

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV được điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa

Clinical and paraclinical characteristics of stage IV non-small cell lung cancer patients treated at Thanh Hoa Cancer Hospital

Lê Thị Yến^{1,2,3*}
và Trương Thị Thảo Hiền⁴

¹Bệnh viện K
²Trường Đại học Y Hà Nội
³Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam
⁴Bệnh Viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính thường gặp nhất và là nguyên nhân tử vong do ung thư hàng đầu. Tuy nhiên có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) ở các vùng địa lý khác nhau. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của BN UTP không tế bào nhỏ được chẩn đoán, điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa để làm rõ sự khác biệt so với các vùng địa lý khác. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 73 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV, được điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa từ tháng 01/2023 đến tháng 03/2026. Các biến số bao gồm đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, mô bệnh học và nồng độ các chất chỉ điểm u (CEA, CYFRA 21-1). Số liệu được phân tích bằng phần mềm R. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 4,2/1; 60% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc. Phần lớn bệnh nhân có toàn trạng tốt (PS 0-1: 82,2%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là ho kéo dài và đau ngực. Khối u nguyên phát thường gặp ở phổi phải (65,7%) và vị trí ngoại vi (61,6%), với kích thước > 3cm chiếm đa số (75,4%). Ung thư biểu mô tuyến chiếm 71,2%. Các vị trí di căn thường gặp gồm màng phổi (39,7%), phổi đối bên (38,3%), xương (26,0%) và gan (24,6%); di căn não chiếm 16,4%. Tỷ lệ tăng CEA và CYFRA 21-1 lần lượt là 69,9% và 60,2%. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tăng CEA giữa các thể mô bệnh học ($p=0,19$). **Kết luận:** Nghiên cứu nhận thấy ung thư phổi hay gặp ở nam giới, hút thuốc. Triệu chứng thường gặp là ho, đau ngực, hay gặp di căn màng phổi và phổi đối bên tại thời điểm chẩn đoán với thể mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến.

Từ khóa: Ung thư phổi, không tế bào nhỏ, giai đoạn IV, dịch tể ung thư phổi, đặc điểm lâm sàng.

Summary

Objective: Lung cancer is the most commonly diagnosed malignancy and the leading cause of cancer-related mortality worldwide. However, variations in clinical and paraclinical characteristics have been observed across different geographic regions. This study aimed to describe the clinical and paraclinical features of lung cancer patients diagnosed and treated at Thanh Hoa Oncology Hospital, and to explore potential differences compared with other populations. **Subject and method:** A descriptive

Ngày nhận bài: 29/12/2025, ngày chấp nhận đăng: 6/4/2026

* Tác giả liên hệ: leyenbv@gmail.com - Bệnh viện K

study was conducted on 73 patients with stage IV non-small cell lung cancer treated at Thanh Hoa Oncology Hospital from January 2023 to March 2026. Variables included clinical characteristics, imaging findings, histopathology, and tumor markers (CEA and CYFRA 21-1). Data were analyzed using R software. *Result:* The male-to-female ratio was 4.2:1, and 60% of patients had a history of smoking. Most patients had good performance status (PS 0-1: 82.2%). The most common presenting symptoms were persistent cough and chest pain. Primary tumors were predominantly located in the right lung (65.7%) and in peripheral regions (61.6%), with tumor size > 3cm in 75.4% of cases. Adenocarcinoma was the most common histological subtype (71.2%). Common metastatic sites included pleura (39.7%), contralateral lung (38.3%), bone (26.0%), and liver (24.6%), while brain metastases were observed in 16.4% of patients. Elevated levels of CEA and CYFRA 21-1 were found in 69.9% and 60.2% of patients, respectively. No statistically significant difference in CEA elevation was observed between histological subtypes ($p=0.19$). *Conclusion:* Lung cancer in this cohort predominantly affected male smokers and was frequently diagnosed at an advanced stage with high rates of metastasis, particularly to the pleura and contralateral lung. Adenocarcinoma was the predominant histological subtype. These findings provide real-world data that may help optimize diagnostic and management strategies in similar settings.

Keywords: Lung cancer, non-small cell lung cancer, stage IV, epidemiology, clinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, toàn thế giới có 2,2 triệu người mới mắc UTP (xếp thứ 2 sau ung thư vú) và 1,79 triệu người tử vong do UTP (xếp thứ 1)¹. UTP chia làm 2 nhóm chính là: Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm 80 - 85% và ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN) chiếm 15 - 20%². Tại Việt Nam, phần lớn bệnh nhân (BN) UTP được chẩn đoán khi bệnh đã ở giai đoạn IV. Phương pháp điều trị cho giai đoạn này là điều trị toàn thân bao gồm: hóa trị, điều trị nhắm trúng đích và gần đây nổi lên vai trò của liệu pháp miễn dịch. Việc áp dụng chiến lược điều trị cho UTP phụ thuộc vào nhiều yếu tố bao gồm đặc điểm bệnh học và đặc điểm BN. Các nghiên cứu dịch tễ học đã chỉ ra sự khác biệt đáng kể về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và sinh học phân tử của UTP giữa các vùng địa lý và chủng tộc, điều này có ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả của các chương trình sàng lọc và phác đồ điều trị. Tại Việt Nam nói chung và các bệnh viện tuyến tỉnh nói riêng, dữ liệu cụ thể về đặc điểm BN, đặc điểm khối u, và yếu tố nguy cơ của quần thể BN UTP còn hạn chế. Việc thiếu thông tin cục bộ này có thể dẫn đến việc áp dụng các phác đồ chuẩn mà chưa được tùy chỉnh tối ưu cho đặc điểm BN tại địa phương. Do đó, để nâng cao chất lượng chẩn đoán, lập kế hoạch điều trị chuẩn xác và tối ưu hóa nguồn lực tại cơ sở,

việc mô tả chi tiết đặc điểm BN là vô cùng cần thiết. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Mô tả chi tiết các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ giai đoạn IV được điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

73 BN UTPKTBN giai đoạn IV được điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa từ tháng 01/2023 đến tháng 03/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Chẩn đoán xác định là ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV dựa trên kết quả mô bệnh học (có đầy đủ kết quả mô bệnh học trong trường hợp có di căn phổi đối bên).

Bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn IV theo phân loại AJCC phiên bản 8.

PS 0-2.

Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án lưu trữ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Mắc bệnh ung thư khác đồng thời.

Bệnh nhân có tình trạng cấp cứu hoặc có bệnh lý mắc kèm nghiêm trọng không đủ điều kiện làm xét nghiệm chẩn đoán.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.

Cỡ mẫu: Thuận tiện.

Biến số và chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng: Giới, bệnh lý kèm theo, hút thuốc, lý do vào viện, chỉ số toàn trạng.

Cận lâm sàng: Đặc điểm khối u, vị trí hạch di căn, tình trạng di căn xa, mô bệnh học, nồng độ CEA, nồng độ Cyfra 21-1.

Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm R.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Mọi thông tin cá nhân của BN đều được bảo mật tuyệt đối, đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức quốc tế và các quy định hiện hành của Bộ Y tế Việt Nam.

III. KẾT QUẢ**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	59	80,8
	Nữ	14	19,2
	Tổng	73	100
Tiền sử hút thuốc	Có hút thuốc	44	60
	Không hút thuốc	29	40
	Tổng	73	100
Bệnh lý phối hợp	Không mắc	40	54,7
	Tim mạch	9	12,3
	Kết hợp 2 bệnh	6	8,2
	Nội tiết – Chuyển hóa	5	6,8
	Phổi mạn tính	6	8,2
	Viêm gan	7	9,8
Chỉ số toàn trạng (ECOG/PS)	PS 0 - 1	60	82,2
	PS 2	13	17,8
	Tổng	73	100
Thời gian khởi phát	< 3 tháng	49	67,1
	3 - 6 tháng	15	20,5
	> 6 tháng	9	12,4
	Tổng	73	100
Triệu chứng lâm sàng	Hô hấp	32	43,8
	Ho khan		

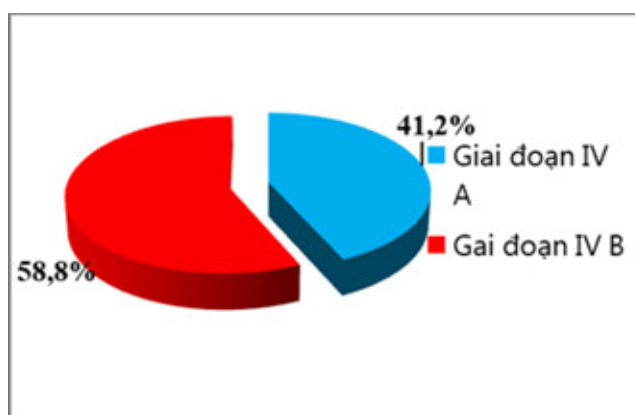
Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
	Ho đờm	19	26
	Khó thở	15	20,5
	Ho máu	7	10,5
	Chèn ép và xâm lấn		
	Đau ngực	36	49,3
	Khàn tiếng	9	12,3
	Phù áo khoác	5	6,8
	Toàn thân & Di căn		
	Sút cân	15	20,5
	Đau xương	18	24,6
	Sốt	7	9,5
	Đau đầu, triệu chứng thần kinh	13	17,8
Đặc điểm khối u nguyên phát	Vị trí u nguyên phát		
	<i>Phổi phải</i>	48	65,7
	Thùy trên	21	28,7
	Thùy giữa	16	21,9
	Thùy dưới	11	15,0
	<i>Phổi trái</i>	25	34,2
	Thùy trên	17	23,2
	Thùy dưới	8	11,2
	Vị trí u so với rốn phổi		
	Ngoại vi	45	61,6
Kích thước u (CLVT)	Trung tâm	28	38,4
	≤ 3 cm	18	24,6
	3 < u ≤ 7 cm	44	60,2
	> 7 cm	11	15,2
Vị trí hạch di căn	<i>Tổng</i>	73	100
	Rốn phổi cùng bên	18	24,6
	Trung thất cùng bên	29	39,7
	Trung thất đối bên	16	21,9
	Rốn phổi đối bên	15	20,5
	Thượng đòn	19	26,0
	Ung thư biểu mô tuyến	52	71,2

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mô bệnh học	Ung thư biểu mô vảy	20	27,3
	Ung thư biểu mô tế bào lớn	1	1,5*
	<i>Tổng</i>	73	100
Vị trí di căn	Màng phổi / TDMP	29	39,7
	Phổi đối bên	28	38,3
	Xương	19	26,0
	Gan	18	24,6
	Tuyến thượng thận	13	17,8
	Tràn dịch màng tim	4	5,4
	Não	12	16,4
	Khác (Hạch ổ bụng...)	2	2,7

Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (80,8%; nam/nữ ≈ 4,2/1). Hút thuốc gặp ở 60% BN và chủ yếu ở nam (67,7%). Khoảng 50% có bệnh nền, trong đó bệnh tim mạch chiếm cao nhất (12,3%) và đa bệnh lý 8,2%. Đa số BN nhập viện trong tình trạng toàn trạng tốt (PS 0-1: 82,2%). Thời gian từ khởi phát triệu chứng đến nhập viện chủ yếu < 3 tháng (67,1%). Triệu chứng hô hấp và chèn ép (52,9%) là lý do đi khám thường gặp. BN có triệu chứng thần kinh chiếm 17,8%.

Khối u nguyên phát chủ yếu nằm ở phổi phải (65,7%), đặc biệt thùy trên và đa phần là u ngoại vi (61,6%). Kích thước u thường lớn, với 75,4% u > 3

cm, trong đó nhóm 3 - 7cm chiếm nhiều nhất (60,2%). Di căn hạch trung thất cùng bên thường gặp nhất với tần suất 39,7%. Hạch rốn phổi đối bên ít gặp nhất, chiếm 20,5%. Di căn hạch thượng đòn gặp ở 19/73 BN chiếm 26,0%. UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (71,2%), tiếp đến là ung thư biểu mô vảy (27,3%). Di căn màng phổi/tràn dịch màng phổi là phổ biến nhất (39,7%), cho thấy đa số bệnh được phát hiện ở giai đoạn tiến xa. Di căn phổi đối bên gặp ở 38,3%. Các vị trí di căn xa thường gặp gồm xương và gan (26%), tiếp theo là tuyến thượng thận (17,8%). Đặc biệt trong nghiên cứu có đến 16,4% (12 BN) có di căn não ở thời điểm chẩn đoán.



Biểu đồ 1. Phân bố giai đoạn bệnh

Nhận xét: BN giai đoạn IVB chiếm tỷ lệ cao hơn giai đoạn IVA, tương ứng là 58,8% và 41,2%.

Bảng 2. Các chất chỉ điểm u

Chất chỉ điểm	Tổng số	Bình thường n (%)	Tăng n (%)	p
CEA	73	22 (30,1)	51 (69,9)	0.19
UTBM tuyến	52	18 (24,6)	34 (46,5)	
UTBM không tuyến	21	4 (5,4)	17 (23,2)	
CYFRA 21-1	44	8 (10,9)	36 (49,3)	

Đa số bệnh nhân tăng CEA (69,9%) và CYFRA 21-1 (60,2%). Giá trị CEA dao động từ 1,06 đến 1091,0ng/ml, trung vị 8,19ng/ml; CYFRA 21-1 từ 1,02 đến 33,0ng/ml, trung vị 7,31ng/ml. Có 29 bệnh nhân không làm CYFRA 21-1. Tỷ lệ tăng CEA ở nhóm UTBM tuyến (46,5%) cao hơn nhóm UTBM không tuyến (23,2%), nhưng không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,19$).

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ mắc bệnh là 4,2/1, trong đó 60% có tiền sử hút thuốc (tất cả là nam). Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ đã được ghi nhận rộng rãi, phản ánh vai trò trung tâm của thuốc lá trong sinh bệnh học ung thư phổi. Tuy nhiên, tỷ lệ nữ giới không hút thuốc vẫn chiếm một tỷ lệ đáng kể, gợi ý vai trò của các yếu tố nguy cơ khác như ô nhiễm môi trường, khói bếp và yếu tố di truyền - đặc biệt trong bối cảnh châu Á. Bệnh lý phổi hợp được xem là một yếu tố cản trở quan trọng trong việc lựa chọn và triển khai phác đồ điều trị tối ưu cho BN. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN có ít nhất một bệnh lý phổi hợp chiếm 45,3%, trong đó nhóm bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất với 12,3%, chủ yếu là tăng huyết áp. Mặc dù đa số ở mức độ nhẹ và được kiểm soát, sự hiện diện của các bệnh lý này vẫn có thể ảnh hưởng đến lựa chọn và khả năng dung nạp điều trị, đặc biệt trong bối cảnh ngày càng mở rộng các liệu pháp toàn thân như miễn dịch và điều trị đích. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trương Thị Kiều Oanh (2017), tỷ lệ mắc bệnh phổi hợp là 36,5% và bệnh tim mạch chiếm 17,4%³ cho thấy tính nhất quán của quần thể bệnh nhân trong nước. Ung thư phổi là một bệnh lý có diễn tiến âm thầm, với các

triệu chứng lâm sàng giai đoạn sớm thường mờ nhạt và không đặc hiệu. Chính vì vậy, phần lớn BN chỉ được chẩn đoán khi bệnh đã tiến triển đến giai đoạn muộn⁴. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các lý do nhập viện phổ biến nhất là ho kéo dài (41,2%) và đau ngực (49,3%). Các biểu hiện ít gặp hơn bao gồm ho ra máu (10,5%), khó thở (20,5%) và sụt cân (20,5%). Đặc biệt BN có các triệu chứng của di căn não như đau đầu hay các triệu chứng thần kinh chiếm 17,8% (13 BN). Ngoài ra, có 3 trường hợp được phát hiện khối u tình cờ khi khám sức khỏe định kỳ, 1 BN nhập viện do đau vùng xương cánh tay, và 1 trường hợp khác đến khám vì phát hiện hạch thượng đòn. Những kết quả này nhìn chung tương đồng với các nghiên cứu trước đó. Cụ thể, Trương Thị Kiều Oanh (2017) ghi nhận hai triệu chứng chính dẫn đến nhập viện là đau ngực (34,9%) và ho kéo dài (25,4%)³, trong khi Hoàng Thị Hương (2013) báo cáo các triệu chứng thường gặp nhất là đau ngực (46,2%) và ho (45,1%)⁵, ung thư phổi ở giai đoạn sớm thường không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng, hoặc nếu có thì cũng không đặc hiệu, dễ bị nhầm lẫn với các bệnh lý hô hấp mạn tính như viêm phế quản mạn, áp xe phổi hay bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Do đó, việc xác định chính xác thời điểm khởi phát bệnh là rất khó khăn. Qua khai thác bệnh sử cho thấy 67,1% BN đến viện trong vòng < 3 tháng, 20,5% trong 3 - 6 tháng, và 12,4% đến viện sau > 6 tháng kể từ khi khởi phát triệu chứng. Tỷ lệ này tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu trước. Cụ thể, Trương Thị Kiều Oanh (2017) ghi nhận tỷ lệ BN đến viện dưới 3 tháng là 73%, từ 3 - 6 tháng là 20,6%, và trên 6 tháng là 6,4%³. Tương tự, Nguyễn Thắng Minh (2019) báo cáo tỷ lệ BN đến viện trong 3 tháng đầu là 76,9%⁶, Hoàng Thị Hương (2013) là

87,9%⁵ và Nguyễn Công Tín (2016) là 81,9%⁷. Những kết quả trên cho thấy nhận thức của người dân về chăm sóc sức khỏe, đang được cải thiện. Tuy nhiên, thực tế đa số bệnh nhân vẫn được chẩn đoán ở giai đoạn IV cho thấy các triệu chứng ban đầu không đặc hiệu và dễ bị bỏ qua hoặc nhầm lẫn với các bệnh lý hô hấp lành tính. Điều này nhấn mạnh nhu cầu cấp thiết của các chiến lược phát hiện sớm và sàng lọc có chọn lọc ở nhóm nguy cơ cao tại Việt Nam. Đa phần các BN nhập viện đều có triệu chứng về hô hấp (79,5%). Tỷ lệ này tương đồng với các kết quả trước đây, như nghiên cứu của Trương Thị Kiều Oanh (2017) ghi nhận 85,7%³ và Lê Thu Hà (2009) là 82,2%⁸. Hầu hết BN có PS 0-1, 60/73 BN (82,2%), trong khi nhóm PS = 2 chỉ chiếm 17,8%. Khối u nguyên phát ở phổi phải chiếm 65,7% và chủ yếu ở ngoại vi (61,6%), cao hơn so với phổi trái là 34,2%. Kết quả tương đồng với các nghiên cứu trong nước khác. Cụ thể, Trương Thị Kiều Oanh (2017) ghi nhận tỷ lệ u phổi phải là 57,1% và u ngoại vi là 57,1%³ Nguyễn Công Tín (2016) báo cáo tỷ lệ tương ứng là 56,9%⁷ còn theo Hoàng Thị Hương (2013), tỷ lệ u phổi phải là 53,2%⁵. Xu hướng này phù hợp với sự gia tăng của ung thư biểu mô tuyến trong những năm gần đây, đồng thời phản ánh sự cải thiện trong khả năng phát hiện tổn thương ngoại vi nhờ các phương tiện chẩn đoán hiện đại như cắt lớp vi tính độ phân giải cao. Phần lớn khối u có kích thước > 3 cm, cho thấy bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn muộn, khi khối u đã phát triển đáng kể. Về kích thước u: Đa phần các khối u nguyên phát có kích thước trên 3cm, chiếm 75,6%. Trong đó, nhóm khối u có kích thước từ 3 cm đến ≤ 7cm chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,2%. Di căn hạch trung thất cùng bên là phổ biến nhất, chiếm 39,7%. Ngược lại, hạch rốn phổi đối bên ít gặp hơn, chỉ chiếm 20,5%, trong khi di căn hạch thượng đòn xuất hiện ở 26,0% BN. So sánh với các nghiên cứu trước, Trương Thị Kiều Oanh (2017) báo cáo tỷ lệ hạch trung thất cùng bên là 69,8%³, còn theo Lê Thu Hà (2009) tỷ lệ này là 42,2%⁸. Những kết quả này cho thấy di căn hạch trung thất cùng bên là một hiện tượng thường gặp ở BN ung thư phổi ở giai đoạn tiến triển, đóng vai trò quan trọng trong đánh giá giai đoạn bệnh và lập

kế hoạch điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi di căn màng phổi và di căn phổi đối bên là hai vị trí di căn thường gặp nhất, với tần suất lần lượt là 39,7% và 38,3%. Tiếp theo là di căn xương và gan, chiếm 26% BN. Di căn thượng thận gặp ở 17,8%, trong khi tràn dịch màng tim xuất hiện ở 5,4% trường hợp. Đáng lưu ý, tỷ lệ di căn não tại thời điểm chẩn đoán là 16,4%, một con số không thấp, có ý nghĩa thực hành trong việc cân nhắc chỉ định chụp MRI não thường quy ở bệnh nhân giai đoạn tiến xa, đặc biệt trước khi quyết định chiến lược điều trị toàn thân. Kết quả cũng cho thấy, nhóm BN giai đoạn IVB chiếm tỷ lệ cao hơn so với giai đoạn IVA, lần lượt là 56,7% và 43,1%. So sánh nghiên cứu đã thực hiện, Trương Thị Kiều Oanh (2017) báo cáo di căn phổ biến nhất là phổi đối bên 47,6%, xương 42,9%, và màng phổi 33,3%³, trong khi theo Đặng Văn Mạnh (2020), di căn hay gặp nhất là tràn dịch màng phổi 37,1%, phổi đối bên 33,8%, và xương 19,4%⁹. Về mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến chiếm 71,2%, vảy 27,3%, thể mô bệnh học khác chỉ chiếm 1,5%. phù hợp với xu hướng dịch tễ hiện nay không chỉ tại Việt Nam mà còn trên toàn cầu. Sự gia tăng của thể mô bệnh học này có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng, do liên quan mật thiết đến các đột biến gen đích và khả năng tiếp cận các liệu pháp điều trị cá thể hóa. Chúng tôi đánh giá hai chỉ điểm khối u là CEA và Cyfra 21-1, với các ngưỡng tham chiếu lần lượt là 5,0ng/ml và 3,3ng/ml, theo các giá trị thường dùng trong nhiều nghiên cứu về ung thư phổi. Kết quả cho thấy, phần lớn BN có nồng độ CEA vượt ngưỡng 5ng/ml, chiếm 69,9%, trong khi nồng độ Cyfra 21-1 vượt ngưỡng 3,3ng/ml là 49,3%. Điều này cho thấy tăng Cyfra 21-1 có thể là một yếu tố hỗ trợ trong chẩn đoán và theo dõi hiệu quả điều trị ung thư phổi. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đó: Trương Thị Kiều Oanh (2017) ghi nhận tăng CEA 77,8% và Cyfra 21-1 81%³, trong khi Đặng Văn Mạnh (2020) báo cáo tăng CEA 85,5% và Cyfra 21-1 64,8%⁹. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ tăng CEA trong nhóm UTBM tuyến là 46,5%, so với 23,2% ở nhóm UTBM không tuyến. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm này không đạt ý nghĩa thống kê ($p=0,19$), Kết quả này

gợi ý rằng CEA có thể phản ánh gánh nặng khối u hơn là đặc hiệu cho từng loại mô học trong quần thể nghiên cứu. Ngoài ra, việc thiếu dữ liệu CYFRA 21-1 ở một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân cũng là một hạn chế, làm giảm khả năng đánh giá đầy đủ giá trị của chỉ điểm này.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, thiết kế mô tả với cỡ mẫu thuận tiện tại một trung tâm đơn lẻ có thể hạn chế khả năng suy rộng kết quả. Thứ hai, do điều kiện cơ sở vật chất của tuyến y tế cơ sở cùng với điều kiện kinh tế của BN nên chưa có phân tích sâu về các yếu tố sinh học phân tử - vốn đóng vai trò ngày càng quan trọng trong điều trị ung thư phổi hiện đại. Điều này góp phần phản ánh việc chênh lệch tiếp cận với các phương tiện kỹ thuật hiện đại giữa các cơ sở y tế tại Việt Nam. Tuy nhiên, điểm mạnh của nghiên cứu là cung cấp một bức tranh tương đối toàn diện về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn IV tại một bệnh viện tuyến tỉnh, qua đó góp phần bổ sung dữ liệu thực tiễn còn thiếu tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 73 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa cung cấp những bằng chứng thực tế quan trọng về đặc điểm bệnh lý tại tuyến cơ sở:

Bệnh chủ yếu gặp ở nam giới (80,8%), liên quan chặt chẽ đến hút thuốc lá (60%). Giai đoạn IVB chiếm 58,8% với triệu chứng không điển hình như đau ngực (49,3%) và ho (43,8%), cho thấy sự cần thiết của việc sàng lọc sớm tại cộng đồng. Về đặc điểm khối u và di căn, ung thư biểu mô tuyến chiếm ưu thế (71,2%). Khối u thường có kích thước lớn (>3cm chiếm 75,4%), vị trí ngoại vi (61,6%) và di căn đa cơ quan ngay tại thời điểm chẩn đoán, phổ biến nhất là màng phổi (39,7%), phổi đối bên (38,3%) và xương (26,0%).

Nghiên cứu giúp cung cấp thêm dữ liệu đời thực tại địa phương, nơi còn nhiều hạn chế so với các trung tâm ung bướu lớn. Kết quả này hỗ trợ các bác sĩ tối ưu hóa quy trình chẩn đoán và giúp các nhà quản lý y tế lập kế hoạch phân bổ nguồn lực y tế phù hợp với bệnh nhân tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al (2021) *Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA Cancer J Clin 71(3): 209-249.
2. Travis WD, Brambilla E, Nicholson AG et al (2015) *The 2015 World health organization classification of lung tumors: Impact of genetic, clinical and radiologic advances since the 2004 classification*. J Thorac Oncol 10(9): 1243-1260.
3. Trương Thị Kiều Oanh (2017) *Đánh giá đáp ứng hóa chất phác đồ Paclitaxel-Carboplatin bước 1 ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV trên 60 tuổi*. Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Văn Hiếu (2015) *Ung thư học*. Nhà xuất bản Y học.
5. Hoàng Thị Hương (2013) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư phổi ở người cao tuổi điều trị tại trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai*. Bệnh viện Bạch Mai.
6. Nguyễn Thắng Minh (2019) *Đánh giá kết quả phác đồ Paclitaxel-Carboplatin điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn xương tại Bệnh viện K*. Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Công Tín (2016) *Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư phổi không tế bào nhỏ ở người cao tuổi tại Bệnh viện K*. Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Lê Thu Hà (2009) *Đánh giá hiệu quả và độ an toàn phác đồ Paclitaxel - Carboplatin trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB - IV*. Trường Đại học Y Hà Nội 2009.
9. Đặng Văn Mạnh (2020) *Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV bằng phác đồ Paclitaxel - Carboplatin - Bevacizumab*. Trường Đại học Y Hà Nội 2020.