

KẾT QUẢ ĐÁP ỨNG VÀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA ATEZOLIZUMAB TRONG ĐIỀU TRỊ BƯỚC 2 UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV

Bùi Tiến Đạt¹, Nguyễn Thị Thái Hoà²,
Nguyễn Thị Thu Hường^{1,2}, Trịnh Lê Huy^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ đáp ứng và tác dụng không mong muốn (TDKMM) của Atezolizumab trong điều trị bước 2 ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IV. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 59 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV đã thất bại với hóa trị bộ đôi có platinum trước đó. Các bệnh nhân được điều trị bước 2 bằng Atezolizumab tại Bệnh viện K từ tháng 11/2020 đến tháng 5/2025. Đánh giá tỷ lệ đáp ứng và một số TDKMM của phác đồ điều trị. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) là 17%, và tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) là 45,8%. Bệnh tiến triển ở 54,2% bệnh nhân. TDKMM hầu hết là độ 1-2 như men gan (18,6%), mệt mỏi (18,7%), buồn nôn (8,5%). Không có TDKMM nặng (Độ 3-4) nào được ghi nhận, ngoại trừ một trường hợp mệt mỏi độ 3 (1,7%). **Kết luận:** Điều trị bước 2 bằng phác đồ Atezolizumab đơn trị mang lại kết quả khả quan về tỷ lệ đáp ứng và an toàn cho những bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV đã thất bại với phác đồ hóa trị trước đó. Hiệu quả này đặc biệt rõ rệt ở những bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt (PS 0-1). **Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, Giai đoạn IV, Atezolizumab, Điều trị bước 2, Hiệu quả điều trị, Tác dụng không mong muốn.

SUMMARY

EFFICACY AND ADVERSE EFFECTS OF ATEZOLIZUMAB AS SECOND-LINE TREATMENT IN STAGE IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Objective: This study aimed to evaluate the response rate and adverse effects of Atezolizumab as a second-line treatment in patients with stage IV non-small cell lung cancer (NSCLC). **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 59 patients with stage IV NSCLC who had previously failed platinum-based doublet chemotherapy. These patients received second-line treatment with Atezolizumab at K Hospital from November 2020 to May 2025. The study assessed treatment response rates and treatment-related adverse events. **Results:** The objective response rate (ORR) was 17%, and the disease control rate (DCR) was 45.8%. Disease

progression occurred in 54.2% of patients. Most adverse events were grade 1–2, including elevated liver enzymes (18.6%), fatigue (18.7%), and nausea (8.5%). No grade 3–4 adverse events were recorded, except for one case of grade 3 fatigue (1.7%). **Conclusion:** Second-line monotherapy with Atezolizumab demonstrated promising efficacy and safety in patients with stage IV NSCLC who had failed prior chemotherapy. The treatment was particularly effective in patients with good performance status (PS 0–1). **Keywords:** Non-small cell lung cancer, Stage IV, Atezolizumab, Second-line treatment, Treatment efficacy, Adverse events.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính phổ biến và là mối đe dọa lớn đối với sức khỏe toàn cầu. Theo báo cáo Globocan 2022 của Tổ chức Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (IARC), mỗi năm có khoảng 2,5 triệu ca mắc mới, chiếm 12,4% tổng số ca mắc, và 1,8 triệu ca tử vong, chiếm 18,7% số ca tử vong do ung thư. Tại Việt Nam, ung thư phổi đứng thứ ba sau ung thư vú và ung thư gan, với 24.426 ca mắc mới mỗi năm (13,5%) và 22.597 ca tử vong (18,8%).[1,2]

UTPKTBN di căn có tiên lượng xấu, điều trị toàn thân là liệu pháp căn bản cho giai đoạn này. Đối với bệnh nhân có đột biến gen EGFR và ALK, việc sử dụng thuốc đích đã cho thấy tăng tỷ lệ đáp ứng và kéo dài thời gian sống. Tuy nhiên, gần 50% bệnh nhân không có đột biến dẫn đường và không nhạy cảm với thuốc ức chế Tyrosin kinase (TKI) nên hoá trị là lựa chọn phổ biến. Hoá trị bộ đôi cải thiện sống thêm trung bình 8-10 tháng so với chăm sóc giảm nhẹ. Tuy nhiên, sau khi bệnh tiến triển, đơn hoá trị với Docetaxel, Pemetrexed được coi như điều trị tiêu chuẩn ở thời điểm trước khi phát triển các phương pháp điều trị miễn dịch.[3]

Điều trị miễn dịch là liệu pháp dùng thuốc để giải phóng và kích thích hệ miễn dịch của cơ thể nhằm chống lại sự phát triển của khối u. Trong điều trị bước 2, nghiên cứu OAK là nghiên cứu giai đoạn 3, một nghiên cứu đa trung tâm, đa quốc gia, ngẫu nhiên, nhãn mở trên 1225 bệnh nhân UTPKTBN di căn. Nghiên cứu này đã so sánh hiệu quả của Atezolizumab với hoá trị bằng Docetaxel đơn trị. Kết quả của nghiên cứu đưa đến kết luận: theo dõi lâu dài cho thấy lợi ích

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tiến Đạt

Email: tiendat.onc@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

của Atezolizumab lớn hơn so với Docetaxel ở những bệnh nhân UTPKTBN đã được điều trị trước đó bất kể biểu hiện PD-L1, mô học. Atezolizumab đặc biệt hiệu quả với bệnh nhân có PD-L1 cao, vượt trội hơn Docetaxel, bất kể đột biến gen hay mức độ bộc lộ PD-L1.[4]

Hiện nay, tại Việt Nam Atezolizumab đã được cấp phép sử dụng điều trị bước 2 cho bệnh nhân UTPKTBN. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về đánh giá hiệu quả và độc tính của phương pháp điều trị này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: "Kết quả điều trị bước 2 bằng Atezolizumab ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV tại bệnh viện K" từ T11/2020 đến T5/2025 với mục tiêu đánh giá hiệu quả và các TDKMM điều trị bước 2 bằng Atezolizumab ở bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 59 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTPKTBN di căn, đã thất bại với hoá trị bộ đôi có platinum trước đó được điều trị bước 2 bằng Atezolizumab từ T11/2020 đến T5/2025 tại Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi, chấp nhận tham gia nghiên cứu.
- Được chẩn đoán xác định UTPKTBN giai đoạn IV (theo AJCC 2017).
- Tiến triển sau điều trị hóa chất bộ đôi bước 1.
- Điều trị Atezolizumab tối thiểu 2 chu kỳ.
- Chỉ số toàn trạng PS (0-2).
- Đã được điều trị hoá chất bộ đôi chứa platin bước 1 nhưng bệnh tiến triển.
- Có đầy đủ thông tin (về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh) cho đến khi kết thúc nghiên cứu qua khai thác hồ sơ bệnh án, gọi điện thoại cho bệnh nhân hoặc người nhà.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không được lựa chọn nếu:

- Mặc các bệnh lý về miễn dịch hoặc đang dùng các thuốc ức chế miễn dịch.
- Đang mắc bệnh ung thư thứ 2, suy giảm chức năng gan, thận.
- Có đột biến gen EGFR, ALK.
- Đã điều trị miễn dịch trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

2.2.2. Phương pháp tiến hành

Bước 1:

- Chọn bệnh nhân vào nghiên cứu theo các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá, theo dõi bệnh nhân trong và sau quá trình điều trị.

Bước 2: Ghi nhận điều trị Atezolizumab đơn trị liều 1200mg, chu kỳ 3 tuần. Điều trị cho đến khi bệnh tiến triển hoặc không còn lợi ích lâm sàng hoặc độc tính không chấp nhận được.

Bước 3: Ghi nhận đáp ứng cơ năng, đánh giá đáp ứng khách quan theo tiêu chuẩn RECIST 1.1,[5] chọn tổn thương đích là những tổn thương đo được rõ ràng theo đường kính lớn nhất trên hình ảnh CT/MRI. Kích thước tối thiểu: Tạng đặc: ≥ 10 mm theo đường kính lớn nhất, hạch lympho: ≥ 15 mm theo đường kính ngắn nhất. Tổn thương phải có khả năng tái đo lường một cách nhất quán trong các lần theo dõi sau. Đánh giá sau mỗi 2-3 chu kỳ đánh giá lại bằng chụp CT scan hoặc MRI. Ghi nhận thời gian xảy ra các biến cố, ghi nhận các TDKMM và cách xử lý độc tính trong hồ sơ bệnh án.

2.2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập, mã hoá, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo đúng các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y học. Hồ sơ bệnh án được thu thập và xử lý đảm bảo tính bảo mật thông tin cá nhân. Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trường Đại học y Hà Nội thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 65	2	49,2
	≥ 65	30	50,8
Giới	Nam	49	83,1
	Nữ	10	16,9
Hút thuốc	Có	44	74,6
	Không	15	25,4
Chỉ số toàn trạng (PS)	0; 1	39	67,8
	2	20	32,2
Mô bệnh học	UTBM tuyến	48	81,4
	UTBM vảy	8	13,6
	NOS	3	5,1
T	T4	27	45,8
	T1, T2, T3	32	54,2
Số vị trí di căn	1 vị trí	23	39
	> 1 vị trí	36	61
Di căn não	Có	16	27,1
	Không	43	72,9
PD-L1	< 1%	6	10,2
	1 - < 50%	4	6,8
	≥ 50%	5	8,5
	Không xác định	44	74,6

Nhân xét: Tuổi trung bình là $63,3 \pm 9,3$, có

50,8% bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên. Đa số bệnh nhân là nam giới, chiếm 83,1%. Có 74,6% bệnh nhân hút thuốc. Đa số bệnh nhân có sức khỏe tốt PS 0,1 chiếm 67,8%. Mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến chiếm đa số 81,4%. Tỷ lệ u T4 cao nhất, chiếm 45,8%. Có 39% bệnh nhân di căn 1 cơ quan, 61% bệnh nhân di căn từ 2 cơ trở lên. Đa số các bệnh nhân không được làm xét nghiệm PD-L1 chiếm 74,6%. Tỷ lệ PD-L1 dương tính là 15,3%, âm tính là 10,2%.

3.2. Đáp ứng điều trị

3.2.1. Đáp ứng cơ năng

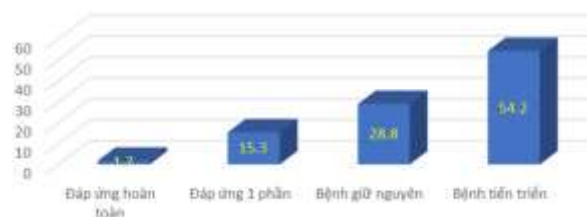
Bảng 2: Tỷ lệ đáp ứng cơ năng

	Số BN giảm triệu chứng/Bn có triệu chứng	%
Giảm ho	27/44	61,4
Giảm đau ngực	18/43	41,9
Giảm khó thở	7/19	36,8

Nhận xét: số bệnh nhân giảm ho là 61,4% (27/44). Giảm đau ngực được ghi nhận ở 41,9% bệnh nhân (18/43). Giảm khó thở được ghi nhận ở tỷ lệ thấp hơn (36,8%, 7/19).

3.2.2. Đáp ứng khách quan

Đáp ứng điều trị



Biểu đồ 1: Đáp ứng điều trị

Nhận xét: tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) là 17%, trong đó đáp ứng hoàn toàn có 1 bệnh nhân chiếm 1,7%, 15,3% bệnh nhân đáp ứng 1 phần, tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) là 45,8%, tỷ lệ bệnh tiến triển là 54,2%.

3.2.3. Đáp ứng điều trị và các yếu tố liên quan

Bảng 3: Đáp ứng điều trị và các yếu tố liên quan

		Đáp ứng		Không đáp ứng		p
		n	%	n	%	
Tuổi	< 65	8	27,6	21	72,4	0,838
	≥ 65	9	30	21	70	
Giới	Nam	15	30,6	34	69,4	0,499
	Nữ	2	20	8	80	
Hút thuốc	Có hút thuốc	11	25	33	75	0,268
	Không hút thuốc	6	40	9	60	
Toàn trạng	PS 0, 1	16	37,2	27	62,8	0,02
	PS=2	1	6,3	15	93,8	

Nhận xét: Nhóm tuổi < 65 và ≥ 65 có tỷ lệ

đáp ứng khá tương đồng (27,6% so với 30%). Không có mối liên hệ giữa tuổi và đáp ứng điều trị với $p = 0,838$. Tỷ lệ đáp ứng ở nam giới cao hơn nữ (30,6% so với 20%), nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,499$). Bệnh nhân không hút thuốc có tỷ lệ đáp ứng cao hơn (40%) so với nhóm có hút thuốc (25%), không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,268$. Tỷ lệ đáp ứng rất khác biệt: 37,2% ở nhóm PS 0–1 so với chỉ 6,3% ở nhóm PS = 2, với $p = 0,02$.

3.2.4. Đáp ứng theo đặc điểm khối u và di căn

Bảng 4: Đáp ứng theo đặc điểm khối u và di căn

		Đáp ứng		Không đáp ứng		p
		n	%	n	%	
T	T4	10	37	17	63	0,2
	T1, T2, T3	7	21,9	25	78,1	
Vị trí di căn	1 vị trí	7	30,4	16	69,6	0,826
	> 1 vị trí	10	27,8	26	72,2	
Di căn não	Có	7	43,8	9	56,2	0,122
	Không	10	23,3	33	76,7	

Nhận xét: Nhóm T4 có tỷ lệ đáp ứng cao hơn (37% so với 21,9%), nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,2$). Tỷ lệ đáp ứng giữa hai nhóm có 1 vị trí di căn và trên 1 vị trí di căn khá tương đương (30,4% so với 27,8%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,826$. Nhóm có di căn não có tỷ lệ đáp ứng cao hơn (43,8%) so với nhóm không di căn não (23,3%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,122$.

3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 5: Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Triệu chứng	Độ 1-2		Độ 3-4	
		n	%	n	%
Hệ tạo huyết	Hạ huyết sắc tố	7	11,9	0	0
	Hạ bạch cầu hạt	0	0	0	0
	Hạ tiểu cầu	2	3,4	0	0
Chức năng gan	Tăng AST	11	18,6	0	0
	Tăng ALT	11	18,6	0	0
Chức năng thận	Tăng creatinin	2	3,4	0	0
Toàn thân	Mệt mỏi	11	18,7	1	1,7
Hô hấp	Viêm phổi	0	0	0	0
Tiêu hoá	Buồn nôn, nôn	5	8,5	0	0
	Tiêu chảy	5	8,5	0	0
Nội tiết	Suy giáp	2	3,4	0	0
Cơ xương khớp	Đau khớp	1	1,7	0	0
Da	Ngứa da	2	3,4	0	0

Nhận xét: Các TDKMM chủ yếu là nhẹ hoặc trung bình (Độ 1–2), không ảnh hưởng nghiêm trọng đến điều trị. Chỉ có 1 trường hợp mệt mỏi

mức độ nặng, không ghi nhận các tác dụng phụ nghiêm trọng ở gan, thận, huyết học. Không có trường hợp viêm phổi kẽ nào được ghi nhận. Tăng men gan và mệt mỏi là tác dụng phụ thường gặp nhất. Không có ca tử vong hay tác dụng phụ nghiêm trọng cấp độ 4.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV được điều trị miễn dịch Atezolizumab có độ tuổi trung bình 63,3 tuổi, tương đương với các thử nghiệm lâm sàng quốc tế như OAK (64 tuổi) và POPLAR.[4,6] Nam giới chiếm đa số (83,1%), và 74,6% có tiền sử hút thuốc. Tỷ lệ hút thuốc cao phản ánh mối liên hệ rõ rệt giữa hút thuốc lá và ung thư phổi.

Tỷ lệ bộc lộ PD-L1 $\geq 1\%$ trong nghiên cứu khá thấp (15,3%) và 74,6% bệnh nhân không được xác định PD-L1. Điều này ảnh hưởng đến việc tiên lượng hiệu quả điều trị, vì PD-L1 $\geq 50\%$ đã được chứng minh liên quan chặt chẽ đến tỷ lệ đáp ứng cao hơn trong các nghiên cứu OAK.[5] Trong nghiên cứu OAK, bệnh nhân có PD-L1 $\geq 50\%$ đạt tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) tới 31%, so với khoảng 14% ở nhóm PD-L1 âm tính. Do đó, việc thiếu dữ liệu PD-L1 là một điểm hạn chế trong đánh giá hiệu quả điều trị.

Tỷ lệ đáp ứng khách quan trong nghiên cứu là 17%, trong khi tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) đạt 45,8%. So với nghiên cứu OAK, Atezolizumab đạt ORR khoảng 14% và DCR khoảng 55–60%, kết quả của chúng tôi có phần tương đương về đáp ứng và thấp hơn về kiểm soát bệnh. Sự khác biệt này có thể được lý giải do quần thể nghiên cứu có tỷ lệ bệnh nhân PS = 2 khá cao (32,2%). So với nghiên cứu tương tự của tác giả Lê Huy Thắng thì ORR đạt 24,4% so với 17% trong nghiên cứu của chúng tôi.[10] Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi bao gồm tỷ lệ bệnh nhân PS = 2 lớn hơn (32,2% so với 22,2%).

Yếu tố toàn trạng (PS) là biến có ý nghĩa thống kê rõ rệt với $p = 0,02$, trong đó nhóm PS 0–1 có tỷ lệ đáp ứng 37,2%, cao hơn nhiều so với nhóm PS = 2 (6,3%). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, PS tốt là yếu tố tiên lượng quan trọng cho hiệu quả miễn dịch.

Ngoài ra, nhóm bệnh nhân không hút thuốc có tỷ lệ đáp ứng cao hơn (40%) so với nhóm hút thuốc (25%), mặc dù không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,268$). Điều này trái ngược với dữ liệu thường thấy, khi bệnh nhân hút thuốc có gánh nặng đột biến cao hơn và thường đáp ứng miễn dịch tốt hơn (được chứng minh trong phân tích phụ của OAK và các nghiên cứu về nivolumab, pembrolizumab). Kết quả trái ngược này trong

nghiên cứu của chúng tôi có thể do cỡ mẫu nhỏ, và không chọn những bệnh nhân có đột biến gen vào nghiên cứu.

Nhóm có di căn não có tỷ lệ đáp ứng cao hơn (43,8% so với 23,3%) với $p = 0,122$, chưa có ý nghĩa thống kê nhưng cho thấy tiềm năng của Atezolizumab trong điều trị ung thư phổi có di căn não. Đây là một điểm đáng lưu ý, bởi trước đây di căn não được xem là yếu tố loại trừ trong nhiều nghiên cứu miễn dịch do tiên lượng kém. Tuy nhiên, dữ liệu gần đây, bao gồm phân tích từ IMpower150, cho thấy hiệu quả miễn dịch có thể duy trì cả trong nhóm di căn não ổn định.[7]

Trong nghiên cứu này, TDKMM hầu hết là độ 1–2 như tăng men gan (18,6%), mệt mỏi (18,7%), buồn nôn (8,5%)... Không ghi nhận biến cố độ 4 hay tử vong liên quan đến điều trị. Chỉ có 1 trường hợp mệt mỏi độ 3 (1,7%). Đây là kết quả phù hợp với nghiên cứu OAK và nghiên cứu của tác giả Lê Huy Thắng.[4,8]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 59 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV tại bệnh viện K cho thấy kết quả khả quan trong thực hành lâm sàng.

Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) đạt 17% và tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) đạt 45,8%. Trong nhóm có chỉ số toàn trạng PS 0–1 có ORR 37,2%, PS = 2 chỉ đạt 6,3%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,02$), khẳng định vai trò quan trọng của yếu tố toàn trạng trong điều trị miễn dịch.

Về độ an toàn, Atezolizumab dung nạp tốt. TDKMM chủ yếu ở mức độ 1–2, phổ biến nhất là tăng men gan (18,6%), mệt mỏi (18,7%). Không có biến cố độ nghiêm trọng hay tử vong liên quan đến điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhou, J., Xu, Y., Liu, J., Feng, L., Yu, J., & Chen, D. (2024). Global burden of lung cancer in 2022 and projections to 2050: Incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. *Cancer Epidemiol*, 93, 102693. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2024.102693>
2. Cancer, I. A. f. R. o. (2024, February 8, 2024). Viet Nam - Statistics at a glance, 2022. Global Cancer Observatory. Retrieved June 22 from <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheet/s/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>
3. Schiller, J. H., Harrington, D., Belani, C. P., Langer, C., Sandler, A., Krook, J., Zhu, J., & Johnson, D. H. (2002). Comparison of four chemotherapy regimens for advanced non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, 346(2), 92-98. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa011954>
4. Rittmeyer, A., Barlesi, F., Waterkamp, D., Park, K., Ciardiello, F., von Pawel, J., Gadgeel, S. M., Hida, T., Kowalski, D. M., Dols, M. C.,

- Cortinovis, D. L., Leach, J., Polikoff, J., Barrios, C., Kabbinar, F., Frontera, O. A., De Marinis, F., Turna, H., Lee, J. S.,... Gandara, D. R. (2017). Atezolizumab versus docetaxel in patients with previously treated non-small-cell lung cancer (OAK): a phase 3, open-label, multicentre randomised controlled trial. *Lancet*, 389(10066), 255-265. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32517-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32517-x)
5. Eisenhauer, E. A., Therasse, P., Bogaerts, J., Schwartz, L. H., Sargent, D., Ford, R., Dancey, J., Arbuck, S., Gwyther, S., Mooney, M., Rubinstein, L., Shankar, L., Dodd, L., Kaplan, R., Lacombe, D., & Verweij, J. (2009). New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer*, 45(2), 228-247. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.10.026>
 6. Fehrenbacher, L., Spira, A., Ballinger, M., Kowanz, M., Vansteenkiste, J., Mazieres, J., Park, K., Smith, D., Artal-Cortes, A., Lewanski, C., Braithe, F., Waterkamp, D., He, P., Zou, W., Chen, D. S., Yi, J., Sandler, A., & Rittmeyer, A. (2016). Atezolizumab versus docetaxel for patients with previously treated non-small-cell lung cancer (POPLAR): a multicentre, open-label, phase 2 randomised controlled trial. *Lancet*, 387(10030), 1837-1846. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00587-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00587-0)
 7. Socinski, M. A., Nishio, M., Jotte, R. M., Cappuzzo, F., Orlandi, F., Stroyakovskiy, D., Nogami, N., Rodríguez-Abreu, D., Moro-Sibilot, D., Thomas, C. A., Barlesi, F., Finley, G., Kong, S., Lee, A., Coleman, S., Zou, W., McClelland, M., Shankar, G., & Reck, M. (2021). IMpower150 Final Overall Survival Analyses for Atezolizumab Plus Bevacizumab and Chemotherapy in First-Line Metastatic Nonsquamous NSCLC. *J Thorac Oncol*, 16(11), 1909-1924. <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2021.07.009>
 8. Lê Huy Thắng, & Phạm Văn Thái. (2022). Kết quả điều trị bước sau ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn di căn xa bằng phác đồ atezolizumab đơn trị. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 518(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v518i1.3375>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA THAI NGOÀI TỬ CUNG LẬP LẠI TẠI VỎI TỬ CUNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT Ở BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Đồng Thị Minh Phương¹, Phan Thúy Quỳnh², Nguyễn Tuấn Minh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thai ngoài tử cung lập lại tại vòi tử cung được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 168 bệnh nhân được chẩn đoán thai ngoài tử cung lập lại tại vòi tử cung và được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $34,37 \pm 5,34$, lớn tuổi nhất là 47 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 21 tuổi. Nhóm bệnh nhân thường gặp nhất là nhóm từ 31-35 tuổi, chiếm tỉ lệ là 32.1%. 92.3% bệnh nhân có tiền sử thai ngoài tử cung một lần. Đa số bệnh nhân nhập viện khi có từ hai triệu chứng cơ năng trở lên. Hình ảnh siêu âm thường thấy là khối âm vang không đồng nhất cạnh tử cung với tỉ lệ 47.6%. β HCG > 5000 IU/l chiếm tỷ lệ cao nhất (36,3%). **Kết luận:** Thai ngoài tử cung lập lại thường được gặp ở độ tuổi từ 31-35 tuổi, đa số bệnh nhân có tiền sử thai ngoài tử cung một lần và nhập viện khi có từ hai triệu chứng trở lên. **Từ khóa:** Thai ngoài tử cung, thai ngoài tử

cung lập lại, khối âm vang không đồng nhất

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF RECURRENT TUBAL ECTOPIC PREGNANCY TREATED SURGICALLY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with recurrent tubal ectopic pregnancy who underwent surgery at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 168 patients diagnosed and surgically treated for recurrent tubal ectopic pregnancy at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Results:** In our study, the mean age was 34.37 ± 5.34 years, with the oldest patient being 47 and the youngest being 21 years old. The most common age group was 31-35 years, accounting for 32.1%. 92.3% of patients had a history of one previous ectopic pregnancy. The majority of patients were hospitalized with two or more functional symptoms. The most common ultrasound finding was a heterogeneous adnexal mass, observed in 47.6% of cases. β HCG levels > 5000 IU/L accounted for the highest proportion (36.3%). **Conclusion:** Recurrent tubal ectopic pregnancy is commonly observed in the 31-35 age group. Most patients have a history of one prior ectopic pregnancy and present for admission with two

¹Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm liên hệ: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025