KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DOCETAXEL BƯỚC HAI UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN TIẾN XA SAU PHÁC ĐỒ CÓ THUỐC MIỄN DỊCH

Đỗ Hùng Kiên[2,3], Trần Thị Mai[1,2], Đoàn Nguyệt Hằng[2,3]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các phác đồ có chứa thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch bước một đã cải thiện đáng kể sống còn cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn tiến xa. Tuy nhiên, phần lớn người bệnh vẫn sẽ tiến triển và cần phác đồ điều trị bước hai. Nghiên cứu nhằm: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng UTPKTBN giai đoạn tiến xa điều trị Docetaxel bước hai sau phác đồ miễn dịch tại Bệnh viện K; (2) Đánh giá kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc trên 62 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa, thất bại với phác đồ có chứa thuốc miễn dịch bước một, sau đó điều trị Docetaxel bước hai (75 mg/m², chu kỳ 21 ngày) tại Bệnh viện K từ 01/2019 đến 04/2026. Đánh giá đáp ứng theo RECIST v1.1, độc tính theo CTCAE v5.0, thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) và sống thêm toàn bộ (OS) bằng Kaplan-Meier.

Kết quả: Tuổi trung bình 59,3 ± 8,4; nam giới 83,9%; tiền sử hút thuốc 80,6%; ECOG PS 0-1 chiếm 88,7%. Ung thư biểu mô tuyến chiếm 71,0%, vảy 27,4%. Pembrolizumab bước một chiếm 93,5%. Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) với Docetaxel bước hai đạt 21,0%, tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) đạt 48,4%. Trung vị thời gian kéo dài đáp ứng đạt 6,5 tháng. Trung vị PFS đạt 3,93 tháng (KTC 95%: 2,57 - 5,29); tỷ lệ PFS 1 năm đạt 26,3%. Trung vị OS đạt 10,7 tháng (KTC 95%: 7,65 - 13,68); tỷ lệ OS 1 năm đạt 44,7% và 2 năm đạt 28,7%. Hạ bạch cầu hạt là độc tính huyết học chính (62,9%, độ 3-4: 17,7%).

Kết luận: Điều trị Docetaxel bước hai sau phác đồ có miễn dịch mang lại hiệu quả kiểm soát bệnh khả quan (DCR 48,4%, trung vị OS 10,7 tháng) với độc tính kiểm soát an toàn.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ; Docetaxel; miễn dịch bước hai; Pembrolizumab; Bệnh viện K.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF SECOND-LINE DOCETAXEL TREATMENT FOR ADVANCED NON-SMALL CELL LUNG CANCER FOLLOWING IMMUNOTHERAPY REGIMENS

Background: Immune checkpoint inhibitor-containing regimens represent standard first-line therapies for advanced non-small cell lung cancer (NSCLC). However, disease progression is frequent, necessitating effective second-line strategies. This study aimed to: (1) Describe clinical and subclinical characteristics of advanced NSCLC patients treated with second-line Docetaxel post-immunotherapy at K Hospital; (2) Evaluate treatment efficacy and safety profiles.

Methods: A retrospective longitudinal study evaluated 62 advanced NSCLC patients progressing after first-line immunotherapy and receiving second-line Docetaxel (75 mg/m² q3w) at K Hospital from January 2019 to April 2026. Efficacy was evaluated via RECIST v1.1, safety via CTCAE v5.0, and survival metrics via Kaplan-Meier.

Results: Mean age was 59.3 ± 8.4 years; 83.9% male; 80.6% smokers; 88.7% ECOG PS 0-1. Adenocarcinoma comprised 71.0% and squamous cell carcinoma 27.4%. First-line Pembrolizumab regimens accounted for 93.5%. Objective response rate (ORR) was 21.0% and disease control rate (DCR) was 48.4%. Median duration of response was 6.5 months. Median PFS was 3.93 months (95% CI: 2.57-5.29) with 1-year PFS of 26.3%. Median OS was 10.7 months (95% CI: 7.65-13.68) with 1-year OS of 44.7% and 2-year OS of 28.7%. Neutropenia was the predominant hematologic toxicity (62.9%, grade 3-4: 17.7%).

Conclusions: Second-line Docetaxel monotherapy post-immunotherapy offers promising disease control (DCR 48.4%, median OS 10.7 months) with manageable safety.

Keywords: Non-small cell lung cancer; Docetaxel; second-line immunotherapy; Pembrolizumab; K Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến và gây tử vong hàng đầu trên toàn cầu. Đối với UTPKTBN, điều trị phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, phối hợp đa mô thức giữa phẫu thuật, xạ trị và nội khoa ung thư. các thuốc ức chế điểm kiểm

[1]Bệnh viện Phổi Hải Dương
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
[3]Bệnh viện K
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên
Email: kiencc@gmail.com
Mã bài: N979
Ngày nhận bài: 10/7/2026
Ngày phản biện khoa học: 8/7/2026
Ngày duyệt bài: 10/8/2026

soát miễn dịch khi dùng đơn trị hoặc phối hợp hóa trị ở bước một đã chứng minh cải thiện thời gian sống thêm cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn không mang đột biến gene EGFR, ALK.[1,2] Tuy nhiên, một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân vẫn không đáp ứng hoặc bệnh tiến triển sau điều trị bước một phác đồ có miễn dịch, đòi hỏi phải sử dụng phác đồ điều trị bước hai. Trong kỷ nguyên điều trị miễn dịch, docetaxel vẫn là lựa chọn hàng đầu cho các bệnh nhân UTPKTBN đã thất bại với hóa chất hoặc hóa chất kết hợp với liệu pháp miễn dịch ở bước một. Các nghiên cứu pha II đã ghi nhận hiệu quả chấp nhận được của docetaxel sau thất bại với phác đồ có miễn dịch, với tỷ lệ đáp ứng dao động từ 10–20%, sống thêm không tiến triển (PFS) trung vị từ 2–4 tháng và sống thêm toàn bộ (OS) từ 6–10 tháng.[3,4]

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Kết quả điều trị docetaxel bước hai ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa sau phác đồ có thuốc miễn dịch" nhằm hai mục tiêu:

- Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa được điều trị Docetaxel bước hai sau phác đồ có thuốc miễn dịch tại bệnh viện K.

- Đánh giá kết quả điều trị trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 62 bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN giai đoạn muộn, đã thất bại với phác đồ có miễn dịch bước một sau đó điều trị bước hai bằng Docetaxel đơn thuần từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 4 năm 2026 tại Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Chẩn đoán xác định UTPKTBN bằng xét nghiệm mô bệnh học, không có đột biến gen đích, chẩn đoán giai đoạn tái phát, di căn theo AJCC phiên bản 8.

Tuổi ≥ 18 tuổi, chỉ số toàn trạng ECOG ≤2

Không có suy gan, suy thận nặng.

Có tổn thương đích để đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST v1.1.

Đã điều trị phác đồ có miễn dịch trước đó, sau đó được chẩn đoán tiến triển theo tiêu chuẩn RECIST v1.1.

Điều trị tối thiểu 3 đợt hóa chất,

Chấp nhận tham gia nghiên cứu.

Có hồ sơ ghi nhận thông tin đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

-Bệnh nhân dị ứng với thuốc, có chống chỉ định điều trị hóa chất.

Từ chối hợp tác, không theo dõi được.

Không mắc ung thư thứ 2

Bệnh nhân có di căn não không kiểm soát được.

Bệnh nhân bỏ dở điều trị không vì chuyên môn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: cỡ mẫu theo ước lượng tỷ lệ, dự kiến ít nhất 47 bệnh nhân.

2.3. Điều trị với Docetaxel

Docetaxel: 75mg/m2 da truyền tĩnh mạch chu kỳ 21 ngày. Điều trị đến khi bệnh tiến triển hoặc độc tính không thể chấp nhận được.

Điều trị phối hợp tuỳ thuộc vào đặc điểm di căn như xạ não trong di căn não, xạ giảm đau, phối hợp acid zoledronic trong di căn xương,…

2.4. Đánh giá kết quả và phân tích thống kê

Đáp ứng thực thể theo tiêu chuẩn RECIST v1.1 sau mỗi 3 chu kỳ (Tỷ lệ đáp ứng khách quan ORR = CR + PR; Tỷ lệ kiểm soát bệnh DCR = CR + PR + SD). Độc tính đánh giá theo CTCAE v5.0. Thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) và sống thêm toàn bộ (OS) tính từ ngày bắt đầu điều trị Docetaxel.

Số liệu được nhập, quản lý và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics phiên bản 22.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Phác đồ nghiên cứu đã được áp dụng điều trị theo Bộ Y tế. Kết quả nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng khám và điều trị cho BN, không nhằm mục đích nào khác

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (Mục tiêu 1)

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm bệnh nhân (N = 62)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (năm)	59,3 ± 8,4 (35 - 76 tuổi)	-
Giới tính (Nam / Nữ)	52 / 10	83,9% / 16,1%
Tiền sử hút thuốc lá (Có / Không)	50 / 12	80,6% / 19,4%
Bệnh nội khoa phối hợp (Có / Không)	30 / 32	48,4% / 51,6%
Chỉ số toàn trạng (ECOG PS 0 / PS 1 / PS 2)	11 / 44 / 7	17,7% / 71,0% / 11,3%
Thể mô bệnh học (Carcinoma tuyến / Vảy / Khác)	44 / 17 / 1	71,0% / 27,4% / 1,6%
Bộc lộ PD-L1 (≥50% / 1-49% / <1% / Chưa rõ)	11 / 22 / 21 / 8	17,7% / 35,5% / 33,9% / 12,9%
Phác đồ miễn dịch bước 1 (Pembrolizumab / Atezolizumab)	58 / 4	93,5% / 6,5%
Thời gian PFS bước 1 (≥ 6 tháng / < 6 tháng)	36 / 26	58,1% / 41,9%
Số lượng cơ quan di căn (< 3 / ≥ 3 cơ quan)	42 / 20	67,7% / 32,3%
Vị trí di căn phổ biến (Xương / Phổi đối bên / Màng phổi / Gan / Não)	26 / 22 / 20 / 15 / 14	41,9% / 35,5% / 32,3% / 24,2% / 22,6%

Nhận xét: Nam giới chiếm ưu thế tuyệt đối (83,9%), tỷ lệ hút thuốc cao (80,6%), thể mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến chiếm đa số (71,0%). Đa số bệnh nhân duy trì thể trạng tốt ECOG PS 0-1 (88,7%) khi bắt đầu Docetaxel bước hai. 93,5% bệnh nhân trước đó điều trị phác đồ chứa Pembrolizumab.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu (Mục tiêu 2)

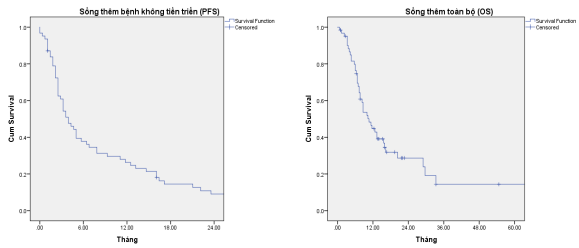
Đáp ứng điều trị

Bảng 2: Kết quả đáp ứng thực thể theo tiêu chuẩn RECIST v1.1.

Mức độ đáp ứng thực thể	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn (CR)	0	0,0%
Đáp ứng một phần (PR)	13	21,0%
Bệnh giữ nguyên (SD)	17	27,4%
Bệnh tiến triển (PD)	32	51,6%
Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR = CR + PR)	13	21,0%
Tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR = CR + PR + SD)	30	48,4%
Trung vị thời gian kéo dài đáp ứng (tháng)	6,5 tháng (KTC 95%: 4,3 - 7,2)	-

Nhận xét: Tỉ lệ đáp ứng đạt 21%; kiểm soát bệnh đạt 48,4%. Trung vị thời gian kéo dài đáp ứng là 6,5 tháng.

Thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) và sống thêm toàn bộ (OS)



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm không tiến triển và sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Thời gian PFS trung vị đạt 3,93 tháng (KTC 95%: 2,57 – 5,29 tháng). Tỷ lệ PFS tại các mốc 1 năm và 2 năm lần lượt là 26,3% và 9,0%. Thời gian OS trung vị đạt 10,7 tháng (KTC 95%: 7,65 – 13,68 tháng). Tỷ lệ OS tại thời điểm 1 năm và 2 năm lần lượt đạt 44,7% và 28,7%.

Tác dụng không mong muốn của phác đồ Docetaxel

Bảng 3: Độc tính của phác đồ Docetaxel bước 2.

Loại độc tính	Độ 1 - 2 n (%)	Độ 3 - 4 n (%)	Tỷ lệ chung (%)
Hạ bạch cầu hạt trung tính	28 (45,2%)	11 (17,7%)	39 (62,9%)
Sốt hạ bạch cầu	-	7 (11,3%)	7 (11,3%)
Thiếu máu	34 (54,8%)	3 (4,8%)	37 (59,6%)
Hạ tiểu cầu	9 (14,5%)	0 (0,0%)	9 (14,5%)
Tăng men gan (AST/ALT)	15 (24,2%)	2 (3,2%)	17 (27,4%)
Tăng Creatinine huyết thanh	6 (9,7%)	0 (0,0%)	6 (9,7%)
Mệt mỏi, suy nhược	35 (56,5%)	4 (6,5%)	39 (63,0%)
Buồn nôn, nôn	25 (40,3%)	1 (1,6%)	26 (41,9%)
Tê bì thần kinh ngoại biên	12 (19,4%)	0 (0,0%)	12 (19,4%)

Nhận xét: Hạ bạch cầu hạt là độc tính hệ tạo huyết thường gặp nhất với tỷ lệ chung là 62,9%, trong đó mức độ nặng (độ 3-4) chiếm 17,7%. Thiếu máu chủ yếu gặp ở mức độ nhẹ và trung bình (54,8%). Độc tính trên chức năng gan và thận đa số ở mức độ nhẹ (độ 1-2).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình ghi nhận là 59,3 ± 8,4 tuổi (dao động từ 35 đến 76 tuổi), tập trung phổ biến nhất ở nhóm tuổi từ 60–69 (46,8%). Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế tuyệt đối với 83,9% (Nam/Nữ = 5,2/1) và 80,6% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá. Sự phân bố dịch tễ này hoàn toàn nhất quán với đặc điểm đời thực của bệnh nhân ung thư phổi tại Việt Nam và các quốc gia Châu Á, nơi nam giới hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao trong nhóm ung thư phổi không mang đột biến gen đích (EGFR/ALK). Bệnh nhân trước đó chủ yếu điều trị phác đồ bước một phối hợp hóa – miễn dịch Chemo-IO (80,6%), trong đó Pembrolizumab là tác nhân miễn dịch chủ đạo (93,5%). Thời gian duy trì PFS bước một đạt ≥ 6 tháng ghi nhận ở 58,1% bệnh nhân, phản ánh hiệu quả tích cực của liệu pháp miễn dịch bước một trên quần thể nghiên cứu trước khi chuyển sang bước hai.

4.2. 2. Đánh giá kết quả điều trị phác đồ docetaxel bước sau.

Khi phân tích các dữ liệu hậu lâm sàng trong kỷ nguyên miễn dịch, chúng tôi nhận thấy khả năng đáp ứng độc tế bào của phác đồ đơn trị bằng docetaxel đã có những sự thay đổi đáng kể. Theo các báo cáo đời thực gần đây, tiêu biểu như nghiên cứu hồi cứu của Garitaonaindia Y và cộng sự công bố tại Hội thảo ASCO 2023, việc sử dụng docetaxel đơn trị cho nhóm bệnh nhân đã thất bại với cả hóa trị chứa platinum và liệu pháp miễn dịch bước một vẫn đem lại tỷ lệ đáp ứng khách quan đạt tới 21% và tỷ lệ kiểm soát bệnh là 42,1%.[3]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) trung vị đạt 3,93 tháng (khoảng tin cậy 95%: 2,57 – 5,29 tháng), thời gian sống thêm toàn bộ trung vị đạt 10,7 tháng (khoảng tin cậy 95% từ 7,65 đến 13,68 tháng). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại các thời điểm 6 tháng, 1 năm và 2 năm lần lượt là 76,4%, 44,7% và 28,7%. Đối với phân nhóm sử dụng docetaxel đơn trị sau khi đã thất bại với liệu pháp miễn dịch bước một, các nghiên cứu đời thực ghi nhận thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị đạt mức tương đối khiêm tốn. Cụ thể, báo cáo của Garitaonaindia Y và cộng sự tại Hội thảo ASCO 2023 trên 65 bệnh nhân cho thấy thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị là 2 tháng.[3] Kết quả này có sự đồng thuận với dữ liệu đời thực từ hệ thống Flatiron Health tại Hoa Kỳ năm 2023 khi ghi nhận thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị của nhánh docetaxel đơn trị duy trì ở mức 2,9 tháng.[5] Tuy nhiên, khi nhìn vào nhánh chứng của các thử nghiệm lâm sàng

ngẫu nhiên đối chứng pha lớn, nơi bệnh nhân được tuyển chọn nghiêm ngặt với chỉ số toàn trạng tốt, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị của docetaxel đơn trị có xu hướng kéo dài hơn, dao động từ 4,0 tháng trong thử nghiệm CONTACT-01 cho đến 6,9 tháng trong thử nghiệm MORPHEUS-Lung.[6,7]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hạ bạch cầu hạt là độc tính hệ tạo huyết thường gặp nhất với tỷ lệ chung là 62,9%, trong đó mức độ nặng (độ 3-4) chiếm 17,7%. Thiếu máu chủ yếu gặp ở mức độ nhẹ và trung bình (54,8%). Hạ tiểu cầu ít gặp và không ghi nhận trường hợp nào ở độ 3-4. Độc tính trên chức năng gan và thận đa số ở mức độ nhẹ (độ 1-2). Tăng men gan ghi nhận ở 27,4% bệnh nhân, chỉ có 2 trường hợp (3,2%) tăng men gan độ 3-4. Tăng Creatinine ít gặp (9,7%) và hoàn toàn không có mức độ nặng. Về lâm sàng, mệt mỏi (63,0%) và buồn nôn (41,9%) là các tác dụng không mong muốn phổ biến nhất nhưng phần lớn ở độ 1-2 và kiểm soát được. Đối chiếu với kỷ nguyên hậu miễn dịch, dữ liệu gộp từ hai thử nghiệm pha II ALTER-L016 và ALTER-L018 về phác đồ anlotinib phối hợp docetaxel cũng ghi nhận hồ sơ độc tính tương tự.[8]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 62 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa điều trị Docetaxel bước hai sau phác đồ có chứa thuốc miễn dịch tại Bệnh viện K rút ra các kết luận chính: 1. Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi trung bình 59,3 ± 8,4; nam giới chiếm 83,9%; 80,6% có tiền sử hút thuốc lá; 88,7% duy trì ECOG PS 0–1; ung thư biểu mô tuyến chiếm 71,0%. 93,5% bệnh nhân trước đó điều trị Pembrolizumab bước một.

2. Kết quả điều trị và độc tính: Phác đồ Docetaxel bước hai đạt tỷ lệ đáp ứng khách quan 21,0%, tỷ lệ kiểm soát bệnh 48,4%; trung vị thời gian kéo dài đáp ứng 6,5 tháng. Trung vị PFS đạt 3,93 tháng; trung vị OS đạt 10,7 tháng (tỷ lệ OS 1 năm đạt 44,7%, 2 năm đạt 28,7%). Độc tính hạ bạch cầu hạt độ 3–4 chiếm 17,7%, sốt hạ bạch cầu 11,3%; độc tính ngoài huyết học chủ yếu độ 1–2 và kiểm soát an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gandhi L, Rodríguez-Abreu D, Gadgeel S, et al.** Pembrolizumab plus Chemotherapy in Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2018;378(22):2078-2092.
2. **Herbst RS, Giaccone G, de Marinis F, et al.** Atezolizumab for First-Line Treatment of PD-L1–Selected Patients with NSCLC. *N Engl J Med*. 2020;383(14):1328-1339.
3. **Garitaonaindia Y, Calvo V, Redondo I, et al.** Docetaxel as a subsequent line after progression to platinum-based chemotherapy and immunotherapy. *JCO*. 2023;41(16_suppl):e21197-e21197.
4. **Bittoni MA, Keeping S, Carbone DP, et al.** 81P Real-world experience with docetaxel regimens in metastatic non-squamous (mNSq) non-small cell lung cancer (NSCLC) patients previously treated with platinum-based chemotherapy (PCT) and an immune checkpoint inhibitor (ICI) in the United States (US). *Immuno-Oncology and Technology*. 2023;20.
5. **Hettinger GCN, Long Q, Parikh RB.** Real-World Effectiveness of Second-Line Therapies in Advanced Non-Small Cell Lung Cancer: Insights From Propensity-Weighted Comparative Analyses of Longitudinal EHR Data. *Clinical Lung Cancer*. 2026;27(2):227-236.e12.
6. **Neal J, Pavlakis N, Kim S, et al.** 60 CONTACT-01: Efficacy and safety from a phase III study of atezolizumab (atezo)+ cabozantinib (cabo) vs docetaxel (doc) monotherapy in patients (pts) with metastatic NSCLC (mNSCLC) previously treated with checkpoint inhibitors and chemotherapy. *Journal of Thoracic Oncology*. 2023;18(4):S39-S40.
7. **Ghiringhelli F, Lawrence YR, Felip E, et al.** Atezolizumab and bevacizumab, with or without radiotherapy, versus docetaxel in patients with metastatic non-small cell lung cancer previously treated with a checkpoint inhibitor and chemotherapy: results from the randomized, phase Ib/II MORPHEUS-Lung study. *Journal for Immunotherapy of Cancer*. 2025;13(8):e011892.
8. **Pan H, Fang Y, Wu L.** 1030P anlotinib plus docetaxel in the treatment of non-small cell lung cancer (NSCLC) after failure of previous immune checkpoint inhibitors (ICIs) therapy: updated results from a pooled analysis of two phase II trials. *Annals of Oncology*. 2022;33:S1026.