

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ HÓA XẠ ĐỒNG THỜI CÓ CÙNG CỐ BẰNG DURVALUMAB BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB TẠI BỆNH VIỆN K

Lương Văn Đồng¹, Nguyễn Thị Thái Hòa², Nguyễn Văn Đăng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu và độ an toàn của phác đồ hóa xạ trị đồng thời (HXTĐT) có cùng cố bằng Durvalumab ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IIIB tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc được thực hiện trên 54 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIIB, điều trị bằng hóa xạ đồng thời, sau đó cùng cố miễn dịch Durvalumab tại Bệnh viện K trong giai đoạn từ 2022 đến 2025. **Kết quả:** Trong 54 bệnh nhân nghiên cứu độ tuổi trung bình là $61 \pm 9,7$ tuổi; phần lớn có chỉ số ECOG 0–1 (96,3%) và mô bệnh học không tế bào vảy (87,0%). Sau HXTĐT, tỷ lệ đáp ứng một phần đạt 64,8%. Trong giai đoạn điều trị miễn dịch, 27,8% bệnh nhân đạt tình trạng bệnh ổn định, 18,5% đáp ứng một phần và 38,9% tiến triển bệnh. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển trung vị là $18,7 \pm 8,1$ tháng. Tác dụng phụ chủ yếu là nhẹ (độ 1–2), thường gặp nhất là viêm phổi (44,4% sau HXT, 35,2% trong giai đoạn miễn dịch). Tỷ lệ độc tính nghiêm trọng thấp (7,6%). **Kết luận:** Phác đồ HXTĐT có cùng cố bằng Durvalumab cho kết quả bước đầu khả quan về hiệu quả kiểm soát bệnh và được dung nạp tốt.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, hóa xạ trị đồng thời, Durvalumab...

SUMMARY

INITIAL TREATMENT OUTCOMES OF CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY FOLLOWED BY DURVALUMAB CONSOLIDATION IN PATIENTS WITH STAGE IIIB NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the preliminary outcomes and safety of concurrent chemoradiotherapy (CCRT) followed by Durvalumab consolidation in patients with stage IIIB unresectable non-small cell lung cancer (NSCLC) at K Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study with longitudinal follow-up was conducted on 54 patients with stage IIIB non-small cell lung cancer (NSCLC), treated with concurrent chemoradiotherapy followed by Durvalumab consolidation at K Hospital from 2021 to 2025. **Results:** Among the 54 patients included in the study, the mean age was 61 ± 9.7 years. The majority

had an ECOG performance status of 0–1 (96.3%) and non-squamous histology (87.0%). Following concurrent chemoradiotherapy, the partial response rate was 64.8%. During the immunotherapy phase, 27.8% of patients achieved stable disease, 18.5% had a partial response, and 38.9% experienced disease progression. The median progression-free survival was 18.7 ± 8.1 months. Most adverse events were mild (grade 1–2), with pneumonitis being the most common (44.4% after chemoradiotherapy and 35.2% during immunotherapy). The rate of severe toxicity was low (7.6%). **Conclusion:** Concurrent chemoradiotherapy followed by Durvalumab consolidation demonstrated promising initial efficacy and good tolerability in patients with unresectable stage IIIB NSCLC. **Keywords:** Non-small cell lung cancer; concurrent chemoradiotherapy; consolidation therapy; Durvalumab...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn cầu. Theo Globocan 2022, toàn thế giới ghi nhận hơn 2,48 triệu ca mắc mới và 1,82 triệu ca tử vong do UTP, đứng đầu trong tất cả các loại ung thư về tỷ lệ mắc và tử vong.(1) Tại Việt Nam, ung thư phổi xếp thứ ba về tỷ lệ mắc ở cả hai giới, với hơn 24.000 ca mới và hơn 23.000 trường hợp tử vong mỗi năm.(2)

Về mô bệnh học, UTP được chia thành hai nhóm chính: ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN), chiếm khoảng 85%, và ung thư phổi tế bào nhỏ, chiếm khoảng 15%. Khoảng 35–50% bệnh nhân UTPKTBN được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển tại chỗ hoặc vùng (giai đoạn III), khi không còn khả năng phẫu thuật, với tiên lượng sống thêm sau 5 năm còn hạn chế (13–37%).(3)

Đối với nhóm bệnh nhân này, hóa xạ trị đồng thời (HXTĐT) là phương pháp điều trị chuẩn, sử dụng các phác đồ hóa trị nền tảng platinum như paclitaxel–carboplatin, etoposide–cisplatin, pemetrexed–cisplatin,... lựa chọn tùy theo thể trạng và điều kiện kinh tế. Trước đây, sau HXTĐT, bệnh nhân không được điều trị tiếp theo do chưa có bằng chứng về hiệu quả của các liệu pháp cùng cố.

Sự ra đời của liệu pháp miễn dịch, đặc biệt là các thuốc ức chế trạm kiểm soát miễn dịch như kháng PD-L1, đã mở ra hướng đi mới trong điều trị ung thư phổi. Một trong những bước ngoặt

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lương Văn Đồng

Email: luongvandong21061998@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 19.9.2025.

quan trọng trong điều trị UTPKTBN giai đoạn III là kết quả của nghiên cứu PACIFIC – một thử nghiệm lâm sàng quốc tế, ngẫu nhiên, pha III – đã chứng minh vai trò của điều trị củng cố bằng Durvalumab sau HXTĐT. Nghiên cứu này đã đặt nền móng cho việc thay đổi thực hành lâm sàng trên toàn cầu, với việc Durvalumab được khuyến cáo như lựa chọn chuẩn cho bệnh nhân đạt đáp ứng hoặc bệnh ổn định sau hóa xạ trị.

Tại Việt Nam, phác đồ hóa xạ trị đồng thời có củng cố Durvalumab đã được triển khai tại một số cơ sở ung bướu lớn, trong đó có Bệnh viện K. Tuy nhiên, dữ liệu trong điều kiện thực hành lâm sàng thực tế tại Việt Nam còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, đánh giá hiệu quả bước đầu và mức độ an toàn của phác đồ HXTĐT có củng cố durvalumab ở bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIIB tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Gồm 54 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIIB, được điều trị hóa xạ đồng thời có củng cố bằng Durvalumab tại bệnh viện K từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là UTPKTBN giai đoạn IIIB (theo AJCC bản 7) đã hoàn thành điều trị hóa xạ trị đồng thời đạt bệnh không tiến triển.

Được điều trị bằng phác đồ Durvalumab ít nhất 1 chu kỳ tính từ thời điểm kết thúc nghiên cứu.

Chỉ số toàn trạng ECOG: PS 0-2

Có hồ sơ bệnh án ghi nhận đầy đủ thông tin điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có bệnh ung thư thứ 2.

Bệnh nhân mắc các bệnh tự miễn đang hoạt động, ghép tạng.

Bệnh nhân mắc các bệnh lý đe dọa tử vong gần. Bệnh nhân không đủ thông tin điều trị, không đánh giá đáp ứng đầy đủ.

Phương pháp nghiên cứu

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

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện

Các bước tiến hành nghiên cứu: Lập danh sách các ca bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB được điều trị hóa xạ đồng thời củng cố bằng Durvalumab giai đoạn từ tháng 01/2022 đến tháng 6/2025.

Thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án và gọi điện thoại hỏi thăm.

Thu thập các biến số nghiên cứu, bao gồm:

+ Đặc điểm lâm sàng: tuổi, lý do vào viện.

+ Đặc điểm cận lâm sàng.

+ Giai đoạn T, N, tạng di căn, thể mô bệnh học, hóa mô miễn dịch, tình trạng đột biến gen EGFR, mức độ bộc lộ PD-L1.

+ Phác đồ điều trị, số chu kỳ điều trị.

+ Độc tính và đáp ứng lâm sàng sau từng chu kỳ điều trị.

+ Tỷ lệ đáp ứng: Đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, bệnh ổn định, tiến triển. Đáp ứng của BN được đánh giá theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

+ Tác dụng không mong muốn liên quan đến hóa trị, xạ trị và liệu pháp miễn dịch được phân loại và ghi nhận theo tiêu chuẩn đánh giá độc tính của Viện Ung thư quốc gia Hoa Kỳ, phiên bản 5.0 - 2017 (Common Terminology Criteria for Adverse Events v5.0 - National Cancer Institute).

Xử lý số liệu. Nhập và xử lý số liệu theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0, sử dụng Kaplan-Meier để tính PFS.

Đạo đức nghiên cứu. Việc thực hiện nghiên cứu được Hội đồng y đức của Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện K thông qua. Nghiên cứu được thực hiện là nghiên cứu quan sát nên không can thiệp vào quá trình điều trị của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nam (%) (n=39)	Nữ (%) (n=15)
Nhóm tuổi	<65 tuổi	22 (56,4)	10 (66,7)
	≥65 tuổi	17 (43,6)	5 (33,3)
Chỉ số (ECOG)	0 hoặc 1	38 (97,4)	14 (93,3)
	2	1 (2,6)	1 (6,7)
Hút thuốc lá	Có	30 (76,9)	1 (6,7)
	Không	9 (23,1)	14 (93,3)
Mô bệnh học	UTBM không tế bào vảy	33 (84,6)	14 (93,3)
	UTBM tế bào vảy	6 (15,4)	1 (6,7)
Đột biến gen EGFR	Có	7 (17,9)	5 (50)
	Không có hoặc không xác định	32 (82,1)	10 (50)
Mức độ bộc lộ PD-L1	TPS ≥1%	11 (28,2)	4 (26,7)
	TPS <1%	8 (20,5)	2 (13,3)
	Không xác định	20 (51,3)	9 (60)

Nhận xét: Trong 54 bệnh nhân, tuổi trung bình là $61 \pm 9,7$; 59,3% dưới 65 tuổi. Hầu hết có ECOG 0–1 (96,3%). Tỷ lệ hút thuốc ở nam cao hơn nữ (76,9% so với 6,7%). Ung thư không tế bào vảy chiếm 87%. Đột biến EGFR phổ biến

hơn ở nữ (50%) so với nam (17,9%). Chỉ 46,3% được xét nghiệm PD-L1, trong đó 27,8% có TPS $\geq 1\%$, cho thấy xét nghiệm này chưa được triển khai rộng rãi.

3.2. Đáp ứng điều trị

3.2.1. Tỷ lệ đáp ứng tại thời điểm kết thúc hóa xạ trị đồng thời

Bảng 2. Bảng tỷ lệ đáp ứng sau hóa xạ trị đồng thời

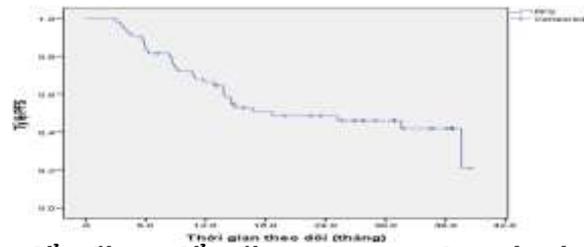
Mức độ đáp ứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ổn định	19	35,2
Đáp ứng một phần	35	64,8
Tổng số	54	100,0

Nhận xét: Sau hóa xạ trị đồng thời, 64,8% bệnh nhân đạt đáp ứng một phần, cho thấy khối u thu nhỏ rõ rệt; 35,2% có đáp ứng ổn định. Không ghi nhận trường hợp nào đạt đáp ứng hoàn toàn.

3.2.2. Đáp ứng với điều trị miễn dịch

Bảng 4. Bảng thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Số BN tiến triển/Tổng số BN	PFS 12 tháng (95% CI)	PFS 18 tháng (95% CI)	PFS 24 tháng (95% CI)	PSF trung vị	PFS trung bình
30/54	66,3 (53,6–79,3)	50,5 (37,0–64,0)	48,4 (34,7–62,1)	18,7 \pm 8,1	22,9 \pm 2,0



Biểu đồ 1. Biểu đồ Kaplan – Meier ước tính thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn của hóa xạ đồng thời

Độc tính	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	Tổng
Hệ hô hấp					
Viêm phổi	6 (11,1%)	18 (33,3%)	0	0	24 (44,4%)
Hệ tạo huyết					
Giảm hemoglobin	2 (3,7%)	1 (1,9%)	0	0	3 (5,6%)
Giảm bạch cầu	5 (9,3%)	3 (5,6%)	3 (5,6%)	1 (1,9%)	12 (22,2%)
Giảm tiểu cầu	3 (5,6%)	0	0	0	3 (5,6%)
Hệ tiêu hóa					
Nôn, buồn nôn	1 (1,9%)	2 (3,7%)	0	0	3 (5,6%)
Viêm thực quản	6 (11,1%)	1 (1,9%)	0	0	7 (13,0%)
Tăng men gan	6 (11,1%)	0	0	0	6 (11,1%)
Khác					
Tổn thương da	12 (22,2%)	2 (3,7%)	0	0	5 (9,3%)
Phản ứng truyền	0	3 (5,6%)	0	0	(5,6%)

Nhận xét: Viêm phổi là tác dụng phụ phổ biến nhất (44,4%), chủ yếu độ 1–2. Độc tính huyết học (giảm bạch cầu 22,2%, hemoglobin và tiểu cầu mỗi loại 5,6%) ít gặp và hiếm khi ở độ ≥ 3 . Các tác dụng phụ nhẹ khác gồm tổn thương

Bảng 3. Bảng tỷ lệ đáp ứng trong thời gian điều trị miễn dịch

Mức độ đáp ứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh ổn định	15	27,8
Đáp ứng một phần	10	18,5
Bệnh tiến triển	21	38,9
Gián đoạn điều trị	5	9,3
Đang điều trị	3	5,5

Nhận xét: Có 25 bệnh nhân hoàn tất 12 tháng điều trị miễn dịch, với 15 trường hợp (27,8%) bệnh ổn định và 10 trường hợp (18,5%) đáp ứng một phần. Trong khi đó, 26 bệnh nhân phải gián đoạn điều trị, bao gồm 21 (38,9%) do bệnh tiến triển, 4 do viêm phổi liên quan miễn dịch, và 1 do lý do cá nhân. Tại thời điểm phân tích, vẫn còn 3 bệnh nhân (5,5%) đang tiếp tục điều trị.

3.3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Nhận xét: Trong số 54 bệnh nhân, có 30 trường hợp tiến triển bệnh. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) ước tính tại thời điểm 12, 18 và 24 tháng lần lượt là 66,3%, 50,5% và 48,4%. Thời gian PFS trung vị đạt 18,7 \pm 8,1 tháng, trong khi PFS trung bình là 22,9 \pm 2,0 tháng.

3.4. Tác dụng không mong muốn

3.4.1. Tác dụng không mong muốn của điều trị hóa xạ đồng thời

da (25,9%), tăng men gan (11,1%), tiêu hóa và viêm thực quản.

3.4.2. Tác dụng không mong muốn trong thời gian điều trị miễn dịch.

Bảng 6. Tác dụng không mong muốn

trong thời gian điều trị miễn dịch (N=54)

Độc tính	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Viêm phổi	8(14,8%)	10(18,5%)	4(7,6%)	0
Thiếu máu	1(1,9%)	1(1,9%)	0	0
Hạ bạch cầu	2(3,7%)	0	0	0
Hạ tiểu cầu	1(1,9%)	0	0	0
Tăng AST/ALT	3(5,6%)	0	0	0
Tăng creatinin	1(1,9%)	0	0	0
Phản ứng truyền	3(5,6%)	0	0	0
Suy giáp	0	1(1,9%)	0	0

Nhận xét: Viêm phổi là biến cố thường gặp nhất trong điều trị miễn dịch, chiếm 40,9%, chủ yếu ở mức độ nhẹ đến trung bình (độ 1–2). Tuy nhiên, có 4 trường hợp (7,6%) viêm phổi độ 3 buộc phải ngừng điều trị. Các độc tính khác như thiếu máu, hạ bạch cầu, tăng men gan, phản ứng truyền và suy giáp xuất hiện với tần suất thấp (1,9–5,6%) và đa số ở mức độ nhẹ. Không ghi nhận độc tính độ 4.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân có độ tuổi trung bình $61 \pm 9,7$ tuổi, tương đồng với nhiều nghiên cứu tại châu Á và Việt Nam về ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn tiến xa.(4,5) Phần lớn bệnh nhân có chỉ số ECOG từ 0–1, cho thấy tình trạng toàn thân còn tốt, phù hợp với chỉ định hóa xạ trị đồng thời và điều trị miễn dịch cùng cố.

Đáng chú ý, tỷ lệ hút thuốc cao ở nam giới (76,9%) so với nữ (6,7%) phản ánh yếu tố nguy cơ đặc trưng giới tính, phù hợp với đặc điểm dịch tễ học đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây. Tỷ lệ đột biến gen EGFR ở nữ (50%) cao hơn đáng kể so với nam (17,9%) cũng phù hợp với các nghiên cứu tại Nhật Bản, Hàn Quốc và Việt Nam, nơi đột biến EGFR phổ biến hơn so với dân số phương Tây.(1)

Tuy nhiên, việc hơn 50% bệnh nhân chưa được xét nghiệm PD-L1 (TPS không xác định) cho thấy hạn chế trong thực hành lâm sàng, ảnh hưởng đến cá thể hóa điều trị miễn dịch – vốn phụ thuộc nhiều vào mức độ biểu hiện PD-L1.

4.2. Đáp ứng với phác đồ điều trị. Tỷ lệ đáp ứng một phần sau hóa xạ trị đồng thời trong nghiên cứu này là 64,8%, cao hơn so với kết quả từ thử nghiệm PACIFIC (50,6%)(6) và tương đương với PACIFIC-KR tại Hàn Quốc (66,2%).(4) Kết quả này cho thấy hiệu quả của phác đồ hóa xạ đồng thời tại Bệnh viện K trong điều kiện thực tế.

Ở pha điều trị miễn dịch cùng cố, 18,5% bệnh nhân đạt đáp ứng một phần và 27,8% duy trì bệnh ổn định. Mặc dù không ghi nhận đáp ứng hoàn toàn, đây vẫn là kết quả khả quan,

phù hợp với cơ chế của liệu pháp miễn dịch – vốn không trực tiếp tiêu diệt tế bào u mà kích hoạt đáp ứng miễn dịch của cơ thể.

4.3. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS). Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) trung vị trong nghiên cứu đạt 18,7 tháng, cho thấy kết quả bước đầu khả quan khi triển khai phác đồ hóa xạ trị đồng thời kết hợp Durvalumab trong điều kiện thực hành tại Việt Nam. So với thử nghiệm PACIFIC – nghiên cứu nền tảng đã chứng minh hiệu quả của Durvalumab sau hóa xạ trị đồng thời – PFS trung vị trong nghiên cứu này cao hơn (18,7 so với 16,8 tháng) [6]. Điều này cho thấy hiệu quả điều trị tại Bệnh viện K là tương đương, thậm chí có cải thiện nhẹ, dù điều kiện thực tế có thể không tối ưu như trong thử nghiệm lâm sàng pha III.

Tuy nhiên, PFS trung vị vẫn thấp hơn so với các nghiên cứu thực tế tại châu Âu và châu Á. Cụ thể, trong nghiên cứu PACIFIC-EAP tại Đức, PFS trung vị đạt 20,1 tháng [5], còn tại Hàn Quốc, nghiên cứu PACIFIC-KR ghi nhận PFS trung vị lên tới 25,9 tháng [4] – cao nhất trong các báo cáo hiện tại về durvalumab trong điều trị cùng cố UTPKTBN giai đoạn III không phẫu thuật được. Sự chênh lệch này có thể do nhiều yếu tố như lựa chọn bệnh nhân nghiêm ngặt hơn, tỷ lệ bệnh nhân biểu hiện PD-L1 $\geq 1\%$ cao hơn, hoặc điều kiện chăm sóc, theo dõi, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá đáp ứng đồng bộ hơn tại các trung tâm trong nghiên cứu đó.

Tuy nhiên, sự chênh lệch đáng kể giữa trung vị và trung bình STBKT cũng cảnh báo rằng có một số ít bệnh nhân tiến triển sớm, trong khi một số khác duy trì kiểm soát bệnh lâu dài – do đó cần nghiên cứu sâu hơn các yếu tố tiên lượng, đặc biệt là vai trò của PD-L1, EGFR và các chỉ điểm sinh học miễn dịch khác.

4.4. Tác dụng không mong muốn. Phác đồ hóa xạ trị đồng thời kết hợp điều trị cùng cố bằng Durvalumab cho thấy khả năng dung nạp tương đối tốt trong nghiên cứu. Tác dụng không mong muốn chủ yếu ở mức độ nhẹ đến trung bình (độ 1–2), trong đó viêm phổi là biến cố phổ biến nhất, ghi nhận ở 40,9% bệnh nhân. Đáng chú ý, có 4 trường hợp (7,6%) viêm phổi độ 3 buộc phải ngừng điều trị miễn dịch. Tuy nhiên, không ghi nhận độc tính độ 4 hay tử vong liên quan đến điều trị.

Tỷ lệ viêm phổi trong nghiên cứu cao hơn so với dữ liệu từ thử nghiệm PACIFIC (33,9%) và các nghiên cứu thực tế tại Hàn Quốc (PACIFIC-KR, 16,4%) cũng như Đức (PACIFIC-EAP, 14–18%). Điều này có thể xuất phát từ khó khăn trong phân biệt viêm phổi do xạ trị và do miễn

dịch trong thực hành lâm sàng, cũng như khác biệt về công cụ chẩn đoán và tiêu chí đánh giá giữa các trung tâm.

Các tác dụng không mong muốn khác như giảm bạch cầu, thiếu máu, tăng men gan, phản ứng truyền và suy giáp xảy ra với tần suất thấp (1,9–5,6%) và đa số ở mức độ nhẹ, không ảnh hưởng nhiều đến quá trình điều trị. Việc không ghi nhận độc tính độ 4 cho thấy phác đồ có độ an toàn chấp nhận được và phù hợp với điều kiện triển khai tại các cơ sở điều trị ung bướu lớn trong nước.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ hóa xạ trị đồng thời có củng cố Durvalumab cho kết quả bước đầu tích cực ở bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIIB không phẫu thuật được tại Bệnh viện K, với tỷ lệ đáp ứng một phần cao (64,8%) và STBKT trung vị đạt 18,7 tháng.

Đa số bệnh nhân duy trì được bệnh ổn định hoặc cải thiện một phần sau khi điều trị miễn dịch, cho thấy hiệu quả lâm sàng rõ rệt của liệu pháp củng cố Durvalumab.

Tác dụng không mong muốn phần lớn là nhẹ và kiểm soát được, với tỷ lệ tác dụng phụ nghiêm trọng thấp, cho thấy phác đồ có độ an toàn cao và phù hợp triển khai rộng rãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [Internet]. [cited 2024 Aug 4]. Available from: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21834>
2. **Ferlay J et al.** Tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN 2022 [Internet]. [cited 2024 Aug 4]. Available from: <https://nci.vn/tin-tuc/tinh-hinh-benh-ung-thu-tai-viet-nam-theo-globocan-2022-58>
3. **DeVita, Hellman and Rosenberg's Cancer Principles and Practice of Oncology**, 12th (2022).pdf.
4. **Park CK, Oh HJ, Kim YC, Kim YH, Ahn SJ, Jeong WG, et al.** Korean Real-World Data on Patients With Unresectable Stage III NSCLC Treated With Durvalumab After Chemoradiotherapy: PACIFIC-KR. *J Thorac Oncol.* 2023 Aug;18(8):1042–54.
5. **Faehling M, Schumann C, Christopoulos P, Hoffknecht P, Alt J, Horn M, et al.** Durvalumab after definitive chemoradiotherapy in locally advanced unresectable non-small cell lung cancer (NSCLC): Real-world data on survival and safety from the German expanded-access program (EAP). *Lung Cancer.* 2020 Dec;150:114–22.
6. **Antonia SJ, Villegas A, Daniel D, Vicente D, Murakami S, Hui R, et al.** Durvalumab after Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med.* 2017 Nov 16;377(20):1919–29.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ R-CHOP U LYMPHO ÁC TÍNH KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B LỚN LAN TỎA TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Đặng Văn Huy^{1,2}, Lê Quốc Tuấn¹, Nguyễn Thị Thu Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu điều trị phác đồ R-CHOP u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 60 bệnh nhân u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa được điều trị phác đồ R-CHOP tại khoa Ung bướu, bệnh viện Đà Nẵng từ 01/2018 đến 04/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau 3 chu kỳ là 38,3%, sau khi kết thúc điều trị là 76,7%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi cao hơn bệnh nhân trên 60 tuổi (79,5% so với 71,4%), giai đoạn khu trú (I-II) cao hơn giai đoạn tràn (III-IV) (78,6% so với 75%), IPI nguy cơ thấp và trung bình

(0-3 điểm) cao hơn IPI nguy cơ cao (4-5 điểm) (80,8% so với 50%) nhưng không có ý nghĩa thống kê. Độc tính lâm sàng hay gặp là rụng tóc (100%), buồn nôn (45%), loét miệng (28,3%), chủ yếu độ 1-2. Độc tính huyết học hay gặp là thiếu máu (78,3%), hạ bạch cầu hạt (70%, độ 3-4 31,7%). **Kết luận:** Phác đồ R-CHOP là phác đồ hiệu quả và an toàn với độc tính chấp nhận được. **Từ khóa:** R-CHOP, u lympho, tế bào B lớn lan tỏa.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF R-CHOP REGIMEN IN DIFFUSE LARGE B-CELL NON-HODGKIN LYMPHOMA AT DA NANG HOSPITAL

Objectives: To evaluate the initial results of R-CHOP regimen in diffuse large B-cell non-Hodgkin lymphoma. **Patients and Methods:** A retrospective combined with prospective descriptive study on 60 diffuse large B-cell lymphoma patients treated with R-CHOP regimen at the Department of Oncology, Da Nang Hospital, from January 2018 to April 2025. **Results:** The complete response rate after 3 cycles was 38.3%, and 76.7% after treatment completion.

¹Bệnh viện Đà Nẵng

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Huy

Email: huy021095@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025