

3. **American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2008).** The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice. Retrieved from <http://www.aacn.nche.edu/Education/pdf/BaccEssentials08.pdf> (19 Kasim 2013).
4. **Bandura A (1994),** Self-efficacy. Encyclopedia of psychology, 3, 368 – 369. – 9
5. **Benner, P. (1984),** From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA. Addison-Wesley.
6. **Crouch L. (2009).** Undergraduate nursing students' perceptions of the simulation design, learning, satisfaction, self -concept, and collaboration in high -fidelity human patient simulation. International Journal of Nursing Education Scholarship, 5(1), 1-16.
7. **Dillon, P., Kaplan, L., & Noble, K. (2009),** Simulation as a means to foster collaborative interdisciplinary education. Nursing Education Perspectives, 30(3), 87-91.
8. **McRae M. E., Chan A., Ai J. (2017).** The effectiveness of and satisfaction with high-fidelity simulation to teach cardiac surgical resuscitation skills to nurses. 5(1), 64-69.

KẾT QUẢ ĐÁP ỨNG VÀ PHÂN TÍCH MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ VỎY GIAI ĐOẠN MUỘN ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT PHÁC ĐỒ PACLITAXEL/CARBOPLATIN TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Hùng Kiên¹, Nguyễn Văn Tài¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị và phân tích một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn điều trị hoá chất phác đồ paclitaxel carboplatin tại bệnh viện K từ 01/2017 đến 05/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiến cứu 65 bệnh nhân ung thư ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn được chẩn đoán và điều trị phác đồ paclitaxel/carboplatin tại Bệnh viện K từ 01/2017 đến 05/2022. **Kết quả:** Nghiên cứu 65 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn được điều trị hoá chất bước một phác đồ paclitaxel/carboplatin cho thấy tỷ lệ đáp ứng đạt 38,5%; tỷ lệ kiểm soát bệnh 66,2%; tỷ lệ bệnh tiến triển 33,8%. Đa phần các bệnh nhân cải thiện triệu chứng cơ năng trong quá trình điều trị (chiếm 47,7%). Bệnh nhân toàn trạng ECOG 0 điểm có tỷ lệ đáp ứng cao hơn so với nhóm ECOG 1 điểm, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,002$. **Kết luận:** Bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn điều trị phác đồ paclitaxel/carboplatin bước một có tỷ lệ đáp ứng 38,5%, tỷ lệ kiểm soát bệnh 66,2%. Bệnh nhân có thể trạng tốt có tỷ lệ đáp ứng cao hơn.

Từ khóa: Ung thư phổi biểu mô vảy, giai đoạn muộn, paclitaxel/carboplatin, Bệnh viện K.

SUMMARY

RESPONSE RESULTS AND ANALYZING THE RELATED FACTORS OF FIRST-LINE PACLITAXEL/CARBOPLATIN CHEMOTHERAPY FOR THE TREATMENT OF

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên

Email: kiencc@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.7.2022

Ngày duyệt bài: 9.8.2022

ADVANCED/ METASTATIC SQUAMOUS CELL LUNG CANCER PATIENTS AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: Assessing the response results and analyzing the related factors of paclitaxel/carboplatin chemotherapy for the treatment of advanced/metastatic squamous cell lung cancer patients at National Cancer Hospital from 01/2017 to 05/2022. **Patients and method:** Retrospective and prospective analysis of 65 patients with advanced/metastatic squamous cell lung carcinoma were diagnosed and treated with paclitaxel/carboplatin regimen at National Cancer Hospital from 01/2017 to 05/2022. **Results:** During the treatment of first-line paclitaxel/carboplatin chemotherapy of 65 advanced/metastatic squamous cell lung cancer patients, the response rate was 38.5%; the control disease rate was 66.2%, progressive rate was 33.8%. Most of patients had improved the clinical symptoms during the treatment (accounting for 47.7%). Patients with ECOG 0 had higher response rates than one with ECOG 1, there was a significant difference with $p=0,002$. **Conclusion:** The overall response rate of first-line paclitaxel/carboplatin chemotherapy for the treatment of advanced/metastatic squamous cell lung cancer was 38.5%, the control rate was 66.2%. Patients with good performance status had higher response rate.

Keywords: Squamous cell lung cancer, advanced/metastatic stage, paclitaxel/carboplatin, National Cancer Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một loại ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phạm vi toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2020, tại Việt Nam, ung thư phổi đứng hàng thứ 2 chỉ sau ung thư gan với tỷ lệ mắc mới chiếm 15,4% tổng số ung thư nhưng tỉ

lệ tử vong lên đến 19,4% [1].

Theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới, mô bệnh học của UTP được chia làm hai nhóm chính là UTP tế bào nhỏ (TBN) và UTP không tế bào nhỏ (KTBN), trong đó UTPKTBN chiếm khoảng 80%. Trong bệnh lý UTP hai loại này có phương pháp điều trị và tiên lượng khác nhau. Trong UTPKTBN, ung thư biểu mô vảy chiếm tỷ lệ khoảng 30% các trường hợp, tiên lượng bệnh xấu hơn so với ung thư phổi biểu mô tuyến, thường không áp dụng các biện pháp điều trị đích bằng thuốc trọng lượng phân tử nhỏ [2-5].

Các nghiên cứu trên thế giới về ung thư phổi không tế bào nhỏ trong đó có nhóm tế bào vảy giai đoạn muộn cho thấy vai trò của hoá chất bước 1 bộ đôi platinum. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị khoảng 4-5 tháng với tỷ lệ đáp ứng 30-40% [6,7]. Một số phác đồ thường áp dụng giữa carboplatin với các hoá chất paclitaxel, gemcitabine, docetaxel,... Hầu hết các nghiên cứu bao gồm ung thư phổi không tế bào nhỏ, trong đó dưới nhóm ung thư biểu mô tế bào vảy gần như ít đánh giá và phân tích chi tiết về đáp ứng cũng như thời gian sống thêm.

Các nghiên cứu gần đây phân tích vai trò của điều trị miễn dịch trên bệnh nhân ung thư phổi tế bào vảy giai đoạn muộn. Theo nghiên cứu Keynote-024 với nhóm bệnh nhân có bộc lộ miễn dịch PDL1 cao >50%, điều trị bước 1 bằng pembrolizumab đơn trị hoặc phối hợp với hoá chất bộ đôi platinum cải thiện sống thêm toàn bộ so với nhóm điều trị hoá chất.[8] Ngoài ra theo nghiên cứu Impower 110 cũng cho thấy vai trò Atezolizumab so với hoá trị trong ung thư phổi tế bào vảy có bộc lộ miễn dịch cao [7]. Theo nghiên cứu Keynote-407 đối với bệnh nhân có bộc lộ PDL1 dưới 50% hoặc không bộc lộ PDL1, điều trị pembrolizumab kết hợp hoá trị bộ đôi platinum có thời gian sống thêm trung vị 15,9 tháng cao hơn so với nhóm điều trị hoá chất là 11,3 tháng, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ đáp ứng ở bệnh nhân phối hợp pembrolizumab với hoá trị đạt 57,9% cao hơn so với hoá trị là 38,4% [6].

Tại bệnh viện K, nhiều đề tài tiến hành đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn bằng các phác đồ hoá chất có phối hợp hoặc không phối hợp với điều trị miễn dịch. Tuy nhiên, chưa có nhiều đề tài đánh giá và phân tích riêng trên nhóm bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu "Đánh giá đáp ứng điều trị và phân tích một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn điều trị hoá chất

phác đồ paclitaxel carboplatin tại bệnh viện K từ 01/2017 đến 05/2022".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn được chẩn đoán và điều trị hoá chất bước 1 bằng phác đồ paclitaxel/carboplatin tại Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy của phổi.
- Không kể giới tính, tuổi > 18
- Bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn IV hoặc tái phát, di căn theo AJCC 8th
- Chỉ số toàn trạng theo thang điểm ECOG = 0 ; 1
- Có các tổn thương có thể đo được bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: CLVT, MRI
- Chức năng gan thận, tủy xương trong giới hạn cho phép điều trị

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mặc bệnh ung thư thứ 2
- Di căn màng não
- Mặc các bệnh lý mãn tính: suy tim, suy thận
- Đã được điều trị trước đó.
- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

*** Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K
- Thời gian nghiên cứu: từ 01/2017 đến 05/2022

*** Phương pháp nghiên cứu:**

- Thiết kế nghiên cứu
- Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu
- Mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu và cách chọn mẫu
- Cỡ mẫu thuận tiện, ước tính khoảng 50-60 bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu

2.3. Các bước tiến hành

*** Nội dung nghiên cứu/ Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu:**

- Đánh giá đáp ứng trên lâm sàng:
 - + Điểm chỉ số toàn trạng
 - + Các biểu hiện lâm sàng: cải thiện triệu chứng, không cải thiện, tăng lên
- Đánh giá đáp ứng khối u trên chẩn đoán hình ảnh: Đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, bệnh giữ nguyên, bệnh tiến triển theo tiêu chuẩn RECIST 1.1

- Tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng: RECIST 1.1

- Phân tích một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ đáp ứng

*** Quy trình nghiên cứu**

- ❖ **Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo các tiêu chuẩn nghiên cứu**

Trong vòng 14 ngày trước điều trị, bệnh nhân được thực hiện các xét nghiệm cơ bản, đánh giá trước điều trị bao gồm:

- Khai thác tiền sử và bệnh sử
- Xét nghiệm máu: Công thức máu, sinh hóa máu
- Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh đánh giá tổn thương trước điều trị: Nội soi phế quản, chụp CLVT ngực bụng, MRI não, ...

Bước 2: Điều trị hóa chất phác đồ paclitaxel/carboplatin

Giải thích cho BN về chẩn đoán bệnh, tiên lượng, phương pháp điều trị, nguy cơ, những tác dụng phụ không mong muốn, cách theo dõi phát hiện và phòng ngừa độc tính của thuốc.

Liều lượng: Paclitaxel 175-200mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1

Carboplatin AUC 5, truyền tĩnh mạch ngày 1
Chu kỳ 21 ngày

- Các phương pháp điều trị phổi hợp: xạ não trong di căn não, xạ triệu chứng (chống chèn ép, ho máu, giảm đau,...).

Bệnh nhân sau kết thúc 3 hoặc 6 chu kỳ hoá chất, hoặc khi có dấu hiệu bất thường được đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

2.4. Xử lý số liệu. Các thuật toán thống kê được sử dụng như sau:

+ So sánh các giá trị trung bình: sử dụng kiểm định T (T-Test).

+ Mối liên quan giữa đáp ứng với các yếu tố loại định tính: sử dụng kiểm định χ^2 hoặc kiểm định chính xác Fisher.

+ Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Ý nghĩa thống kê đặt ở mức 95%, khoảng tin cậy được xác định ở mức 95%.

+ Kết quả được thể hiện trên các bảng hoặc đồ thị thích hợp, dạng tỷ lệ phần trăm (%) hoặc dưới dạng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn ($X \pm SD$).

+ Sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

2.5. Vấn đề y đức. Tất cả BN trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Những BN có đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích đầy đủ, rõ ràng về các lựa chọn điều trị tiếp theo, về qui trình điều trị, các ưu, nhược điểm của từng phương pháp điều trị, các rủi ro có thể xảy ra.

Tất cả các thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật thông qua việc mã hoá các số liệu trên máy vi tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ 01/2017 đến 05/2022, chúng tôi tiến hành đánh giá trên 65

bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn được điều trị hoá chất bước một phác đồ paclitaxel/carboplatin tại bệnh viện K.

3.1. Đáp ứng điều trị

Bảng 3.1. Đặc điểm cải thiện lâm sàng sau điều trị

Đáp ứng chủ quan	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cải thiện cơ năng	31	47,7
Giữ nguyên	15	23,1
Tiến triển xấu	19	29,2
Tổng	65	100

Nhận xét: Đa phần các bệnh nhân có cải thiện triệu chứng cơ năng trong quá trình điều trị (chiếm 47,7%), có 29,2% bệnh nhân tiến triển xuất hiện triệu chứng tăng hơn so trước điều trị.

Bảng 3.2. Đặc điểm đáp ứng theo RECIST v1.1

Đáp ứng khách quan	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hoàn toàn	1	1,5
Một phần	24	36,9
Ổn định	18	27,7
Bệnh tiến triển	22	33,8
Tổng	65	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi sau 3-6 chu kỳ hoá chất paclitaxel/carboplatin, tỷ lệ đáp ứng đạt 38,5%, trong đó có 1 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn trên cắt lớp vi tính. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 66,2%.

3.2. Phân tích mối liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng và một số yếu tố

3.2.1. Tuổi và giới tính

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng và tuổi, giới

Đặc điểm	Đáp ứng	Không đáp ứng	p
Nhóm tuổi			
< 60 tuổi	21	30	0,33
≥ 60 tuổi	5	9	
Giới tính			
Nam	19	33	0,134
Nữ	6	7	

Nhận xét: Khi so sánh tỷ lệ đáp ứng với yếu tố tuổi và giới tính, chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.2. Vị trí di căn xa

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng và vị trí di căn xa

Di căn xa	Đáp ứng	Không đáp ứng	p
Phổi đối bên	15	27	0,451
Xương	17	27	
Màng phổi, màng tim	12	26	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng khi so sánh nhóm bệnh nhân di căn, $p > 0,05$.

3.2.3. Đặc điểm toàn trạng

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng và toàn trạng

Toàn trạng	Đáp ứng	Không đáp ứng	p
ECOG 0	12	15	0,002
ECOG 1	13	25	

Nhận xét: Bệnh nhân toàn trạng ECOG 0 điểm có tỷ lệ đáp ứng cao hơn so với nhóm ECOG 1 điểm, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002$.

3.2.4. Đặc điểm bậc độ PD-L1

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng và bậc độ PD-L1

Chỉ số PD-L1	Đáp ứng	Không đáp ứng	p
< 1%	5	10	0,09
1-49%	7	9	
≥ 50%	5	8	
Tổng	17	27	

Nhận xét: Không khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đáp ứng khi phân tích trên nhóm bệnh nhân các mức độ bậc độ PD-L1.

3.2.5. Gây sút cân

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng và gây sút cân

Gây sút cân	Đáp ứng	Không đáp ứng	p
< 5% trọng lượng	17	25	0,12
> 5% trọng lượng	8	15	

Nhận xét: Không khác biệt về tỷ lệ đáp ứng khi so sánh nhóm bệnh nhân theo tình trạng gây sút cân với $p = 0,12$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ đáp ứng điều trị với phác đồ paclitaxel/carboplatin. Tỷ lệ đáp ứng của phác đồ paclitaxel/carboplatin tương đối dao động khi so sánh giữa các nghiên cứu. Trong nghiên cứu pha 3 của Luis Paz-Ares (2018), tỷ lệ đáp ứng trên nhóm điều trị paclitaxel/carboplatin ung thư phổi biểu mô vảy là 38,4%. Thời gian từ lúc điều trị đến lúc có đáp ứng trung bình là 1,4 tháng. Thời gian kéo dài đáp ứng đạt 4,8 tháng (dao động từ 1,3 tháng đến 15,8+ tháng). Trong các BN đáp ứng, có 2,1% đáp ứng hoàn toàn, 36,3% đáp ứng một phần và 28,1% bệnh ổn định [6]. So sánh với các nghiên cứu ung thư phổi không tế bào nhỏ nói chung của tác giả R. Rosell năm 2002, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ với paclitaxel/carboplatin là 25%. Một nghiên cứu khác trên ung thư phổi không tế bào nhỏ với phác đồ paclitaxel/carboplatin của Alan Sandler

năm 2006 cho thấy tỷ lệ đáp ứng chỉ đạt 15% [9], [10].

Một nghiên cứu ung thư phổi không tế bào nhỏ của Mohamed năm 2012 trong đó hơn 50% cá bệnh nhân ung thư biểu mô vảy giai đoạn muộn, tỷ lệ đáp ứng nhóm điều trị paclitaxel tuần/carboplatin cao hơn (42,9%) so với paclitaxel 3 tuần/carboplatin là 31,8%, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,074$. Tỷ lệ bệnh ổn định dao động từ 27,3-38,1%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh cao hơn ở nhóm paclitaxel tuần (81%) so với 3 tuần (59,1%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,038$. Khi so sánh với ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn, một nghiên cứu tại Pháp của tác giả P.Thomas năm 2001 cho thấy phác đồ paclitaxel/carboplatin có đáp ứng đạt 65%, tỷ lệ bệnh ổn định 11% và 24% bệnh tiến triển trên nhóm, thời gian trung vị kéo dài đáp ứng bệnh là 20 tuần.

4.2. Mối liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng và một số yếu tố

4.2.1. Tuổi và giới tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các bệnh nhân là nam giới và hơn 50% bệnh nhân có độ tuổi từ 51-60 tuổi. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu ung thư phổi biểu mô vảy nói riêng và ung thư phổi giai đoạn muộn nói chung. Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi, khi phân tích tỷ lệ đáp ứng giữa nhóm bệnh nhân phân loại theo nhóm tuổi và giới tính, chúng tôi ghi nhận không khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong các nghiên cứu trên thế giới, ít nghiên cứu phân tích mối liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng hoá trị và các yếu tố tuổi, giới, tuy nhiên, nhìn chung hai yếu tố này ít ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng của điều trị.

4.2.2. Đặc điểm di căn xa. Tần suất di căn hay gặp vị trí di căn xương (chiếm 67,7%), tiếp theo di căn phổi đối bên (64,6%), và màng phổi, màng tim (chiếm 58,5%) trong nghiên cứu của chúng tôi. Một nghiên cứu tại Pháp của tác giả P. Thomas năm 2001 cho thấy tỷ lệ đáp ứng giữa hai nhóm một vị trí di căn xa và nhiều vị trí di căn xa là tương đương nhau, không khác biệt. Kết quả này cũng phù hợp với phân tích của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng không khác biệt giữa các nhóm bệnh nhân có di căn phổi, di căn xương hay di căn màng phổi, màng tim, với $p > 0,05$.

4.2.3. Đặc điểm toàn trạng. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với các nghiên cứu trên thế giới, do các bệnh nhân trong nghiên cứu này có liên quan đến điều trị phác đồ hoá chất bộ đôi platinum, do đó lựa chọn các bệnh nhân có thể trạng tương đối tốt trước điều trị.

Một nghiên cứu tại Pháp của tác giả P. Thomas năm 2001 cho thấy nhóm bệnh nhân PS ECOG 0 và 1 điểm có tỷ lệ đáp ứng cao hơn so với nhóm PS 2 điểm (69% so với 59%), tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng cao hơn ở nhóm bệnh nhân có thể trạng tốt hơn, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể giải thích rằng, các bệnh nhân có thể trạng tốt, dung nạp với hoá trị tốt, ít ảnh hưởng và không bị gián đoạn hoặc giảm liều trong quá trình điều trị.

4.2.4. Đặc điểm bộc lộ PD-L1. Đối với bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn, việc xét nghiệm PDL1 có vai trò quan trọng trong phân loại cũng như phối hợp với điều trị miễn dịch nếu bệnh nhân có điều kiện. Trong nghiên cứu của tác giả Luis Paz-Ares (2018) trong so sánh vai trò của pembrolizumab trên bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn, tỷ lệ BN có chỉ số PDL1 < 1% là 34,2-35,2%; chủ yếu gặp bệnh nhân có bộc lộ PD-L1 trong khoảng 1-49% (chiếm 38%), còn nhóm BN có bộc lộ cao trên 50% chiếm 26,3% [6]. Trong nghiên cứu này trên nhóm chỉ điều trị hoá chất paclitaxel/carboplatin, tỷ lệ đáp ứng của nhóm TPS > 50%; 1-49% và dưới 1% lần lượt là 32,9%; 41,3% và 40,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 44 bệnh nhân được xét nghiệm đánh giá mức độ bộc lộ PD-L1, trong đó tỷ lệ nhóm bộc lộ < 1%; 1-49% và $\geq 50\%$ lần lượt là 34,1%; 36,4% và 29,5%. Tuy nhiên, khi phân tích tỷ lệ đáp ứng trong 3 nhóm này, chúng tôi không thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Mức độ bộc lộ PD-L1 có thể là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng sống thêm của các bệnh nhân khi điều trị kết hợp với pembrolizumab, tuy nhiên chưa chứng minh vai trò của PD-L1 trong đáp ứng với điều trị hoá trị.

3.2.4. Đặc điểm gây sút cân. Nghiên cứu của P. Thomas năm 2001 cho thấy nhóm bệnh nhân có gây sút cân trên và dưới 10% trong lượng cơ thể không có sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân của chúng tôi có tỷ lệ gây sút cân > 5% thấp hơn, chủ yếu các bệnh nhân không gây sút hoặc chỉ gây sút < 5% trọng lượng cơ thể. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh tỷ lệ đáp ứng giữa hai nhóm có biểu hiện gây sút cân.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn điều trị phác đồ paclitaxel/

carboplatin bước một có tỷ lệ đáp ứng 38,5%, tỷ lệ kiểm soát bệnh 66,2%. Bệnh nhân có thể trạng tốt có tỷ lệ đáp ứng cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung, H.; Ferlay, J.; Siegel, R.L.; 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. Cancer J. Clin.* **2021**, *71*, 209–249, doi:10.3322/caac.21660.
2. Cheng, T.-Y.D.; Cramb, S.M.; Baade, P.D.; Youlten, D.R.; Nwogu, C.; Reid, M.E. The International Epidemiology of Lung Cancer: Latest Trends, Disparities, and Tumor Characteristics. *J. Thorac. Oncol.* **2016**, *11*, 1653–1671, doi:10.1016/j.jtho.2016.05.021.
3. Lortet-Tieulent, J.; Soerjomataram, I.; Ferlay, J.; Rutherford, M.; Weiderpass, E.; Bray, F. International Trends in Lung Cancer Incidence by Histological Subtype: Adenocarcinoma Stabilizing in Men but Still Increasing in Women. *Lung Cancer* **2014**, *84*, 13–22, doi:10.1016/j.lungcan.2014.01.009.
4. Socinski, M.A.; Obasaju, C.; Gandara, D.; Hirsch, F.R.; Bonomi, P.; Bunn, P.A.; Kim, E.S.; Langer, C.J.; Natale, R.B.; Novello, S.; et al. Current and Emergent Therapy Options for Advanced Squamous Cell Lung Cancer. *J. Thorac. Oncol.* **2018**, *13*, 165–183, doi:10.1016/j.jtho.2017.11.111.
5. Soldera, S.V.; Leigh, N.B. Update on the Treatment of Metastatic Squamous Non-Small Cell Lung Cancer in New Era of Personalized Medicine. *Front. Oncol.* **2017**, *7*.
6. Paz-Ares, L.; Luft, A.; Vicente, D.; Tafreshi, A.; Gümüş, M.; Mazieres, J.; Hermes, B.; Çay Şenler, F.; Csósz, T.; Fülöp, A.; et al. Pembrolizumab plus Chemotherapy for Squamous Non-Small-Cell Lung Cancer. *N. Engl. J. Med.* **2018**, *379*, 2040–2051, doi:10.1056/NEJMoa1810865.
7. Herbst, R.S.; Giaccone, G.; de Marinis, F.; Reinmuth, N.; Vergnenegre, A.; Barrios, C.H.; Morise, M.; Felip, E.; Andric, Z.; Geater, S.; et al. Atezolizumab for First-Line Treatment of PD-L1-Selected Patients with NSCLC. *N. Engl. J. Med.* **2020**, *383*, 1328–1339, doi:10.1056/NEJMoa1917346.
8. Reck, M.; Rodríguez-Abreu, D.; Robinson, A.G.; Hui, R.; Csósz, T.; Fülöp, A.; Gottfried, M.; Peled, N.; Tafreshi, A.; Cuffe, S.; et al. Pembrolizumab versus Chemotherapy for PD-L1-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer. *N. Engl. J. Med.* **2016**, *375*, 1823–1833, doi:10.1056/NEJMoa1606774.
9. Rosell, R.; Gatzemeier, U.; Betticher, D.C.; Keppler, U.; Macha, H.N.; Pirker, R.; Berthet, P.; Breau, J.L.; Lianes, P.; Nicholson, M.; et al. Phase III Randomised Trial Comparing Paclitaxel/Carboplatin with Paclitaxel/Cisplatin in Patients with Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: A Cooperative Multinational Trial. *Ann. Oncol.* **2002**, *13*, 1539–1549, doi:10.1093/annonc/mdf332.