

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC 1 PEMBROLIZUMAB UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV CÓ PD-L1 $\geq$ 1% TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Thị Thái Hòa², Nguyễn Thị Thu Hường³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bước 1 Pembrolizumab trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IV có PD-L1 $\geq$ 1% tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 40 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV có PD-L1 $\geq$ 1% đã được điều trị Pembrolizumab bước 1 tại Bệnh viện K từ tháng 01/2024 đến tháng 04/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng một phần là 55%, không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn, bệnh giữ nguyên đạt 35% và 10% bệnh tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 90%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là 10,6 $\pm$ 2,8 tháng. Tỷ lệ PFS thời điểm 6 tháng là 62,5%, 12 tháng là 32,5%. Tỷ lệ gặp độc tính bất kỳ là 45%, tỷ lệ độc tính trên hệ huyết học là 7,5%, độc tính ngoài hệ tạo huyết là 37,5%, độc tính liên quan đến miễn dịch là 10%. Các độc tính thường gặp độ 1,2. **Kết luận:** Điều trị bước 1 Pembrolizumab cho thấy hiệu quả tốt trên các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV có PD-L1 $\geq$ 1% với thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 10,6 $\pm$ 2,8 tháng và tỷ lệ kiểm soát bệnh là 90% đồng thời tác dụng không mong muốn có thể quản lý tốt.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn IV, điều trị miễn dịch, pembrolizumab.

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF FIRST-LINE PEMBROLIZUMAB FOR STAGE IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER PD-L1 $\geq$ 1% IN K HOSPITAL

Objectives: Assessing the treatment results and adverse events of first-line pembrolizumab for the treatment of stage IV non-small cell lung cancer patients in K hospital from 01/2024 to 04/2025. **Patients and methods:** Descriptive study of 40 patients diagnosed of stage IV NSCLC at K hospital from 01/2024 to 04/2025. **Results:** The partial response rate is 55%, stable disease accounts for 35%, and progressive disease accounts for 10%. The disease control rate is 90%. The average progression-free survival (PFS) time is 10.6 $\pm$ 2.8 months. The 6 months PFS rate is 62.5% and 12 months PFS rate is 32.5%. The rate of hematological toxicity was 7.5%, non-hematological toxicity was 37.5%, and immune-related toxicity was 10%. Common toxicities were

grade 1 and 2. **Keywords:** Non-small cell lung cancer (NSCLC), stage IV, immunotherapy, pembrolizumab.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) thuộc nhóm 10 loại ung thư phổ biến nhất và là một trong những nguyên nhân gây tử vong do ung thư hàng đầu trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2022, tại Việt Nam, UTP đứng thứ 3 về tỷ lệ mắc và đứng thứ 2 về tỷ lệ tử vong do ung thư.¹ UTP giai đoạn muộn có tỷ lệ đáp ứng thấp với hóa trị và tiên lượng chung xấu. Trong vài thập kỷ gần đây, bên cạnh sự ra đời của các thuốc nhắm trúng đích thì điều trị miễn dịch cũng đem lại nhiều lợi ích cho nhóm bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IV. Điều trị miễn dịch là phương pháp điều trị ung thư bằng cách kích thích hệ miễn dịch của cơ thể bệnh nhân chống lại tế bào ung thư chủ yếu là do tác động vào các chốt kiểm soát miễn dịch như PD-L1, CTLA-4. Một trong những thuốc điều trị miễn dịch được sử dụng phổ biến nhất là Pembrolizumab - một kháng thể đơn dòng hoạt động bằng cách ức chế protein PD-1 trên tế bào T, ngăn chặn tín hiệu mà tế bào ung thư sử dụng để tránh sự tấn công của hệ miễn dịch. Qua nhiều thử nghiệm lâm sàng, Pembrolizumab đã chứng minh được hiệu quả và tính an toàn. Nghiên cứu Keynote 042 so sánh hiệu quả Pembrolizumab và hóa chất trong điều trị bước 1 UTPKTBN giai đoạn muộn có PD-L1 $\geq$ 1%, kết quả cho thấy nhóm điều trị miễn dịch cải thiện sống thêm toàn bộ hơn so với nhóm điều trị hóa trị (16,7 tháng so với 12,1 tháng) và độc tính gặp phải ít hơn (63% so với 90%).² Tại Việt Nam, Pembrolizumab cũng trở thành điều trị đầu tay cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV có PD-L1 dương tính. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu phân tích kết quả điều trị này trên nhóm bệnh nhân người Việt Nam. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá kết quả điều trị bước 1 Pembrolizumab UTPKTBN giai đoạn IV có PD-L1 $\geq$ 1% từ tháng 01/2024 đến tháng 04/2025 tại Bệnh viện K".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 40 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV có PD-L1 $\geq$ 1 được điều trị bằng Pembrolizumab bước 1 tại Bệnh viện K từ tháng 01/2024 đến tháng 04/2025.

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hằng

Email: hanghmu98@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Chẩn đoán xác định dựa trên kết quả mô bệnh học là UTPKTBN giai đoạn IV.
- PD-L1 TPS $\geq 1\%$.
- Không có đột biến gen: EGFR, ALK.
- Tuổi ≥ 18
- Điểm toàn trạng (ECOG) là 0-2.
- Được điều trị bằng pembrolizumab đơn trị bước 1 ít nhất 3 chu kì tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.
- Có đủ hồ sơ bệnh án lưu trữ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân mắc ung thư thứ 2 kèm theo.
- Bệnh nhân được chẩn đoán mắc hoặc nghi ngờ mắc các bệnh lý kèm theo và/hoặc sử dụng thuốc được chứng minh ảnh hưởng đến quá trình theo dõi tại thời điểm trước, trong quá trình điều trị Pembrolizumab.
- Bệnh nhân đang mang thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu có theo dõi dọc

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tổng số thu thập được 40 bệnh nhân.

Biến số, chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm quần thể bệnh nhân: tuổi, giới, chỉ số toàn trạng, hút thuốc lá, triệu chứng lâm sàng, mô bệnh học, tình trạng bộc lộ PD-L1.
- Kết quả điều trị: tỷ lệ đáp ứng, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS), tác dụng không mong muốn (TDKMM).

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Lựa chọn các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.
- Thu thập hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu.
- Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trước điều trị: tuổi, giới, hút thuốc, ECOG, vị trí di căn, mô bệnh học, mức độ bộc lộ PD-L1.
- Đánh giá kết quả điều trị:
 - + Ghi nhận số chu kì điều trị Pembrolizumab
 - + Đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1
 - + Đánh giá PFS: thời gian từ lúc bắt đầu điều trị cho đến khi bệnh tiến triển hoặc tử vong.
 - + TDKMM trong quá trình điều trị theo CTCAE 5.0
- Xử lý số liệu

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

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Dựa vào quyết định hội đồng thông qua đề tài 452/QĐ-ĐHYHN
- Việc tiến hành nghiên cứu nhận được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện K.

- Thông tin về tình trạng bệnh và thông tin cá nhân khác của bệnh nhân được giữ bí mật.
- Các thông tin thu được của đối tượng chỉ nhằm mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu****Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Đặc điểm bệnh nhân	N	Tỷ lệ (%)
Tuổi (trung bình)	65,3±8,6	
Giới		
Nam	34	85
Nữ	6	15
Hút thuốc lá		
Không	8	20
Có	32	80
Chỉ số toàn trạng ECOG		
0	22	55
1	17	42,5
2	1	2,5
Triệu chứng lâm sàng		
Ho	20	50
Đau ngực	9	22,5
Khó thở	2	5
Triệu chứng do xâm lấn, di căn xa	15	37,5
Vị trí di căn(*)		
Hạch	10	25
Phổi đối bên	18	45
Não	9	22,5
Màng phổi	10	25
Tuyến thượng thận	7	17,5
Gan	2	5
Xương	10	25
Phần mềm	1	2,5
Mô bệnh học		
UTBM vảy	8	20
UTBM không vảy	32	80
PD-L1 (TPS)		
1-49%	7	17,5
≥ 50%	33	82,5

(*): một bệnh nhân có thể có nhiều vị trí di căn

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 65,3 $\pm$ 8,6 tuổi. Nam giới chiếm chủ yếu, nam/ nữ= 5/1. Đa số bệnh nhân đều có thể trạng ECOG 0-1 (97,5%). Bệnh nhân đi khám chủ yếu do triệu chứng hô hấp (62,5%). Vị trí di căn hay gặp nhất là phổi đối bên, màng phổi, xương, hạch. Về đặc điểm mô bệnh học, ung thư biểu mô không vảy chiếm đa số (80%) trong đó hầu hết là UTBM tuyến. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có chỉ số TPS $\geq 50\%$ (82,5%).

3.2. Kết quả điều trị**3.2.1. Đánh giá đáp ứng**

Bảng 2. Tỷ lệ đáp ứng

Tình trạng đáp ứng	N (%)
Bệnh đáp ứng một phần	22 (55%)
Bệnh giữ nguyên	14 (35%)
Bệnh tiến triển	4 (10%)

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng một phần là 55%, bệnh giữ nguyên đạt 14% và 10% bệnh tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 90%.

3.2.2. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS)

Bảng 3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Số bệnh nhân (N)	Thời gian STBKTT trung vị (tháng)	Thời gian STBKTT trung bình (tháng)	Tỷ lệ STBKTT 6 tháng (%)	Tỷ lệ STBKTT 12 tháng (%)
40	10,6±2,8	14,1±1,7	62,5%	32,5%

Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 10,6 tháng (95%CI 5,1-16,1). Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển 6 tháng và 12 tháng lần lượt là 62,5% và 32,5%.

3.2.3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và các yếu tố liên quan

Bảng 4. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và các yếu tố liên quan

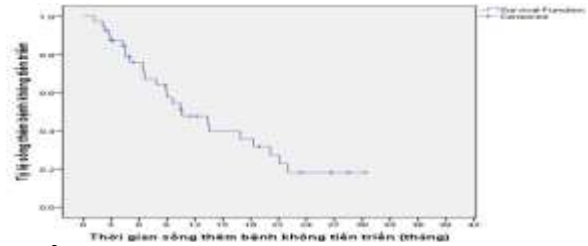
Yếu tố phân tích	Thời gian PFS trung vị (tháng)	Giá trị p
Tuổi	<65	16,9 ± 3,0
	≥65	6,6 ± 2,1
Chỉ số toàn trạng	ECOG 0	16,9 ± 3,0
	ECOG 1-2	6,6 ± 2,1
Mô bệnh học	Không vảy	13,4 ± 2,2
	Vảy	7,9±2,2
Bộc lộ PD-L1	TPS ≥ 50%	10,6 ± 5,9
	TPS 1-49%	9,5±2,4

Nhận xét: Không có mối tương quan về thời gian PFS trung vị và các yếu tố như: tuổi, chỉ số toàn trạng, mô bệnh học và tình trạng bộc lộ PD-L1.

3.2.4. Tác dụng không mong muốn

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn

TDKMM	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
TDKMM liên quan đến miễn dịch				
Suy giáp	0	0	0	0
Cường giáp	0	0	0	0
Suy thượng thận	0	1(2,5%)	0	0
Viêm phổi kẽ	1(2,5%)	0	1(2,5%)	0
Phản ứng trên da	0	1(2,5%)	0	0
Phản ứng truyền	0	0	0	0
TDKMM trên huyết học				
Giảm hồng cầu	2(5%)	0	0	0
Giảm bạch cầu	1(2,5%)	0	0	0
Giảm tiểu cầu	0	0	0	0
TDKMM ngoài huyết học				
Tăng men gan	3(7,5%)	2(5%)	1(2,5%)	0
Tăng creatinine	1(2,5%)	1(2,5%)	0	0
Tăng đường huyết	3(7,5%)	0	0	0

**Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**

Nhận xét: Các TDKMM liên quan đến miễn dịch ghi nhận 2 bệnh nhân viêm phổi kẽ (5%) trong đó có 1 bệnh nhân độ 3. 1 bệnh nhân suy tuyến thượng thận độ 2 (2,5%) và 1 bệnh nhân ghi nhận phản ứng trên da độ 2 (2,5%). Tỷ lệ TDKMM trên huyết học thấp và đều ở độ 1. Tăng men gan (AST và/ hoặc ALT) xảy ra ở 6 bệnh nhân (15%) trong đó 3 bệnh nhân gặp độc tính độ 1,2 bệnh nhân gặp độc tính độ 2 và 1 bệnh nhân độc tính độ 3.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả điều trị. UTP mới chẩn đoán đã có gần 50% ở giai đoạn muộn và có tiên lượng xấu.³ Liệu pháp hóa trị bộ đôi nền tảng platinum mang lại hiệu quả hạn chế với tỷ lệ đáp ứng khoảng 30% và tỷ lệ sống thêm toàn bộ chỉ khoảng 8,5 tháng kèm theo nhiều tác dụng không mong muốn.⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng một phần là 55%, bệnh ổn định đạt 35% và 10% bệnh tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 90%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu Keynote 042 với tỷ lệ đáp ứng ở nhóm TPS ≥1% chỉ 27% và nhóm có TPS ≥50% là 39%.² Tỷ lệ này cũng cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Lê Huy (2022) với tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 83,3% trong đó đáp ứng hoàn toàn là 3,3%, đáp ứng một phần là 36,7%, bệnh ổn định là 43,3%. Nhiều nghiên cứu về liệu pháp miễn dịch đã được tiến hành với thời gian sống thêm bệnh không tiến triển được xem là tiêu chí đánh giá hiệu quả của thuốc trong điều trị bệnh. Trong nghiên cứu Keynote 042, trung vị PFS của nhóm PD-L1 TPS ≥50% là 7,7 tháng, TPS≥20% là 6,2 tháng và nhóm TPS≥1% là 5,4 tháng². Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung vị PFS là 10,6±2,8 tháng, thấp nhất là 2,1 tháng, nhiều nhất là 30,3 tháng và có 4 bệnh nhân chưa tiến triển tại thời điểm kết thúc nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân đạt PFS tại

thời điểm 6 tháng và 12 tháng là 62,5% và 32,5%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể do số lượng bệnh nhân nghiên cứu còn hạn chế ($n=40$). Các bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu có thể trạng tốt với chỉ số ECOG 0,1 chiếm tới 97,5%. Nhóm bệnh nhân có thể trạng ECOG 0 (55%) cao hơn trong nghiên cứu Keynote 042 (31%).² Ngoài ra, tỷ lệ bệnh nhân có PD-L1 $\geq 50\%$ trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 82,5%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Lê Huy (2022) (63,3%) và nghiên cứu Keynote 042 (47%). Tỷ lệ bệnh nhân UTBM không vảy (80%) trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với các nghiên cứu trong và ngoài nước khác (Keynote 042: 62%).

Nhóm bệnh nhân tuổi trẻ, chỉ số ECOG 0, mô bệnh học UTBM không vảy và mức độ bộc lộ PD-L1 cao cho trung vị PFS cao hơn so với nhóm còn lại tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Kết quả của các nghiên cứu nước ngoài đã công bố cho thấy, nhóm bệnh nhân có thể trạng tốt có khả năng đạt được hiệu quả tốt hơn khi điều trị Pembrolizumab, giảm được tỷ lệ bệnh tiến triển hoặc tử vong và kéo dài thời gian sống thêm so với nhóm ECOG 1.⁵ Điều này là do các bệnh nhân thể trạng tốt thường có gánh nặng về khối u thấp hơn, dung nạp với điều trị tốt hơn và ít bệnh lý đi kèm hơn so với nhóm ECOG 1, vì vậy tiên lượng chung tốt hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm UTBM không vảy có trung vị PFS dài hơn so với nhóm UTBM vảy (13,4 và 7,9 tháng). Khi phân tích dưới nhóm trong nghiên cứu Keynote 024, nhóm UTBM vảy giúp giảm 65% tỷ lệ bệnh tiến triển hoặc tử vong ($HR=0,35$) so với nhóm UTBM không vảy là 45% ($HR=0,55$).⁵ Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào so sánh trực tiếp 2 nhóm này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm PD-L1 trên 50% có trung vị PFS ($10,6 \pm 5,9$ tháng) dài hơn so với nhóm 1-49% ($9,5 \pm 2,4$ tháng), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Điều này có thể do số lượng bệnh nhân nghiên cứu chưa nhiều. Các kết quả này cũng ủng hộ với giả thiết: khối u có bộc lộ PD-L1 càng cao thì càng đáp ứng với liệu pháp miễn dịch.

4.2. Tác dụng không mong muốn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân gặp TDKMM bất kỳ là 45%, trong đó 10% bệnh nhân gặp phải TDKMM liên quan đến miễn dịch, 7,5% bệnh nhân có TDKMM trên hệ huyết học và 37,5% bệnh nhân gặp TDKMM ngoài hệ huyết học. Tuy nhiên, hầu hết độc tính trên các bệnh nhân này đều ở mức độ 1,2, chỉ có một bệnh nhân có viêm phổi kẽ độ 3 và một bệnh nhân

tăng men gan độ 3 phải dừng điều trị, không có bệnh nhân nào tử vong do độc tính. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu Keynote 042 với tỷ lệ bệnh nhân gặp TDKMM bất kỳ là 63%, trong đó 18% bệnh nhân có độc tính mức độ nặng (độ 3 trở lên).² Các TDKMM trên hệ tạo huyết đều ở độ 1 trong đó thiếu máu (5%), hạ bạch cầu (2,5%), không có bệnh nhân nào bị hạ tiểu cầu. Điều này cho thấy tác dụng không mong muốn của pembrolizumab trên hệ huyết học là rất thấp, chỉ khoảng 1 đến 2 bệnh nhân xuất hiện trong quá trình điều trị. Kết quả này khá tương đồng kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Tỷ lệ bệnh nhân tăng men gan là 15% gặp ở độ 1-3. Tăng creatinin gặp độ 1,2 với tần suất 5%. Tăng đường huyết độ 1 với tần suất 7,5%. Bệnh nhân tăng men gan độ 3 trong nghiên cứu của chúng tôi có tiền sử viêm gan B mạn tính. Việc kích hoạt hệ miễn dịch có thể làm virus hoạt động mạnh mẽ hơn. Tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu Keynote 042 với biến chứng viêm gan khoảng 2%, suy thận và đái tháo đường khoảng 1%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể do số lượng bệnh nhân nghiên cứu ít, hơn nữa tăng men gan, tăng creatinin hay glucose máu ở các bệnh nhân này chưa đủ bằng chứng khẳng định đó là biểu hiện của viêm gan, suy thận hay đái tháo đường typ 1 liên quan đến miễn dịch. Các TDKMM liên quan đến miễn dịch được ghi nhận là viêm phổi kẽ chiếm 5%, suy tuyến thượng thận và phản ứng da chiếm 2,5%, không có bệnh nhân nào mắc viêm ruột và phản ứng truyền. Các tác dụng phụ như suy giáp, cường giáp không ghi nhận được có thể do nhiều bệnh nhân không được theo dõi nồng độ hormon cũng như phần lớn các độc tính này ở các nghiên cứu cũng xảy ra ở độ 1-2, triệu chứng kín đáo và tỷ lệ xuất hiện thấp. Các TDKMM liên quan đến miễn dịch trong nghiên cứu của chúng tôi (10%) thấp hơn so với nghiên cứu Keynote 042 (28%).² Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Thị Thu Hà (2020) và Trịnh Lê Huy (2022) với tỷ lệ bệnh nhân có độc tính viêm phổi, phản ứng trên da, phản ứng tiêm truyền rất thấp ($<1\%$). Kết quả của các nghiên cứu đều cho thấy TDKMM của Pembrolizumab thường gặp ở mức độ 1-2 và có thể quản lý tốt.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 40 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV có PD-L1 $\geq 1\%$ điều trị bước 1 Pembrolizumab tại bệnh viện K cho thấy phác đồ mang lại hiệu quả tốt và mức độ an toàn cao với: tỷ lệ đáp ứng 55% và tỷ lệ kiểm

soát bệnh 90%. Trung vị PFS là $10,6 \pm 2,8$ tháng. TDKMM liên quan đến miễn dịch chủ yếu là độ 1-2 và có thể kiểm soát tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. Mok TSK, Wu YL, Kudaba I, et al. Pembrolizumab versus chemotherapy for previously untreated, PD-L1-expressing, locally advanced or metastatic non-small-cell lung cancer (KEYNOTE-042): a randomised, open-label, controlled, phase 3 trial. The Lancet. 2019;

393(10183):1819-1830. doi:10.1016/S0140-6736(18)32409-7

3. Stage 4 Lung Cancer Prognosis: What to Expect. Healthline. March 22, 2019. Accessed May 26, 2024. <https://www.healthline.com/health/stage-4-lung-cancer-prognosis>
4. Cosaert J, Quoix E. Platinum drugs in the treatment of non-small-cell lung cancer. Br J Cancer. 2002;87(8): 825-833. doi:10.1038/sj.bjc.6600540
5. Reck M, Rodríguez-Abreu D, Robinson AG, et al. Updated Analysis of KEYNOTE-024: Pembrolizumab Versus Platinum-Based Chemotherapy for Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer With PD-L1 Tumor Proportion Score of 50% or Greater. J Clin Oncol. 2019;37(7):537-546. doi:10.1200/JCO.18.00149

ĐẶC ĐIỂM TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI BỆNH CÓ U THƯỢNG THẬN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đặng Thị Mai^{1,2}, Nguyễn Quang Bảy^{1,3}, Ngô Đức Kỳ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tăng huyết áp (THA) và đánh giá sự thay đổi huyết áp sau phẫu thuật ở người bệnh có u thượng thận tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu có theo dõi dọc, tiến hành trên 98 người bệnh được chẩn đoán u tuyến thượng thận tại bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 4 năm 2025. **Kết quả:** THA gặp ở 87,8% người bệnh, với 43% cần ≥ 3 nhóm thuốc hạ áp và 26,7% đã có biến chứng tim mạch-thận. Thời gian trung bình bị THA là $5,96 \pm 5,68$ năm, dài nhất ở nhóm hội chứng Conn. Sau phẫu thuật, 80,8% người bệnh giảm số nhóm thuốc và 61,8% khỏi THA. Ở nhóm hội chứng Conn, 49,2% người bệnh bị chẩn đoán muộn; nhóm này có chức năng thận kém hơn, nhiều bệnh lý tim mạch hơn, phải sử dụng nhiều nhóm thuốc hạ áp hơn và tỷ lệ khỏi bệnh thấp hơn sau phẫu thuật (32,1% so với 77,8%; $p = 0,001$). **Kết luận:** THA ở người bệnh u tuyến thượng thận, đặc biệt trong hội chứng Conn, thường kéo dài và khó kiểm soát. Chẩn đoán muộn vẫn còn phổ biến và ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả điều trị. Việc sàng lọc nguyên nhân thứ phát cần được chú trọng để cải thiện tiên lượng lâu dài. **Từ khóa:** u tuyến thượng thận, THA thứ phát, THA nội tiết, cường aldosterone tiên phát.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF HYPERTENSION IN

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Mai

Email: maidang130994@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 29.8.2025

PATIENTS WITH ADRENAL TUMORS AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: Characteristics of hypertension and assessment of blood pressure changes after adrenalectomy in patients with adrenal tumors at Bach Mai hospital. **Subjects and Methods:** The study included 98 patients diagnosed with adrenal tumors at Bach Mai hospital between August 2024 and April 2025. **Results:** Hypertension was observed in 87.8% of patients, with 43% requiring ≥ 3 classes of antihypertensive medications and 26.7% having developed cardiovascular or renal complications. The mean duration of hypertension was 5.96 ± 5.68 years, with the longest duration found in patients with Conn's syndrome. Following surgery, 80.8% of patients reduced the number of antihypertensive drug classes used, and 61.8% achieved hypertension remission. In the Conn's syndrome group, 49.2% of patients were diagnosed at a late stage; this group had worse renal function, a higher prevalence of cardiovascular comorbidities, required more antihypertensive drug classes, and had a lower post-operative cure rate compared to others (32.1% vs. 77.8%; $p = 0.001$). **Conclusion:** Hypertension in patients with adrenal tumors, particularly in Conn's syndrome, is often prolonged and difficult to control. Delayed diagnosis remains common and significantly impacts treatment outcomes. Screening for secondary causes should be emphasized to improve long-term prognosis. **Keywords:** adrenal tumor, secondary hypertension, endocrine hypertension, hyperaldosteronism.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

THA là một căn bệnh mãn tính rất phổ biến ảnh hưởng đến hơn 1 tỷ người trên toàn thế giới và là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu với 10,4 triệu ca tử vong trên toàn cầu mỗi năm.¹