

## EFFICACY OF FIRST LINE MONOCHEMOTHERAPY IN ADVANCED GASTRIC CANCER

Phan Thi Hong Duc<sup>1</sup>, Nguyen Hoang Quy<sup>1</sup>, Vo Ngoc Huan<sup>1</sup>, Luong Hoang Tien<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Ho Chi Minh City Oncology Hospital

Received: 24/11/2025

Revised: 24/12/2025; Accepted: 22/03/2026

### ABSTRACT

**Background:** Advanced / Metastatic gastric cancer has a short survival prognosis despite many advances in treatment. In particular, in the group of elderly patients, with many comorbidities and poor performance status score, a specific treatment strategy is needed. Monochemotherapy is the preferred treatment. Therefore, our study aimed to evaluate the efficacy and safety of monochemotherapy in this group of patients.

**Methods:** Retrospective study describing a series of cases. Patients with recurrent, advanced, metastatic gastric cancer who had not received previous systemic treatment were then treated with a monochemotherapy regimen with or without targeted therapy at the Department of Breast, Gastroenterology, Hepatology, and Urology, Ho Chi Minh City Oncology Hospital from January 1, 2023 to April 30, 2024.

**Results:** The analysis included 58 patients (median age 65 years); 93% of patients had ECOG  $\geq 1$ . 41.4% of patients had other comorbidities. 62.1% of patients were initially treated with TS-1, followed by Capecitabine (13.8%). The ORR and DCR were 18.9% and 55.1%, respectively. 32.8% received second-line and beyond therapy. Median PFS was 4 months and median OS was 5 months. Toxicities were mostly grade 1 and 2. The most common adverse events were anemia (32.8%), and nausea (31.1%). No deaths due to toxicity were recorded. No differences in survival were observed in different subgroups according to age, treatment regimen, or metastatic location.

**Conclusions:** Monochemotherapy regimens may be a safe option for a special group of elderly patients, those with poor PS and multiple comorbidities.

**Keywords:** gastric cancer, advanced and metastatic, monochemotherapy, first-line

---

\*Corresponding author

**Email:** [dr.hoangtienluong@gmail.com](mailto:dr.hoangtienluong@gmail.com) **Phone:** (+84) 907889176 **https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4626**

# HIỆU QUẢ PHÁC ĐỒ HOÁ TRỊ ĐƠN CHẤT TRONG ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT UNG THƯ DẠ DÀY DI CĂN

Phan Thị Hồng Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Quý<sup>1</sup>, Võ Ngọc Huân<sup>1</sup>, Lương Hoàng Tiên<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh

Ngày nhận bài: 24/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 24/12/2025; Ngày duyệt đăng: 22/03/2026

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư dạ dày di căn có tiên lượng sống ngắn mặc dù đã có nhiều tiến bộ về điều trị. Đặc biệt, trên nhóm bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh nền, tổng trạng kém cần có chiến lược điều trị cụ thể. Phác đồ hoá trị đơn chất được ưu tiên lựa chọn điều trị cho bước một. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ hoá trị đơn chất trên nhóm bệnh nhân này.

**Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca. Bệnh nhân ung thư dạ dày tái phát, tiến xa di căn, chưa được điều trị toàn thân trước đó, sau đó được điều trị với phác đồ hoá trị đơn chất có hoặc không có phối hợp với liệu pháp nhắm trúng đích, tại Khoa Nội tuyến vú, tiêu hoá, gan, niệu, Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ 01/01/2023 đến 30/04/2024.

**Kết quả:** Phân tích bao gồm 58 bệnh nhân (tuổi trung vị 65); 93% bệnh nhân có ECOG 1. Có 41,4% bệnh nhân có bệnh lý khác đi kèm. 62,1% bệnh nhân được khởi đầu điều trị với TS-1, tiếp đến là Capecitabine (13,8%). Tỷ lệ đáp ứng ORR và tỷ lệ kiểm soát bệnh DCR lần lượt là 18,9% và 55,1%. Có 32,8% được tiếp tục điều trị sau tiến triển bước một. Trung vị PFS là 4 tháng và trung vị OS là 5 tháng. Độc tính chủ yếu ở độ 1 và 2. Các tác dụng phụ thường gặp nhất là thiếu máu (32,8%), buồn nôn (31,1%). Không ghi nhận tử vong vì độc tính. Chưa ghi nhận khác biệt về sống còn trên các phân nhóm khác nhau theo độ tuổi, phác đồ điều trị, vị trí di căn.

**Kết luận:** Phác đồ hoá trị đơn chất có thể là một lựa chọn an toàn cho nhóm bệnh nhân đặc biệt lớn tuổi, tổng trạng kém và nhiều bệnh lý nền đi kèm.

**Từ khoá:** ung thư dạ dày, tiến xa di căn, hoá trị, đơn chất.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2020, ung thư dạ dày (UTDD) đứng hàng thứ 5 trên toàn thế giới, với 5,6% ca mắc mới mỗi năm, và tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ 4. UTDD vẫn là một trong những căn bệnh có tiên lượng rất xấu. Do đó, đặc biệt trên những bệnh nhân mắc bệnh UTDD di căn, đối mặt với nhiều thách thức có liên quan đến việc điều trị cụ thể. Nhóm bệnh nhân lớn tuổi ít được nhận đầy đủ tiêu chuẩn của điều trị ung thư so với nhóm bệnh lý trẻ tuổi hơn. Một số lý do làm giảm khả năng dung nạp của các chiến lược điều trị ung thư, được kể đến bao gồm: độc tính tăng đáng kể, nhiều bệnh lý đi kèm, suy giảm chất lượng cuộc sống, suy giảm nhận thức ở người lớn tuổi, kém tuân thủ điều trị, và thiếu người chăm sóc. Việc điều trị phải đáp ứng được sự cân bằng về hiệu quả và chất lượng cuộc sống [8]. Một nghiên cứu của Fried và cộng sự công bố năm 2002 cho thấy, trong số những người lớn tuổi mắc bệnh ung thư, suy tim hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, gánh nặng điều trị và khả năng đạt được kết quả điều trị tích cực đã ảnh hưởng đến kết quả điều trị [5]. Đặc biệt, các tác dụng phụ đặc hiệu của UTDD như sụt cân, tiêu chảy, bệnh thần kinh ngoại biên,

mệt mỏi, đầy bụng khó tiêu, thiếu vitamin B12, thiếu sắt, no sau ăn hoặc rối loạn ăn uống. Những người sống sót sau ung thư gặp phải những tác dụng muộn này 5 năm trở lên sau khi kết thúc điều trị, báo cáo chất lượng cuộc sống (QOL) thấp và gánh nặng thể chất cao [4; 6].

Hiện nay, tại Việt Nam có rất ít những công trình nghiên cứu đánh giá hiệu quả và tính an toàn của hoá trị đơn chất trên nhóm bệnh nhân UTDD tiến xa, di căn, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân lớn tuổi và/hoặc có nhiều bệnh lý đi kèm. Do đó, chúng tôi viết đề tài nghiên cứu này nhằm giải đáp câu hỏi: “Đánh giá hiệu quả của hoá trị đơn chất bước một trong điều trị ung thư dạ dày di căn”. Các mục tiêu trong đề tài được xác định bao gồm sống còn không bệnh tiến triển, sống còn toàn bộ, tỷ lệ đáp ứng, tỷ lệ kiểm soát bệnh, và các tác dụng phụ, chất lượng cuộc sống.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng nghiên cứu

Gồm các trường hợp được chẩn đoán ung thư dạ dày tái phát, tiến xa di căn, chưa được điều trị toàn thân trước đó,

\*Tác giả liên hệ

Email: dr.hoangtienluong@gmail.com Điện thoại: (+84) 907889176 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4626>

sau đó được điều trị với phác đồ hoá trị đơn chất có hoặc không có phối hợp với liệu pháp nhắm trúng đích, tại Khoa Nội tuyến vú, tiêu hoá, gan, niệu, Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ 01/01/2023 đến 30/04/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: ung thư dạ dày tái phát hoặc ở giai đoạn tiến xa di căn, điều trị với phác đồ hoá chất đơn trị, được ghi nhận đầy đủ về hành chánh, tiền căn.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân đã được điều trị toàn thân trước đó, bệnh nhân bỏ điều trị, hồ sơ ghi nhận không đầy đủ, và mất dấu theo dõi.

### 2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca

Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện trong quá trình nghiên cứu

Các số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm STATA 14.0.

## 3. KẾT QUẢ TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### 3.1. Cơ sở lý luận

#### 3.1.1. Đặc điểm dịch tễ và thách thức trong điều trị ung thư dạ dày di căn

Tổng quan tài liệu cho thấy ung thư dạ dày di căn tiếp tục duy trì gánh nặng lớn, với phần lớn bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn muộn khi cơ hội điều trị triệt căn không còn phù hợp [2]. Tuổi trung bình trong các khảo sát thường nằm trong khoảng 60 trở lên, phản ánh tiến trình lão hoá phổ biến trong bệnh học tiêu hoá giai đoạn muộn. Tuổi cao làm giảm đáng kể dự trữ sinh lý và khả năng dung nạp điều trị, đồng thời gia tăng nguy cơ biến chứng liên quan đến hoá trị. Các nghiên cứu quốc tế ghi nhận tác động kéo dài của bệnh và điều trị đối với chất lượng sống, bao gồm suy kiệt, giảm khả năng gắng sức và rối loạn dinh dưỡng, tạo ra áp lực dài hạn đối với sức khỏe thể chất và tinh thần [4; 6].

#### 3.1.2. Vai trò của hoá trị đơn chất trong kiểm soát bệnh

Tài liệu cho thấy phác đồ đơn chất thường được áp dụng cho nhóm bệnh nhân ung thư dạ dày di căn lớn tuổi hoặc có tổng trạng trung bình, nhằm duy trì hiệu quả kiểm soát bệnh trong khi hạn chế độc tính. Mức đáp ứng ghi nhận trong nhiều nghiên cứu dao động từ 15% đến gần 30%, phù hợp mục tiêu điều trị trên nhóm thể trạng yếu [3; 7]. Thời gian sống không tiến triển thường đạt khoảng 3–5 tháng, phản ánh khả năng duy trì trạng thái bệnh ổn định trong thời gian điều trị. Mức độc tính quan sát được chủ yếu ở độ nhẹ và trung bình, giúp hạn chế gián đoạn liệu trình và giảm nguy cơ biến chứng nặng – yếu tố quan trọng trong xử lý bệnh lý tiến xa ở nhóm tuổi lớn.

#### 3.1.3. Tổng hợp bằng chứng và định hướng áp dụng lâm sàng

Phân tích tổng quan cho thấy phác đồ đơn chất đóng vai trò thiết yếu trong điều trị bước một, nơi mục tiêu cân bằng giữa hiệu quả và an toàn được đặt lên hàng đầu. Các nghiên cứu quốc tế chỉ ra rằng lựa chọn này phù hợp nhóm tổng trạng kém, có bệnh nền phức tạp và dễ gặp biến chứng khi tiếp xúc với phác đồ phối hợp mạnh [7; 8]. Tài liệu tổng hợp cũng cho thấy chiến lược điều trị chú trọng an toàn giúp cải thiện khả năng duy trì các chu kỳ hoá trị và hỗ trợ mục tiêu ổn định bệnh. Những bằng

chứng này tạo nền tảng vững chắc cho định hướng điều trị trong nghiên cứu hiện tại và xác nhận tính phù hợp của cách tiếp cận dựa trên phác đồ đơn chất.

### 3.2. Kết quả nghiên cứu

Sau khi hoàn tất quá trình sàng lọc theo tiêu chuẩn nghiên cứu, dữ liệu thu thập từ 58 bệnh nhân được sử dụng để mô tả các đặc điểm lâm sàng ban đầu. Những đặc điểm này tạo nền tảng quan trọng cho việc đánh giá hiệu quả điều trị ở các phần tiếp theo.

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng**

		N	Tỉ lệ %
Tuổi (trung vị)	65 (35 – 84)		
	Tuổi < 60	19	32,8
	Tuổi ≥ 60	39	67,2
ECOG	0	4	6,9
	1	46	85
	2	8	8,1
Giới tính	Nam	37	63,8
	Nữ	21	36,2
Giai đoạn bệnh lúc ghi nhận	Giai đoạn IV (denovo)	36	62,1
	Giai đoạn tái phát	22	37,9
Bệnh lý đi kèm	Suy tim	1	1,7
	Ung thư đại tràng	2	3,4
	Vảy nến	1	1,7
	Lao phổi	1	1,7
	Viêm gan virus	7	12,1
	Tăng huyết áp	8	13,8
	Đái tháo đường	3	5,2
	PRES	1	1,7
Giải phẫu bệnh	Carcinom tuyến	42	72,4
	Carcinom loại tế bào nhân	2	3,5
	Carcinom tiết nhầy	3	5,2
	Carcinom kém kết dính	11	18,9
Số cơ quan ghi nhận di căn	1	34	58,6
	2	16	27,6
	>2	8	13,8
Vị trí di căn	Gan	19	32,8
	Phổi – màng phổi	7	12,1
	Xương	5	8,6
	Não	0	0
	Hạch	15	25,9
	Buồng trứng	12	20,6

Dựa trên bảng 1, cơ cấu đặc điểm lâm sàng cho thấy quần thể nghiên cứu mang tính đại diện cho nhóm ung thư dạ dày

di căn thường gặp trong thực hành lâm sàng, với gánh nặng tuổi tác, bệnh nền và mức độ lan tràn bệnh tương đối cao. Tuổi trung vị 65 phản ánh tình trạng lão hoá trong nhóm ung thư đường tiêu hoá giai đoạn muộn, đồng thời cho thấy yêu cầu lựa chọn phác đồ điều trị cần chú trọng tính dung nạp. Tỷ lệ 67,2% bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi kết hợp với phân bố ECOG nghiêng về mức 1 (85%) chứng minh phần lớn trường hợp còn khả năng hoạt động tương đối nhưng vẫn tiềm ẩn nguy cơ giảm dự trữ sinh lý. Sự chênh lệch giới, với 63,8% nam, phù hợp xu hướng dịch tế ung thư dạ dày tại châu Á.

Về giai đoạn bệnh, 62,1% trường hợp được chẩn đoán ngay ở giai đoạn IV, phản ánh tính chất tiến triển thầm lặng của bệnh và thực trạng phát hiện muộn tại Việt Nam. Mô bệnh học chủ yếu là carcinom tuyến (72,4%), tiếp đến carcinom kém kết dính (18,9%), hai nhóm đặc trưng thuộc phổ ác tính cao, thường liên quan tiên lượng xấu và nguy cơ di căn sớm. Tỷ lệ điều này góp phần lý giải mức độ lan tràn bệnh trong bảng phân bố di căn.

Số cơ quan di căn  $\geq 2$  chiếm 41,4%, cho thấy mức độ lan rộng đáng kể. Gan là vị trí di căn nổi bật nhất (32,8%), tiếp theo là hạch (25,9%) và buồng trứng (20,6%). Điều này phù hợp sinh học khối u dạ dày với xu hướng lan theo đường máu và bạch huyết. Không ghi nhận di căn não, phù hợp mô hình lan tràn đặc trưng của ung thư dạ dày. Tỷ lệ bệnh lý đi kèm 41,4% phản ánh rõ gánh nặng điều trị và nguy cơ tương tác thuốc trong nhóm tuổi cao.

Tổng thể, bảng số liệu cho thấy bệnh nhân trong nghiên cứu có mức độ nặng về giai đoạn, mức độ ác tính mô học và gánh nặng bệnh nền, từ đó khẳng định tính phù hợp khi lựa chọn phác đồ đơn trị nhằm hạn chế độc tính mà vẫn duy trì hiệu quả kiểm soát bệnh.

**Bảng 2: Lựa chọn điều trị**

Điều trị	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Phác đồ điều trị bước 1	TS-1	36	62,1
	Capecitabine	8	13,8
	Paclitaxel	3	5,2
	Docetaxel	5	8,6
	Irinotecan	4	6,9
	5FU	2	3,4
Điều trị sau bước 1	Điều trị bước 2	19	25,9
	Điều trị bước 3	15	6,9
		4	

Phác đồ điều trị sau bước 1	Paclitaxel	19	36,9
	Docetaxel	7	21,1
	Irinotecan	4	10,5
	Paclitaxel – Ramucirumab	2	10,5
		2	

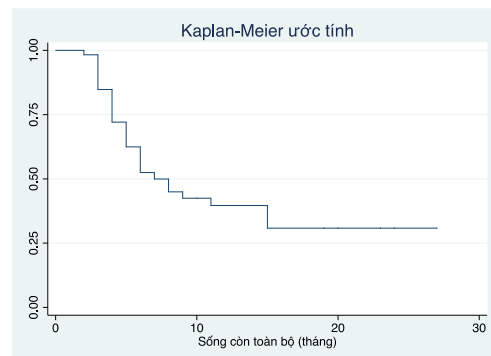
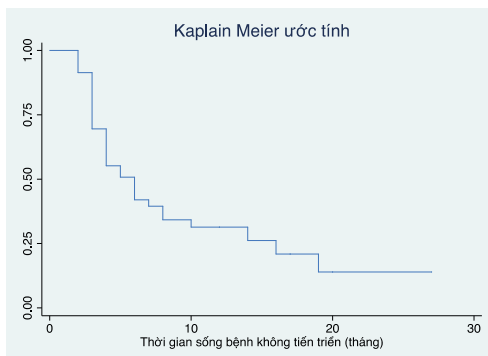
Bảng về lựa chọn điều trị cho thấy xu hướng áp dụng phác đồ phù hợp với nhóm bệnh nhân ung thư dạ dày di căn lớn tuổi và có nhiều bệnh lý nền. Trong bước điều trị đầu tiên, TS-1 chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,1%, phản ánh ưu thế về đường dùng thuận tiện, mức độ dung nạp tốt và khả năng duy trì điều trị lâu hơn. Capecitabine đạt 13,8%, tiếp tục thể hiện xu hướng ưu tiên thuốc uống. Các phác đồ tiêm truyền như Paclitaxel, Docetaxel, Irinotecan và 5-FU có tỷ lệ thấp hơn, cho thấy chiến lược tiếp cận thận trọng nhằm hạn chế độc tính ở nhóm bệnh nhân có tổng trạng trung bình.

Sau tiến triển bước một, 25,9% bệnh nhân tiếp tục bước hai và 6,9% bước ba, phản ánh khả năng đáp ứng và mức độ hồi phục đủ để tiếp tục điều trị. Trong giai đoạn sau, Paclitaxel được dùng nhiều nhất (36,9%), kế đến là Docetaxel và Irinotecan. Việc sử dụng Paclitaxel – Ramucirumab ở một phần nhỏ trường hợp cho thấy vẫn có không gian để triển khai liệu pháp nhắm trúng đích khi điều kiện lâm sàng cho phép.

Nhìn chung, lựa chọn phác đồ tuân theo nguyên tắc giảm độc tính, duy trì hiệu quả kiểm soát bệnh và phù hợp bối cảnh lâm sàng thực tế.

**Bảng 3: Kết quả điều trị**

Đáp ứng điều trị tốt nhất (theo RECIST 1.1)	Tỷ lệ %
Bệnh tiến triển (PD)	20 (34,5%)
Bệnh đáp ứng một phần (PR)	10 (17,2%)
Bệnh đáp ứng hoàn toàn (CR)	1 (1,7%)
Bệnh ổn định (SD)	21 (36,2%)
Không đánh giá	6 (10,4%)
Tỷ lệ đáp ứng (ORR)	18,9%
Tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR)	55,1%
Số chu kỳ điều trị: $7,7 \pm 0,9$	

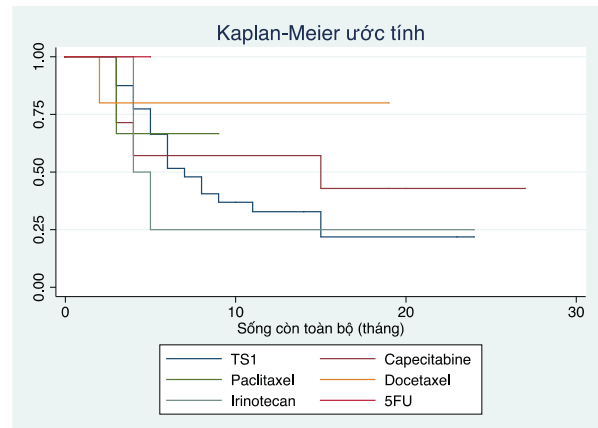
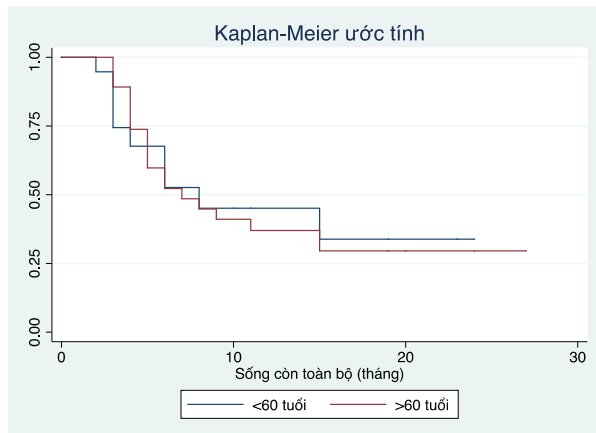


Hiệu quả điều trị đạt mức trung bình khi áp dụng phác đồ hoá trị đơn chất cho ung thư dạ dày di căn. Tỷ lệ bệnh tiến triển đạt 34,5%, phản ánh mức độ ác tính cao của ung thư dạ dày giai đoạn muộn và hạn chế của chiến lược đơn trị trong việc tạo ra cải thiện rõ rệt về khối u. Dù vậy, 36,2% trường hợp đạt trạng thái ổn định, cho thấy điều trị vẫn mang lại lợi ích kiểm soát bệnh ở mức tương đối, đặc biệt trong bối cảnh nhóm bệnh nhân có tuổi trung bình cao và gánh nặng bệnh nền lớn.

Tỷ lệ PR đạt 17,2% và CR đạt 1,7%, đưa ORR lên 18,9%. Con số này phù hợp với kỳ vọng đối với phác đồ đơn trị trong các nghiên cứu lâm sàng tương tự, đồng thời phản ánh tính an toàn được ưu tiên hơn mục tiêu tạo đáp ứng

mạnh. DCR đạt 55,1%, cho thấy quá nửa số trường hợp duy trì được tình trạng bệnh không xấu đi, nhấn mạnh vai trò của phác đồ trong việc kéo dài thời gian ổn định bệnh hơn là tạo đáp ứng sâu. Số chu kỳ điều trị trung bình  $7,7 \pm 0,9$  cho thấy mức dung nạp tốt và khả năng duy trì điều trị trong thời gian đủ dài để tạo hiệu quả lâm sàng.

Khi đặt dữ liệu này vào bối cảnh chung của ung thư dạ dày di căn, kết quả cho thấy phác đồ đơn trị phù hợp nhóm bệnh nhân lớn tuổi, tổng trạng kém, cần ưu tiên giảm độc tính. Hiệu quả kiểm soát bệnh ở mức trung bình nhưng ổn định, đóng góp vào mục tiêu duy trì chất lượng sống và khả năng tiếp tục các bước điều trị sau đó.



khí phân tích dưới nhóm, không ghi nhận thấy sự khác biệt về OS ở nhóm < 60 tuổi hoặc  $\geq 60$  tuổi ( $p = 0,96$ ), hoặc theo phác đồ điều trị ( $p = 0,89$ ).

**Bảng 4. Độc tính và tác dụng ngoại ý không mong muốn**

	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	Tất cả độ
<b>Độc tính trên hệ huyết học</b>					
Giảm bạch cầu hạt	10,3%	6,9%	3,5%	-	20,7%
Giảm hồng cầu	17,2%	-	7,8%	7,8%	32,8%
Giảm tiểu cầu	8,6%	-	-	-	8,6%
<b>Độc tính ngoài hệ huyết học</b>					
Giảm độ lọc cầu thận eGFR	12,1%	8,6%	-	-	20,7%
Tăng men gan (AST/ALT)	13,8%	-	-	-	13,8%
Buồn nôn, nôn	5,2%	20,7%	5,2%	-	31,1%
Hội chứng bàn tay-chân	20,7%	12,1%	5,1%	-	37,9%
Tiêu chảy	13,8%	12,1%	1,7%	-	27,6%
Chán ăn	60,3%	-	-	-	20,7%
Độc tính thần kinh ngoại biên	20,7%	-	-	-	20,7%
Mệt mỏi	43,1%	-	-	-	43,1%

Bảng 4 phản ánh rõ đặc điểm an toàn của phác đồ hoá trị đơn chất trên nhóm ung thư dạ dày di căn. Phần lớn các độc tính xuất hiện ở độ 1 và 2, cho thấy mức độ dung nạp

tương đối tốt. Các biểu hiện ngoài hệ huyết học như mệt mỏi (43,1%), hội chứng bàn tay-chân (37,9%), buồn nôn - nôn (31,1%) và tiêu chảy (27,6%) chiếm tỷ lệ cao nhưng chủ yếu ở mức độ nhẹ, thường không gây gián đoạn điều trị. Tăng men gan và giảm eGFR xuất hiện ở tỷ lệ trung bình, cho thấy tác động nhất định lên chức năng gan thận nhưng vẫn nằm trong giới hạn kiểm soát được bằng theo dõi định kỳ.

Ở nhóm huyết học, giảm hồng cầu chiếm 32,8%, giảm bạch cầu hạt 20,7% và giảm tiểu cầu 8,6%. Dù có xuất hiện độc tính độ 3 - 4, tỷ lệ không cao. Giảm hồng cầu độ 3 - 4 đạt 15,6%, phản ánh ảnh hưởng kéo dài của ung thư dạ dày di căn và tác động của hoá trị lên tủy xương. Giảm bạch cầu hạt độ 3 chiếm 3,5%, cần lưu ý nhưng chưa tạo ra nguy cơ nhiễm trùng cao như các phác đồ đa hoá trị.

Tổng thể, mô hình độc tính trong bảng cho thấy phác đồ đơn chất mang mức độ an toàn phù hợp nhóm bệnh nhân lớn tuổi và nhiều bệnh nền. Độc tính xuất hiện khá thường xuyên nhưng chủ yếu nhẹ, ít tạo gánh nặng điều trị và vẫn đảm bảo duy trì các chu kỳ hoá trị theo kế hoạch.

#### 4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 65. Độ tuổi này tương đồng khi so sánh với nghiên cứu tại Việt Nam của tác giả Đỗ Thái Hiền, Quách Thị Dung [1; 2]. Về chỉ số toàn trạng, ECOG 1 chiếm tỷ lệ cao hơn khi so với các nghiên cứu khác. Điều này có thể được lý giải là nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này là nhóm bệnh tuổi cao, nhiều bệnh lý đi kèm, do đó thể trạng kém hơn. Loại carcinom tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất là 72,4%, tương đồng với tác giả Trần Mai Phương [3].

Khi đánh giá về hiệu quả, tỉ lệ đáp ứng của chúng tôi thấp hơn (18,9%) khi so với các tác giả: Trần Mai Phương<sup>3</sup> (48,1%), và Keun-Wook Lee<sup>7</sup> (25%). Tuy nhiên, các nghiên cứu trên điều trị với phác đồ hoá chất phối hợp, điều đó cho thấy phác đồ đa hoá trị vẫn mang lại đáp ứng tốt hơn khi so với phác đồ đơn trị. Trung vị PFS của chúng tôi là 4 tháng, OS là 5 tháng, thấp hơn so với tác giả Quách Thị Dung<sup>1</sup> lần lượt là 7,19 và 12,03 tháng, tác giả Keun-Wook Lee<sup>7</sup> là 3,7 và 7,5 tháng. Tuy nhiên, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu này > 60 tuổi (63,8%), ECOG 1 (93%), với tỉ lệ bệnh nền cao và chỉ điều trị phác đồ đơn chất.

Các độc tính ghi nhận bao gồm độc tính huyết học và ngoài hệ huyết học chủ yếu là độ 1 và 2. Đối với ung thư dạ dày di căn, độc tính thiếu máu (32,8%) và nôn ói (31,1%) là phổ biến. Các độc tính đều tương đồng với các nghiên cứu khác, cho thấy tính an toàn của điều trị hoá chất đơn trị trên nhóm bệnh nhân đặc biệt có tổng trạng kém, nhiều bệnh lý nền và lớn tuổi. Đồng thời, cũng giúp đạt được lợi ích về tỉ lệ đáp ứng và cải thiện sống còn. Sau điều trị bước 1, có 25,9% bệnh tiếp tục được điều trị bước 2 và 6,9% điều trị bước 3. Do hạn chế về cỡ mẫu, chúng tôi chưa ghi nhận thấy sự khác biệt về sống còn khi phân tích các nhóm tuổi, các phác đồ đơn chất khác nhau.

## 5. KẾT LUẬN

Kết luận trong nghiên cứu cho thấy yêu cầu xây dựng chiến lược điều trị phù hợp cho nhóm bệnh nhân ung thư dạ dày di căn lớn tuổi, tổng trạng kém và gánh nặng bệnh lý nền cao. Đây là nhóm thường gặp nhiều hạn chế về dự trữ sinh lý, khả năng dung nạp hoá trị và nguy cơ xuất hiện độc tính gia tăng. Do đó, việc lựa chọn phác đồ phải đặt mục tiêu kép: duy trì hiệu quả kiểm soát bệnh và giảm thiểu gánh nặng điều trị.

Việc sử dụng phác đồ hoá trị đơn chất mang lại sự cân bằng cần thiết trong bối cảnh này. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ đáp ứng tuy khiêm tốn nhưng vẫn đạt mức phù hợp với nhóm tuổi cao và tình trạng bệnh tiến xa. Tỉ lệ kiểm soát bệnh duy trì ở mức hơn một nửa, phản ánh giá trị thực tiễn của cách tiếp cận tập trung vào ổn định bệnh thay vì ưu tiên đáp ứng sâu. Thời gian sống thêm không tiến triển và sống thêm toàn bộ tuy ngắn, nhưng điều này phù hợp đặc điểm lâm sàng nặng của bệnh và mức độ lan tràn cao khi chẩn đoán.

Về mặt an toàn, phác đồ đơn chất tạo ra mức độc tính chủ yếu ở độ nhẹ và trung bình, giúp giảm gián đoạn điều trị.

Các độc tính huyết học và ngoài hệ huyết học vẫn xuất hiện, song phân bố chủ yếu ở độ 1 – 2 cho phép duy trì lịch điều trị tương đối ổn định. Điều này đặc biệt quan trọng ở nhóm bệnh nhân dễ bị suy sụp chức năng khi điều trị kéo dài.

Tổng thể, kết luận trong nghiên cứu khẳng định giá trị của phác đồ đơn chất như một giải pháp an toàn, phù hợp bối cảnh lâm sàng thực tế, đáp ứng yêu cầu cân bằng giữa hiệu quả và độ dung nạp ở nhóm bệnh nhân nhiều yếu tố bất lợi. Đây là hướng tiếp cận mang tính thực tiễn cao, hỗ trợ quyết định điều trị trong điều kiện nguồn lực và thể trạng bệnh nhân còn nhiều giới hạn.

## 6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Thị Dung Q. và CS, ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TS-1 VÀ OXALIPLATIN TRONG UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN MUỘN TẠI BỆNH VIỆN K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 10/17 2022;519(1).
- [2] Thái Hiền Đ. và CS, KẾT QUẢ HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ CÓ TS-1 TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN MUỘN. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 10/18 2021;506(1).
- [3] Mai Phương T. và CS, ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC ĐẦU BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN MUỘN BẰNG PHÁC ĐỒ XELOX TẠI BỆNH VIỆN K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 05/05 2024;538(1).
- [4] Firkins J, et al. Quality of life in “chronic” cancer survivors: a meta-analysis. *J Cancer Surviv*. Aug 2020;14(4):504-517.
- [5] Fried TR, et al. Understanding the Treatment Preferences of Seriously Ill Patients. *New England Journal of Medicine*. 2002;346(14):1061-1066.
- [6] Götze H, et al. Comorbid conditions and health-related quality of life in long-term cancer survivors-associations with demographic and medical characteristics. *J Cancer Surviv*. Oct 2018;12(5):712-720.
- [7] Lee KW, et al. A Phase 3 Randomized Clinical Trial to Compare Efficacy and Safety between Combination Therapy and Monotherapy in Elderly Patients with Advanced Gastric Cancer (KCSG ST13-10). *Cancer Res Treat*. 2023;55(4):1250-1260.
- [8] Soto-Perez-de-Celis E, et al. Outcome prioritization and preferences among older adults with cancer starting chemotherapy in a randomized clinical trial. *Cancer*. 2024;130(17):3000-3010.

