

# RESULTS OF VINOURELBINE TREATMENT IN METASTATIC RECURRENT NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT THANH HOA ONCOLOGY HOSPITAL

Tran Thi Huong<sup>1</sup>, Pham Cam Phuong<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Thanh Hoa Oncology Hospital - 958 Quang Trung Street, Hac Thanh Ward, Thanh Hoa City, Vietnam

<sup>2</sup>Bach Mai Hospital - Giai Phong Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

<sup>3</sup>Hanoi Medical University - No. 1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

<sup>4</sup>University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - Y1 Building, 144 Xuan Thuy Street, Cau Giay Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 27/10/2025

Revised: 28/10/2025; Accepted: 23/02/2026

## SUMMARY

**Objective:** Assessing the treatment outcomes of vinorelbine in patients with recurrent or metastatic non-small cell lung cancer (NSCLC) in Thanh Hoa Oncology Hospital.

**Patients and Methods:** Descriptive, longitudinal study in 135 patients with recurrent or metastatic NSCLC who received vinorelbine in Thanh Hoa Oncology Hospital from June 2021 to September 2024.

**Results:** The study was carried out on 135 patients. Median age was  $66,7 \pm 8,2$ ; the male/female ratio was 1,9/1. The most common presenting symptoms were cough, chest pain, dyspnea were 81,5%, 68,9%, 60%, respectively. The most frequent sites of recurrence were local, pleural and supraclavicular lymph nodes, and most patients had lesions in two or more sites (68,1%). The mean number of vinorelbine cycles administered was  $6,8 \pm 3,2$ , with most patients receiving  $\geq 85\%$  of the planned dose. The disease control rate was 65,2%. There was no significant difference in response rate according to age, sex, histological subtype or number of metastatic sites. The mean progression-free survival (PFS) was  $7,1 \pm 12,4$  months, with a median of 4,6 months.

**Conclusion:** Vinorelbine monotherapy for patients with recurrent or metastatic NSCLC achieved a high disease control rate and prolonged progression-free survival.

**Keywords:** non-small cell lung cancer, recurrence, metastasis, vinorelbine, Thanh Hoa Oncology Hospital.

---

\*Corresponding author

Email: phamcamphuong@gmail.com Phone: (+84) 367111999 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4428>

# 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

Trần Thị Hương<sup>1</sup>, Phạm Cẩm Phương<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện ung bướu Thanh Hoá - 958 Quang Trung, phường Hạc Thành, thành phố Thanh Hóa, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai - Đường Giải Phóng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

<sup>4</sup>Trường đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà nội - Nhà Y1, 144 Xuân Thủy, phường Cầu Giấy, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/10/2025

Ngày chỉnh sửa: 28/10/2025; Ngày duyệt đăng: 23/02/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị vinorelbine trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tái phát di căn tại bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hoá.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc trên 135 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tái phát di căn được điều trị đơn hoá chất vinorelbine tại bệnh viện ung bướu Thanh Hoá từ tháng 6/2021 đến tháng 9/2024.

**Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 135 bệnh nhân. Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $66,7 \pm 8,2$ ; tỉ lệ nam/nữ là 1,9/1. Đa số bệnh nhân tái phát di căn có triệu chứng ho, đau ngực, khó thở (lần lượt 81,5%, 68,9% và 60%). Tái phát tại chỗ, màng phổi và hạch thượng đòn là những vị trí hay gặp nhất, các tổn thương tái phát thường từ hai vị trí trở lên (68,1%). Số chu kỳ điều trị vinorelbine trung bình là  $6,8 \pm 3,2$ , hầu hết với liều từ 85% trở lên. Tỷ lệ kiểm soát bệnh là 65,2%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng với tuổi, giới, mô bệnh học, số lượng cơ quan di căn. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là  $7,1 \pm 12,4$  tháng, trung vị là 4,6 tháng.

**Kết luận:** Điều trị vinorelbine cho các bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tái phát di căn có tỷ lệ kiểm soát bệnh cao, giúp kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.

**Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, tái phát di căn, vinorelbine, bệnh viện ung bướu tỉnh Thanh Hoá

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong 3 bệnh lý ác tính thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phạm vi toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2022, thế giới có khoảng 2.480.675 ca UTP mới mắc, chiếm 12,4% tổng số ca ung thư, đứng thứ nhất ở cả hai giới và có 1.817.469 ca tử vong, đứng thứ nhất trong số tử vong do ung thư ở cả hai giới. Theo ghi nhận tại Việt Nam, năm 2022 có 24.426 trường hợp mới mắc UTP (chiếm 13,5%) đứng thứ 3 sau ung thư vú và ung thư gan.<sup>1</sup>

Theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới (WHO), 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 80-85%. Hai nhóm này có sự khác biệt nhau về mặt điều trị cũng như tiên lượng bệnh.<sup>2</sup> Biểu hiện lâm sàng ung thư phổi rất phong phú nhưng giai đoạn đầu thường diễn biến âm thầm, nên mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, gần 50% trường hợp UTPKTBN được chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa hay di căn. Tỷ lệ sống thêm 5 năm ở giai đoạn muộn rất thấp (5%).<sup>3</sup>

Trong những năm gần đây, đã có nhiều tiến bộ trong điều trị ung thư nói chung, đặc biệt trong lĩnh vực sinh học phân tử, có rất nhiều thuốc mới được sử dụng. Điều trị đích và miễn dịch đem lại nhiều kết quả đầy hứa hẹn, kéo dài thời gian sống và nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân. Tuy nhiên tỉ lệ bộc lộ các đột biến gen có ý nghĩa lâm sàng hoặc các dấu ấn miễn dịch tương đối thấp, đồng thời tại cơ sở y tế phải có đủ trang thiết bị làm được các xét nghiệm phân tử để phát hiện các đột biến gen hoặc dấu ấn miễn dịch. Thêm nữa các phương pháp này đều có chi phí điều trị khá cao, do đó điều trị hoá chất vẫn là điều trị cơ bản, phác đồ sử dụng thường là hoá trị bộ đôi kết hợp giữa platinum và một thuốc thể hệ thứ ba. Tuy nhiên, một nửa số bệnh nhân ung thư hoặc là không đáp ứng với điều trị hoặc là sớm bị tái phát bệnh khi sử dụng đa hóa trị liệu tích cực, khi đó điều trị đơn hóa chất được lựa chọn với tác dụng phụ thấp hơn và chất lượng cuộc sống cao hơn. Điều trị ung thư phổi tái phát di căn với vinorelbine đơn thuần được chứng minh có hiệu quả trong một số thử nghiệm lâm sàng, đặc biệt trên các đối tượng bệnh nhân cao tuổi, thể trạng yếu hoặc có các bệnh kèm theo nặng.

\*Tác giả liên hệ

Email: phamcamphuong@gmail.com Điện thoại: (+84) 367111999 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4428>

Chính vì thế, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị vinorelbine trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tái phát di căn tại bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hoá.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm 135 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tái phát di căn được điều trị đơn hoá chất vinorelbine tại bệnh viện ung bướu tỉnh Thanh Hoá từ tháng 6/2021 đến tháng 9/2024.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định là UTPKTBN đã được điều trị theo các phác đồ tiêu chuẩn có tái phát di căn xa sau thời gian theo dõi > 6 tháng bằng chẩn đoán hình ảnh hoặc mô bệnh học.
- Bệnh nhân UTP tái phát di căn không còn chỉ định điều trị tại chỗ, tại vùng.
- Bệnh nhân không có bằng chứng về đột biến gen hoặc không có điều kiện điều trị thuốc đích.
- Thất bại hoặc chống chỉ định với điều trị hóa chất phác đồ có nhóm Platin (Cisplatin, Carboplatin).
- Được điều trị Vinorelbine đơn trị tối thiểu 1 chu kỳ
- Chỉ số toàn trạng ECOG ≤ 3.
- Bệnh nhân không mắc các bệnh cấp và mãn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian gần
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu, tuân thủ tái khám, theo dõi định kỳ.
- Có đầy đủ thông tin lưu trữ trong bệnh án.

*Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Bệnh nhân di căn não có triệu chứng chưa được xạ trị tại chỗ.
- Bệnh nhân miễn cảm với vinorelbine.
- Bệnh nhân ngừng điều trị thuốc không phải vì lý do bệnh tiến triển, tác dụng phụ, kết thúc nghiên cứu.
- Đã được dùng vinorelbine trong các phác đồ điều trị trước đó.

**2.2. Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hoá

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện, nghiên cứu trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tái phát di căn tại Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hoá.

### 2.4. Các bước tiến hành:

- Lập danh sách BN được chẩn đoán UTPKTBN đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn
- Ghi nhận thông tin theo mẫu bệnh án thống nhất
- Đánh giá kết quả điều trị tại các thời điểm đánh giá (sau mỗi 3 chu kỳ hoặc khi có dấu hiệu nghi ngờ bệnh tiến triển) dựa trên kết quả khám lâm sàng, cận lâm sàng lưu trữ trong bệnh án (CLVT toàn thân, MRI sọ não, xạ hình xương, siêu âm hạch cổ,...)

- Đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 và một số yếu tố liên quan: mô bệnh học, giai đoạn bệnh trước đó, số vị trí tái phát di căn, liều dùng, tuổi, giới.

- Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS).

- Đánh giá và phân loại mức độ độc tính theo tiêu chuẩn CTCAE 5.0

**2.5. Xử lý số liệu:** Số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

**2.6. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, không có tính chất can thiệp, nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị bệnh. Số liệu trung thực khách quan, được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện.

### 2.7. Phác đồ điều trị:

- Vinorelbine đường uống, hàm lượng 20mg, 30mg.
- Cách dùng: Vinorelbine 60mg/m<sup>2</sup> uống ngày 1, ngày 8, ngày 15; chu kỳ 21 ngày. Tăng liều lên 80mg/m<sup>2</sup> từ chu kỳ 2 nếu dung nạp tốt (không gặp độc tính huyết học và ngoài huyết học độ ≥ 2 theo CTCAE). Uống trực tiếp với nước, không được nhai hay ngâm thuốc.
- Duy trì liên tục đến khi bệnh tiến triển hoặc xuất hiện tác dụng phụ không thể chấp nhận được hoặc bệnh nhân từ chối điều trị tiếp.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

#### 3.1.1. Đặc điểm tuổi

**Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân**

	n	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Tuổi	135	44	84	66,7	8,2

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm tái phát di căn là 66,7 ± 8,2, cao nhất là 84 tuổi, thấp nhất là 44 tuổi, nhóm tuổi thường gặp nhất là trên 60 tuổi.

#### 3.1.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

**Bảng 3.2. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

	Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	89	65,9
	Nữ	46	34,1
Triệu chứng cơ năng	Ho	110	81,5
	Đau ngực	93	68,9
	Khó thở	81	60,0
	Gầy sút cân	62	45,9
	Đau xương	35	25,9
	Không triệu chứng	9	6,7
Thời gian xuất hiện tái phát di căn	< 1 năm	104	76,9
	1-2 năm	24	17,9
	> 2 năm	7	5,2

Đặc điểm		n	Tỉ lệ (%)
Vị trí tái phát di căn	Tại chỗ	109	80,7
	Xương	35	25,9
	Não	21	15,6
	Gan	13	9,6
	Hạch thượng đòn	49	36,3
	Màng phổi	91	67,4
	Tuyến thượng thận	10	7,4
	Khác	22	16,3
Số cơ quan tái phát di căn	1 cơ quan	43	31,9
	≥ 2 cơ quan	92	68,1
Giai đoạn bệnh ban đầu	I	3	2,2
	II	7	5,2
	III	32	23,7
	IV	93	68,9
Thể giải phẫu bệnh	UTBM tuyến	74	54,8
	UTBM vảy	53	39,3
	UTBM tế bào lớn	4	3,0
	Loại khác	4	3,0

**Nhận xét:** Tỉ lệ nam/nữ là 1,9/1. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ho (81,5%), đau ngực (68,9%) và khó thở (60,0%). Phần lớn bệnh nhân xuất hiện tái phát di căn trong vòng 1 năm sau khi kết thúc điều trị. Vị trí tái phát di căn thường gặp là tại chỗ (80,7%), màng phổi (67,4%), hạch thượng đòn (36,3%) và xương (25,9%); đa số các bệnh nhân tái phát di căn từ hai cơ quan trở lên (68,1%). Bệnh nhân chủ yếu có giai đoạn bệnh ban đầu ở giai đoạn IV (68,9%). Thể giải phẫu bệnh chủ yếu là UTBM tuyến (54,8%) và UTBM vảy (39,3%).

### 3.2 Kết quả điều trị

Bảng 3.3. Số chu kỳ điều trị vinorelbine

Tổng số chu kỳ điều trị	921
Trung bình	6,8
Độ lệch	3,2
Giá trị nhỏ nhất	3
Giá trị lớn nhất	31

**Nhận xét:** Tổng số chu kỳ điều trị là 921. Số chu kỳ điều trị trung bình là  $6,8 \pm 3,2$ . Các bệnh nhân được điều trị ít nhất 3 chu kỳ, bệnh nhân được điều trị nhiều nhất là 31 chu kỳ

Bảng 3.4. Đáp ứng chủ quan

Triệu chứng cơ năng	Ho		Đau ngực		Khó thở	
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)
Cải thiện	52	47,3	39	41,9	33	40,7
Giữ nguyên	34	30,9	31	33,3	29	35,8
Nặng hơn	24	21,8	23	24,7	19	23,5

Triệu chứng cơ năng	Ho		Đau ngực		Khó thở	
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)
Tổng	110	100	93	100	81	100

**Nhận xét:** Các triệu chứng cơ năng ho, đau ngực, khó thở đều cải thiện, trong đó triệu chứng ho cải thiện nhiều nhất với 47,3%.

Bảng 3.5. Đáp ứng khách quan

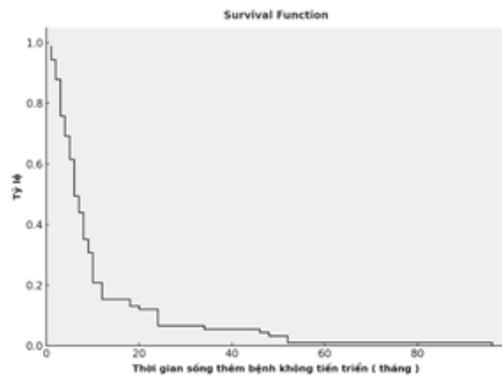
Đáp ứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	0	0,0
Đáp ứng một phần	39	28,9
Bệnh giữ nguyên	49	36,3
Bệnh tiến triển	47	34,8
Tổng	135	100

**Nhận xét:** Không có bệnh nhân nào đạt đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ đáp ứng một phần là 28,9%, bệnh giữ nguyên là 36,3%. Có 47 bệnh nhân tiến triển trong quá trình điều trị (chiếm 34,8%).

Bảng 3.6. Đáp ứng điều trị và một số yếu tố liên quan

Yếu tố khác	Đáp ứng		Không đáp ứng		p	
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)		
Nhóm tuổi	> 60 tuổi	30	29,0	74	71,0	0,42
	≤ 60 tuổi	13	43,3	17	56,7	
Giới	Nam	25	28,1	64	71,9	0,36
	Nữ	18	39,1	28	60,9	
Mô bệnh học	UTBM tuyến	24	32,4	50	67,6	0,557
	UTBM vảy	18	34	35	66,0	
Số vị trí di căn	1 cơ quan	16	37,2	27	62,8	0,36
	Nhiều cơ quan	27	29,3	65	70,7	

**Nhận xét:** Tỷ lệ đáp ứng (đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần) theo nhóm tuổi, giới, mô bệnh học và số vị trí di căn là khác nhau nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .



Biểu đồ 3.1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

**Nhận xét:** Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình (khoảng thời gian từ ngày bắt đầu điều trị vinorelbine đến khi bệnh tiến triển theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 hoặc tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào) là  $7,1 \pm 12,4$  tháng, trung

vị là 4,6 tháng với thời gian theo dõi trung vị là 14,6 tháng. Có 19 bệnh nhân có thời gian sống thêm bệnh không tiến triển ít nhất 12 tháng, chiếm tỷ lệ 14,1%.

#### 4. BÀN LUẬN

Trong 135 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán là  $66,7 \pm 8,2$ . Bệnh nhân nam chiếm đa số với tỉ lệ nam/nữ là 1,9/1. Nghiên cứu của Dương Thị Quỳnh Nga (2024) cũng cho thấy tỷ lệ mắc ung thư phổi chủ yếu gặp ở độ tuổi > 60 tuổi, với nam giới có tỷ lệ mắc ung thư phổi cao hơn ở nữ giới. 4 Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ho (81,5%), đau ngực (68,9%) và khó thở (60,0%). Phần lớn bệnh nhân xuất hiện tái phát di căn trong vòng 1 năm sau khi kết thúc điều trị. Vị trí tái phát di căn thường gặp là tại chỗ (80,7%), màng phổi (67,4%), hạch thượng đòn (36,3%) và xương (25,9%); đa số các bệnh nhân tái phát di căn từ hai cơ quan trở lên (68,1%). Kết quả cao hơn rất nhiều so với một số nghiên cứu nước ngoài như nghiên cứu của Yamazaki (2010), với tỷ lệ di căn từ 2 vị trí là 32,1%, phản ánh thực tế các bệnh nhân tại Việt Nam thường đến khám khi bệnh đã ở giai đoạn muộn. 5 Bệnh nhân chủ yếu có giai đoạn bệnh ban đầu ở giai đoạn IV (68,9%). Thể giải phẫu bệnh của bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu là UTBM tuyến (54,8%) và UTBM vảy (39,3%).

Trong nghiên cứu, số chu kỳ điều trị vinorelbine trung bình là  $6,8 \pm 3,2$ . Các bệnh nhân đều được điều trị ít nhất 3 chu kỳ, có bệnh nhân được điều trị đến 31 chu kỳ. Các triệu chứng trên đều được cải thiện sau điều trị, trong đó triệu chứng ho được cải thiện nhiều nhất với 47,3%, tiếp theo là đau ngực với 41,9% và khó thở với 40,7%. Kết quả này đặc biệt tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Loan (2020), với tỷ lệ thuyên giảm các triệu chứng ho, đau ngực, khó thở sau khi điều trị lần lượt là 52,5%, 57,2% và 57,9%. 6 Không có bệnh nhân nào đạt đáp ứng hoàn toàn, tỷ lệ đáp ứng một phần là 28,9%, bệnh giữ nguyên là 36,3% và có 47 bệnh nhân tiến triển trong quá trình điều trị (chiếm 34,8%). Tỷ lệ đáp ứng theo nhóm tuổi ( $\leq 60$  và  $> 60$ ), giới (nam/nữ), mô bệnh học (UTBM tuyến và UTBM vảy) và số vị trí di căn (1 cơ quan/nhiều cơ quan) là khác nhau nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Loan (2020) và Hirish (2007) cũng cho kết quả tương tự, với sự khác biệt về đáp ứng không có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố trên. 6,7

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian điều trị trung bình đến khi tiến triển bệnh là  $7,1 \pm 12,4$  tháng, với trung vị 4,6 tháng. Mặc dù được chỉ định cho giai đoạn tái phát di căn, vinorelbine vẫn giúp 19 bệnh nhân có thời gian sống thêm bệnh không tiến triển ít nhất 12 tháng, chiếm tỷ lệ 14,1%. Sự dao động của giá trị trung bình ( $\pm 12,4$  tháng) cho thấy có một số ít các bệnh nhân đạt được kiểm soát bệnh kéo dài, vượt trội hơn so với phần còn lại. Hiện tượng này được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu lâm sàng, phản ánh sự khác biệt về đặc điểm sinh học của khối u, như tình trạng đột biến gen hoặc biểu hiện các yếu tố nhạy cảm với vinca alkaloid. 8 So sánh với các nghiên cứu điều trị vinorelbine duy trì trong nước, PFS trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi gần tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Loan (2020) - 5,3 tháng và Dương Thị Quỳnh Nga (2024) - 5,1 tháng. 4,6 Trong các nghiên cứu quốc tế, nghiên cứu của Camerini (2010) và Tomirotti (2007) cũng cho kết quả thời gian sống thêm bệnh không tiến triển lần lượt là 5 tháng và 4,2 tháng. 9, 10

#### 5. KẾT LUẬN

Trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tái phát di căn, phác đồ vinorelbine đơn trị liệu mang lại hiệu quả cao với tỷ lệ đáp ứng chung đạt 28,9%, bệnh giữ nguyên 36,3%, tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 65,2%. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị 4,6 tháng, trung bình  $7,1 \pm 12,4$  tháng, trong đó 14,1% bệnh nhân đạt thời gian kiểm soát bệnh  $\geq 12$  tháng. Các triệu chứng cơ năng như ho, đau ngực, khó thở cải thiện rõ sau điều trị. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đáp ứng theo tuổi, giới, mô bệnh học và số lượng cơ quan di căn. Điều trị đơn hóa chất bằng vinorelbine mang lại hiệu quả kiểm soát bệnh tương đối tốt, góp phần cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

#### 6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
- [2] Travis WD, Brambilla E, Nicholson AG, et al. The 2015 World Health Organization Classification of Lung Tumors: Impact of Genetic, Clinical and Radiologic Advances Since the 2004 Classification. *J Thorac Oncol Off Publ Int Assoc Study Lung Cancer.* 2015;10(9):1243-1260. doi:10.1097/JTO.0000000000000630
- [3] Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(1):7-30. doi:10.3322/caac.21590
- [4] Dương Thị Quỳnh Nga, Nguyễn Thị Thái Hòa, Trương Công Minh, Nguyễn Thị Hương, Nguyễn Văn Đăng. Kết quả điều trị duy trì ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV bằng vinorelbine đường uống tại Bệnh viện K. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2024;543(3). doi:10.51298/vmj.v543i3.11503
- [5] Yamazaki K, Sugio K, Yamanaka T, et al. Prognostic factors in non-small cell lung cancer patients with postoperative recurrence following third-generation chemotherapy. *Anticancer Res.* 2010;30(4):1311-1315.
- [6] Trịnh Lê Huy, Nguyễn Thanh Loan. Evaluating the treatment results of vinorelbine monotherapy in non-small cell lung cancer. *Tạp Chí Học Lâm Sàng Bệnh Viện Trung Ương Huế.* 2021;(69):20-26. doi:10.38103/jcmhch.2021.69.4
- [7] Hirsh V, Desjardins P, Needles BM, et al. Oral versus intravenous administration of vinorelbine as a single agent for the first-line treatment of metastatic nonsmall cell lung carcinoma (NSCLC): A randomized phase II trial. *Am J Clin Oncol.* 2007;30(3):245-251. doi:10.1097/O1.coc.0000256103.21797.e5
- [8] Gridelli C, Balducci L, Ciardiello F, et al. Treatment of Elderly Patients With Non-Small-Cell Lung Cancer: Results of an International Expert Panel Meeting of the Italian Association of Thoracic Oncology. *Clin Lung Cancer.* 2015;16(5):325-333. doi:10.1016/j.clcc.2015.02.006
- [9] Camerini A, Valsuani C, Mazzoni F, 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 Off J Eur Soc Med Oncol.* 2010;21(6):1290-1295. doi:10.1093/annonc/mdp525
- [10] Oral vinorelbine in first line treatment of NSCLC in elderly: Updated results of a low dose schedule in a single institution experience | *Journal of Clinical Oncology.* Accessed January 26, 2026. [https://ascopubs.org/doi/10.1200/jco.2007.25.18\\_suppl.18192](https://ascopubs.org/doi/10.1200/jco.2007.25.18_suppl.18192)