EVALUATION OF 5-YEAR SURVIVAL OUTCOMES AND PROGNOSTIC FACTORS IN PATIENTS WITH STAGE III NON-SMALL CELL LUNG CANCER TREATED WITH CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Nguyen Hai Hoang*, Le Sy Lam, Nguyen Thi Nga,
Nguyen Van Tien, Vu Dinh Duong, Nguyen Tien Thuong

Nghe An Oncology Hospital - Km 456, National Highway 1A, Vinh Hung Ward, Nghe An Province, Vietnam

Received: 01/06/2026
Revised: 24/07/2026; Accepted: 06/08/2026

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the treatment outcomes of concurrent chemoradiotherapy for stage III non-small cell lung cancer (NSCLC) and some prognostic factors.

Materials and Methods: A retrospective longitudinal study was conducted on 119 patients with stage III NSCLC who received concurrent chemoradiotherapy at Nghe An Oncology Hospital from March 2019 to December 2022.

Results: The mean age was 59.3 ± 9 years, with a male-to-female ratio of 5:1; stage IIIB was most prevalent (50.4%). The overall response rate was 98.3% (complete response 17.6%). Median progression-free survival (PFS) was 12 months and median overall survival (OS) was 26 months, with a 5-year survival rate of 31.5%. A tumor size of ≤ 5 cm prolonged median PFS (16 months, p = 0.010) and OS (39 months, p = 0.041). Stage IIIA showed higher median PFS and OS (21 and 48 months) than stage IIIB and IIIC. Adverse events were predominantly grade 1–2; grade 3–4 toxicities were mainly leukopenia and thrombocytopenia.

Conclusion: Concurrent chemoradiotherapy in patients with stage III NSCLC yields favorable long-term survival. Small tumor size (≤ 5 cm) and early disease stage (IIIA) are prognostic factors that prolong survival.

Keywords: Non-small cell lung cancer, concurrent chemoradiotherapy, 5-year survival, prognostic factors.

*Corresponding author
Email: drhoaibao@gmail.com **Phone**: (+84) 975309329 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6134

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỐNG THÊM 5 NĂM VÀ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN III ĐIỀU TRỊ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Hải Hoàng*, Lê Sỹ Lâm, Nguyễn Thị Nga,
Nguyễn Văn Tiến, Vũ Đình Dương, Nguyễn Tiến Thượng

Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An - Km 456, Quốc lộ 1A, P. Vinh Hưng, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận: 01/06/2026
Ngày sửa: 24/07/2026; Ngày đăng: 06/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn III bằng hóa xạ trị đồng thời và một số yếu tố tiên lượng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu có theo dõi dọc trên 119 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III được điều trị hóa xạ trị đồng thời tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 3/2019 đến tháng 12/2022.

Kết quả: Tuổi trung bình 59,3 ± 9; tỷ lệ nam/nữ 5/1; giai đoạn IIIB chiếm 50,4%. Tỷ lệ đáp ứng chung đạt 98,3% (đáp ứng hoàn toàn 17,6%). Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là 12 tháng; trung vị thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là 26 tháng; tỷ lệ sống thêm 5 năm đạt 31,5%. Kích thước u ≤ 5 cm kéo dài trung vị PFS (16 tháng, p = 0,010) và OS (39 tháng, p = 0,041). Giai đoạn IIIA có trung vị PFS và OS (21 và 48 tháng) cao hơn giai đoạn IIIB và IIIC. Tác dụng phụ chủ yếu ở độ 1–2; độ 3–4 chủ yếu là hạ bạch cầu và hạ tiểu cầu.

Kết luận: Hóa xạ trị đồng thời ở bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III mang lại thời gian sống thêm dài hạn khả quan. Kích thước u nhỏ (≤ 5 cm) và giai đoạn bệnh sớm (IIIA) là những yếu tố tiên lượng giúp kéo dài thời gian sống thêm.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, hóa xạ trị đồng thời, sống thêm 5 năm, yếu tố tiên lượng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, ung thư phổi vẫn là một gánh nặng y tế lớn trên toàn thế giới cũng như ở Việt Nam. Trong đó, ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm đa số với khoảng 85% trường hợp, thường được chẩn đoán khi bệnh đã tiến triển tại chỗ - tại vùng (giai đoạn III) hoặc đã di căn xa (giai đoạn IV) [1]. Ở những người mắc bệnh giai đoạn III không có chỉ định phẫu thuật, phác đồ hóa xạ trị đồng thời được xem là tiêu chuẩn điều trị giúp tối ưu hóa hiệu quả can thiệp.

Tại cơ sở của chúng tôi, các phương pháp xạ trị tiên tiến đã được ứng dụng thường xuyên, mang lại khả năng kiểm soát tại chỗ hiệu quả và hạn chế tác dụng phụ. Ngoài việc đánh giá mức độ đáp ứng ban đầu, đích đến quan trọng nhất trong điều trị ung thư giai đoạn muộn là gia tăng thời gian sống còn. Mặc dù vậy, những số liệu thực tiễn về thời gian sống thêm dài hạn (đạt mốc 5 năm) cùng với việc phân tích các yếu tố nguy cơ về lâm sàng và cận lâm sàng vẫn cần được khảo sát kỹ lưỡng để hỗ trợ chiến lược cá thể hóa điều trị [2].

Từ những yêu cầu thực tiễn đó, nghiên cứu này được triển khai với hai mục tiêu chính: (1) Đánh giá hiệu quả của phác đồ hóa xạ trị đồng thời trên bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III; (2) Khảo sát các yếu tố tiên lượng tác động đến thời gian sống thêm.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu có theo dõi dọc.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, từ tháng 3/2019 đến tháng 12/2022.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 119 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III được điều trị hóa xạ trị đồng thời tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An trong thời gian nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* UTPKTBN được xác định bằng mô bệnh học và hóa mô miễn dịch; tuổi ≥ 18; giai đoạn III (theo AJCC phiên bản 8, 2017); chỉ số toàn trạng ECOG 0–1; không có chống chỉ định hóa chất, xạ trị; đồng ý tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Đã xạ trị vùng ngực trước đó; có bệnh lý kết hợp như suy gan, suy thận trước điều trị; đang mang thai hoặc cho con bú; không tuân thủ phác đồ vì lý do cá nhân (không bao gồm nguyên nhân y khoa như tác dụng phụ); không đủ hồ sơ theo dõi.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ: Lấy tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, thu được 119 bệnh nhân.

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng và cận lâm sàng; kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn; thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS), thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

*Tác giả liên hệ
Email: drhoaibao@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 975309329 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6134

Trước điều trị, bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, xét nghiệm máu, siêu âm ổ bụng, X-quang ngực, siêu âm hạch vùng cổ, CT lồng ngực – ổ bụng, MRI sọ não và xạ hình xương toàn thân; chẩn đoán giai đoạn theo AJCC 8 (2017) và hội chẩn qua Tiểu ban lồng ngực. Xạ trị được tiến hành đồng thời với hóa trị, tổng liều 60–66 Gy, mỗi phân liều 2 Gy, 5 phân liều/tuần; hóa trị bắt đầu vào ngày đầu xạ trị và lặp lại theo chu kỳ. Sau điều trị, bệnh nhân được tái khám sau khi kết thúc điều trị 1 tháng để đánh giá đáp ứng theo RECIST 1.1 và độc tính theo CTCAE 5.0. Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Thời gian sống thêm được ước tính theo phương pháp Kaplan–Meier; so sánh giữa các nhóm bằng kiểm định log-rank. Các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm được phân tích bằng mô hình hồi quy Cox đơn biến và đa biến, trình bày qua tỷ suất nguy cơ (HR) và khoảng tin cậy 95% (95% CI). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Ung bướu Nghệ An [Giấy chứng nhận số 118/CN-HĐĐĐ ngày 22/12/2025 của Hội đồng đạo đức Bệnh viện Ung bướu Nghệ An]. Người bệnh tham gia tự nguyện; thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Phương pháp điều trị đã được khuyến cáo trong nhiều hướng dẫn quốc tế với bằng chứng về an toàn và hiệu quả.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm		n	%
Tuổi trung bình (nhỏ nhất – lớn nhất)		59,3 ± 9 (28 – 80)	
Giới	Nam	99	83,2
	Nữ	20	16,8
Hút thuốc lá	Có	80	67,2
	Không	39	32,8
Triệu chứng	Ho	83	69,7
	Khó thở	40	33,6
	Đau ngực	76	63,9
	Sút cân	63	52,9
	Mệt mỏi	35	29,4
	Ho máu	26	21,8
	Hạch thượng đòn	35	29,4
Bệnh nội khoa đi kèm	Tăng huyết áp	35	29,4
	Đái tháo đường	27	22,7
	COPD	43	36,1
	Lao phổi cũ	29	24,4
Mô bệnh học	Carcinoma tuyến	86	72,3
	Carcinoma vảy	27	22,7
	Carcinoma tuyến vảy	3	2,5
	Carcinoma KTBN	3	2,5
Giai đoạn T	T1	10	8,4
	T2	30	25,2
	T3	37	31,1
	T4	42	35,3
Giai đoạn N	N0	17	14,3
	N1	9	7,6
	N2	53	44,5
	N3	40	33,6
Giai đoạn bệnh	IIIA	42	35,3
	IIIB	60	50,4
	IIIC	17	14,3
Phác đồ hóa chất	Etoposide + Cisplatin/Carboplatin	50	42,0
	Paclitaxel + Carboplatin	30	25,2
	Pemetrexed + Cisplatin/Carboplatin	31	26,1
	Vinorelbine + Cisplatin	8	6,7

Tuổi trung bình 59,3 ± 9; nam chiếm 83,2%; 67,2% có hút thuốc lá. Triệu chứng thường gặp gồm ho (69,7%), đau ngực (63,9%) và sút cân (52,9%). Mô học chủ yếu là carcinoma tuyến (72,3%); 52,1% có bệnh nội khoa đi kèm. Giai đoạn bệnh chủ yếu là IIIB (50,4%) (Bảng 1).

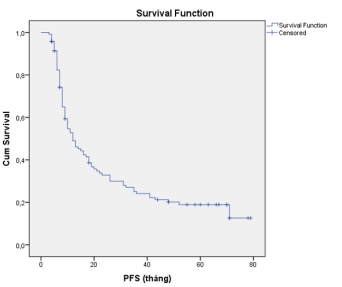
3.2. Đáp ứng sau điều trị

Bảng 2. Đáp ứng chung

Tỷ lệ đáp ứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	21	17,6
Đáp ứng một phần	96	80,7
Bệnh giữ nguyên	0	0
Bệnh tiến triển	2	1,7
Tổng	119	100

Tỷ lệ đáp ứng chung đạt 98,3%, trong đó đáp ứng một phần 80,7% và đáp ứng hoàn toàn 17,6%; chỉ 1,7% bệnh tiến triển sau điều trị (Bảng 2).

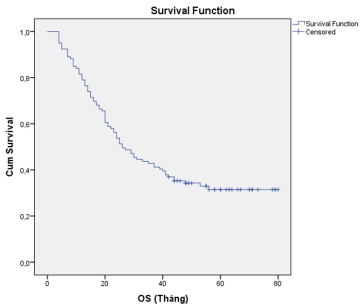
3.3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS)



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Trung vị PFS đạt 12 tháng. Tỷ lệ bệnh chưa tiến triển tại các thời điểm 6, 12, 24 và 36 tháng lần lượt là 82,3%, 49,0%, 32,8% và 24,1% (Biểu đồ 1).

3.4. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS)



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ

Trung vị OS đạt 26 tháng. Tỷ lệ sống thêm tại các thời điểm 12, 24, 36, 48 và 60 tháng lần lượt là 81,5%, 53,8%, 42,9%, 34,3% và 31,5% (Biểu đồ 2).

3.5. Các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS)

Biến	Trung vị PFS (tháng)	HR	95% CI	p
Giới				
Nữ (20)	9	1	0,295 – 0,898	0,019
Nam (99)	13	0,515	0,295 – 0,898	
Tuổi				
< 60	12	1	0,784 – 1,802	0,416
≥ 60	13	1,189	0,784 – 1,802	
Hút thuốc				
Không	12	1	0,791 – 1,726	0,813
Có	12	1,176	0,791 – 1,726	
Kích thước u				
≤ 5 cm	16	1	–	0,010
5 – 7 cm	10	0,378	0,189 – 0,757	
≥ 7 cm	7	0,606	0,292 – 1,259	
Giải phẫu bệnh				
Carcinoma tuyến	12	1	0,708 – 1,813	0,602
Vảy/tuyến vảy/KTBN	15	1,133	0,708 – 1,813	
Giai đoạn T				
T1	12	1	–	0,079
T2	21	0,509	0,212 – 1,222	
T3	12	0,509	0,295 – 0,877	
T4	10	0,733	0,439 – 1,225	
Giai đoạn N				
N0	13	1	–	0,228
N1	12	0,763	0,400 – 1,454	
N2	17	0,458	0,178 – 1,180	
N3	9	0,665	0,416 – 1,064	
Giai đoạn bệnh				
IIIA	21	1	–	< 0,001
IIIB	11	0,247	0,126 – 0,484	
IIIC	7	0,431	0,233 – 0,799	
Phác đồ				
EP	10	1	–	0,388
Paclitaxel + Carboplatin	10	1,219	0,496 – 3,169	
Pemetrexed + Cis/Carbo	20	1,222	0,454 – 3,289	
Vinorelbine + Cisplatin	18	0,783	0,289 – 2,123	

Phân tích đa biến cho thấy giới tính, kích thước u và giai đoạn bệnh là các yếu tố ảnh hưởng đến PFS (Bảng 3).

3.6. Các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ (OS)

Biến	Trung vị OS (tháng)	HR	95% CI	p
Giới				
Nữ (20)	13	1	–	0,012
Nam (99)	30	0,425	0,217 – 0,830	
Tuổi				
< 60	25	1	–	0,963
≥ 60	29	1,013	0,591 – 1,735	
Hút thuốc				
Không	25	1	–	0,813
Có	26	1,243	0,896 – 1,765	
Kích thước u				
≤ 5 cm	39	1	–	0,041
5 – 7 cm	29	0,712	0,291 – 1,742	
≥ 7 cm	18	0,772	0,300 – 1,986	

Biến	Trung vị OS (tháng)	HR	95% CI	p
Giải phẫu bệnh				
Carcinoma tuyến	26	1	–	0,811
Vảy/tuyến vảy/ KTBN	26	1,074	0,600 – 1,920	
Giai đoạn T				
T1	24	1	–	0,001
T2	[...]	0,624	0,320 – 0,938	
T3	35	0,436	0,134 – 0,869	
T4	19	0,570	0,245 – 0,955	
Giai đoạn N				
N0	22	1	–	0,937
N1	31	1,876	0,895 – 3,294	
N2	30	2,287	0,665 – 6,234	
N3	24	1,418	0,745 – 2,143	
Giai đoạn bệnh				
IIIA	48	1	–	0,048
IIIB	25	0,343	0,249 – 0,943	
IIIC	24	0,426	0,132 – 0,867	
Phác đồ				
EP	25	1	–	0,312
Paclitaxel + Carboplatin	24	0,944	0,345 – 2,345	
Pemetrexed + Cis/Carbo	48	0,847	0,217 – 2,675	
Vinorelbine + Cisplatin	12	0,569	0,187 – 1,934	

Phân tích đa biến cho thấy giới tính, kích thước u, giai đoạn T và giai đoạn bệnh là các yếu tố ảnh hưởng đến OS (Bảng 4).

3.7. Các tác dụng không mong muốn

Bảng 5. Một số tác dụng không mong muốn khi điều trị hóa xạ trị đồng thời

Tác dụng phụ				
Không n (%)	**Độ 1 n (%)**	**Độ 2 n (%)**	**Độ 3 n (%)**	**Độ 4 n (%)**
Giảm Hemoglobin				
70 (58,8)	34 (28,6)	15 (12,6)	0	0
Giảm bạch cầu				
53 (44,5)	30 (25,2)	16 (13,4)	16 (13,4)	4 (3,4)
Giảm bạch cầu hạt				
54 (45,4)	31 (26,1)	17 (14,3)	14 (11,8)	3 (2,5)
Giảm tiểu cầu				
60 (50,4)	29 (24,4)	20 (16,8)	6 (5,0)	4 (3,4)
Tăng GOT				
80 (67,2)	20 (16,8)	15 (12,6)	4 (3,4)	0
Tăng GPT				
82 (68,9)	21 (17,6)	10 (8,4)	6 (5,0)	0
Nôn				
20 (16,8)	75 (63,0)	14 (11,8)	10 (8,4)	0
Viêm da				
40 (33,6)	72 (60,5)	6 (5,0)	1 (0,8)	0
Viêm thực quản				
60 (50,4)	56 (47,1)	3 (2,5)	0	0
Viêm phổi				
77 (64,7)	35 (29,4)	6 (5,0)	1 (0,8)	0

Tác dụng không mong muốn chủ yếu ở mức độ 1–2. Độc tính độ 3–4 gặp chủ yếu là hạ bạch cầu (độ 3: 13,4%; độ 4: 3,4%), hạ bạch cầu hạt và hạ tiểu cầu, tập trung ở nhóm dùng phác đồ EP. Viêm da, viêm thực quản và viêm phổi chủ yếu ở độ 1, hiếm gặp độ 3 và không có độ 4 (Bảng 5).

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 59,3 ± 9, tỷ lệ nam/nữ 5/1 và 67,2% bệnh nhân có hút thuốc lá, phù hợp với các nghiên cứu UTPKTBN trước đây như Nguyễn Việt Hà (tuổi trung bình 60 ± 11,6) [3] và Lê Tuấn Anh (nam giới 76,7%) [4]. Các triệu chứng thường gặp gồm ho, đau ngực, sút cân và khó thở, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Đức Hạnh [5] và Hồ Văn Trung [6], phản ánh tính điển hình của UTPKTBN giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng.

Đánh giá tại thời điểm 1 tháng sau khi kết thúc điều trị trên 119 bệnh nhân hoàn tất liệu trình và có đủ hình ảnh học, theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 98,3% (hoàn toàn 17,6%, một phần 80,7%). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Tuấn Anh (57,1–65,8%) [4] và Bùi Công Toàn (76%, hoàn toàn 14%) [7]; sự khác biệt có thể xuất phát từ việc lựa chọn quần thể nghiên cứu (chỉ bao gồm người bệnh hoàn tất liệu trình), cùng với sự phối hợp nhiều phác đồ hóa chất và mức liều xạ 60–66 Gy.

Trung vị PFS đạt 12 tháng, trung vị OS 26 tháng và tỷ lệ sống thêm 5 năm 31,5%, tương đồng với các nghiên cứu quốc tế: Bradley JD và cộng sự ghi nhận trung vị PFS 11,8 tháng và OS 28,7 tháng [8]; thử nghiệm pha III PACIFIC ghi nhận thời gian sống thêm toàn bộ (OS) ở nhánh chứng (nhóm không sử dụng liệu pháp duy trì) đạt 29,1 tháng [9]. Những số liệu này cho thấy kết quả của chúng tôi có sự đồng thuận nhất định với các báo cáo trên thế giới, củng cố thêm bằng chứng về hiệu quả của phác đồ hóa xạ trị đồng thời trên thực tế.

Về yếu tố tiên lượng, kích thước u ≤ 5 cm có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao hơn (p = 0,009), kéo dài trung vị PFS (16 tháng, p = 0,006) và OS (39 tháng, p = 0,011). Giai đoạn IIIA cho trung vị PFS 21 tháng và OS 48 tháng, cao hơn rõ rệt IIIB và IIIC (p < 0,05), phù hợp nhận định của Bùi Công Toàn rằng giai đoạn hạch càng cao thì tỷ lệ đáp ứng càng

thấp [7]. Loại mô học không ảnh hưởng đến đáp ứng và sống thêm, tương đồng Lê Tuấn Anh [4]. Phân tích bước đầu cho thấy nam giới có PFS và OS tốt hơn nữ giới ($p < 0,05$); tuy nhiên, nhận định này cần được diễn giải hết sức thận trọng. Do sự chênh lệch lớn về cỡ mẫu giữa hai giới (99 nam và 20 nữ) cũng như khả năng khác biệt về các đặc điểm nền, kết quả này chưa đủ mạnh để coi là một yếu tố tiên lượng chắc chắn hay mang tính sinh học độc lập, mà cần được khảo sát thêm ở các nghiên cứu có cỡ mẫu cân bằng hơn

Tác dụng không mong muốn chủ yếu ở mức độ 1–2, không đe dọa tính mạng và không làm gián đoạn điều trị; độc tính độ 3–4 gặp ở số ít bệnh nhân, chủ yếu là hạ bạch cầu và hạ tiểu cầu liên quan phác đồ EP, phù hợp các nghiên cứu trong nước [5,6]. Hạn chế của nghiên cứu là thiết kế hồi cứu, cỡ mẫu tại một trung tâm nên khả năng khái quát còn giới hạn.

5. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp hóa xạ trị đồng thời ở bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III mang lại kết quả sống thêm dài hạn khả quan, với trung vị OS 26 tháng và tỷ lệ sống thêm 5 năm 31,5%; độc tính chủ yếu ở mức độ 1–2 và kiểm soát được. Kích thước u ≤ 5 cm và giai đoạn bệnh sớm (IIIA) là các yếu tố tiên lượng giúp kéo dài thời gian sống thêm. Mặc dù vậy, do đặc thù của thiết kế hồi cứu với cỡ mẫu chưa lớn, các yếu tố tiên lượng này cần được tiếp tục khẳng định qua các nghiên cứu tiến cứu trong tương lai.

Xung đột lợi ích: Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] GLOBOCAN 2022. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2022. International Agency for Research on Cancer. Truy cập tháng 7/2024. http://www.globocan.iarc.fr

[2] Song Y, Pan X, Dai H, et al. Estimating long-term survival in patients with unresectable stage III non-small cell lung cancer: a mixture cure model analysis. Radiother Oncol. 2024;192:110328. doi:10.1016/j.radonc.2024.110328

[3] Nguyễn Việt Hà, Đặng Văn Khoa, Lã Duy Tuyến. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, X-quang, mô bệnh học và bộc lộ yếu tố tăng trưởng biểu bì trong ung thư biểu mô tuyến của phổi. Tạp chí Ung thư Việt Nam. 2014;3:187-194.

[4] Lê Tuấn Anh và cộng sự. Kết quả sống còn 5 năm và các yếu tố tiên lượng của hóa xạ trị đồng thời ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III. Tạp chí Ung thư Việt Nam. 2016;1:197-202.

[5] Nguyễn Đức Hạnh, Đặng Văn Khiêm, Đinh Ngọc Việt và cộng sự. Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Tạp chí Ung thư Việt Nam. 2018;4:196-203.

[6] Hồ Văn Trung, Cung Thị Tuyết Anh, Phạm Lương Giang và cộng sự. Xạ trị giảm phân liều ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến triển tại chỗ – tại vùng. Tạp chí Y học TP. HCM. 2006;10(4):339-344.

[7] Bùi Công Toàn, Đỗ Anh Tú. Đánh giá kết quả bước đầu hóa – xạ trị đồng thời ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB tại Bệnh viện K. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2010;1:239-244.

[8] Bradley JD, Paulus R, Komaki R, et al. Standard-dose versus high-dose conformal radiotherapy with concurrent and consolidation carboplatin plus paclitaxel with or without cetuximab for patients with stage IIIA or IIIB non-small-cell lung cancer (RTOG 0617): a randomised, two-by-two factorial phase 3 study. Lancet Oncol. 2015;16(2):187-199. doi:10.1016/S1470-2045(14)71207-0

[9] Spigel DR, Faivre-Finn C, Gray JE, et al. Five-year survival outcomes from the PACIFIC trial: durvalumab after chemoradiotherapy in stage III non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol. 2022;40(12):1301-1311. doi:10.1200/JCO.21.01308