặp nhất là hạ bạch cầu trung tính (30,9% độ 3–4), buồn nôn (64,3%) và rụng tóc (71,4%), chủ yếu ở mức độ nhẹ và kiểm soát được. **Kết luận:** Phác đồ Docetaxel–Cisplatin là một lựa chọn điều trị khả thi, có hiệu quả lâm sàng tốt và độc tính chấp nhận được trong điều trị ung thư thực quản giai đoạn tái phát, di căn tại Việt Nam.

Từ khóa: Ung thư thực quản, Docetaxel, Cisplatin, di căn, hóa trị, sống thêm không bệnh tiến triển.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF DOCETAXEL–CISPLATIN REGIMEN IN RECURRENT OR METASTATIC ESOPHAGEAL CARCINOMA

Objective: This study aimed to evaluate the efficacy and safety of the Docetaxel–Cisplatin regimen in patients with recurrent or metastatic esophageal carcinoma. **Methods:** A descriptive study combining retrospective and prospective data collection with longitudinal follow-up was conducted at K Hospital from June 2018 to June 2023. A total of 55 patients who met the diagnostic criteria, received chemotherapy with the Docetaxel–Cisplatin regimen, and had complete clinical data were included. Treatment response was assessed according to RECIST 1.1 criteria, and progression-free survival (PFS) was analyzed. Adverse events were recorded using CTCAE version 5.0. **Results:** The overall response rate (ORR) was 50.9%, including 3.6%

complete response and 47.3% partial response. Clinical benefit rate was 80%. The median PFS was 5.2 months. Factors such as age, histological grade, site, and number of metastases did not show statistically significant impacts on PFS. Patients who received $\geq 90\%$ of the chemotherapy dose had a higher median PFS (6.1 months vs. 5.1 months; $p = 0.006$). The most common adverse events were neutropenia (30.9% grade 3–4), nausea (64.3%), and alopecia (71.4%), mostly mild and manageable.

Conclusion: The Docetaxel–Cisplatin regimen is a feasible treatment option, showing good clinical efficacy and acceptable toxicity for patients with metastatic esophageal carcinoma in Vietnam.

Keywords: Esophageal cancer, Docetaxel, Cisplatin, metastasis, chemotherapy, progression-free survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư thực quản (UTTQ) đứng thứ 8 về số ca mắc mới và thứ 6 về số ca tử vong do ung thư trên toàn cầu, với khoảng 604.000 ca mắc và 544.000 ca tử vong.¹ Tại Việt Nam, UTTQ là một trong 10 ung thư phổ biến nhất ở nam giới, với 39% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn di căn. Tiên lượng giai đoạn tái phát, di căn thường xấu, thời gian sống trung vị chỉ khoảng 6 tháng, và tỷ lệ sống sau 1 năm là 21,1%.¹ Mục tiêu điều trị ở giai đoạn này là kiểm soát triệu chứng, nâng cao chất lượng sống và kéo dài thời gian sống thêm. Nhiều nghiên cứu cho thấy hóa trị cải thiện rõ rệt thời gian sống so với chăm sóc giảm nhẹ.²

Hóa trị vẫn là lựa chọn chính cho UTTQ tái phát, di căn, với các phác đồ dựa trên nhóm Platinum như Fluorouracil–Cisplatin, Paclitaxel–Cisplatin, Docetaxel–Cisplatin... Trong đó, phác đồ Docetaxel–Cisplatin được dùng phổ biến và tỏ ra hiệu quả đối với ung thư biểu mô tế bào vảy – thể mô bệnh học chủ yếu tại Việt Nam.³ Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu chính thức đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ này. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị và các tác dụng không mong muốn của phác đồ Docetaxel–Cisplatin trên nhóm bệnh nhân UTTQ tái phát, di căn, góp phần mở rộng lựa chọn cho thực hành điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thực quản giai đoạn tái phát hoặc di căn, được điều trị hóa chất phác đồ Docetaxel–Cisplatin tại Bệnh viện K từ tháng 6

¹Bệnh viện Đa khoa Việt Đức

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Anh

Email: vietanh.hmu93@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

năm 2018 đến tháng 6 năm 2023. Tiêu chuẩn lựa chọn gồm: bệnh nhân có chẩn đoán xác định, có tổn thương đo được trên hình ảnh học, có thể trạng từ PS 0 đến 2 theo ECOG, đủ điều kiện chức năng gan, thận, huyết học để hóa trị, đồng ý tham gia nghiên cứu và có hồ sơ lưu trữ đầy đủ. Tiêu chuẩn loại trừ gồm: bệnh nhân có ung thư khác kèm theo, di căn thần kinh trung ương, mẫn cảm với thuốc trong phác đồ, hoặc không đủ dữ liệu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện K trong giai đoạn từ tháng 6 năm 2018 đến tháng 6 năm 2023.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả, kết hợp giữa hồi cứu và tiến cứu có theo dõi dọc.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính toán dựa trên công thức ước lượng một tỷ lệ với $p = 0,33$; $\alpha = 0,05$; sai số mong muốn $d = 0,15$, ước tính tối thiểu cần 33 bệnh nhân. Nghiên cứu thực tế đã được thực hiện trên 55 bệnh nhân.

2.5. Nội dung nghiên cứu: Nội dung nghiên cứu tập trung vào mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn tái phát hoặc di căn được điều trị bằng phác đồ Docetaxel–Cisplatin, bao gồm các yếu tố về tuổi, giới, tiền sử, triệu chứng cơ năng, vị trí khối u, typ mô học, giai đoạn bệnh, chỉ số huyết học và sinh hóa trước điều trị; và đánh giá hiệu quả điều trị và độc tính của phác đồ hóa chất này thông qua các chỉ số tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR), thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS), và các tác dụng không mong muốn theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 và CTCAE phiên bản 5.0.

2.6. Quy trình nghiên cứu: Dữ liệu được thu thập từ hai nhóm: nhóm hồi cứu (48 bệnh nhân) và nhóm tiến cứu (7 bệnh nhân). Quy trình bao gồm khám lâm sàng, cận lâm sàng, thu thập thông tin từ bệnh án, phỏng vấn người bệnh, thực hiện các chẩn đoán hình ảnh, đánh giá mô bệnh học, và điều trị hóa chất theo phác đồ chuẩn. Đánh giá kết quả được thực hiện sau 3 và 6 chu kỳ điều trị hoặc khi có diễn tiến bệnh.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích mô tả được dùng để trình bày tần suất, tỷ lệ, trung bình và độ lệch chuẩn. Các kiểm định thống kê như χ^2 , test t, Wilcoxon được sử dụng để so sánh. Phân tích sống thêm được thực hiện bằng phương pháp Kaplan-Meier và kiểm định Log-rank, kèm theo mô hình hồi quy Cox để xác định yếu tố tiên lượng.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đảm bảo nguyên tắc đạo đức trong y sinh học. Bệnh nhân tham gia trên tinh thần tự nguyện, có quyền rút lui bất kỳ lúc nào. Tất cả dữ liệu cá nhân được bảo mật. Các rủi ro được theo dõi và xử trí theo quy định của Bộ Y tế. Nghiên cứu hướng đến nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích thương mại hay cá nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 55 bệnh nhân, tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán là $55,3 \pm 6,8$ tuổi, chủ yếu trong độ tuổi 45–65 (83,4%). Tất cả bệnh nhân đều là nam. Về yếu tố nguy cơ, 90,9% có tiền sử hút thuốc và/hoặc uống rượu, trong đó 50,9% vừa hút thuốc vừa uống rượu. Hầu hết bệnh nhân có thể trạng tốt với 96,3% ở mức PS 0–1. Về BMI, 49,1% có BMI thấp, 43,6% bình thường và 7,3% ở mức tiền béo phì.

Bảng 1 trình bày đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 55 bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn tái phát hoặc di căn. Trong đó, 74,6% được chẩn đoán di căn ngay từ đầu và 25,4% tái phát sau điều trị triệt căn. Triệu chứng phổ biến gồm nuốt nghẹn (94,5%), sút cân (72,7%) và đau (50,9%). Về mức độ nuốt nghẹn, đa số bệnh nhân ở mức độ 2 và 3. Có 58,2% bệnh nhân được mở thông dạ dày. Vị trí khối u thường gặp nhất là 1/3 giữa thực quản (43,6%). Trên nội soi, tổn thương dạng sùi chiếm đa số (81,8%). Về mô bệnh học, hầu hết là ung thư biểu mô vảy biệt hóa vừa (81,8%). Trong nhóm bệnh nhân di căn ngay từ đầu, phân độ T chủ yếu là T3 (65,9%) và phân độ N phổ biến là N2 (63,4%). Vị trí di căn thường gặp là phổi (60,0%), tiếp theo là hạch (29,1%), gan và xương (cùng 20,0%). Phần lớn bệnh nhân có di căn một cơ quan (74,5%).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân

Nhóm	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tình trạng chẩn đoán	Di căn ngay từ đầu	41	74,6
	Tái phát sau điều trị triệt căn	14	25,4
Triệu chứng lâm sàng	Nuốt nghẹn	52	94,5
	Sút cân	40	72,7
	Đau	28	50,9
	Hạch cổ	11	20,0
	Khàn tiếng	1	1,8
Mức độ nuốt nghẹn	Không	5	9,1
	Độ 1	8	14,5
	Độ 2	22	40,0
	Độ 3	16	29,1
	Độ 4	4	7,3

Mở thông dạ dày	Có mở thông	32	58,2
	Không mở thông	23	41,8
Vị trí khối u	1/3 trên	12	21,8
	1/3 giữa	24	43,6
	1/3 dưới	19	34,6
Đặc điểm u trên nội soi	Sùi	45	81,8
	Loét	8	14,6
	Sùi loét	2	3,6
Độ mô học	G1 – Biệt hóa tốt	7	12,3
	G2 – Biệt hóa vừa	44	81,8
	G3 – Biệt hóa kém	3	5,9
	Tuyến vảy	1	1,8
Phân độ T (n=41)	T1b	1	2,4
	T2	4	9,8
	T3	27	65,9
	T4a	4	9,8
	T4b	5	12,2
	T1a	0	0,0
Phân độ N (n=41)	N1	8	19,5
	N2	26	63,4
	N3	7	17,1
	N0	0	0,0
Vị trí di căn	Phổi	33	60,0
	Hạch	16	29,1
	Gan	11	20,0
	Xương	11	20,0
	Màng phổi	1	1,8
Số cơ quan di căn	1 cơ quan	41	74,5
	2 cơ quan	11	20,0
	3 cơ quan	3	5,5

Bảng 2 trình bày số chu kỳ điều trị và tỉ lệ liều hóa chất sử dụng ở 55 bệnh nhân ung thư thực quản. Tất cả bệnh nhân (100%) hoàn thành ít nhất 3 chu kỳ điều trị, trong đó có 69,1% hoàn thành đủ 6 chu kỳ. Về tỉ lệ liều hóa chất so với liều chuẩn, 34,5% bệnh nhân được sử dụng $\geq 90\%$ liều, 54,5% sử dụng từ 85% đến dưới 90%, và 10,9% sử dụng dưới 85% liều hóa chất.

Bảng 2. Số chu kỳ điều trị và tỉ lệ liều hóa chất sử dụng

Nội dung	Phân nhóm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số chu kỳ điều trị	Hoàn thành 3 chu kỳ	55	100,0
	Hoàn thành 6 chu kỳ	38	69,1
Tỷ lệ liều hóa chất so với chuẩn	$\geq 90\%$	19	34,5
	85% – < 90%	30	54,5
	< 85%	6	10,9
	Tổng	55	100,0

Bảng 3 trình bày tỉ lệ đáp ứng của tổn thương đích ở 55 bệnh nhân sau điều trị. Có 2 bệnh nhân (3,6%) đạt đáp ứng hoàn toàn, 26 bệnh nhân (47,3%) đáp ứng một phần, 16 bệnh nhân (29,1%) có bệnh giữ nguyên và 11 bệnh

nhân (20,0%) có bệnh tiến triển.

Bảng 3. Tỉ lệ đáp ứng của tổn thương đích

Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Hoàn toàn	2	3,6
Một phần	26	47,3
Bệnh giữ nguyên	16	29,1
Bệnh tiến triển	11	20,0
Tổng	55	100,0

Bảng 4 trình bày phân tích thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) theo các đặc điểm lâm sàng. Trung vị PFS ở nhóm bệnh nhân dưới 50 tuổi và từ 50 tuổi trở lên đều là 5,2 tháng. Theo độ mô học, trung vị PFS lần lượt là 7,4 tháng ở độ 1, 5,9 tháng ở độ 2 và 3,7 tháng ở độ 3. Bệnh nhân có một vị trí di căn có trung vị PFS là 5,4 tháng, trong khi nhóm có hơn một vị trí di căn là 5,1 tháng. Trung vị PFS theo vị trí di căn là 5,6 tháng ở nhóm di căn phổi, 5,2 tháng ở nhóm di căn hạch và xương, và 3,7 tháng ở nhóm di căn gan. Nhóm bệnh nhân sử dụng dưới 90% liều hóa chất có trung vị PFS là 5,1 tháng, trong khi nhóm dùng $\geq 90\%$ liều là 6,1 tháng. Cuối cùng, nhóm di căn từ đầu có trung vị PFS là 5,4 tháng, so với 5,1 tháng ở nhóm tái phát sau điều trị triệt căn.

Bảng 4. Phân tích sống thêm không bệnh tiến triển theo các đặc điểm lâm sàng

Nhóm	Đặc điểm	Số bệnh nhân	Trung vị PFS (tháng)	p
Tuổi	< 50	11	5,2	0,810
	≥ 50	44	5,2	
Độ mô học	Độ 1-biệt hóa tốt	7	7,4	0,615
	Độ 2-biệt hóa vừa	45	5,9	
	Độ 3-biệt hóa kém	3	3,7	
Số vị trí di căn	1 vị trí	41	5,4	0,274
	>1 vị trí	14	5,1	
Vị trí di căn	Phổi	25	5,6	0,716
	Hạch	8	5,2	
	Gan	4	3,7	
	Xương	4	5,2	
Liều hóa chất	< 90%	36	5,1	0,006
	$\geq 90\%$	19	6,1	
Tình trạng ban đầu	Di căn từ đầu	41	5,4	0,042
	Tiến triển sau điều trị	14	5,1	

Bảng 5 trình bày các tác dụng phụ theo nhóm và mức độ. Trong nhóm tác dụng phụ trên hệ tạo huyết, hạ Hemoglobin gặp ở 34 bệnh nhân (61,8%) mức độ 1,2; hạ tiểu cầu ở 2 bệnh nhân (3,6%); hạ bạch cầu hạt xuất hiện ở 11 bệnh nhân (20,0%) mức độ 1,2 và 17 bệnh nhân (30,9%) mức độ 3,4; sốt hạ bạch cầu ghi nhận ở 2 bệnh nhân (3,6%) mức độ 1,2. Đối với nhóm tác dụng phụ ngoài hệ tạo huyết, buồn nôn là

triệu chứng phổ biến nhất với 32 bệnh nhân (64,3%), kể đến là rụng tóc với 30 trường hợp (71,4%) ở mức độ nhẹ, nôn ở 12 bệnh nhân (21,8%), bệnh thần kinh ở 10 bệnh nhân (18,2%), tăng AST/ALT ở 11 bệnh nhân (26,2%), các triệu chứng khác như dị ứng, viêm niêm mạc, ảnh hưởng thính lực có tần suất thấp; không ghi nhận tiêu chảy, hạ natri, hay hạ kali. Không có trường hợp nào ghi nhận tác dụng phụ mức độ 3,4 ngoài hệ tạo huyết, ngoại trừ hạ bạch cầu hạt.

Bảng 5. Tác dụng phụ theo nhóm và mức độ

Nhóm	Tác dụng phụ	Độ 1,2	Độ 3,4
Hệ tạo huyết	Hạ Hb	34 (61,8%)	0 (0%)
	Hạ tiểu cầu	2 (3,6%)	0 (0%)
	Hạ bạch cầu hạt	11(20,0%)	17(30,9%)
	Sốt hạ bạch cầu	2 (3,6%)	0 (0%)
Ngoài hệ tạo huyết	Dị ứng, quá mẫn	3 (7,1%)	0 (0%)
	Nôn	12 (21,8%)	0 (0%)
	Buồn nôn	32 (64,3%)	0 (0%)
	Tiêu chảy	0 (0%)	0 (0%)
	Viêm niêm mạc	1 (2,4%)	0 (0%)
	Bệnh thần kinh	10 (18,2%)	0 (0%)
	Anh hưởng thính lực	3 (7,1%)	0 (0%)
	Rụng tóc	30 (71,4%)	NA
	Hạ natri	0 (0%)	0 (0%)
	Hạ kali	0 (0%)	0 (0%)
	Tăng AST/ALT	11 (26,2%)	0 (0%)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 bệnh nhân (3,6%) đạt đáp ứng hoàn toàn, 26 bệnh nhân (47,3%) đạt đáp ứng một phần và 16 bệnh nhân (29,1%) đạt được tình trạng bệnh ổn định. Có 11 trường hợp bệnh tiến triển ngay lần đánh giá đầu tiên (20%). Từ đó, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) là 50,9% và lợi ích lâm sàng là 80%, phản ánh hiệu quả khá khả quan của phác đồ Docetaxel – Cisplatin ở nhóm bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn di căn.

So sánh với nghiên cứu pha II của Jin Young Kim trên 39 bệnh nhân ung thư thực quản tế bào vảy giai đoạn IV, ORR chỉ đạt 33,3% và lợi ích lâm sàng là 61,5%, thấp hơn kết quả của chúng tôi.⁴ Kết quả nghiên cứu của Jaffer A. Ajani trên gần 160 bệnh nhân ung thư dạ dày và đoạn nối thực quản-dạ dày sử dụng phác đồ DC/DCF cũng ghi nhận ORR là 43%, cũng thấp hơn so với chúng tôi.⁵ Một phần nguyên nhân có thể do các nghiên cứu này có tỷ lệ bệnh nhân di căn đa cơ quan và mô học độ 3 cao hơn (lên tới 56%), trong khi nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là di căn đơn cơ quan, với mô học độ 3 chỉ

chiếm 5,5%. Ngược lại, kết quả của chúng tôi lại thấp hơn nghiên cứu của Đinh Thị Hải Duyên, với ORR đạt tới 64,7% khi sử dụng phác đồ mDCF.⁶ Lý do có thể do đối tượng nghiên cứu thuần nhất hơn, toàn bộ đều là di căn ngay từ đầu, trong khi nhóm của chúng tôi có đến 25,5% đã điều trị trước bằng phẫu thuật hoặc hóa xạ trị, khiến đáp ứng kém hơn.

Trong phân tích các yếu tố liên quan đến đáp ứng, chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm theo tuổi, độ mô học, T/N, vị trí và số lượng di căn, hay liều hóa chất ($p > 0,05$). Đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST dựa trên hình ảnh CT có thể khiến tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn thấp hơn thực tế vì một số tổn thương không còn hiện diện trên nội soi nhưng vẫn dày thành trên hình ảnh học. Thực quản là cơ quan rỗng, có cấu trúc đặc biệt nên việc đánh giá khối u chỉ dựa trên CT không hoàn toàn chính xác. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được đánh giá đáp ứng dựa trên triệu chứng và hình ảnh học mà không kết hợp nội soi định kỳ.

Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) trung vị trong nghiên cứu là 5,2 tháng, trung bình 6,3 tháng, phù hợp với các nghiên cứu quốc tế như của Kim và Ajani (PFS trung vị 5 tháng).^{4,5} Tuy nhiên, vẫn thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Kim Anh (PFS trung vị 5,9 tháng), có thể do bệnh nhân của chúng tôi gồm 25,5% tái phát sau điều trị triệt căn, vốn có tiên lượng kém hơn.⁷ Ngoài ra, việc không sử dụng thuốc đích hoặc miễn dịch như trong các nghiên cứu TOGA, Keynote-590 hay Checkmate 649 cũng có thể làm kết quả kém hơn.^{8,9}

Tác dụng phụ không mong muốn được ghi nhận chủ yếu là trên hệ tạo huyết. Hạ bạch cầu trung tính độ 3–4 chiếm 30,9%, tương đương với kết quả của Jin Joung Kim và Jaffer A. Ajani.^{4,5}

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phác đồ hóa trị Docetaxel – Cisplatin mang lại hiệu quả điều trị đáng ghi nhận ở bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn di căn, với tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 50,9%, lợi ích lâm sàng 80% và thời gian sống thêm không bệnh tiến triển trung vị là 5,2 tháng. Phác đồ có độ an toàn chấp nhận được, đa số tác dụng phụ đều ở mức độ nhẹ và có thể kiểm soát, trong đó tác dụng phụ thường gặp nhất là hạ bạch cầu trung tính và các triệu chứng ngoài hệ tạo huyết như buồn nôn, rụng tóc. Kết quả này khẳng định Docetaxel – Cisplatin là một lựa chọn hóa trị khả thi và hiệu quả, góp phần cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng sống cho

người bệnh ung thư thực quản giai đoạn muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2020;n/a(n/a)doi:10.3322/caac.21660
2. **Wu S-G, Zhang W-W, He Z-Y, Sun J-Y, Chen Y-X, Guo L.** Sites of metastasis and overall survival in esophageal cancer: a population-based study. Cancer Management and Research. 2017/12// 2017; Volume 9:781-788. doi:10.2147/CMAR.S150350
3. **Wagner AD, Syn NL, Moehler M, et al.** Chemotherapy for advanced gastric cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017/8/29/ 2017;2017(8)doi:10.1002/14651858.CD004064.pub4
4. **Kim JY, Do YR, Park KU, et al.** A multi-center phase II study of docetaxel plus cisplatin as first-line therapy in patients with metastatic squamous cell esophageal cancer. Cancer Chemotherapy and Pharmacology. 2010/5// 2010; 66(1):31-36. doi:10.1007/s00280-009-1130-6
5. **Ajani JA, Fodor MB, Tjulandin SA, et al.** Phase II Multi-Institutional Randomized Trial of Docetaxel Plus Cisplatin With or Without Fluorouracil in Patients With Untreated, Advanced Gastric, or Gastroesophageal Adenocarcinoma. Journal of Clinical Oncology. 2005/8/20/ 2005; 23(24): 5660-5667. doi:10.1200/JCO.2005.17.376
6. **Đinh Thị Hải D.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư thực quản giai đoạn tiến triển, di căn bằng phác đồ mDCF. Tạp chí Y học Việt Nam. 2018 2018;
7. **Trần TKA.** Kết quả điều trị phác đồ mDCF trong ung thư biểu mô thực quản giai đoạn di căn tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Trường Đại học Y Hà Nội; 2022.
8. **Soularue É, Cohen R, Tournigand C, et al.** Efficacy and safety of trastuzumab in combination with oxaliplatin and fluorouracil-based chemotherapy for patients with HER2-positive metastatic gastric and gastro-oesophageal junction adenocarcinoma patients: a retrospective study. Bulletin Du Cancer. 2015/4// 2015; 102(4): 324-331. doi:10.1016/j.bulcan.2014.08.001
9. **Kato K, Shah MA, Enzinger P, et al.** KEYNOTE-590: Phase III study of first-line chemotherapy with or without pembrolizumab for advanced esophageal cancer. Future Oncology (London, England). 2019/4// 2019;15(10):1057-1066. doi:10.2217/fon-2018-0609

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÌNH TRẠNG NHIỄM MỠ Ở BỆNH GAN NHIỄM MỠ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA

Hà Vũ¹, Trần Thị Khánh Tường¹, Hồ Thượng Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng về độ nhiễm mỡ ở bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 193 bệnh nhân gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa khám và điều trị tại bệnh viện Thống Nhất. **Kết quả:** Nam giới chiếm đa số (60,1%), với tuổi trung bình $69,5 \pm 9,3$ và BMI trung bình $25,3 \pm 2,8$ kg/m²; có tới 83,9% bệnh nhân thừa cân hoặc béo phì. Tỷ lệ béo trung tâm rất cao (89,1%), 40% bệnh nhân mắc đái tháo đường (ĐTĐ). Nồng độ triglyceride trung bình tăng dần theo mức độ rối loạn chuyển hóa, lần lượt là 2,06 mmol/L (nhóm không ĐTĐ, BMI < 23), 2,18 mmol/L (không ĐTĐ, BMI ≥ 23), và 2,69 mmol/L (có ĐTĐ) với $p = 0,042$. Ngược lại, HDL-c, LDL-c và men gan (ALT, AST, GGT) không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa. Tỷ lệ gan nhiễm mỡ trên siêu âm cao nhất ở nhóm ĐTĐ (96%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Chỉ số FLI

(Fatty Liver Index) ≥ 60 tăng dần từ 0% lên đến 51% tương ứng với mức độ rối loạn chuyển hóa. **Kết luận:** MAFLD ở người Việt lớn tuổi có tỷ lệ béo trung tâm và đái tháo đường cao, ngay cả khi BMI không quá cao. Chỉ số FLI cho thấy giá trị trong phân tầng nguy cơ theo mức độ rối loạn chuyển hóa, nhận diện và quản lý MAFLD trong thực hành lâm sàng. **Từ khóa:** MAFLD; Độ nhiễm mỡ gan; FibroTouch.

SUMMARY

CLINICAL AND BIOCHEMICAL FEATURES AND STEATOSIS SEVERITY IN METABOLIC DYSFUNCTION-ASSOCIATED FATTY LIVER DISEASE

Objective: To describe clinical and paraclinical characteristics related to hepatic steatosis in patients with metabolic dysfunction-associated fatty liver disease (MAFLD). **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 193 patients diagnosed with MAFLD who underwent examination and treatment at Thong Nhat Hospital. **Results:** Males accounted for the majority (60,1%) with a mean age of $69,5 \pm 9,3$ years and a mean BMI of $25,3 \pm 2,8$ kg/m²; 83,9% of patients were overweight or obese. The prevalence of central obesity was high (89,1%), and 40% of patients had diabetes (DM). Mean triglyceride levels increased progressively with metabolic severity: 2,06 mmol/L (non-DM, BMI < 23), 2,18 mmol/L (non-DM, BMI ≥

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Hà Vũ

Email: havudr@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025