KẾT QUẢ HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL - CARBOPLATIN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Đoàn Việt Thanh[1], Vi Trần Doanh[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và các tác dụng không mong muốn của phác đồ Paclitaxel - Carboplatin trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc trên 53 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV điều trị hóa chất bước một bằng phác đồ Paclitaxel - Carboplatin tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 06 năm 2025.

Kết quả: Tuổi trung bình là 63,55 ± 8,01; nam giới chiếm 69,8%. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 35,8% (toàn bộ là đáp ứng một phần); tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 64,2%. Cải thiện triệu chứng cơ năng ghi nhận ở 52,8% trường hợp. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 7,29 tháng; nhóm bệnh nhân kiểm soát được bệnh có thời gian sống thêm bệnh không tiến triển dài hơn nhóm bệnh tiến triển (10,58 so với 3,42 tháng; p < 0,001; tỷ số nguy cơ = 6,78). Độc tính chủ yếu ở độ 1–2 và có thể kiểm soát đượcc. Giảm huyết sắc tố và giảm bạch cầu trung tính gặp lần lượt ở 49,1% và 37,7% (độ 3 đến 4: 9,4%). Có 1 trường hợp (1,9%) tăng men gan độ 4 phải ngừng điều trị.

Kết luận: Phác đồ Paclitaxel – Carboplatin cho hiệu quả điều trị khả quan, kiểm soát triệu chứng tốt, kéo dài thời gian sống thêm không tiến triển và độc tính dung nạp được.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV, hóa trị liệu, paclitaxel - carboplatin, đáp ứng điều trị, sống thêm bệnh không tiến triển, độc tính.

SUMMARY

CHEMOTHERAPY RESULTS PACLITAXEL - CARBOPLATIN IN PATIENTS WITH STAGE IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objective: To evaluate treatment response, progression-free survival and adverse effects of first-line Paclitaxel – Carboplatin regimen in patients with stage IV non-small cell lung cancer at Thai Nguyen Central Hospital.

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study with longitudinal follow-up was conducted on 53 stage IV non-small cell lung cancer patients treated with first-line Paclitaxel – Carboplatin at Thai Nguyen Central Hospital from January 2020 to June 2025**.**

Results: The mean age was 63.55 ± 8.01 years; males accounted for 69.8%. Overall, 86.8% of patients received 85% or more of the planned dose, and 67.9% completed 6 cycles. The overall response rate was 35.8% (all partial responses); the disease control rate was 64.2%. Functional symptoms improved in 52.8% of patients. Median progression-free survival was 7.29 months; the disease control group had a significantly longer median progression-free survival than the progressive disease group (10.58 versus 3.42 months; p-value < 0.001). Toxicities were mostly grade 1 to 2. Anemia and neutropenia were observed in 49.1% and 37.7% (grade 3 to 4: 9.4%), respectively. One patient (1.9%) discontinued therapy due to grade 4 transaminitis.

Conclusion: The Paclitaxel – Carboplatin regimen demonstrates favorable efficacy, significant symptom improvement, prolonged progression-free survival, and manageable toxicity profile.

Keywords: Stage IV non-small cell lung cancer, Paclitaxel – Carboplatin, treatment response, progression-free survival, toxicity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến nhất và là nguyên nhân tử vong hàng đầu do ung thư trên toàn thế giới. Theo GLOBOCAN 2022, trên toàn thế giới có khoảng

[1]*Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.*
[2]*Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Đoàn Việt Thanh
Email: doanvietthanhytn@gmail.com
Mã bài: N904
Ngày nhận bài: 28/6/2026
Ngày phản biện khoa học: 26/6/2026
Ngày duyệt bài: 5/8/2026

2,5 triệu ca mắc mới (chiếm 12,4%) và 1,8 triệu ca tử vong (chiếm 18,7%) do căn bệnh này[1]. Theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới, UTP được chia thành hai nhóm chính là ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN) và ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) trong đó nhóm UTPKTBN chiếm 80 - 85% các trường hợp. Do đặc điểm tiến triển nhanh và triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, đa số bệnh nhân khi được chẩn đoán đã ở giai đoạn tiến xa. Các liệu pháp điều trị ở giai đoạn này chủ yếu là điều trị toàn thân nhằm mục tiêu giảm nhẹ, kéo dài thời gian sống, duy trì chất lượng cuộc sống, đồng thời hạn chế các tác dụng phụ do điều trị. Dù các liệu pháp nhắm đích và miễn dịch đã chứng minh được vai trò vượt trội, hóa trị toàn thân với nền tảng là nhóm Platinum, kết hợp với các thuốc nhóm Taxane, Gemcitabin, Pemetrexed,... vẫn giữ vai trò quan trọng trong chỉ định điều trị bước 1 cho bệnh nhân UTPKTBN không có đột biến gen hoặc hạn chế tài chính. Trong số các phác đồ phối hợp, Paclitaxel – carboplatin là một phác đồ kinh điển, cho thấy hiệu quả và an toàn, cải thiện chất lượng cuộc sống so với chăm sóc giảm nhẹ đơn thuần. Tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, phác đồ đã được sử dụng thường quy nhiều năm nay. Việc đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phác đồ trên bệnh nhân trong thực tế lâm sàng tại địa phương là cần thiết để giúp nâng cao hiệu quả điều trị. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Đánh giá đáp ứng điều trị, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và các tác dụng không mong muốn của phác đồ Paclitaxel - Carboplatin trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 53 bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN giai đoạn IV và điều trị bằng hóa chất bước một phác đồ Paclitaxel - Carboplatin tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (từ 01/2020 đến 6/2025).

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTPKTBN giai đoạn IV theo phân loại của AJCC phiên bản 8 năm 2017. Không có hoặc chưa xác định tình trạng đột biến gen và không có khả năng tiếp cận điều trị nhắm trúng đích hoặc miễn dịch. Chỉ số toàn trạng PS từ 0 - 2 theo thang điểm ECOG. Có các tổn thương đích để có thể đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1. Được điều trị tối thiểu 3 chu kỳ Paclitaxel-Carboplatin. Có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có di căn não. Mắc ung thư thứ 2. Bệnh nhân bỏ dở điều trị không phải lý do chuyên môn. Không đủ thông tin theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu có theo dõi dọc

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích.

Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: Từ hồ sơ bệnh án, thu thập các thông tin về tuổi, giới, thể mô bệnh học, thời gian bắt đầu điều trị, đáp ứng điều trị, thời gian tiến triển hoặc tử vong, các độc tính xảy ra trong quá trình điều trị. Các thông tin được ghi nhận vào phiếu nghiên cứu.

Các tiêu chí đánh giá:

- Đánh giá đáp ứng điều trị (theo RECIST 1.1).

Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) = đáp ứng hoàn toàn (CR) + đáp ứng một phần (PR)

Tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) = đáp ứng hoàn toàn (CR) + đáp ứng một phần (PR) + bệnh ổn định (SD)

- Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS): Khoảng thời gian từ ngày bắt đầu hóa chất đến khi ghi nhận bệnh tiến triển hoặc tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào.

- Đánh giá độc tính: Phân loại từ độ 1 đến 4 theo tiêu chuẩn NCI-CTCAE phiên bản 5.0.

- Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 63,55 ± 8,01 tuổi. Nhóm tuổi 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 50,9% (thấp nhất là 47 tuổi, cao nhất 84 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là: 2,31/1.

Đa số bệnh nhân có thể trạng tốt với PS 0-1 chiếm 81,1%, nhóm có PS 2 chiếm 18,9%.

Thể mô bệnh học thường gặp là ung thư biểu mô tuyến chiếm 81,1%, biểu mô vảy chiếm 17%, biểu mô tế bào lớn chiếm 1,9%.

Về giai đoạn lâm sàng, giai đoạn IVA chiếm 64,2%, giai đoạn IVB chiếm 35,8%.

Các vị trí di căn thường gặp lần lượt là phổi đối bên, màng phổi, xương, hạch, gan và tuyến thượng thận.

3.2. Đặc điểm điều trị

Bảng 1. Đặc điểm điều trị

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số chu kỳ hóa trị	3	12	22,6
	4	4	7,5
	5	1	1,9
	6	36	67,9
Liều điều trị	≥85%	46	86,8
	<85%	7	13,2
Tổng		53	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhận ≥ 85% liều kế hoạch đạt 86,8%, 13,2% trường hợp phải giảm liều. Số chu kỳ điều trị hoàn thành dao động từ 3 đến 6, trong đó đa số bệnh nhân (67,9%) hoàn thành đủ 6 chu kỳ điều trị theo kế hoạch.

3.3. Đánh giá đáp ứng

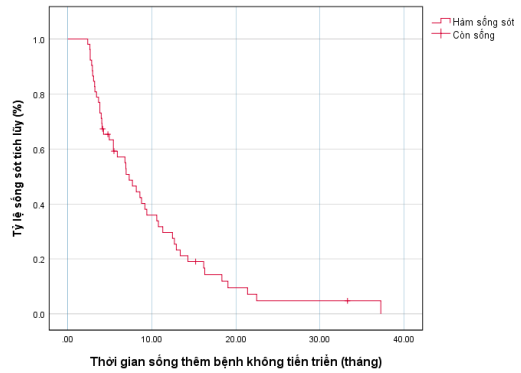
Bảng 2. Tỷ lệ đáp ứng điều trị.

Đáp ứng điều trị		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng cơ năng	Cải thiện	28	52,8
	Ổn định	13	24,5
	Xấu hơn/tử vong	12	22,6
Đáp ứng thực thể	Đáp ứng hoàn toàn (CR)	0	0
	Đáp ứng một phần (PR)	19	35,8
	Bệnh ổn định (SD)	15	28,3
	Bệnh tiến triển (PD)	19	35,8
Tổng		53	100
Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR = CR + PR)		35,8	
Tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR = CR + PR + SD)		64,2	

Nhận xét: Về đáp ứng cơ năng, 52,8% bệnh nhân có cải thiện triệu chứng, 24,5% ổn định và 22,6% có triệu chứng xấu hơn hoặc tử vong.

Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 35,8% (tất cả đều là đáp ứng một phần), không có bệnh nhân nào đạt đáp ứng hoàn toàn, 28,3% bệnh ổn định, 35,8% bệnh tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 64,2%.

3.4. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (n=53)

Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (STBKTT – PFS) là 7,29 tháng, ngắn nhất là 2,4 tháng và dài nhất là 37,3 tháng.

Bảng 3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển theo đáp ứng điều trị

Đáp ứng		Trung vị STBKTT (tháng) (KTC 95%)	p
Đáp ứng cơ năng	Có đáp ứng	9,17 (6,28 - 12,06)	<0,001
	Xấu hơn	3,22 (2,83 – 3,60)	
Kiểm soát bệnh	Kiểm soát bệnh	10,58 (7,69 - 13,48)	<0.001
	Bệnh tiến triển	3,42 (2,80 – 4,10)	

Nhận xét: Nhóm có cải thiện triệu chứng cơ năng có trung vị STBKTT là 9,17 tháng, cao hơn nhóm có triệu chứng xấu hơn (3,22 tháng) sự khác biệt có ý nghĩa với p < 0,001.

Trung vị STBKTT ở nhóm bệnh nhân đạt kiểm soát bệnh là 10,58 tháng (KTC 95%: 7,69 – 13,48 tháng) cao hơn so với nhóm bệnh tiến triển chỉ đạt 3,42 tháng (KTC 95%: 2,80 – 4,10 tháng), sự khác biệt về có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Phân tích hồi quy Cox đơn biến cho thấy bệnh nhân không kiểm soát được bệnh có nguy cơ tiến triển hoặc tử vong cao gấp 6,78 lần so với nhóm kiểm soát được bệnh (HR = 6,78; KTC 95%: 3,38 – 13,58; p < 0,001).

3.5. Độc tính điều trị

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn của phác đồ

Loại độc tính		Tất cả các độ		Độ 3-4	
		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Độc tính huyết học	Giảm bạch cầu trung tính	20	37,7	5	9,4
	Giảm bạch cầu chung	14	26,4	3	5,7
	Giảm huyết sắc tố	26	49,1	2	3,8
	Giảm tiểu cầu	7	13,2	0	0

Loại độc tính		Tất cả các độ		Độ 3-4	
		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chức năng gan – thận	Tăng AST/ALT	8	15,1	1	1.9
	Tăng creatinin	1	1,9	0	0
Tiêu hóa	Buồn nôn/nôn	10	18,9	0	0
	Tiêu chảy	6	11,3	0	0
Khác	Mệt mỏi	35	66	0	0
	Thần kinh ngoại vi	9	17	0	0

Nhận xét: Độc tính của phác đồ chủ yếu ở mức độ nhẹ đến trung bình (độ 1-2) và kiểm soát được. Giảm bạch cầu trung tính là độc tính huyết học phổ biến nhất (37,7%), với 9,4% ở mức độ 3-4 và đều hồi phục. Các độc tính ngoài hệ tạo huyết phổ biến nhất gồm mệt mỏi (66%), buồn nôn/nôn (18,9%) và bệnh lý thần kinh ngoại biên (17%), đều ở mức độ 1-2. Có 1 trường hợp độc tính tăng men gan độ 4 phải ngừng điều trị. Không có trường hợp tử vong liên quan đến độc tính.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đáp ứng điều trị

Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 35,8% (tất cả là đáp ứng một phần) và tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) đạt 64,2%. Khi so sánh với các nghiên cứu trong nước, tỷ lệ đáp ứng 35,8% của chúng tôi tương đồng và có phần nhỉnh hơn nghiên cứu của Lê Thu Hà và cs (31,1%) [2], Lê Thị Yến (35,3%) [3], Nguyễn Văn Kiên (31,2%) [4]. Nghiên cứu của Lê Thị Yến cho thấy bệnh nhân giai đoạn IVA có tỷ lệ đáp ứng lên tới 52,4%, cao hơn vượt trội so với nhóm di căn lan tràn IVB chỉ đạt 23,3% (p = 0,012); đồng thời nhóm bệnh nhân có PS 0 -1 có tỷ lệ đáp ứng lên tới 40,0% so với 0% ở nhóm PS 2 (p = 0,039); tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa Hồng cũng chứng minh nhóm PS 0-1 đạt tỷ lệ đáp ứng 25,0% so với chỉ 2,1% ở nhóm PS 2 (p = 0,031) [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân giai đoạn IVA chiếm 64,2% và nhóm bệnh nhân có PS 0-1 chiếm tới 81,1% có thể góp phần giải thích tỷ lệ đáp ứng cao hơn so với một số nghiên cứu khác. Khi so sánh với các nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ đáp ứng 35,8% tương đương nghiên cứu của Shimizu T (31,9%) [6] và cao hơn các nghiên cứu của Zhou C (26%) [7], Schiller (17-21%) [8]. Các nghiên cứu quốc tế có ORR thấp hơn thường do tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn IVB lan tràn rất cao (87% - 91%) [6,7].

Tỷ lệ cải thiện triệu chứng là 52,8% thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Trí Trung Anh (68,5%) và Nguyễn Thị Hoa Hồng (81,3%) [5,9]. Do mẫu nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn thuần túy bệnh nhân giai đoạn IV, và có tới 18,9% bệnh nhân thể trạng kém (PS 2), độ tuổi trung bình cao hơn (63,56 ± 8,01) có thể khiến khả năng cải thiện triệu chứng hạn chế hơn so với bệnh nhân ở giai đoạn IIIB. Tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng cơ năng ổn định hoặc cải thiện vẫn đạt 77,3%, cho thấy vai trò của phác đồ trong việc giảm nhẹ triệu chứng lâm sàng rất rõ rệt ở giai đoạn muộn.

4.2. Về thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) trong nghiên cứu đạt 7,29 tháng tương tự kết quả nghiên cứu của Zhou và cộng sự (6,5 tháng, KTC 95%: 5,8-7,1 tháng [7]. Kết quả này tương đồng với các công bố khoa học gần đây tại Việt Nam: Nguyễn Văn Kiên và cs (2023) tại Bệnh viện Quân y 110 ghi nhận trung vị PFS đạt 7,0 tháng (n =32, KTC 95%: 4,2 – 9,7 tháng) [4]; Nghiên cứu của Lê Thị Yến và cs (2026) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa PFS đạt 6,0 tháng [3]; Nguyễn Thị Hoa Hồng và cs (2023) tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh trung vị PFS là 5,9 tháng [5]. Kết quả này cho thấy trung vị PFS từ 6,0 đến 7,3 tháng là kết quả phù hợp và đáng khích lệ khi ứng dụng phác đồ Paclitaxel - Carboplatin tại các bệnh viện tuyến tỉnh.

Phân tích cho thấy PFS có mối tương quan

chặt chẽ với đáp ứng điều trị. Nhóm bệnh nhân có đáp ứng cải thiện cơ năng đạt PFS là 9,17 tháng, vượt trội so với 3,22 tháng ở nhóm không cải thiện (p < 0,001). Nhóm đạt kiểm soát bệnh có PFS lên tới 10,58 tháng, cao gấp 3 lần so với nhóm bệnh tiến triển (chỉ đạt 3,42 tháng; p < 0,001). Kết quả này tương tự với ghi nhận của nhiều tác giả khác: Nguyễn Văn Kiên (nhóm đáp ứng đạt PFS 11,0 tháng so với 4,0 tháng ở nhóm không đáp ứng; p = 0,007), Lê Thị Yến (8,0 tháng so với 4,0 tháng; p = 0,0001) và Nguyễn Thị Hoa Hồng (10,2 tháng so với 4,1 tháng, p = 0,000) [3-5]. Phân tích hồi quy đơn biến Cox cho thấy thất bại trong kiểm soát bệnh làm tăng nguy cơ tiến triển hoặc tử vong gấp 6,78 lần (HR = 6,78; KTC 95%: 3,38 – 13,58; p < 0,001). Những dữ liệu này khẳng định kiểm soát được khối u đem đến lợi ích kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh.

4.3. Về độc tính điều trị

Các tác dụng không mong muốn chủ yếu ở độ 1–2, thường gặp nhất là trên hệ huyết học. Phổ biến nhất là giảm huyết sắc tố (49,1%) và giảm bạch cầu trung tính (37,7%); tỷ lệ giảm bạch cầu hạt độ 3-4 là 9,4% và có thể hồi phục. Độc tính ngoài tạo huyết chủ yếu là mệt mỏi (66,0%), buồn nôn/nôn (18,9%) và bệnh lý thần kinh cảm giác ngoại vi (17,0%) đều ở mức độ nhẹ. Có 1 trường hợp (1,9%) tăng men gan độ 4 phải ngừng điều trị, không ghi nhận ca tử vong do thuốc. Kết quả nghiên cứu cho thấy phác đồ Paclitaxel - Carboplatin có hồ sơ độc tính có thể quản lý trong thực hành lâm sàng thường quy.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 53 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV điều trị bước 1 bằng hóa chất Paclitaxel-Carboplatin, cho thấy phác đồ này có hiệu quả điều trị khả quan với tỷ lệ đáp ứng đạt 35,8% và tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 64,2%. Tỷ lệ cải thiện triệu chứng trên lâm sàng đạt 52,8%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển đạt 7,29 tháng và có liên quan chặt chẽ với đáp ứng điều trị. Các độc tính chủ yếu ở mức độ nhẹ và có thể kiểm soát. Phác đồ đảm bảo cân bằng giữa hiệu quả kiểm soát bệnh và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân trong điều kiện thực tế lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray, F. *et al.*** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 74, 229-263 (2024).
2. **Lê Thu Hà và cs.** Đánh giá hiệu quả phác đồ Paclitaxel - Carboplatin trong điều trị ung thư phổi không phải tế bào nhỏ giai đoạn IIIB - IV tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội (2006 - 2009), Trường Đại học Y Hà Nội, (2009).
3. **Lê Thi Yến, Nguyễn Ngọc Hùng.** Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV bằng phác đồ PC (Paclitaxel-Carboplatin) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. Tạp chí Y học Cộng đồng 67 (2026).
4. **Nguyễn Văn Kiên, Lê Khắc Hiệp, Nguyễn Văn Giang và cs.** Một số đặc điểm bệnh lí và kết quả điều trị 32 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn bằng phác đồ Paclitaxel-Carboplatin, tại Bệnh viện Quân y 110, (2023).
5. **Nguyễn Thị Hoa Hồng và cs.** Kết quả hóa trị phác đồ Paclitaxel - Carboplatin trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB -IV tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh. Tạp chí Y học Việt Nam 522 (2023).
6. **Shimizu, T. et al.** Comparative analysis of carboplatin and paclitaxel combination chemotherapy schedules in previously untreated patients with advanced non-small cell lung cancer. Oncol Lett 5, 761-767 (2013).
7. **Zhou, C. et al.** BEYOND: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicenter, Phase III Study of First-Line Carboplatin/Paclitaxel Plus Bevacizumab or Placebo in Chinese Patients With Advanced or Recurrent Nonsquamous Non-Small-Cell Lung Cancer. J Clin Oncol 33, 2197-2204 (2015).
8. **Schiller, J. H. et al.** Comparison of four chemotherapy regimens for advanced non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 346, 92-98 (2002).
9. **Nguyễn Trí Trung Anh và cs.** Đánh giá hiệu quả của phác đồ Paclitaxel + Carboplatin trong điều trị bước 1 ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV. Tạp chí Sinh lý học Việt Nam 26, 45-51 (2022).