

# KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG VINORELBINE ĐƠN TRỊ ĐƯỜNG UỐNG TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN GIAI ĐOẠN 2023-2024

Nguyễn Thị Cần, Dương Thị Hằng

Trường Đại học Y khoa Vinh

Nghiên cứu nhằm khảo sát hiệu quả và tác dụng không mong muốn của vinorelbine đường uống trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. Nghiên cứu được thực hiện trên 101 bệnh nhân. Kết quả cho thấy: tuổi trung bình  $68,5 \pm 8,7$ . Nam/nữ: 5,3/1; đau ngực (28,7%) và ho khan (25,7%) là hai triệu chứng lâm sàng được cải thiện nhiều nhất; không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn, 18,8% đáp ứng một phần, 38,6% bệnh ổn định, 42,6% bệnh tiến triển; liều 70-80 mg/m<sup>2</sup> tỷ lệ xuất hiện tác dụng không mong muốn gấp 2,6 lần liều 30-40mg/m<sup>2</sup>; các tác dụng không mong muốn bệnh nhân gặp phải trong quá trình nghiên cứu phần lớn là độ 1 và độ 2 (88,9%); không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn với điều trị, bệnh ở giai đoạn sớm có đáp ứng điều trị tốt hơn so với giai đoạn muộn. Tỷ lệ đáp ứng điều trị và tỷ lệ xuất hiện tác dụng không mong muốn tăng theo liều dùng.

**Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, vinorelbine, RECIST, tác dụng không mong muốn.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến trên toàn thế giới trong những thập kỷ gần đây, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư thường gặp. UTP đang trở thành mối đe dọa sức khỏe con người và sự phát triển toàn cầu. Dựa vào các đặc điểm mô bệnh học, ung thư phổi chia làm hai loại chính: ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN) và ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN). UTPKTBN chiếm 75-80% số bệnh nhân ung thư phổi, phần lớn là các bệnh nhân cao tuổi. Ngày nay, với sự đa dạng về kỹ thuật chẩn đoán và các phương pháp điều trị; việc phát hiện và điều trị UTPKTBN đã có nhiều tiến bộ [1]. Khi bệnh ở giai đoạn tiến xa và không thể phẫu thuật được, phương pháp điều trị chính là hóa trị và xạ trị [2-3]. Hóa trị là phương pháp đóng vai trò quan trọng trong điều trị UTPKTBN giai đoạn tiến xa. Có rất nhiều hóa chất được chỉ định trong hóa trị UTPKTBN, trong đó Vinorelbine là một trong những hóa chất được chỉ định cho bệnh

nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa. Vinorelbine có 2 đường dùng: tiêm tĩnh mạch và đường uống. Tuy nhiên, đường uống là đường dùng được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng. Vinorelbine mang lại nhiều lợi ích lâm sàng; đặc biệt cho các đối tượng người bệnh tuổi cao, thể trạng yếu hoặc bệnh nhân ở xa. Bệnh nhân được điều trị có khả năng sống sót tốt hơn và có xu hướng cải thiện chất lượng cuộc sống [4-6].

Hiện nay ở Việt Nam nói chung và tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An nói riêng có một số nghiên cứu về Vinorelbine trong điều trị UTPKTBN, nhưng hầu hết các nghiên cứu này chủ yếu tập trung vào các phác đồ phối hợp Vinorelbine với các hóa chất khác. Các dữ liệu đánh giá về phác đồ Vinorelbine đơn chất còn nhiều hạn chế. Đặc biệt, tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An chưa có nghiên cứu nào về khảo sát một cách đầy đủ về tình hình sử dụng Vinorelbine đơn trị đường uống cũng như hiệu quả hóa trị và tác dụng không mong muốn (TDKMM) trên lâm sàng trong điều trị UTPKTBN. Do đó, với mục đích giúp các bác sĩ lâm sàng nắm vững kiến thức sử dụng Vinorelbine cũng như dự phòng các TDKMM

Tác giả chính: Nguyễn Thị Cần  
Email: [pharmacistcannnguyen@gmail.com](mailto:pharmacistcannnguyen@gmail.com)

nhằm đảm bảo sử dụng thuốc an toàn - hợp lý - hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Khảo sát tình hình sử dụng Vinorelbine đơn trị đường uống trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An giai đoạn 2023-2024” với mục tiêu khảo sát thực trạng sử dụng Vinorelbine đường uống trong điều trị và tác dụng không mong muốn của Vinorelbine đường uống trong điều trị UTPKTBN tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN hóa trị Vinorelbine đơn trị đường uống tại Bệnh viện ung bướu Nghệ An bắt đầu hóa trị từ tháng 03/2023 đến tháng 04/2024.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:* Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTPKTBN giai đoạn III, IV; bệnh nhân hóa trị Vinorelbine đơn trị đường uống; bệnh nhân hóa trị ít nhất 3 chu kỳ; bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi; bệnh nhân có hồ sơ đầy đủ.

*Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; bệnh nhân mắc ung thư thứ 2; bệnh nhân bỏ hóa trị không vì lý do chuyên môn; bệnh nhân đang tham gia thử nghiệm lâm sàng khác; bệnh nhân suy gan; bệnh nhân suy thận; bệnh nhân có thai; bệnh nhân cho con bú.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu:* hồi cứu mô tả cắt ngang.

*Cỡ mẫu nghiên cứu:* cỡ mẫu toàn bộ. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN hóa trị Vinorelbine đơn trị đường uống tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An bắt đầu hóa trị từ tháng 03/2023 đến tháng 04/2024, thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

*Nội dung/ chỉ số nghiên cứu:* tuổi, giới tính, giai đoạn bệnh, loại mô bệnh học, triệu chứng lâm sàng, tình trạng di căn, phương pháp điều trị trước nghiên cứu, bệnh lý kèm theo, liều dùng, chất chỉ điểm u, đáp ứng điều trị, TDKMM.

### *Quy trình tiến hành nghiên cứu:*

Bước 1: Bệnh nhân chẩn đoán UTPKTBN hóa trị bằng Vinorelbine đơn trị đường uống, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 2: Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án vào bệnh án nghiên cứu.

Bước 3: Khảo sát hiệu quả điều trị và TDKMM của Vinorelbine trong cả quá trình và sau mỗi 3, 6, 9, 12 chu kỳ.

Bước 4: Xử lý số liệu và viết báo cáo kết quả.

*Phương pháp xử lý số liệu:* Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2010 và SPSS version 20.0.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng khoa học của trường đại học Y khoa Vinh, Ban giám đốc bệnh viện Ung bướu Nghệ An và sự đồng ý của bệnh nhân. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Các số liệu thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, nhằm mục đích nào khác. Nghiên cứu của chúng tôi không ảnh hưởng đến sức khỏe, lợi ích của đối tượng nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 101 bệnh nhân, tuổi trung bình  $68,5 \pm 8,7$ , từ 60-69 tuổi (41,6%). Tỷ lệ nam/nữ: 5,3/1. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu khi phát hiện ung thư phổi đã ở giai đoạn tiến xa; trong đó bệnh nhân ở giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất (73,3%), 73,2% bệnh nhân có di căn với tỷ lệ di căn 1 cơ quan và di căn nhiều cơ quan đều là 36,6%, 24,8% bệnh nhân có các bệnh lý kèm theo. Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải các triệu chứng giảm, trong đó đau ngực (28,7%) và ho khan (25,7%) là hai triệu chứng được cải thiện nhiều nhất. Không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn với điều trị, 19 bệnh nhân đáp ứng một phần (18,8%), 39 bệnh nhân ổn định (38,6%) và 43 bệnh nhân bệnh tiến triển (42,6%).

Bảng 1. Đáp ứng điều trị theo giai đoạn bệnh

| Giai đoạn   | Bệnh tiến triển |      | Bệnh ổn định |      | Đáp ứng một phần |      | Đáp ứng hoàn toàn |   |
|-------------|-----------------|------|--------------|------|------------------|------|-------------------|---|
|             | N               | %    | n            | %    | N                | %    | n                 | % |
| IIIA (n=8)  | 2               | 25,0 | 2,5          | 25,0 | 4                | 50,0 | 0                 | 0 |
| IIIB (n=16) | 7               | 43,8 | 6            | 37,6 | 3                | 18,8 | 0                 | 0 |
| IIIC (n=3)  | 1               | 33,3 | 1            | 33,3 | 1                | 33,4 | 0                 | 0 |
| IV (n=74)   | 33              | 44,6 | 30           | 40   | 11               | 14,9 | 0                 | 0 |

Giai đoạn IIIA, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng một phần là 50%, bệnh tiến triển là 25%, trong khi trong giai đoạn IV có tỷ lệ đáp ứng một phần chỉ 14,9% còn tỷ lệ bệnh tiến triển lên đến 44,6%.

Bảng 2. Đánh giá đáp ứng theo liều hóa trị

| Liều (mg/m <sup>2</sup> ) | Bệnh tiến triển |        | Bệnh ổn định |      | Đáp ứng một phần |       | Đáp ứng hoàn toàn |   |
|---------------------------|-----------------|--------|--------------|------|------------------|-------|-------------------|---|
|                           | N               | %      | n            | %    | N                | %     | N                 | % |
| 30 - 40 (n=1)             | 1               | 100,00 | 0            | 0,00 | 0                | 0     | 0                 | 0 |
| 40 - 50 (n=7)             | 3               | 42,9   | 4            | 57,1 | 0                | 0     | 0                 | 0 |
| 50 - 60 (n=47)            | 24              | 51,1   | 18           | 38,3 | 5                | 10,6  | 0                 | 0 |
| 60 - 70 (n=31)            | 11              | 35,5   | 12           | 38,7 | 8                | 25,8  | 0                 | 0 |
| 70 - 80 (n=15)            | 4               | 26,7   | 5            | 33,3 | 6                | 40,00 | 0                 | 0 |

Không có bệnh nhân nào đáp ứng một phần ở liều 30-40 mg/m<sup>2</sup>, liều 70-80 mg/m<sup>2</sup> lên đến 40,0%, liều 30-40 mg/m<sup>2</sup> có tỷ lệ bệnh tiến triển cao nhất (100%), liều 70-80 mg/m<sup>2</sup> tỷ lệ bệnh tiến triển chỉ còn 26,7%.

Bảng 3. Tỷ lệ xuất hiện tác dụng không mong muốn theo liều

| TDKMM              | Liều (mg/m <sup>2</sup> /tuần) |                   |                    |                     |                    |
|--------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
|                    | 30 - 40<br>(n1=1 )             | 40 - 50<br>(n2=7) | 50 - 60<br>(n3=47) | 60 - 70<br>(n4= 31) | 70 - 80<br>(n5=15) |
|                    | %                              | %                 | %                  | %                   | %                  |
| Mệt mỏi            | 0                              | 28,6              | 17,0               | 22,6                | 53,3               |
| Nôn                | 0                              | 14,3              | 21,3               | 12,9                | 46,7               |
| Buồn nôn           | 0                              | 28,6              | 25,5               | 25,8                | 33,3               |
| Giảm hồng cầu      | 0                              | 28,6              | 19,1               | 16,1                | 33,3               |
| Giảm bạch cầu      | 0                              | 0                 | 6,4                | 9,7                 | 13,3               |
| Giảm tiểu cầu      | 100                            | 0                 | 8,5                | 9,7                 | 6,7                |
| Giảm hematocrit    | 0                              | 28,6              | 21,3               | 16,1                | 26,7               |
| Giảm hemoglobin    | 0                              | 14,3              | 8,5                | 19,4                | 26,7               |
| Tăng creatinin máu | 0                              | 0                 | 4,3                | 9,7                 | 6,7                |
| Tăng ALT           | 0                              | 0                 | 8,5                | 9,7                 | 6,7                |
| Tăng AST           | 0                              | 0                 | 4,3                | 9,7                 | 6,7                |
| Trung bình         | 9,1                            | 12,9              | 13,1               | 14,7                | 23,6               |

Liều 30-40mg/m<sup>2</sup> tỷ lệ xuất hiện chỉ 9,1%, đến liều 40-50 mg/m<sup>2</sup> tỷ lệ xuất hiện tăng lên 12,9%, liều 50-60 mg/m<sup>2</sup> tỷ lệ xuất hiện là 13,1%, liều 60-70 mg/m<sup>2</sup> tỷ lệ xuất hiện lên đến 14,7%, liều 70-80 mg/m<sup>2</sup> tỷ lệ xuất hiện là 23.6% (gấp 2,6 lần liều 30-40mg/m<sup>2</sup>).

*Bảng 4. Mức độ nghiêm trọng của tác dụng không mong muốn trong quá trình nghiên cứu*

| TDKMM              | Mọi mức độ | Độ 1 | Độ 2 | Độ 3 |
|--------------------|------------|------|------|------|
| Mệt mỏi            | 24,8       | 9,9  | 7,9  | 6,9  |
| Nôn                | 21,8       | 11,9 | 6,9  | 3,0  |
| Buồn nôn           | 26,7       | 8,9  | 13,9 | 4,0  |
| Giảm bạch cầu      | 7,9        | 5,0  | 3,0  | 0    |
| Giảm tiểu cầu      | 8,9        | 5,0  | 4,0  | 0    |
| Giảm hemoglobin    | 14,9       | 10,9 | 4,0  | 0    |
| Tăng creatinin máu | 5,9        | 4,0  | 2,0  | 0    |
| Tăng ALT           | 7,9        | 4,0  | 4,0  | 0    |
| Tăng AST           | 5,9        | 4,0  | 2,0  | 0    |

Các TDKMM mà bệnh nhân gặp phải trong quá trình nghiên cứu phần lớn có mức độ 1 và mức độ 2 (88,9%). Trong đó, độ 1 chiếm tỷ lệ cao hơn (50,8%).

*Bảng 5. Tương quan giữa liều dùng với đáp ứng điều trị và TDKMM*

| Liều dùng (mg/m2) | Tỷ lệ đáp ứng một phần (%) | Tỷ lệ gặp TDKMM (%) |
|-------------------|----------------------------|---------------------|
| 30-40 (n=1)       | 0                          | 9,1                 |
| 40-50 (n=7)       | 0                          | 12,9                |
| 50-60 (n=47)      | 10,6                       | 13,1                |
| 60-70 (n=31)      | 25,8                       | 14,7                |
| 70-80 (n=15)      | 40,0                       | 23,6                |

Liều 70-80 mg/m2 có tỷ lệ đáp ứng tốt nhất (40,0%), cao gần gấp 4 lần liều 50-60 mg/m2 (10,6%) trong khi tỷ lệ gặp TDKMM của liều 50-60 mg/m2 chỉ thấp hơn liều 70-80 mg/m2 8,9%.

#### IV. BÀN LUẬN

Qua khảo sát trên 101 bệnh nhân sử dụng Vinorelbine đơn trị đường uống điều trị UTPKTN tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An trong khoảng thời gian từ tháng 3/2023 đến tháng 4/2024, chúng tôi ghi nhận số tuổi trung bình mắc bệnh ở nhóm nghiên cứu là  $68,5 \pm 8,7$  tuổi. Lứa tuổi thường gặp nhất là 60-69 tuổi, chiếm 41,6%. Tỷ lệ mắc ung thư phổi ở nam giới cao hơn nữ giới, tỷ lệ nam/nữ là 5,3/1. Phần lớn bệnh nhân khi phát hiện ung thư phổi đã ở giai đoạn muộn, trong đó bệnh nhân ở giai đoạn IV chiếm đa số (73,3%), giai đoạn III là 26,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Loan (2017), 78,1% bệnh nhân giai đoạn IV; 21,9% bệnh nhân giai đoạn III; tác giả Gridelli và cộng sự (2004) 75% bệnh nhân giai đoạn IV; 25% bệnh nhân giai đoạn III; tác giả Rosell (2002) 68%

bệnh nhân giai đoạn IV. Như vậy, đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn IV cho thấy phần lớn bệnh nhân ung thư phổi đến viện khám khi bệnh đã ở giai đoạn muộn [7-9]. Có 73,2% bệnh nhân có di căn với tỷ lệ di căn 1 vị trí và di căn nhiều vị trí đều là 36,6%. Kết quả nghiên cứu cho thấy 24,8% bệnh nhân có các bệnh lý kèm theo, trong đó tăng huyết áp là bệnh lý kèm theo phổ biến nhất chiếm 16,8%, 11,9% nhân mắc đái tháo đường.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân gặp phải các triệu chứng giảm, trong đó đau ngực và ho khan là hai triệu chứng được cải thiện nhiều nhất, với tỷ lệ giảm lần lượt là 28,7% và 25,7%. Theo tiêu chuẩn RECIST, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn với điều trị, 18,8% bệnh nhân đáp ứng một phần, 38,6% bệnh nhân ổn định và 42,6% bệnh nhân bệnh tiến triển. Tỷ lệ

kiểm soát bệnh là 57,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Glidelli và cộng sự (2004): không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn, 11% bệnh nhân nghiên cứu đáp ứng một phần và 45% bệnh nhân ổn định. Nghiên cứu này có 77% bệnh nhân bị di căn. Phân tích đáp ứng điều trị theo giai đoạn trong nghiên cứu của tác giả Glidelli (2004), bệnh ở giai đoạn sớm hơn có đáp ứng điều trị tốt hơn so với giai đoạn muộn: trong nghiên cứu có 7,9% bệnh nhân giai đoạn IIIA, 15,8% bệnh nhân IIIB, 3,0% IIIC bệnh nhân, 73,3% bệnh nhân giai đoạn IV và tỷ lệ đáp ứng một phần và bệnh ổn định lần lượt là 75,0%, 56,4%, 66,7%, 55,4%.

TDKMM của Vinorelbine có xu hướng tăng theo liều dùng, liều thấp tỷ lệ gặp TDKMM ít hơn so với liều cao: liều 30-40mg/m<sup>2</sup> tỷ lệ xuất hiện chỉ 9,1%, đến liều 40-50 mg/m<sup>2</sup> tỷ lệ xuất hiện tăng lên 12,9%, liều 50-60 mg/m<sup>2</sup> tỷ lệ xuất hiện là 13,1%, liều 60-70 mg/m<sup>2</sup> tỷ lệ xuất hiện lên đến 14,7%, liều 70-80 mg/m<sup>2</sup> tỷ lệ xuất hiện là 23,6% (gấp 2,6 lần liều 30-40mg/m<sup>2</sup>). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Huy (2020) (10,7%; 14,3%; 14,5%; 28,0%; 2,6 lần). Như vậy, liều cao có tỷ lệ gặp phải TDKMM cao hơn so với liều thấp [10]. Các TDKMM mà bệnh nhân gặp phải trong quá trình nghiên cứu có mức độ không quá nghiêm trọng, phần lớn là độ 1 và độ 2 (88,9%); trong đó, độ 1 cao gần gấp 1,3 lần độ 2 (50,8% và 38,1%).

Tỷ lệ đáp ứng điều trị và tỷ lệ xuất hiện TDKMM tăng theo liều dùng, liều cao có đáp ứng tốt hơn; tuy nhiên gặp phải TDKMM cũng nhiều hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, mức liều 60-70 mg/m<sup>2</sup> của Vinorelbine có đáp ứng điều trị cũng như tỷ lệ gặp TDKMM tối ưu nhất so với các mức liều khác trong điều trị.

Cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn, số lượng bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được chỉ định Vinorelbine chưa nhiều, lấy mẫu và

thông tin thu thập còn nhiều hạn chế, dẫn đến kết quả chưa có nhiều ý nghĩa thống kê.

Hình thức lấy số liệu là hồi cứu bệnh án ngoại trú nên thông tin thu thập được về các biểu hiện lâm sàng cũng như TDKMM của bệnh nhân phụ thuộc vào ghi chép của bác sĩ trong hồ sơ bệnh án, thông tin thu thập được chưa đầy đủ để đưa vào phân tích, đánh giá và bàn luận.

## V. KẾT LUẬN

Không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn với điều trị, đáp ứng điều trị có xu hướng tăng theo liều dùng. UTPKTBN giai đoạn sớm có đáp ứng với Vinorelbine tốt hơn giai đoạn muộn. Tỷ lệ đáp ứng điều trị và tỷ lệ xuất hiện TDKMM tăng theo liều dùng, liều cao có đáp ứng tốt hơn tuy nhiên gặp phải TDKMM cũng nhiều hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Travis, W.D., Brambilla, et-al. WHO Classification of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart. WHO. 2014;Fourth edition.
2. Ngô Quý Châu. Ung thư phổi. Nhà xuất bản Y học; 2008.
3. Ngô Quý Châu. Bệnh lý u phổi - khí phế quản. Bệnh hô hấp. Nhà xuất bản Y học; 2011. p. 219–309.
4. Nobili S, Lavacchi D, Perrone G, Vicini G, Tassi R, Landini I, et al. Vinorelbine in Non-Small Cell Lung Cancer: Real-World Data From a Single-Institution Experience. *Oncol Res*. 2020 May 29;28(3):237–48.
5. Perri F, Lazzari G, Della Vittoria Scarpato G, Silvano G. Oral vinorelbine: a feasible and safe partner for radiotherapy in the treatment of locally advanced non-small cell lung cancer. *OncoTargets Ther*. 2016;9:2359–64.
6. Wozniak AJ. Single-agent vinorelbine in the treatment of non-small cell lung cancer. *Semin Oncol*. 1999 Oct;26(5 Suppl 16):62–6; discussion 71-72.
7. Vũ Thị Loan. Khảo sát tình hình sử dụng vinorelbine trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Trung tâm y học hạt nhân và ung bướu bệnh viện Bạch Mai. Khóa luận tốt nghiệp đại học ngành Dược học - Đại học Quốc Gia Hà Nội. 2017;

8. Gridelli C, Manegold C, Mali P, Reck M, Portalone L, Castelnau O, et al. Oral vinorelbine given as monotherapy to advanced, elderly NSCLC patients: a multicentre phase II trial. *Eur J Cancer*. 2004 Nov 1;40(16):2424–31.
9. Rosell R, Gatzemeier U, Betticher DC, Keppler U, Macha HN, Pirker R, et al. Phase III randomised trial comparing paclitaxel/carboplatin with paclitaxel/cisplatin in patients with advanced non-small-cell lung cancer: a cooperative multinational trial. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 2002 Oct;13(10):1539–49.
10. Nguyễn Quang Huy. Khảo sát tình hình sử dụng vinorelbine trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Trung tâm y học hạt nhân và ung bướu bệnh viện Bạch Mai. Khóa luận tốt nghiệp đại học ngành Dược học - Đại học Quốc Gia Hà Nội. 2020.

## SUMMARY

### **SURVEY ON THE USE OF VINOELBINE ORAL MONHOOTREATMENT IN PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL IN 2023-2024**

The study aims to investigate the efficacy and adverse effects of oral vinorelbine in treating non-small cell lung cancer at Nghe An Oncology Hospital. The study was conducted on 101 patients. The results show: an average age of  $68.5 \pm 8.7$ . Male/female ratio: 5.3/1; chest pain (28.7%) and dry cough (25.7%) were the two clinical symptoms that improved the most; no patients had a complete response, 18.8% had a partial response, 38.6% had stable disease, and 42.6% had progressive disease; the incidence of adverse effects at a dose of 70-80 mg/m<sup>2</sup> was 2.6 times higher than at a dose of 30-40 mg/m<sup>2</sup>; the adverse effects experienced by patients during the study were mostly grade 1 and grade 2 (88.9%); no patients had a complete response to treatment, and patients with early-stage disease had a better treatment response compared to those with late-stage disease. The treatment response rate and the incidence of adverse effects increase with the dosage.

**Keywords:** non-small cell lung cancer, vinorelbine, RECIST, adverse effect.