KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC 1 BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ DI CĂN CÓ ĐỘT BIẾN EGFR BẰNG ERLOTINIB TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Thị Thúy My[1], Phạm Cẩm Phương[2], Lê Chính Đại[3], Nguyễn Quang Trung[1], Nguyễn Khánh Toàn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá đáp ứng điều trị erlotinib bước 1 trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn có đột biến EGFR tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu 74 bệnh nhân (BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn có đột biến EGFR được điều trị bằng erlotinib bước 1 tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 01/2017 đến 31/05/2023. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là 61,9 ±11,5; tỷ lệ nữ/nam là 1,96/1. Thể trạng chủ yếu ECOG 0-1 (78,4%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau ngực và ho khan chiếm 79,7% và 59,5% tương ứng. Tỷ lệ di căn 1 cơ quan chiếm 55,4%, trong đó có 51,4% di căn xương, 43,2% di căn màng phổi và 25,7% di căn não. Thời gian đến khi thất bại điều trị với erlotinib trung bình là 13,8±8,7 tháng. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ 75,7%, không ghi nhận đáp ứng hoàn toàn và tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 90,5%. Số lượng cơ quan di căn, vị trí di căn gan và tình trạng nổi ban da là yếu tố liên quan đến tỷ lệ đáp ứng (p<0,05). **Kết luận:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn di căn có đặc điểm lâm sàng ở nhóm tuổi trung niên và người lớn tuổi, triệu chứng chủ yếu là đau ngực, ho khan. Điều trị erlotinib bước 1 đem lại đáp ứng điều trị cao với tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 75,7% và tỷ lệ kiểm soát bệnh 90,5%.

Từ khóa: ung thư phổi không tế bào nhỏ, EGFR, erlotinib bước 1, TKIs.

SUMMARY

RESULT OF FIRST-LINE ERLOTINIB IN EGFR MUTATION METASTATIC NON-SMALL CELL LUNG CANCER PATIENTS AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objectives: Assessing the clinical and subclinical features and results of first-line erlotinib in EGFR mutation metastatic non-small cell lung cancer patients at Nghe An Oncology Hospital. **Methods:** Retrospective and prospective description of 74 patients with metastatic non-small cell lung cancer EGFR activated mutation were diagnosed and treated with first-line erlotinib at Nghe An Oncology Hospital from January 2017 to May 31, 2023. **Results:** Mean age was 61.9 ± 11.5, and female/male was 1.96/1. The majority of performance status was ECOG 0-1 (78.4%). Chest pain and dry cough were the most common clinical feature for 79.7% and 59.5% respectively. The rate of oligometastatic (55.4%) and including 51.4% bone, 43.2% pleural, and 25.7% brain metastasic. The mean time to treatment failure of erlotinib was 13.8±8.7 months. The overall response was 75.7% and the disease control rate was 90.5%. The number of metastatic organs, liver metastases, and dermatologic adverse events are factors related to the response rate (p<0.05). **Conclusions:** Metastatic non-small cell lung cancer is more prevalent in middle-aged and older people with the common presentation of chest pain and dry cough. First-line erlotinib in metastatic non-small cell lung cancer EGFR with mutation high overall response rate, accounted for 75.7% and high control disease, 90.5%.

Keywords: non-small cell lung cancer, EGFR, first-line erlotinib, tyrosine kinase inhibitors (TKIs).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một bệnh lý ác tính và nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới. Theo GLOBOCAN 2020, trên thế giới có khoảng 2.2 triệu ca UTP mắc mới (chiếm 11.4%) và 1.8 triệu ca (chiếm 18.0%) tử vong do UTP[1]. Tại Việt Nam, UTP đứng hàng thứ hai, sau ung thư gan cả về tỷ lệ mắc và tử vong ở hai giới. Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm 85-90 % trong tổng số UTP[2]. Mặc dù có nhiều tiến bộ về chẩn đoán UTP nhưng phần lớn bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn đã di căn. Lựa chọn điều trị chủ yếu là các thuốc nhắm trúng đích tyrosine kinase đối với những bệnh nhân có đột biến gen EGFR ở giai đoạn này. Hiện nay ở Việt Nam có 3 thế hệ thuốc ức chế tyrosine kinase (TKIs) được đưa vào điều trị nhưng vì điều kiện kinh tế nên sự tiếp cận của bệnh nhân với thuốc thế hệ 3 (Osimertinib) còn nhiều hạn chế và ưu tiên vẫn là các thuốc thế hệ 1, trong đó Erlotinib là thuốc được sử dụng khá phổ biến.

Tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An đã áp dụng điều trị bước 1 erlotinib trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn di căn có đột biến EGFR với số lượng đủ lớn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm

[1]Bệnh viện Ung bướu Nghệ An
[2]Bệnh viện Bạch Mai
[3]Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thúy My
Email: nguyenthuymy92.tmn@gmail.com
Ngày nhận bài: 13.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023
Ngày duyệt bài: 23.8.2023

sàng bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn có đột biến EGFR tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

2. Đánh giá đáp ứng điều trị erlotinib bước 1 trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 74 bệnh nhân chẩn đoán xác định UTPKTBN di căn có đột biến EGFR và được điều trị erlotinib bước 1 tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 01/2017 đến 31/05/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi: > 18 tuổi.
- Chẩn đoán xác định UTPKTBN biểu mô tuyến di căn (não, xương, gan, phổi đối bên, tuyến thượng thận, dịch màng phổi, dịch màng tim,...) theo AJCC 2017.
- Có đột biến gen EGFR exon 19 hoặc L858R exon 21.
- Thể trạng PS 0 – 2.
- Điều trị bước 1 bằng erlotinib.
- Có tổn thương đích để đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.
- Có đầy đủ thông tin nghiên cứu trong hồ sơ bệnh án.
- Chấp nhận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN UTPKTBN không có đột biến EGFR hoặc có đột biến loại hiếm gặp (exon 18, exon 20) hoặc đột biến kép (T790M).
- Mắc ung thư thứ 2.
- BN dị ứng với thuốc, quá mẫn với các thành phần của thuốc.
- BN bỏ dở điều trị không vì lý do chuyên môn (khi bệnh chưa tiến triển và không có tác dụng phụ trầm trọng) hay từ chối hợp tác, không theo dõi được, TDKMM.
- Phụ nữ có thai và cho con bú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. Cỡ mẫu thuận tiện.

2.3. Quy trình nghiên cứu:

- Bước 1: Thu thập thông tin BN trước điều trị: Khai thác tiền sử và bệnh sử, đánh giá chỉ số toàn trạng ECOG, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

- Bước 2: Điều trị erlotinib: Thuốc erlotinib 150mg, liều lượng 150mg/ngày, đường uống, uống liên tục ngày 1 lần cho đến khi bệnh tiến triển rõ rệt trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh hay có tác dụng phụ nặng. Uống 1 tiếng trước ăn hoặc sau ăn 2 tiếng, không hút thuốc lá trong thời gian uống thuốc.

- Bước 3: Đánh giá kết quả điều trị:

+ Đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1: Khám lâm sàng, xét nghiệm máu 1 tháng 1 lần hoặc khi BN có triệu chứng lâm sàng bất thường. Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh sau mỗi 3 đợt điều trị hoặc khi BN có triệu chứng lâm sàng bất thường.

+ Đánh giá độc tính theo tiêu chuẩn CTCAE 5.0.

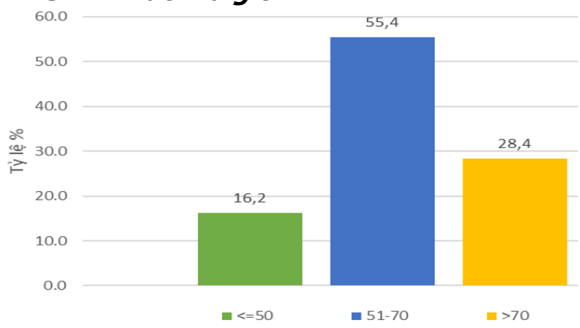
2.4. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê: trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max. Sử dụng test so sánh χ^2, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong trường hợp mẫu nhỏ hơn 5 thì sử dụng test χ^2 có hiệu chỉnh Fisher.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới



Biểu đồ 3.1. Biểu đồ nhóm tuổi

Nhận xét: Tuổi trung bình là 61,9 ±11,5. Độ tuổi gặp nhiều nhất từ 51 đến 70 tuổi chiếm 55,4%. Trong 74 BN có 25 nam (33,8%) và 49 nữ (66,2%), tỷ lệ nữ/nam là 1,96/1.

3.1.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp

Triệu chứng		Số BN (n=74)	Tỷ lệ %
Triệu chứng hô hấp	Ho khan	44	59,5
	Khó thở	35	47,3
	Ho khạc đờm lẫn máu	12	16,2
Triệu chứng do chèn ép và xâm lấn	Đau ngực	59	79,7
	Nuốt nghẹn	1	1,4
	Khàn tiếng	2	2,7
Triệu chứng, hội chứng thần kinh	Hội chứng tăng áp lực nội sọ	0	0
	Hội chứng thần kinh khu trú	12	16,2
	Không có triệu chứng thần kinh	62	83,8

Triệu chứng toàn thân	Mệt mỏi, chán ăn	25	33,8
	Gầy sút	19	25,7
	Sốt	5	6,8

Nhận xét: Các triệu chứng đau ngực, ho khan và khó thở là các triệu chứng hay gặp nhất, chiếm lần lượt là 79,7%, 59,5% và 47,3%.

3.1.3. Chỉ số toàn trạng. Chỉ số toàn trạng PS = 0-1 chiếm 78,4%. Có 21,6% bệnh nhân có chỉ số PS = 2.

3.1.4. Tình trạng di căn xa

Bảng 3.2. Vị trí di căn xa và số lượng cơ quan di căn

		n	Tỷ lệ (%)
Vị trí di căn	Phổi đối bên	16	21,6
	Não	19	25,7
	Xương	38	51,4
	Gan	4	5,4
	Thượng thận	2	2,7
	Di căn màng phổi	32	43,2
	Di căn khác	6	8,1
Số lượng cơ quan di căn	Di căn 1 cơ quan	41	55,4
	Di căn >2 cơ quan	33	44,6

Nhận xét: Trong số các vị trí di căn, di căn xương, di căn màng phổi và di căn phổi đối bên là hay gặp, chiếm lần lượt 51,4%, 43,2% và 21,6%. Có 19 BN di căn não trước điều trị chiếm 25,7%. Tỷ lệ di căn 1 cơ quan chiếm 55,4%.

3.1.5. Tình trạng đột biến gen EGFR

Bảng 3.3. Xét nghiệm đột biến gen EGFR

		Số BN (n=74)	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Tại u	49	66,2
	Tại hạch	6	8,1
	Cơ quan di căn	19	25,7
Tình trạng đột biến EGFR	Exon Del 19	45	60,8
	L858R exon 21	29	39,2

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân được xét nghiệm đột biến gen trên khối u nguyên phát, chiếm 66,2%. Đột biến exon 19 chiếm 60,8% và exon 21 chiếm tỷ lệ 39,2%.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Đặc điểm về phương pháp điều trị. Thời gian đến khi thất bại điều trị (TTF) trung bình: 13,8 ± 8,7 tháng (thấp nhất 1,8 tháng và dài nhất 40,7 tháng).

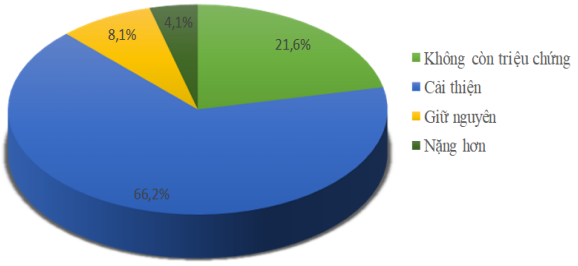
Bảng 3.4. Các phương pháp điều trị phối hợp

Điều trị phối hợp	Số BN	Tỷ lệ (%)
Xạ trị toàn não	4	5,4
Thuốc chống hủy xương	32	43,2
Chọc dịch màng phổi	17	23
Giảm đau bằng thuốc	31	41,9

Nhận xét: Xạ trị toàn não 4/19 BN di căn não chiếm 5,4% tổng số bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc chống hủy xương và giảm đau hỗ trợ là 43,2% và 41,9%.

3.2.2. Đáp ứng điều trị

Tỷ lệ đáp ứng cơ năng



Biểu đồ 3.2. Đáp ứng cơ năng

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân không còn hoặc cải thiện các triệu chứng cơ năng sau điều trị chiếm 87,8%, có 4,1% cảm thấy tình trạng nặng hơn.

Bảng 3.5. Đáp ứng khách quan

Đáp ứng	Số BN (n=74)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	56	75,7
Bệnh giữ nguyên	11	14,8
Bệnh tiến triển	7	9,5

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn. Có 75,7% trường hợp đạt đáp ứng một phần, 9,5% bệnh nhân tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 90,5%.

Bảng 3.6. Đáp ứng tại não

Đáp ứng tại não	Số BN (n=19)	Tỷ lệ (%)
Có đáp ứng	12	63,2
Giữ nguyên	3	15,8
Tiến triển	4	21,1

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng tại não chiếm 63,2% và có 21,1% trường hợp tiến triển tại não.

Bảng 3.7. Liên quan giữa đáp ứng khách quan với vị trí di căn và số lượng di căn

Tình trạng đáp ứng / Vị trí di căn		Không đáp ứng		Đáp ứng		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Màng phổi	Không	8	19	34	81	42	100	0,225
	Có	10	31,2	22	68,8	32	100	
Phổi đối bên	Không	14	24,1	44	75,9	58	100	1
	Có	4	25	12	75	16	100	
Não	Không	14	25,5	41	74,5	55	100	1

	Có	4	21,1	15	78,9	19	100	
Xương	Không	7	19,4	29	80,6	36	100	0,341
	Có	11	28,9	27	71,1	38	100	
Gan	Không	15	21,4	55	78,6	70	100	**0,042**
	Có	3	75	1	25	4	100	
Thượng thận	Không	17	23,6	55	76,4	72	100	0,43
	Có	1	50	1	50	2	100	
Số lượng cơ quan di căn (n=74)	1 cơ quan	5	12,2	36	87,8	41	100	**0,007**
	≥ 2 cơ quan	13	39,4	20	60,6	33	100	

Nhận xét: Vị trí di căn gan và số lượng cơ quan di căn có mối liên quan với tỷ lệ đáp ứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.8. Liên quan đáp ứng khách quan với một số yếu tố khác

Tình trạng đáp ứng / Yếu tố		Không đáp ứng		Đáp ứng		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Giới (n=74)	Nam	7	28	18	72	25	100	0,599
	Nữ	11	22,4	38	77,6	49	100	
Tuổi (n=74)	<65	8	19	34	81	42	100	0,225
	≥65	10	31,2	22	68,8	32	100	
Tiền sử hút thuốc (n=74)	Không	13	25	39	75	52	100	0,835
	Có	5	22,7	17	77,3	22	100	
Đột biến gen EGFR (n=74)	Exon 19	9	20	36	80	45	100	0,28
	Exon 21	9	31	20	69	29	100	
Tình trạng nổi ban da (n=74)	Không	12	46,2	14	53,8	26	100	**0,001**
	Có	6	12,5	42	87,5	48	100	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng của nhóm có tình trạng nổi ban da là cao hơn nhóm không có tác dụng phụ này, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p = 0,001.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Tuổi mắc bệnh trung bình là 61,9 ± 11,5 tuổi (cao nhất là 82 và thấp nhất là 28 tuổi). Độ tuổi gặp nhiều nhất từ 51 đến 70 tuổi (chiếm 55,4%). Đây là độ tuổi có nguy cơ mắc UTP cao theo y văn và nhiều nghiên cứu trên thế giới. Ngoài ra, tỷ lệ mắc ung thư phổi chung của nam cao hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ dao động 2,5-4/1[3]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân nữ nhiều gần gấp đôi nam giới, tỷ lệ nữ/nam là 1,96/1. Điều này có thể lý giải do tỷ lệ đột biến gen EGFR trên bệnh nhân nữ cao hơn nam, nhất là ở nhóm bệnh nhân nữ không hút thuốc và phổ biến tại các nước châu Á. Đây chính là điểm khác biệt của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi so với nhóm ung thư phổi nói chung.

Các triệu chứng hay gặp nhất là đau ngực (79,7%), ho khan (59,5%) và khó thở (47,3%) với đa số bệnh nhân có chỉ số ECOG 0-1 chiếm 78,4%. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu của tác giả khác[4–6]. Trong số các vị trí di căn, di căn xương, màng phổi và phổi đối bên là hay gặp, chiếm lần lượt 51,4%, 43,2% và 21,6%. Có 19 bệnh nhân di căn não trước điều trị chiếm 25,7%. Di căn tuyến thượng thận và gan ít gặp hơn. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Thu Hà (2017) và Đỗ Hùng Kiên (2020)[4,5].

Trong nghiên cứu phần lớn bệnh nhân được xét nghiệm đột biến gen trên khối u nguyên phát, chiếm 66,2%. Tỷ lệ đột biến gen ở exon 19 (60,8%) cao hơn L858R exon 21 (39,2%). Kết quả này cũng tương tự với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Đỗ Hùng Kiên (2020) ghi nhận tỷ lệ lần lượt là 50,7% và 49,3%[5]. Nghiên cứu EURTAC (Châu Âu) đột biến exon 19 chiếm 66% và L858R exon 21 chiếm 34%, hay tác giả Zhou C. (Trung Quốc) tỷ lệ này lần lượt là 52% và 48%[6,7].

4.2. Đánh giá đáp ứng điều trị. Phần lớn bệnh nhân không còn hoặc cải thiện các triệu chứng cơ năng sau điều trị chiếm 87,8%; 8,1% trường hợp bệnh giữ nguyên và 4,1% bệnh nhân cảm thấy nặng lên. Về đáp ứng khách quan, có 75,7% trường hợp đạt đáp ứng 1 phần, 9,5% BN tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh (đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và bệnh giữ nguyên) đạt 90,5%. Tỷ lệ đáp ứng tại não chiếm 63,2%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác như Đỗ Hùng Kiên (2020) tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 75,5% và tỷ lệ kiểm soát bệnh 95,9%[5]. Nghiên cứu EURTAC (Châu Âu) của Rosell R. cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là

3%, đáp ứng 1 phần là 61%[6]. Theo tác giả Zhou C. cũng ghi nhận tỷ lệ đáp ứng toàn bộ 83%, trong đó 2% BN có đáp ứng hoàn toàn và tỷ lệ kiểm soát bệnh cao chiếm 96%[7].

Khi phân tích mối tương quan giữa tỷ lệ đáp ứng và vị trí di căn, số lượng cơ quan di căn ta thấy vị trí di căn gan và số lượng cơ quan di căn có liên quan với tỷ lệ đáp ứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Khi đánh giá tỷ lệ đáp ứng với một số yếu tố như: tuổi, giới, tiền sử hút thuốc, loại đột biến gen, tình trạng nổi ban da ta thấy nhóm bệnh nhân có tình trạng nổi ban da có tỷ lệ đáp ứng cao hơn nhóm không có tác dụng phụ này và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p = 0,001, các yếu tố khác chưa tìm thấy sự khác biệt. Phân tích tổng hợp gồm 24 nghiên cứu về mối liên quan giữa độc tính nổi ban da và tỷ lệ đáp ứng của thuốc TKIs thế hệ 1 ở bệnh nhân UTPKTBN có đột biến EGFR cho thấy tỷ lệ đáp ứng ở nhóm nổi ban da là 42% cao hơn nhóm không nổi ban là 7% với p < 0,00001[8].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn di căn có đột biến EGFR có tuổi mắc bệnh trung bình là 61,9 ±11,5; tỷ lệ nữ/nam là 1,96/1. Thể trạng chủ yếu ECOG 0-1 (78,4%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau ngực và ho khan chiếm 79,7% và 59,5%. Tỷ lệ di căn 1 cơ quan chiếm 55,4%, trong đó có 51,4% di căn xương, 43,2% di căn màng phổi và 25,7% di căn não. Thời gian đến khi thất bại điều trị với erlotinib trung bình là 13,8±8,7 tháng. Điều trị erlotinib bước 1 đem lại đáp ứng điều trị cao với tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 75,7% và kiểm soát bệnh đạt 90,5%. Số lượng cơ quan di căn, vị trí di căn gan và tình trạng nổi ban da là yếu tố liên quan đến tỷ lệ đáp ứng (p<0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021; 71(3):209-249.
2. **Bộ Y tế** (2020). Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Một Số Bệnh Ung Bướu. Nhà xuất bản Y học; trang 867.
3. **Nguyễn Hoài Nga, Bùi Diệu, Trần Văn Thuấn, và CS** (2014). Một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng ung thư phổi nguyên phát chẩn đoán điều trị tại bệnh viện K trong 10 năm từ 2001 đến 2010. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. Số 2, 7.
4. **Lê Thu Hà** (2017). Đánh giá hiệu quả thuốc erlotinib trong điều trị ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn muộn. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Đỗ Hùng Kiên, Nguyễn Thanh Hoa, Nguyễn Văn Tài** (2020). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị erlotinib bước một trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR thường gặp tại bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam. tập 497, tháng 12, số chuyên đề ung thư,220-229.
6. **Rosell R, Carcereny E, Gervais R, et al.** Erlotinib versus standard chemotherapy as first-line treatment for European patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (EURTAC): a multicentre, open-label, randomised phase 3 trial. Lancet Oncol. 2012;13(3):239-246.
7. **Zhou C, Wu YL, Chen G, et al.** Erlotinib versus chemotherapy as first-line treatment for patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (OPTIMAL, CTONG-0802): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study. Lancet Oncol. 2011;12(8):735-742.
8. **Petrelli F, Borgonovo K, Cabiddu M, Lonati V, Barni S.** Relationship between skin rash and outcome in non-small-cell lung cancer patients treated with anti-EGFR tyrosine kinase inhibitors: a literature-based meta-analysis of 24 trials. Lung Cancer. 2012;78(1):8-15.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÃY CHẤN THƯƠNG GAN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Đình Minh[1], Nguyễn Thu Thảo[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy (CLVT) chấn thương gan (CTG) tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang các bệnh nhân (BN) chấn thương gan được chụp CLVT tại Bệnh viện Việt Đức trong tháng 3 và tháng 4/2023. **Kết quả**: gồm 95 BN (75 nam). Tuổi trung bình là 36,2 ± 15,95 tuổi (từ 10 tuổi đến 73 tuổi). Nguyên nhân do tai nạn giao thông là hay gặp nhất chiếm 78% (74/95 BN). Trên CLVT, tổn thương hay gặp là đụng dập nhu mô gan với 71,6% (68/95 BN) trong đó ổ đụng dập nhỏ <25% thùy gan

[1]Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
[2]Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh
Email: minhdr24@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023
Ngày duyệt bài: 21.8.2023