

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH STAGE IV ADENOCARCINOMA OF THE LUNG AT NAM DINH GENERAL HOSPITAL FROM 2022 TO 2025

Vu Hoang Anh*

Nam Dinh Nursing University - 257 Han Thuyen, Nam Dinh ward, Ninh Binh province, Vietnam

Received: 22/01/2026

Revised: 06/02/2026; Accepted: 04/06/2026

ABSTRACT

Objective: To describe of some clinical and paraclinical characteristics of stage IV lung adenocarcinoma patients at Nam Dinh provincial General Hospital.

Subjects and methods: A retrospective and prospective descriptive study was conducted on 30 patients with stage four lung adenocarcinoma at the Oncology Center of Nam Dinh provincial General Hospital from 2022 to 2025.

Results: Clinical symptoms were predominantly persistent cough (53.3%), chest pain (43.3%), weight loss (33.3%), and palpable lymph nodes in the neck (20%). Imaging characteristics: primary tumor location was most commonly on the right side (70%) and peripheral (63.3%); tumor size was more common in stage T4 (93.3%) than T3 (6.7%); mediastinal lymph node metastasis accounted for 50%, and hilar lymph node metastasis accounted for 33.3%.

Conclusion: The most common clinical symptoms are persistent cough and chest pain. The primary tumor is more frequently located on the left than the right, and more often peripherally than centrally; tumor size is most common at stage T4, and mediastinal lymph node metastasis is most prevalent.

Keyword: Clinical, paraclinical, lung adenocarcinoma, phase IV.

*Corresponding author

Email: Hoanganh.vu26@gmail.com **Phone:** (+84) 949277889 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD6.5304

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN PHỔI GIAI ĐOẠN IV TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH TỪ NĂM 2022-2025

Vũ Hoàng Anh*

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định - 257 Hàn Thuyên, phường Nam Định, tỉnh Ninh Bình, Việt Nam

Ngày nhận bài: 22/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 06/02/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định từ năm 2022-2025.

Kết quả: Triệu chứng lâm sàng phần lớn là ho kéo dài (53,3%), đau ngực (43,3%), sụt cân (33,3%), sờ thấy hạch ở cổ (20%). Đặc điểm trên hình ảnh: vị trí u nguyên phát hay gặp ở bên phải (70%) và ở ngoại vi (63,3%); kích thước u giai đoạn T4 (93,3%) nhiều hơn T3 (6,7%), tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch trung thất chiếm 50%, di căn hạch rốn phổi chiếm 33,3%.

Kết luận: Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ho kéo dài, đau ngực. Vị trí u nguyên phát hay gặp ở bên phải nhiều hơn bên trái, ở ngoại vi nhiều hơn ở trung tâm; kích thước u giai đoạn T4 nhiều nhất, bệnh nhân di căn hạch trung thất nhiều nhất.

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, ung thư biểu mô tuyến phổi, giai đoạn IV.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới và có xu hướng ngày càng gia tăng. Theo Globocan 2018, số ca mắc mới ung thư phổi cả hai giới, ở mọi lứa tuổi tại Việt Nam là 23.667 người trong tổng số 164.171 trường hợp [1].

Theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới, ung thư phổi được chia thành 2 nhóm chính là ung thư phổi tế bào nhỏ và ung thư phổi không tế bào nhỏ, trong đó ung thư phổi không tế bào nhỏ chiếm khoảng 80-85%. Ung thư phổi không tế bào nhỏ thường được phân loại thành ung thư biểu mô tuyến, ung thư biểu mô tế bào vảy và ung thư biểu mô tế bào lớn, trong đó ung thư biểu mô tuyến thường gặp và có xu hướng tăng [2-3].

Chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến phổi dựa vào kết quả giải phẫu bệnh, đặc biệt cùng với xu hướng và yêu cầu cá thể hóa trong điều trị ung thư hiện nay, cộng với những hiểu biết ngày càng sâu sắc về sinh học phân tử và các phương pháp điều trị đích trong ung thư đã tạo ra cuộc cách mạng trong điều trị. Điều trị đích là liệu pháp điều trị mới, khác với hóa trị liệu truyền thống, giúp tăng hiệu quả điều trị và giảm tác dụng phụ của hóa chất. Để có thể tiến hành điều trị đích, quan trọng nhất cần xác định các dấu ấn sinh học, mục tiêu của các thuốc điều trị đích.

Ung thư biểu mô tuyến phổi không có triệu chứng đặc trưng, có thể có triệu chứng giống các bệnh lý hô hấp khác. Do đó, việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giúp định hướng lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, cá thể hóa phác đồ và đánh giá tiên lượng bệnh. Đồng thời, các kết quả nghiên cứu còn là cơ sở khoa học cho việc theo dõi đáp

ứng điều trị, phát hiện tái phát sớm và xây dựng các chiến lược quản lý, chăm sóc người bệnh ung thư biểu mô hiệu quả. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 3/2022 đến tháng 8/2025 trên 30 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV điều trị tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV theo phân loại của Ủy ban Liên hợp Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) năm 2017; có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến phổi; không mắc các bệnh cấp tính, mạn tính trầm trọng trong thời gian gần; chấp nhận tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ có di căn não; không có đủ thông tin theo dõi sau điều trị.

Chúng tôi thu thập được 30 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn IV thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Chọn mẫu thuận tiện.

*Tác giả liên hệ

Email: Hoanganh.vu26@gmail.com Điện thoại: (+84) 949277889 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.5304

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Đối với nhóm bệnh nhân tiến cứu: thu thập thông tin nghiên cứu bằng khám lâm sàng, cận lâm sàng.

- Đối với nhóm bệnh nhân hồi cứu: thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu dựa trên hồ sơ bệnh án, kết hợp với gọi điện thoại trao đổi trực tiếp với bệnh nhân và/hoặc người thân.

Các thông tin thu thập bao gồm: triệu chứng lâm sàng; chỉ số khối cơ thể (BMI); chỉ số toàn trạng; đặc điểm về khối u nguyên phát, vùng hạch: đánh giá tổn thương dựa vào lâm sàng, chụp CT lồng ngực có thuốc cản quang, thực hiện theo hướng dẫn chẩn đoán giai đoạn TNM của AJCC phiên bản 8. Một số bệnh nhân được chụp PET/CT; đặc điểm di căn dựa vào lâm sàng, siêu âm ổ bụng, CT ổ bụng, MRI sọ não, xạ hình SPECT xương, PET/CT.

2.4. Phương pháp phân tích số liệu

Các thông tin thu thập được mã hóa và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

Sử dụng thuật toán thống kê mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$), giá trị nhỏ nhất và lớn nhất (min-max).

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng bảo vệ đề cương nghiên cứu của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định; có sự đồng ý hợp tác của bệnh nhân; đảm bảo bảo mật thông tin liên quan đến đối tượng tham gia.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV

Bảng 1. Một số đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân (n = 30)

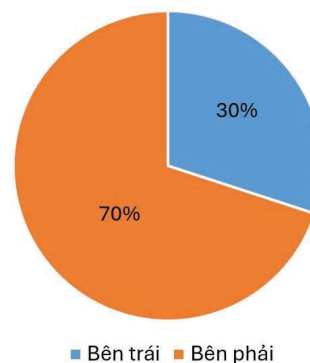
Đặc điểm		n	%
Tuổi	40-49 tuổi	1	3,3
	50-59 tuổi	6	20,0
	60-69 tuổi	11	36,7
	≥ 70 tuổi	12	40,0
Giới tính	Nam	17	56,7
	Nữ	13	43,3
Chỉ số toàn trạng ECOG*	Mức 0	7	23,3
	Mức 1	23	76,7
Tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào	Có hút thuốc	17	56,7
	Không hút thuốc	13	43,3
Triệu chứng lâm sàng	Ho kéo dài	16	53,3
	Đau ngực	13	43,3
	Ho ra máu	3	10,0
	Khó thở	5	16,7
	Sờ thấy hạch cổ	6	20,0
Triệu chứng toàn thân	Sút cân	10	33,3
	Chán ăn	4	13,3
	Sốt	1	3,3
Triệu chứng chèn ép trung thất	Nuốt nghẹn	3	10,0
	Khàn tiếng	5	16,7

Ghi chú: *ECOG (Eastern cooperative oncology group), còn gọi là thang điểm ECOG, là chỉ số toàn trạng dùng để đánh giá mức độ hoạt động và khả năng tự chăm sóc của bệnh nhân ung thư, với 5 mức điểm: mức 0 (bình thường), mức 1 (hạn chế hoạt động thể lực nặng, nhưng đi lại và làm việc nhẹ được), mức 2 (đi lại được, tự chăm sóc bản thân nhưng không làm việc được, nằm giường dưới 50% thời gian thức), mức 3 (chỉ tự chăm sóc bản thân hạn chế, nằm giường trên 50% thời gian), mức 4 (nằm liệt giường, không thể tự chăm sóc), mức 5 (tử vong).

Bảng 1 cho thấy phần lớn người bệnh trên 60 tuổi (76,7%); số người bệnh nam nhiều hơn người bệnh nữ. Các bệnh nhân chỉ thuộc 2 mức chỉ số ECOG bao gồm mức 1 chiếm đa số (76,7%), còn lại là mức 0 (23,3%). Bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào chiếm 56,7% (tất cả đều là nam giới), không có tiền sử hút thuốc chiếm 43,3% (đều là nữ giới).

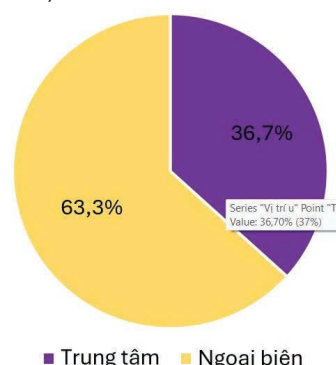
Ho kéo dài là triệu chứng thường gặp nhất (53,3%), tiếp đến là đau ngực (43,3%); có 6 bệnh nhân (20%) vào viện vì sờ thấy hạch cổ. Trong các triệu chứng toàn thân, sút cân chiếm tỉ lệ cao nhất (33,3%). Các triệu chứng chèn ép trung thất có khàn tiếng (16,7%) và nuốt nghẹn (10%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV



Biểu đồ 1. Vị trí u nguyên phát trên phim cắt lớp vi tính (n = 30)

Biểu đồ 1 cho thấy u nguyên phát hay gặp ở phổi phải (70%) hơn phổi trái (30%).



Biểu đồ 2. Vị trí u nguyên phát trung tâm hay ngoại vi trên cắt lớp vi tính (n = 30)

Theo biểu đồ 2, u ở trung tâm ít hơn u ở ngoại vi.

Bảng 2. Đặc điểm ung thư (n = 30)

Đặc điểm		n	%
Giai đoạn T*	T3	2	6,7
	T4	28	93,3

Đặc điểm		n	%
Tình trạng di căn hạch	Không phát hiện hạch	2	6,7
	Hạch rốn phổi cùng bên	3	10,0
	Hạch trung thất cùng bên	10	33,3
	Hạch trung thất đối bên ± hạch thượng đòn	15	50,0
Vị trí di căn	Di căn phổi đối bên	21	70,0
	Tràn dịch màng phổi	8	26,7
	Tràn dịch màng ngoài tim	1	3,3
	Gan	2	6,7
	Xương	4	13,3
	Thượng thận	2	6,7
	Phần mềm ngoài da	1	3,3
Số cơ quan bị di căn	1 cơ quan	20	66,7
	2 cơ quan	8	26,7
	3 cơ quan	2	6,7

Ghi chú: *Giai đoạn T (Tumour) trong hệ thống TNM mô tả kích thước và mức độ xâm lấn tại chỗ của khối u nguyên phát, thường được phân loại từ T0 đến T4, với số càng cao tương ứng với khối u càng lớn hoặc xâm lấn sâu hơn.

Bảng 2 cho thấy bệnh nhân nghiên cứu có u nguyên phát thuộc 2 giai đoạn, chủ yếu là giai đoạn T4 (93,3%), còn lại tỷ lệ nhỏ là giai đoạn T3 (6,7%). Bệnh nhân có hạch trung thất đối bên ± hạch thượng đòn chiếm tỷ lệ nhiều nhất (50%), có 2 bệnh nhân (6,7%) không phát hiện ra hạch trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực.

Bệnh nhân di căn phổi đối bên, di căn màng phổi (tràn dịch màng phổi), di căn xương chiếm tỷ lệ nhiều nhất, lần lượt là 70%, 26,7% và 13,3%. Các vị trí di căn ít gặp hơn bao gồm: gan (6,7%), thượng thận (6,7%). Có 1 trường hợp (3,3%) di căn màng ngoài tim được ghi nhận và có 1 trường hợp (3,3%) di căn phần mềm ngoài da (di căn thành ngực trái).

Đa số các bệnh nhân có di căn đến 1 cơ quan, chiếm tỷ lệ 66,7%; chỉ có 2 bệnh nhân di căn 3 vị trí, chiếm tỷ lệ 6,7%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV

Theo kết quả ở bảng 1, các bệnh nhân nghiên cứu chỉ thuộc 2 mức chỉ số ECOG bao gồm mức 1 chiếm đa số (76,7%), còn lại là mức 0 (23,3%) và không có mức 2. Như vậy, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn có tình trạng sức khỏe tốt theo chỉ số toàn trạng ECOG. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu trong và nước ngoài. Theo Masaru Ito và cộng sự (2018), chỉ số toàn trạng của bệnh nhân trước khi điều trị phần lớn vẫn còn tốt [4]. Nhìn chung, chỉ số ECOG trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi là tương đối thuận lợi để áp dụng phác đồ phối hợp hai loại hóa chất.

Sự phát triển của ung thư phổi diễn biến qua 2 giai đoạn: tiền lâm sàng và lâm sàng. Giai đoạn tiền lâm sàng thường

kéo dài, chiếm 2/3 thời gian phát triển của bệnh. Ở giai đoạn lâm sàng, trong các nhóm triệu chứng gặp ở ung thư phổi thì nhóm triệu chứng về hô hấp là hay gặp nhất. Song hành với các triệu chứng hô hấp là nhóm triệu chứng chèn ép, triệu chứng di căn xa, triệu chứng toàn thân [5-6]. Nhóm các triệu chứng về hô hấp gây ra do sự phát triển, xâm lấn của các u nguyên phát trong lồng ngực như ho, ho ra máu, khò khè, khó thở, hội chứng nhiễm trùng phế quản-phổi cấp (viêm phổi, áp xe phổi do tắc nghẽn...). Trong các triệu chứng hô hấp, ho và khạc đờm là triệu chứng thường gặp và rất quan trọng trong ung thư phổi, nhưng khó phân biệt được ho do ung thư, do hút thuốc hay bệnh lý cấp và mạn tính của phổi như COPD. Ho khạc đờm có khạc huyết có lẽ là dấu hiệu rõ rệt nhất của ung thư phổi [5-7]. Ho kéo dài là triệu chứng hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm 53,3%. Theo Nguyễn Thị Thúy My và cộng sự (2023), ho kéo dài chiếm 59,5% [9]. Các tác giả nước ngoài cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ ho kéo dài dao động trong khoảng từ 50-75%, tỷ lệ ho ra máu dao động trong khoảng từ 25-50% [4]. Kết quả này phù hợp với các nhận xét của nhiều tác giả nghiên cứu về ung thư phổi nói chung: ho khan, ho ra máu là các triệu chứng thường gặp nhất. Ho là triệu chứng không đặc hiệu của nhiều bệnh lý của cơ quan hô hấp không phải ung thư.

Về nhóm triệu chứng toàn thân, sút cân là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm tỉ lệ 33,3%. Kết quả này phù hợp với các kết quả nghiên cứu về ung thư phổi của nhiều tác giả. Tỷ lệ bệnh nhân sút cân cao do đối tượng của chúng tôi ở giai đoạn muộn, nhiều bệnh nhân được xác định di căn phổi đối bên, khối u chèn ép, xâm lấn trong lồng ngực nhiều, ho nhiều, mệt mỏi dẫn đến sút cân. Các triệu chứng biểu hiện tình trạng chèn ép trung thất: nuốt nghẹn (10%), khàn tiếng (16,7%); chúng tôi không gặp các biểu hiện xâm lấn khác như hội chứng Pancoas-Tobias, hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên, hội chứng Claude-Bernard-Horner, có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn nên chưa đại diện cho quần thể bệnh nhân ung thư phổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các bệnh nhân di căn 1 vị trí, chiếm tỷ lệ 66,7%; chỉ có 26,7% bệnh nhân di căn từ 2 vị trí trở lên. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt nhỏ so với một số nghiên cứu. Theo chúng tôi, điều này có thể là do phần lớn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi được chỉ định đầy đủ các xét nghiệm hiện đại phát hiện tổn thương di căn, đặc biệt là các tổn thương nhỏ, như PET/CT, SPECT.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV

Các thăm dò chẩn đoán hình ảnh có vai trò đặc biệt quan trọng trong chẩn đoán xác định, chẩn đoán giai đoạn ung thư phổi. Chụp X quang phổi chuẩn cung cấp nhiều thông tin quan trọng như vị trí, kích thước, ranh giới, sự xâm lấn của tổn thương. Tuy nhiên, khó phân biệt được khối u nằm ở thùy sau, thùy giữa hay những hạch cạnh rốn phổi di căn. Hiện nay, việc chẩn đoán giai đoạn và đánh giá đáp ứng điều trị dựa vào cắt lớp vi tính lồng ngực đã trở nên thường quy. Tất cả các bệnh nhân, chúng tôi đều chụp cắt lớp vi tính trước điều trị, sau điều trị 3 đợt và 6 đợt. Kết quả chúng tôi ghi nhận:

- Về vị trí u nguyên phát: phổi phải 70%, phổi trái 30%, u thường ở ngoại vi hơn trung tâm (63,3% so với 36,7%). Vị trí khối u trung tâm được xác định là trong vòng 2 cm của cây phế quản gần, tim, mạch lớn, khí quản hoặc các cấu trúc trung thất khác), u hay gặp ở thùy trên phổi (59,4%), nhiều hơn thùy giữa và thùy dưới. Kết quả này tương tự như nhận xét của nhiều tác giả trong nước về ung thư phổi nói chung.

- Về kích thước u: phần lớn u ở giai đoạn T4 (93,3%). Kết quả này không tương đồng với các tác giả trong nước. Điều này một lần nữa khẳng định, các triệu chứng lâm sàng của ung thư phổi thường âm thầm, không đặc hiệu. Khi các triệu chứng đã rõ ràng, bệnh thường đã ở giai đoạn muộn và khối u có kích thước lớn.

- Về khả năng phát hiện di căn trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: cắt lớp vi tính giúp đánh giá tình trạng di căn phổi đối bên, tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng ngoài tim ác tính, thậm chí có thể phát hiện di căn gan, di căn tuyến thượng thận; siêu âm ổ bụng, cắt lớp vi tính ổ bụng giúp phát hiện di căn gan, tuyến thượng thận; MRI sọ não giúp phát hiện di căn não; xạ hình xương giúp phát hiện di căn xương [5], [7-8].

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, siêu âm ổ bụng, xạ hình xương để phát hiện di căn xa, giúp chẩn đoán giai đoạn chính xác hơn. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn phổi đối bên là 70%, tỷ lệ di căn màng phổi biểu hiện bằng tràn dịch màng phổi là 26,7%, tỷ lệ di căn xương là 13,3%, tỷ lệ di căn gan là 6,7%, di căn thượng thận là 6,7%, có 1 trường hợp (3,3%) phát hiện di căn phần mềm thành ngực trái. Theo Nguyễn Thị Thúy My và cộng sự (2023), tỷ lệ di căn 1 cơ quan chiếm 55,4%, trong đó có 51,4% di căn xương, 43,2% di căn màng phổi và 25,7% di căn não [9]. Tỷ lệ di căn phổi đối bên trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể do các bệnh nhân được chụp PET/CT, nhờ đó có thể phát hiện được các tổn thương thứ phát sớm ngay cả khi chưa phát hiện được trên CT, MRI.

5. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ho kéo dài, đau ngực. Vị trí u nguyên phát hay gặp ở bên phải hơn bên trái, ở ngoại vi nhiều hơn ở trung tâm; u ở giai đoạn T4 chiếm tỷ lệ lớn nhất, bệnh nhân di căn hạch trung thất nhiều nhất.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bray F et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries CA Cancer J Clin, 2018, 68 (6): 394-424. doi: 10.3322/caac.21492.
- [2] Lloyd R.V et al. WHO classification of tumours of endocrine organs. WHO classification of tumours, 4th edition, 2017, volume 10.
- [3] Travis W.D et al. WHO classification of tumors of lungs, lungs, thymus and heart. WHO classification of tumours, 4th edition, 2015, volume 7.
- [4] Ito M, Horita N, Nagashima A et al. Carboplatin plus pemetrexed for the elderly incurable chemo-naive nonsquamous non small cell lung cancer: meta analysis. Asia Pac J Clin Oncol, 2018, 15 (2): e3-e10. doi: 10.1111/ajco.12837
- [5] Nguyễn Văn Hiếu (Trường Đại học Y Hà Nội). Bài giảng ung thư học. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2010.
- [6] Bùi Diệu và cộng sự. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung thư thường gặp. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2016.
- [7] Athey V.L, Walters S.W, Rogers T.K. Symptoms at lung cancer diagnosis are associated with major differences in prognosis. Thorax, 2018, 73 (12): 1177-1181. doi: 10.1136/thoraxjnl-2018-211596.
- [8] Latimer K.M. Lung cancer: clinical presentation and diagnosis. FP Essent, 2018, 464: 23-26. PMID: 29313654.
- [9] Nguyễn Thị Thúy My và cộng sự. Kết quả điều trị bước 1 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn có đột biến EGFR bằng Erlotinib tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 530 (1): 27-31. doi: 10.51298/vmj.v530i1.6562.