

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PACLITAXEL TRONG UNG THƯ THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN DI CĂN KHÁNG PLATINUM

Đào Thị Thảo Vân¹, Hoàng Mạnh Thắng^{1,2} và Phạm Tuấn Anh^{2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 67 bệnh nhân ung thư thực quản tiến triển di căn kháng Platinum, điều trị bằng Paclitaxel nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị. Trong nghiên cứu có 32,8% bệnh nhân di căn ngay từ đầu và 67,2% bệnh nhân tiến triển di căn sau điều trị triệt căn. Kết quả cho thấy tỷ lệ đáp ứng là 10,4%, bệnh ổn định đạt 40,3%, kiểm soát bệnh đạt 50,7%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (mPFS) đạt 3,1 tháng và trung vị thời gian sống thêm toàn bộ (mOS) đạt 6,0 tháng. Phân tích dưới nhóm ghi nhận tỷ lệ liều hóa chất là yếu tố có ảnh hưởng đến mPFS ($p = 0,006$). Độc tính chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1, 2), hay gặp nhất là thiếu máu (35,8%), không ghi nhận độc tính độ 4 hay tử vong do thuốc. Phác đồ Paclitaxel giúp cải thiện kết quả điều trị và bệnh nhân dung nạp thuốc tương đối tốt do vậy có thể áp dụng điều trị trong điều kiện ở nước ta hiện nay.

Từ khóa: Ung thư thực quản di căn, kháng Platinum, Paclitaxel.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là một ung thư đường tiêu hóa có tiên lượng xấu, đứng thứ 11 về tỷ lệ mắc mới và thứ 7 về tỷ lệ tử vong trong các bệnh ung thư trên toàn cầu vào năm 2022, với khoảng 510.716 ca mắc mới và 445.129 ca tử vong mỗi năm theo GLOBOCAN 2022.¹ Tại Việt Nam, căn bệnh này đứng thứ 12 về tỷ lệ mắc mới với hơn 3.686 ca và thứ 7 về tỷ lệ tử vong với hơn 3.470 ca, cho thấy đây là một gánh nặng y tế đáng kể.²

Mặc dù đã có những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, phần lớn bệnh nhân UTTQ vẫn được chẩn đoán ở giai đoạn muộn.³ Đối với các bệnh nhân ở giai đoạn này, mục tiêu điều trị chủ yếu là cải thiện chất lượng cuộc sống, kiểm soát triệu chứng và kéo dài thời gian sống thêm.⁴ Điều trị hóa chất toàn thân là phương pháp

chính cho ung thư thực quản giai đoạn tiến triển di căn. Các phác đồ hóa trị dựa trên Platinum (Cisplatin/5-Fluorouracil, FOLFOX, XELOX) được xem là lựa chọn hàng đầu.^{5,6} Mặc dù ban đầu có thể đạt được đáp ứng, tỷ lệ kháng thuốc sau đó khá cao. Lựa chọn điều trị bước 2 được ưu tiên miễn dịch như Pembrolizumab hoặc Ramucirumab kết hợp Paclitaxel tùy thuộc vào thể mô bệnh học và tình trạng PD-L1. Tuy nhiên tại Việt Nam, do rào cản chi phí nên hóa chất vẫn là một lựa chọn.

Paclitaxel là hóa chất nhóm taxane có vai trò trong điều trị ung thư thực quản.⁷ Paclitaxel được sử dụng đơn trị hoặc phối hợp, kể cả ở những bệnh nhân đã thất bại với các phác đồ hóa trị trước đó.⁸ Tuy nhiên, dữ liệu về hiệu quả của Paclitaxel ở bệnh nhân ung thư thực quản tiến triển di căn đã kháng Platinum còn hạn chế tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị Paclitaxel trong ung thư thực quản giai đoạn tiến triển di căn kháng Platinum.

Tác giả liên hệ: Phạm Tuấn Anh

Bệnh viện K

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 02/06/2026

Ngày được chấp nhận: 03/07/2026

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 67 bệnh nhân được chẩn đoán UTTQ giai đoạn tiến triển di căn đã kháng Platinum và được điều trị bằng phác đồ Paclitaxel tại Bệnh viện K từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2025.⁹

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bao gồm bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, giai đoạn tiến triển di căn đã kháng với hoá trị bước 1 có Platinum.

- Số chu kỳ điều trị Paclitaxel tối thiểu là 3 chu kỳ.

- Chỉ số toàn trạng (Performance Status): PS ≤ 2.

- Bệnh nhân có chức năng gan, thận, cơ quan tạo máu trong giới hạn cho phép.

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có bệnh ung thư khác kèm theo.

- Bệnh nhân không hoàn thành đủ liệu trình điều trị vì lý do ngoài chuyên môn.

- Mắc các bệnh nội khoa trầm trọng nguy cơ tử vong gần.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hồi cứu.

Cách chọn mẫu

Thuận tiện.

Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập thông tin bệnh nhân theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất dựa trên bệnh án tại kho hồ sơ Bệnh viện K.

Tiến hành

+ Thu thập thông tin hành chính và thông tin giai đoạn bệnh ban đầu như: Tuổi, giai đoạn bệnh, đặc điểm khối u nguyên phát và hạch, giải phẫu bệnh...

+ Thu thập thông tin chẩn đoán tiến triển di căn: Thời gian phát hiện bệnh tiến triển, triệu chứng cơ năng tại thời điểm tiến triển, di căn, các xét nghiệm cận lâm sàng giúp chẩn đoán tiến triển di căn.

+ Thu thập thông tin về quá trình điều trị: Bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị bằng phác đồ Paclitaxel đơn trị: Paclitaxel 80 mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1,8. Chu kì 3 tuần đối với bệnh nhân cao tuổi, có thể trạng yếu, và bệnh nhân ở gần có thể tiếp cận điều trị hàng tuần mà không gián đoạn do điều kiện đi lại.

Hoặc:

Paclitaxel 175 mg/m² - 200 mg/m², truyền tĩnh mạch ngày 1. Chu kì 3 tuần đối với bệnh nhân thể trạng tốt, chức năng tủy xương còn tốt có thể phục hồi sau chu kì 3 tuần và điều kiện đi lại hạn chế, khó tuân thủ nếu truyền hàng tuần.

+ Tất cả các bệnh nhân được điều trị từ 3 chu kỳ hóa chất trở lên, nếu có đáp ứng thì điều trị tiếp cho đến khi bệnh tiến triển hoặc không dung nạp được. Thời gian kết thúc theo dõi là tháng 4/2026.

Các thông tin cần thu thập khác

+ Số chu kỳ điều trị.

+ Phương pháp điều trị phối hợp khác (giảm đau, chống viêm, nuôi dưỡng hỗ trợ, mở thông dạ dày).

Đánh giá kết quả điều trị

+ Sau mỗi 3 chu kỳ hoặc khi có triệu chứng mới xuất hiện hoặc triệu chứng cũ xấu đi.

+ Đánh giá đáp ứng chủ quan: dựa vào các triệu chứng cơ năng: nuốt nghẹn, đau, khó thở... trước và sau điều trị.

+ Đáp ứng khách quan: Theo tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng điều trị đối với khối u đặc phiên bản 1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors-RECIST 1.1).

+ Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) được tính từ khi bắt đầu điều trị paclitaxel đơn trị đến khi bệnh tiến triển.

+ Đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ (OS) được tính từ khi bệnh nhân được điều trị với Paclitaxel cho đến khi tử vong với bất kì lí do nào.

+ Đánh giá tác dụng phụ: Dựa vào tiêu chuẩn đánh giá các biến cố bất lợi phiên bản 5.0 (Common Terminology Criteria for Adverse Events Version 5.0 - CTCAE).

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập vào phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê: trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, tứ phân vị, min, max. Phân tích sống thêm: ước lượng thời gian

sống thêm theo Kaplan-Meier, so sánh khác biệt bằng Log-rank test.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua tại Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội (Quyết định số 3765 /QĐ-ĐHYHN ngày 09/07/2025) và việc tiến hành nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện K, phác đồ sử dụng trong nghiên cứu được chấp thuận và ban hành trong hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế. Thông tin về người bệnh được giữ bí mật. Các thông tin thu được của bệnh nhân chỉ nhằm mục đích nghiên cứu để nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm	Kết quả		
	n	%	
Tuổi (năm), TB ± ĐLC (khoảng giá trị)	59,6 ± 7,3 (46 - 75)		
Chỉ số toàn trạng PS	0	24	35,8
	1	40	59,7
	2	3	4,5
Mức độ nuốt nghẹn	Không	11	16,4
	Độ 1	18	26,9
	Độ 2	19	28,4
	Độ 3	19	28,4
Mở thông dạ dày	Không	29	43,3
	Có	38	56,7
Tình trạng chẩn đoán	Di căn từ đầu	22	32,8
	Tiến triển di căn sau điều trị triệt căn	45	67,2
Phân loại mô bệnh học	Ung thư biểu mô vảy	65	97,0
	Ung thư biểu mô tuyến	2	3,0

Đặc điểm	Kết quả	
	n	%
Giai đoạn T (n = 22)	2	4
	3	13
	4a	3
	4b	2
Giai đoạn N (n = 22)	1	5
	2	13
	3	4
Vị trí di căn	Phổi	27
	Gan	9
	Hạch	31
	Xương	7
	Não	2
	Thượng thận	1
	Lách	1
Số cơ quan di căn	1	57
	2	8
	3	2
Cách dùng	Paclitaxel 80 mg/m ² ngày 1 và 8, mỗi 3 tuần	10
	Paclitaxel 175 - 200 mg/m ² ngày 1, mỗi 3 tuần	57

(TB ± ĐLC: Trung bình ± độ lệch chuẩn)

Bảng 1 trình bày các đặc điểm lâm sàng - bệnh học của bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Có tất cả 67 bệnh nhân. Tuổi trung bình $59,6 \pm 7,3$ (46 - 75 tuổi). Bệnh nhân trong nghiên cứu là nam (100%). Giải phẫu bệnh u thực quản cho thấy ung thư biểu mô vảy ở hầu hết bệnh nhân, có 2 trường hợp ung thư biểu mô tuyến. Tổn thương di căn thường gặp ở phổi, hạch, chiếm tỉ lệ lần lượt là 40,3% và 46,3%. Ngoài ra còn có một số bệnh nhân di căn gan (13,4%), xương (10,4%), não (3%), thượng thận (1,5%) và lách (1,5%).

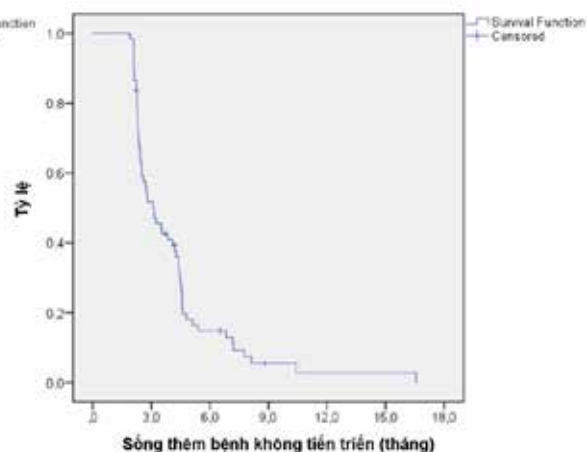
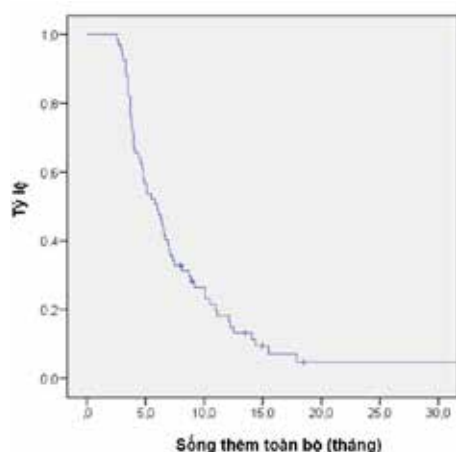
Phần lớn bệnh nhân có tiến triển di căn ở 1 cơ quan (85,1%). Bệnh nhân có thể trạng chung còn khá tốt trong đó PS 0 chiếm tỷ lệ 35,8% và PS 1 là 59,7%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là nuốt nghẹn, đa số bệnh nhân ở mức độ 2 và 3. Có 56,7% bệnh nhân được mở thông dạ dày. Bệnh nhân trong nghiên cứu có 32,8% được chẩn đoán di căn ngay từ đầu và 67,2% tiến triển di căn sau điều trị triệt căn. Tỉ lệ bệnh nhân được điều trị với phác đồ Paclitaxel chu kì 3 tuần là 85,1% và ở nhóm còn lại là 14,9%.

Bảng 2. Đặc điểm và đáp ứng điều trị

Đặc điểm		n (%)
Số chu kì điều trị	Hoàn thành 3 chu kì	67 (100%)
	Hoàn thành 6 chu kì	23 (34,3%)
Tỉ lệ liều hóa chất so với liều chuẩn	$\geq 95\%$	52 (77,6%)
	85% - <95%	13 (19,4%)
	< 85%	2 (3%)
Kết quả sau 3 chu kì	Đáp ứng một phần	7 (10,4%)
	Bệnh ổn định	27 (40,3%)
	Bệnh tiến triển	33 (49,3 %)

Bảng 2 trình bày đặc điểm và kết quả điều trị. Tỉ lệ bệnh nhân hoàn thành điều trị 3 chu kì và 6 chu kì lần lượt là 100% và 34,3%. Liều thuốc sử dụng trong nghiên cứu so với liều chuẩn đa số là $\geq 95\%$ (77,6%), có 2 bệnh nhân dùng liều < 85% (3%), còn lại là được dùng liều

từ 85% đến < 95% (19,4%). Bệnh nhân được đánh giá đáp ứng điều trị lần đầu sau khi kết thúc 3 chu kì. Tại thời điểm này, có 7 bệnh nhân (10,4%) đạt được đáp ứng một phần, bệnh ổn định ở 27 bệnh nhân (40,3%) và tiến triển ở 33 bệnh nhân (49,3%).



Biểu đồ 1. Phân tích Kaplan-Meier về thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Biểu đồ 1 phân tích PFS và OS. Trung vị thời gian theo dõi là 15,0 tháng. Trung vị thời gian sống bệnh không tiến triển (mPFS) trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,1 tháng (95% CI:

2,3 - 3,9 tháng), trung bình là 4,1 tháng (95% CI: 3,4 - 4,8 tháng). Trung vị sống thêm toàn bộ (mOS) là 6,0 tháng (95% CI: 4,5 - 7,5 tháng).

Bảng 3. Liên quan thời gian sống thêm với một số yếu tố

Đặc điểm		Trung vị PFS (tháng)	p	Trung vị OS (tháng)	p
PS	0	2,4	0,338	6,0	0,395
	1	3,5		5,8	
	2	2,8		3,7	
Số cơ quan di căn	1	3,5	0,068	6,4	0,007
	2	2,3		3,5	
	3	2,7		3,5	
Tỉ lệ liều hóa chất so với liều chuẩn	≥ 95%	4,2	0,006	6,6	0,041
	85% - <95%	2,6		4,6	
	< 85%	1,9		3,7	
Tình trạng chẩn đoán	Di căn từ đầu	3,1	0,732	4,9	0,178
	Tiến triển di căn sau điều trị triệt căn	3,2		6,3	

Bảng 3 trình bày mPFS và mOS các dưới nhóm. Bệnh nhân có một vị trí di căn có mPFS là 3,5 tháng, trong khi nhóm có từ 2 - 3 vị trí di căn là 2,3 tháng và 2,7 tháng. Nhóm di căn từ đầu và tiến triển di căn sau điều trị triệt căn có mPFS gần như tương đương nhau là 3,1 tháng so với 3,2 tháng. PS không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mPFS. Sự khác biệt mPFS chỉ có ý nghĩa thống kê khi tỉ lệ liều hóa chất so với liều chuẩn $\geq 95\%$, đạt mPFS là 4,2 tháng

và nhóm 85% - <95% và nhóm < 85% lần lượt là 2,6 tháng và 1,9 tháng với $p = 0,006$. Tương tự với mOS, có sự khác biệt giữa các nhóm liều hóa chất khi liều chuẩn $\geq 95\%$ đạt mOS 6,6 tháng, 2 nhóm còn lại lần lượt là 6,4 tháng và 3,7 tháng ($p = 0,041$). Ngoài ra, ở mOS thấy có sự khác biệt giữa số cơ quan di căn, trong đó di căn 1 cơ quan có mOS dài hơn các nhóm còn lại ($p = 0,007$).

Bảng 4. Một số tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	n (%)			
	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Hạ bạch cầu	2 (3%)	1 (1,5%)	0	0
Hạ tiểu cầu	1 (1,5%)	1 (1,5%)	0	0
Thiếu máu	21 (31,3%)	3 (4,5%)	1 (1,5%)	0
Tăng men gan	7 (10,4%)	1 (1,5%)	0	0
Biến chứng thần kinh	4 (6%)	0	0	0

Tác dụng không mong muốn	n (%)			
	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Tiêu chảy	0	0	0	0
Viêm miệng	0	0	0	0
Đau mỗi cơ khớp	4 (6%)	0	0	0

Bảng 4 trình bày các tác dụng không mong muốn của phác đồ điều trị. Nhìn chung các độc tính thường gặp trên hệ tạo huyết, thần kinh và cơ xương khớp, không ghi nhận bệnh nhân nào có độc tính trên hệ tiêu hóa. Độc tính thường gặp ở mức độ 1, 2, ít gặp độ 3, 4. Thiếu máu là độc tính trên hệ huyết học thường gặp nhất, trong đó độ 1, 2 gặp ở 24 bệnh nhân chiếm 35,8%, chỉ có 1 bệnh nhân bị thiếu máu độ 3 (1,5%). Hạ bạch cầu và tiểu cầu ít gặp, tất cả đều là độ 1,2 chiếm từ 1,5 - 3%. Có 8 bệnh nhân tăng men gan độ 1, 2 chiếm tỉ lệ 11,9%. Độc tính thần kinh ngoại vi độ 1 chiếm 6%. Đau mỗi cơ khớp thấy ở 4 bệnh nhân (6%). Không có bệnh nhân nào tử vong do biến chứng của độc tính trong quá trình điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần bệnh nhân có yếu tố tiên lượng xấu do giai đoạn muộn, kháng với hóa chất nền tảng Platinum, thuật ngữ kháng Platinum ở đây được hiểu dưới góc độ tình trạng bệnh tiến trong hoặc ngay sau khi điều trị có chứa platinum. Cụ thể, với nhóm di căn ngay từ đầu, bệnh nhân trong nghiên cứu tiến triển khi đang điều trị với Platinum ở bước 1. Với nhóm bệnh tiến triển di căn, bệnh nhân phát hiện di căn sau điều trị triệt căn bằng hóa xạ đồng thời với Platinum trong thời gian ngắn (< 6 tháng). Các bệnh nhân đã trải qua quá trình điều trị với một số phác đồ trước đó và PS 1-2 chiếm 64,2%. Sau 3 chu kì điều trị, có 33 trường hợp bệnh tiến triển trên hình ảnh học theo RECIST 1.1 (49,3%). Tuy nhiên, cũng

có 7 bệnh nhân (10,4%) đạt đáp ứng một phần và 27 bệnh nhân (40,3%) đạt được tình trạng bệnh ổn định, đem lại tỉ lệ kiểm soát bệnh là 50,7%. Kết quả nghiên cứu cho thấy mPFS đạt 3,1 tháng (95% CI: 2,3 - 3,9 tháng) mOS đạt 6,0 tháng (95% CI: 4,5 - 7,5 tháng). Kết quả này tương đồng khi so sánh với các thử nghiệm lâm sàng pha II, III trên thế giới.

Trong thử nghiệm pha III ATTRACTION-3, có 209 bệnh nhân ở nhánh chứng sử dụng hóa chất Taxane đơn trị (Paclitaxel hoặc Docetaxel), hầu hết các bệnh nhân tiến triển, di căn có PS 0-1, tất cả đều có thể mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy (SCC), được điều trị bước 2 với Paclitaxel 100 mg/m² hàng tuần hoặc Docetaxel 75 mg/m² mỗi 3 tuần. Kết quả cho thấy mPFS dao động từ 2,1 đến 3,9 tháng.¹⁰ Tương tự, trong thử nghiệm lâm sàng pha II IKF-AIO-RAMOS Trial với 21 bệnh nhân UTTQ tiến triển có PS 0-1, thể mô bệnh học SCC, nhánh Paclitaxel đơn trị 80 mg/m² truyền hàng tuần đạt mPFS khoảng 3,5 tháng và mOS là 9,2 tháng, cao hơn một chút so với nghiên cứu của chúng tôi.¹¹ Một nghiên cứu của Amit Joshi và cộng sự về hiệu quả của Paclitaxel đơn trị trên bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn tiến triển di căn từ tháng 9 năm 2010 đến tháng 10/2014 có 350 bệnh nhân được đưa vào phân tích. Trong đó, 58% thể mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy và 42% là ung thư biểu mô tuyến, có 58,6% bệnh nhân di căn xa và 41,4% bệnh nhân chưa di căn xa, bệnh nhân dùng Paclitaxel 80 mg/m² truyền hàng tuần ở bước 2 hoặc muộn hơn, có 37,7% dùng ở bước 1 như

điều trị giảm nhẹ. Tỷ lệ đáp ứng tổng thể là 32% (đáp ứng hoàn toàn, 2,5% + đáp ứng một phần, 29,5%). mPFS là 4,0 tháng (95% CI: 3,6 - 4,3 tháng) và mOS là 10 tháng (95% CI: 8,5 - 11,4 tháng).⁸ Trong bối cảnh so sánh với nghiên cứu tương tự tại Châu Á, nghiên cứu của Ken Kato và cộng sự (Nhật Bản) trên nhóm bệnh nhân ung thư thực quản tiến triển kháng Platinum, có 53 bệnh nhân tham gia nghiên cứu (98% bệnh nhân ung thư biểu mô vảy và 2% ung thư biểu mô tuyến), được điều trị bước 2 với Paclitaxel 100 mg/m² hàng tuần. Kết quả mPFS ghi nhận được là 4,8 tháng và mOS là 10,4 tháng.¹² Kết quả mPFS 3,1 tháng của chúng tôi có phần thấp hơn, điều này có thể do gánh nặng bệnh tật của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao với 14,9% bệnh nhân đã di căn từ 2 cơ quan trở lên và tỷ lệ bệnh tiến triển ngay sau 3 chu kỳ đầu lên tới 49,3%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, yếu tố được phát hiện có tương quan với mPFS và mOS là tỷ lệ liều hóa chất thực tế nhận được so với liều chuẩn ($p = 0,006$ và $p = 0,041$). Nhóm duy trì được liều trên 95% đạt mPFS tối ưu lên tới 4,2 tháng, tiệm cận với kết quả cao nhất trong nghiên cứu OGSG1201 (mPFS đạt 4,4 tháng với phác đồ Paclitaxel hàng tuần),¹³ ngoài ra yếu tố khác như số cơ quan di căn có ảnh hưởng đến mOS ($p = 0,007$) phù hợp với nguyên lý gánh nặng khối u. Tình trạng chẩn đoán không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bên cạnh hiệu quả điều trị, tính an toàn là yếu tố quan trọng khi lựa chọn phác đồ tiếp theo cho giai đoạn muộn. Dữ liệu độc tính trong nghiên cứu của chúng tôi minh chứng phác đồ Paclitaxel có độ an toàn cao và độc tính nằm trong tầm kiểm soát. Hầu hết các tác dụng không mong muốn chỉ xuất hiện ở mức độ nhẹ (độ 1, 2). Thiếu máu là độc tính huyết học phổ biến nhất với tỷ lệ độ 1, 2 là 35,8%. Độc tính hạ

bạch cầu và hạ tiểu cầu chỉ chiếm tỷ lệ rất thấp (từ 1,5% - 3%) và không có ca nào gặp độc tính độ 3, 4. Kết quả này thấp hơn so với nhóm sử dụng Docetaxel trong nghiên cứu OGSG1201, với tỉ lệ hạ bạch cầu độ 3, 4 lên tới hơn 50%.¹³ Các độc tính khác như tăng men gan (11,9%), biến chứng thần kinh ngoại vi (6%) hay đau mỗi cơ khớp (6%) đều gặp ở mức độ nhẹ. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi với thiết kế đơn trung tâm và có cỡ mẫu nhỏ là những hạn chế trong đánh giá các yếu tố liên quan đến sống còn và độc tính của phác đồ điều trị này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi về điều trị ung thư thực quản tiến triển di căn bằng phác đồ Paclitaxel cho thấy tỷ lệ kiểm soát bệnh 50,7% (10,4% bệnh đáp ứng một phần, 40,3% bệnh ổn định) và mPFS là 3,1 tháng. Phác đồ có độ an toàn chấp nhận được. Vì vậy, phác đồ Paclitaxel là một lựa chọn khả thi và hiệu quả, góp phần cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn muộn.

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. Qi L, Sun M, Liu W, et al. Global esophageal cancer epidemiology in 2022 and predictions for 2050: A comprehensive analysis and projections based on GLOBOCAN data. *Chin Med J (Engl).* 2024; 137(24): 3108-3116. doi: 10.1097/CM9.0000000000003420.
3. Kelsen DP, Ginsberg RJ, Ajani JA, et al. *Principles and Practice of Gastrointestinal Oncology.* Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

4. National Comprehensive Cancer Network. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) - Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers*. Version 2.2024.
5. Tsushima T, Hironaka S, Tsubosa Y, et al. First-line docetaxel once every 2 weeks with cisplatin plus fluorouracil for metastatic esophageal cancer: a multicenter, randomized controlled phase III study (JCOG1314, MIRACLE). *JCO Oncol Adv*. 2025; 2(1): e2500064. doi:10.1200/OA-25-00064.
6. Baumgartner R, Taghizadeh H, Jomrich G, et al. Utilization and efficacy of palliative chemotherapy for locally advanced or metastatic gastroesophageal carcinoma. *Anticancer Res*. 2020; 40(2): 965-975. doi:10.21873/anticancer.14030.
7. Rowinsky EK, Donehower RC. Paclitaxel (Taxol). *N Engl J Med*. 1995; 332(15): 1004-1014. doi: 10.1056/NEJM199504133321507.
8. Joshi A, Singh S, Bansal N, et al. Outcomes with palliative weekly paclitaxel in advanced, recurrent, and metastatic esophageal cancer-Real world experience. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*. 2018; 39(01): 46-51. doi: 10.4103/ijmpo.ijmpo_39_17.
9. National Cancer Institute. Platinum-resistant cancer. NCI Dictionary of Cancer Terms. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/platinum-resistant-cancer>. Truy cập ngày 18 tháng 5, 2026.
10. Kato K, Cho BC, Takahashi M, et al. Nivolumab versus chemotherapy in patients with advanced oesophageal squamous cell carcinoma refractory or intolerant to previous chemotherapy (ATTRACTION-3): a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2019; 20(11): 1506-1517. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30626-6.
11. Scheck MK, Goetze TO, Ettrich TJ, et al. Paclitaxel/ramucirumab versus paclitaxel in 2nd-line therapy of advanced esophageal squamous cell carcinoma: randomized phase II IKF-AIO-RAMOS trial. *Oncology*. 2024; 102(11): 549-556. doi: 10.1159/000541174.
12. Kato K, Tahara M, Hironaka S, et al. A phase II study of paclitaxel by weekly 1-h infusion for advanced or recurrent esophageal cancer in patients who had previously received platinum-based chemotherapy. *Cancer Chemother Pharmacol*. 2011; 67(6): 1265-1272. doi: 10.1007/s00280-010-1422-x.
13. Yamamoto S, Kawakami H, Kii T, et al. Randomized phase II study of docetaxel versus paclitaxel in patients with esophageal squamous cell carcinoma refractory to fluoropyrimidine- and platinum-based chemotherapy: OGS1201. *Eur J Cancer*. 2021; 154: 307-315. doi:10.1016/j.ejca.2021.06.035.

Summary

TREATMENT OUTCOMES OF PACLITAXEL MONOTHERAPY IN ADVANCED METASTATIC PLATINUM-RESISTANT ESOPHAGEAL CANCER

This retrospective, descriptive study evaluated 67 patients with advanced or metastatic platinum-resistant esophageal cancer treated with paclitaxel. The study aimed to describe baseline clinical characteristics and evaluate treatment outcomes. In the study cohort, 32.8% of patients presented with metastatic disease at initial diagnosis, while 67.2% developed metastasis after curative-intent treatment. The objective response rate was 10.4%, the stable disease rate was 40.3%, and the disease control rate was 50.7%. The median progression-free survival (mPFS) was 3,1 months, and the median overall survival (mOS) was 6.0 months. Subgroup analysis revealed that the relative dose intensity of paclitaxel significantly influenced mPFS ($p = 0.006$). Toxicity was predominantly mild to moderate (grade 1–2), with anemia being the most common adverse event (35.8%). No grade 4 toxicities or treatment-related deaths were observed. Paclitaxel demonstrated meaningful clinical benefit with acceptable tolerability. Therefore, this regimen represents a feasible treatment option for patients with platinum-resistant advanced or metastatic esophageal cancer in the current clinical setting in Vietnam.

Keywords: Metastatic esophageal cancer, platinum-resistant, paclitaxel.