OUTCOMES OF MAINTENANCE MONOTHERAPY WITH GEMCITABINE IN METASTATIC NASOPHARYNGEAL CARCINOMA AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Nguyen Thi Hoai Thuong[1*], Nguyen Viet Binh[1], Nguyen Thi Nga[1], Ho Duy Tuan Anh[2]

[1]*Nghe An Oncology Hospital - Km 456, National Highway 1A, Vinh Hung Ward, Nghe An Province, Vietnam*
[2]*Nghe An Friendship General Hospital - Km 5, Lenin avenue, Vinh Phu Ward, Nghe An Province, Vietnam*

Received: 01/06/2026
Revised: 26/07/2026; Accepted: 04/08/2026

ABSTRACT

Objective: To assess survival outcomes and safety of single-agent Gemcitabine maintenance in patients with metastatic nasopharyngeal carcinoma who achieved disease control after Platinum-based chemotherapy.

Subjects and methods: This longitudinal descriptive study combined retrospective data collection with prospective follow-up and included 46 patients treated at Nghe An Oncology Hospital between January 2018 and June 2026. Patients with complete response, partial response, or stable disease after Platinum-based chemotherapy received Gemcitabine 1250 mg/m^2 on days 1 and 8 of a 21-day cycle until disease progression or unacceptable toxicity. Tumor response and adverse events were evaluated using RECIST 1.1 and CTCAE 5.0, respectively; PFS and OS was estimated by the Kaplan-Meier method.

Results: The mean age of the patients was 52.80 ± 13.76 years; 78.3% were male and 93.5% had undifferentiated histology. Recurrent metastatic disease accounted for 69.6% of cases, while 87% had multiple metastatic lesions. The objective response rate after induction chemotherapy was 78.3%. The median number of maintenance cycles was 3.5 (range, 3-20). Median PFS was 17.45 months, with 6-, 12-, and 24-month PFS rates of 89.1%, 73.9%, and 42.4%, respectively. Median OS was not reached; the corresponding OS rates were 97.8%, 93.5%, and 82%. Grade 3-4 toxicity occurred in 41.3% of patients, mainly neutropenia (37%); no grade 3-4 non-hematologic toxicity was recorded.

Conclusion: Single-agent Gemcitabine maintenance was associated with favorable observed survival outcomes and manageable toxicity in patients with recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma who had achieved disease control after Platinum-based chemotherapy.

Keywords: Nasopharyngeal carcinoma, metastatic disease, maintenance therapy, Gemcitabine.

*Corresponding author
Email: bsthuong105@gmail.com **Phone**: (+84) 372875420 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6131

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ PHÁC ĐỒ GEMCITABINE ĐƠN CHẤT TRONG UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG DI CĂN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Thị Hoài Thương[1*], Nguyễn Viết Bình[1], Nguyễn Thị Nga[1], Hồ Duy Tuấn Anh[2]

[1]Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An - Km 456, Quốc lộ 1A, P. Vinh Hưng, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam
[2]Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An - Km 5, Đại lộ Lênin, P. Vinh Phú, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận: 01/06/2026
Ngày sửa: 26/07/2026; Ngày đăng: 04/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sống thêm và tính an toàn của Gemcitabine đơn chất dùng duy trì ở bệnh nhân ung thư vòm mũi họng di căn đã đạt kiểm soát bệnh sau hóa trị chứa Platinum tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, có theo dõi dọc, thực hiện trên 46 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng di căn được điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2026. Sau khi đạt đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần hoặc bệnh ổn định với hóa trị chứa Platinum, bệnh nhân tiếp tục điều trị bằng Gemcitabine liều 1250 mg/m^2 vào ngày thứ 1 và ngày thứ 8 của chu kỳ 21 ngày, cho đến khi bệnh tiến triển hoặc xuất hiện độc tính không thể chấp nhận được. Đáp ứng của khối u và các biến cố bất lợi lần lượt được được đánh giá theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 và CTCAE 5.0; PFS và OS được ước tính bằng phương pháp Kaplan-Meier.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 52,80 ± 13,76; nam giới chiếm 78,3% và mô bệnh học thể không biệt hóa chiếm 93,5%. Tái phát di căn gặp ở 69,6% trường hợp; 87% có di căn đa ổ. Sau hóa trị tấn công, tỷ lệ đáp ứng khách quan đạt 78,3%. Trung vị số chu kỳ Gemcitabine duy trì là 3,5 (3-20). Trung vị PFS đạt 17,45 tháng; tỷ lệ PFS tại 6, 12 và 24 tháng lần lượt là 89,1%, 73,9% và 42,4%. Trung vị OS chưa đạt; tỷ lệ OS tương ứng là 97,8%, 93,5% và 82%. Độc tính độ 3-4 xuất hiện ở 41,3% bệnh nhân, chủ yếu là giảm bạch cầu trung tính (37%); không ghi nhận độc tính ngoài huyết học độ 3-4.

Kết luận: Gemcitabine đơn chất duy trì cho thấy kết quả sống thêm khả quan và độc tính có thể kiểm soát ở bệnh nhân ung thư vòm mũi họng di căn đã kiểm soát bệnh sau hóa trị chứa Platinum.

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng, di căn, Gemcitabine đơn chất, điều trị duy trì.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng có đặc điểm dịch tễ và sinh học khác với phần lớn ung thư đầu cổ, với gánh nặng bệnh tập trung tại Đông Á và Đông Nam Á. Theo GLOBOCAN 2022, Việt Nam ước tính có 5613 trường hợp mắc mới và 3453 trường hợp tử vong do ung thư vòm mũi họng (UTVMH) [1]. Mặc dù bệnh tương đối nhạy với hóa trị và xạ trị, tái phát và di căn xa vẫn là nguyên nhân quan trọng làm hạn chế kết quả điều trị. Ở giai đoạn tái phát hoặc di căn, các phác đồ chứa Platinum là nền tảng điều trị toàn thân. Phân tích sống còn cuối cùng của thử nghiệm GEM20110714 cho thấy Gemcitabine-Cisplatin kéo dài trung vị thời gian sống thêm toàn bộ (overall survival - OS) lên 22,1 tháng so với 18,6 tháng với Fluorouracil-Cisplatin, tương ứng tỷ lệ nguy cơ (hazard ratio - HR) tử vong 0,72 [2]. Tuy vậy, việc tiếp tục hóa trị phối hợp trong thời gian dài thường bị giới hạn bởi độc tính tích lũy, đặc biệt từ Platinum.

Điều trị duy trì được xem là một hướng tiếp cận nhằm kéo dài thời gian kiểm soát bệnh sau hóa trị bước một mà không duy trì toàn bộ cường độ của phác đồ phối hợp. Trong thử nghiệm của Liu G.Y và cộng sự, Capecitabin duy trì làm tăng trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (progression-free survival - PFS) từ 8,2 lên 35,9 tháng (HR = 0,44) ở bệnh nhân UTVMH di căn đã đáp ứng hoặc ổn định sau hóa trị tấn công [3]. Nghiên cứu của Lu Y và cộng sự cũng ghi nhận lợi ích với S-1, khi trung vị PFS tăng từ 9,3 lên 16,9 tháng và trung vị OS tăng từ 20,6 lên 33,6 tháng [4]. Các thử nghiệm JUPITER-02 và CAP-TAIN-1st tiếp tục khẳng định vai trò của chiến lược duy trì trong kỷ nguyên miễn dịch, với việc phối hợp thuốc ức chế PD-1 cùng Gemcitabine-Cisplatin rồi tiếp tục duy trì thuốc miễn dịch [5-6]. Tuy nhiên, chi phí điều trị kéo dài và khả năng tiếp cận thuốc vẫn là rào cản đối với nhiều bệnh nhân tại Việt Nam, nhất là ở các cơ sở tuyến tỉnh.

Gemcitabine đơn chất có hoạt tính chống u trong UTVMH tiến triển và ít độc tính ngoài huyết học. Nghiên cứu pha II của Zhang L và cộng sự ở bệnh nhân đã thất bại với hóa trị chứa Platinum ghi nhận tỷ lệ đáp ứng khách quan 43,8%, trung vị thời gian đến tiến triển 5,1 tháng và trung vị OS 16 tháng; độc tính nặng chủ yếu là ức chế tủy [7]. Những dữ liệu này cho thấy Gemcitabine có thể được cân nhắc như một lựa chọn duy trì ở bệnh nhân còn nhạy với hóa trị nhưng chưa có điều kiện tiếp cận liệu pháp miễn dịch. Do dữ liệu về chiến lược này còn hạn chế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả kết quả sống thêm và tính an toàn của Gemcitabine đơn chất duy trì ở bệnh nhân UTVMH di căn điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2026.

*Tác giả liên hệ
Email: bsthuong105@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 372875420 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6131

- Địa điểm: Khoa Nội 1, Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tuyển chọn toàn bộ bệnh nhân UTVMH di căn được điều trị Gemcitabine đơn chất duy trì tại Khoa Nội 1 trong thời gian nghiên cứu. Nhóm bệnh bao gồm bệnh nhân di căn ngay khi chẩn đoán và bệnh nhân tái phát di căn sau điều trị trước đó.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Bệnh nhân UTVMH di căn được xác định theo AJCC phiên bản 8 và đạt kiểm soát bệnh sau hóa trị chứa Platinum, gồm đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần hoặc bệnh ổn định; tuổi từ 18 trở lên; có chẩn đoán mô bệnh học ung thư biểu mô vòm họng; chỉ số toàn trạng ECOG 0,1,2; chức năng gan, thận và tủy xương đáp ứng điều kiện điều trị hóa chất; có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Có ung thư thứ hai; có di căn hệ thần kinh trung ương; ngừng điều trị vì nguyên nhân không liên quan đến chuyên môn; có bệnh nội khoa nặng có khả năng ảnh hưởng đến quá trình điều trị hoặc đánh giá kết quả.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu thuận tiện. Tất cả trường hợp đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng thời gian nghiên cứu đều được đưa vào phân tích; tổng cộng có 46 bệnh nhân.

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm di căn và thông tin liên quan đến phác đồ điều trị.

- Kết quả điều trị, gồm PFS và OS.

- Các tác dụng không mong muốn trong quá trình duy trì Gemcitabine.

2.6. Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Đáp ứng khối u được phân loại theo RECIST 1.1.

- Độc tính được phân độ theo Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) phiên bản 5.0.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Biến định lượng được mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị và khoảng giá trị tùy theo phân bố; biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Phép kiểm χ^2 được sử dụng khi so sánh các tỷ lệ. PFS và OS được ước tính theo Kaplan-Meier; sự khác biệt giữa các đường cong sống thêm được đánh giá bằng kiểm định log-rank. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định khi $p \leq 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được Hội đồng Đạo đức và Hội đồng Khoa học của Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An chấp thuận. Thông tin bệnh nhân được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 46 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh, chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 52,80 ± 13,76; nam giới chiếm 78,3%, ECOG 0-1 chiếm 100%. Mô bệnh học thể không biệt hóa chiếm ưu thế, với tỷ lệ 93,5%.

Bảng 1. Đặc điểm di căn của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Phân nhóm	n	%
Tình trạng di căn (n = 46)	Di căn tại chẩn đoán	14	30,4
	Tái phát di căn	32	69,6
Thời gian tái phát (n = 32)	≤ 2 năm	24	75,0
	> 2 năm	8	25,0
Vị trí di căn (n = 46)*	Phổi	19	41,3
	Gan	20	43,5
	Xương	20	43,5
	Hạch ngoài hạch vùng	3	6,5
	Khác	3	6,5
Số cơ quan di căn (n = 46)	1 cơ quan	31	67,4
	≥ 2 cơ quan	15	32,6
Số ổ di căn (n = 46)	Đơn ổ	6	13,0
	Đa ổ	40	87,0
EBV DNA (n = 14)	≥ 4000 copies/mL	9	64,3
	< 4000 copies/mL	5	35,7

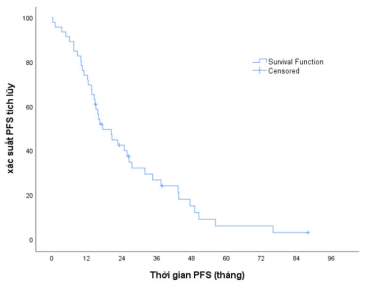
**1 bệnh nhân có thể có nhiều hơn 1 vị trí di căn*

Tái phát di căn chiếm 69,6%; trong nhóm này, 75% xuất hiện tái phát trong vòng 2 năm đầu. Gan và xương là 2 vị trí di căn thường gặp nhất, cùng chiếm 43,5%, tiếp đến là phổi (41,3%). Đa số bệnh nhân có di căn đa ổ (87%), trong khi 32,6% có tổn thương tại từ 2 cơ quan trở lên. Trong 14 trường hợp được định lượng EBV DNA, 64,3% có nồng độ từ 4000 copies/mL trở lên.

Bảng 2. Đặc điểm điều trị và đáp ứng trước Gemcitabine duy trì

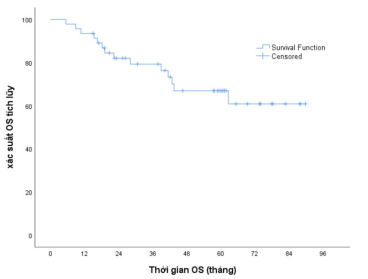
Tiêu chí	Phân nhóm	n	%
Hóa trị tấn công (n = 46)	Gemcitabine-Cisplatin/ Carboplatin	42	91,3
	Cisplatin/ Carboplatin -5FU	2	4,3
	TCF/PC	2	4,4
Số chu kỳ tấn công (n = 46)	≤ 4 chu kỳ	24	52,2
	> 4 chu kỳ	22	47,8
Đáp ứng sau tấn công (n = 46)	CR	1	2,2
	PR	35	76,1
	SD	10	21,7
	ORR	36	78,3
Số chu kỳ duy trì (n = 46)	Trung vị (khoảng)	3,5 (3-20)	
	≤ 4 chu kỳ	24	52,2
	> 4 chu kỳ	22	47,8
Giảm liều Gemcitabine	Không	46	100
Trì hoãn điều trị (n = 46)	Không	5	10,9
	< 7 ngày	13	28,3
	≥ 7 ngày	28	60,9
Lý do trì hoãn ghi nhận (n = 41)	Độc tính huyết học	30	65,2
	Lý do ngoài chuyên môn	11	23,9

Tất cả bệnh nhân đều được hóa trị tấn công bằng phác đồ chứa Platinum, trong đó Gemcitabine kết hợp Cisplatin hoặc Carboplatin được sử dụng ở 91,3%. Sau giai đoạn tấn công, tỷ lệ đáp ứng khách quan đạt 78,3% và có 21,7% ổn định bệnh. Trung vị số chu kỳ Gemcitabine duy trì là 3,5 (3-20); không có trường hợp phải giảm liều. Trì hoãn điều trị xảy ra ở 89,2% bệnh nhân, chủ yếu liên quan đến độc tính huyết học.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Trung vị PFS là 17,45 tháng; tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng lần lượt là 89,1%, 73,9% và 42,4%.



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ

Trung vị OS chưa đạt tại thời điểm phân tích. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại 6, 12 và 24 tháng lần lượt là 97,8%, 93,5% và 82,0%.

Bảng 3. Liên quan giữa một số yếu tố và PFS

Yếu tố	Nhóm	n	Trung vị PFS (tháng)	p log-rank
Giới	Nam	36	16,43	0,27
	Nữ	10	20,37	
Tuổi	≤ 60 tuổi	31	20,37	0,98
	> 60 tuổi	15	16,43	
Tình trạng di căn	Ban đầu	14	13,67	0,66
	Tái phát	32	24,84	
Thời gian tái phát	≤ 2 năm	24	20,37	0,15
	> 2 năm	8	34,60	
Số cơ quan di căn	1 cơ quan	31	26,48	0,22
	≥ 2 cơ quan	15	14,82	
Di căn phổi	Không	27	24,84	0,08
	Có	19	15,74	
Di căn gan	Không	26	15,74	0,56
	Có	20	22,60	
Di căn xương	Không	26	22,60	0,24
	Có	20	15,08	
Số ổ di căn	Đơn ổ	6	10,02	0,90
	Đa ổ	40	17,45	
Số chu kỳ tấn công	≤ 4 chu kỳ	24	15,08	0,25
	> 4 chu kỳ	22	20,60	
Đáp ứng tấn công	CR/PR	36	20,60	0,09
	SD	10	14,82	
EBV DNA (n = 14)	≥ 4000 copies/mL	9	14,49	0,60
	< 4000 copies/mL	5	15,74	

Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về PFS giữa các nhóm yếu tố. PFS có xu hướng thấp hơn ở nhóm điều trị hóa chất tấn công dưới 4 đợt, nhóm có đáp ứng SD và có EBV DNA ≥ 4000 copies/mL, tất cả so sánh log-rank đều có p > 0,05.

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn (n = 46)

Độc tính				
Độ 0	**Độ 1**	**Độ 2**	**Độ 3**	**Độ 4**
Thiếu máu				
5 (10,9%)	25 (54,3%)	13 (28,3%)	3 (6,5%)	-
Giảm bạch cầu trung tính				
15 (32,6%)	4 (8,7%)	10 (21,7%)	15 (32,6%)	2 (4,3%)
Giảm tiểu cầu				
30 (65,2%)	12 (26,1%)	2 (4,3%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)
Tăng men gan				
25 (54,3%)	14 (30,4%)	7 (15,2%)	-	-
Buồn nôn				
46 (100%)	-	-	-	-
Nôn				
46 (100%)	-	-	-	-

Có 19 bệnh nhân (41,3%) gặp ít nhất một độc tính độ 3-4. Giảm bạch cầu trung tính là độc tính nặng thường gặp nhất (37%); thiếu máu và giảm tiểu cầu độ 3-4 lần lượt chiếm 6,5% và 4,3%. Không ghi nhận buồn nôn, nôn hoặc độc tính ngoài huyết học độ 3-4.

4. BÀN LUẬN

Quần thể nghiên cứu chủ yếu là bệnh nhân tái phát di căn (69,6%), trong đó 75% tái phát trong vòng 2 năm. Cơ cấu này gần với báo cáo của Trương Thu Hiền và cộng sự tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội, nơi nhóm tái phát di căn chiếm 64,5% [8]. Gan và xương là những vị trí di căn thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, trong khi Liu G.Y và cộng sự ghi nhận xương là vị trí nổi trội hơn, tiếp theo là gan và phổi [3]. Trong 14 bệnh nhân được xét nghiệm EBV-DNA, nghiên cứu của chúng tôi có 64,3% bệnh nhân có tải lượng EBV DNA ≥ 4000 copies/mL, cao hơn nghiên cứu của Liu G.Y và cộng sự là 55,8%; tuy nhiên do xét nghiệm này thường bị gián đoạn, do đó không thể đại diện cho quần thể.

Phần lớn bệnh nhân được điều trị tấn công bằng Gemcitabine phối hợp Cisplatin hoặc Carboplatin (91,3%), và tỷ lệ đáp ứng khách quan sau giai đoạn này đạt 78,3%. Kết quả đáp ứng tương đối gần với thử nghiệm Capecitabin duy trì của Liu G.Y và cộng sự, trong đó 81,7% bệnh nhân đạt CR hoặc PR sau hóa trị ban đầu [3]. Số chu kỳ Gemcitabine duy trì trung vị chỉ đạt 3,5 chu kỳ, dao động 3-20 chu kỳ; 22 bệnh nhân (47,8%) điều trị trên 4 chu kỳ. Trong khi đó, nghiên cứu của Lu Y và cộng sự ghi nhận trung vị 23 chu kỳ S-1 duy trì, dao động 8-71 chu kỳ và trung vị 24 chu kỳ Capecitabin trong nghiên cứu của Liu G.Y và cộng sự [3-4]. Không bệnh nhân nào trong nghiên cứu của chúng tôi phải giảm liều, 41/46 bệnh nhân (89,1%) bị trì hoãn điều trị, trong đó 28 trường hợp (60,9%) trì hoãn ít nhất 7 ngày. Độc tính huyết học được ghi nhận ở 65,2% và lý do ngoài chuyên môn ở 23,9%; các nguyên nhân có thể đồng thời xuất hiện. Tỷ lệ gián đoạn cao và số chu kỳ duy trì của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Liu G.Y và Lu Y có thể do thuốc đường uống thuận tiện hơn hoặc liên quan đến lịch truyền hoá chất của Gemcitabine ngày 1 và 8, cùng những khó khăn về đi lại và tuân thủ trong điều trị kéo dài.

Trung vị PFS của nghiên cứu đạt 17,45 tháng và trung vị OS chưa đạt tại thời điểm khóa số liệu. Kết quả PFS gần với mức 16,9 tháng của nhánh S-1 duy trì trong nghiên cứu Lu Y và cộng sự, nhưng thấp hơn trung vị 35,9 tháng được báo cáo với Capecitabin duy trì trong thử nghiệm của Liu G.Y và cộng sự [3-4]. PFS trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu Capecitabin nhưng không thể suy luận thuốc nào ưu việt hơn, bởi các nghiên cứu khác nhau về quần thể, phác đồ tấn công, thời gian duy trì và điều trị tại chỗ. So với các phác đồ miễn dịch, JUPITER-02 ghi nhận PFS 21,4 tháng ở nhánh Toripalimab - hóa trị so với 8,2 tháng ở nhánh giả dược; trung vị OS chưa đạt so với 33,7 tháng, HR tử vong 0,63 [5]. Tuy nhiên, đây là chiến lược điều trị bước một kết hợp miễn dịch, không tương đương trực tiếp với duy trì Gemcitabine đơn chất.

Phân tích đơn biến không phát hiện yếu tố nào liên quan có ý nghĩa thống kê với PFS. Một số phân nhóm có trung vị PFS khác nhau, gồm số chu kỳ hóa trị tấn công, đáp ứng sau tấn công và nồng độ EBV DNA, nhưng các giá trị p đều vượt ngưỡng 0,05. Cỡ mẫu nhỏ, số biến cố còn hạn chế và việc chỉ có 14 bệnh nhân được xét nghiệm EBV DNA làm giảm khả năng phát hiện mối liên quan. Do đó, các chênh lệch quan sát được chỉ có tính gợi ý và chưa đủ để sử dụng trong phân tầng tiên lượng.

Độc tính độ 3-4 gặp ở 41,3% bệnh nhân và tập trung chủ yếu ở hệ tạo huyết. Giảm bạch cầu trung tính độ 3-4 chiếm 37%, trong khi thiếu máu và giảm tiểu cầu nặng ít gặp hơn. Mô hình này phù hợp với đặc tính ức chế tủy của Gemcitabine và tương đồng với nghiên cứu pha II của Zhang L và cộng sự, trong đó độc tính nặng cũng chủ yếu là huyết học [7]. So với Capecitabin hoặc S-1, Gemcitabine ít gây hội chứng bàn tay - bàn chân và viêm niêm mạc, nhưng đòi hỏi theo dõi công thức máu chặt chẽ và điều chỉnh lịch truyền khi giảm bạch cầu trung tính tái diễn [3-4]. Việc không ghi nhận độc tính ngoài huyết học độ 3-4 và không phải giảm liều cho thấy phác đồ có khả năng dung nạp chấp nhận được, dù tỷ lệ trì hoãn điều trị còn cao.

5. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân UTVMH tái phát hoặc di căn đã đạt kiểm soát bệnh sau hóa trị chứa Platinum, Gemcitabine đơn chất duy trì cho thấy kết quả sống thêm khả quan và độc tính nhìn chung có thể kiểm soát. Giảm bạch cầu trung tính là độc tính nặng nổi bật và cần được theo dõi trong quá trình điều trị. Các nghiên cứu có nhóm chứng và quy mô lớn hơn là cần thiết để xác định rõ vai trò của chiến lược này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bossi P, Chan A.T, Licitra L et al. Nasopharyngeal carcinoma: ESMO-EURACAN clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology, 2021, 32: 452-465.

[2] Hong S, Zhang Y, Yu G et al. Gemcitabine plus Cisplatin versus Fluorouracil plus Cisplatin as first-line therapy for recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma: final overall survival analysis of GEM20110714 phase III study. J Clin Oncol, 2021, 39: 3273-3282.

[3] Liu G.Y, Li W.Z, Wang D.S et al. Effect of Capecitabine maintenance therapy plus best supportive care vs best supportive care alone on progression-free survival among patients with newly diagnosed metastatic nasopharyngeal carcinoma who had received induction chemotherapy. JAMA Oncol, 2022, 8: 553-561.

[4] Lu Y, Huang H, Yang H et al. Maintenance therapy improves the survival outcomes of patients with metastatic nasopharyngeal carcinoma responding to first-line chemotherapy: a multicentre, randomized controlled clinical study. J Cancer Res Clin Oncol, 2023, 149: 4327-4338.

[5] Mai H.Q, Chen Q.Y, Chen D et al. Toripalimab plus chemotherapy for recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma: the JUPITER-02 randomized clinical trial. JAMA, 2023, 330: 1961-1970.

[6] Yang Y, Qu S, Li J et al. Camrelizumab versus placebo in combination with Gemcitabine and Cisplatin as first-line treatment for recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma (CAPTAIN-1st): a multicentre, randomised, double-blind, phase 3 trial. The Lancet Oncology, 2021, 22: 1162-1174.

[7] Zhang L, Zhang Y, Huang P.Y et al. Phase II clinical study of Gemcitabine in the treatment of patients with advanced nasopharyngeal carcinoma after the failure of Platinum-based chemotherapy. Cancer Chemother Pharmacol, 2008, 61: 33-38.

[8] Trương Thu Hiền, Nguyễn Thị Mai Lan và cộng sự. Kết quả điều trị ung thư vòm mũi họng giai đoạn tái phát, di căn với phác đồ Gemcitabine - Cisplatin. Tạp chí Y học Việt Nam, 2025, 552 (1): 1-5. doi: 10.51298/vmj.v552i1.14827.