

2. Jaccobsent PL, Bruce G (2001). "Clinical dentin hypersensitivity understanding the cause and prescribing a treatment". J. contemp Dent pract, Vol 2, No 1, p1-12
3. **Đặng Quế Dương** (2004). Nhận xét kết quả trám tổn thương cổ răng bằng Composite có lót Glass Ionomer Cement. Luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội.
4. **Aw T.C, Lepe X, Johnson G.H, et al** (2002). "Characteristics of non-carious cervical lesions". JADA; Vol 133, No 6: 725-33.
5. **Boric J, Anic I, Urek M.M, et al** (2004). The prevalence of non-carious cervical lesions in permanent dentition. J Oral Rehab; Vol. 31, No 2: 117-23.
6. **Đinh Thị Khánh Vân** (2003). Cập nhật về nhựa composite trực tiếp. Cập nhật nha khoa, tập 7, số 2, tr77-78.
7. **Owen BM, Halter TK, Brown DM** (1998), "Microleakage of tooth_ colored restorations with a beveled gingival margin", Quintessence Int, Vol.29, N^o 6, P.356-361
8. **Phạm Lệ Quyên và cộng sự** (2007). Mòn răng và các yếu tố liên quan. Y học TP. Hồ Chí Minh, tập11 số 2 : Tr 227 – 235
9. **Nguyễn Anh Tuấn** (2009). Nhận xét lâm sàng và so sánh kết quả trám phục hồi bệnh mòn cổ răng hình chêm bằng Hybrid ionomer và composite. Luận văn bác sỹ nội trú bệnh viện. Tr 30-35
10. **Nguyễn Văn Sáu** (2011). Nhận xét đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phục hồi tổn thương mòn cổ răng hình chêm bằng sứ IPSe.max Press và Composite. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN TÁI PHÁT, DI CĂN BẰNG VINORELBINE UỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH

Phạm Văn Thái^{1,2}, Trương Văn Sáng^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tái phát, di căn được điều trị bằng Vinorelbine uống tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, đánh giá kết quả điều trị 47 bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn tái phát, di căn, đã thất bại với các phác đồ điều trị trước đó hoặc sức khỏe không phù hợp hoặc từ chối điều trị bằng các phác đồ hóa chất đường truyền tĩnh mạch được điều trị bằng Vinorelbine uống tại Trung tâm Ung bướu Thái Bình từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2025.

Kết quả: Đáp ứng cơ năng đạt 44,6%. Đáp ứng khách quan: Chúng tôi ghi nhận có 16/47 bệnh nhân đáp ứng một phần với phác đồ chiếm 34,1%. Có 36,2% bệnh nhân được đánh giá bệnh giữ nguyên. Có 29,7% số bệnh nhân có biểu hiện bệnh tiến triển. Thời gian sống thêm không tiến triển trung bình là 5,7 tháng; trung vị là 5,5 tháng; thời gian sống thêm không tiến triển dài nhất là 15,5 tháng, ngắn nhất là 3,1 tháng. Thời gian sống trung bình toàn bộ là $8,1 \pm 0,4$ tháng; trung vị là 7,4 tháng.

Kết luận: Nhóm tuổi hay gặp là nhóm tuổi từ 70 – 79 (40,4%); tỷ lệ nam/nữ là 1,47/1; có 57,4% BN hút thuốc; triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ho (53,2%); đau ngực (40,4%). U nguyên phát gần tương đương ở hai phổi; u vùng ngoại vi chiếm nhiều hơn; thùy trên phổi trái có tỷ lệ cao nhất. Chủ yếu là $u \geq 3\text{cm}$; tỷ lệ di căn hạch rốn phổi đối bên, trung thất cùng bên chiếm 46,8% và 59,6%. Sau điều trị: Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng một phần là 34,1%; thời gian sống thêm không tiến triển trung vị là 5,5 tháng. Thời gian sống trung bình toàn bộ trung vị là 7,4 tháng.

Từ khóa: Vinorelbine trong ung thư phổi.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF ORAL VINORELBINE FOR RECURRENT AND METASTATIC NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objective: Evaluation of treatment outcomes in patients with recurrent or metastatic non-small cell lung cancer treated with oral vinorelbine at Thai Binh General Hospital from January 2023 to June 2025

Method: Retrospective descriptive study evaluating the treatment outcomes of 47 patients with recurrent or metastatic lung adenocarcinoma, who had failed previous treatment regimens, had poor performance status, or refused intravenous chemotherapy, and were treated with oral Vinorelbine at the Thai Binh Oncology Center from January 2023 to June 2025

Results: Clinical response reached 44.6%. Regarding objective response: partial response (PR) was recorded in 16/47 patients, accounting for 34.1%. Stable disease (SD) was observed in 36.2% of patients, while 29.7% showed progressive disease (PD). The mean progression-free

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Thái Bình

⁴Trường Cao đẳng Y tế Thái Bình

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Trương Văn Sáng

Email: truongvansang1485@gmail.com

Mã bài: N761

Ngày nhận bài: 18/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 17/4/2026

Ngày duyệt bài: 25/5/2026

survival (PFS) was 5.7 months, with a median of 5.5 months (range: 3.1 to 15.5 months). The mean overall survival (OS) was 8.1 ± 0.4 months, with a median of 7.4 months

Conclusion: The most common age group was 70–79 years (40.4%), with a male-to-female ratio of 1.47:1. Smoker prevalence was 57.4%. The most frequent clinical symptoms were cough (53.2%) and chest pain (40.4%). Primary tumors were nearly equally distributed between both lungs, with peripheral tumors being more predominant; the left upper lobe (LUL) had the highest incidence rate. The majority of tumors were ≥ 3 cm. Metastasis rates to the contralateral hilar and ipsilateral mediastinal lymph nodes were 46.8% and 59.6%, respectively. Post-treatment: The partial response (PR) rate was 34.1%; the median progression-free survival (PFS) was 5.5 months, and the median overall survival (OS) was 7.4 months.

Keywords: Vinorelbine for the treatment of lung cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi nguyên phát là khối u ác tính phát triển từ biểu mô phế quản, tiểu phế quản tận, phế nang hoặc từ các tuyến phế quản¹. Kể từ khi ung thư phổi được biết đến vào giữa những năm 1900, bệnh luôn được nghiên cứu để tìm hiểu về đặc điểm dịch tễ học, nguyên nhân gây bệnh, phương pháp chẩn đoán và các biện pháp điều trị. Đây là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới, và có xu hướng ngày càng gia tăng.

Ung thư phổi tái phát là tình trạng bệnh xuất hiện trở lại sau khi đã điều trị ổn định trước đó, có thể tái phát tại vị trí ban đầu (tái phát tại chỗ), xung quanh vùng đã điều trị (tái phát vùng) hoặc ở cơ quan khác (tái phát xa). Ung thư phổi di căn là khi tế bào ung thư từ khối u phổi nguyên phát lan sang các bộ phận khác của cơ thể qua đường máu, hệ bạch huyết hoặc xâm lấn trực tiếp. Các vị trí di căn thường gặp gồm não, xương, gan và tuyến thượng thận. Điều trị UTP loại không phải tế bào nhỏ là sự phối hợp đa mô thức, đặc biệt khi bệnh đã chuyển sang giai đoạn tái phát, di căn thì việc lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp với thể trạng bệnh nhân có vai trò quan trọng nhất để vừa đảm bảo được hiệu quả điều trị nhưng cũng giảm thiểu những rủi ro do tác dụng phụ không mong muốn do thuốc gây ra¹.

Vinorelbine được phát minh bởi dược sĩ Pierre Potier ở Pháp những năm 1980, thuốc được chấp thuận ở Pháp năm 1989, đến tháng 12 năm 1994 được FDA chấp thuận tại Mỹ sau đó được điều trị rộng rãi trên thế giới và Việt Nam. Vinorelbine uống là một dạng bào chế mới, đã được chứng minh tính hiệu quả và độ an toàn tương đương với Vinorelbine đường truyền tĩnh mạch.^{2,3} Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng Vinorelbine uống đơn trị liệu là sự lựa chọn hợp lý đối với các trường hợp UTPKTBN giai đoạn tái phát, di căn đã thất bại với các phác đồ điều trị trước đó hoặc không

phù hợp với các phác đồ dùng đường truyền tĩnh mạch hoặc từ chối dùng hóa chất truyền tĩnh mạch.⁴ Mặt khác Vinorelbine uống mang lại nhiều lợi ích lâm sàng trong vấn đề sử dụng thuốc, tuân thủ điều trị đặc biệt cho các đối tượng người bệnh tuổi cao, hạn chế về mặt sức khỏe. Trong thử nghiệm lâm sàng pha II (MOVE trial), Vinorelbine uống đơn trị liệu được sử dụng là lựa chọn bước 1 cho các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến triển; kết quả các nhà nghiên cứu thu được rất khả quan với lợi ích lâm sàng thu được ở 58,1% bệnh nhân; trung vị sống thêm toàn bộ là 9 tháng, thời gian đến khi bệnh tiến triển là 5 tháng, độc tính tối thiểu và thuốc đảm bảo tính an toàn cho người bệnh cao tuổi⁵.

Tại Trung tâm Ung bướu Thái Bình, chúng tôi bắt đầu điều trị Vinorelbine đường uống cho bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn tái phát, di căn có chỉ định từ cuối năm 2022. Cho đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của thuốc này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tái phát, di căn được điều trị bằng Vinorelbine uống tại bệnh viện đa khoa Thái Bình từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

47 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn tái phát, di căn được điều trị bằng Vinorelbine uống tại Trung tâm Ung bướu Thái Bình từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chẩn đoán xác định là UTPKTBN đã thất bại với các phác đồ điều trị trước đó hoặc sức khỏe không phù hợp hoặc từ chối điều trị bằng các phác đồ hóa chất đường truyền tĩnh mạch. Không có bệnh nội khoa nặng đe dọa tính mạng. Đồng ý điều trị bằng Vinorelbine uống. Có tổn thương đích để đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1

Tiêu chuẩn loại trừ: Suy gan, suy thận nặng. Các trường hợp di căn não không kiểm soát được bằng xạ trị hoặc có triệu chứng nhưng chưa xạ trị. BN bỏ dở điều trị không vì lý do chuyên môn, không theo dõi được, không có đủ thông tin theo dõi sau điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích. Đánh giá đáp ứng cơ năng, kết quả điều trị dựa vào: đánh giá đáp ứng thực thể theo tiêu chuẩn RECIST, thời gian sống thêm không tiến triển, sống thêm toàn bộ. Đánh giá đáp ứng. Đánh giá đáp ứng sau 2 tháng và sau 6 tháng điều trị, đánh giá các tác dụng phụ không mong muốn.

2.3. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Biến số		n	Tỷ lệ %
Tuổi	Dưới 50	2	4,2
	50 – 60	7	14,9
	61 – 70	17	36,2
	71 – 80	19	40,4
	Trên 80	2	4,3
Giới	Nam	28	59,6
	Nữ	19	40,4
Hút thuốc	Có hút	27	57,4
	Không hút	20	42,6
Lý do vào viện	Ho khan	15	31,9
	Ho ra máu	6	12,8
	Khó thở	10	21,3
	Đau ngực	11	23,4
	Lý do khác	5	10,6
Số lượng cơ quan di căn	Không di căn	0	0
	Di căn 1 cơ quan	29	61,7
	Di căn 2 cơ quan	14	29,8
	Di căn từ 3 cơ quan trở lên	4	8,5
Bước điều trị	Bước 1	15	31,9
	Bước 2	32	68,1

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Đáp ứng điều trị

3.2.1.1. Đáp ứng cơ năng

Bảng 2: Đáp ứng cơ năng

Đáp ứng	n	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Bệnh cải thiện	21	44,6
Bệnh giữ nguyên	11	23,5
Tiến triển	15	31,9
Tổng	47	100

Nhận xét: Tỷ lệ BN có cải thiện triệu chứng; bệnh giữ nguyên và bệnh tiến triển nặng lên lần lượt là 44,6%; 23,5%; 31,9%

3.2.1.2. Đáp ứng thực thể

Bảng 2. Đáp ứng thực thể

Đáp ứng	n	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	16	34,1
Bệnh giữ nguyên	17	36,2
Tiến triển	14	29,7
Tổng	47	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng một phần là 34,1%; có 36,2% bệnh nhân được đánh giá bệnh giữ nguyên. Có 29,7% số bệnh nhân có biểu hiện bệnh tiến triển.

3.2.1.3. Liên quan đáp ứng khách quan với một số yếu tố

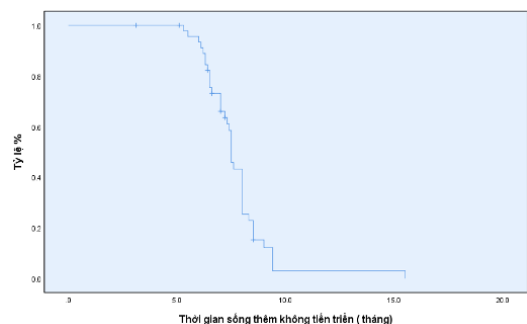
Bảng 3. Liên quan đáp ứng khách quan với một số yếu tố

Tình trạng đáp ứng		Đáp ứng	Không đáp ứng	Tổng số	p
Yếu tố liên quan					
Tuổi	< 60	4	6	10	0,57
	≥ 60	12	25	37	
Giới	Nam	7	21	28	0,22
	Nữ	9	10	19	
PS	0-1	10	12	22	0,01
	2	6	19	25	
Số lượng cơ quan di căn	0-1	10	19	29	0,02
	>1	6	12	18	
Bước điều trị	Bước 1	9	6	15	0,21
	Bước 2	8	24	32	

Nhận xét: Chỉ số toàn trạng, số cơ quan bị di căn là những yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa đến đáp ứng khách quan ($p < 0,05$)

3.2.2. Thời gian sống thêm

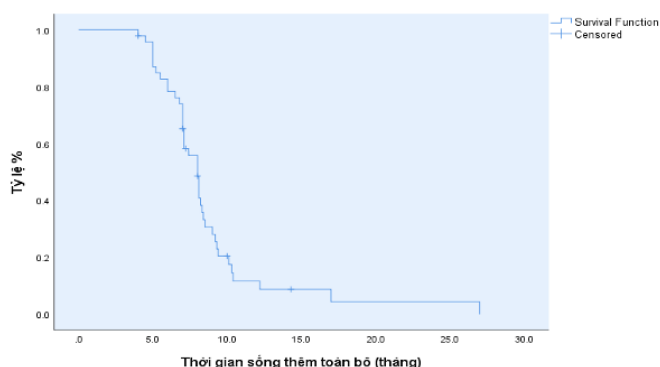
3.2.2.1. Thời gian sống thêm không tiến triển



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm không tiến triển

Nhận xét: Thời gian sống thêm không tiến triển trung bình là 5,7 tháng trung vị là 5,5 tháng. Thời gian sống thêm không tiến triển dài nhất là 15,5 tháng, ngắn nhất là 3,1 tháng. Thời gian sống thêm không tiến triển 3 tháng là 100%; 6 tháng là 42,5%

3.2.2.2. Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Trong 47 bệnh nhân nghiên cứu; có 07 bệnh nhân đã chết (14,9 %) và 40 bệnh nhân còn sống đến thời điểm nghiên cứu. Thời gian sống thêm trung bình là $8,1 \pm 0,4$ tháng; trung vị là 7,4; thời gian sống thêm dài nhất là 27 tháng. Tỷ lệ sống thêm 06 tháng là 80,9%

3.2.3. Tác dụng không mong muốn

3.2.3.1. Trên hệ tạo huyết

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết

Tác dụng phụ trên hệ tạo huyết	Độ độc tính									
	0		1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Giảm bạch cầu	21	44,7	5	10,6	2	4,3	0	0	0	0
Giảm bạch cầu hạt	20	42,6	6	12,8	3	6,4	1	2,1	0	0
Giảm huyết sắc tố	23	48,9	12	25,5	4	8,5	1	2,1	0	0
Giảm tiểu cầu	13	27,7	3	6,4	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Hạ huyết sắc tố; hạ bạch cầu; hạ tiểu cầu gặp ở 36,2 %; 21,3 %; 27,7%

3.2.3.2. Ngoài hệ tạo huyết

Bảng 5. Một số tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết

Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết	Độ									
	0		1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tăng SGOT, SGPT	15	31,9	4	8,5	0	0	0	0	0	0
Tăng Creatinin máu	11	23,4	3	6,4	0	0	0	0	0	0
Nôn, buồn nôn	16	34,0	2	4,3	0	0	0	0	0	0
Ỉa chảy	11	23,4	1	2,1	0	0	0	0	0	0
Viêm loét niêm mạc miệng	17	36,2	5	10,6	2	4,3	0	0	0	0
Tổng số bệnh nhân = 47										

Nhận xét: Tỷ lệ viêm loét niêm mạc miệng gặp ở 14,9 % bệnh nhân; tình trạng tăng men gan gặp ở 4 bệnh nhân chiếm 8,5% với mức độ nhẹ; tỷ lệ người bệnh có tăng creatinin máu, ỉa chảy, nôn và buồn nôn là 6,4%; 4,3% và 2,1%, đều ở mức độ nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

1. Đáp ứng điều trị

Đáp ứng cơ năng: Trong điều trị ung thư phổi giai đoạn muộn hoặc tái phát, một trong những việc được ưu tiên hàng đầu với các nhà ung thư là cải thiện triệu chứng lâm sàng. Đặc biệt đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân đã qua nhiều bước điều trị hoặc tái phát sau điều trị trước đó nên gánh nặng triệu chứng thường rất nặng nề. Trong số 47 BN, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có cải thiện triệu chứng; bệnh giữ nguyên và bệnh tiến triển nặng lên lần lượt là 44,6%; 23,5%; 31,9%. Trong quá trình điều trị người bệnh, chúng tôi nhận thấy có những bệnh nhân đã thuyên giảm triệu chứng sau 15 – 20 ngày bắt đầu điều trị. Các triệu chứng trước điều trị như ho, tức ngực, khó thở,... được ghi nhận cải thiện rõ rệt. Kết quả của chúng tôi gần tương đương nghiên cứu của tác giả Phạm Cẩm Phương (2026);⁶ Trịnh Lê Huy (2021)⁷

Đáp ứng thực thể: Để có cái nhìn khách quan nhất về hiệu quả tiêu diệt tế bào u của phác đồ điều trị bệnh ung thư nói chung và của thuốc Navelbine nói riêng, chúng tôi tiến hành đánh giá đáp ứng khách quan của tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh và việc làm giảm được kích thước các khối u cũng như tiêu diệt được các tế bào ung thư và các mầm mống di căn của nó luôn là mục tiêu của các nhà ung thư học. Để thực hiện nhiệm vụ này, chúng tôi đã khám lâm sàng tỷ mỉ, kết hợp các xét nghiệm cận lâm sàng như siêu âm ổ bụng, chụp CT lồng ngực, MRI sọ não, nhiều bệnh nhân chúng tôi đã kính chuyển tuyến trên chụp xạ hình xương hoặc PET/CT để theo dõi kết hợp điều trị. Tỷ lệ đáp ứng một phần là 34,1%; có 36,2% bệnh nhân được đánh giá bệnh giữ nguyên. Có 29,7% số bệnh nhân có biểu hiện bệnh tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh trong nghiên cứu này là 70,3% (bao gồm đáp ứng và bệnh ổn định). Các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cũng cho kết quả tương tự. Tác giả Phạm Cẩm Phương, tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR): 65,2%.⁶ Tác giả Trịnh Lê Huy có tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 76,8%; trong đó tỷ lệ đáp ứng một phần là 21,4% và tỷ lệ bệnh ổn định là 55,4%.⁷ Nghiên cứu của Stefania Nobili (2020) cho thấy có 63/81 bệnh nhân được đánh giá đáp ứng trong đó 22% đạt đáp ứng một phần và 41% bệnh ổn định.⁸

2. Thời gian sống thêm

Thời gian sống thêm không tiến triển trung bình là 5,7 tháng; trung vị là 5,5 tháng. Thời gian sống thêm không tiến triển dài nhất là 15,5 tháng; ngắn nhất là 3,1 tháng. Thời gian sống thêm không tiến triển 3 tháng là 100%; 6 tháng là 75%; 1 năm là 49,6%. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển của chúng tôi nằm trong khoảng dao động của các nghiên cứu trong nước và quốc tế. Tác giả Phạm Cẩm Phương có PFS trung bình là 7,1 tháng.⁶ Trịnh Lê Huy ghi nhận thời gian sống thêm không tiến triển trung bình là 5,3 tháng.⁷ Nghiên cứu của Stefania Nobili (2020) là 5,4 tháng.⁸

Thời gian sống thêm toàn bộ là một tiêu chí quan trọng để đánh giá hiệu quả điều trị, ý nghĩa thực tiễn lâu dài của phác đồ. Theo nghiên cứu của chúng tôi thì trong 47 bệnh nhân nghiên cứu, có 07 bệnh nhân đã chết (14,9 %) và 40 bệnh nhân còn sống đến thời điểm nghiên cứu; thời gian sống thêm trung bình: 8,1 ± 0,4 tháng, trung vị là 7,4 tháng, với khoảng tin cậy 95%; thời gian sống thêm dài nhất là 27 tháng; tỷ lệ sống thêm một năm là 45,9%. Thời gian sống thêm toàn bộ trong nghiên cứu của chúng tôi dao động trong khoảng thời gian của các tác giả trong và ngoài nước.^{6 7 8} Đây là những giá trị mang lại cho người bệnh của phác đồ này và chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi những bệnh nhân trong đề tài này trong thời gian tới cũng như vẫn tiếp tục áp dụng các phương pháp tiến bộ để điều trị bệnh nhân ung thư đặc biệt là bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn.

3. Tác dụng không mong muốn

Đối với chuyên ngành ung thư đặc biệt khi điều trị, chăm sóc ung thư ung thư giai đoạn muộn, việc lựa chọn phác đồ điều trị theo từng bệnh nhân là rất quan trọng. Tỷ lệ người bệnh có hạ huyết sắc tố là 36,2 %; trong đó có bốn bệnh nhân có hạ độ 2 và một bệnh nhân hạ độ 3. Tỷ lệ viêm loét niêm mạc miệng gặp ở 14,9 % bệnh nhân; có hai bệnh nhân được ghi nhận là viêm loét niêm mạc miệng độ 2. Tình trạng tăng men gan gặp ở 4 bệnh nhân chiếm 8,5% với mức độ nhẹ, sau dùng thuốc hồi phục ổn định. Tỷ lệ người bệnh có tăng creatinin máu, ỉa chảy, nôn và buồn nôn là 6,4%; 4,3% và 2,1%, đều ở mức độ nhẹ. Các tác dụng phụ này phần lớn đều ở mức độ nhẹ, sau khi điều trị kết hợp giảm nhẹ người bệnh lại có thể tiếp tục quay lại được điều trị. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.^{2 5 6}

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 47 BN UTPKTBN giai đoạn tái phát hoặc di căn được điều trị Navelbine uống chúng

tôi rút ra một số kết luận:

- Tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ là 34,1%; đáp ứng cơ năng đạt 44,6%.

- Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là 5,7 tháng; trung vị là 5,5 tháng. Thời gian sống thêm không tiến triển dài nhất là 15,5 tháng; ngắn nhất là 3,1 tháng. OS trung vị là 7,4 tháng. Thời gian sống thêm dài nhất là 27 tháng.

- Các độc tính thường gặp là: Hạ huyết sắc tố là 36,2%; trong đó có bốn bệnh nhân có hạ độ 2 và một bệnh nhân hạ độ 3. Tỷ lệ giảm bạch cầu hạt gặp ở 21,3% người bệnh; trong đó có ba bệnh nhân độ 2 và một bệnh nhân độ 3. Viêm loét niêm mạc miệng gặp ở 14,9% bệnh nhân, có hai bệnh nhân được ghi nhận là viêm loét niêm mạc miệng độ 2. Tỷ lệ người bệnh có tăng creatinin máu, ỉa chảy; nôn - buồn nôn là 6,4%; 4,3% và 2,1% đều ở mức độ nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Hiếu.** Bài giảng ung thư học. Nhà xuất bản Y học Hà Nội; 2023.
2. **Socinski MA Evans T, Gettinger S, et al.** Treatment of stage IV non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College

of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 143:e, 341s-368s; 2023.

3. **British national formulary, BNF 69.** British Medical Association.. 594. ISBN 9780857111562; 2015.
4. **Marty M, Fumoleau P, Adenis A.** "Oral vinorelbine pharmacokinetics and absolute bioavailability study in patients with solid tumors". Ann Oncol. 12(11), 1643–9. doi:10.1023/A: 1013 18090 3805. PMID 11822766.
5. **A. Camerini, C. Valsuani et al.** "Phase II trial of single-agent oral vinorelbine in elderly (> or =70 years) patients with advanced non-small-cell lung cancer and poor performance status", Ann Oncol, 2010, 21(6), 1290-5.
6. **Phạm Cẩm Phương, Trần Thị Hương.** Kết quả điều trị Vinorelbine trong ung thư phổi không tế bào nhỏ tái phát di căn tại Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hoá. T. T. Huong; P. C. Phuong / Vietnam Journal of Community Medicine. Vol. 67, Special Issue 2, 106-110; 2026.
7. **Trịnh Lê Huy, Nguyễn Thanh Loan.** Đánh giá kết quả điều trị bằng liệu pháp đơn trị Vinorelbine trong ung thư phổi không tế bào nhỏ. Doi: 10.38103/jcmhch.2021.69.4; 2021.
8. **Shepshelovich D, Xu W, Lu L, et al.** Body mass index (BMI), weight change, and overall survival in patients with advanced lung cancer. Journal of Thoracic Oncology. 14(7):1199–1208; 2019.

GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM CẢNH BÁO SỚM NHI KHOA BRIGHTON PEWS TRONG ĐÁNH GIÁ KẾT CỤC BỆNH NHI NHẬP KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Hồ Thị Thanh Thảo¹, Ngô Ngọc Quang Minh², Đinh Tấn Phương¹, Phạm Văn Quang^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trẻ em nhập viện có thể diễn tiến nặng nhanh nếu không được nhận biết sớm, trong khi nhiều biến cố nghiêm trọng hoàn toàn có thể phòng tránh nếu được phát hiện kịp thời qua theo dõi dấu hiệu sinh tồn. Các hệ thống cảnh báo sớm, đặc biệt là Brighton PEWS, đã chứng minh hiệu quả trong hỗ trợ sàng lọc nguy cơ tại nhiều quốc gia, nhưng dữ liệu trong nước còn hạn chế. Khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1 tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhi với tình trạng đa dạng và diễn tiến nhanh, đòi hỏi một công cụ

tiền lượng đơn giản, nhanh và đáng tin cậy. Do đó, nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá giá trị của thang điểm Brighton PEWS trong dự đoán khả năng nhập các khoa Hồi sức tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định khả năng đánh giá kết cục nhập các khoa Hồi sức khi áp dụng thang điểm Brighton PEWS, ở các bệnh nhi nhập khoa Cấp cứu, Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 250 bệnh nhân nhập khoa Cấp cứu từ 01/01/2025 đến 31/07/2025 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Kết quả: Trong 250 bệnh nhân được nhận vào nghiên cứu, độ tuổi từ 1 tháng đến 36 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất là 51,6%, tỉ số nam/nữ là 1,19/1. Nhóm bệnh thường gặp nhất là bệnh lý hô hấp chiếm 36,4%. Có 26,4% bệnh nhi chuyển vào các khoa Hồi sức tiếp tục điều trị. Tỉ lệ chuyển các khoa Hồi sức ở nhóm điểm B-PEWS ≥ 4 cao hơn nhóm B-PEWS ≤ 3 tại cả 3 thời điểm ($p < 0,05$). Điểm B-PEWS tại thời điểm nhập viện có khả năng tiên lượng khá tốt nguy

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Quang

Email: phamvanquang73@yahoo.com.vn

Mã bài: **ND1 - 28**

Ngày nhận bài: 27/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 26/3/2026

Ngày duyệt bài: 27/5/2026