

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN DI CĂN BẰNG PHÁC ĐỒ MDCF TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Văn Hùng¹, Trần Lý Linh², Lê Hồng Thái²
Phan Khánh Toàn², Phạm Duy Mạnh², Trần Trung Bách²
Mai Thị Kim Ngân¹, Trần Đình Anh¹, Trần Thị Kim Anh³
Trịnh Lê Huy² và Ngô Minh Trí^{2,✉}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện nhằm đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ung thư thực quản di căn điều trị bằng phác đồ hóa chất mDCF tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Bốn mươi bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn di căn được điều trị với ít nhất 4 chu kỳ mDCF được đưa vào nghiên cứu. Kết quả cho thấy trung vị thời gian sống không tiến triển (PFS) và sống toàn bộ (OS) lần lượt là 6,4 tháng và 12,1 tháng. Phân tích hồi quy đa biến xác định số chu kỳ hóa chất và mức độ đáp ứng là các yếu tố tiên lượng sống còn có ý nghĩa thống kê. Các đặc điểm khác như tuổi, vị trí khối u, giai đoạn T, số vị trí di căn và liều hóa chất không ảnh hưởng đáng kể đến tiên lượng. Phác đồ mDCF cho thấy hiệu quả điều trị tốt ở những bệnh nhân ung thư thực quản di căn.

Từ khóa: Ung thư thực quản, di căn, mDCF, tiên lượng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2022, ung thư thực quản (UTTQ) là ung thư đứng thứ 12 về tỉ lệ mới mắc và thứ 7 về tỉ lệ tử vong tại Việt Nam.¹ Ung thư thực quản giai đoạn di căn có tiên lượng xấu, thời gian sống trung vị là 6 tháng, tỉ lệ sống còn sau 1 và 2 năm tương ứng là 21,1% và 11,8%.² Cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống và kéo dài thời gian sống thêm là mục tiêu trong điều trị ung thư thực quản giai đoạn di căn. Nhiều nghiên cứu đối chứng, phân tích gộp cho thấy điều trị hóa trị so với chăm sóc giảm nhẹ cải thiện đáng kể sống thêm toàn bộ từ 4,3 lên 11 tháng.³ Phác đồ được lựa chọn phụ thuộc vào thể trạng bệnh nhân, bệnh đồng

mắc, độc tính, và khả năng chi trả cho dịch vụ y tế. Liều pháp miễn dịch, và điều trị đích được chứng minh là cải thiện có ý nghĩa thời gian sống thêm toàn bộ (OS) so với phác đồ hóa chất đơn thuần trong điều trị ung thư thực quản di căn.^{4,5} Tuy nhiên, gánh nặng chi phí là một vấn đề lớn đối với bệnh nhân Việt Nam, vì thế phác đồ hóa chất đơn thuần vẫn là sự lựa chọn tối ưu trong bối cảnh hiện tại.

Phác đồ kết hợp hai hóa chất độc tính thấp nhưng tỉ lệ đáp ứng không cao, trong khi phác đồ ba thuốc cho kết quả tốt hơn và phù hợp với bệnh nhân có thể trạng tốt.⁶ Phác đồ ba thuốc docetaxel, cisplatin, và fluorouracil (DCF) được chấp thuận sử dụng trong điều trị ung thư thực quản di căn, nghiên cứu pha III (V325) cho thấy phác đồ DCF cải thiện có ý nghĩa thống kê thời gian đến khi bệnh không tiến triển (TTP), OS, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR), nhưng độc tính độ 3-4

Tác giả liên hệ: Ngô Minh Trí

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: ngominhtri.md@gmail.com

Ngày nhận: 15/09/2025

Ngày được chấp nhận: 07/10/2025

cao, ghi nhận ở 69% bệnh nhân.⁷ multinational phase II/III trial (V325 Đó là lý do dẫn đến sự ra đời của phác đồ modified DCF (mDCF), với chu kỳ 14 ngày, trong đó liều của docetaxel, và cisplatin thấp hơn so với phác đồ gốc, cho thấy cải thiện kết quả điều trị, đặc biệt là ít độc tính và khả năng dung nạp tốt phù hợp với thể trạng của bệnh nhân ở giai đoạn muộn.⁸

Tại Việt Nam, phác đồ mDCF đã được áp dụng điều trị cho thấy kết quả khả quan, bệnh nhân dung nạp tốt. Nghiên cứu của Đinh Thị Hải Duyên trên 51 bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn di căn điều trị bằng phác đồ mDCF cho tỉ lệ đáp ứng là 64,7%, với độc tính hay gặp nhất là hạ bạch cầu chiếm 57% tổng số chu kỳ điều trị, trong đó hạ bạch cầu độ 3-4 chiếm 15,6%, các độc tính khác ít gặp và ở mức độ nhẹ.⁹ Theo tác giả Trần Thị Kim Anh, tỷ lệ đáp ứng là 61,9%, trung vị PFS là 6 tháng, trung vị OS là 13 tháng.¹⁰ Tuy nhiên, chưa có nhiều phân tích về các yếu tố tiên lượng đến sống còn của nhóm bệnh nhân điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ung thư thực quản di căn bằng phác đồ mDCF tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Các bệnh nhân chẩn đoán xác định là ung thư thực quản giai đoạn di căn được điều trị hóa chất phác đồ mDCF tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân ung thư thực quản có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán.
- Tuổi ≥ 18 .
- Điều trị tối thiểu 4 chu kỳ hóa chất mDCF.
- Có tổn thương đo được trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

- Điểm toàn trạng PS 0-1 theo ECOG.

- Chức năng gan, thận, huyết học trong giới hạn cho phép điều trị hóa chất.

- Không mắc các bệnh có nguy cơ tử vong gần, bệnh lý tim mạch nặng: đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim, đột quỵ, bệnh mạch máu não.

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

- Các bệnh nhân được điều trị phẫu thuật triệu chứng, xạ trị triệu chứng được phép thu thập vào đề tài.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có bệnh ung thư khác kèm theo.

- Di căn thần kinh trung ương.

- Được điều trị phẫu thuật triệt căn hoặc hoá xạ triệt căn.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả chùm ca bệnh, có theo dõi dọc.

Mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện, lấy các bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ.

Địa điểm nghiên cứu

Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Thời gian thực hiện

Tháng 8/2019 - 10/2023.

Chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu, bệnh học của đối tượng nghiên cứu: giới tính; tuổi; chỉ số toàn trạng PS theo thang điểm ECOG;¹¹ mô bệnh học, vị trí u, giai đoạn T và n theo AJCC phiên bản thứ 8;¹² số cơ quan di căn; vị trí di căn; số chu kỳ hoá chất mDCF, liều hoá chất. Kết quả điều trị của bệnh nhân: tỉ lệ đáp ứng khách quan, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS), thời

gian sống thêm toàn bộ (OS). Bệnh nhân được đánh giá đáp ứng khách quan dựa trên chẩn đoán hình ảnh bao gồm cắt lớp vi tính và/hoặc cộng hưởng từ theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.¹³ Bệnh nhân được theo dõi ít nhất 18 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị phác đồ mDCF, có thể dừng lại sớm hơn nếu như tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều đã tử vong.

Quy trình tiến hành nghiên cứu

- Thu thập hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án.
- Chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

- Mã hoá, xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được mã hoá, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 25.

Phác đồ mDCF được sử dụng trong nghiên cứu:

Docetaxel: 40 mg/m². Truyền tĩnh mạch ngày 1.

5FU (Bolus): 400 mg/m². Truyền tĩnh mạch ngày 1.

5FU 1000 mg/m². Truyền tĩnh mạch liên tục 48 giờ từ ngày 1 đến ngày 3.

Cisplatin: 40 mg/m². Truyền tĩnh mạch ngày 3.

Chu kỳ 14 ngày.

Mở thông dạ dày được chỉ định ở những bệnh nhân nuốt nghẹn độ III trở lên, sụt > 10% trong lượng cơ thể do ăn uống kém trước khi điều trị hoá chất.

Phân tích và xử lý số liệu

Tất cả số liệu thu thập được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0 và Excel.

Các thuật toán thống kê:

- Mô tả: tần suất, tỉ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị max, min.

- Kiểm định so sánh:

+ Với các biến định tính: Sử dụng test so sánh χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

+ Trong trường hợp giá trị mong đợi nhỏ hơn 5 thì sử dụng test χ^2 với hiệu chỉnh Fisher.

+ So sánh các giá trị trung bình trước và sau điều trị bằng t-test ghép cặp với kiểm định Wilcoxon.

- Phân tích sống thêm:

+ Sử dụng phương pháp Kaplan-Meier để ước tính thời gian sống thêm.

+ Sử dụng phương pháp kiểm định Log-rank để so sánh sống thêm giữa hai nhóm.

+ Sử dụng mô hình hồi quy Cox, để xác định mối liên quan giữa các biến độc lập và biến phụ thuộc, với $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

- Phác đồ nghiên cứu đã được phê duyệt trong Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu của Bộ Y tế.

- Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật.

- Dữ liệu được sử dụng trong nghiên cứu này hoàn toàn chính xác và minh bạch.

- Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1 trình bày đặc điểm lâm sàng-bệnh học của đối tượng nghiên cứu. Tổng số có 40 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân là nam giới, đa số bệnh nhân dưới 60 tuổi (62,5%). Về mô bệnh học, ung thư biểu mô vảy (SCC) chiếm 97,5%, chỉ có 1 trường hợp là ung thư tuyến (AC) (2,5%). Vị trí khối u ít gặp ở 1/3 trên, chỉ có 2 bệnh nhân (5%). Tất cả bệnh nhân đều ở giai đoạn T3 hoặc T4. Về tình trạng di căn hạch vùng, chỉ có 1 bệnh nhân ở giai đoạn N0 (2,5%), còn lại bệnh nhân đều có di căn hạch. Có 30 bệnh nhân chỉ có một cơ quan di căn (75%), 25% bệnh nhân có từ hai cơ quan trở lên. Các vị trí di căn phổ biến nhất bao gồm

hạch ngoài hạch vùng (60%), phổi (32,5%), và gan (20%). Về điều trị, 75% bệnh nhân được điều trị từ 6 chu kỳ hóa trị trở lên, trong khi 25% điều trị dưới 6 chu kỳ. Có 29 bệnh nhân (72,5%) nhận đủ $\geq 95\%$ liều hóa chất theo kế hoạch, và

27,5% nhận từ 85% đến 94%. Không có trường hợp nào nhận dưới 85% liều. Có 4 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn (10%), 22 bệnh nhân đáp ứng một phần (55%), 8 bệnh nhân có bệnh ổn định (20%) và 6 bệnh nhân tiến triển (15%).

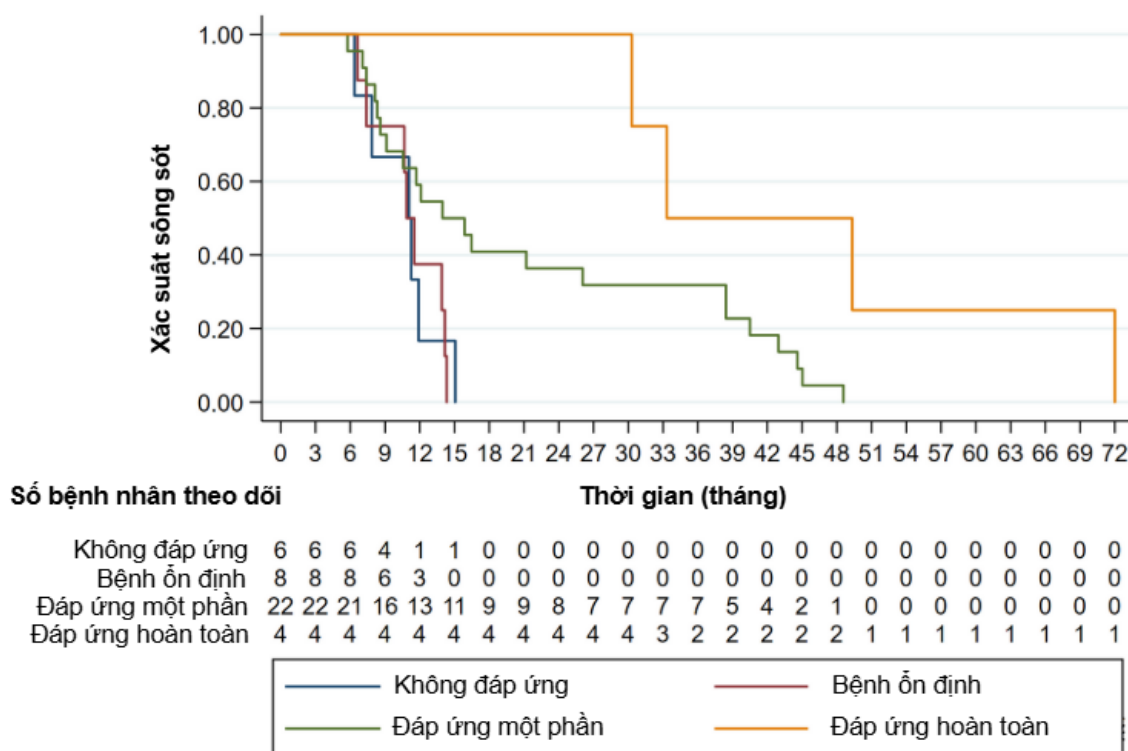
Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng-bệnh học

Đặc điểm		n (%)
Giới tính	Nam	40 (100)
	Nữ	0 (0)
Tuổi	< 60	25 (62,5)
	≥ 60	15 (37,5)
Chỉ số toàn trạng PS	0	18 (45)
	1	22 (55)
Mô bệnh học	SCC	39 (97,5)
	AC	1 (2,5)
Vị trí u	Trên	2 (5)
	Giữa	20 (50)
	Dưới	18 (45)
Giai đoạn T	T3	28 (70)
	T4a	8 (20)
	T4b	4 (10)
Giai đoạn N	N0	1 (2,5)
	N1	7 (17,5)
	N2	21 (52,5)
	N3	11 (27,5)
Số cơ quan di căn	1	30 (75)
	> 1	10 (25)
Vị trí di căn	Gan	8 (20)
	Hạch ngoài hạch vùng	24 (60)
	Xương	2 (5)
	Phổi	13 (32,5)
	Khác	4 (10)

	Đặc điểm	n (%)
Số chu kì điều trị	< 6	10 (25)
	≥ 6	30 (75)
Liều hoá chất	≥ 95%	29 (72,5)
	85% - 94%	11 (27,5)
	< 85%	0 (0)
Đáp ứng khách quan	Hoàn toàn	4 (10)
	Một phần	22 (55)
	Bệnh ổn định	8 (20)
	Bệnh tiến triển	6 (15)

Trung vị thời gian theo dõi là 13 tháng. Trung vị PFS là 6,4 tháng (95% CI: 5,4 - 8,7 tháng), trung vị OS là 12,1 tháng (95% CI: 10,9 - 15,9 tháng). Tỷ lệ đáp ứng là 65%, với 4 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 22 bệnh nhân đáp ứng một

phần. Hình 1 biểu diễn đường cong sống thêm toàn bộ theo phân nhóm đáp ứng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và không đáp ứng.



Biểu đồ 1. Sống thêm toàn bộ theo các phân nhóm đáp ứng

Bảng 2 trình bày tương quan giữa sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) và các đặc điểm lâm sàng-bệnh học theo mô hình hồi quy đơn và đa biến. Trong phân tích đơn biến và đa biến, số chu kì hoá chất và ORR có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với PFS; với kết quả trong mô hình đa biến lần lượt là HR = 0,25

(95% CI: 0,09 – 0,71) và HR = 0,23 (95% CI: 0,09 – 0,61). Các yếu tố khác như tuổi, chỉ số toàn trạng PS, vị trí u, mức độ chít hẹp, giai đoạn T, số vị trí di căn, và liều hóa chất không cho thấy ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến và đa biến.

Bảng 2. Hồi quy đơn biến và đa biến với PFS

Yếu tố	Hồi quy đơn biến				Hồi quy đa biến			
	HR	P-value	95% CI		HR	P-value	95% CI	
Tuổi								
< 60	ref				ref			
≥ 60	1,23	0,55	0,63	2,41	0,63	0,40	0,22	1,82
Chỉ số toàn trạng PS								
0	ref				ref			
1	0,73	0,35	0,38	1,41	1,36	0,49	0,56	3,30
Vị trí u								
Trên	ref				ref			
Giữa	1,12	0,88	0,26	4,87	1,54	0,65	0,25	9,65
Dưới	1,25	0,77	0,28	5,53	1,41	0,70	0,25	8,04
Mức độ chít hẹp								
< 1/2 chu vi	ref				ref			
1/2 - 3/4 chu vi	0,54	0,56	0,07	4,18	0,22	0,25	0,02	2,92
> 3/4 chu vi	0,33	0,29	0,04	2,62	0,10	0,07	0,01	1,18
Giai đoạn T								
T3	ref				ref			
T4	1,66	0,16	0,82	3,36	1,30	0,61	0,48	3,54
Số vị trí di căn								
1 vị trí	ref							
> 1 vị trí	1,11	0,78	0,52	2,39	1,06	0,92	0,32	3,49
Số chu kì hoá chất								
≤ 6	ref				ref			
> 6	0,32	0,003	0,15	0,68	0,25	0,009	0,09	0,71

Yếu tố	Hồi quy đơn biến				Hồi quy đa biến			
	HR	P-value	95% CI		HR	P-value	95% CI	
Liều hoá chất								
95 - 100%	ref				ref			
85 - 94%	1,19	0,62	0,59	2,43	1,53	0,36	0,61	3,84
Đáp ứng khách quan								
Không	ref				ref			
Có	0,29	0,001	0,13	0,61	0,23	0,003	0,09	0,61

PF5: thời gian sống thêm bệnh không tiến triển; ref: reference: giá trị tham chiếu

Bảng 3 trình bày tương quan giữa OS và các đặc điểm lâm sàng-bệnh học. Trong phân tích đơn biến và đa biến, số chu kì hoá chất và ORR có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với OS, với kết quả trong mô hình đa biến lần lượt là HR = 0,33 (95% CI: 0,13 – 0,90) và HR = 0,29 (95% CI: 0,11 – 0,79). Các yếu tố khác như tuổi, chỉ số toàn trạng PS, vị trí u, mức độ chít hẹp, giai đoạn T, số vị trí di căn, và liều hóa chất không cho thấy ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến và đa biến.

Bảng 3. Hồi quy đơn biến và đa biến với OS

Yếu tố	Hồi quy đơn biến				Hồi quy đa biến			
	HR	p-value	95% CI		HR	p-value	95% CI	
Tuổi								
< 60	ref				ref			
≥ 60	1,05	0,88	0,54	2,04	1,31	0,62	0,45	3,86
Chỉ số toàn trạng PS								
0	ref				ref			
1	0,57	0,10	0,30	1,11	0,86	0,74	0,36	2,07
Vị trí u								
Trên	ref				ref			
Giữa	0,59	0,49	0,13	2,59	0,69	0,68	0,12	4,07
Dưới	0,89	0,88	0,20	3,89	0,89	0,89	0,17	4,78
Mức độ chít hẹp								
< 1/2 chu vi	ref				ref			
1/2 - 3/4 chu vi	3,28	0,25	0,43	24,99	1,71	0,66	0,16	18,30
> 3/4 chu vi	2,68	0,35	0,34	21,04	1,76	0,63	0,18	17,63

Yếu tố	Hồi quy đơn biến				Hồi quy đa biến			
	HR	p-value	95% CI		HR	p-value	95% CI	
Giai đoạn T								
T3	ref				ref			
T4	1,44	0,30	0,72	2,88	1,35	0,55	0,51	3,53
Số vị trí di căn								
1 cơ quan	ref				ref			
> 1 cơ quan	0,64	0,25	0,30	1,37	0,44	0,17	0,13	1,41
Số chu kì hoá chất								
≤ 6	ref				ref			
> 6	0,26	0,001	0,11	0,58	0,34	0,03	0,13	0,90
Liều hoá chất								
95 - 100%	ref				ref			
85 - 94%	1,74	0,14	0,83	3,65	1,76	0,22	0,71	4,37
Đáp ứng khách quan								
Không	ref				ref			
Có	0,28	0,002	0,12	0,63	0,30	0,015	0,11	0,79

OS: thời gian sống thêm toàn bộ; ref: reference: giá trị tham chiếu

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung vị PFS và OS lần lượt là 6,4 tháng (95% CI: 5,4 - 8,7 tháng) và 12,1 tháng (95% CI: 10,9 - 15,9 tháng). Kết quả này tương đồng với một nghiên cứu khác được tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ 2019 đến 2022 và một nghiên cứu khác tại Nhật Bản cũng sử dụng phác đồ mDCF trên ung thư thực quản di căn.^{10,14} Các nghiên cứu sử dụng phác đồ DCF liều chuẩn với Docetaxel 60 - 70 mg/m², Cisplatin 60 - 70 mg/m², và 5-FU (600 - 700 mg/m² từ ngày 1 đến ngày 5) cho thấy trung vị PFS và OS tương tự tuy nhiên độc tính cao hơn. Sato và cs nghiên cứu trên 29 bệnh nhân ung thư thực quản di căn sử dụng phác đồ DCF liều chuẩn cho thấy PFS và OS lần lượt là 5,42

tháng (96% CI: 4,0 - 6,5) và 11,3 tháng (95% CI: 9,7 - 15,6). Tỷ lệ hạ bạch cầu hạt và sốt hạ bạch cầu lần lượt là 87,7% và 28,1%.¹⁵ Nghiên cứu pha III V-325 được Eric Van Cutsem và cs công bố năm 2006, cho thấy tỷ lệ đáp ứng của phác đồ DCF là 37%, trung vị PFS và OS lần lượt là 5,6 tháng và 9,2 tháng. Độc tính độ 3 gặp ở 69% bệnh nhân, đa số là hạ bạch cầu đa nhân trung tính (82%), sốt hạ bạch cầu (29%), tiêu chảy (19%).⁷

Một số nghiên cứu trên thế giới đã khảo sát các yếu tố tiên lượng trong ung thư thực quản di căn. Ghazy và cộng sự nghiên cứu trên 90 bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn IV tại một trung tâm báo cáo các yếu tố tiên lượng xấu bao gồm tuổi cao (≥ 50 tuổi), vị trí u (u ở

đoạn dưới), giai đoạn T (T3-T4), độ biệt hoá cao (độ 3), chỉ số toàn trạng PS (≥ 2), số lượng và vị trí di căn (di căn đa ổ, đặc biệt là di căn xương).¹⁶ Một nghiên cứu trên dữ liệu SEER cũng cho thấy các yếu tố tiên lượng độc lập với ung thư thực quản di căn bao gồm tình trạng hôn nhân, mô bệnh học, giai đoạn u, vị trí di căn (di căn gan/phổi/xương), vị trí u, giai đoạn T và N, và phương pháp điều trị.¹⁷ Trên bệnh nhân Châu Á, một nghiên cứu tại Trung Quốc đã báo cáo các yếu tố tiên lượng xấu trong ung thư thực quản di căn bao gồm giới tính nữ, giai đoạn T3 và T4, giai đoạn N2 hoặc N3, và thể mô bệnh học khác ung thư biểu mô vảy.¹⁸

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hai yếu tố được phát hiện có tương quan với PFS và OS là số chu kỳ hoá chất và ORR, ngoài ra các yếu tố khác như tuổi, chỉ số toàn trạng PS, vị trí u, mức độ chít hẹp, giai đoạn T, số vị trí di căn, và liệu hóa chất không cho thấy ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến và đa biến. Sự khác biệt này có thể do hạn chế về cỡ mẫu, đặc điểm nhân khẩu học và bệnh học chưa đa dạng (100% bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới, 97,5% bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô vảy). Cần thêm các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn nhằm đánh giá các yếu tố tiên lượng trong ung thư thực quản di căn.

V. KẾT LUẬN

Điều trị ung thư thực quản di căn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội sử dụng phác đồ mDCF có hiệu quả về đáp ứng và sống còn tương tự các nghiên cứu trên thế giới. Số chu kỳ hoá chất và đáp ứng khách quan là các yếu tố tiên lượng sống còn ở bệnh nhân ung thư thực quản di căn.

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: A Cancer Journal for Clinicians*. 2024; 74(3): 229-263. doi:10.3322/caac.21834.

2. Chen MQ, Xu BH, Zhang YY. Analysis of prognostic factors for esophageal squamous cell carcinoma with distant organ metastasis at initial diagnosis. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2014; 77(11): 562-566. doi:10.1016/j.jcma.2014.05.014.

3. Wagner AD, Syn NL, Moehler M, et al. Chemotherapy for advanced gastric cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 8: CD004064. doi:10.1002/14651858.CD004064.pub4.

4. Janjigian YY, Maron SB, Chatila WK, et al. First-line pembrolizumab and trastuzumab in HER2-positive oesophageal, gastric, or gastro-oesophageal junction cancer: an open-label, single-arm, phase 2 trial. *The Lancet Oncology*. 2020; 21(6): 821-831. doi:10.1016/S1470-2045(20)30169-8.

5. Kang YK, Chen LT, Ryu MH, et al. Nivolumab plus chemotherapy versus placebo plus chemotherapy in patients with HER2-negative, untreated, unresectable advanced or recurrent gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ATTRACTION-4): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *The Lancet Oncology*. 2022; 23(2): 234-247. doi:10.1016/S1470-2045(21)00692-6.

6. NCCN. *Esophagus and Esophagagastic Junction Cancers* (2.2021). Vol 2.2021. 2.2021.

7. Van Cutsem E, Moiseyenko VM, Tjulandin S, et al. Phase III Study of Docetaxel and Cisplatin Plus Fluorouracil Compared With Cisplatin and Fluorouracil As First-Line Therapy for Advanced Gastric Cancer: A Report of the V325 Study Group. *JCO*. 2006; 24(31): 4991-4997. doi:10.1200/JCO.2006.06.8429

8. Shah MA, Jhaver M, Ilson DH, et al. Phase II study of modified docetaxel, cisplatin, and

fluorouracil with bevacizumab in patients with metastatic gastroesophageal adenocarcinoma. *J Clin Oncol.* 2011; 29(7): 868-874. doi:10.1200/JCO.2010.32.0770.

9. Đinh Thị Hải Duyên. Đánh giá kết quả điều trị ung thư thực quản giai đoạn tiến triển, di căn bằng phác đồ mDCF. *Tạp chí Y học Việt Nam.* Published online 2018.

10. Trần Thị Kim Anh, Trịnh Lê Huy. Kết quả điều trị phác đồ m-dcf trong ung thư biểu mô thực quản giai đoạn di căn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *VMJ.* 2022; 519(1). doi:10.51298/vmj.v519i1.3529.

11. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol.* 1982; 5(6): 649-655.

12. Amin MB, Greene FL, Edge SB, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin.* 2017; 67(2): 93-99. doi:10.3322/caac.21388.

13. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: Revised RECIST guideline (version 1.1). *European Journal of Cancer.* 2009; 45(2): 228-247. doi:10.1016/j.ejca.2008.10.026.

14. Hironaka S, Tsubosa Y, Mizusawa J, et al. Phase I/II trial of 2-weekly docetaxel combined with cisplatin plus fluorouracil in metastatic esophageal cancer (JCOG0807). *Cancer Sci.* 2014; 105(9): 1189-1195. doi:10.1111/cas.12486.

15. Sato Y, Nishida M, Yagi K, et al. Clinical outcome of docetaxel plus cisplatin and fluorouracil (DCF) therapy for metastatic esophageal cancer. *Annals of Oncology.* 2016; 27: vii75-vii76. doi:10.1093/annonc/mdw521.004.

16. Ghazy HF, El-Hadaad HA, Wahba HA, Abbas R, Abbas OA. Metastatic Esophageal Carcinoma: Prognostic Factors and Survival. *J Gastrointest Cancer.* 2022; 53(2): 446-450. doi:10.1007/s12029-021-00610-4.

17. Guo X, Qin L, Yang R, Liu Y, Zhou S, Zhao W. Survival outcomes and prognostic factors of early-onset and late-onset metastatic esophageal cancer: a population-based study. *Sci Rep.* 2025; 15(1): 23588. doi:10.1038/s41598-025-08618-7.

18. Hu B, Zhu Y, Wu X. Comparison of prognostic factors of esophageal cancer between a Chinese cohort and the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) database: a retrospective cohort study. *J Gastrointest Oncol.* 2022; 13(2): 527-538. doi:10.21037/jgo-22-145.

Summary

FACTORS ASSOCIATED WITH TREATMENT OUTCOMES OF METASTATIC ESOPHAGEAL CANCER USING THE MDCF REGIMEN AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

A retrospective study was conducted to evaluate factors associated with treatment outcomes in patients with metastatic esophageal cancer receiving the mDCF chemotherapy regimen at Hanoi Medical University Hospital. 40 patients with metastatic esophageal cancer who had received at least four cycles of mDCF were included in the analysis. The results showed that the median progression-free survival (PFS) and overall survival (OS) were 6.4 months and 12.1 months, respectively. Multivariate regression analysis identified the number of chemotherapy cycles and treatment response as statistically significant prognostic factors. Other characteristics, including age, tumor location, T stage, number of metastatic sites, and chemotherapy dose, were not significantly associated with prognosis. The mDCF regimen demonstrated favorable efficacy in patients with metastatic esophageal cancer.

Keywords: Esophageal cancer, metastasis, mDCF, prognosis, Hanoi Medical University Hospital.