ĐÁNH GIÁ ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV CÓ ĐỘT BIẾN EGFR BẰNG AFATINIB TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Mai Thị Hồng Quỳnh[1], Bùi Vinh Quang[1], Trịnh Lê Huy[2], Lê Thị Lệ Quyên[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bước một ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến EGFR bằng Afatinib. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu chùm ca bệnh trên 48 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV, có đột biến EGFR được điều trị bước 1 bằng thuốc Afatinib tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội từ tháng 01/2019 đến hết tháng 06/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng: Đáp ứng hoàn toàn đạt 2,1%. Đáp ứng một phần đạt 72,9%; tỷ lệ kiểm soát bệnh 95,8% và có mối liên quan giữa chỉ số toàn trạng ECOG và tỷ lệ đáp ứng (p<0,05); Trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) là 12,0 tháng. **Kết luận:** Điều trị bước 1 trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến EGFR bằng Afatinib cho tỷ lệ đáp ứng cao, cải thiện thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV, đột biến EGFR, Afatinib.

SUMMARY

RESULTS OF AFATINIB AS FIRST – LINE TREATMENT OF STAGE IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER WITH EGFR MUTATION AT THE HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

Objects: To evaluate the results of Afatinib as first-line treatment of stage IV non-small cell lung cancer with EGFR mutation. **Subjects and methods:** A case series study was conducted in 48 patients with EGFR mutation- positive stage IV non-small cell lung cancers that were treated with Afatinib in first-line treatment at the Hanoi Oncology Hospital from 1/2019 to 6/2022. **Results:** In a total of 48 patients participating in the study**,** Complete response (CR) to afatinib was 2,1%, Partial Response (PR) was 72,9%; Disease Control Rate (DCR) was 95.8% and there was a relationship between ECOG performance status and the response rate (p<0.05). Median progression-free survival (PFS) was 12 months. **Conclusion:** First-line treatment of stage IV non-small cell lung cancer patients with EGFR mutations with Afatinib gives a high response rate and improves progression-free survival.

[1]Bệnh viện Ung bướu Hà Nội
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Hồng Quỳnh
Email: maihongquynh311@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023
Ngày duyệt bài: 8.8.2023

Keywords: Non-small cell lung cancer, EGFR mutation, Afatinib

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất, nguyên nhân tử vong hàng đầu thế giới theo thống kê của Tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (GLOBOCAN 2020) và đứng thứ 2 ở nam giới, thứ 3 ở nữ giới về tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong do ung thư tại Việt Nam, trong đó 80 – 85% UTP là UTPKTBN [1].

Điều trị UTP là điều trị đa mô thức, kết hợp giữa các phương pháp điều trị tùy thuộc vào giai đoạn bệnh. Cá thể hóa điều trị với những thuốc chuyên biệt hơn dựa trên cơ chế sinh học phân tử của ung thư với ít tác dụng phụ hơn là những hướng đi mới trong điều trị bệnh ung thư phổi, đem lại hiệu quả điều trị cải thiện rõ rệt hơn so với các phương pháp hóa trị truyền thống (thời gian sống thêm dưới 12 tháng, thiếu tính chọn lọc và có nhiều tác dụng không mong muốn) [2].

Trong các thử nghiệm lâm sàng lớn, việc sử dụng các thuốc ức chế Tyrosine kinase (TKIs) thế hệ 1 như erlotinib, gefitinib nhằm tác động vào thụ thể yếu tố phát triển biểu mô (EGFR) ở những trường hợp có đột biến gen cho kết quả về sống bệnh không tiến triển cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với hóa trị liệu. Với mong muốn nâng cao hơn nữa kết quả điều trị, thuốc ức chế Tyrosine kinase (TKIs) thế hệ 2 – afatinib đã được nghiên cứu, áp dụng trong điều trị và đã chứng tỏ hiệu quả trong điều trị thông qua các thử nghiệm lâm sàng lớn như LUX-Lung 3,6 và 7 [3], [4], [5]. Hiện nay, các thuốc này đã được khuyến cáo trong các hướng dẫn thực hành trong nước và quốc tế cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn, tái phát, di căn có đột biến EGFR.

Trong 5 năm trở lại đây, ngày càng nhiều người bệnh ung thư phổi được tiếp cận các thuốc điều trị nhắm trúng đích ngay từ bước 1. Đã có một vài báo cáo về hiệu quả điều trị của thuốc nhưng chủ yếu được thực hiện trên nhóm bệnh nhân dùng thuốc TKIs thế hệ 1, hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả thuốc TKIs thế hệ 2 – afatinib, đặc biệt trên các bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm *"Đánh*

giá kết quả điều trị bước một của thuốc ức chế tyrosine kinase thế hệ 2 - Afatinib trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến EFGR."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 48 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV, có đột biến EGFR được điều trị bước 1 bằng thuốc Afatinib tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội từ tháng 01/2019 đến hết tháng 06/2022.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Từ 18 tuổi trở lên

+ Chẩn đoán xác định UTP typ mô bệnh học không tế bào nhỏ giai đoạn IV (theo tiêu chuẩn của AJCC 2017) và có đột biến gen EGFR có ý nghĩa.

+ Đánh giá chỉ số toàn trạng trước điều trị (ECOG PS): 0, 1, 2, 3; các chỉ số cận lâm sàng cần có: số lượng bạch cầu đa nhân trung tính ≥1500/mL, số lượng tiểu cầu ≥100000/mL, nồng độ hemoglobin ≥ 9,0g/dL, nồng độ creatinine ≤ 1,5mg/dL, hoạt độ AST và ALT ≤ 2,5 lần giới hạn bình thường.

+ Được điều trị các thuốc EGFR TKIs lần đầu và ít nhất 3 tháng tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

+ Có hồ sơ bệnh án thông tin đầy đủ và bệnh nhân chấp nhận tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Không có đột biến hoặc không rõ tình trạng gen EGFR.

+ Những BN ngưng dùng thuốc (khi bệnh chưa có dấu hiệu tiến triển) vì lý do chủ quan của BN và người nhà, BN từ chối hợp tác, không theo dõi được.

+ Được biết hoặc nghi ngờ quá mẫn với bất kỳ thành phần nào của Gotrif (afatinib).

+ Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập bằng mẫu bệnh án nghiên cứu dựa trên các ghi nhận trong hồ sơ bệnh án và thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng trong quá trình điều trị.

- Tiến hành điều trị

+ Thuốc được sử dụng trong nghiên cứu: afatinib (biệt dược là Giotrif), hàm lượng 20mg, 30mg, 40mg. Thuốc được sản xuất bởi công ty Boehringer Ingelheim (Đức).

+ Liều lượng: Uống 40mg hoặc 30 mg hoặc 20mg/ngày với ít nhất 200ml nước, uống 1 viên/lần/ngày cho đến khi có tiến triển hoặc xuất hiện tác dụng phụ nghiêm trọng. Điều chỉnh liều: Cần ngưng liều đến khi đánh giá tác dụng phụ về độ ≤1 hay mức ban đầu sau đó điều trị trở lại với mức liều giảm 10mg.

- Các tiêu chuẩn đánh giá áp dụng trong nghiên cứu:

+ Đánh giá đáp ứng theo RECIST 1.1 – WHO.

+ Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS): Là khoảng thời gian tính từ khi bắt đầu điều trị cho đến khi bệnh tiến triển dẫn đến phải thay đổi phác đồ điều trị.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Các thông tin được nhập, phân tích và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Phương pháp thống kê được sử dụng bao gồm: Thống kê mô tả: Trung vị, trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, lớn nhất, tỷ lệ và phân tích sống thêm theo phương pháp Kaplan-Meier.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội và sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. Các bệnh nhân trong nghiên cứu đã được giải thích và tự nguyện tham gia nghiên cứu, các thông tin của bệnh nhân chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng

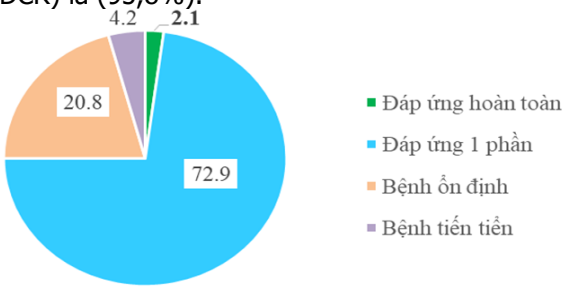
Đặc điểm		Số bệnh nhân (N=48)	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	28	58,3
	Nữ	20	41,7
Tuổi		61 ± 10	36-82
Tiền sử hút thuốc	Có hút thuốc	21	43,8
	Không hút	27	56,2
Chỉ số toàn trạng ECOG	0	26	54,2
	1	19	39,6
	≥ 2	3	6,2
Số lượng cơ quan di căn	1 cơ quan	22	45,8
	≥ 2 cơ quan	26	54,2
Mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến	43	89,6
	Ung thư biểu mô vảy	5	10,4
Tình trạng đột biến gen EGFR	Del 19	18	37,5
	L858R	14	29,2
	Đột biến hiếm	6	12,5
	Đột biến kép	10	20,8

Kết quả trong bảng 1 cho thấy: Nam giới (58,3%) chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (41,7%) với độ tuổi trung bình là 61 ± 10 (tuổi nhỏ nhất: 36, tuổi lớn nhất: 82). Tỷ lệ BN có tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào chiếm 43,8%.

Bệnh nhân trong nghiên cứu phần lớn có chỉ số toàn trạng ở mức 0-1 (54,2 và 39,6). Tỷ lệ bệnh nhân có di căn từ 2 cơ quan trở lên là 54,2% (26/48).

Về mô bệnh học, bệnh nhân chủ yếu mắc ung thư biểu mô tuyến với 89,6%. Tình trạng đột biến gen EGFR có 12,5% bệnh nhân có đột biến hiếm và 20,8% có đột biến kép.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị. Trong số 48 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 1 BN đạt đáp ứng điều trị hoàn toàn (2,1%), 35 BN đáp ứng một phần (72,9%), 10 BN bệnh ổn định (20,8%), chỉ có 2 BN tiến triển (4,2%). Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) là 75%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) là (95,8%).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đáp ứng điều trị

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị khách quan

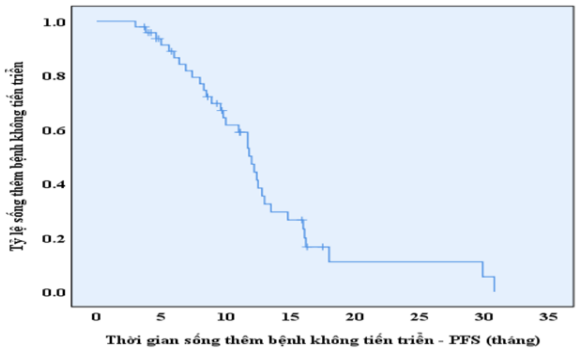
Yếu tố		Đáp ứng		Không đáp ứng		p
		n	%	n	%	
Giới tính	Nam	20	71,4	8	28,6	0,499[a]
	Nữ	16	80,0	4	20,0	
Tiền sử hút thuốc	Có hút thuốc	14	66,7	7	33,3	0,240[a]
	Không hút	22	81,5	5	18,52	
Chỉ số toàn trạng ECOG	0	24	92,3	2	7,7	**0,004**[*b]
	1	11	57,9	8	42,1	
	≥ 2	1	33,3	2	66,7	
Số lượng cơ quan di căn	1 cơ quan	16	72,7	6	27,3	0,738[a]
	≥ 2 cơ quan	20	76,9	6	23,1	
Mô bệnh học	UTBM tuyến	33	76,7	10	23,3	0,587[b]
	UTBM vảy	3	60,0	2	40,0	
Tình trạng đột biến gen EGFR	Del 19	16	88,9	2	11,1	0,199[b]
	L858R	10	71,4	4	28,6	
	Đột biến hiếm/kép	10	62,5	6	37,5	

*[a] Chi-square test; [b] Fisher's Exact test; * p< 0,05*

Tỷ lệ đáp ứng ở giữa các phân nhóm chỉ số toàn trạng ECOG có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,05; tỷ lệ tương ứng với PS 0, 1 và ≥ 2 lần lượt là: 92,3%, 57,9% và 33,3%. Tỷ lệ đáp ứng chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi được phân tích với các yếu tố như giới tính, tiền sử hút thuốc, di căn, phân loại mô bệnh học và tình trạng đột biến EGFR trước điều trị (bảng 2).

Bảng 3. Thời gian và tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển (PFS)

Sống thêm không tiến triển				
Trung bình (tháng)	**Trung vị (tháng)**	**GTNN-GTLN (tháng)**	**3 tháng (%)**	**6 tháng (%)**
13,1 ± 1,3	12,0	3-30,8	97,9	86,5



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS)

Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị là 12,0 tháng, thời gian dài nhất là 30,8 (tháng). Tỷ lệ bệnh không tiến triển tích lũy trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu sau 3 tháng, 6 tháng lần lượt là 97,9%, 86,5%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nam giới (58,3%) chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (41,7%), tỷ lệ nam/nữ: 1,4/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Việt (năm 2020) trên 54 bệnh nhân tại bệnh viện K với tỷ lệ nam giới chiếm 59,3%, tỷ lệ nam/nữ: 1,4/1 [6]. Nguyên nhân tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu cao

hơn so với tỷ lệ nữ trong ung thư phổi chung là do đột biến gen EGFR thường gặp ở nữ giới hơn so nam giới, đặc biệt ở nữ giới không hút thuốc, thực tế trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp bệnh nhân nữ có tiền sử hút thuốc lá/lào.

Về đặc điểm lâm sàng trước điều trị bước 1, bệnh nhân trong nghiên cứu phần lớn có chỉ số toàn trạng ở mức 0-1 (93,8%: PS0 54,2%, PS1: 39,6%), phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Trịnh Lê Huy và cộng sự thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2018-6/2021 (97,1%: PS 0: 53%, PS 1: 44,1%) [7]. Về mô bệnh học, bệnh nhân chủ yếu mắc ung thư biểu mô tuyến với 89,6%, còn lại là ung thư biểu mô vảy. Về tình trạng đột biến gen EGFR: 66,7% bệnh nhân mang 1 đột biến thường gặp: Del 37,5%, L858R 29,2%, nghiên cứu của Trịnh Lê Huy và cộng sự cũng đã đưa ra tỷ lệ đột biến EGFR Del 19, L858R trên 34 bệnh nhân nghiên cứu là 44,1%, 20,6% [7].

Các thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên LUX-Lung 3 và 6 đã ghi nhận hiệu quả điều trị của afatinib với tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR), tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) và trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển lần lượt là 57 - 68%, 90 - 93% [3-4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá đáp ứng trong quá trình điều trị ghi nhận tỷ lệ đáp ứng toàn bộ, tỷ lệ kiểm soát bệnh lần lượt là 75%; 95,8%. Như vậy có thể thấy kết quả trên nhóm bệnh nhân của chúng tôi có các tỷ lệ đáp ứng cao hơn so với các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng lớn trên thế giới. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã được thực hiện tại một số bệnh viện lớn cho kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện K từ tháng 1/2018- tháng 10/2020 của tác giả Vũ Hà Thanh và cộng sự cũng đã đưa ra tỷ lệ đáp ứng toàn bộ 75%, tuy nhiên trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (7,0% so với 2,1%) [8]. Một nghiên cứu khác của tác giả Võ Thị Huyền Trang và cộng sự thực hiện tại Bệnh viện Bạch từ tháng 1/2019-4/2021 cho kết quả tỷ lệ đáp ứng toàn bộ tương tự khi chiếm 76,2%, tỷ lệ kiểm soát bệnh (89,8%) thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [9]. Nghiên cứu của tác giả Trịnh Lê Huy và cộng sự cũng đã củng cố thêm cho kết quả này khi có tỷ lệ ORR, DCR khá tương đồng với tỷ lệ là 76,5%, 97,1%, cùng với đó tỷ lệ bệnh nhân ổn định cũng tương tự (20,6% so với 20,8%) [7]. Qua các phân tích trên có thể thấy kể từ khi thuốc được đưa vào trong điều trị bệnh tại Việt Nam đã có bằng chứng với kết quả điều trị khả quan tại một số bệnh viện đầu ngành về ung bướu tại Việt Nam khi điều trị cho nhóm bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn và có đột biến EGFR.

Khi đánh giá tỷ lệ đáp ứng của bệnh nhân giữa các nhóm chỉ số toàn trạng ECOG, kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Việt tại bệnh viện K đã chỉ ra rằng: tỷ lệ đáp ứng ở nhóm PS0 cao hơn so nhóm PS1-2 (72,8% và 61,9%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05 [6]. Còn đối với nghiên cứu của chúng tôi đã tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng với chỉ số toàn trạng ECOG trước điều trị (p< 0,05) khi tỷ lệ đáp ứng giảm dần với PS 0; 1 và ≥ 2 lần lượt là: 92,3%; 57,9% và 33,3%. Như vậy, ngoài giá trị quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ cũng như đánh giá tình trạng sức khỏe của bệnh nhân tốt lên hay xấu đi trong quá trình điều trị thì yếu tố toàn trạng trước điều trị cũng có thể gợi ý là một yếu tố tiên lượng cho khả năng đáp ứng điều trị bước 1 bằng afatinib của bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đáp ứng ở bệnh nhân có đột biến Del 19 cao hơn so với nhóm L858R và nhóm đột biến hiếm/ kép. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Theo các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng LUX- Lung 3, LUX- Lung 6 đã cho thấy sự cải thiện rõ rệt về thời gian sống thêm bệnh không tiến triển khi điều trị bằng thuốc afatinib bước 1 trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB/IV có đột biến EGFR với hóa trị tiêu chuẩn, thử nghiệm LUX- Lung 7 cũng cho thấy PFS của nhóm bệnh nhân điều trị bằng afatinib cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm điều trị bằng gefitinib [3], [4], [5]. Nghiên cứu của chúng tôi đưa ra kết quả thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị là 12,0 tháng, thời gian dài nhất là 30,8 (tháng). Kết quả này cao hơn so với các thử nghiệm lâm sàng lớn trên thế giới kể trên (PFS: 11-11,1 tháng) và tương tự với nghiên cứu của tác giả Trịnh Lê Huy và cộng sự tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội là 12 tháng [7].

V. KẾT LUẬN

Điều trị bước một trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến EGFR bằng afatinib cho thấy hiệu quả tốt, đặc

biệt trên nhóm bệnh nhân có chỉ số toàn trạng ECOG mức 0, bệnh nhân có đột biến Del 19, giúp kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển, tăng tỷ lệ đáp ứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. Sung, J. Ferlay, R. L. Siegel và cộng sự** (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 71 (3), 209-249.
2. **D. S. Ettinger, D. E. Wood, D. L. Aisner và cộng sự** (2021). NCCN Guidelines Insights: Non-Small Cell Lung Cancer, Version 2.2021. J Natl Compr Canc Netw, 19 (3), 254-266.
3. **James Chih-Hsin Yang, Martin H. Schuler, Nobuyuki Yamamoto và cộng sự** (2012). LUX-Lung 3: A randomized, open-label, phase III study of afatinib versus pemetrexed and cisplatin as first-line treatment for patients with advanced adenocarcinoma of the lung harboring EGFR-activating mutations. Journal of Clinical Oncology, 30 (18_suppl), LBA7500-LBA7500.
4. **Yi Long Wu, Caicun Zhou, Cheng-Ping Hu và cộng sự** (2013). LUX-Lung 6: A randomized, open-label, phase III study of afatinib (A) versus gemcitabine/cisplatin (GC) as first-line treatment for Asian patients (pts) with EGFR mutation-positive (EGFR M+) advanced adenocarcinoma of the lung. Journal of Clinical Oncology, 31 (15_suppl), 8016-8016.
5. **K. Park, E. H. Tan, K. O'Byrne và cộng sự** (2016). Afatinib versus gefitinib as first-line treatment of patients with EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (LUX-Lung 7): a phase 2B, open-label, randomised controlled trial. Lancet Oncol, 17 (5), 577-589.
6. **Nguyễn Văn Việt** (2020). Kết quả điều trị bước một ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa có đột biến EGFR bằng thuốc ức chế tyrosine kynase thế hệ 2 afatinib, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Trịnh Lê Huy và Trần Đình Anh** (2022). Đánh giá hiệu quả điều trị bước một ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn có đột biến EGFR bằng afatinib. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 155 (7), 75-83.
8. **T. H. Vu, H. T. T. Nguyen, L. K. Dao và cộng sự** (2021). Effectiveness and Tolerability of First-Line Afatinib for Advanced EGFR-Mutant Non-Small Cell Lung Cancer in Vietnam. Asian Pac J Cancer Prev, 22 (5), 1581-1590.
9. **Võ Thị Huyền Trang và Phạm Cẩm Phương** (2021). Đánh giá kết quả afatinib điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV có đột biến EGFR. Tạp chí Y học Việt Nam, 508 (1), 346-352.

TÌNH HÌNH NHIỄM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHIỄM GIUN SÁN TRÊN SINH VIÊN KHOA KHOA HỌC SỨC KHOẺ TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC CỬU LONG NĂM 2022-2023

Nguyễn Thị Cẩm Hồng[1], Sơn Thị Tiến[1], Phạm Thị Ngọc Nga[2], Trần Lĩnh Sơn[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh ký sinh trùng không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng, rất khó nhận biết và phân biệt với các bệnh thông thường khác. Phát hiện nhiễm và điều trị kịp thời sẽ giảm được nguy cơ dẫn đến biến chứng do nhiễm ký sinh trùng gây ra. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ nhiễm giun sán và một số yếu tố liên quan trên sinh viên khoa khoa học sức khoẻ tại Trường Đại học Cửu Long. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 475 sinh viên khoa khoa học sức khoẻ tại Trường Đại học Cửu Long năm 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm giun sán chung trên các đối tượng nghiên cứu là 13,7%, trong đó đơn nhiễm là 81,5%, đa nhiễm là 18,5%. Tỷ lệ nhiễm từng loại ký sinh trùng lần lượt là: Ascaris lumbricoides 12,6%, Giun móc 3,2%, Taenia sp. 10,1%, Strongiloides stercoralis 1,2% và Trichuris trichiura 2,2%. Không tẩy giun định kỳ, nuôi chó/mèo, không tẩy giun định kỳ cho chó mèo, ăn hải sản, thịt heo bò tái sống là yếu tố nguy cơ. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm giun sán trên sinh viên khoa khoa học sức khoẻ Trường Đại học Cửu Long là 13,7%, người dân nên uống thuốc tẩy giun định kỳ và hạn chế ăn thức ăn tái sống. ***Từ khóa:*** Ký sinh trùng, Sinh viên, Đại học Cửu Long.

[1]*Trường Đại học Cửu Long*
[2]*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Lĩnh Sơn
Email: tlson.3105@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023
Ngày duyệt bài: 4.8.2023

SUMMARY

THE SITUATION OF INFECTIONS AND SOME FACTORS RELATED TO WORM INFECTION IN HEALTH SCIENCE STUDENTS AT CUU LONG UNIVERSITY IN 2022-2023

Background: Parasitic diseases have no obvious clinical symptoms, are difficult to recognize and differentiate from other common diseases. Timely detection and treatment will reduce the risk of complications from parasitic infections. **Research objectives**: To determine the prevalence of helminth infections and some related factors among students of