

THE EFFICACY OF SECOND-LINE TREATMENT WITH DOCETAXEL FOR PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER STAGE IIIB-IV AT E HOSPITAL

Ngo Thi Phuong*, Doan Huu Nghi

E Hospital - 89 Tran Cung, Nghia Tan, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

Received 08/09/2022

Revised 12/10/2022; Accepted 29/11/2022

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the efficacy of second-line treatment with Docetaxel for patients with non-small cell lung cancer (NSCLC) stage IIIB – IV at E Hospital.

Study subjects and methods: A retrospective, cross-sectional study including all patients with NSCLC stage IIIB-IV and performance status of 0-1, who had had disease progression after first-line treatment and received second-line treatment with Docetaxel in a single-regimen at 75 mg/m² of body surface area every three weeks from 1/2016 to 12/2021 at E Hospital. Patients' response was evaluated using the "Response Evaluation Criteria in Solid Tumours," "Disease Control Rate," and Progression-free survival. In addition, the rate of patients who survived without disease progression was evaluated using the Kaplan-Meier curve and the association of different factors with that rate was estimated using Cox's proportional hazard regression.

Results: 57 patients were included in this study (mean age 62.3±7.5 years, 46 were male). Our research included 41 (71.9%) patients with a smoking history. Patients with stage IV disease accounted for 96.4% of the study cohort. The most common histopathology was carcinoma, accounting for 80.7%. We found that after three cycles, 17.5% (n=10) had a response, no patient had a complete response, and the disease control rate was 66.7%. The median progression-free survival time was x months (interquartile range: x – y months).

Conclusion: Patients with NSCLC stage IIIB – IV who had failed first-line therapy had a reasonably good progression-free survival after receiving second-line treatment with Docetaxel at 75mg/m² of the body surface.

Keywords: Non-small cell lung cancer, second-line chemotherapy, Docetaxel.

*Corresponding author

Email address: phuongvivid@gmail.com

Phone number: (+84) 392 074 531

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i1.567>

KẾT QUẢ HÓA TRỊ BƯỚC HAI DOCETAXEL BỆNH UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB - IV TẠI BỆNH VIỆN E

Ngô Thị Phượng*, Đoàn Hữu Nghị

Bệnh viện E - 89 Trần Cung, Nghĩa Tân, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2022

Chỉnh sửa ngày: 12 tháng 10 năm 2022; Ngày duyệt đăng: 29 tháng 11 năm 2022

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa trị bước hai với Docetaxel trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB - IV tại Bệnh viện E.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu bao gồm tất cả các bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB- IV và toàn trạng PS 0-1, tiến triển sau điều trị bước 1 và được điều trị bước 2 bằng phác đồ Docetaxel đơn chất liều 75 mg/m² da mỗi 3 tuần từ 1/2016 đến tháng 12/2021 tại Bệnh viện E. Bệnh nhân được đánh giá mức độ đáp ứng theo “Tiêu chuẩn Đánh giá Đáp ứng cho U đặc”, tỷ lệ kiểm soát bệnh, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển. Tỷ lệ bệnh nhân sống không tiến triển bệnh được đánh giá bằng đường cong sống còn Kaplan-Meier và mối liên quan giữa tỉ lệ này với các đặc điểm khác được đánh giá bằng phương pháp hồi quy Cox.

Kết quả: Nghiên cứu bao gồm tổng cộng 57 bệnh nhân (tuổi 62,3±7,5, 46 nam). Có 41 (71,9%) bệnh nhân hút thuốc lá/ thuốc lào trong nghiên cứu. Bệnh nhân ở giai đoạn IV chiếm 96,4%. Mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến phổi chiếm 80,7%. Kết quả điều trị cho thấy sau ba chu kỳ 17,5% (n=10) bệnh nhân có đáp ứng, không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn và tỷ lệ kiểm soát bệnh là 66,7%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 4,3 tháng (khoảng tứ phân vị: 2,1 – 5,1 tháng).

Kết luận: Những bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB – IV đã thất bại với điều trị bước 1 có thời gian sống thêm không tiến triển khá tốt khi điều trị với phác đồ Docetaxel liều 75mg/m² da.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, điều trị hóa chất bước hai, Docetaxel.

*Tác giả liên hệ

Email address: phuongvivid@gmail.com

Điện thoại: (+84) 392 074 531

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i1.567>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những ung thư có tỉ lệ mới mắc và tỉ lệ tử vong cao, tiên lượng sống thấp với chỉ 26% bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) còn sống ≥ 5 năm sau khi được chẩn đoán^{1,2}.

Theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), dựa trên mô bệnh học, UTP được chia làm 2 thể là ung thư phổi không tế bào nhỏ và ung thư phổi tế bào nhỏ. Trong đó UTPKTBN chiếm tỷ lệ 85 – 90% trong ung thư phổi nói chung^{3,4}.

Một số phương pháp điều trị UTP đang được sử dụng bao gồm: phẫu thuật, hóa chất, xạ trị, liệu pháp trúng đích và liệu pháp miễn dịch. Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để nhất, tuy nhiên chỉ có khoảng 25% BN được chẩn đoán ở giai đoạn khu trú còn khả năng áp dụng phương pháp này. Nguyên tắc điều trị của ung thư nói chung và UTP nói riêng là điều trị đa mô thức. Việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, thể mô bệnh học và nhiều yếu tố khác. Hiện nay liệu pháp nhắm trúng đích đang là chiến lược mới và mang lại nhiều hiệu quả trong điều trị UTP⁵.

Khoảng 2/3 số BN UTPKTBN mới được chẩn đoán đã ở giai đoạn tiến triển (IIIB – IV). Theo hướng dẫn của Mạng lưới ung thư toàn diện quốc gia (NCCN) của Mỹ, ở giai đoạn này, đối với những BN có đột biến gen thì nên được điều trị bằng các thuốc nhắm trúng đích; trong khi ở những BN không có đột biến gen nên điều trị bằng các phác đồ hóa chất hoặc liệu pháp miễn dịch^{6,7}. Massimo Di Maio và cộng sự (2009) đã tiến hành một phân tích gộp để so sánh giữa hóa trị đơn thuần và hóa trị kết hợp trong điều trị bước 2 UTPKTBN giai đoạn tiến triển; kết quả cho thấy việc phối hợp 2 loại hóa chất làm tăng đáng kể tỉ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển, tuy nhiên lại có nhiều độc tính hơn và không cải thiện thời gian sống còn toàn bộ so với hóa trị đơn hóa chất⁸. Do đó việc sử dụng phác đồ đơn trị liệu bước 2 khi bệnh tiến sau điều trị bước 1 được nhiều tác giả khuyến cáo sử dụng. Trong các hóa chất được sử dụng ở giai đoạn IIIB - IV, docetaxel là một trong các thuốc được đánh giá có hiệu quả trong điều trị BN UTPKTBN. Tác giả Frank V Fossella (2002) với nghiên cứu về bệnh nhân UTPKTBN được sử dụng Docetaxel ở bước 2 đã chỉ ra rằng: phác đồ Docetaxel đơn trị liệu mỗi 3 tuần một lần được chứng minh mang lại sự cải thiện có ý nghĩa lâm sàng về tỷ lệ đáp ứng, thời

gian tiến triển, khả năng sống sót và chất lượng cuộc sống qua hai thử nghiệm pha III: TAX 317 và TAX 320⁹. Tại Bệnh viện E, Docetaxel đã được áp dụng như một phác đồ đơn trị liệu bước 2 cho UTPKTBN giai đoạn tiến triển, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về tác dụng cũng như tác dụng không mong muốn của phác đồ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa trị bước 2 Docetaxel trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB - IV tại Bệnh viện E.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Chẩn đoán mô bệnh học là UTPKTBN
- Giai đoạn IIIB – IV tiến triển sau điều trị bước 1.
- Không có/không rõ đột biến EGFR hoặc có đột biến nhưng không đủ điều kiện kinh tế điều trị thuốc kháng TKIs.
- Không mắc bệnh ung thư khác.
- Có các tổn thương đích để có thể đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn đáp ứng khối u đặc (RECIST-Response Evaluation Criteria In Solid Tumors). Không có di căn não
- ECOG ≤ 2
- Chức năng tủy xương, gan, thận trong giới hạn bình thường
- Điều trị tối thiểu 3 chu kỳ hóa chất Docetaxel.
- Có hồ sơ lưu trữ và thông tin sau điều trị đầy đủ

Từ 01/2016 đến tháng 12/2021 chúng tôi lựa chọn được 57 bệnh nhân theo các tiêu chuẩn trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc.

- Các bước tiến hành

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo đúng các tiêu chuẩn lựa chọn.

Bước 2: Điều trị hóa trị bằng phác đồ Docetaxel liều 75mg/m² da được pha loãng trong 250ml dung dịch Natriclorid 0.9%, dung dịch hóa chất sẽ truyền tĩnh mạch trong ít nhất 60 phút. Chu kì 3 tuần.

Bước 3: Đánh giá kết quả điều trị

- Đánh giá đáp ứng theo “Tiêu chuẩn Đánh giá Đáp ứng cho U đặc” - RECIST 1.1 năm 2009. Đánh giá tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR).

- Theo dõi thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS)

- Xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được mã hóa trên máy vi tính và được xử lý bằng phần mềm Stata 15.0. Với các biến liên tục chúng tôi báo cáo trung bình với độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị. Với các biến phân loại chúng tôi báo cáo tần xuất và tỷ lệ phần trăm. Việc

so sánh giữa các biến liên tục được thực hiện bằng cách sử dụng kiểm định t-student. Việc so sánh giữa các biến phân loại được thực hiện bằng cách sử dụng nghiệm pháp χ^2 . Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển được đánh giá bằng phương pháp phân tích tỷ lệ sống còn Kaplan – Meier. Kết quả được báo cáo bằng tỉ số nguy cơ và độ tin cậy 95%. Tất cả các kiểm định thống kê đều là hai phía và giá trị $p < 0,05$ được coi là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		n	%
Tổng số bệnh nhân		57	
Tuổi (năm)	Trung bình	62,3 ± 7,5	
	Khoảng	44-77	
Giới	Nam	46	80,7
	Nữ	11	19,3
PS (ECOG)	0	28	49,1
	1	29	50,9
Giai đoạn ban đầu	IIIB	1	1,8
	IIIC	1	1,8
	IV	55	96,4
Hút thuốc lá/thuốc lào	Có hút	41	71,9
	Không hút	16	29,1
Mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến	46	80,7
	Ung thư biểu mô vảy	11	19,3
Kết quả điều trị bước 1	Đáp ứng hoàn toàn	0	0
	Đáp ứng một phần	20	35,1
	Bệnh giữ nguyên	19	33,3
	Bệnh tiến triển	18	31,6

Nhận xét:

- Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 62,3 ± 7,5, trong đó thấp nhất là 44 và cao nhất là

77 tuổi.

- Bệnh gặp ở giới nam nhiều hơn giới nữ với tỷ lệ nam/nữ là 4,1: 1.



- Bệnh nhân giai đoạn IV chiếm 96,4% và có 71,9% bệnh nhân trong nghiên cứu có hút thuốc lá/thuốc lào. bệnh đạt được là 35,1%. Có 31,6% bệnh nhân tiến triển ngay sau điều trị bước 1.
- Mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến phổi chiếm đa số với tỷ lệ 80,7%.
- Kết quả đáp ứng điều trị bước 1 là 35,1% trong đó không có bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ kiểm soát

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn RECIST

Bảng 2. Đáp ứng điều trị

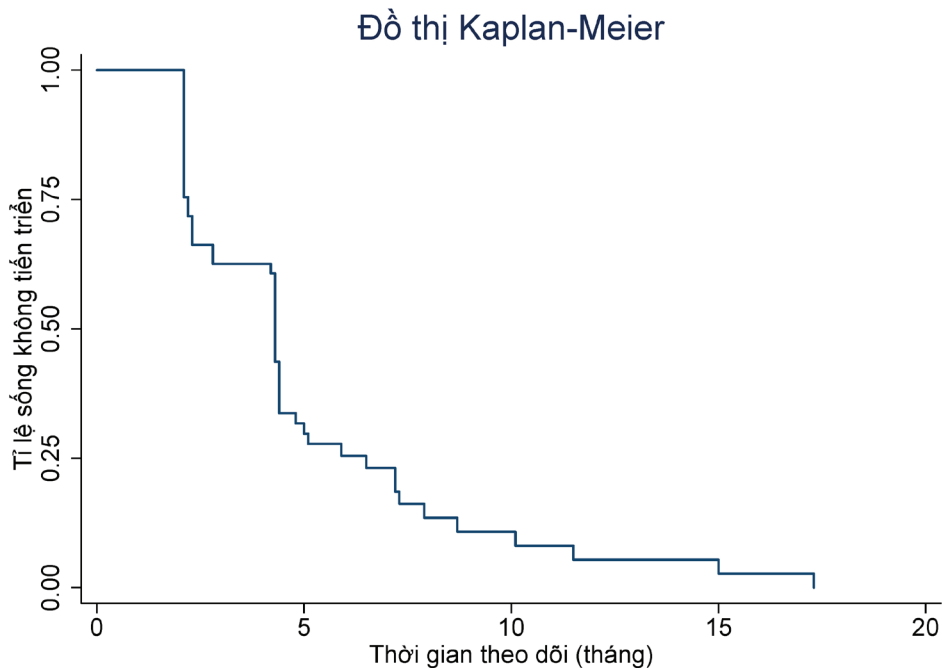
Mức đáp ứng	Sau 3 chu kỳ		Sau 6 chu kỳ	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Đáp ứng một phần	10	17,5	5	14,7
Bệnh giữ nguyên	28	49,1	14	41,2
Bệnh tiến triển	19	33,4	15	44,1
Tổng	57	100	34	100

Nhận xét:

- Tỷ lệ bệnh có đáp ứng là 17,5% sau 3 chu kỳ và 14,7% sau 6 chu kỳ. Trong đó tất cả đạt đáp ứng một phần, không có trường hợp nào đạt đáp ứng hoàn toàn.
- Tỷ lệ kiểm soát bệnh (tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và giữ nguyên) sau 3 chu kỳ chiếm 66,6% và sau 6 chu kỳ chiếm 55,9%.
- Có thể thấy ở 3 chu kỳ đầu tiên, thuốc đạt tỷ lệ đáp ứng cao hơn và kiểm soát bệnh tốt hơn so với kết quả điều trị sau 6 chu kỳ.

3.2.2. Kết quả thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Biểu đồ 4: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển



Nhận xét:

- Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình (PFS) trung bình là $4,6 \pm 3,1$ tháng. Trung vị PFS là 4,3 (khoảng tứ phân vị: 2,1 – 5,1) tháng.
- Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển dài nhất là 17,3 tháng, ngắn nhất là 2,1 tháng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

4.1.1. Tuổi và giới mắc bệnh

Ung thư phổi là bệnh lý xảy ra ở người lớn tuổi và ưu thế ở giới nam với tỷ lệ mắc bệnh theo giới nam:nữ = 4:1. Tỷ lệ mắc UTP bắt đầu tăng dần ở lứa tuổi sau 40, trong đó nhóm tuổi 55 – 65 là nhóm có nguy cơ cao nhất¹⁰.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN trẻ tuổi nhất là 44 tuổi và cao tuổi nhất là 77 tuổi; độ tuổi trung bình là $62,3 \pm 7,5$ tuổi. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Frances A (2000)¹¹ là 62 tuổi, cao hơn của tác giả Nguyễn Thị Minh Hải (2016)¹² là 57,4 và của Nguyễn Thị Hương (2019)¹³ là 57,1.

Tỷ lệ nam:nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,1:1, còn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hải (2016)¹² và Nguyễn Thị Hương (2019)¹³ lần lượt là 3,9:1 và 2,3:1.

Có sự khác biệt này có thể là do số lượng bệnh nhân trong các nghiên cứu còn ít, đối tượng nghiên cứu nằm trong một nhóm bệnh nhân giai đoạn IIIB – IV tiến triển sau điều trị bước 1 nên tuổi trung bình và tỉ lệ nam/nữ chưa thực sự mang tính dịch tễ chính xác.

4.1.2. Giai đoạn ban đầu và kết quả điều trị bước 1

- Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đã ở giai đoạn IV ngay khi được chẩn đoán, chiếm tỉ lệ 96,4%. Kết quả này tương tự với các tác giả khác như Nguyễn Thị Minh Hải (2016)¹² và Trần Khôi (2020)¹⁴.
- Sau điều trị bước 1 có 35,1% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đạt đáp ứng một phần, không có bệnh nhân nào đạt đáp ứng hoàn toàn. Tỉ lệ bệnh nhân đáp ứng bước 1 trong nghiên cứu của chúng tôi gần tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Hanna và cộng sự (2004)¹⁵ là 36,5%, Trần Khôi (2020)¹⁴ là 33,3%.

4.2. Kết quả điều trị

- Đáp ứng điều trị: Tỷ lệ đáp ứng sau 3 chu kỳ là 17,5% toàn bộ là đáp ứng một phần, tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt

được 66,6%. Tỷ lệ đáp ứng sau 6 chu kỳ đạt 14,7%, không có bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 55,9%. Kết quả này của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu TAX 317 và TAX 320 với tỉ lệ đáp ứng lần lượt là 7,1% và 6,7%; tỷ lệ kiểm soát bệnh tương ứng là 50,8% và 42,7%. Có thể do thể trạng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn, không có bệnh nhân PS 2 nào, trong khi đó ở nhánh dùng Docetaxel liều 75mg/m² da của thử nghiệm TAX 317 có 25,5% bệnh nhân PS 2 và của TAX 320 là 30,5%^{11,16}.

- Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS): Thời gian sống thêm không tiến triển trung bình đạt được là 4,6 tháng, trung vị 4,3 tháng (khoảng tứ phân vị 2,1 – 5,1 tháng). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu TAX 317 là 12,3 tuần, TAX 320 là 10 tuần, Hanna và cộng sự (2004) là 2,9 tháng^{11,15,16}. Sự khác biệt này có thể là do có thể do chỉ số toàn trạng trong nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn và thời điểm đánh giá khác nhau. Trong các nghiên cứu TAX 317 và TAX 320 X quang phổi được chụp sau mỗi 3 tuần, cứ sau 6 tuần bệnh nhân lại được chụp CT lại^{11,16}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được chụp và đánh giá lại sau mỗi 3 chu kỳ khoảng 9-10 tuần nên khả năng phát hiện bệnh tiến triển chậm hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với một số nghiên cứu trong nước. Nguyễn Thị Hương (2019)¹³ báo cáo PFS trung bình đạt 4,8 tháng, Trần Khôi (2020)¹⁴ là 4,6 tháng.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 57 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB – IV đã thất bại với điều trị bước 1 và được điều trị bước 2 bằng phác đồ Docetaxel tại Bệnh viện E trong khoảng thời gian từ tháng 1/2016 - 12/2021 chúng tôi rút ra một số kết luận sau đây:

Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

- Tuổi trung bình là 62,3; tỷ lệ nam:nữ = 4,1:1
- Tỷ lệ bệnh nhân có hút thuốc lá/thuốc lào chiếm 71,9%
- Đa số bệnh nhân ở giai đoạn IV ngay từ khi phát hiện bệnh chiếm 96,4%.
- Mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến của phổi chiếm 80,7%.

Kết quả điều trị:

- Tỷ lệ đáp ứng thực thể sau 6 chu kỳ đạt 14,7%; tỷ lệ kiểm soát bệnh 55,9% trong đó không có bệnh nhân có



đáp ứng hoàn toàn, bệnh ổn định 41,2% và bệnh tiến triển 44,1%

- Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là $4,6 \pm 3,1$ tháng. Trung vị 4,3 tháng (khoảng tứ phân vị 2,1 – 5,1 tháng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Siegel RL, Miller KD, Jemal A Cancer Statistics, 2017. CA: a cancer journal for clinicians. Jan 2017;67(1):7-30. doi:10.3322/caac.21387
- [2] Nasim F, Sabath BF, Eapen GA, Lung Cancer. The Medical clinics of North America. May 2019;103(3):463-473. doi:10.1016/j.mcna.2018.12.006
- [3] Rafei H, El-Bahesh E, Finianos A, Nassereddine S, Tabbara I. Immune-based Therapies for Non-small Cell Lung Cancer. Anticancer research. Feb 2017;37(2):377-387. doi:10.21873/anticancer.11330
- [4] Travis WDBE, Burke AP, Marx A, AG. N. WHO Classification of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart. 4th ed. IARC Press; 2015.
- [5] P. D. Q. Adult Treatment Editorial Board. Non-Small Cell Lung Cancer Treatment (PDQ®): Health Professional Version. PDQ Cancer Information Summaries. National Cancer Institute (US); 2002.
- [6] Alici S, Coskun U, Alkis N et al., Vinorelbine in combination with carboplatin followed by single-agent consolidation therapy for unresectable localized or metastatic non-small-cell lung carcinomas. Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP. 2009;10(6):1051-5.
- [7] Bunn PAJr. Worldwide overview of the current status of lung cancer diagnosis and treatment. Archives of pathology & laboratory medicine. Dec 2012;136(12):1478-81. doi:10.5858/arpa.2012-0295-SA
- [8] Di Maio M, Chiodini P, Georgoulas V et al., Meta-analysis of single-agent chemotherapy compared with combination chemotherapy as second-line treatment of advanced non-small-cell lung cancer. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. Apr 10 2009;27(11):1836-43. doi:10.1200/jco.2008.17.5844
- [9] Fossella FV, Docetaxel in second-line treatment of non-small-cell lung cancer. Clinical lung cancer. May 2002;3 Suppl 2:S23-8. doi:10.3816/clc.2002.s.010
- [10] Nguyễn Văn Hiếu. Ung thư học. Nhà xuất bản Y học; 2015.
- [11] Shepherd FA, Dancey J, Ramlau R et al., Prospective randomized trial of Docetaxel versus best supportive care in patients with non-small-cell lung cancer previously treated with platinum-based chemotherapy. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. May 2000;18(10):2095-103. doi:10.1200/jco.2000.18.10.2095
- [12] Nguyễn Thị Minh Hải, Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bước hai bằng Docetaxel. Luận văn Thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2016.
- [13] Nguyễn Thị Hương, Đánh giá kết quả điều trị bước 2 ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến triển bằng Docetaxel tại Bệnh viện K. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội; 2019.
- [14] Trần Khôi, Đánh giá kết quả điều trị docetaxel bước 2 trong ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2020.
- [15] Hanna N, Shepherd FA, Fossella FV et al., Randomized phase III trial of pemetrexed versus Docetaxel in patients with non-small-cell lung cancer previously treated with chemotherapy. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. May 1 2004;22(9):1589-97. doi:10.1200/jco.2004.08.163
- [16] Fossella FV, DeVore R, Kerr RN et al., Randomized phase III trial of Docetaxel versus vinorelbine or ifosfamide in patients with advanced non-small-cell lung cancer previously treated with platinum-containing chemotherapy regimens. The TAX 320 Non-Small Cell Lung Cancer Study Group. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. Jun 2000;18(12):2354-62. doi:10.1200/jco.2000.18.12.2354