

yếu tố như sắt huyết thanh, truyền máu, tình trạng viêm nhiễm. Ure máu liên quan nhiều yếu tố như hàm lượng đạm trong chế độ ăn, khối lượng cơ, chức năng gan. Bệnh nhân lọc máu chu kỳ thường gặp suy giảm khối cơ do cơ chế bệnh sinh và chế độ ăn hạn chế đạm theo hướng dẫn nhân viên y tế. Sự tương quan này cũng có sự khác biệt giữa các nghiên cứu. Theo S. M. Kurt. Lee và cộng sự, acid uric máu có tương quan đồng biến với albumin máu ( $r = 0,35$ ;  $p < 0,001$ ), và có kết luận nồng độ acid uric máu thấp là một yếu tố nguy cơ tử vong ở bệnh nhân lọc máu với gánh nặng bệnh đồng mắc cao và nồng độ albumin máu thấp [5]. Theo Hoàng Anh Trung, nồng độ acid uric máu có tương quan thuận với ferritin máu ( $r = 0,23$ ;  $p < 0,01$ ) [4].

## V. KẾT LUẬN

Nồng độ acid uric máu trung bình là  $434,51 \pm 136,139 \mu\text{mol/l}$ . Tỷ lệ tăng acid uric là 66,25%.

Không có mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu với giới tính, thời gian lọc máu, số lần sử dụng lại quả lọc, BMI, thể tích nước tiểu tồn dư, tình trạng tăng huyết áp, nồng độ hemoglobin, albumin, sắt, ferritin, ure máu.

Nồng độ acid uric máu có tương quan nghịch mức độ trung bình với nồng độ calci máu ( $r = -0,374$ ;  $p < 0,05$ ).

Nồng độ acid uric máu có tương quan thuận mức độ trung bình với nồng độ phospho máu ( $r = 0,301$ ;  $p < 0,05$ ), mức độ yếu với tích số Ca x P ( $r = 0,234$ ;  $p < 0,05$ ), mức độ trung bình với

nồng độ creatinin máu ( $r = 0,378$ ;  $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Tuấn (2021), "Khảo sát nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối," Tạp chí Y học Việt Nam, số 504, trang 147.
2. Hoàng Danh Tân (2015), "Nhận xét tình trạng rối loạn acid uric máu ở bệnh nhân suy thận mạn chưa điều trị thay thế tại khoa Thận - Tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai," Luận văn thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.
3. Eghlim Nemati, Behzad Einollahi, et al (2017), "The relationship between dialysis adequacy and serum uric acid in dialysis patient, a cross - sectional multi - center study in Iranian hemodialysis centers," J Renal Inj Prev, vol. 6(2), pp. 142-147.
4. Hoàng Anh Trung (2017), "Khảo sát nồng độ acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại khoa thận nhân tạo, bệnh viện Bạch Mai," Tạp chí Y học Việt Nam, số 460.
5. S. M. Kurt Lee, Thomas J Winters, et al (2009), "Low serum uric acid level is a risk factor for death in incident hemodialysis patients," Am J Nephrol, vol. 29(2), pp. 79-85.
6. Jay P. Garg, Andrew Blair, et al (2005), "Effects of sevelamer and calcium-based phosphate binders on uric acid concentrations in patients undergoing hemodialysis: A randomized clinical trial," Arthritis and Rheumatology, vol. 52, no. 1, pp. 290-295.
7. Zhihui Ding, Chunlei Yao & Liubao Gu (2022), "The association between the serum uric acid to creatinine ratio and all-cause mortality in elderly hemodialysis patients," BMC Nephrology, vol. 23 (177).

## KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN KHU TRÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Thắng<sup>2</sup>, Lê Chính Đại<sup>2</sup>, Nguyễn Công Hoàng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú tại bệnh viện K. Đánh giá kết quả hoá xạ trị đồng thời phác đồ Etoposide - Cisplatin kết hợp kỹ thuật xạ điều biến liều trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng nghiên cứu:** 45 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn

khu trú điều trị bằng hóa xạ trị đồng thời Etoposide-Cisplatin và xạ điều biến liều tại bệnh viện K từ 06/2018 đến tháng 6/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả có theo dõi dọc **Kết quả:** đặc điểm nhóm nghiên cứu: Độ tuổi trung bình là  $61,3 \pm 6,4$ , tỉ lệ nam chiếm 95,6%, bệnh nhân được lựa chọn có thể trạng tốt với 25 (55,6%) trong 45 bệnh nhân ECOG 0. Giai đoạn bệnh chủ yếu là giai đoạn IIIB chiếm 46,7%. Đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 cho thấy tỉ lệ đáp ứng toàn bộ, một phần tương ứng là 51,6%, 40,0%. Thời gian trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 12 tháng là 61,1%. Độc tính: Có 33,3% bệnh nhân viêm phổi, 37,7% bệnh nhân viêm thực quản, trong đó chỉ độ I,II. Độc tính huyết học, hạ bạch cầu là hay gặp nhất với tỷ lệ 73,3%; hạ bạch cầu độ III và IV gặp 42,2%. Độc tính trên gan thận, nôn mệt mỏi ít gặp, chỉ ở độ I,

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thắng

Email: thangtls1215@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

II. **Kết luận:** Phác đồ không những cho kết quả khả quan về đáp ứng và sống thêm không tiến triển mà còn giảm đáng kể độc tính liên quan đến xạ trị.

**Từ khóa:** ung thư phổi tế bào nhỏ, hóa xạ trị đồng thời, EP, tỉ lệ đáp ứng, độc tính

## SUMMARY

### THE RESULTS OF CONCURRENT CHEMORADITHERAPY WITH ETOPOSIDE – CISPLATIN REGIMEN IN LIMITED – STAGE SMALL CELL LUNG CANCER

**Objectives:** To describe some clinical and paraclinical features of limited – stage small lung cancer. To evaluation of the treatment results of the study group of patients. **Subjects and methods:** The longitudinal descriptive study on 45 patients limited – stage small lung cancer at K hospital from June 2018 to June 2023. **Results:** Study group characteristics: Mean age  $61,3 \pm 6,4$ , male accounted for 95,6%, selected patients were in good performance status with 25 (55,6%) in 45 ECOG 0 patients. Stay host disease mainly stage IIIB accounted for 46,7%. Evaluation of response according to RECIST 1.1 showed that the rate of complete and partial response was 51,1% and 40% respectively. Median progression-free survival was  $14,15 \pm 1,98$  months, progression-free survival at 12 months was 61,1%. There were 33,3% pneumonia patients, 37,7% esophagitis patients only grade I, II. Toxicity on hemotopoietic system, leukopenia were the most common with the rate of 73,3%; 42,2% patients appeared grade III, IV. Toxicity on liver, kidney, vomiting and fatigue are uncommon, only grade I, II. **Conclusion:** The regimen not only resulted in a positive outcome in terms of response and progression-free survival, but also significantly reduced radiation-related toxicity.

**Keywords:** small cell lung cancer, concurrent chemoraditherapy, EP, response rate, toxicity

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi tế bào nhỏ chiếm 10-15% các bệnh ung thư phổi, trong đó giai đoạn khu trú chiếm 1/3 số bệnh nhân. Hóa xạ trị đồng thời là phương pháp điều trị triệt căn đối với bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú<sup>1</sup>. Phác đồ đã chứng minh hiệu quả cao bởi tăng tỷ lệ đáp ứng, hạn chế tái phát sớm, kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển cũng như thời gian sống thêm toàn bộ. Việc phối hợp hóa xạ trị có hai mục đích, một là hóa chất làm tăng tác dụng của xạ trị, hai là hóa chất có tác dụng tiêu diệt các ổ vi di căn mà các phương tiện chẩn đoán có thể chưa phát hiện được. Có nhiều hình thức phối hợp như hóa xạ trị tuần tự, hóa xạ xen kẽ nhưng hóa xạ trị đồng thời cho thấy tỉ lệ đáp ứng cao nhất. Phác đồ hóa chất tiêu chuẩn EP mang lại hiệu quả cao trong điều trị UTPTBN giai đoạn khu trú. Sự phát triển của khoa học kĩ thuật, nhiều kĩ thuật xạ trị mới được

đưa vào sử dụng, như xạ 3D, 4D rồi đến xạ trị điều biến liều (IMRT), xạ trị định vị thân (SBRT), xạ trị điều biến liều theo thể tích hình cung (VMAT), xạ trị dưới hướng dẫn hình ảnh (IGRT) đã mang lại hiệu quả cao. Kĩ thuật xạ trị điều biến liều đã nâng cao hiệu quả kiểm soát tại chỗ và giảm độc tính với cơ quan lân cận từ đó do đó cải thiện kết quả điều trị<sup>2</sup>.

Tại bệnh viện K, việc điều trị UTPTBN giai đoạn khu trú bằng hoá xạ trị đồng thời phác đồ EP kết hợp xạ trị điều biến liều đã được thực hiện từ năm 2018 và đem lại hiệu quả điều trị cho nhiều bệnh nhân. Tuy nhiên hiện chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị phác đồ này nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú tại bệnh viện K*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú được điều trị hóa xạ trị đồng thời Etoposide-Cisplatin và xạ điều biến liều tại bệnh viện K từ 06/2018 đến tháng 6/2023.

### Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Chẩn đoán: ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú theo hướng dẫn phân loại giai đoạn VALSG

- Được điều trị bằng phương pháp hóa xạ trị đồng thời với phác đồ Etoposide – Cisplatin và xạ trị điều biến liều. Xạ trị cần được bắt đầu cùng thời điểm hóa trị.

- Có tổn thương đích có thể đo và đánh giá được trên chẩn đoán hình ảnh theo tiêu chuẩn RECIST v1.1

- Thể trạng chung tốt (ECOG 0 - 1)
- Chức năng gan thận trong giới hạn cho phép điều trị phác đồ
- Tình nguyện tham gia nghiên cứu và có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Mô bệnh học thể hỗn hợp ung thư phổi tế bào nhỏ và ung thư phổi không tế bào nhỏ
- BN đã được điều trị phẫu thuật, diện cắt R2 hoặc N2 được điều trị HXĐT
- Tiền sử xạ trị ngực, trung thất trước đó
- Có các bệnh cấp tính và mạn tính trầm trọng khác: suy gan, suy thận, hoặc dị ứng với các thành phần của thuốc.

- Bệnh nhân có kết hợp bệnh ung thư khác

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả có theo dõi dọc

**Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

**Các bước tiến hành:** Thu thập số liệu theo

một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Thu thập theo các biến số tuổi, giới, chỉ số toàn trạng PS, tình trạng hút thuốc, giai đoạn bệnh, kích thước u và hạch trước và sau khi điều trị, thời gian bắt đầu điều trị, thời gian phát hiện tái phát, các độc tính xảy ra trong quá trình điều trị.

**Xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu thu thập được mã hoá trên máy vi tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0

**Phác đồ điều trị:** Hóa xạ trị đồng thời phác đồ EP kết hợp xạ trị điều biến liều. Cisplatin 80 mg/m<sup>2</sup> da, truyền TM ngày 1. Etoposide 100 mg/m<sup>2</sup> da, truyền TM ngày 1-3. Xạ trị: Bắt đầu ngay từ chu kì đầu của hóa trị và tiếp tục xạ trị đến khi đủ liều. Tổng liều xạ là 60 Gy, phân liều 2 Gy/ ngày.

**Đánh giá đáp ứng điều trị:**

- Đánh giá đáp ứng: dựa theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, dựa theo lâm sàng và chụp CLVT ngực sau khi kết thúc điều trị
- Đánh giá thời gian sống thêm không tiến triển theo phương pháp Kaplan- Meier
- Đánh giá các độc tính điều trị theo CTCAE 4.0. Ghi nhận độc tính đầu mỗi chu kì hóa trị và sau mỗi 2 tuần xạ.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Bệnh viện K

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (n=45)	%
Tuổi trung bình		61,3 ± 6,4	
Giới	Nam	43	95,6
	Nữ	2	4,4
Tiền sử hút thuốc	Không	11	24,4
	Có	34	75,6
Lí do vào viện	Ho khan	22	48,9
	Ho đờm	7	15,6
	Ho máu	2	4,4
	Khó thở	2	4,4
	Đau ngực	7	15,6
	Khàn tiếng	2	4,4

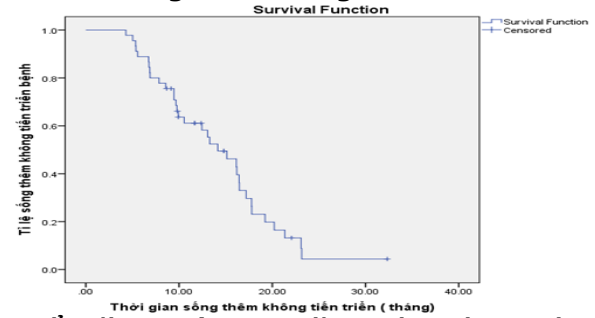
**Bảng 4. Tác dụng không mong muốn**

Độc tính	Mọi độ		ĐỘ I		ĐỘ II		ĐỘ III		ĐỘ IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Viêm da	18	39,9	15	33,3	2	4,4	0	0	0	0
Viêm thực quản	17	37,7	13	28,9	4	8,8	0	0	0	0
Viêm phổi	15	33,3	13	28,9	2	4,4	0	0	0	0
Giảm Hb	20	44,4	13	28,9	6	13,3	1	2,2	0	0
Giảm BC	33	73,3	8	17,8	6	13,3	13	28,9	6	13,3

	Phát hiện hạch cổ	2	4,4
	Tình cờ	1	2,2
PS	0	25	55,6
	1	20	44,4
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn II	4	8,9
	Giai đoạn IIIA	12	26,7
	Giai đoạn IIIB	21	46,7
	Giai đoạn IIIC	8	17,8

**Nhận xét:** Tuổi trung bình là 61,3 ± 6,4 tuổi, trong đó nam giới chiếm đa số 95,6 %, 75,6% số bệnh nhân có hút thuốc lá. Lí do vào viện gặp nhiều nhất là ho khan, chiếm 48,9%. Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn IIIB là nhiều nhất với 46,7%.

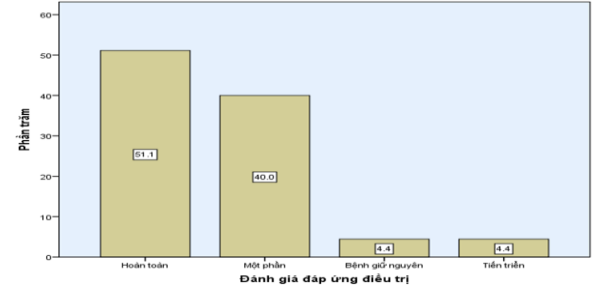
**3.2. Sống thêm không tiến triển**



**Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**

**Nhận xét:** Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) trung vị là 14,15 ± 1,98 tháng. Sống thêm không tiến triển tại thời điểm 6 tháng là: 88,9%, tại 12 tháng là 61,1%.

**3.3. Đáp ứng điều trị**



**Nhận xét:** Bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn chiếm 51,1%, tỉ lệ đáp ứng một phần là 40%, bệnh giữ nguyên chiếm 4,4 %, bệnh tiến triển là 4,4%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh là 95,6%.

**3.4. Tác dụng không mong muốn**

Giảm tiểu cầu	5	11,1	5	11,1	0	0	0	0	0	0
Tăng men gan	5	11,1	4	8,9	1	2,2	0	0	0	0
Tăng creatinin	1	2,2	1	2,2	0	0	0	0	0	0

**Nhận xét:** Về độc tính liên quan đến xạ trị, viêm da gặp ở 39,9% các trường hợp, độ I là 33,3%. Tỷ lệ viêm thực quản là 37,7%, trong đó độ I là 28,9 %, độ II chiếm 8,8%. Tỷ lệ viêm phổi là 33,3 %, trong đó độ I là 28,9 %, độ II chiếm 4,4%

Về độc tính huyết học, hạ bạch cầu là hay gặp nhất với tỷ lệ 73,3%; hạ bạch cầu độ III và IV gặp 42,2%. Hạ huyết sắc tố, hạ tiểu cầu gặp ít hơn với tỷ lệ tương ứng là 44,4%, 11,1%, chủ yếu độ I, II. Độc tính lên gan thận là ít gặp, tăng men gan 11,1%, tăng creatinine 2,2%.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là  $61,3 \pm 6,4$  tuổi, Độ tuổi gặp nhiều nhất từ 60 đến 75 tuổi chiếm đến 60% các trường hợp. Theo Hoàng Trọng Tùng (2022), tuổi trung bình 58,1, độ tuổi gặp nhiều nhất từ 51 đến 70 tuổi (79,7%)<sup>3</sup>. Chúng tôi ghi nhận nam giới chiếm 95,6 %, nữ chiếm 4,4%. Kết quả nghiên cứu này cho thấy, tỷ lệ nữ giới mắc ung thư phổi tế bào nhỏ là thấp, tương tự với các nghiên cứu tại nước ta. Qua đó chúng tôi thấy tỉ lệ bệnh ung thư phổi thường gặp ở nam giới lớn tuổi.

Kết quả giai đoạn bệnh cho thấy, giai đoạn III chiếm 91,1%; trong đó giai đoạn IIIB chiếm cao nhất 46,7%. Điều này càng khẳng định rằng ung thư phổi tế bào nhỏ là bệnh lý ác tính, tiến triển nhanh và thường có biểu hiện toàn thân hơn là tại chỗ. Đa phần các trường hợp khi phát hiện đã có tổn thương hạch trung thất trên phim CLVT ngực.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% số bệnh nhân hoàn thành 2 chu kỳ hóa chất EP đồng thời xạ trị 60Gy. Liệu xạ trên cơ quan lành được tính toán trong giới hạn cho phép. Có 89,1% số bệnh nhân hoàn thành 4 chu kỳ hóa chất EP.

Kết quả điều trị: trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đáp ứng toàn bộ rất cao là 91,1% trong đó đáp ứng hoàn toàn đạt được trong 23/45 bệnh nhân chiếm 51,1%. Tỷ lệ đáp ứng một phần là 40 %. Theo nghiên cứu của Võ Văn Xuân và cs (2009)<sup>4</sup> tỉ lệ đáp ứng toàn bộ là 96,7%. Corinne F.F và cs<sup>5</sup>, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn và toàn bộ tương ứng là 67,8% và 96,7 %, cao hơn chúng tôi. Điều này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 11/45 bệnh nhân (chiếm đến 24,4 %) các bệnh nhân không điều trị đủ 4 chu kỳ EP. Theo Hoàng Trọng

Tùng<sup>3</sup>, tỉ lệ kiểm soát bệnh là 98,4%, tương tự chúng tôi.

Với thời gian theo dõi trung bình 15 tháng, chúng tôi ghi nhận trung vị sống không tiến triển là 14,15 tháng. Sống thêm không tiến triển tại thời điểm 6 tháng là: 88,9%, tại 12 tháng là 61,1%. Trong nghiên cứu Faivre-Finn<sup>5</sup>, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển ở nhóm được xạ trị liều 2Gy/ngày là 14,4 tháng. Trong nghiên cứu của Hoàng Trọng Tùng<sup>3</sup>, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 14,3 tháng, tương tự chúng tôi.

Đánh giá các tác dụng không mong muốn, các tác dụng liên quan đến tia xạ như viêm phổi chiếm 33,3%, trong đó độ I là 28,9 %, độ II chiếm 4,4%. Theo David A. Palma<sup>6</sup>, tỉ lệ viêm phổi do xạ trị là 29,8%. Kết quả nghiên cứu của Hoàng Trọng Tùng<sup>3</sup> cho thấy, tỷ lệ viêm phổi ở mọi độ là 48,4%, trong đó chỉ gặp độ I, độ II. Kết quả nghiên cứu của Võ Văn Xuân<sup>4</sup> (2009), tỉ lệ viêm phổi độ III, IV là 8,6%. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi sử dụng kĩ thuật xạ IMRT – kĩ thuật đã được chứng minh là giảm độc tính so với kĩ thuật 3D qua nhiều nghiên cứu. Tỷ lệ viêm thực quản của chúng tôi là 37,7%, trong đó chỉ độ I, II, thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Trọng Tùng và cs<sup>3</sup> (59,4%,).

Về độc tính huyết học, hạ bạch cầu là hay gặp nhất với tỷ lệ 73,3%; hạ bạch cầu độ III và IV gặp 42,2%. Hạ huyết sắc tố, hạ tiểu cầu gặp ít hơn với tỷ lệ tương ứng là 44,4%, 11,1%, chủ yếu độ I, II. Độc tính lên gan thận là ít gặp, tăng men gan 11,1%, tăng creatinine 2,2%.

#### V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 45 trường hợp các bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú điều trị hóa xạ trị đồng thời thời phác đồ EP kết hợp xạ trị điều biến liều không những cho kết quả tốt về đáp ứng và sống thêm không tiến triển mà còn giảm đáng kể độc tính liên quan đến xạ trị. Đây là hướng đi có nhiều triển vọng. Nhưng cần có thêm các nghiên cứu trong tương lai về cải thiện sống thêm với phác đồ này

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung thư. Vol 1. Hà Nội: Bộ Y tế; 2020.
- Boyle J, Ackerson B, Gu L, Kelsey CR.** Dosimetric advantages of intensity modulated radiation therapy in locally advanced lung cancer. Adv Radiat Oncol. 2017;2(1):6-11. doi:10.1016/j.adro.2016.12.006

3. **Hoàng Trọng Tùng.** "Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú phác đồ Cisplatin - Etoposide tại bệnh viện K", Luận văn tiến sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội. 2020
4. **Võ Văn Xuân.** Nghiên cứu phác đồ kết hợp hóa-xạ trị ung thư phổi tế bào nhỏ và đánh giá độc tính của phác đồ. Tạp chí ung thư học Việt Nam, 2008;Phụ bản 12(4 - Chuyên đề ung bướu):5
5. **Faivre-Finn C, Snee M, Ashcroft L, et al.** Concurrent once-daily versus twice-daily chemoradiotherapy in patients with limited-stage small-cell lung cancer (CONVERT): an open-label, phase 3, randomised, superiority trial. The Lancet Oncology. 2017;18(8):1116-1125.
6. **A.Palma, Senan S.** Predicting radiation pneumonitis after chemoradiation therapy for lung cancer: an international individual patient data meta-analysis. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2013; 85(2): 444-450.doi:10.1016/j.rob.2012.04.043

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GEMCITABINE BƯỚC 2 UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN TIẾN XA TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Hồng Thái<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thái Hòa<sup>2</sup>, Nguyễn Đại Bình<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị Gemcitabine bước 2 ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa sau thất bại phác đồ hóa trị bộ đôi có platinum tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh, hồi cứu, có theo dõi dọc 60 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV đã được điều trị bước 1 bằng phác đồ hóa trị bộ đôi có platinum có hoặc không điều trị duy trì, bệnh tiến triển theo tiêu chuẩn RECIST được điều trị bước 2 bằng Gemcitabine tại Bệnh viện K trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 08/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 60,9 ± 8.5 (40-77); tỷ lệ nam/nữ = 5,5/1; tỷ lệ hút thuốc lá chiếm 68,3%. Tỷ lệ đáp ứng khách quan 20%, tỷ lệ kiểm soát bệnh 58,3% và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình 3,95 ± 3,51 tháng, thời gian sống thêm trung vị là 2,75 tháng. **Kết luận:** Phác đồ Gemcitabine bước 2 là một sự lựa chọn trên đối tượng bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn sau thất bại phác đồ hóa chất bộ đôi có platinum với tỷ lệ đáp ứng và tỷ lệ kiểm soát bệnh khả quan.

**Từ khóa:** ung thư phổi không tế bào nhỏ, gemcitabine bước 2, hóa trị bộ đôi có platinum.

### SUMMARY

#### THE EFFICACY OF SECOND-LINE GEMCITABINE IN PATIENTS WITH PLATINUM-COMBINE FAILURE STAGE IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER

**Objectives:** To evaluate the efficacy of second-line gemcitabine in patients with platinum-combine failure stage IV non-small cell lung cancer. **Materials and methods:** Descriptive, retrospective, longitudinal study follow-up of 60 patients with stage IV non-small

cell lung cancer who received first-line chemotherapy with platinum-based chemotherapy with or without maintenance therapy. The disease progressed according to RECIST criteria and received second-line treatment with gemcitabine at National Cancer Hospital during the period from January 2020 to August 2023. **Results:** The mean age was 60,9 ± 8.5 (40-77); male/female ratio was 5,5/1; smoking ratio was 68,3%. The overall response rate (ORR) was 20%, the DCR was 58,3%. The mean progression-free survival (PFS) was 3,95 ± 3,51 months, the median progression-free survival was 2,75 months. **Conclusion:** Second-line gemcitabine is an option in patients with advanced stage lung cancer after failure of platinum-based chemotherapy regimen with good response rate and disease control rate.

**Keywords:** non-small cell lung cancer, second-line gemcitabine, platinum-based chemotherapy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư<sup>1</sup>. Tại Việt nam, theo ghi nhận của Globocan 2020 có 26262 ca mắc mới, đứng thứ 2 trong số các bệnh ung thư và đứng thứ 2 ở cả hai giới về tỷ lệ mắc<sup>2</sup>.

UTP được chia làm 2 nhóm chính là ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) và ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN), trong đó UTPKTBN chiếm phần lớn, khoảng 80%<sup>3</sup>.

Những năm gần đây mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị ung thư phổi giai đoạn muộn, điển hình là liệu pháp nhắm trúng đích và liệu pháp miễn dịch. Tuy nhiên, liệu pháp nhắm trúng đích không áp dụng với nhóm bệnh nhân không có các biến đổi di truyền. Liệu pháp miễn dịch là điều trị có nhiều hứa hẹn nhưng chi phí hiện còn khá cao và thuốc chưa sẵn có ở các địa phương nên việc tiếp cận với liệu pháp này vẫn còn nhiều hạn chế. Do đó điều trị hóa chất vẫn là điều trị cơ bản và chủ chốt trong cả bước đầu lẫn các bước về sau của UTPKTBN.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Thái

Email: lehongthaihu@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023