

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER PHASE IV WITH PC (PACLITAXEL-CARBOPLATIN) REGIMEN AT HOSPITAL THANH HOA PROVINCE GENERAL FACILITIES

Le Thi Yen^{1,2,3}, Nguyen Ngoc Hung⁴

¹K Hospital - 43 Quan Su, Cua Nam ward, Hanoi city, Vietnam

²Hanoi Medical University - No. 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

³Vietnam Academy of Traditional Medicine and Pharmacy - No. 2 Tran Phu, Dai Mo Ward, Hanoi City, Vietnam

⁴Thanh Hoa Oncology Hospital - Alley 958 Quang Trung, Hac Thanh Ward, Thanh Hoa Province, Vietnam

Received: 15/12/2025

Revised: 12/02/2026; Accepted: 29/04/2026

SUMMARY

Overview: Lung cancer is one of the most common malignancies and the leading cause of cancer-related mortality. Non-small-cell lung cancer (NSCLC) accounts for approximately 80–85% of all cases. Most patients are diagnosed at stage IV, for whom systemic therapy remains the standard of care. The Paclitaxel–Carboplatin (PC) regimen has been demonstrated to be effective and well tolerated in multiple clinical trials. This study aimed to evaluate the treatment outcomes of stage IV NSCLC patients receiving the PC regimen at Thanh Hoa General Hospital.

Patients and Methods: 51 patients with stage IV NSCLC treated with Paclitaxel–Carboplatin at Thanh Hoa General Hospital between January 2023 and June 2024 were included.

Results: The overall response rate was 35.3%. The mean progression-free survival (PFS) was 5.6 months, with a median of 6.0 months. Treatment outcomes were significantly associated with performance status, disease stage, and treatment response. Most adverse events were Grade 1–2 and manageable.

Conclusion: The Paclitaxel–Carboplatin regimen continues to serve as an effective and well-tolerated first-line treatment option for patients with advanced NSCLC at Thanh Hoa General Hospital.

Keywords: Lung cancer, non-small-cell lung cancer, stage IV, Paclitaxel–Carboplatin.

*Corresponding author

Email: leyenbvkg@gmail.com Phone: (+84) 915057676 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD5.4965

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV BẰNG PHÁC ĐỒ PC (PACLITAXEL-CARBOPLATIN) TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Lê Thị Yến^{1,2,3}, Nguyễn Ngọc Hùng⁴

¹Bệnh viện K - 43 Quán Sứ, phường Cửa Nam, thành phố Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

³Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam - Số 2 Trần Phú, phường Đại Mỗ, thành phố Hà Nội, Việt Nam

⁴Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa - Ngõ 958 Quang Trung, phường Hạc Thành, tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam

Ngày nhận bài: 15/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 12/02/2026; Ngày duyệt đăng: 29/04/2026

TÓM TẮT

Tổng quan: Ung thư phổi (UTP) là bệnh ung thư phổ biến, là nguyên nhân tử vong do ung thư hàng đầu. Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm khoảng 80-85%. Bệnh chủ yếu phát hiện ở giai đoạn IV và điều trị toàn thân vẫn là điều trị chuẩn. Phác đồ Paclitaxel – Carboplatin (PC) được chứng minh có hiệu quả và an toàn qua nhiều thử nghiệm lâm sàng. Nghiên cứu chúng tôi nhằm đánh giá kết quả điều trị UTPKTBN giai đoạn IV bằng phác đồ PC tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

Đối tượng và phương pháp: 51 BN UTPKTBN giai đoạn IV điều trị hoá chất phác đồ Paclitaxel - Carboplatin tại Bệnh viện Đa Khoa (BVĐK) tỉnh Thanh Hóa từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024.

Kết quả: Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 35,3%, PFS trung bình 5,6 tháng, trung vị 6,0 tháng. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị gồm tình trạng PS, giai đoạn bệnh và tình trạng đáp ứng. Độc tính chủ yếu độ 1-2 và có thể kiểm soát được.

Kết luận: Phác đồ Paclitaxel – Carboplatin khẳng định vai trò là một chiến lược điều trị bước một tiêu chuẩn, hiệu quả và dung nạp tốt đối với BN UTPKTBN giai đoạn muộn tại BVĐK tỉnh Thanh Hóa.

Từ khóa: ung thư phổi, không tế bào nhỏ, giai đoạn IV, Paclitaxel – Carboplatin.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, toàn thế giới có khoảng 2,2 triệu người mới mắc UTP (xếp thứ 2 sau ung thư vú) và 1,79 triệu người tử vong do UTP (xếp thứ 1)¹. UTP chia làm 2 nhóm chính: ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm 80-85% và ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN) chiếm 15-20%². Tại Việt Nam, phần lớn BN UTP được chẩn đoán khi bệnh đã ở giai đoạn IV. Phương pháp điều trị cho giai đoạn này là điều trị toàn thân bao gồm: hóa trị, điều trị nhắm trúng đích và gần đây nổi lên vai trò của liệu pháp miễn dịch. Tuy nhiên, điều trị nhắm trúng đích đòi hỏi phải có các đột biến gen nhạy cảm, liệu pháp miễn dịch được chỉ định hạn chế và giá thành còn rất cao nên chưa được áp dụng rộng rãi. Do đó, hóa trị vẫn đóng vai trò quan trọng^{3,4}. Các thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh phác đồ phối hợp nhóm platinum với Taxane, Gemcitabine hoặc Vinorelbine là điều trị chuẩn bước một UTPKTBN giai đoạn IV không có điều kiện sử dụng thuốc nhắm trúng đích/miễn dịch, phác đồ giúp cải thiện triệu chứng, thời gian sống thêm và chất lượng cuộc sống của người bệnh⁵⁻⁷. Trong đó, phác đồ Paclitaxel - Carboplatin được chứng minh có hiệu quả và an toàn với những BN qua nhiều thử nghiệm lâm sàng⁸⁻¹⁰.

Tại BVĐK tỉnh Thanh Hóa, phác đồ Paclitaxel - Carboplatin được sử dụng rộng rãi trong điều trị UTPKTBN giai đoạn IV trong nhiều năm. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả và tính an toàn, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV bằng phác đồ PC (Paclitaxel - Carboplatin) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa” với mục tiêu: Đánh giá đáp ứng, một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ trên nhóm BN nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

51 BN UTPKTBN giai đoạn IV được điều trị phác đồ Paclitaxel - Carboplatin tại BVĐK tỉnh Thanh Hóa từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Chẩn đoán xác định là UTPKTBN giai đoạn IV (theo kết quả GPB và AJCC 2017) và chưa điều trị.

PS 0-2.

Không có đột biến gen hoặc không thực hiện.

*Tác giả liên hệ

Email: leynbvk@gmail.com Điện thoại: (+84) 915057676 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD5.4965

Có các tổn thương đích đánh giá đáp ứng được theo tiêu chuẩn RECIST.

Chức năng gan, thận, huyết học cho phép điều trị hóa chất.

Điều trị tối thiểu 3 chu kỳ hóa chất Paclitaxel – Carboplatin bước 1.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Di căn não ở thời điểm chẩn đoán.

Mắc bệnh ung thư khác đồng thời.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.

Cỡ mẫu: thuận tiện.

Biến số và chỉ số nghiên cứu:

Tỉ lệ đáp ứng, các yếu tố ảnh hưởng đáp ứng và PFS, tác dụng không mong muốn.

Phương pháp xử lý số liệu:

Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm R.

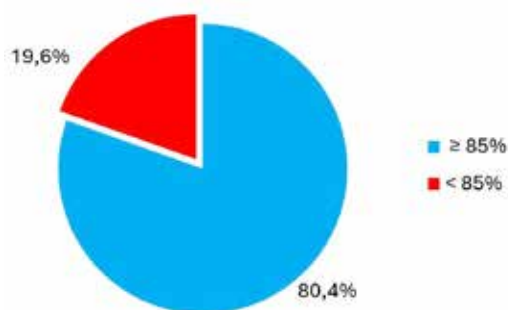
Đạo đức nghiên cứu:

Mọi thông tin cá nhân của BN đều được bảo mật tuyệt đối, đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức quốc tế và các quy định hiện hành của Bộ Y tế Việt Nam.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả điều trị:

3.1.1. Liều và chu kỳ điều trị



Biểu đồ 3.1. Liều điều trị so với liều chuẩn

Nhận xét: Có 80,4% BN dùng liều ≥85% và 19,6% dùng liều 80–85%; không có BN dùng liều <80%. Tổng số 235 chu kỳ hóa trị, trung bình 4,6 chu kỳ/BN. Có 43,1% BN hoàn thành 6 chu kỳ; các mức 3–4–5 chu kỳ lần lượt là 27,5% – 27,5% – 2,0%.

3.1.2. Đáp ứng điều trị

Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) là 35,3% (100% đáp ứng một phần). Tỷ lệ bệnh giữ nguyên và bệnh tiến triển lần lượt là 39,2% và 25,5%.

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và đáp ứng điều trị

Đặc điểm	Tổng (n)	Đáp ứng (n, %)	Không đáp ứng (n, %)	p
Giai đoạn bệnh				
IVA	21	11 (52,4)	10 (47,6)	0,012
IVB	30	7 (23,3)	23 (76,7)	
Chỉ số PS				

Đặc điểm	Tổng (n)	Đáp ứng (n, %)	Không đáp ứng (n, %)	p
0 - 1	45	18 (40,0)	27 (60,0)	0,039
2	6	0 (0,0)	6 (100,0)	
Giới tính				
Nam	42	15 (35,7)	27 (64,3)	0,696
Nữ	9	2 (22,2)	7 (77,8)	
Bệnh phổi hợp				
Có	20 (100)	6 (30)	14 (70)	0,301
Không	31 (100)	13 (41,9)	18 (58,1)	

Nhận xét: Giai đoạn bệnh và chỉ số toàn trạng (PS) ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ đáp ứng (p < 0,05). Nhóm giai đoạn IVA và nhóm PS 0-1 có tỷ lệ đáp ứng cao hơn đáng kể so với nhóm giai đoạn IVB và PS 2.

Bảng 3.2. Đáp ứng theo giai đoạn bệnh

Đặc điểm	Có N (%)	Không N (%)	Tổng N (%)	p
Vị trí u				
Phải	11 (33,3)	22 (66,7)	33 (100)	0,972
Trái	6 (33,3)	12 (66,7)	18 (100)	
Tổng	17 (33,3)	34 (66,7)	51 (100)	
Vị trí u so với rốn phổi				
Trung tâm	8 (50)	8 (50)	16 (100)	0,214
Ngoại vi	11 (31,4)	24 (68,6)	35 (100)	
Tổng	19 (37,3)	32 (62,7)	51 (100)	
Kích thước u				
≤ 3cm	4 (28,6)	10 (71,4)	14 (100)	0,444
3 < u ≤ 7cm	11 (34,4)	21 (65,6)	32 (100)	
> 7cm	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (100)	
Tổng	18 (35,3)	33 (64,7)	51 (100)	
Giai đoạn bệnh				
IVA	11 (52,4)	10 (47,6)	21 (100)	0,012
IVB	7 (23,3)	24 (76,7)	30 (100)	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm BN giai đoạn IVA là 52,4% cao hơn ở nhóm BN giai đoạn IVB là 23,3%, p = 0,012. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh tỷ lệ đáp ứng giữa các nhóm BN về vị trí u phổi, kích thước u phổi.

Bảng 3.3. Đáp ứng theo liều điều trị và mô bệnh học

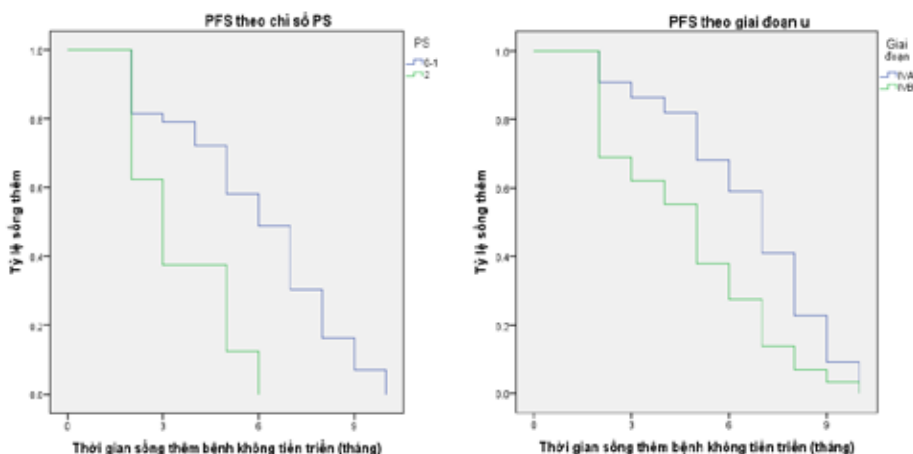
Đặc điểm	Có N (%)	Không N (%)	Tổng N (%)	p
Liều điều trị				
≥ 85%	15 (36,6)	26 (63,4)	41 (100)	1,0
80 - 85%	3 (30,0)	7 (70,0)	10 (100)	

Đặc điểm	Có N (%)	Không N (%)	Tổng N (%)	p
Mô bệnh học				
UTBM không vảy	15 (38,5)	24 (61,5)	39 (100)	0,744
UTBM vảy	3 (25)	9 (75)	12 (100)	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm BN điều trị liều $\geq 85\%$ là 36,6%, nhóm dùng liều 80 - 85% là 30%, $p = 1,0$. 2/2 BN UTBM tế bào lớn có đáp ứng. Tỷ lệ đáp ứng với UTBM không vảy, UTBM vảy lần lượt là 38,5% và 25%, $p = 0,744$.

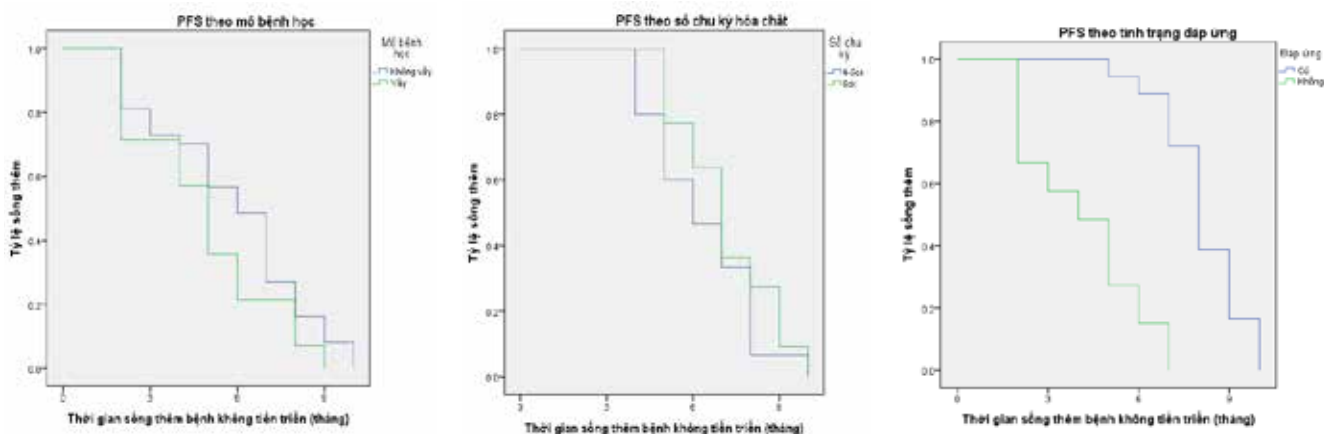
3.2.2. Thời gian sống thêm không tiến triển (PFS)

Thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) trung bình đạt $5,6 \pm 2,6$ tháng. Trung vị PFS là **6,0 tháng** (2,0 - 10,0 tháng).



Biểu đồ 3.2. PFS theo PS và giai đoạn u

Nhận xét: PFS bị ảnh hưởng bởi chỉ số toàn trạng và giai đoạn bệnh. Phân nhóm PS 0-1 có PFS dài hơn nhóm PS 2 ($p = 0,002$). Theo giai đoạn u, nhóm IVA có PFS dài hơn nhóm IVB ($p = 0,019$).



Biểu đồ 3.3. PFS theo mô bệnh học, số chu kỳ hóa chất, tình trạng đáp ứng

Bảng 3.4. Thời gian sống thêm không tiến triển theo số chu kỳ hóa chất, tình trạng đáp ứng

Đặc điểm	Trung bình (tháng)	Trung vị (tháng)	3 tháng (%)	6 tháng (%)	9 tháng (%)	p
Số chu kỳ						
4-5 chu kỳ (n=15)	6,3	6,0	100	46,7	6,7	0,244
6 chu kỳ (n=22)	7,1	7,0	100	63,6	9,1	

Đặc điểm	Trung bình (tháng)	Trung vị (tháng)	3 tháng (%)	6 tháng (%)	9 tháng (%)	p
Đáp ứng						
Có (n=18)	8,1	8,0	100	88,9	16,7	0,0001
Không (n=33)	4,2	4,0	57,6	15,2	0	

Nhận xét: PFS ở nhóm UTBM không vảy cao hơn nhóm vảy ($p = 0,16$). Có 37/51 BN (72,5%) điều trị 4-6 chu kỳ. PFS của BN điều trị 6 chu kỳ cao hơn nhóm 4-5 chu kỳ ($p = 0,244$). Nhóm BN có đáp ứng có PFS cao hơn nhóm không đáp ứng, và khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0001$).

3.3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.5. Tác dụng không mong muốn

Loại độc tính	Tất cả các độ (n, %)	Độ 3-4 (n, %)
Hệ tạo huyết		
Giảm bạch cầu trung tính	19 (37,3)	5 (9,8)
Giảm bạch cầu chung	13 (25,5)	3 (5,9)
Giảm huyết sắc tố	15 (29,4)	0 (0)
Giảm tiểu cầu	7 (13,7)	0 (0)
Chức năng gan - thận		
Tăng AST/ALT	7 (13,7)	0 (0)
Tăng Creatinine	1 (2,0)	0 (0)
Tiêu hóa		
Buồn nôn	10 (19,6)	0 (0)
Tiêu chảy	6 (11,8)	0 (0)
Nôn	5 (9,8)	0 (0)
Khác		
Rụng tóc	51 (100)	51 (100)
Đau xương khớp	11 (21,6)	0 (0)
Thần kinh ngoại vi	9 (17,6)	0 (0)

Nhận xét: Hầu hết các biến cố bất lợi đều ở mức độ nhẹ (Grade 1-2) và kiểm soát được. Giảm bạch cầu trung tính là độc tính huyết học phổ biến nhất (37.3%), với 9.8% ở mức độ 3-4. Các độc tính ngoài huyết học thường gặp gồm đau cơ-xương-khớp (21.6%), buồn nôn (19.6%) và bệnh lý thần kinh ngoại biên (17.6%), đều ở mức độ nhẹ. Rụng tóc xảy ra ở toàn bộ BN, chủ yếu ở mức độ nặng (Grade 3-4). Tỷ lệ phải trì hoãn hoặc giảm liều thấp (2%-9.8%). Chỉ một BN (2%) phải ngừng điều trị sau bốn chu kỳ do giảm bạch cầu trung tính độ 3 kèm giảm tiểu cầu độ 2.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi điều trị theo hướng dẫn của Bộ Y Tế và NCCN khuyến cáo liệu trình điều trị hóa trị bước 1 UTPKTBN là 4 - 6 chu kỳ^{12,13}. Tổng số chu kỳ hóa chất đã thực hiện là 235 chu kỳ, trung bình 4,6 chu kỳ mỗi BN. Trong đó, nhóm BN hoàn thành đủ 6 chu kỳ chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,1%, nhóm điều trị 3 và 4 chu kỳ, mỗi nhóm chiếm 27,5%, còn 2,0% BN điều trị 5 chu kỳ. Kết quả này tương tự các nghiên cứu của Chen (2006) và Shenshaw (2012), ghi nhận trung bình khoảng 4 chu kỳ mỗi BN^{14, 15}. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác sử dụng số chu kỳ cao hơn; theo Trương Thị Kiều Oanh (2017), 65,1% BN hoàn thành 6 chu kỳ¹⁶, trong khi Lê Thị Huyền Sâm (2012) là 59,7%¹⁸. Đa phần BN trong nghiên cứu của chúng tôi được dùng liều $\geq 85\%$, chiếm 80,4%, nhóm dùng liều từ 80-85% chiếm 19,6%. Tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của Trương Thị Kiều Oanh (2017), với 77,8% BN nhận liều $\geq 85\%$ ¹⁶. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng hiệu quả hóa trị có mối liên quan mật thiết với liều dùng; vì vậy, trong thực hành lâm sàng, việc duy trì liều $\geq 85\%$ thường được ưu tiên nhằm đảm bảo kết quả điều trị tối đa. Tỷ lệ đáp ứng tổng thể trong nghiên cứu của chúng tôi là 35,3%, trong

đó không có trường hợp nào đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần chiếm 35,3%. Bệnh ổn định được ghi nhận ở 39,2% BN, trong khi 25,5% có tiến triển bệnh. So sánh với các nghiên cứu trước, Lê Thị Huyền Sâm (2012) báo cáo tỷ lệ đáp ứng toàn bộ 35,8%¹⁸, Nguyễn Trọng Hiếu (2012) là 40,9%¹⁹. Khi phân tích các yếu tố ảnh hưởng, BN không có bệnh phổi hợp có tỷ lệ đáp ứng 40,6%, cao hơn nhóm có bệnh phổi hợp (26,3%) nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,301$). Theo PS, nhóm PS 0-1 có tỷ lệ đáp ứng toàn bộ 40%, trong khi nhóm PS = 2 không có BN nào đáp ứng; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,039$). Theo Langer C (2007) báo cáo BN PS = 2 có tỷ lệ đáp ứng thấp hơn rõ rệt so với những BN có PS 0-1²⁰. Nghiên cứu của Quoix (2010) cũng chỉ ra rằng khả năng đáp ứng điều trị chịu ảnh hưởng rõ rệt bởi chỉ số toàn trạng của BN⁶. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê về đáp ứng theo vị trí hay kích thước u nguyên phát. Tuy nhiên, BN giai đoạn IVA có tỷ lệ đáp ứng 52,4%, cao hơn IVB (23,3%) có ý nghĩa thống kê ($p = 0,012$). Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm dùng liều $\geq 85\%$ là 36,6% so với 30% ở nhóm 80-85%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 1,0$), cho thấy duy trì liều $\geq 80\%$ vẫn đạt hiệu quả tương đương. Hai bệnh nhân UTBM tế bào lớn đều đáp ứng. Tỷ lệ đáp ứng của UTBM không vảy là 35,5% và UTBM vảy là 25%, không khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,744$), chứng tỏ mô bệnh học không ảnh hưởng đến đáp ứng với phác đồ trong nghiên cứu này. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) trung bình là 5,6 tháng, với PFS trung vị 6,0 tháng. Giá trị PFS thấp nhất và cao nhất lần lượt là 2,0 tháng và 10,0 tháng. So sánh với các nghiên cứu khác cho thấy kết quả tương tự: Shenshaw (2012) báo cáo PFS trung bình 5,6 tháng¹⁴, và Sakakibara (2010) 5,6 tháng²². Khi phân tích các yếu tố liên quan đến PFS, nhóm không có bệnh phổi hợp có PFS trung vị 6,0 tháng, cao hơn nhóm có bệnh phổi hợp (5,0 tháng) nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,24$), cho thấy bệnh phổi hợp không phải yếu tố quyết định. Ngược lại, chỉ số PS liên quan rõ rệt đến PFS: nhóm PS 0-1 có PFS trung bình 5,9 tháng (trung vị 6,0 tháng), vượt trội so với nhóm PS = 2 (3,5 tháng; trung vị 3,0 tháng), với sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,002$). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây khẳng định PS là yếu tố tiên lượng quan trọng ở BN UTPKTBN. Ngoài ra, nhóm đáp ứng điều trị có PFS trung bình 8,1 tháng (trung vị 8,0 tháng), cao hơn rõ rệt so với nhóm không đáp ứng (4,2 tháng; trung vị 4,0 tháng), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0001$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thắng Minh (2019), trong đó PFS trung bình nhóm đáp ứng là 5,6 tháng, cao hơn rõ rệt so với nhóm không đáp ứng (3,7 tháng, $p = 0,0001$)²³. Những dữ liệu này nhấn mạnh rằng khả năng đáp ứng điều trị là yếu tố tiên lượng quan trọng, ảnh hưởng rõ rệt đến PFS của BN. Các tác dụng không mong muốn của phác đồ PC trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gặp trên hệ huyết học. Tỷ lệ BN gặp giảm bạch cầu là 25,5%, giảm bạch cầu trung tính 37,3%, giảm huyết sắc tố 29,4% và giảm tiểu cầu 13,7%. Hầu hết các trường hợp chỉ ở mức độ nhẹ và trung bình (độ 1 và 2). Các độc tính nghiêm trọng (độ 3 và 4) xuất hiện với tỷ lệ thấp: giảm bạch cầu độ 3 chiếm 5,9%, không ghi nhận độ 4, không có trường hợp nào giảm huyết sắc tố hoặc giảm tiểu cầu ở mức độ 3 và 4. Độc tính tăng men gan AST/ALT là 13,7%; buồn nôn 19,6%; nôn 9,8%; tiêu chảy 11,8% và các độc tính này đều ở độ 1, 2. Trong đó có 1 BN tăng Creatinin máu độ 1 chiếm 2,0%, là trường hợp BN có tiêu chảy, nhưng Creatinin về bình thường sau khi truyền bù đủ

dịch, diện giải. Tỷ lệ độc tính ảnh hưởng đến việc hoãn điều trị, giảm liều tương đối thấp (2-9,8%), chỉ có 1 BN (2%) phải ngừng điều trị sau 4 chu kỳ do giảm bạch cầu trung tính độ 3 kết hợp giảm tiểu cầu độ 2. Như vậy, phác đồ Paclitaxel - Carboplatin trong điều trị BN ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV vẫn duy trì hiệu quả đáp ứng điều trị, đồng thời độc tính quan sát được có thể chấp nhận và quản lý được trong thực hành lâm sàng.

5. KẾT LUẬN

Phác đồ Paclitaxel – Carboplatin khẳng định vai trò là một chiến lược điều trị bước một tiêu chuẩn, hiệu quả và dung nạp tốt đối với bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. Với tỷ lệ đáp ứng 35,3% và trung vị PFS 6,0 tháng, cùng tỷ lệ độc tính nghiêm trọng thấp, phác đồ này đảm bảo cân bằng giữa hiệu quả kiểm soát bệnh và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân trong điều kiện thực tế lâm sàng.

6. 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*. May 2021;71(3):209-249.

[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*. Sep 2015;10(9):1243-1260.

[3] Lê Tuấn Anh NNBH. Đặc điểm lâm sàng và điều trị của 1158 bệnh nhân ung thư phổi tại Trung tâm Ung bướu Chợ Rẫy. *Y học thực hành*. 2013;8(8), 7869.; 2013.

[4] Hương HT. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư phổi ở người cao tuổi điều trị tại trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai. *Bệnh viện Bạch Mai*. ; 2013.

[5] Rao A, Sharma N, Gajra A. Management of Lung Cancer in the Elderly. *Cancer Treat Res*. 2016;170:251-284.

[6] Quoix E, Westeel V, Zalcman G, Milleron B. Chemotherapy in elderly patients with advanced non-small cell lung cancer. *Lung Cancer*. Dec 2011;74(3):364-368.

[7] Khoa MT. *Hoá chất trong điều trị một số bệnh ung thư*. Nhà xuất bản Y học; 92-101.; 2016.

[8] Dietrich MF, Gerber DE. Chemotherapy for Advanced Non-small Cell Lung Cancer. *Cancer Treat Res*. 2016;170:119-149.

[9] Rinaldi M, Cauchi C, Gridelli C. First line chemotherapy in advanced or metastatic NSCLC. *Ann Oncol*. May 2006;17 Suppl 5:v64-67.

[10] D'Addario G, Pintilie M, Leighl NB, Feld R, Cerny T, Shepherd FA. Platinum-based versus non-platinum-based chemotherapy in advanced non-small-cell lung cancer: a meta-analysis of the published literature. *J Clin Oncol*. May 1 2005;23(13):2926-2936.

[11] Ettinger DS, Wood DE, Aisner DL, et al. NCCN Guidelines Insights: Non-Small Cell Lung Cancer, Version 2.2021. *J Natl Compr Canc Netw*. Mar 2 2021;19(3):254-266.

[12] tế BY. Quyết định 4825/QĐ-BYT 2018 hướng dẫn điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ. 2018.

[13] El-Shenshawy HM, Taema S, El-Zahaf E, El-Beshbeshi W, Sharaf Eldeen D, Fathy A. Advanced non-small cell lung cancer in elderly patients: The standard every 3-weeks versus weekly paclitaxel with carboplatin. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*. 2012/10/01/ 2012;61(4):485-493.

[14] Chen YM, Perng RP, Tsai CM, Whang-Peng J. A Phase II randomized study of paclitaxel plus carboplatin or cisplatin against chemo-naive inoperable non-small cell lung cancer in the elderly. *J Thorac Oncol*. Feb 2006;1(2):141-145.

[15] Oanh TTK. Đánh giá đáp ứng hóa chất phác đồ Paclitaxel-Carboplatin bước 1 ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV trên 60 tuổi. Trường Đại học Y Hà Nội.; 2017.

[16] Hà LT. Đánh giá hiệu quả và độ an toàn phác đồ Paclitaxel – Carboplatin trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB – IV. Trường Đại Học Y Hà Nội. ; 2009.

[17] Sâm. LTH. Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB - IV bằng phác đồ Paclitaxel- Carboplatin tại Hải Phòng. Trường Đại Học Y Hà Nội. ; 2009.

[18] Hiếu NT. . Đánh giá hiệu quả và độc tính của phác đồ Paclitaxel nano – Carboplatin trong ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn IIIB-IV. Trường Đại Học Y Hà Nội. ; 2012.

[19] Langer C, Li S, Schiller J, Tester W, Rapoport BL, Johnson DH. Randomized phase II trial of paclitaxel plus carboplatin or gemcitabine plus cisplatin in Eastern Cooperative Oncology Group performance status 2 non-small-cell lung cancer patients: ECOG 1599. *J Clin Oncol*. Feb 1 2007;25(4):418-423.

[20] Giorgio CG, Pappalardo A, Russo A, et al. A phase II study of carboplatin and paclitaxel as first line chemotherapy in elderly patients with advanced non-small cell lung cancer (NSCLC). *Lung Cancer*. Mar 2006;51(3):357-362.

[21] Sakakibara T, Inoue A, Sugawara S, et al. Randomized phase II trial of weekly paclitaxel combined with carboplatin versus standard paclitaxel combined with carboplatin for elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer. *Ann Oncol*. Apr 2010;21(4):795-799.

[22] Minh NT. Đánh giá kết quả phác đồ Paclitaxel-Carboplatin điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn xương tại bệnh viện K. Trường Đại Học Y Hà Nội. . 2019.