

PHẪU THUẬT SAU ĐIỀU TRỊ TÂN HỖ TRỢ BẰNG HÓA TRỊ KẾT HỢP LIỆU PHÁP MIỄN DỊCH CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI: BÁO CÁO LOẠT CA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

**Phạm Đức Nhật Minh*, Đoàn Văn Lâm, Vũ Đình Khánh Hoàng,
Lại Minh Đức, Huỳnh Thanh Tuệ, Nguyễn Bình Kha, Vũ Thanh Bình**

TÓM TẮT

Bối cảnh: Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới. Điều trị tân hỗ trợ bằng hóa trị kết hợp liệu pháp miễn dịch, đặc biệt là Pembrolizumab, đã cho thấy hiệu quả đầy hứa hẹn, trong khi phẫu thuật cắt phổi vẫn giữ vai trò then chốt trong điều trị triệt căn.

Mục tiêu: Đánh giá ban đầu về hiệu quả, tính an toàn và khả thi của phẫu thuật cắt phổi sau điều trị tân hỗ trợ với hóa trị kết hợp liệu pháp miễn dịch.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện từ tháng 3/2024 đến tháng 7/2025 tại đơn vị Gan - Lồng ngực, Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh. Chúng tôi phân tích hồ sơ 4 bệnh nhân được phẫu thuật cắt phổi sau hóa trị kết hợp Pembrolizumab. Các thông số được đánh giá gồm: Giai đoạn lâm sàng, phác đồ điều trị, phương pháp phẫu thuật, thời gian nằm viện, biến chứng và giải phẫu bệnh sau mổ.

Kết quả: Cả 4 trường hợp đều được hội chẩn đa chuyên khoa trước điều trị. Phẫu thuật nội soi lồng ngực (VATS) được chỉ định ban đầu cho tất cả, trong đó 1 trường hợp phải chuyển mổ hở. Các loại phẫu thuật gồm: 1 cắt toàn bộ phổi, 1 cắt 2 thùy phổi và 2 cắt thùy phổi. Tất cả đạt diện cắt âm tính (R0); 2 bệnh nhân (50%) có đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học. Không ghi nhận biến chứng chu phẫu. Thời gian nằm viện sau mổ từ 4÷14 ngày.

Kết luận: Phẫu thuật cắt phổi sau hóa trị kết hợp pembrolizumab trong điều trị tân hỗ trợ là an toàn, khả thi và mang lại kết quả giải phẫu bệnh khả quan.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ; điều trị tân hỗ trợ; hóa trị kết hợp Pembrolizumab; phẫu thuật nội soi.

Bệnh viện Ung bướu TP. HCM

*Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Nhật Minh

Email: minhducyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/7/2025

Ngày phản biện khoa học: 09/8/2025

Ngày chấp nhận đăng: 15/8/2025

SURGERY AFTER NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY COMBINED WITH IMMUNOTHERAPY IN PATIENTS WITH LUNG CANCER: A CASE SERIES FROM HO CHI MINH CITY ONCOLOGY HOSPITAL

ABSTRACT

Background: Lung cancer is a leading cause of cancer mortality worldwide. Neoadjuvant chemoimmunotherapy, particularly with pembrolizumab, has demonstrated promising efficacy, while surgical resection remains essential for curative treatment.

Objective: To provide an initial evaluation of the efficacy, safety, and feasibility of pulmonary resection following neoadjuvant chemotherapy combined with immunotherapy.

Methods: A retrospective review was conducted from March 2024 to July 2025 at the Hepato–Thoracic Surgery Unit, Ho Chi Minh City Oncology Hospital. Medical records of four patients who underwent pulmonary resection after neoadjuvant chemotherapy plus pembrolizumab were analyzed. Parameters included clinical stage, treatment regimen, surgical approach, hospital stay, complications, and pathology.

Results: All four patients were evaluated in a multidisciplinary tumor board. Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) was planned in all cases, with one conversion to thoracotomy. Surgical procedures included one pneumonectomy, one bilobectomy, and two lobectomies. R0 resection was achieved in all patients, and two (50%) showed pathological complete response. No perioperative complications occurred. Postoperative hospital stay ranged from 4 to 14 days.

Conclusion: Pulmonary resection following neoadjuvant chemoimmunotherapy with pembrolizumab is safe, feasible, and associated with favorable pathological outcomes.

Keywords: Non-small cell lung cancer; Neoadjuvant therapy; Chemotherapy combined with pembrolizumab; Video-assisted thoracoscopic surgery.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính thường gặp với tỷ lệ tử vong cao trên toàn thế giới. tỷ lệ tử vong do Ung thư phổi đã giảm trong những năm gần đây một phần do những tiến bộ của liệu pháp miễn dịch. Pembrolizumab đã cho thấy hiệu quả khi sử dụng đơn trị liệu hoặc kết hợp hóa trị trong điều trị bổ trợ và giai đoạn tiến triển. Nghiên cứu KEYNOTE 671, với liệu pháp tân hỗ trợ (neoadjuvant therapy) đang nổi lên như một hướng tiếp cận đầy hứa hẹn nhằm cải thiện tiên

lượng và tăng cơ hội chữa khỏi cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (NSCLC) giai đoạn sớm và tiến triển tại chỗ [8]. Nhiều nghiên cứu quốc tế đã chứng minh rằng hóa trị hoặc hóa xạ trị tân hỗ trợ giúp nâng cao tỷ lệ sống còn dài hạn so với điều trị bổ trợ, đồng thời mở ra tiềm năng kết hợp với liệu pháp miễn dịch để tăng hiệu quả điều trị.

Các nghiên cứu gần đây, như KEYNOTE 671 [8], thử nghiệm TOP1201 của Chi-Fu Jeffrey Yang và cộng sự (2018) [2], nghiên cứu hồi cứu

của Carretta và cộng sự (2008) hay báo cáo của Dirk Stefani và cộng sự (2021) [4], đã khẳng định tính an toàn và khả thi của phẫu thuật sau hóa trị kết hợp liệu pháp miễn dịch, cũng như ghi nhận tỷ lệ đáp ứng mô bệnh học đáng khích lệ. Tuy nhiên, phần lớn các bằng chứng này đến từ các trung tâm lớn trên thế giới, trong khi tại Việt Nam, phương pháp tân hỗ trợ kết hợp hóa trị và liệu pháp miễn dịch mới chỉ được áp dụng ở một số ít cơ sở và chưa có nhiều nghiên cứu báo cáo kết quả thực tiễn.

Xuất phát từ thực tế này, nghiên cứu của chúng tôi nhằm chia sẻ những kinh nghiệm bước đầu và kết quả phẫu thuật cho bệnh nhân NSCLC sau điều trị tân hỗ trợ bằng hóa trị kết hợp liệu pháp miễn dịch tại Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh trong giai đoạn từ tháng 3/2024 đến tháng 7/2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi chọn hồ sơ các bệnh nhân phẫu thuật ung thư phổi đã được điều trị tân hỗ trợ với hóa trị kết hợp Pembrolizumab từ tháng 3/2024 đến tháng 7/2025, tại đơn vị Gan - lồng ngực Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh.

Việc chọn lựa bệnh nhân điều trị tân hỗ trợ tại bệnh viện được quyết định sau hội chẩn liên chuyên khoa, xét các trường hợp bướu xâm lấn (T3, T4); hạch N2 xâm lấn; bệnh nhân tham gia các thử nghiệm lâm sàng tại bệnh viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi phân tích hồi cứu loạt ca bệnh dựa trên hồ sơ bệnh án.

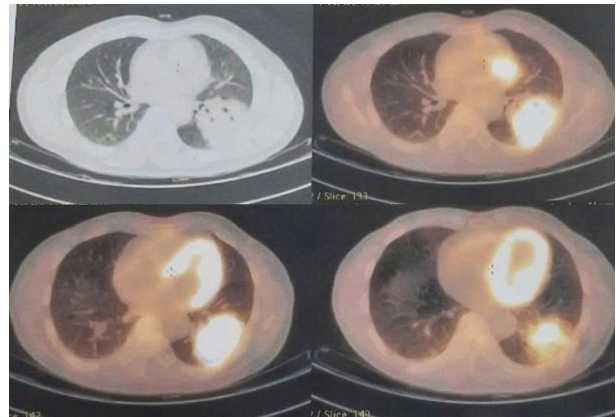
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 04 ca bệnh được ghi nhận. Toàn bộ 04 ca được hội chẩn đa chuyên khoa trước khi

tiến hành điều trị. Phẫu thuật nội soi được chỉ định cho cả 04 trường hợp, có 01 ca phải chuyển mổ hở do mô phổi viêm dính thành ngực, khó khăn khi gỡ dính khỏi động mạch chủ ngực và thực quản. Phương pháp phẫu thuật: 01 ca cắt toàn bộ phổi (25%), 01 ca cắt 2 thùy phổi (25%), 02 ca cắt thùy phổi (50%). Nạo hạch tiêu chuẩn được thực hiện ở tất cả các trường hợp. Thời gian nằm viện từ 4-14 ngày, quá trình hậu phẫu ghi nhận không có tai biến, biến chứng nào xảy ra. tỷ lệ phẫu thuật đạt R0 là toàn bộ 4 ca bệnh. Có 2 trong 4 ca đáp ứng hoàn toàn về mặt mô bệnh học.

Ca 1:

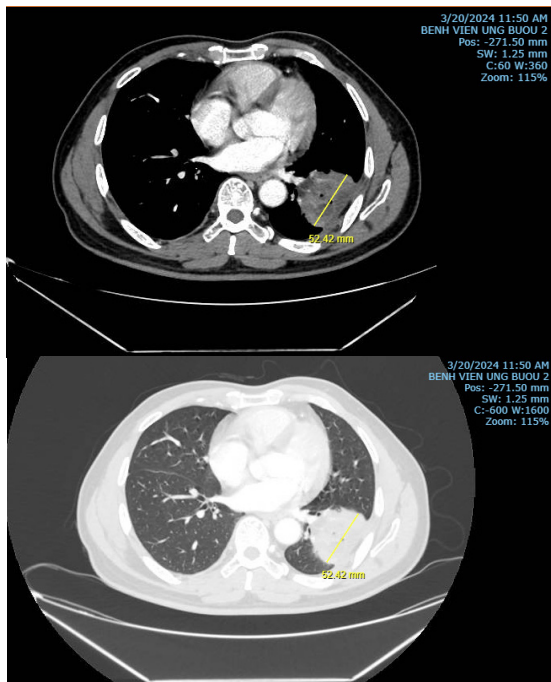
Bệnh nhân nam A, 56 tuổi, chẩn đoán Ung thư thùy dưới phổi trái cT3N0M0 (Giai đoạn IIB). Giải phẫu bệnh: Carcinôm tuyến, Grad 2; EGFR âm tính, ALK âm tính, PD-L1 <1%.



Hình 1. Hình ảnh trước điều trị bệnh nhân A

Điều trị tân hỗ trợ: Pemetreced + Cisplatin + Pembrolizumab, tổng cộng 04 chu kỳ.

Đánh giá sau điều trị tân hỗ trợ: ycT3N0M0.



Hình 2. Hình ảnh sau điều trị tân hỗ trợ bệnh nhân A

Phẫu thuật sau điều trị tân hỗ trợ 50 ngày: VATS cắt thùy dưới phổi trái + một phần thùy trên phổi trái + Nạo hạch trung thất.

Sau mổ, bệnh nhân phục hồi tốt, xuất viện ngày hậu phẫu thứ 5.

Giải phẫu bệnh sau mổ: ypT3N1M0, R0.

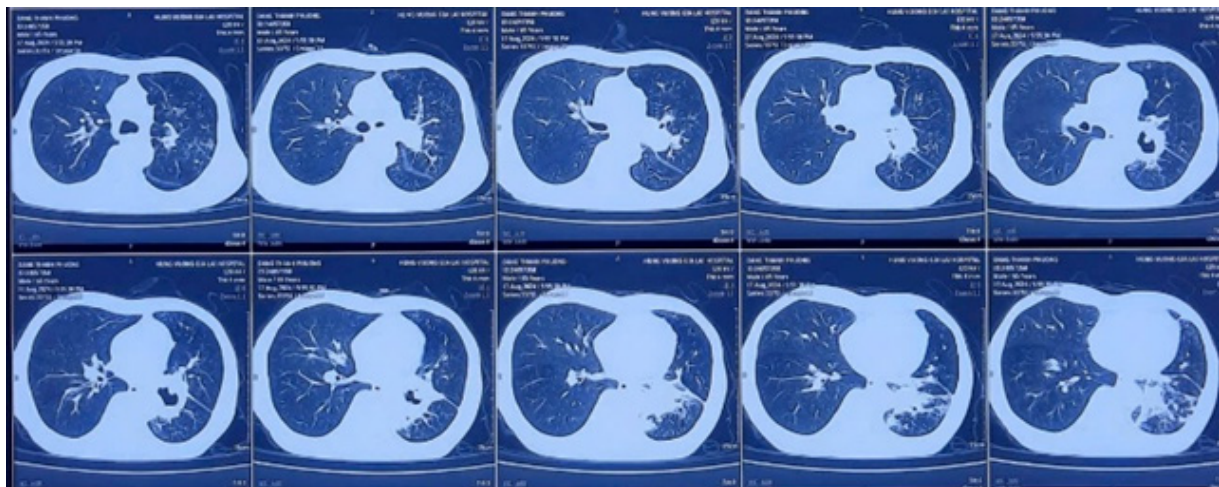
Đại thể: Bướu thùy dưới 5,5 cm, xâm lấn rãnh liên thùy và một phần nhu mô thùy trên. Hạch trung thất rốn phổi nhóm 8, 9, 10, 11 kích thước 0,5÷1 cm. Hạch nhóm 7, kích thước 1÷1,5 cm, sưng, theo dõi di căn.

Vì thể: Carcinôm tuyến, Grad 2. Di căn 01 hạch nhóm 10. Diện cắt bình thường.

Ca 2:

Bệnh nhân nam B, 65 tuổi, chẩn đoán ung thư thùy dưới phổi trái cT4N2M0 (Giai đoạn IIIB).

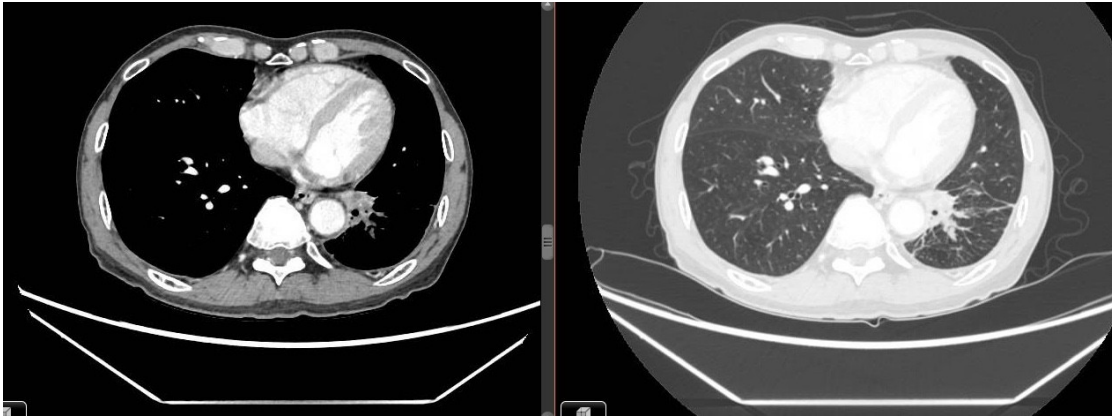
Giải phẫu bệnh: Carcinôm tế bào gai, Grad 2; EGFR âm tính, ALK âm tính, PD-L1 <1%.



Hình 3. Hình ảnh trước điều trị bệnh nhân B

Điều trị tân hỗ trợ: Paclitacel + Carboplatin + Pembrolizumab, tổng cộng 04 chu kỳ.

Đánh giá sau điều trị tân hỗ trợ: ycT2N0M0.



Hình 4. Hình ảnh sau điều trị tân hỗ trợ bệnh nhân B

Phẫu thuật sau điều trị tân hỗ trợ 89 ngày: VATS chuyển mổ hở cắt phổi trái + Nạo hạch trung thất.

Lý do chuyển mổ hở: Bướu xâm lấn trung thất, khó khăn khi phẫu tích tách bướu khỏi động mạch chủ ngực và thực quản.

Sau mổ, bệnh nhân phục hồi tốt, xuất viện ngày hậu phẫu thứ 11.

Giải phẫu bệnh sau mổ: ypT0N0M0, R0.

Đại thể: Bướu thùy dưới 3 cm, xâm lấn sát phế quản gốc gần góc carina, phần xâm nhiễm cách carina khoảng 3÷4 cm, mô bướu sượng, mặt cắt màu trắng nhạt, màng phổi tạng không co kéo.

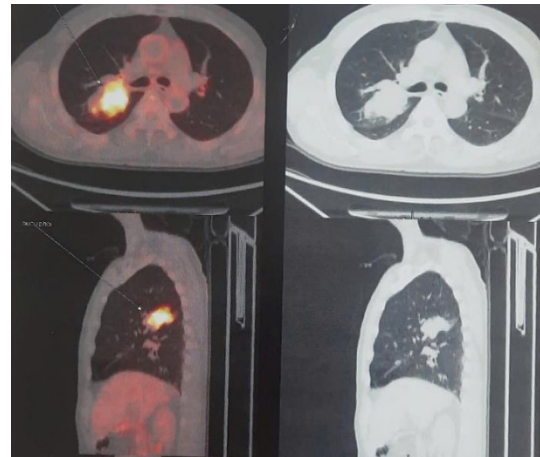
Hạch trung thất rốn phổi, kích thước 0,5÷1 cm, mềm, đen, vỏ vỏ bao.

Vi thể: Mô phổi viêm xơ không còn tế bào ác tính. Hạch viêm. Diện cắt bình thường.

Ca 3:

Bệnh nhân nam C, 55 tuổi, chẩn đoán Ung thư thùy trên phổi phải cT4N2M0 (Giai đoạn IIIB).

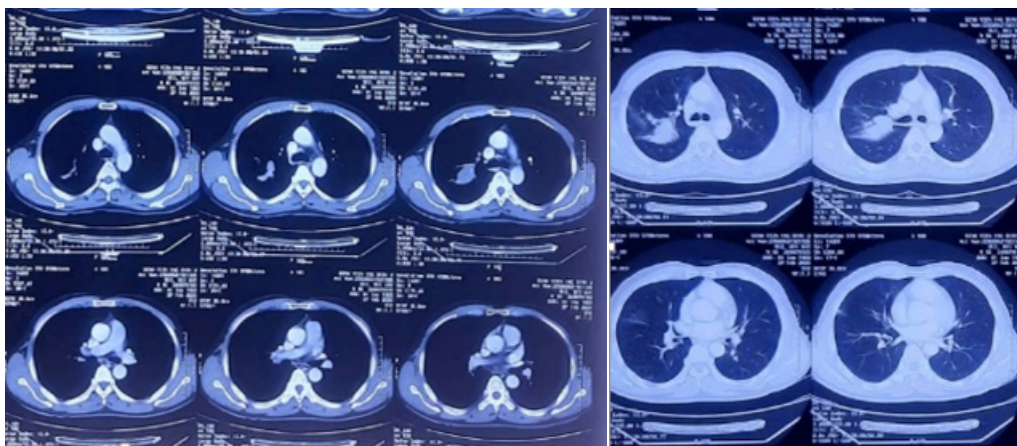
Giải phẫu bệnh + Hóa mô miễn dịch: Carcinôm tuyến nguyên phát của phổi, Grad 2; EGFR âm tính, ALK âm tính, PD-L1 0%/ Ung thư đại tràng trái cT2N0M0 (Giải phẫu bệnh đại tràng: Carcinoma tuyến, Grad 2).



Hình 5. Hình ảnh trước điều trị bệnh nhân C

Điều trị tân hỗ trợ: Pemetreced + Carboplatin + Pembrolizumab, tổng cộng 06 chu kỳ.

Đánh giá sau điều trị tân hỗ trợ: ycT2N2M0.



Hình 6. Hình ảnh sau điều trị tân hỗ trợ bệnh nhân C

Phẫu thuật sau điều trị tân hỗ trợ 43 ngày: VATS cắt thùy trên phổi phải + Nạo hạch trung thất.

Sau mổ, bệnh nhân phục hồi tốt, xuất viện ngày hậu phẫu thứ 4.

Giải phẫu bệnh sau mổ: ypT2N1M0, R0.

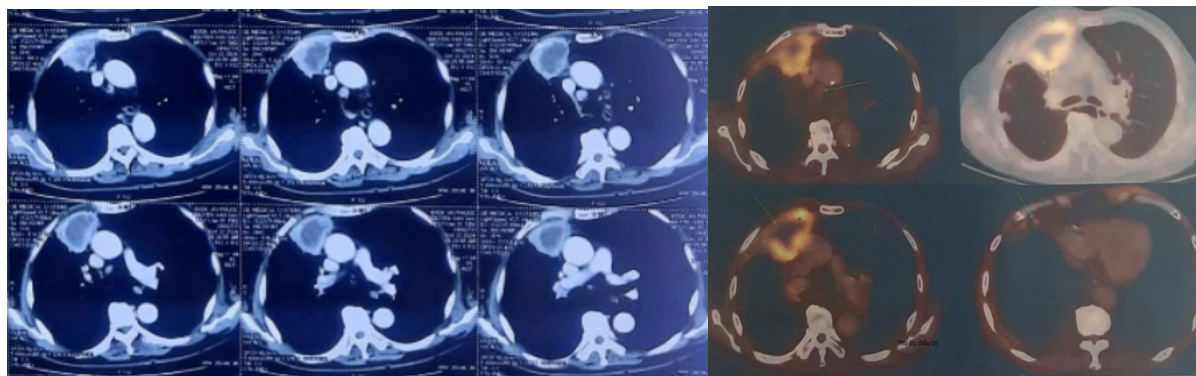
Đại thể: Bướu thùy trên, vị trí gần rốn phổi, liên tục với hạch nhóm 10, 11, tổng kích thước 4,5 cm, mô bướu sượng, xâm lấn một phần thùy dưới. Hạch rốn phổi, nhóm 11 di căn rõ, kích

thước 0,5÷1,5 cm. Hạch trung thất nhóm 2R, 4R, 7, kích thước 0,5÷1 cm, mềm.

Vi thể: Carcinôm tuyến, Grad 2. Di căn hạch nhóm 11. Diện cắt bình thường.

Ca 4:

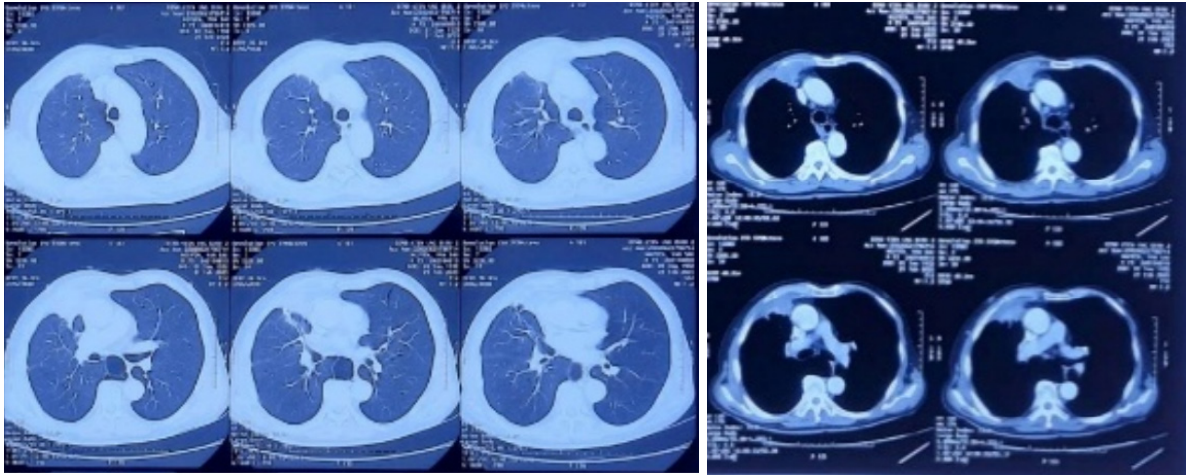
Bệnh nhân nam D, 72 tuổi, chẩn đoán Ung thư thùy trên phổi phải cT4N2M0 (Giai đoạn IIIB). Giải phẫu bệnh: Carcinôm tế bào gai, Grad 2; EGFR âm tính, ALK âm tính, PD-L1 0%.



Hình 7. Hình ảnh trước điều trị bệnh nhân D

Điều trị tân hỗ trợ: Gencitabine + Carboplatin + Pembrolizumab, tổng cộng 04 chu kỳ.

Đánh giá sau điều trị tân hỗ trợ: ycT4N0M0.



Hình 8. Hình ảnh sau điều trị tân hỗ trợ bệnh nhân D

Phẫu thuật sau điều trị tân hỗ trợ 43 ngày: VATS cắt thùy trên + thùy giữa phổi phải + Nạo hạch trung thất.

Sau mổ, bệnh nhân phục hồi tốt, không có biến chứng hậu phẫu, xuất viện ngày hậu phẫu thứ 14.

Giải phẫu bệnh sau mổ: ypT0N0M0, R0.

Đại thể: Bướu thùy trên, vị trí ngoại vi, giới hạn tương đối rõ. Xẻ bướu ghi nhận mật độ bướu sượng, màu vàng nhạt. Hạch trung thất, rốn phổi mềm.

Vi thể: Mô phổi viêm xơ. Hạch viêm. Diện cắt bình thường.

Bảng tổng hợp

Đặc điểm	Ca 1	Ca 2	Ca 3	Ca 4
Tuổi	56	65	55	72
Giới	Nam	Nam	Nam	Nam
Giai đoạn bệnh	cT3N0M0 (IIB)	cT4N2M0 (IIIB)	cT4N2M0 (IIIB)	cT4N2M0 (IIIB)
Giải phẫu bệnh	Carcinôm tuyến, Grad 2.	Carcinôm tế bào gai, Grad 2.	Carcinôm tuyến, Grad 2.	Carcinôm tế bào gai, Grad 2.
Điều trị tân hỗ trợ	Pemetreced + Cis-platin + Pembrolizumab	Paclitacel + Carbo-platin + Pembrolizumab	Pemetreced + Carbo-platin + Pembrolizumab	Gemcitabine + Carboplatin + Pembrolizumab
Số chu kỳ tân hỗ trợ	4	4	6	4
Đánh giá sau tân hỗ trợ	ycT3N0M0 (IIB)	ycT2N0M0 (IIA)	ycT2N2M0 (IIIA)	ycT4N0M0 (IIIA)

Đặc điểm	Ca 1	Ca 2	Ca 3	Ca 4
Thời gian mổ sau tân hỗ trợ	50	89	43	43
Phẫu thuật	VATS - Cắt thùy dưới phổi trái + một phần thùy trên + nạo hạch.	VATS chuyển mổ hở cắt phổi trái + nạo hạch.	VATS - Cắt thùy trên phổi phải + nạo hạch.	VATS cắt thùy trên + thùy giữa phổi (P) + nạo hạch.
Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật	ypT3N1M0 (IIIA), R0.	ypT0N0M0 (pCR), R0	ypT2N1M0 (IIB), R0	ypT0N0M0 (pCR), R0
Thời gian nằm viện	5	11	4	14
Biến chứng hậu phẫu	Không	Không	Không	Không

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi mô tả 04 ca bệnh, độ tuổi từ 55÷72 tuổi, tuổi trung bình là 62 tuổi, toàn bộ các ca bệnh đều là nam giới. Qua đó có thể thấy tuổi càng cao thì nguy cơ mắc ung thư phổi càng cao do sự tích lũy yếu tố nguy cơ càng nhiều, nam giới hút thuốc lá nhiều nên dễ mắc ung thư phổi hơn nữ giới. Giai đoạn bệnh là IIB đến IIIB, cũng tương tự các nghiên cứu điều trị tân hỗ trợ (Nghiên cứu KEYNOTE 671, nghiên cứu của tác giả Fuqiang Dai ở Trung Quốc), Phẫu thuật tại thời điểm chẩn đoán ban đầu là chưa thuận lợi [8, 5]. Toàn bộ các ca bệnh được lựa chọn phương án phẫu thuật ban đầu là phẫu thuật nội soi, đây cũng là xu thế chung của phẫu thuật ung thư phổi. Thời gian điều trị tân hỗ trợ là 4-6 chu kỳ, tương tự trong nghiên cứu KEYNOTE 671, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học trong nghiên cứu của chúng tôi là 50%.

Theo nghiên cứu của tác giả Fuqiang Dai và cộng sự thì tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học ở nhóm bệnh nhân điều trị tân hỗ trợ bằng hóa trị kết hợp liệu pháp miễn dịch là 57,89%, chỉ số này cao hơn đáng kể so với nhóm tân hỗ trợ với hóa trị (57,89% so với 5,13%). Cũng theo tác giả Fuqiang Dai thì tỷ lệ đáp ứng khối u một phần

(MPR) ở nhóm liệu pháp miễn dịch cao hơn đáng kể so với nhóm hóa trị (78,95% so với 10,26%) [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không thể đánh giá MPR do chưa có sự thống nhất về cách đọc kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Bệnh nhân đạt được MPR (bao gồm cả pCR) có thời gian sống còn toàn bộ (OS) và thời gian sống còn không bệnh (DFS) tốt hơn đáng kể với chỉ số P lần lượt là 0,018 và 0,016 [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật cắt phổi sau điều trị tân hỗ trợ bằng hóa trị kết hợp pembrolizumab là khả thi và an toàn, với tỷ lệ cắt bỏ triệt để (R0) đạt 100% và tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học (pCR) là 50%. Không có biến chứng hậu phẫu nào được ghi nhận và thời gian nằm viện dao động từ 4÷14 ngày, phù hợp với các báo cáo trong và ngoài nước về hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật sau liệu pháp miễn dịch - hóa trị tân hỗ trợ.

Nhiều thử nghiệm pha III gần đây đã khẳng định lợi ích của hóa trị kết hợp miễn dịch trong bối cảnh tân hỗ trợ. Thử nghiệm KEYNOTE-671 cho thấy pembrolizumab chu phẫu cải thiện đáng kể thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (EFS) và sống còn toàn bộ (OS) ở bệnh nhân NSCLC có thể phẫu thuật [8]. Tương tự, CheckMate-816 ghi nhận nivolumab kết hợp hóa trị làm tăng rõ rệt tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn bệnh lý, đồng thời không

cản trở khả năng tiến hành phẫu thuật [6]. Những dữ liệu này củng cố cơ sở khoa học cho việc triển khai các phác đồ hóa trị - miễn dịch trước mổ nhằm tối ưu hóa hiệu quả phẫu thuật triệt để.

Từ góc độ ngoại khoa, nhiều tác giả đã lưu ý rằng liệu pháp miễn dịch có thể làm tăng độ khó khi phẫu tích do phản ứng viêm, xơ hóa và dính quanh rốn phổi, mạch máu lớn hoặc trung thất [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, một trường hợp (25%) phải chuyển từ phẫu thuật nội soi sang mổ mở do mô phổi viêm dính chặt vào thành ngực và khó khăn khi tách dính khỏi động mạch chủ ngực và thực quản. Điều này phù hợp với báo cáo trước đó cho rằng tỷ lệ chuyển mổ mở sau điều trị tân hỗ trợ dao động từ 0 đến hơn 50% tùy từng nghiên cứu [7]. Tuy nhiên, với sự chuẩn bị kỹ lưỡng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, việc chuyển đổi được thực hiện an toàn, không gây biến chứng cho bệnh nhân.

Đáng chú ý, trong loạt ca của chúng tôi không ghi nhận biến chứng hậu phẫu. Đây là một điểm tích cực, phù hợp với các phân tích gộp gần đây cho thấy phẫu thuật sau hóa trị kết hợp miễn dịch nhìn chung không làm gia tăng biến chứng nặng sau mổ so với hóa trị đơn thuần [3]. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu (4÷14 ngày) cũng tương đồng với các báo cáo tại Việt Nam khi áp dụng phẫu thuật nội soi một lỗ (uniportal VATS) và chương trình ERAS cho phẫu thuật cắt phổi [1]. Điều này gợi ý rằng sự kết hợp giữa kỹ thuật ít xâm lấn và tối ưu chăm sóc chu phẫu đã góp phần cải thiện kết quả điều trị.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu nhỏ (4 bệnh nhân) và thiết kế hồi cứu, đơn trung tâm, do đó kết quả chỉ mang tính gợi ý. Thứ hai, thời gian theo dõi ngắn nên chưa thể đánh giá hiệu quả sống còn dài hạn. Các nghiên cứu tiền cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết để khẳng định giá trị của chiến lược điều trị này trong bối cảnh Việt Nam.

Tóm lại, kết quả bước đầu của chúng tôi phù hợp với xu hướng quốc tế, cho thấy phẫu thuật cắt phổi sau điều trị tân hỗ trợ bằng hóa trị kết hợp pembrolizumab là an toàn, khả thi và có tiềm năng cải thiện đáp ứng mô bệnh học. Việc lựa chọn bệnh nhân phù hợp, hội chẩn đa chuyên khoa và chuẩn bị cho khả năng chuyển mổ mở khi cần thiết là những yếu tố quan trọng đảm bảo thành công.

5. KẾT LUẬN

Bối cảnh chẩn đoán và khả năng tiếp cận thuốc miễn dịch đang ngày một khả thi trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ. Điều trị miễn dịch tân hỗ trợ đang cho thấy sự cải thiện đáng kể thời gian sống còn toàn bộ. Những kết quả ban đầu cho thấy phẫu thuật cắt phổi sau liệu pháp miễn dịch là an toàn và khả thi. Với những nhận định trên, chúng tôi tin rằng liệu pháp miễn dịch tân hỗ trợ sẽ thay đổi mô hình điều trị Ung thư phổi không tế bào nhỏ trong tương lai gần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Phạm Thanh Việt và cộng sự, Vai trò quy trình ERAS trong phẫu thuật nội soi điều trị bệnh phổi, *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, Số 87-2025, 2025.
- [2]. Chi-Fu Jeffrey Yang, et al, Surgical Outcomes After Neoadjuvant Chemotherapy and Ipilimumab for Non-Small Cell Lung Cancer, *The Annals of Thoracic Surgery*, Volume 105, Issue 3, 2018, 924-929.
- [3]. Claudia Bardoni, et al, Surgical Outcomes After Neoadjuvant Chemo-Immunotherapy for Stage III NSCLC: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Cancers (Basel)*, 17(9), 2025, 1426.

- [4]. Dirk Stefani, et al, Lung Cancer Surgery after Neoadjuvant Immunotherapy, *Cancers* 2021, 13(16), 2021, 4033.
- [5]. Fuqiang Dai, et al, Neoadjuvant immunotherapy combined with chemotherapy significantly improved patients' overall survival when compared with neoadjuvant chemotherapy in non-small cell lung cancer: A cohort study, *Frontiers in Oncology*, Volume 12, 2022.
- [6]. Jonathan Spicer, et al, Surgical outcomes from the phase 3 CheckMate 816 trial: Nivolumab (NIVO) + platinum-doublet chemotherapy (chemo) vs chemo alone as neoadjuvant treatment for patients with resectable non-small cell lung cancer (NSCLC), *Journal of Clinical Oncology*, Volume 39, Number 15, 2021.
- [7]. Junjie Hu, et al, Neoadjuvant immunotherapy for non-small cell lung cancer: Opportunities and challenges, *Chinese Medical Journal Pulmonary and Critical Care Medicine*, 2 (2024), 2024, 224–239.
- [8]. Heather A. Wakelee, et al, KEYNOTE-671: Randomized, double-blind, phase 3 study of pembrolizumab or placebo plus platinum-based chemotherapy followed by resection and pembrolizumab or placebo for early stage NSCLC, *Journal of Clinical Oncology*, Volume 41, Number 17, 2023.