

Ung thư phổi
không tế bào nhỏ
là gì?

Hãy để chúng tôi trả lời
những câu hỏi của bạn.

Tài liệu hướng dẫn người bệnh của ESMO

dựa trên Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng của ESMO

esmo.org

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN)

Hướng dẫn người bệnh của ESMO

Thông tin dành cho người bệnh dựa trên Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng của ESMO

Hướng dẫn này được biên soạn để giúp quý vị cũng như bạn bè, gia đình và người chăm sóc của quý vị hiểu rõ hơn về ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) và cách điều trị căn bệnh này. Tài liệu này bao gồm những thông tin về các nhóm khác nhau của UTPKTBN, nguyên nhân gây bệnh và cách chẩn đoán bệnh, hướng dẫn cập nhật về các phương pháp điều trị hiện có và các tác dụng phụ có thể gặp khi điều trị.

Thông tin y tế được mô tả trong tài liệu này dựa trên Hướng dẫn Thực hành lâm sàng ESMO cho UTPKTBN, được thiết kế để giúp các bác sĩ lâm sàng chẩn đoán và quản lý UTPKTBN giai đoạn sớm, tiến triển tại chỗ và di căn. Tất cả các Hướng dẫn Thực hành lâm sàng của ESMO đều được biên soạn và đánh giá bởi các chuyên gia đầu ngành dựa trên bằng chứng thu được từ các thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu lâm sàng mới nhất và ý kiến chuyên gia.

Những thông tin trong hướng dẫn này không nhằm thay thế cho lời khuyên của bác sĩ. Bác sĩ là người biết toàn bộ tiền sử bệnh của quý vị và sẽ giúp hướng dẫn quý vị cách điều trị tốt nhất.

Các từ được đánh dấu **màu xanh dương** được định nghĩa trong bảng thuật ngữ ở cuối tài liệu.

Hướng dẫn này được biên soạn và đánh giá bởi:

Đại diện của European Society for Medical Oncology (ESMO): David Planchard; Silvia Novello; Solange Peters; Raffaele Califano; Jean-Yves Douillard; Francesca Longo; Claire Bramley; and Svetlana Jezdic

Đại diện của European Oncology Nursing Society (EONS): Anita Margulies; Roisin Lawless

Người bảo vệ quyền lợi bệnh nhân từ Lung Cancer Europe (LuCE) và Women Against Lung Cancer in Europe (WALCE): Stefania Vallone



Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, Việt Nam tổ chức thực hiện dịch từ bản gốc tiếng Anh sang tiếng Việt. Tham gia biên dịch: BS. Nịnh Thị Thảo, BS. Nguyễn Phương Anh, BS. Nguyễn Thành Hiếu, BS. Đào Thanh Lan, BS. Đỗ Minh Ngọc. Tham gia hiệu đính bản dịch: BS. Nguyễn Quốc Hùng, BS. Phạm Nguyễn Quý, Bà Ngô Y Sa, Bà Phạm Lũng Hà, BS. Nguyễn Thanh Hằng.

2	Hướng dẫn người bệnh của ESMO
4	Ung thư phổi: Tóm tắt thông tin chính
7	Giải phẫu của phổi
8	Ung thư phổi là gì?
9	Những triệu chứng của ung thư phổi
10	UTPKTBN phổ biến đến mức nào?
12	Nguyên nhân của UTPKTBN là gì?
14	UTPKTBN được chẩn đoán như thế nào?
17	Việc điều trị của tôi được xác định như thế nào?
21	Các lựa chọn điều trị cho UTPKTBN là gì?
23	Các lựa chọn điều trị cho UTPKTBN giai đoạn sớm (Giai đoạn I-II)
25	Các lựa chọn điều trị cho UTPKTBN tiến triển tại chỗ (Giai đoạn III)
27	Các lựa chọn điều trị cho UTPKTBN di căn (Giai đoạn IV)
32	Thử nghiệm lâm sàng
33	Các can thiệp bổ sung
35	Những tác dụng phụ nào có thể xảy ra khi điều trị?
49	Điều gì sẽ xảy ra sau khi kết thúc điều trị?
52	Các nhóm hỗ trợ
53	Tài liệu tham khảo
55	Bảng chú giải thuật ngữ

Ung thư phổi: Tóm tắt thông tin chính

Bản tóm tắt này là tổng quan về thông tin chính được cung cấp trong hướng dẫn UTPKTBN. Các thông tin sau đây sẽ được thảo luận chi tiết trong các trang chính của hướng dẫn.

Giới thiệu về ung thư phổi

- Ung thư phổi hình thành từ các tế bào trong phổi phát triển bất thường và nhân lên để tạo thành **khối u**.
- Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) là một loại ung thư phổi, được phân biệt với ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN) do cách tế bào **khối u** quan sát dưới kính hiển vi. Ba phân nhóm chính của UTPKTBN là **ung thư biểu mô tuyến**, **ung thư biểu mô tế bào vảy** và **ung thư biểu mô tế bào lớn (không biệt hoá)** của phổi. Các loại ung thư trên được chẩn đoán như nhau, nhưng có thể được điều trị khác nhau.
- Ung thư phổi là loại ung thư phổ biến thứ ba ở Châu Âu; UTPKTBN chiếm 85–90% trong số tất cả các ung thư phổi. Hút thuốc là **yếu tố nguy cơ** lớn nhất cho sự phát triển của ung thư phổi.
- Ở châu Âu, tỷ lệ tử vong do ung thư phổi ở nam giới đã giảm trong khi con số này ở nữ giới đang tăng lên – điều này phản ánh sự khác biệt về xu hướng hút thuốc giữa hai giới.

Chẩn đoán UTPKTBN

- Có thể nghi ngờ người bệnh mắc ung thư phổi nếu một người có các triệu chứng như ho hoặc nhiễm trùng lồng ngực dai dẳng, khó thở, khàn tiếng, đau ngực hoặc ho ra máu. Các triệu chứng khác có thể là sốt, chán ăn, sụt cân không rõ nguyên nhân và **mệt lả**.
- Sau khi khám lâm sàng, bác sĩ sẽ chỉ định chụp **X-quang** và/hoặc **chụp cắt lớp vi tính (CT)** (hoặc có thể sử dụng các kỹ thuật khác, chẳng hạn như **chụp cắt lớp phát xạ positron [PET] CT** hoặc **chụp cộng hưởng từ [MRI]**) để đánh giá vị trí và mức độ lan rộng của ung thư. Xét nghiệm **sinh thiết** (tế bào hoặc mô lấy từ **khối u**) sẽ xác nhận chẩn đoán UTPKTBN.

Những lựa chọn điều trị cho UTPKTBN

- Các phương pháp điều trị bao gồm:
 - **Phẫu thuật**
 - **Hóa trị** – sử dụng thuốc chống ung thư để tiêu diệt tế bào ung thư. **Hóa trị** có thể được thực hiện đơn thuần hoặc phối hợp với các phương pháp điều trị khác.
 - **Liệu pháp nhắm trúng đích** – các loại thuốc mới hoạt động bằng cách ngăn các tín hiệu cần thiết cho sự phát triển của tế bào ung thư.
 - **Liệu pháp miễn dịch** – Một phương pháp điều trị được đưa ra nhằm tăng cường khả năng miễn dịch tự nhiên của cơ thể nhằm chống lại bệnh ung thư.
 - **Xạ trị** – sử dụng các liều phóng xạ được đo lường để tiêu diệt các tế bào ung thư và ngăn chúng phát triển.
- Sự kết hợp của các phương pháp điều trị khác nhau thường được đưa ra dựa trên giai đoạn và loại UTPKTBN cũng như tình trạng và **bệnh đồng mắc** của người bệnh (các bệnh hoặc rối loạn khác mắc phải cùng một lúc).

- Ung thư được 'phân giai đoạn' theo kích thước **khối u**, sự có mặt của các **hạch bạch huyết vùng** và liệu nó có lan ra ngoài phổi đến các bộ phận khác của cơ thể hay không. Thông tin này được sử dụng để giúp quyết định phương pháp điều trị tốt nhất.
- **UTPKTBN giai đoạn sớm (Giai đoạn I-II)**
 - Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính của UTPKTBN **giai đoạn sớm**.
 - **Hoá trị** có thể được sử dụng sau phẫu thuật (**hoá trị bổ trợ**) ở giai đoạn II và III và một số người bệnh giai đoạn IB.
 - **Xạ trị (xạ trị lập thể định vị thân [SABR] hoặc xạ trị thường quy)** là một phương pháp thay thế cho phẫu thuật ở những người bệnh không thể hoặc không muốn phẫu thuật.
 - **Xạ trị** có thể được sử dụng sau phẫu thuật (**xạ trị bổ trợ**) ở người bệnh giai đoạn II và III.
- **UTPKTBN tiến triển tại chỗ (Giai đoạn III)**
 - Điều trị UTPKTBN **tiến triển tại chỗ** có thể bao gồm các phương pháp điều trị khác nhau (**liệu pháp đa mô thức**).
 - Nếu có thể loại bỏ **khối u** (khi **khối u có khả năng phẫu thuật**), các lựa chọn điều trị có thể bao gồm:
 - ~ **Liệu pháp cảm ứng** ([các] phương pháp điều trị ban đầu được đưa ra để thu nhỏ **khối u** trước khi điều trị theo kế hoạch hai) bao gồm **hoá trị** có hoặc không có **xạ trị**, sau đó là phẫu thuật.
 - ~ Phẫu thuật sau đó là **hoá trị bổ trợ** và/ hoặc **xạ trị**.
 - ~ **Hoá xạ trị (hoá trị và xạ trị** được thực hiện đồng thời hoặc tuần tự).
 - Phương pháp điều trị – và đôi khi là trình tự điều trị – được thực hiện cho người bệnh mắc UTPKTBN giai đoạn III có **cho phép phẫu thuật cắt bỏ** sẽ phụ thuộc vào tổng trạng của người bệnh và **bệnh đồng mắc**, cũng như phạm vi và độ phức tạp của phẫu thuật cần thiết để loại bỏ **khối u**.
 - Trong UTPKTBN giai đoạn III không **cho phép phẫu thuật cắt bỏ**, **hoá xạ trị** là phương pháp điều trị ưu tiên. Ngoài ra, **hoá trị** và **xạ trị** có thể được thực hiện **tuần tự** (tức là lần lượt từng bước) ở những người bệnh không thể chịu được điều trị **đồng thời**.
 - **Liệu pháp miễn dịch** có thể được cung cấp cho một số người bệnh mắc UTPKTBN **tiến triển tại chỗ không thể phẫu thuật** sau khi điều trị bằng **hoá xạ trị**.
- **UTPKTBN di căn (giai đoạn IV)**
 - UTPKTBN được gọi là **di căn** hoặc giai đoạn IV khi mà tổn thương lan ra khỏi phổi bị tổn thương ban đầu.
 - Hiếm khi có thể loại bỏ được UTPKTBN **di căn** bằng phẫu thuật hoặc điều trị triệt căn bằng **xạ trị**.
 - **Hoá trị đường tĩnh mạch** phối hợp hai thuốc (có hoặc không kèm theo **liệu pháp nhắm trúng đích** là thuốc **bevacizumab**) là phương pháp điều trị chính cho người bệnh mắc UTPKTBN **di căn**.
 - Việc lựa chọn thuốc sử dụng phần lớn sẽ phụ thuộc vào sức khoẻ chung của người bệnh và **phân nhóm mô học** của **khối u**.

- Người bệnh có **khối u** bậc I mức độ tương đối cao của protein **phổi từ chết theo chương trình 1 (PD-L1)** (được xác định bằng xét nghiệm phân tử sử dụng mẫu **sinh thiết khối u**) có thể được điều trị bằng **liệu pháp miễn dịch bước một** với **pembrolizumab**.
- Người bệnh có **khối u** chứa các **đột biến** (thay đổi) cụ thể đối với **thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì (EGFR)**, **BRAF**, **gen anaplastic lymphoma kinase (ALK)** hoặc **gen ROS1** (xác định bằng xét nghiệm phân tử sử dụng mẫu **sinh thiết khối u**) được điều trị tốt nhất bằng các **liệu pháp nhắm trúng đích** đường uống liên tục.
- Sau 4–6 chu kỳ **hóa trị bộ đôi** (tức là dùng hai loại thuốc **hóa trị** cùng nhau), **điều trị duy trì** (điều trị giúp ngăn ngừa ung thư tái phát) bằng một loại thuốc **hóa trị** gọi là **pemetrexed**, có thể được áp dụng cho những người bệnh có tổng trạng tốt. **Liệu pháp nhắm trúng đích erlotinib** có thể được sử dụng dưới hình thức **điều trị duy trì** ở những người bệnh có **khối u** có **đột biến EGFR**.
- Nếu ung thư quay trở lại (**tái phát**), phương pháp điều trị **bước hai** và **bước ba** có thể được đưa ra. Phương pháp điều trị **bước hai** và **bước ba** thích hợp tùy thuộc vào điều trị **bước một** đã được nhận và tổng trạng của người bệnh. Các lựa chọn điều trị bao gồm: **hóa trị liệu** (**pemetrexed** hoặc **docetaxel**), **liệu pháp miễn dịch** (**nivolumab**, **pembrolizumab** hoặc **atezolizumab**), khi không được dùng làm phương pháp điều trị **bước một**, **liệu pháp kháng tăng sinh mạch** (**nintedanib** hoặc **ramucirumab**) phối hợp với **docetaxel** và các **liệu pháp nhắm trúng đích** (**afatinib**, **gefitinib**, **erlotinib**, **osimertinib**, **dabrafenib** kết hợp với **trametinib**, **crizotinib**, **ceritinib**, **alectinib**, **brigatinib** hoặc **lorlatinib**) được dùng cho người bệnh có thay đổi ở mức độ phân tử.
 - ~ Người bệnh có **khối u** có **đột biến EGFR** đã được điều trị **bước một** bằng **erlotinib**, **gefitinib** hoặc **afatinib** và những người đã xác nhận có **đột biến EGFR T790M**, sau đó có thể được điều trị bằng **osimertinib**.
 - ~ Người bệnh có **đột biến BRAF** đã được xác nhận đã được điều trị **bước một** bằng **dabrafenib** và **trametinib** có thể được **hóa trị nền tảng platinum bước hai**.
 - ~ Người bệnh có **khối u** có **tái sắp xếp ALK** và đã được điều trị **bước một** bằng **crizotinib** có thể được điều trị **bước hai** bằng **ceritinib**, **alectinib**, **brigatinib** hoặc **lorlatinib** nếu có sẵn.

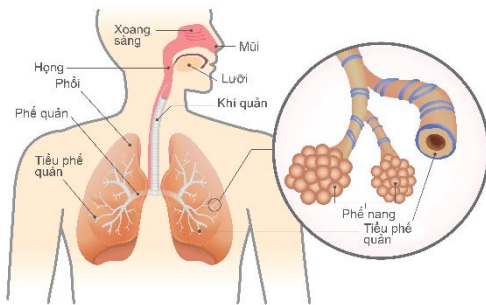
Theo dõi sau điều trị

- Những người bệnh đã hoàn thành điều trị UTPKTBN giai đoạn I–III thường được theo dõi bằng thăm khám lâm sàng và các **xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh** 6 tháng một lần trong 2 năm đầu tiên và mỗi năm một lần các năm tiếp theo.
- Những người bệnh đã hoàn thành điều trị khỏi hoàn toàn giai đoạn **di căn** thường được theo dõi bằng các **xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh** mỗi 6–12 tuần (tùy thuộc vào khả năng điều trị tiếp theo của họ) để có thể bắt đầu điều trị **bước hai** nếu cần.

Giải phẫu của phổi

Phổi là một phần của hệ hô hấp, bao gồm:

- Mũi và miệng.
- **Khí quản.**
- **Phế quản** (các ống dẫn đến phổi).
- Phổi.



Giải phẫu hệ thống hô hấp, cho thấy **khí quản**, **phế quản** và **phổi**. Khi chúng ta hít vào, không khí đi từ mũi hoặc miệng, qua **khí quản**, **phế quản** và **tiểu phế quản**, trước khi đến các túi khí nhỏ gọi là **phế nang** – đây là nơi oxy từ không khí đi vào máu (xem hình ảnh bên trên).

Ung thư phổi là gì?

Ung thư phổi thường hình thành từ các tế bào lót **phế quản** và các bộ phận của phổi như **tiểu phế quản** hoặc **phế nang**. Có hai loại **ung thư phổi nguyên phát** chính:

- Ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN): Loại này được đặt tên theo kích thước nhỏ của các tế bào cấu tạo khi quan sát dưới kính hiển vi.
- Ung thư phổi không phải tế bào nhỏ (UTPKTBN): Đây là loại ung thư phổi phổ biến hơn và chiếm 80–90% tổng số ca ung thư phổi (*Planchard và cộng sự, 2018*).
 - Hướng dẫn này sẽ tập trung hoàn toàn vào UTPKTBN.

Có những phân nhóm UTPKTBN nào?

Ba **phân nhóm mô học** chính của UTPKTBN là:

- **Ung thư biểu mô tuyến**: Khoảng 40% các ca ung thư phổi là **ung thư biểu mô tuyến**. Những **khối u** này bắt đầu trong các tế bào sản xuất chất nhầy lót đường thở.
- **Ung thư biểu mô tế bào vảy (UTBMV)**: Khoảng 25–30% tất cả các bệnh ung thư phổi là **UTBMV**. Loại ung thư này phát triển trong các tế bào lót đường thở và thường do hút thuốc gây ra.
- **Ung thư biểu mô tế bào lớn (không biệt hoá)**: Loại này chiếm khoảng 10–15% tổng số ca ung thư phổi. Phân nhóm được đặt tên theo cách nhìn của các tế bào ung thư khi được kiểm tra dưới kính hiển vi.

Những triệu chứng của ung thư phổi

Triệu chứng phổ biến của ung thư phổi, bao gồm UTPKTBN, là:

- Ho dai dẳng.
- Nhiễm trùng lồng ngực dai dẳng hoặc tái đi tái lại.
- Khó thở.
- Khò khè.
- Ho ra máu.
- Đau ngực hoặc vùng vai không đỡ.
- Khàn tiếng hoặc mất giọng.

Ngoài ra, các triệu chứng không đặc hiệu, bao gồm:

- Sốt.
- Chán ăn.
- Sụt cân không rõ nguyên nhân.
- Mệt mỏi nhiều.

Quý vị nên đi khám bác sĩ nếu gặp bất kỳ triệu chứng nào trên đây. Tuy nhiên, quý vị cần nhớ là những triệu chứng này cũng phổ biến ở những người không bị ung thư phổi; có thể do các nguyên nhân khác gây ra.

UTPKTBN phổ biến đến mức nào?

Ung thư phổi là loại ung thư phổ biến thứ ba ở châu Âu

Năm 2018, số ca mắc mới ung thư phổi được chẩn đoán ở châu Âu ước tính hơn 470 000 ca.

(*Ferlay và cộng sự, 2018*):

- 312 000 ca mắc mới ở nam giới.
- 158 000 ca mắc mới ở nữ giới.

Ở châu Âu, ung thư phổi là loại ung thư phổ biến thứ hai ở nam giới (sau ung thư tuyến tiền liệt) và phổ biến thứ ba ở phụ nữ (sau ung thư vú và đại trực tràng) (*Ferlay và cộng sự, 2018*). Tỷ lệ mắc ung thư phổi ở các nước phát triển cao hơn ở các nước kém phát triển hơn; những khác biệt này chủ yếu phản ánh sự khác biệt về giai đoạn và mức độ của đại dịch thuốc lá (*Torre và cộng sự, 2015*).

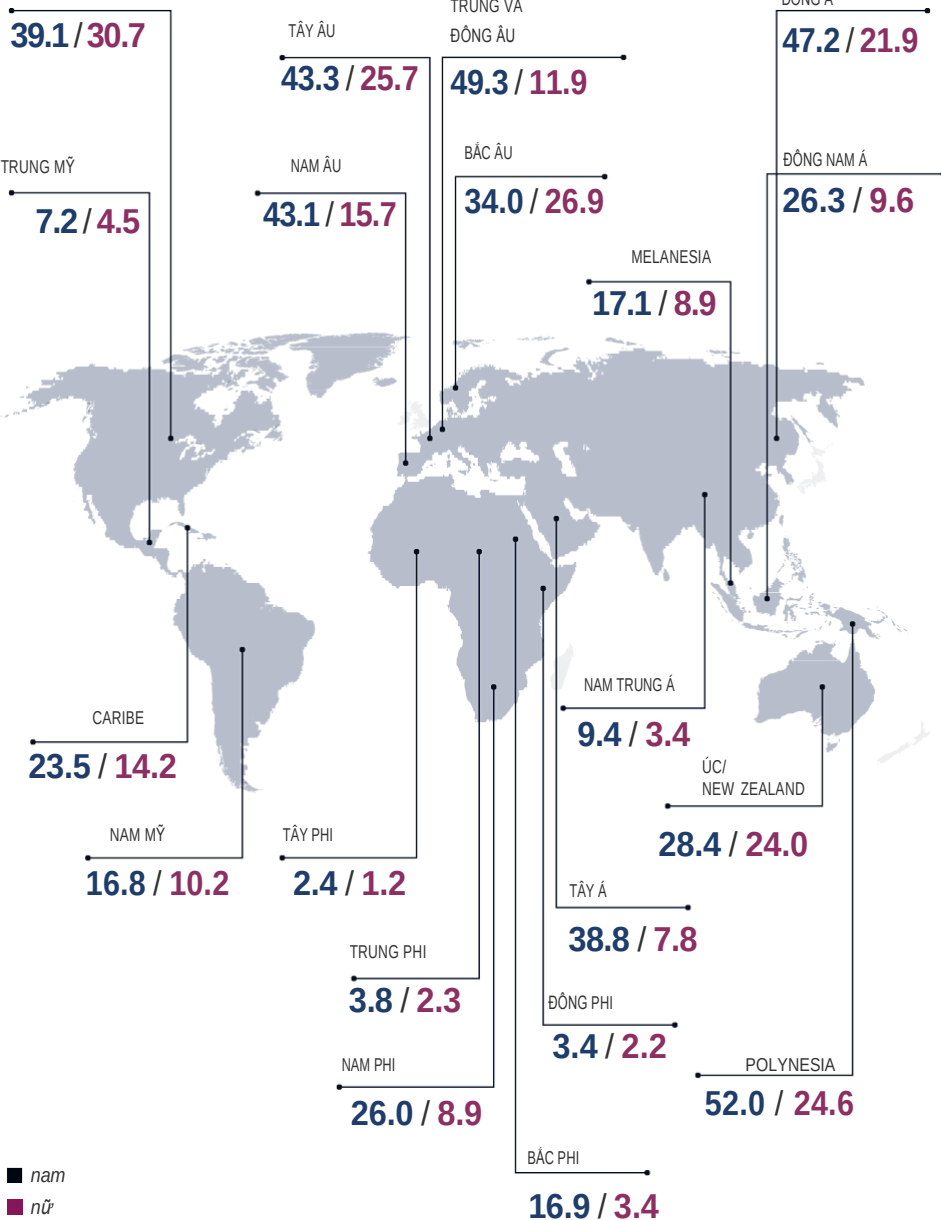
Ở châu Âu, tỷ lệ tử vong do ung thư phổi ở nam giới đã giảm trong khi tỷ lệ tử vong ở nữ giới đang tăng lên – điều này phản ánh sự khác biệt về xu hướng tỷ lệ hút thuốc giữa hai giới (*Malvezzi và cộng sự, 2016; Planchard và cộng sự, 2018*).

Phần lớn các ca ung thư phổi được chẩn đoán ở người bệnh từ 65 tuổi trở lên và độ tuổi trung bình khi chẩn đoán là 70 tuổi.

UTPKTBN là loại ung thư phổi thường gặp nhất, chiếm 85-90% của tất cả các ung thư phổi

Bản đồ cho thấy số lượng ước tính các trường hợp mắc mới ung thư phổi được chẩn đoán năm 2018 trên 100,000 dân của mỗi khu vực. (Ferlay và cộng sự, 2018).

BẮC MỸ



Nguyên nhân của UTPKTBN là gì?

Hút thuốc là **yếu tố nguy cơ** lớn nhất của bệnh ung thư phổi. Tuy nhiên, có những **yếu tố nguy cơ** khác cũng làm tăng khả năng phát triển thành ung thư phổi. Một điều quan trọng cần nhớ rằng có **yếu tố nguy cơ** làm tăng nguy cơ mắc ung thư nhưng điều đó không có nghĩa là quý vị chắc chắn mắc ung thư. Tương tự như vậy, không có **yếu tố nguy cơ** không có nghĩa là quý vị chắc chắn không mắc ung thư.

Hút thuốc là **yếu tố nguy cơ** lớn nhất của ung thư phổi

Hút thuốc

Hút thuốc lá là nguyên nhân hàng đầu của ung thư phổi. Ở châu Âu, đây là nguyên nhân của 90% ca bệnh ở nam và 80 % ca bệnh ở nữ (Novello và cộng sự, 2016). Số năm hút thuốc của một người quan trọng hơn số điều thuốc lá hút mỗi ngày; do đó, việc bỏ thuốc lá ở bất kỳ tuổi nào cũng làm giảm nguy cơ mắc ung thư phổi nhiều hơn việc giảm số điều thuốc lá hút mỗi ngày.



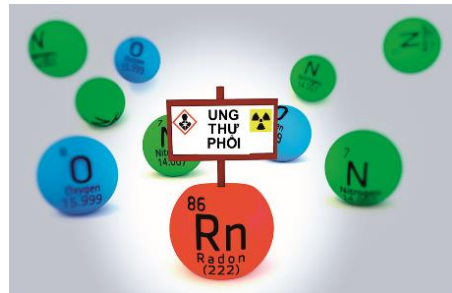
Hút thuốc lá thụ động

Hút thuốc lá thụ động, còn được gọi là 'khói thuốc thụ động' hoặc 'khói thuốc lá trong môi trường', làm tăng nguy cơ mắc UTPKTBN, nhưng ở mức độ thấp hơn so với người hút thuốc.



Radon

Radon là một loại khí có hoạt tính **phóng xạ** được tạo ra trong quá trình phân hủy **uranium** tự nhiên trong đất và đá, đặc biệt là đá granite. Chất khí có thể đi xuyên qua từ mặt đất vào các ngôi nhà và tòa nhà. Tiếp xúc với lượng radon quá mức cho phép được cho là một yếu tố gây bệnh đáng kể ở những người bệnh ung thư phổi chưa bao giờ hút thuốc. Điều này có thể đặc biệt liên quan đến những người khai thác dưới lòng đất, những người có thể tiếp xúc với lượng radon cao nếu các mỏ mà họ làm việc nằm trong một khu vực địa lý cụ thể.



Tính nhạy cảm di truyền

Người ta cho rằng một số người có khả năng tiến triển ung thư phổi nhiều hơn dựa trên cấu trúc di truyền của họ (*Bailey-Wilson và cộng sự, 2004*). Có tiền sử gia đình mắc bệnh ung thư phổi, hoặc các loại ung thư khác, làm tăng nguy cơ phát triển ung thư phổi ở một mức độ nào đó. Ở những người dễ mắc ung thư phổi do di truyền, hút thuốc càng làm tăng nguy cơ mắc bệnh.



Các chất gây ô nhiễm môi trường và hộ gia đình

Các yếu tố khác được mô tả là những **yếu tố nguy cơ** cho sự phát triển của UTPKTBN bao gồm tiếp xúc với **a-mi-ăng** và **a-sen**. Có bằng chứng cho thấy tỷ lệ ung thư phổi ở thành phố cao hơn ở nông thôn, mặc dù các yếu tố khác ngoài ô nhiễm không khí ngoài trời có thể là nguyên nhân gây ra tình trạng này. Người ta cũng cho rằng ô nhiễm không khí trong nhà do sử dụng bếp đốt than có thể là một yếu tố ở một số quốc gia (*Planchard và cộng sự, 2018*). Ví dụ, ở Trung Quốc có sự gia tăng tỷ lệ ung thư phổi ở phụ nữ, mặc dù thực tế là tỷ lệ phụ nữ hút thuốc ở Trung Quốc thấp hơn so với một số nước châu Âu.



Kết quả gần đây từ một nghiên cứu sử dụng **chụp cắt lớp vi tính (CT)** để sàng lọc ung thư phổi cho thấy tỷ lệ tử vong do ung thư phổi giảm 26% sau 10 năm theo dõi ở nam giới không có triệu chứng ung thư phổi nhưng được coi có nguy cơ cao phát triển bệnh (*De Koning và cộng sự, 2018*). Tuy nhiên, tại thời điểm hiện tại, việc sàng lọc UTPKTBN quy mô lớn không phải là một quy trình thường quy ở những người có nguy cơ cao mắc bệnh dựa trên các **yếu tố nguy cơ** trên.

UTPKTBN được chẩn đoán như thế nào?

Hầu hết người bệnh mắc UTPKTBN được chẩn đoán sau khi gặp bác sĩ để than phiền về các triệu chứng như ho dai dẳng, nhiễm trùng vùng lồng ngực kéo dài, **khó thở**, thờ khờ khờ, ho ra máu, đau ngực hoặc vai không đỡ, khàn tiếng hoặc giọng trầm, giảm cân không rõ nguyên nhân, chán ăn hoặc cực kỳ **mệt lã**.

Chẩn đoán ung thư phổi dựa vào kết quả của thăm khám và các xét nghiệm sau đây:

Khám lâm sàng

Bác sĩ sẽ tiến hành khám lâm sàng. Anh/cô ấy sẽ kiểm tra lồng ngực và **hạch bạch huyết** ở cổ của quý vị.

Nếu nghi ngờ ung thư phổi, anh/cô ấy sẽ chỉ định chụp **X-quang** ngực, hoặc có thể là chụp **cắt lớp vi tính**, và chuyển quý vị đến bác sĩ chuyên khoa thực hiện những xét nghiệm khác.



Chẩn đoán hình ảnh

Chẩn đoán hình ảnh được sử dụng để khẳng định khi có chẩn đoán nghi ngờ ung thư phổi, và để xác định xem ung thư đã tiến triển bao xa

Những kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh khác nhau bao gồm:

- **X-quang ngực:** **X-quang** ngực sẽ cho phép bác sĩ chuyên khoa kiểm tra bất kỳ thứ gì trông bất thường ở phổi. Đây thường là kiểm tra đầu tiên được thực hiện, dựa trên các triệu chứng của quý vị và khám lâm sàng.
- **CT ngực và tầng trên ổ bụng:** Một loạt các hình ảnh được chụp, tạo nên một bức tranh ba chiều về bên trong cơ thể. Điều này cho phép bác sĩ chuyên khoa thu thập thêm thông tin về bệnh ung thư như vị trí chính xác của **khối u** trong phổi, liệu có ảnh hưởng đến **hạch bạch huyết** gần đó hay không, và liệu ung thư có di căn đến khu vực khác của phổi và/hoặc các bộ phận khác của cơ thể không. Đây là một quy trình không đau và thường mất khoảng 10-30 phút.
- **Chụp CT hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) não:** Kiểm tra này cho phép các bác sĩ loại trừ hoặc xác nhận xem liệu ung thư có di căn đến não hay không. Chụp **MRI** sử dụng từ tính mạnh để xây dựng hình ảnh chi tiết. Quý vị có thể được tiêm thuốc cản quang/đối quang từ vào tĩnh mạch ở cánh tay để giúp hình ảnh hiển thị rõ ràng hơn. Quá trình chụp sẽ không gây đau nhưng có thể hơi khó chịu vì người bệnh sẽ cần nằm yên trong máy quét khoảng 30 phút. Quý vị sẽ có thể nghe và nói chuyện với người chụp.



- **Chụp cắt lớp phát xạ positron (PET)/CT:** Là sự kết hợp giữa chụp **CT** và chụp **PET**. **PET** sử dụng bức xạ liều thấp để đo hoạt động của các tế bào ở các bộ phận khác nhau của cơ thể, do đó chụp **PET/CT** cung cấp thông tin chi tiết hơn về bộ phận cơ thể được chụp. Một thuốc **phóng xạ** nhẹ sẽ được tiêm vào tĩnh mạch ở mu bàn tay hoặc cánh tay của quý vị và sau đó người bệnh cần nghỉ ngơi trong khoảng một giờ trong khi thuốc đi khắp cơ thể. Quá trình chụp sẽ mất 30-60 phút và mặc dù cần phải nằm yên, quý vị có thể nói chuyện với người vận hành máy chụp. Chụp **PET/CT** thường được thực hiện để phát hiện xem liệu ung thư đã di căn đến xương hay chưa.

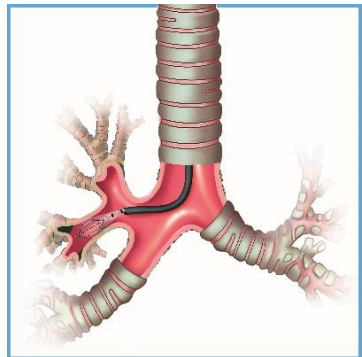
Mô bệnh học

Sinh thiết được khuyến cáo cho tất cả người bệnh UTPKTBN vì giúp xác định phương pháp điều trị tốt nhất

Mô bệnh học là khảo sát về các tế bào và mô bệnh bằng kính hiển vi; **sinh thiết khối u** cho phép kiểm tra kỹ lưỡng mẫu tế bào. Xét nghiệm **sinh thiết** được khuyến nghị cho tất cả người bệnh vì được sử dụng để chẩn đoán xác định UTPKTBN, để xác định **phân nhóm mô học** của UTPKTBN, và xác định bất kỳ protein bất thường nào trong các tế bào **khối u** có thể giúp quyết định phương pháp điều trị tốt nhất cho quý vị (Planchard và cộng sự, 2018).

Các kỹ thuật lấy **sinh thiết** bao gồm:

- **Nội soi phế quản:** Một bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo đặc biệt quan sát bên trong đường thở và phổi bằng cách sử dụng một ống gọi là **nội soi phế quản**. Việc này được thực hiện với **gây tê tại chỗ**. Trong khi **nội soi phế quản**, bác sĩ hoặc điều dưỡng sẽ lấy các mẫu tế bào (**sinh thiết**) từ đường thở hoặc phổi.
- **Sinh thiết phổi bằng kim dưới hướng dẫn CT:** Nếu **sinh thiết** khó để lấy qua **nội soi phế quản**, bác sĩ của quý vị có thể chọn lấy **sinh thiết** trong khi chụp **CT**. Trong thủ thuật này, quý vị sẽ được **gây tê tại chỗ** để làm tê vùng. Một cây kim nhỏ được đâm qua da vào phổi để bác sĩ có thể lấy một mẫu tế bào ra khỏi **khối u**. Quá trình này chỉ mất vài phút.
- **Lấy mẫu dưới hướng dẫn của siêu âm qua nội soi phế quản (EBUS):** Kỹ thuật này được dùng để xác nhận xem ung thư đã lan đến **hạch bạch huyết** gần đó hay chưa, sau khi khảo sát **CT** gợi ý về điều đó. Một **ống soi phế quản** có chứa một đầu dò **siêu âm** nhỏ được đưa qua **khí quản** để xem liệu có bất kỳ **hạch bạch huyết** gần đó lớn hơn bình thường hay không.



Bác sĩ đưa một cây kim dọc theo **ống soi phế quản** để lấy **sinh thiết từ khối u** hoặc **hạch bạch huyết**. Thủ thuật này có thể gây khó chịu nhưng không đau đớn. Nó chỉ mất dưới một tiếng và quý vị có thể về nhà trong ngày sau khi kết thúc.

- **Lấy mẫu dưới hướng dẫn của siêu âm qua nội soi thực quản (EUS):** Tương tự EBUS, kỹ thuật này được sử dụng để xác định xem liệu ung thư đã di căn đến **hạch bạch huyết** gần đó hay chưa, sau khi chụp **CT** gợi ý về điều đó. Tuy nhiên, không giống EBUS, đầu dò **siêu âm** được đưa qua **thực quản**.
- **Nội soi trung thất:** Thủ thuật này xâm lấn nhiều hơn EBUS/EUS nhưng được khuyến cáo là một kiểm tra bổ sung nếu EBUS/EUS không xác định được ung thư đã di căn đến các **hạch bạch huyết** gần đó hay chưa hoặc nếu **hạch bạch huyết** cần xác định không thể tiếp cận bằng EBUS. Nội soi trung thất được thực hiện dưới **gây mê toàn thân** và đòi hỏi một thời gian ngắn ở lại viện. Bác sĩ sẽ rạch vết nhỏ trên da phía trước nền cổ và đưa một ống đi qua vết cắt vào ngực. Đèn soi và camera gắn vào ống cho phép bác sĩ quan sát kỹ giữa ngực – trung thất – để tìm bất kỳ **hạch bạch huyết bất thường** nào, vì đây là những khu vực đầu tiên ung thư di căn. Các mẫu mô và **hạch bạch huyết** có thể được lấy để kiểm tra thêm.

Hỏi bác sĩ để biết thêm chi tiết nếu như quý vị còn thắc mắc về các thủ thuật này

Tế bào học

Trong khi mô bệnh học là xét nghiệm cận lâm sàng trên mô hay tế bào, tế bào học là xét nghiệm kiểm tra các tế bào ung thư ngẫu nhiên tách ra khỏi **khối u**. Các phương pháp phổ biến để lấy mẫu kiểm tra tế bào học bao gồm:

- **Nội soi phế quản:** Rửa phế quản (trong đó dung dịch muối nhẹ được rửa trên bề mặt đường thở) và việc thu thập dịch tiết có thể được thực hiện trong quá trình **nội soi phế quản** để tìm kiếm sự hiện diện của tế bào ung thư.
- **Chọc dò màng phổi/dẫn lưu màng phổi:** Tràn dịch màng phổi là sự tích tụ bất thường của chất lỏng giữa các lớp mô mỏng (**màng phổi**) lót phổi và thành của khoang ngực. Chất lỏng này có thể được lấy từ khoang màng phổi bằng chọc dò màng phổi hoặc dẫn lưu màng phổi và kiểm tra trong phòng xét nghiệm xem có các tế bào ung thư hay không.
- **Chọc dịch màng ngoài tim/dẫn lưu dịch màng ngoài tim:** Tràn dịch màng ngoài tim là sự tích tụ bất thường của chất lỏng giữa tim và túi bao quanh tim (**màng ngoài tim**). Chất lỏng này có thể lấy được từ khoang màng ngoài tim bằng cách chọc dịch màng ngoài tim hoặc dẫn lưu dịch màng ngoài tim, kiểm tra trong phòng xét nghiệm xem sự có mặt các tế bào ung thư. Những kỹ thuật này được thực hiện trong bệnh viện, thường với sự trợ giúp của **siêu âm** để định vị kim. Quý vị sẽ được **gây tê cục bộ** và theo dõi chặt chẽ các biến chứng sau thủ thuật.

Do vị trí của phổi trong cơ thể, lấy mẫu tế bào/mô có thể khó khăn và do đó có thể cần lặp lại một vài trong số các xét nghiệm này nếu kết quả phát hiện được chưa giúp đi đến kết luận nào.

Việc điều trị của tôi được xác định như thế nào?

Sau khi chẩn đoán xác định, bác sĩ chuyên khoa ung thư sẽ xem xét một số yếu tố giúp lập kế hoạch điều trị cho quý vị. Điều này bao gồm thông tin về bản thân người bệnh và về bệnh ung thư.

Các yếu tố liên quan đến người bệnh

- Tuổi.
- Sức khỏe tổng thể.
- Tiền sử bệnh.
- Tiền sử hút thuốc.
- Kết quả xét nghiệm máu và chẩn đoán hình ảnh.

Các yếu tố liên quan đến ung thư

Điều trị cũng phụ thuộc vào loại ung thư phổi mà quý vị mắc phải (kết quả mô bệnh học hoặc tế bào học), khối u nằm ở đâu trong phổi (vị trí khối u) và liệu ung thư đã lan tràn đến các bộ phận khác của cơ thể hay chưa (kết quả hình ảnh).

Phân giai đoạn

Việc biết được giai đoạn ung thư là điều quan trọng để giúp bác sĩ có thể xác định phương pháp điều trị tốt nhất

Phân giai đoạn của ung thư được sử dụng để mô tả kích thước và vị trí của khối u và liệu ung thư di căn từ nơi khởi phát hay không. Ung thư được phân giai đoạn bằng cách sử dụng hệ thống số/chữ cái – được mô tả là Giai đoạn IA–IV. Nói chung, giai đoạn càng sớm thì **tiên lượng** càng tốt. Phân giai đoạn xem xét:

- Ung thư lớn bao nhiêu (kích thước **khối u**; T).
- Ung thư đã lan đến đến **hạch bạch huyết** chưa (N).
- Ung thư đã **di căn** (lan tràn) đến các vị trí khác trong phổi hoặc các bộ phận khác của cơ thể chưa (M).

Phân giai đoạn luôn được thực hiện hai lần: sau khám lâm sàng và các xét nghiệm **chẩn đoán hình ảnh**; và sau phẫu thuật, trong trường hợp đối với những **khối u** có thể phẫu thuật được.

Ung thư phổi không tế bào nhỏ

Các giai đoạn khác nhau của UTPKTBN được mô tả trong bảng dưới đây. Bảng này nhìn có vẻ phức tạp nhưng bác sỹ của quý vị có thể giải thích phần nào của bảng này tương ứng với bệnh ung thư của quý vị và giai đoạn ung thư của quý vị ảnh hưởng đến lựa chọn điều trị như thế nào.

GIẢI ĐOẠN IA (T1-N0-M0)	• Khối u không lớn hơn 3 cm, vẫn còn khu trú trong phổi và chưa lan đến bất kỳ hạch bạch huyết lân cận nào	UTPKTBN giai đoạn sớm
GIẢI ĐOẠN IB (T2a-N0-M0)	• Khối u kích thước 3–4 cm, vẫn còn khu trú trong phổi và chưa lan đến bất kỳ hạch bạch huyết lân cận nào	
GIẢI ĐOẠN IIA (T2b-N0-M0)	• Khối u kích thước 4–5 cm, vẫn còn khu trú trong phổi và chưa lan đến bất kỳ hạch bạch huyết lân cận nào	
GIẢI ĐOẠN IIB (T1/2-N1-M0 hoặc T3-N0-M0)	• Khối u không lớn hơn 5 cm, đã lan tràn ra các hạch bạch huyết lân cận nhưng chưa lan đến các bộ phận nào khác của cơ thể; hoặc • Khối u kích thước 5–7 cm hoặc có nhiều hơn một khối u trong cùng một thùy; nó chưa lan sang các hạch bạch huyết lân cận nhưng có thể xâm lấn các phần khác của phổi, đường thở hoặc các cơ quan xung quanh ngay bên ngoài phổi, ví dụ như cơ hoành	
GIẢI ĐOẠN IIIA (T1/2-N2-M0 hoặc T3-N1-M0 hoặc T4-N0/1-M0)	• Khối u kích thước không lớn hơn 5 cm, đã lan đến các hạch bạch huyết xa hơn nhưng chưa lan đến các bộ phận nào khác của cơ thể; hoặc • Khối u kích thước 5–7 cm hoặc có nhiều hơn một khối u trong cùng một thùy; nó lan đến các hạch bạch huyết lân cận và có thể xâm lấn các phần khác của phổi, đường thở hoặc các cơ quan xung quanh ngay bên ngoài phổi, ví dụ như cơ hoành; hoặc • Khối u lớn hơn 7 cm và xâm lấn các mô và cấu trúc xa hơn, chẳng hạn như tim, khí quản hoặc thực quản, nhưng nó chưa lan sang các bộ phận khác của cơ thể; hoặc có nhiều hơn một khối u trong các thùy khác của cùng một phổi. Ung thư có thể hoặc không di căn đến các hạch bạch huyết lân cận	UTPKTBN tiến triển tại chỗ
GIẢI ĐOẠN IIIB (T1/2-N3-M0 hoặc T3-N2-M0 hoặc T4-N2-M0)	• Khối u kích thước không lớn hơn 5 cm, đã lan tràn ra các hạch bạch huyết ở xa hơn nhưng chưa lan đến các bộ phận nào khác của cơ thể; hoặc • Khối u kích thước 5–7 cm hoặc có nhiều hơn một khối u trong cùng một thùy; nó lan tràn ra các hạch bạch huyết xa hơn và có thể xâm lấn các phần khác của phổi, đường thở hoặc các cơ quan xung quanh ngay bên ngoài phổi, ví dụ như cơ hoành; hoặc • Khối u lớn hơn 7 cm và xâm lấn các mô và cấu trúc xa phổi hơn, chẳng hạn như tim, khí quản hoặc thực quản, nhưng nó chưa lan sang các bộ phận khác của cơ thể; hoặc có nhiều hơn một khối u trong các thùy khác của cùng một phổi. Ung thư đã lan sang các hạch bạch huyết xa hơn	
GIẢI ĐOẠN IV (bất kỳ T- bất kỳ N-M1)	• Khối u có kích thước bất kỳ và có thể hoặc không đã lan đến các hạch bạch huyết. Ung thư ở cả hai phổi, đã lan sang một cơ quan khác của cơ thể (ví dụ: gan, tuyến thượng thận, não hoặc xương) hoặc ung thư gây tụ dịch chứa tế bào ung thư quanh phổi hoặc tim	UTPKTBN di căn

Hệ thống AJCC/UICC tái bản lần thứ 8 – phiên bản rút gọn (Planchard và cộng sự, 2018)
AJCC, American Joint Committee on Cancer; UTPKTBN, Ung thư phổi không tế bào nhỏ; UICC, Union for International Cancer Control

Phân loại UTPKTBN

Kết quả sinh thiết

Mẫu **sinh thiết** của quý vị sẽ được kiểm tra trong phòng thí nghiệm để xác định:

- **Phân nhóm mô học** (ung thư biểu mô tuyến, **UTBMV** hoặc **ung thư tế bào lớn**).
- **Độ mô học**.
- Đặc điểm sinh học của **khối u**.

Phân nhóm mô học

Phân nhóm mô học của **khối u** có thể ảnh hưởng đến phương pháp điều trị quý vị sẽ được nhận. Chẳng hạn, ung thư không tế bào vảy có thể nhận được lợi ích từ một số liệu pháp chống ung thư đã được chứng minh chỉ có hiệu quả ở những người bệnh có **phân nhóm mô học** này.



Độ mô học

Độ mô học dựa trên hình ảnh các tế bào **khối u** trông khác thế nào so với các tế bào phổi bình thường, và tốc độ phát triển của chúng ra sao. **Độ mô học** sẽ là một giá trị từ một đến ba và phản ánh mức độ ác tính của các tế bào **khối u**; **độ mô học** càng cao, **khối u** càng ác tính.

Xét nghiệm sinh học của khối u

Các mẫu mô từ UTPKTBN **di căn** thuộc phân nhóm không tế bào vảy nên được kiểm tra sự biểu hiện của các **đột biến** đặc hiệu trong **gen EGFR**. Mặc dù những **đột biến** như vậy rất hiếm (xấp xỉ 10–20% ở người da trắng mắc **ung thư biểu mô tuyến**), việc phát hiện **đột biến gen EGFR** có ý nghĩa quan trọng với tiên lượng và lựa chọn điều trị ở những người bệnh UTPKTBN **di căn**. Xét nghiệm **EGFR** không được khuyến cáo ở những người bệnh được chẩn đoán **UTBMV**, ngoại trừ ở những người không bao giờ hút thuốc, hút thuốc lâu năm hoặc hút thuốc ít (<15 bao năm). Mô u cũng cần được kiểm tra sự biểu hiện của một **đột biến** đặc hiệu (được biết đến là V600E) trong **gen BRAF**, vì hiện nay đã có các liệu pháp để điều trị các **khối u** có **đột biến** này (Plancharđ và cộng sự, 2018). Xét nghiệm thường quy tìm sự tái sắp xếp ở **gen ALK** và **ROS1** hiện là tiêu chuẩn và nên được thực hiện đồng thời với phân tích **đột biến EGFR** nếu có thể. **Tái sắp xếp ALK** thường gặp hơn ở những người chưa bao giờ hút thuốc, những người có phân nhóm **ung thư biểu mô tuyến** (5%) và ở những người bệnh trẻ (dưới 50 tuổi). Phát hiện **tái sắp xếp ALK** có ý nghĩa điều trị quan trọng đối với người bệnh UTPKTBN **di căn** do đã có các loại thuốc nhắm trúng đích **ALK** (ví dụ **crizotinib**, **ceritinib** và **alectinib**) (Plancharđ và cộng sự, 2018; Novello và cộng sự, 2016). Một số chất ức chế **ALK**, bao gồm **crizotinib**, cũng ức chế **ROS1**, do đó sự hiện diện của **tái sắp xếp ROS1** cũng định hướng các quyết định điều trị UTPKTBN **di căn** (Plancharđ và cộng sự, 2018).

Phối tử chết theo chương trình 1 (PD-L1): Đây là một loại protein tế bào được cho có liên quan đến việc giúp **khối u** tránh bị phát hiện bởi hệ thống miễn dịch của cơ thể. Lượng **PD-L1** hiện diện trong **khối u** có thể ảnh hưởng đến quyết định điều trị ung thư bằng **liệu pháp miễn dịch** kháng **PD-L1**.

Ai tham gia vào việc lập kế hoạch điều trị cho tôi?

Ở hầu hết các bệnh viện, một nhóm chuyên gia sẽ lên kế hoạch điều trị họ cảm thấy là tốt nhất cho tình huống của quý vị. **Nhóm chăm sóc đa chuyên khoa** của các chuyên gia y tế này có thể bao gồm:

- Một bác sĩ phẫu thuật.
- Một bác sĩ nội khoa **ung thư** (một bác sĩ chuyên về điều trị nội khoa trong ung thư).
- Một bác sĩ xạ trị **ung thư**.
- Một bác sĩ lồng ngực.
- Một **điều dưỡng chuyên khoa**.
- Một **bác sĩ chẩn đoán hình ảnh** tham gia vào việc đánh giá phim **X-quang** và phim cắt lớp.
- Một **bác sĩ giải phẫu bệnh** tham gia vào việc phân tích mẫu **sinh thiết khối u**.
- Một nhà sinh học phân tử đã tham gia vào phân tích gen mẫu **sinh thiết khối u**.
- Một bác sĩ tâm lý ung thư để đánh giá và tư vấn tâm thần.

Các hỗ trợ khác có thể được cung cấp bao gồm: chuyên gia dinh dưỡng, nhân viên công tác xã hội, điều dưỡng chăm sóc cộng đồng, vật lý trị liệu, nhà tâm lý học lâm sàng và dịch vụ **chăm sóc giảm nhẹ** (người có thể hỗ trợ kiểm soát cơn đau). Sau khi hội chẩn với **nhóm chăm sóc đa chuyên khoa**, bác sĩ của quý vị, cùng với các thành viên khác trong nhóm chăm sóc, sẽ nói chuyện với quý vị về kế hoạch điều trị tốt nhất cho trường hợp của quý vị (Planchard và cộng sự, 2018). Bác sĩ sẽ giải thích những lợi ích và nguy cơ tiềm ẩn của các phương pháp điều trị khác nhau.

Điều quan trọng là người bệnh được tham gia đầy đủ vào việc đưa ra quyết định điều trị - khi có một vài phương pháp điều trị phù hợp, bác sĩ nên để người bệnh tham gia lựa chọn phương pháp phù hợp nhất với nhu cầu của họ và phản ánh điều gì là quan trọng với họ. Điều này được gọi là 'cùng ra quyết định'.

Điều quan trọng là người bệnh được tham gia đầy đủ vào việc thảo luận và quyết định phương pháp điều trị cho họ

Bác sĩ của quý vị sẽ sẵn lòng trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về việc điều trị. Ba câu hỏi đơn giản có thể hữu ích khi trao đổi với bác sĩ hoặc bất kì chuyên gia chăm y tế nào liên quan đến việc chăm sóc của quý vị là:

- Tôi có những lựa chọn điều trị nào?
- Những lợi ích và tác dụng phụ của các lựa chọn điều trị này là gì?
- Tôi có khả năng nhận được những lợi ích và gặp tác dụng phụ của điều trị như thế nào?

Các lựa chọn điều trị cho UTPKTBN là gì?

Mục tiêu điều trị

Trong UTPKTBN **giai đoạn sớm**, khi ung thư giới hạn trong phổi và do đó được xem là có thể chữa khỏi, phương pháp điều trị chính là phẫu thuật **cắt bỏ** (Postmus và cộng sự, 2017). Với UTPKTBN **tiến triển tại chỗ**, **liệu pháp đa mô thức** thường được áp dụng để giúp giảm kích thước hoặc trong một số trường hợp loại bỏ hoàn toàn ung thư (Eberhardt và cộng sự, 2015). Với UTPKTBN **di căn**, khi ung thư đã di căn đến các bộ phận khác của cơ thể, và chữa khỏi không phải là một lựa chọn, các phương pháp **điều trị ung thư toàn thân** khác nhau có thể được sử dụng nhằm nỗ lực làm chậm sự phát triển của **khối u** và cải thiện các triệu chứng cũng như chất lượng sống – đây được gọi là **chăm sóc hỗ trợ** hoặc **chăm sóc giảm nhẹ** (Planchard và cộng sự, 2018).

Tổng quan về các phương pháp điều trị

Các phương pháp điều trị UTPKTBN bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa chất và liệu pháp nhắm trúng đích

Phương pháp điều trị của quý vị sẽ phụ thuộc vào giai đoạn và loại ung thư, cũng như thể trạng của quý vị và mong muốn điều trị, sẽ được thảo luận cùng với bác sĩ của quý vị. Quý vị có thể phối hợp các phương pháp điều trị. Dưới đây là các phương pháp điều trị chính:

- **Phẫu thuật** có thể loại bỏ UTPKTBN nếu được chẩn đoán ở giai đoạn sớm. Loại phẫu thuật được khuyến cáo sẽ phụ thuộc vào kích thước và vị trí của khối u (Postmus và cộng sự, 2017):
 - **Cắt hình chêm** hay **cắt đoạn** là cắt bỏ một phần rất nhỏ phổi; điều này đôi khi được khuyến cáo nếu ung thư ở giai đoạn rất sớm
 - Phẫu thuật **cắt thùy** là loại bỏ một trong các **thùy** của phổi; đây là phương pháp phẫu thuật tiêu chuẩn cho UTPKTBN
 - Phẫu thuật **cắt phổi** là cắt bỏ hoàn toàn một trong các phổi; Đây là một phẫu thuật **cắt bỏ** phức tạp hơn so với **cắt thùy** hoặc **cắt hình chêm** (**cắt đoạn**).
- **Hóa trị** cho hiệu quả bằng cách phá vỡ con đường phát triển và phân chia của tế bào ung thư. Tuy nhiên, những loại thuốc này có thể gây ảnh hưởng đến các tế bào bình thường. **Hóa trị** có thể được chỉ định trước hoặc sau phẫu thuật UTPKTBN. Một số người được **hóa trị** cùng lúc với **xạ trị** – đây được gọi là **hóa xạ trị**. **Hóa trị** có thể được chỉ định để cố gắng chữa khỏi bệnh hoặc kéo dài cuộc sống và kiểm soát các triệu chứng (**chăm sóc giảm nhẹ**) (Postmus và cộng sự, 2017; Planchard và cộng sự, 2018).
- Các **liệu pháp nhắm trúng đích** và **liệu pháp kháng tăng sinh mạch** là những loại thuốc ngăn chặn các con đường tín hiệu đặc hiệu trong các tế bào ung thư kích thích sự phát triển của chúng. (Novello và cộng sự, 2016).

- **Liệu pháp miễn dịch** là phương pháp điều trị ngăn chặn các con đường ức chế làm giới hạn khả năng đáp ứng miễn dịch của cơ thể với ung thư, do đó giúp kích hoạt lại hệ thống miễn dịch của cơ thể để phát hiện và chống lại ung thư (*Novello và cộng sự, 2016*).
- **Xạ trị** là phương pháp điều trị sử dụng **bức xạ ion hóa**, làm phá hủy **DNA** của tế bào ung thư, gây chết tế bào. Phương pháp này có thể được sử dụng thay thế phẫu thuật để điều trị UTPKTBN **giai đoạn sớm**. **Xạ trị** có thể chỉ định sau **hóa trị** hoặc **đồng thời (hóa xạ trị)**. **Xạ trị** cũng được sử dụng để kiểm soát các triệu chứng khi ung thư tiến triển hoặc đã di căn tới các bộ phận khác của cơ thể. Có nhiều kỹ thuật **xạ trị** khác nhau có thể sử dụng để điều trị, bao gồm **xạ trị lập thể định vị thân (SABR)** (nếu có), một loại xạ trị chùm tia bên ngoài cung cấp liều bức xạ cao đặc biệt cho **khối u** (*Postmus và cộng sự, 2017; Planchard và cộng sự, 2018*).

Bác sĩ và **điều dưỡng chuyên khoa** có thể thảo luận về tất cả các phương pháp điều trị hiện có cho quý vị để giúp quý vị đưa ra quyết định sáng suốt về phương pháp tốt nhất sắp tới cho quý vị.

Bác sĩ sẽ đánh giá thường xuyên đáp ứng với điều trị của quý vị để biết hiệu quả điều trị và kiểm tra xem liệu lợi ích có lớn hơn các tác dụng phụ quý vị có thể gặp phải hay không. Đánh giá đáp ứng được khuyến cáo thực hiện vào 6-12 tuần sau **điều trị ung thư toàn thân** cho UTPKTBN giai đoạn IV. Điều này dựa trên sự lặp lại của các xét nghiệm hình ảnh ban đầu giúp chẩn đoán ung thư (*Novello và cộng sự, 2016; Planchard và cộng sự, 2018*).

Các lựa chọn điều trị cho UTPKTBN giai đoạn sớm (Giai đoạn I–II)

UTPKTBN giai đoạn sớm giới hạn trong phổi có thể được chữa khỏi bằng phẫu thuật

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính cho UTPKTBN **giai đoạn sớm** (*Postmus và cộng sự, 2017*). Điều này liên quan đến việc loại bỏ ung thư và một số **hạch bạch huyết** lân cận trong ngực. Số lượng **hạch bạch huyết** được loại bỏ phụ thuộc vào phương pháp phẫu thuật được thực hiện. Phẫu thuật **cắt bỏ** UTPKTBN là loại phẫu thuật chính và quý vị cần phải có thể trạng tốt để có thể đối mặt với nó. Loại phẫu thuật sẽ là **cắt bỏ thùy** (ưu tiên) hoặc **cắt hình chêm (cắt đoạn)** và có thể được thực hiện thông qua phẫu thuật mở hoặc **phẫu thuật lồng ngực có hỗ trợ của video (VATS)**, tùy thuộc vào ưu tiên của bác sĩ phẫu thuật. **VATS** nói chung là lựa chọn ưu tiên cho các **khối u** giai đoạn I (*Postmus và cộng sự, 2017*).

Các **hạch bạch huyết** được cắt bỏ trong quá trình phẫu thuật sẽ được xét nghiệm dưới kính hiển vi để kiểm tra các tế bào ung thư. Biết được ung thư có lan tràn đến **hạch bạch huyết** hay không cũng giúp bác sĩ quyết định liệu quý vị có cần điều trị thêm với **hóa trị bổ trợ** hoặc **xạ trị bổ trợ** không (*Postmus và cộng sự, 2017*).

Hóa trị bổ trợ thường được dùng cho người bệnh UTPKTBN giai đoạn II và có thể xem xét cho một vài người bệnh với bệnh giai đoạn IB. Thể trạng và sự phục hồi sau phẫu thuật sẽ được xem xét khi quyết định quý vị có nên được **hóa trị bổ trợ** hay không. Sự kết hợp của hai loại thuốc khác nhau được ưu tiên (một trong số đó là **cisplatin**), và quý vị có thể sẽ được điều trị 3 hoặc 4 chu kỳ (*Postmus và cộng sự, 2017*).

Xạ trị bổ trợ có thể được thực hiện sau phẫu thuật ở người bệnh UTPKTBN giai đoạn II (*Postmus và cộng sự, 2017*).

Ở những người bệnh mắc UTPKTBN giai đoạn I không muốn hoặc không thể phẫu thuật, **xạ trị lập thể định vị thân (SABR)** có thể là một lựa chọn. Phương pháp điều trị này sẽ được chỉ định cho người bệnh ngoại trú trong 3 – 8 lần điều trị. Nếu **khối u** lớn hơn 5 cm và/hoặc nằm ở trung tâm của phổi, **xạ trị** triệt căn sử dụng liệu trình hàng ngày hoặc **liệu trình tăng tốc** sẽ được ưu tiên (*Postmus và cộng sự, 2017*).

Điều trị UTPKTBN giai đoạn sớm (Giai đoạn I-II) – tóm tắt (Postmus và cộng sự, 2017)

HÌNH THỨC ĐIỀU TRỊ	NGƯỜI BỆNH	CHI TIẾT ĐIỀU TRỊ	CÁC CÂN NHẮC
Phẫu thuật	UTPKTBN giai đoạn I hoặc II	• Phẫu thuật có thể là: - Cắt thùy: Phẫu thuật cắt bỏ một thùy của phổi (lựa chọn ưu tiên), hoặc - Cắt hình chêm hoặc cắt đoạn: Chỉ một phần nhỏ phổi bị cắt bỏ (thỉnh thoảng được lựa chọn ở UTPKTBN giai đoạn rất sớm) • Có thể tiến hành bằng mổ mở hoặc bằng VATS	• Một số nguy cơ liên quan đến phẫu thuật lớn • Thời gian hậu phẫu (ngắn hơn đối với VATS) • Thường có thể ra viện sau 3-7 ngày sau phẫu thuật • Yêu cầu kiểm soát đau sau phẫu thuật
Hoá trị bổ trợ	UTPKTBN giai đoạn II, sau phẫu thuật UTPKTBN giai đoạn IB, sau phẫu thuật, nếu kích thước khối u >4 cm (Không khuyến cáo với UTPKTBN giai đoạn IA)	• Một phác đồ phối hợp hai thuốc khác nhau, thường dùng đường tĩnh mạch (một trong hai thuốc là cisplatin) • Thường điều trị 3 – 4 chu kỳ	• Cần hồi phục sau phẫu thuật trước khi bắt đầu hoá trị • Các tình trạng bệnh lý trước đó có thể ảnh hưởng đến việc quý vị có phù hợp với hoá trị không
SABR	Ưu tiên ở giai đoạn I, nếu phẫu thuật không thực hiện được	• Chuẩn xác hơn xạ trị thường quy; một liều xạ cao được chiếu vào những vùng rất nhỏ • Thời gian điều trị ngắn hơn so với xạ trị thường quy (liệu trình 2 tuần)	• SABR thường ít đi kèm độc tính ở người bệnh COPD và tuổi cao • Phẫu thuật có thể được thực hiện sau khi SABR không thành công hoặc khi có biến chứng
Xạ trị triệt căn	Khối u >5 cm và/hoặc u ở vị trí trung tâm Sau phẫu thuật cắt bỏ không hoàn toàn	• Xạ trị thường quy (liệu trình điều trị 4–7 tuần, hàng ngày từ thứ 2 đến thứ 6) hoặc xạ trị tăng tốc (tăng số lần điều trị trong khoảng thời gian ngắn hơn)	

COPD, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính; UTPKTBN, ung thư phổi không tế bào nhỏ; SABR, xạ trị lập thể định vị thân; VATS, phẫu thuật lồng ngực có hỗ trợ của video

Các lựa chọn điều trị cho UTPKTBN tiến triển tại chỗ (Giai đoạn III)

Điều trị cho bệnh ở giai đoạn tiến triển tại chỗ thường bao gồm các liệu pháp khác nhau

UTPKTBN tiến triển tại chỗ biểu hiện rất đa dạng (xem giai đoạn IIIA và IIIB trong bảng phân loại giai đoạn AJCC/UICC) cho nên không thể có một chiến lược điều trị nào phù hợp với tất cả các trường hợp. Một số người bệnh UTPKTBN giai đoạn III với tổn thương **khối u có khả năng phẫu thuật**, ví dụ, bác sĩ/ phẫu thuật viên đánh giá có thể cắt bỏ hoàn toàn khối u bằng phẫu thuật tại thời điểm chẩn đoán hoặc sau một đợt điều trị **hoá trị** (có hoặc không kèm **xạ trị**). Trong khi đó, một số người bệnh UTPKTBN giai đoạn III có tổn thương **khối u** đánh giá là **không thể phẫu thuật**, nói cách khác, phẫu thuật là không khả thi vì kích thước, vị trí **khối u** và sự xâm lấn **hạch bạch huyết** trung thất. Do đó, cách tốt nhất để điều trị UTPKTBN giai đoạn III là sự kết hợp nhiều phương thức điều trị (phẫu thuật, **hoá trị** và/hoặc **xạ trị**), gọi là **liệu pháp đa mô thức** (Postmus và cộng sự, 2017; Eberhardt và cộng sự, 2015).

Với người bệnh UTPKTBN giai đoạn có tiềm năng **phẫu thuật**, lựa chọn điều trị thường là **liệu pháp cầm ứng** với **hoá trị** hoặc **hoá xạ trị**, sau đó phẫu thuật (ưu tiên lựa chọn ở những người bệnh với tổn thương **khối u** có thể cắt bỏ hoàn toàn bằng phẫu thuật **cắt thùy**) hoặc **hoá xạ trị**.

Với người bệnh UTPKTBN giai đoạn III **không thể phẫu thuật**, lựa chọn điều trị là **hoá xạ trị**. Ngoài ra, **hoá trị tuần tự** sau đó **xạ trị** có thể được lựa chọn cho những người bệnh không chịu được điều trị **đồng thời** (Postmus và cộng sự, 2017).

Hoá trị đóng vai trò chính trong điều trị UTPKTBN giai đoạn III. Thông thường, **phác đồ** điều trị kết hợp dựa trên **cisplatin** (hai thuốc) được khuyến cáo. Quý vị thường được điều trị 2-4 chu kì, **hoá trị** có thể được dùng đơn độc hoặc cũng có thể là một phần trong điều trị **hoá xạ trị**. Ở một số người bệnh UTPKTBN được phẫu thuật mà đánh giá ban đầu là giai đoạn I hoặc II, nhưng đánh giá trong quá trình phẫu thuật là giai đoạn III, thì **hoá trị bổ trợ** sẽ được chỉ định sau phẫu thuật (Postmus và cộng sự, 2017).

Khi **xạ trị** được điều trị **đồng thời** với **hoá trị** trong UTPKTBN giai đoạn III, người bệnh được xạ trị hàng ngày với liều quy ước và không quá 7 tuần. Xạ trị có thể là **liệu trình tăng tốc** như là một phần của **hoá xạ trị** tiền phẫu, nhưng những lợi ích tiềm năng liên quan đến kết quả phẫu thuật cần được cân nhắc với những độc tính có thể xảy ra. Khi điều trị **tuần tự**, **liệu trình tăng tốc xạ trị** có thể được sử dụng, hay nói cách khác là xạ trị liều cao hơn trong một khoảng thời gian ngắn hơn (Postmus và cộng sự, 2017).

Sau khi điều trị **bước một**, **liệu pháp miễn dịch** với thuốc **durvalumab** sẽ được chỉ định cho những người bệnh ở giai đoạn **không thể phẫu thuật** mà bệnh không tiến triển sau **hoá xạ trị với phác đồ nền tảng platinum**, nếu **khối u** bộc lộ **PD-L1** (xác định bằng xét nghiệm phân tử **mẫu sinh thiết khối u**) (Imfinzi SPC, 2018).

Điều trị UTPKTN tiến triển tại chỗ (Giai đoạn III) – tóm tắt (Postmus và cộng sự, 2017)

HÌNH THỨC ĐIỀU TRỊ	NGƯỜI BỆNH	CHI TIẾT ĐIỀU TRỊ	CÁC CÂN NHẮC
Phẫu thuật	UTPKTN giai đoạn III có khả năng phẫu thuật	- Ưu tiên có thể cắt bỏ hoàn toàn bằng phẫu thuật cắt thùy, bảo tồn càng nhiều nhu mô phổi lành càng tốt - Có thể phải phẫu thuật cắt phổi (cắt bỏ một bên phổi) ở một số người bệnh - Có thể phải cân nhắc điều trị ban đầu bằng hoá chất (+/- xạ trị) – gọi là liệu pháp cảm ứng	- Kết quả phụ thuộc vào mức độ liên quan đến các hạch bạch huyết ở trung tâm lồng ngực - có thể không biết cho đến sau khi phẫu thuật - Kiểm tra chức năng thông khí phổi là rất cần thiết trước khi tiến hành phẫu thuật
	Hoá trị	- Phác đồ nền tảng cisplatin truyền tĩnh mạch được ưu tiên lựa chọn (cisplatin-etoposide hoặc cisplatin-vinorelbine) - Thường điều trị 2–4 chu kì	Phác đồ nền tảng carboplatin có thể được lựa chọn nếu người bệnh có một số vấn đề liên quan đến khả năng chịu được hoá trị
	UTPKTN giai đoạn III có khả năng phẫu thuật	- Nếu khối u được đánh giá là có khả năng phẫu thuật, hoá trị có thể được sử dụng trước phẫu thuật như là liệu pháp cảm ứng (hoá trị +/- xạ trị) - Nếu quý vị đã phẫu thuật trước đó và sau đó phát hiện ung thư đã lan đến các hạch bạch huyết trong lồng ngực, quý vị có thể được chỉ định hoá trị bổ trợ	Người bệnh có thể có nhiều tác dụng phụ hơn khi hoá trị được điều trị đồng thời với xạ trị
Xạ trị	UTPKTN giai đoạn III không thể phẫu thuật	Điều trị đồng thời với xạ trị (ưu tiên hơn) hoặc tuần tự (trước xạ trị) nếu điều trị đồng thời không khả thi	
	UTPKTN giai đoạn III có khả năng phẫu thuật	- Có thể được điều trị sau phẫu thuật ở những người bệnh được phẫu thuật cắt bỏ không hoàn toàn - Điều trị trước phẫu thuật đồng thời với hoá trị, có thể dùng liều thường quy hoặc liệu trình tăng tốc	
	UTPKTN giai đoạn III không thể phẫu thuật	Có thể được điều trị hàng ngày trong kế hoạch hoá xạ đồng thời (tối đa là 7 tuần), hoặc tuần tự (sau hoá trị) trong liệu trình tăng tốc	
Liệu pháp miễn dịch	UTPKTN giai đoạn III không thể phẫu thuật	Durvalumab có thể được chỉ định nếu bệnh không tiến triển sau khi hoá xạ đồng thời (PD-L1 ≥1% trên các tế bào của khối u)	

UTPKTN, ung thư phổi không tế bào nhỏ; PD-L1, Phổi từ chết theo chương trình 1

Các lựa chọn điều trị cho UTPKTBN di căn (Giai đoạn IV)

Hoá trị là phương pháp điều trị chính trong UTPKTBN di căn

UTPKTBN **di căn** thường được coi là bệnh không thể phẫu thuật. Việc cắt bỏ hoàn (các **khối u** là không khả thi, vì vậy, không thể điều trị triệt căn. Tuy nhiên, việc can thiệp phẫu thuật có thể làm giảm các triệu chứng do bệnh lý ác tính lan tràn sang các cơ quan khác trong cơ thể. Tương tự, **xạ trị** có thể giúp kiểm soát các triệu chứng do bệnh di căn đến các cơ quan khác, bao gồm não và xương (Plancharđ và cộng sự, 2018).

Điều trị ung thư toàn thân là điều trị chính trong điều trị UTPKTBN giai đoạn 4, mục tiêu là nâng cao chất lượng cuộc sống và kéo dài thời gian sống thêm. Hiện nay có rất nhiều loại thuốc và việc lựa chọn điều trị loại thuốc nào phụ thuộc vào sức khoẻ chung và loại **khối u** của quý vị (Plancharđ và cộng sự, 2018).

Hoá trị đường tĩnh mạch với sự kết hợp hai thuốc (**hoá trị bộ đôi**) là điều trị chính cho người bệnh UTPKTBN giai đoạn **di căn** không có đột biến đối với các **gen EGFR** hoặc **ALK** hoặc tình trạng **PD-L1** protein cao (xác định bằng xét nghiệm phân tử trên mẫu **sinh thiết khối u**). **Hoá trị bộ đôi** thường là phác đồ nền tảng **platinum** kết hợp với **gemcitabine**, **vinorelbine** hoặc một **taxane**. Ngoài ra, **pemetrexed**, **liệu pháp nhắm trúng đích bevacizumab** hoặc **liệu pháp miễn dịch** với thuốc **pembrolizumab** có thể được khuyến cáo trong điều trị UTPKTBN không tế bào vảy. Ở những người bệnh thể trạng kém, **hoá trị** đơn chất với **gemcitabine**, **vinorelbine** hoặc **docetaxel** cũng là một sự lựa chọn (Plancharđ và cộng sự, 2018).

Những người bệnh có **khối u** mang **đột biến EGFR** hoặc **BRAF**, hoặc **tái sắp xếp ALK** hoặc **ROS1**, lựa chọn điều trị tốt nhất là **liệu pháp nhắm trúng đích** đường uống. **Gefitinib**, **erlotinib**, **afatinib**, **osimertinib** hoặc **erlotinib** kết hợp với **bevacizumab** là những lựa chọn cho **khối u** có **đột biến EGFR**. **Dabrafenib** kết hợp với **trametinib** được khuyến cáo cho những người bệnh mà **khối u** có **đột biến BRAF V600E**. **Crizotinib**, **ceritinib** hoặc **alectinib** được chỉ định cho những người bệnh có **tái sắp xếp ALK**, và **crizotinib** được khuyến cáo cho những người bệnh với **tái sắp xếp ROS1** (Plancharđ và cộng sự, 2018).

Những người bệnh mà **khối u** có mức bộc lộ **PD-L1** protein cao (xác định bởi xét nghiệm phân tử của **khối u**) có thể điều trị **liệu pháp miễn dịch bước một** với **pembrolizumab** (Plancharđ và cộng sự, 2018).

Sau khi điều trị 4–6 chu kỳ **hoá chất bộ đôi**, **điều trị duy trì** với **pemetrexed** có thể được chỉ định cho những người bệnh có thể trạng tốt có **khối u** không tế bào vảy để kéo dài hiệu quả kiểm soát **khối u** sau **hoá trị bước một**. **Erlotinib** được chỉ định **điều trị duy trì** ở những người bệnh **khối u** có **đột biến EGFR** (Plancharđ và cộng sự, 2018).

Các bước điều trị bước sau được chỉ định phụ thuộc vào điều trị **bước một** và thể trạng của người bệnh. Các lựa chọn điều trị bao gồm: **hoá trị** (pemetrexed hoặc docetaxel), **liệu pháp miễn dịch** (nivolumab, pembrolizumab hoặc atezolizumab), **liệu pháp kháng tăng sinh mạch** (nintedanib hoặc ramucirumab) kết hợp docetaxel, và **liệu pháp nhắm trúng đích** (afatinib hoặc erlotinib). Những người bệnh có **khối u** mang **đột biến EGFR**, điều trị **bước một** với erlotinib, gefitinib hoặc afatinib, và xác định mang **đột biến T790M**, sẽ được điều trị osimertinib **bước hai**.

Những người bệnh mang **đột biến BRAF V600E**, điều trị **bước một** với dabrafenib và trametinib có thể điều trị **hoá trị bước hai** nền tảng platinum. Những người bệnh mà **khối u** có sự **tái sắp xếp ALK**, điều trị **bước một** với crizotinib sẽ được điều trị **bước hai** với ceritinib, alectinib, brigatinib hoặc lorlatinib, nếu có. Người bệnh có **tái sắp xếp ROS1** điều trị **bước một** với crizotinib sẽ được khuyến cáo điều trị **hoá trị bước hai** trên nền tảng platinum (Planchard và cộng sự, 2018).

Điều trị UTPKTN di căn (Giai đoạn IV) – tóm tắt (Plancharđ và cộng sự, 2018)

HÌNH THỨC ĐIỀU TRỊ	NGƯỜI BỆNH	CHI TIẾT ĐIỀU TRỊ	CÁC CÂN NHẮC
Hoá trị	EGFR và ALK âm tính Thể trạng tốt, không có bệnh nền	Bước một: - Ưu tiên phác đồ điều trị tĩnh mạch nền tảng platinum (2 thuốc kết hợp cisplatin hoặc carboplatin + gemcitabine, vinorelbine hoặc taxane) Pemetrexed có thể được kết hợp trong phác đồ điều trị nhóm mô bệnh học không tế bào vảy 4–6 chu kì (có thể điều trị duy trì với đơn chất pemetrexed sau 4 chu kì) Bước hai: Pemetrexed (loại không tế bào vảy) hoặc docetaxel	- Sự đáp ứng với phác đồ nền tảng platinum, độc tính và thể trạng người bệnh sau điều trị bước một cần được xem xét khi quyết định điều trị duy trì - Người bệnh với sức khỏe tổng thể kém không phù hợp với hoá trị; chăm sóc hỗ trợ là lựa chọn điều trị tốt nhất
	Người bệnh thể trạng kém/ Người cao tuổi	Bước một: Phác đồ điều trị nền tảng carboplatin được ưu tiên: có thể điều trị đơn chất với gemcitabine, vinorelbine hoặc docetaxel	
Liệu pháp nhắm trúng đích	Đột biến EGFR	Bước một: Gefitinib, erlotinib, afatinib hoặc osimertinib Erlotinib + bevacizumab Bước hai: Osimertinib	Hầu hết liệu pháp nhắm trúng đích thường dung nạp tốt, nên có thể được chỉ định ở những người bệnh có thể trạng trung bình hoặc kém
	Đột biến BRAF	Bước một: Dabrafenib + trametinib	
	Tái sắp xếp ALK	Bước một: Crizotinib, ceritinib hoặc alectinib Bước hai: Ceritinib, alectinib, brigatinib hoặc lorlatinib sau crizotinib bước một	
	Tái sắp xếp ROS1	Bước một: Crizotinib	
	Liệu pháp nhắm trúng đích ở khối u không có đột biến đặc hiệu	Bước một: Bevacizumab đường tĩnh mạch có thể được thêm vào phác đồ điều trị nền tảng platinum (loại không tế bào vảy) ở những người bệnh có thể trạng tốt Bước hai: Erlotinib, nintedanib + docetaxel (ung thư biểu mô tuyến), ramucirumab + docetaxel, afatinib	

Tiếp tục ở trang sau

HÌNH THỨC ĐIỀU TRỊ	NGƯỜI BỆNH	CHI TIẾT ĐIỀU TRỊ	CÁC CÂN NHẮC
Liệu pháp miễn dịch	Các khối u âm tính EGFR và ALK Thể trạng tốt, không có bệnh nền	Bước một: - Pembrolizumab (ở những người bệnh có khối u bộc lộ mạnh PD-L1) - Pembrolizumab kết hợp với pemetrexed và phác đồ hoá chất nền tảng platinum (loại không tế bào vảy) Bước hai: - Nivolumab, pembrolizumab hoặc atezolizumab (bất kể mức độ bộc lộ PD-L1)	
Phẫu thuật	Được sử dụng để làm giảm các triệu chứng của tình trạng di căn	Các thủ thuật xâm lấn tối thiểu có thể được sử dụng, ví dụ: Đặt stent làm giảm việc tắc nghẽn đường thở	
Xạ trị	Được sử dụng để làm giảm các triệu chứng của tình trạng di căn	- Xạ trị có thể kiểm soát triệu chứng do các tổn thương di căn tại não và xương - Xạ trị cũng có thể làm giảm các triệu chứng tắc nghẽn đường thở	

ALK, kinase của u lympho mất biệt hóa; EGFR, yếu tố tăng trưởng biểu bì; UTPKTN, ung thư phổi không tế bào nhỏ; PD-L1, phổi tử chết theo chương trình 1; SCC, ung thư tế bào vảy

Bệnh ung thư di căn tối thiểu

Khi ung thư đã di căn khỏi vị trí ban đầu nhưng chưa **di căn** rộng thì được gọi là **di căn tối thiểu**. Nếu quý vị được chẩn đoán là **di căn tối thiểu đồng thì** tại thời điểm chẩn đoán, thì có thể đạt thời gian sống thêm không bệnh kéo dài sau điều trị **hoá trị** và xạ trị triệt căn tại chỗ, hoặc **xạ trị** liều cao hoặc phẫu thuật; việc tham gia vào một **thử nghiệm lâm sàng** phù hợp có thể được đề xuất bởi bác sĩ của quý vị (*Planchard và cộng sự, 2018*). Tương tự, nếu quý vị có một số ít **di căn tối thiểu khác thì** xuất hiện sau điều trị **khối u nguyên phát**, quý vị có thể được điều trị với **xạ trị** liều cao hoặc phẫu thuật (*Planchard và cộng sự, 2018*).

Thử nghiệm lâm sàng

Bác sĩ của quý vị có thể hỏi quý vị có muốn tham gia vào **thử nghiệm lâm sàng** hay không. Đây là một nghiên cứu được tiến hành trên người nhằm mục đích (ClinicalTrials.gov, 2017):

- Thử nghiệm những phương pháp điều trị mới
- Xem xét sự phối hợp mới giữa những phương pháp cũ hoặc thay đổi cách sử dụng để mang lại hiệu quả cao hơn hoặc giảm tác dụng phụ
- So sánh hiệu quả của các thuốc được sử dụng để kiểm soát triệu chứng
- Tìm ra cơ chế tác dụng của các phương pháp điều trị.

Các **thử nghiệm lâm sàng** giúp nâng cao kiến thức về ung thư và phát triển các phương pháp điều trị mới, đồng thời có thể mang lại nhiều lợi ích khi tham gia. Quý vị sẽ cần thực hiện nhiều xét nghiệm khác nhau trước khi vào tham gia thử nghiệm và được theo dõi cẩn thận trong và sau quá trình nghiên cứu. Mặc dù phương pháp điều trị mới có thể có những lợi ích so với các phương pháp hiện có, điều quan trọng cần lưu ý là một số phương pháp điều trị mới có thể cho kết quả không tốt bằng các phương pháp điều trị hiện có hoặc có các tác dụng phụ lớn hơn so với lợi ích (ClinicalTrials.gov, 2017).

Thử nghiệm lâm sàng giúp cải thiện kiến thức về bệnh và phát triển các phương pháp điều trị mới – có thể mang lại nhiều lợi ích khi tham gia

Có một số **thử nghiệm lâm sàng** đang diễn ra để nghiên cứu một vài thuốc điều trị mới cho UTPKTBN, bao gồm cả các **liệu pháp nhắm trúng đích** và **liệu pháp miễn dịch**.

Lorlatinib là một **liệu pháp nhắm trúng đích** gần đây đã được chấp thuận tại Châu Âu trong điều trị UTPKTBN **di căn có ALK** dương tính sau điều trị với một hoặc một vài thuốc ức chế **ALK** khác (EMA, 2019a). **Liệu pháp nhắm trúng đích** khác, **dacomitinib**, cũng mới được chấp thuận trong điều trị **bước một** UTPKTBN **tiền triển tại chỗ** hoặc **di căn có đột biến EGFR** hoạt động (EMA, 2019b).

Các **thử nghiệm lâm sàng** cũng nghiên cứu các cách kết hợp mới của các thuốc hiện có; ví dụ trước đây **atezolizumab** thường được sử dụng trong điều trị **bước hai** UTPKTBN, gần đây nó đã được hứa hẹn lựa chọn điều trị **bước một** trong điều trị UTPKTBN không tế bào vảy **di căn** khi kết hợp với **hoá trị** (Cappuzzo và cộng sự, 2018) và **bevacizumab** phối hợp **hoá trị** (Socinski và cộng sự, 2018a) trong điều trị UTPKTBN tế bào vảy (Socinski và cộng sự, 2018b). **Erlotinib** cũng đã mang lại hiệu quả trong **điều trị tân bổ trợ** UTPKTBN **tiền triển tại chỗ có đột biến EGFR** (Zhong và cộng sự, 2018).

Quý vị có quyền chấp nhận hoặc từ chối tham gia vào một **thử nghiệm lâm sàng** mà không có bất kỳ ảnh hưởng nào tới chất lượng điều trị của quý vị. Nếu bác sĩ không hỏi quý vị về việc tham gia vào một **thử nghiệm lâm sàng**, và quý vị muốn tìm hiểu thêm về lựa chọn này, quý vị có thể hỏi bác sĩ xem có thử nghiệm nào cho loại ung thư của quý vị đang được tiến hành ở gần quý vị không (ClinicalTrials.gov, 2017).

Các can thiệp bổ sung

Người bệnh có thể nhận thấy rằng chăm sóc bổ sung giúp họ ứng phó với chẩn đoán, điều trị và tác động phụ kéo dài của việc điều trị UTPKTBN

Trong suốt quá trình mắc bệnh, các phương pháp điều trị chống ung thư nên được bổ sung bằng các can thiệp nhằm ngăn ngừa các biến chứng của bệnh và điều trị, đồng thời cải thiện tối đa chất lượng cuộc sống của người bệnh. Những can thiệp này có thể bao gồm **chăm sóc hỗ trợ**, **chăm sóc giảm nhẹ**, chăm sóc sau điều trị và chăm sóc cuối đời, tất cả nên được điều phối bởi một **nhóm chăm sóc đa chuyên khoa** (Jordan và cộng sự, 2018). Hãy hỏi bác sĩ hoặc y tá của quý vị về những can thiệp bổ sung nào hiện có; quý vị và gia đình có thể nhận được sự hỗ trợ từ một số nguồn khác, như chuyên gia dinh dưỡng, nhân viên công tác xã hội, linh mục hoặc chuyên gia hoạt động trị liệu.

Chăm sóc hỗ trợ

Chăm sóc hỗ trợ liên quan đến việc xử trí các triệu chứng ung thư và tác dụng phụ của việc điều trị. Có một loạt các biện pháp sẵn có giúp quản lý UTPKTBN. Các biện pháp bao gồm: liệu pháp chống hủy xương (ví dụ: **zoledronic acid** và **denosumab**, được sử dụng để giảm nguy cơ gãy xương thường do **tổn thương di căn xương**), **ống đỡ khí quản** (giúp phòng ngừa **khó thở** do tắc nghẽn đường thở), kiểm soát cơn đau và hỗ trợ dinh dưỡng (Plancharđ và cộng sự, 2018). Nhìn chung, việc sớm **chăm sóc hỗ trợ** được khuyến cáo thực hiện song song với các biện pháp điều trị bệnh: có thể giúp cải thiện chất lượng cuộc sống, tâm trạng và giảm nhu cầu điều trị tích cực (Plancharđ và cộng sự, 2018).

Chăm sóc giảm nhẹ

Chăm sóc giảm nhẹ là thuật ngữ được sử dụng để mô tả các can thiệp chăm sóc khi bệnh ở giai đoạn tiến xa, bao gồm xử trí các triệu chứng cũng như hỗ trợ việc ứng phó với **tiền lượng** xấu, đưa ra các quyết định khó khăn và chuẩn bị cho việc chăm sóc lúc cuối đời. **Chăm sóc giảm nhẹ** ở người bệnh ung thư phổi giai đoạn tiến triển có thể gồm điều trị đau, tắc nghẽn đường thở và loét tỉ thể.

Chăm sóc sau điều trị

Hỗ trợ cho người bệnh sau điều trị ung thư bao gồm hỗ trợ xã hội, giáo dục về bệnh và phục hồi chức năng. Ví dụ, hỗ trợ tâm lý có thể giúp quý vị đương đầu với bất kỳ lo lắng hoặc sợ hãi nào. Người bệnh thường nhận thấy hỗ trợ xã hội là cần thiết trong việc ứng phó với chẩn đoán ung thư, điều trị và các hệ quả về tinh thần. Kế hoạch chăm sóc sau điều trị có thể giúp quý vị tìm lại trạng thái hạnh phúc trong cuộc sống cá nhân, công việc và xã hội. Để biết thêm thông tin và lời khuyên về cuộc sống sau điều trị, hãy xem hướng dẫn dành cho người bệnh của ESMO về cuộc sống sau điều trị (<https://www.esmo.org/for-patients/patient-guides/survivorship>).



Chăm sóc cuối đời

Chăm sóc cuối đời cho những người bệnh ung thư không thể chữa khỏi chủ yếu tập trung vào việc làm cho người bệnh thoải mái và cung cấp các biện pháp thích hợp làm giảm các triệu chứng về thể chất và tâm lý, ví dụ như thuốc an thần **giảm nhẹ** để khiến người bệnh bất tỉnh có thể làm giảm những cơn đau dữ dội, **khó thở**, mê sảng hoặc co giật (Cherny, 2014). Các cuộc thảo luận về việc chăm sóc cuối đời có thể khiến quý vị cảm thấy khó chấp nhận, nhưng việc hỗ trợ cho chính quý vị và gia đình cần phải luôn sẵn sàng vào thời điểm này.

Những tác dụng phụ nào có thể xảy ra khi điều trị?

Cũng như bất cứ điều trị y khoa nào, quý vị có thể gặp tác dụng phụ khi điều trị chống ung thư. Những tác dụng phụ hay gặp nhất với mỗi loại điều trị được đề cập dưới đây, cùng với các thông tin về cách xử trí các triệu chứng này. Quý vị có thể gặp phải những tác dụng phụ khác ngoài những gì được thảo luận ở đây. Điều quan trọng là hãy nói với bác sĩ của quý vị hoặc **điều dưỡng chuyên khoa** về bất cứ tác dụng phụ tiềm tàng nào có thể làm quý vị lo lắng.

Các bác sĩ phân loại các tác dụng phụ của mỗi liệu pháp điều trị ung thư thành các 'độ', dựa trên thang điểm từ 1 - 4, theo mức độ nghiêm trọng tăng dần. Nhìn chung, các tác dụng phụ độ 1 được xem là nhẹ, độ 2 là vừa phải, độ 3 là nặng và độ 4 là rất nặng. Tuy nhiên, các tiêu chí chuẩn xác để phân độ một tác dụng phụ cụ thể là khác nhau tùy thuộc vào tác dụng phụ nào đang được xem xét. Mục đích là luôn nhận biết và xử lý bất cứ tác dụng phụ nào trước khi nó trở nặng, do đó quý vị nên báo cáo bất kỳ triệu chứng nào khiến quý vị lo lắng cho bác sĩ càng sớm càng tốt.



Điều quan trọng là cần trao đổi với bác sĩ điều trị của quý vị về bất cứ tác dụng phụ nào khiến quý vị lo lắng

Mệt là rất phổ biến ở những người bệnh trải qua điều trị ung thư và có thể gây ra bởi bệnh ung thư hoặc do điều trị ung thư gây ra. Bác sĩ hoặc điều dưỡng của quý vị có thể cung cấp cho quý vị chiến lược để hạn chế tác động của **mệt là**, bao gồm ngủ đủ giấc, ăn uống lành mạnh và duy trì vận động (Cancer.Net, 2017). Chấn ăn và sụt cân có thể phát sinh do bệnh ung thư hoặc do việc điều trị ung thư. Sụt cân rõ rệt, liên quan đến mất cả mô mỡ và cơ, có thể dẫn đến suy nhược, giảm khả năng vận động và sự độc lập, cũng như lo âu và trầm cảm (Escamilla and Jarrett, 2016). Bác sĩ có thể giới thiệu quý vị đến một chuyên gia dinh dưỡng người có thể xem xét nhu cầu dinh dưỡng của quý vị và tư vấn cho quý vị chế độ ăn uống và bất kỳ thực phẩm bổ sung quý vị cần.

Phẫu thuật

Tác dụng phụ của phẫu thuật thay đổi phụ thuộc vị trí và loại phẫu thuật và sức khỏe chung của quý vị (Cancer.Net, 2018). Tác dụng phụ thường gặp của phẫu thuật **cắt bỏ** phổi được tổng hợp ở bảng dưới.

TÁC DỤNG PHỤ CÓ THỂ CÓ	CÁCH QUẢN LÝ CÁC TÁC DỤNG PHỤ
Đau	Đau hoặc khó chịu sau phẫu thuật là thường gặp và có thể được kiểm soát bằng thuốc giảm đau. Luôn thông báo cho bác sĩ hoặc điều dưỡng biết nếu quý vị bị đau để họ có thể xử trí càng sớm càng tốt (Cancer.Net, 2018)
Nhiễm trùng	Quý vị sẽ được hướng dẫn cách phòng ngừa nguy cơ xảy ra nhiễm trùng. Các dấu hiệu nhiễm trùng bao gồm sưng đỏ, nóng, đau nhiều hơn và chảy dịch quanh vết thương. Nếu quý vị nhận thấy bất kỳ dấu hiệu nào trên đây, hãy thông báo với điều dưỡng hoặc bác sĩ của quý vị (Cancer.Net, 2018)
Tràn khí kéo dài	Tràn khí là diễn biến tự nhiên sau phẫu thuật cắt bỏ phổi nhưng nếu kéo dài trên 7 ngày sẽ làm tăng nguy cơ gặp những biến chứng khác. Phẫu thuật viên sẽ đề phòng để giảm nguy cơ tràn khí kéo dài (Ziarnik và cộng sự, 2015)
Viêm phổi	Nguy cơ viêm phổi có thể được giảm thiểu nếu quý vị thực hiện theo lời khuyên của bác sĩ, ví dụ, quý vị nên thực hiện theo bất cứ bài tập vật lý trị liệu nào được bác sĩ khuyến cáo (ví dụ ho), bắt đầu đi lại/chuyển động sớm nhất có thể sau phẫu thuật và không hút thuốc. Nếu viêm phổi diễn ra, thường có thể được điều trị bằng kháng sinh (Ziarnik và cộng sự, 2015)

Tác dụng phụ thường gặp của phẫu thuật ung thư phổi và cách quản lý tác dụng phụ

Xạ trị

Đối với một số người bệnh, **xạ trị** gây ra ít hoặc không có tác dụng phụ; đối với một số khác, các tác dụng phụ có thể trầm trọng. Tác dụng phụ do **xạ trị** có thể làm tổn thương các mô khỏe mạnh quanh khu vực điều trị. Các tác dụng phụ sẽ phụ thuộc vào vị trí điều trị, liều xạ và thể trạng của quý vị. Thông thường, các tác dụng phụ bắt đầu xuất hiện sau 2 hoặc 3 tuần điều trị, và sẽ hồi phục sau vài tuần dừng điều trị (Cancer.Net, 2016).

TÁC DỤNG PHỤ CÓ THỂ CÓ	CÁCH QUẢN LÝ CÁC TÁC DỤNG PHỤ
Tổn thương da (ví dụ: khô, ngứa, phỏng rộp hoặc bong tróc)	Những tác dụng phụ này thường biến mất vài tuần sau khi điều trị kết thúc. Nếu tổn thương da trở thành một vấn đề nghiêm trọng, thì bác sĩ có thể thay đổi kế hoạch điều trị của quý vị (Cancer.Net, 2016)
Viêm thực quản	Sau 2–3 tuần xạ trị lồng ngực, quý vị có thể gặp khó khăn khi nuốt, ợ chua hoặc khó tiêu. Điều này là do xạ trị có thể gây viêm thực quản . Bác sĩ hoặc điều dưỡng của quý vị sẽ có thể tư vấn cho quý vị cách ứng phó với những triệu chứng này và có thể kê đơn thuốc để giúp quý vị (Macmillan, 2015a)
Viêm phổi do xạ trị (ho, sốt và nặng ngực)	Những người bệnh được xạ trị ở ngực có thể gặp một tình trạng gọi là viêm phổi . Điều này thường xuất hiện từ 2 tuần đến 6 tháng sau xạ trị nhưng thường là tạm thời. Hãy báo bác sĩ hoặc điều dưỡng của quý vị biết nếu quý vị gặp bất kỳ dấu hiệu nào của bệnh viêm phổi do xạ trị (Cancer.Net, 2016)

Những tác dụng phụ thường gặp của **xạ trị** trong điều trị ung thư phổi và cách quản lý các tác dụng phụ

Hoá trị

Những tác dụng phụ của **hoá trị** rất đa dạng phụ thuộc vào loại thuốc và liều lượng sử dụng – quý vị có thể mắc một số tác dụng phụ được liệt kê dưới đây nhưng rất khó có khả năng gặp tất cả các tác dụng phụ đó. Những người bệnh nhận được sự kết hợp của các thuốc **hoá trị** khác nhau có khả năng gặp nhiều tác dụng phụ hơn so với những người bệnh điều trị **hoá trị** đơn trị. Những cơ quan chính của cơ thể bị ảnh hưởng bởi **hoá trị** là những nơi các tế bào mới đang được nhanh chóng được tạo ra và thay thế (**tuỷ xương, nang tóc, hệ tiêu hoá, niêm mạc miệng**). Việc giảm số lượng **bạch cầu hạt** (một loại tế bào bạch cầu) có thể dẫn đến **giảm bạch cầu hạt**, khiến quý vị dễ bị nhiễm trùng hơn. Một số thuốc **hoá trị** có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản – nếu quý vị lo lắng về điều này, hãy trao đổi với bác sĩ trước khi bắt đầu điều trị. Hầu hết tác dụng phụ của **hoá trị** là tạm thời và có thể được kiểm soát bằng thuốc hoặc thay đổi lối sống – bác sĩ hoặc điều dưỡng của quý vị sẽ giúp quý vị xử trí chúng (Macmillan, 2016).

THUỐC HOÁ CHẤT	TÁC DỤNG PHỤ CÓ THỂ CÓ	CÁCH QUẢN LÝ CÁC TÁC DỤNG PHỤ
Carboplatin (Macmillan, 2015b)	• Buồn nôn • Độc tính tại gan • Độc tính tại thận • Giảm bạch cầu hạt • Giảm tiểu cầu • Mệt lả • Nôn • Táo bón • Thiếu máu	• Số lượng tế bào máu sẽ được theo dõi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị để phát hiện giảm bạch cầu hạt, thiếu máu hoặc giảm tiểu cầu – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị theo kết quả xét nghiệm và sẽ tư vấn cho quý vị cách phòng ngừa nhiễm trùng. • Bác sĩ của quý vị sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí bất kì tình trạng buồn nôn, nôn hoặc táo bón. • Quý vị sẽ được xét nghiệm trước và trong khi điều trị để kiểm tra xem chức năng gan và thận có tốt hay không. Quý vị sẽ được yêu cầu uống nhiều nước để phòng ngừa tổn thương thận.
Cisplatin (Macmillan, 2015c)	• Bệnh thần kinh ngoại vi • Buồn nôn/nôn • Chán ăn • Giảm bạch cầu hạt • Giảm khả năng sinh sản • Giảm tiểu cầu • Mệt lả • Tăng nguy cơ huyết khối • Thay đổi chức năng thận • Thay đổi vị giác • Thiếu máu • Tiêu chảy • Ù tai/Thay đổi thính giác	• Số lượng tế bào máu sẽ được theo dõi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị để phát hiện giảm bạch cầu hạt, thiếu máu hoặc giảm tiểu cầu – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị theo kết quả xét nghiệm và sẽ tư vấn cho quý vị cách phòng ngừa nhiễm trùng. • Ảnh hưởng trên hệ tiêu hoá (buồn nôn, nôn, tiêu chảy, thay đổi vị giác) có thể dẫn đến mất cảm giác ngon miệng (chán ăn). Bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này. • Báo cáo bất kì triệu chứng của bệnh thần kinh ngoại vi (ngứa ran hoặc tê bì ở tay hoặc chân) với bác sĩ để được hướng dẫn xử trí những tác dụng phụ này. • Quý vị sẽ được xét nghiệm trước và trong khi điều trị để kiểm tra xem chức năng gan có tốt hay không. Quý vị sẽ được yêu cầu uống nhiều nước để phòng ngừa tổn thương thận. • Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị nhận thấy bất kỳ thay đổi nào về thính giác hoặc ù tai. Những thay đổi về thính giác thường là tạm thời nhưng đôi khi có thể là vĩnh viễn.

THUỐC HOÁ CHẤT	TÁC DỤNG PHỤ CÓ THỂ CÓ	CÁCH QUẢN LÝ CÁC TÁC DỤNG PHỤ
Docetaxel (Taxotere SPC, 2016)	- Bệnh thần kinh ngoại vi - Buồn nôn - Chán ăn - Giảm bạch cầu - Giảm tiểu cầu - Nôn - Phản ứng trên da - Phù - Rụng tóc - Suy nhược - Thiếu máu - Tiêu chảy - Viêm miệng	- Số lượng tế bào máu sẽ được theo dõi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị để phát hiện giảm bạch cầu hạt, thiếu máu hoặc giảm tiểu cầu – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị theo kết quả xét nghiệm và sẽ tư vấn cho quý vị cách phòng ngừa nhiễm trùng. Thông báo cho bác sĩ biết về tình trạng sốt, có thể đó là dấu hiệu của nhiễm trùng. - Báo cáo bất kì triệu chứng của bệnh thần kinh ngoại vi (ngứa ran hoặc tê bì ở tay hoặc chân) với bác sĩ của quý vị để được hướng dẫn xử trí những tác dụng phụ này. - Ảnh hưởng lên hệ tiêu hoá (buồn nôn, nôn, tiêu chảy) và viêm miệng có thể dẫn đến mất cảm giác ngon miệng (chán ăn) hoặc cảm giác yếu ớt (suy nhược). Bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này. - Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị có bất kì phản ứng trên da hoặc giữ nước/sưng (phù) – họ sẽ giúp quý vị xử trí những tác dụng phụ này. Rụng tóc có thể gây khó chịu cho nhiều người bệnh; bác sĩ sẽ hướng dẫn cho quý vị xử trí tác dụng phụ này. Một số bệnh viện có thể cung cấp mũ lạnh để giảm rụng tóc.
Etoposide (Vepesid SPC, 2017)	- Buồn nôn - Chán ăn - Giảm bạch cầu - Giảm bạch cầu hạt - Giảm tiểu cầu - Nôn - Rụng tóc - Suy nhược - Táo bón - Thay đổi chức năng gan - Thiếu máu	- Số lượng tế bào máu sẽ được theo dõi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị để phát hiện giảm bạch cầu hạt, thiếu máu, giảm tiểu cầu hoặc giảm bạch cầu – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị theo kết quả xét nghiệm và sẽ tư vấn cho quý vị cách phòng ngừa nhiễm trùng. - Ảnh hưởng trên hệ tiêu hoá (táo bón, buồn nôn, nôn) có thể dẫn đến mất cảm giác ngon miệng (chán ăn) và mệt lã/suy nhược. Bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này. - Quý vị sẽ được xét nghiệm trước và trong khi điều trị để kiểm tra xem chức năng gan của quý vị có tốt hay không. Rụng tóc có thể gây khó chịu cho nhiều người bệnh; bác sĩ sẽ hướng dẫn cho quý vị xử trí tác dụng phụ này. Một số bệnh viện có thể cung cấp mũ lạnh để giảm rụng tóc.

THUỐC HOÁ CHẤT	TÁC DỤNG PHỤ CÓ THỂ CÓ	CÁCH QUẢN LÝ CÁC TÁC DỤNG PHỤ
nab-Paclitaxel (Abraxane SPC, 2018)	- Ban da - Bệnh thần kinh ngoại vi - Buồn nôn - Chán ăn - Đau cơ - Đau khớp - Giảm bạch cầu - Giảm bạch cầu hạt - Giảm bạch cầu lympho - Giảm tiểu cầu - Mệt là - Nôn - Rụng tóc - Sốt - Suy nhược - Táo bón - Thiếu máu - Tiêu chảy - Viêm miệng	- Số lượng tế bào máu sẽ được theo dõi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị để phát hiện giảm bạch cầu hạt, thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu hoặc giảm bạch cầu lympho – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị theo kết quả xét nghiệm và sẽ tư vấn cho quý vị cách phòng ngừa nhiễm trùng. Thông báo cho bác sĩ biết về tình trạng sốt, có thể đó là dấu hiệu của nhiễm trùng. - Ảnh hưởng trên hệ tiêu hoá (buồn nôn, nôn, tiêu chảy, táo bón, viêm miệng) có thể dẫn đến mất cảm giác ngon miệng (chán ăn) và mệt là/suy nhược. Bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này. - Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị bị đau khớp, đau cơ hoặc phát ban da để được hướng dẫn xử trí. - Báo cáo bất kì triệu chứng của bệnh thần kinh ngoại vi (đau nhói hoặc tê bì ở tay hoặc chân) với bác sĩ của quý vị để được hướng dẫn xử trí những tác dụng phụ này. Rụng tóc có thể gây khó chịu cho nhiều người bệnh; bác sĩ sẽ hướng dẫn cho quý vị xử trí tác dụng phụ này. Một số bệnh viện có thể cung cấp mũ lạnh để giảm rụng tóc.
Paclitaxel (Paclitaxel SPC, 2017)	- Bệnh thần kinh ngoại vi - Buồn nôn - Đau cơ - Đau khớp - Giảm bạch cầu - Giảm tiểu cầu - Hạ bạch cầu trung tính - Hạ huyết áp - Nôn - Phản ứng quá mẫn - Rụng tóc - Thiếu máu - Tiêu chảy - Tổn thương móng - Viêm niêm mạc	- Số lượng tế bào máu sẽ được theo dõi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị để phát hiện giảm bạch cầu hạt, giảm bạch cầu, thiếu máu hoặc giảm tiểu cầu – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị theo kết quả xét nghiệm và sẽ tư vấn cho quý vị cách phòng ngừa nhiễm trùng. Thông báo cho bác sĩ biết về tình trạng sốt, vì có thể đó là dấu hiệu của nhiễm trùng. Thông báo cho bác sĩ về tình trạng chảy máu bất thường hoặc kéo dài có thể là triệu chứng của giảm tiểu cầu. - Báo cáo bất kì ảnh hưởng lên hệ tiêu hoá (buồn nôn, nôn, tiêu chảy) với bác sĩ của quý vị để được hướng dẫn dự phòng hoặc quản lí những tác dụng phụ này. - Để dự phòng và điều trị viêm miệng/viêm niêm mạc, quý vị có thể duy trì vệ sinh răng miệng tốt bằng nước súc miệng steroid và kem đánh răng dịu nhẹ. Kem bôi steroid có thể được sử dụng để điều trị loét đang phát triển. Đối với viêm miệng mức độ nghiêm trọng hơn (độ 2 trở lên), bác sĩ của quý vị có thể đề nghị giảm liều điều trị hoặc trì hoãn điều trị cho đến khi hết viêm miệng, nhưng trong hầu hết các trường hợp, các triệu chứng sẽ là nhẹ và sẽ giảm dần sau khi kết thúc điều trị. - Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị có bất kì triệu chứng bệnh thần kinh ngoại vi để được hướng dẫn xử trí những tác dụng phụ này. - Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị có những thay đổi móng, đau khớp hoặc đau cơ, để được hướng dẫn xử trí. Rụng tóc có thể gây khó chịu cho nhiều người bệnh; bác sĩ sẽ hướng dẫn cho quý vị xử trí tác dụng phụ này. Một số bệnh viện có thể cung cấp mũ lạnh để giảm rụng tóc.

THUỐC HOÁ CHẤT	TÁC DỤNG PHỤ CÓ THỂ CÓ	CÁCH QUẢN LÝ CÁC TÁC DỤNG PHỤ
Pemetrexed (Alimta SPC, 2018)	- Buồn nôn Chán ăn Giảm bạch cầu Giảm bạch cầu hạt Mệt lả - Phát ban Thiếu máu Viêm họng Viêm miệng	- Số lượng tế bào máu sẽ được theo dõi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị để phát hiện giảm bạch cầu hạt, thiếu máu hoặc giảm bạch cầu – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị theo kết quả xét nghiệm và sẽ tư vấn cho quý vị cách phòng ngừa nhiễm trùng. - Ảnh hưởng trên hệ tiêu hóa (viêm miệng, viêm họng, buồn nôn) có thể dẫn đến mất cảm giác ngon miệng (chán ăn). Bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này. - Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị phát ban để được hướng dẫn xử trí tác dụng phụ này.
Vinorelbine (Vinorelbine SPC, 2018)	- Buồn nôn Giảm bạch cầu hạt - Những phản ứng trên da - Nôn - Rối loạn thần kinh Rụng tóc - Táo bón Thiếu máu Viêm miệng Viêm thực quản	- Số lượng tế bào máu sẽ được theo dõi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị để phát hiện giảm bạch cầu hạt hoặc thiếu máu – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị theo kết quả xét nghiệm và sẽ tư vấn cho quý vị cách phòng ngừa nhiễm trùng. - Thông báo cho bác sĩ biết các dấu hiệu rối loạn thần kinh (ví dụ mất phản xạ, yếu chân và bàn chân) để được hướng dẫn xử trí những tác dụng phụ này. - Bác sĩ của quý vị sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí những tác dụng phụ trên hệ tiêu hóa (viêm miệng, buồn nôn, nôn, táo bón, viêm thực quản). - Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị có triệu chứng bỏng rát hoặc thay đổi trên da vị trí tiêm truyền để được hướng dẫn xử trí. Rụng tóc có thể gây khó chịu cho nhiều người bệnh; bác sĩ sẽ hướng dẫn cho quý vị xử trí tác dụng phụ này. Một số bệnh viện có thể cung cấp mũ lạnh để giảm rụng tóc.

Những tác dụng phụ quan trọng của hoá chất (được sử dụng điều trị đơn trị) trong điều trị UTPKTBN. Bản tóm tắt gần đây nhất về các đặc tính sản phẩm của mỗi loại thuốc có thể tìm tại <http://www.ema.europa.eu/ema/>.

Liệu pháp nhắm trúng đích và liệu pháp kháng tăng sinh mạch

Những tác dụng phụ thường gặp ở những người bệnh được điều trị với **liệu pháp nhắm trúng đích** hoặc **liệu pháp kháng tăng sinh mạch** bao gồm những ảnh hưởng lên **hệ tiêu hóa** (ví dụ tiêu chảy, nôn, buồn nôn), những vấn đề về da (ví dụ phát ban, khô da, thay đổi móng tay, đổi màu) và **tăng huyết áp** (tăng áp lực máu). Nhiều tác dụng phụ của **liệu pháp nhắm trúng đích** có thể được ngăn chặn hiệu quả hoặc quản lý hiệu quả. Luôn trao đổi với bác sĩ hoặc điều dưỡng của quý vị càng sớm càng tốt nếu quý vị nhận thấy bất kỳ tác dụng phụ nào khi dùng thuốc **liệu pháp nhắm trúng đích** hoặc **liệu pháp kháng tăng sinh mạch**.

LIỆU PHÁP	TÁC DỤNG PHỤ CÓ THỂ CÓ	CÁCH QUẢN LÝ CÁC TÁC DỤNG PHỤ
Afatinib (Giotrif SPC, 2018)	• Buồn nôn • Chảy máu cam • Giảm vị giác • Những rối loạn móng • Nôn • Phản ứng trên da (phát ban, mụn trứng cá, da khô, ngứa) • Tiêu chảy • Viêm miệng	• Ảnh hưởng đến hệ tiêu hóa (tiêu chảy, buồn nôn, nôn, viêm miệng) có thể dẫn đến mất cảm giác thèm ăn (chán ăn). Bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này. • Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị bị chảy máu cam (chảy máu mũi) để được hướng dẫn xử trí tác dụng phụ này. • Báo cáo bất kỳ phản ứng da hoặc thay đổi móng nào cho bác sĩ của quý vị – họ sẽ giúp quý vị xử trí những tác dụng phụ này.
Alectinib (Alecensa SPC, 2018)	• Buồn nôn • Đau cơ • Phù • Táo bón	• Báo cáo bất kỳ triệu chứng buồn nôn hoặc táo bón nào cho bác sĩ của quý vị, họ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này. • Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị bị phù (giữ nước) hoặc đau cơ – để được hướng dẫn xử trí những tác dụng phụ này.
Bevacizumab (Avastin SPC, 2018)	• Bệnh thần kinh ngoại vi • Biến chứng liên vết thương • Buồn nôn • Chán ăn • Chảy nước mắt • Đau đầu • Đau khớp • Giảm bạch cầu • Giảm bạch cầu hạt • Giảm tiểu cầu • Khó thở • Mệt lả • Những phản ứng trên da • Nôn • Rối loạn đông máu • Rối loạn vận ngôn • Rối loạn vị giác • Tăng huyết áp • Táo bón • Tiêu chảy • Viêm miệng • Viêm mũi	• Số lượng tế bào máu sẽ được theo dõi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị để phát hiện giảm bạch cầu hạt, giảm bạch cầu hoặc giảm tiểu cầu – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị theo kết quả xét nghiệm và sẽ tư vấn cho quý vị cách phòng ngừa nhiễm trùng. • Báo cáo bất kỳ dấu hiệu nào của bệnh thần kinh ngoại vi (đau nhói hoặc tê bì bàn tay hoặc bàn chân) cho bác sĩ của quý vị để được hướng dẫn xử trí tác dụng phụ này. • Mọi điều trị sẽ bị trì hoãn cho đến khi vết thương lành hẳn. • Huyết áp của quý vị sẽ được theo dõi trong khi điều trị và bệnh tăng huyết áp sẽ được xử trí thích hợp. • Ảnh hưởng đến hệ tiêu hóa (viêm miệng, táo bón, tiêu chảy, buồn nôn, nôn) và rối loạn vị giác (thay đổi vị giác) có thể dẫn đến mất cảm giác ngon miệng (chán ăn). Bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng và xử trí các tác dụng phụ này. • Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị có bất kỳ phản ứng da nào (ví dụ: phát ban, khô da, đổi màu) để được hướng dẫn xử trí các tác dụng phụ này. • Báo cáo bất kỳ tác dụng phụ nào khác, bao gồm thay đổi thị lực, khó thở, rối loạn vận ngôn (nói khó), đau khớp hoặc đau đầu cho bác sĩ của quý vị để được hướng dẫn xử trí các tác dụng phụ này.

LIỀU PHÁP	TÁC DỤNG PHỤ CÓ THỂ CÓ	CÁCH QUẢN LÝ CÁC TÁC DỤNG PHỤ
Ceritinib (Zykadia SPC, 2018)	• Buồn nôn • Giảm thèm ăn • Khó tiêu, trào ngược, rối loạn nuốt • Mệt lả • Những thay đổi chức năng gan • Nôn • Phát ban • Táo bón • Thiếu máu • Tiêu chảy	• Số lượng tế bào máu sẽ được theo dõi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị để phát hiện thiếu máu – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị theo kết quả xét nghiệm. • Quý vị sẽ được xét nghiệm trước và trong khi điều trị để kiểm tra xem chức năng gan có tốt hay không. • Nếu quý vị bị tiêu chảy, buồn nôn, nôn, táo bón, khó tiêu, ợ nóng hoặc khó nuốt, bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng và xử trí các tác dụng phụ này. • Thông báo triệu chứng phát ban cho bác sĩ của quý vị để được hướng dẫn xử trí tác dụng phụ này.
Crizotinib (Xalkori SPC, 2018)	• Bệnh thần kinh ngoại vi • Buồn nôn • Chóng mặt • Giảm bạch cầu • Giảm bạch cầu hạt • Giảm thị lực • Mệt lả • Nhịp tim chậm • Những thay đổi chức năng gan • Nôn • Phát ban • Phù • Rối loạn vị giác • Táo bón • Thiếu máu • Tiêu chảy	• Số lượng tế bào máu sẽ được theo dõi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị để phát hiện giảm bạch cầu hạt, thiếu máu hoặc giảm bạch cầu – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị theo kết quả xét nghiệm và sẽ tư vấn cho quý vị cách phòng ngừa nhiễm trùng. • Báo cáo bất kỳ dấu hiệu nào của bệnh thần kinh ngoại vi (ngứa ran hoặc tê bì bàn tay hoặc bàn chân) cho bác sĩ của quý vị, họ sẽ giúp quý vị xử trí tác dụng phụ này. • Quý vị sẽ được xét nghiệm trước và trong khi điều trị để kiểm tra xem chức năng gan có tốt hay không. • Nếu quý vị bị tiêu chảy, buồn nôn, nôn, táo bón hoặc thay đổi vị giác (rối loạn vị giác), bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng và xử trí các tác dụng phụ này. • Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị có bất kỳ vấn đề nào về mắt, chóng mặt, phù (giữ nước) hoặc phát ban để được hướng dẫn xử trí các tác dụng phụ này.

LIỆU PHÁP	TÁC DỤNG PHỤ CÓ THỂ CÓ	CÁCH QUẢN LÝ CÁC TÁC DỤNG PHỤ
Dabrafenib[®] (Tafinlar SPC, 2018)	- Buồn nôn - Chảy máu - Chóng mặt - Cơ thất cơ - Đau bụng Đau cơ - Đau đầu Đau khớp - Đau tứ chi - Giảm vị giác - Ho - Khô da Mệt là Ngứa ngứa - Những thay đổi chức năng gan - Nôn - Ớn lạnh - Phát ban Phù - Sốt Suy nhược Tăng huyết áp - Táo bón - Tiêu chảy - Triệu chứng giả cúm Viêm mũi họng	- Ảnh hưởng trên hệ tiêu hóa (tiêu chảy, táo bón, đau bụng, buồn nôn, nôn) có thể dẫn đến mất cảm giác ngon miệng (chán ăn) và suy nhược. Bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này. - Quý vị sẽ được xét nghiệm trước và trong khi điều trị để kiểm tra xem chức năng gan của quý vị có tốt hay không. - Huyết áp của quý vị sẽ được theo dõi trong khi điều trị và bệnh tăng huyết áp sẽ được xử trí thích hợp. - Quý vị nên thông báo ngay cho bác sĩ nếu nhận thấy bất kỳ dấu hiệu chảy máu tăng dần (ví dụ như chảy máu mũi) để điều chỉnh thuốc nếu cần thiết. - Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị xuất hiện bất kỳ phản ứng da nào (ví dụ: phát ban, khô da, ngứa) để được hướng dẫn xử trí những tác dụng phụ này. - Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị có các triệu chứng giả cúm, bao gồm mệt là, viêm mũi họng, ớn lạnh hoặc sốt. - Báo cáo bất kỳ tác dụng phụ nào khác, bao gồm ho, cơ thất cơ, đau khớp, đau cơ, sưng tấy, nhức đầu hoặc chóng mặt cho bác sĩ của quý vị, họ sẽ giúp quý vị xử trí những tác dụng phụ này.
Erlotinib (Tarceva SPC, 2018)	- Ban - Buồn nôn Chán ăn - Ho - Khô mắt Khó thở Mệt là - Nôn - Tăng nguy cơ nhiễm trùng - Tiêu chảy Viêm miệng	- Bác sĩ sẽ tư vấn cho quý vị cách phòng ngừa nhiễm trùng. - Ảnh hưởng trên hệ tiêu hóa (buồn nôn, nôn, tiêu chảy, thay đổi vị giác) có thể dẫn đến mất cảm giác ngon miệng (chán ăn) và suy nhược. Bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này. - Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị xuất hiện các vấn đề về mắt (ví dụ như khô mắt, viêm kết mạc), cảm thấy khó thở tăng dần hoặc ho, hoặc phát ban để được hướng dẫn xử trí các tác dụng phụ này.

LIỆU PHÁP	TÁC DỤNG PHỤ CÓ THỂ CÓ	CÁCH QUẢN LÝ CÁC TÁC DỤNG PHỤ
Gefitinib (Iressa SPC, 2018)	- Các phản ứng trên da Chán ăn Suy nhược - Thay đổi chức năng gan - Tiêu chảy	- Tiêu chảy có thể dẫn đến mất cảm giác ngon miệng (chán ăn) và suy nhược (yếu). Bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng và xử trí các tác dụng phụ này. - Quý vị sẽ được xét nghiệm trước và trong khi điều trị để kiểm tra xem chức năng gan có tốt hay không. - Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị xuất hiện bất kỳ phản ứng da nào (ví dụ: phát ban, mụn trứng cá, khô da, ngứa) để được hướng dẫn xử trí các tác dụng phụ này.
Nintedanib^a (Vargatef SPC, 2018)	Bệnh thần kinh ngoại vi - Buồn nôn Giảm bạch cầu hạt - Nôn - Phát ban - Thay đổi chức năng gan - Tiêu chảy Viêm miệng Viêm niêm mạc	- Số lượng tế bào máu sẽ được theo dõi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị để phát hiện giảm bạch cầu hạt – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị theo kết quả xét nghiệm và sẽ tư vấn cho quý vị cách phòng ngừa nhiễm trùng. - Thông báo bất kỳ dấu hiệu nào của bệnh thần kinh ngoại vi (ngứa ran hoặc tê bì bàn tay hoặc bàn chân) cho bác sĩ của quý vị, họ sẽ giúp quý vị xử trí tác dụng phụ này. - Nếu quý vị bị tiêu chảy, buồn nôn, nôn, đau miệng hoặc môi, bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị phòng ngừa và xử trí các tác dụng phụ này. - Quý vị sẽ được xét nghiệm trước và trong khi điều trị để kiểm tra xem chức năng gan có tốt hay không. - Hãy báo cho bác sĩ nếu quý vị bị phát ban để được hướng dẫn xử trí.
Osimertinib (Tagrisso SPC, 2018)	- Bệnh của móng - Các phản ứng trên da (ban, khô da, ngứa) Giảm bạch cầu Giảm bạch cầu hạt Hạ tiểu cầu - Tiêu chảy Viêm miệng	- Số lượng tế bào máu sẽ được theo dõi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị để phát hiện giảm bạch cầu hạt, giảm bạch cầu hoặc giảm tiểu cầu – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị theo kết quả xét nghiệm và sẽ tư vấn cho quý vị cách phòng ngừa nhiễm trùng. - Nếu quý vị bị tiêu chảy, đau miệng hoặc môi, bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này. - Thông báo bất kỳ phản ứng da hoặc thay đổi móng nào cho bác sĩ của quý vị để được hướng dẫn xử trí.
Ramucirumab^a (Cyramza SPC, 2018)	Chảy máu cam Giảm bạch cầu hạt Giảm tiểu cầu Mệt lả/suy nhược - Phù - Tăng huyết áp Viêm miệng	- Số lượng tế bào máu sẽ được theo dõi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị để phát hiện giảm bạch cầu hạt hoặc giảm tiểu cầu – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị theo kết quả xét nghiệm và sẽ tư vấn cho quý vị cách phòng ngừa nhiễm trùng. - Huyết áp của quý vị sẽ được theo dõi trong khi điều trị và bệnh tăng huyết áp sẽ được xử trí thích hợp. - Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị bị đau miệng hoặc môi, hoặc phù (giữ nước), bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này.

LIỆU PHÁP	TÁC DỤNG PHỤ CÓ THỂ CÓ	CÁCH QUẢN LÝ CÁC TÁC DỤNG PHỤ
Trametinib^c (Mekinist SPC, 2018)	• Buồn nôn • Chảy máu • Chóng mặt • Co thắt cơ • Đau bụng • Đau cơ • Đau đầu • Đau khớp • Đau tứ chi • Giảm vị giác • Ho • Khô da • Mệt lả • Ngứa ngứa • Nôn • Ớn lạnh • Phát ban • Phù • Sốt • Suy nhược • Tăng huyết áp • Táo bón • Thay đổi chức năng gan • Tiêu chảy • Triệu chứng giả cúm • Viêm mũi họng	• Ảnh hưởng trên hệ tiêu hóa (buồn nôn, nôn, tiêu chảy, thay đổi vị giác) có thể dẫn đến mất cảm giác ngon miệng (chán ăn) và suy nhược. Bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này. • Quý vị sẽ được xét nghiệm trước và trong khi điều trị để kiểm tra xem chức năng gan có tốt hay không. • Huyết áp của quý vị sẽ được theo dõi trong khi điều trị và bệnh tăng huyết áp sẽ được xử trí thích hợp. • Quý vị nên thông báo ngay cho bác sĩ nếu nhận thấy bất kỳ dấu hiệu chảy máu tăng dần (ví dụ như chảy máu mũi) để điều chỉnh thuốc nếu cần thiết. • Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị xuất hiện bất kỳ phản ứng da nào (ví dụ: phát ban, khô da, ngứa) – bác sĩ sẽ giúp quý vị xử trí các tác dụng phụ này. • Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị có các triệu chứng giống cúm, bao gồm mệt lả, viêm mũi họng, ớn lạnh hoặc sốt. • Thông báo bất kỳ tác dụng phụ nào khác, bao gồm ho, co thắt cơ, đau khớp, đau cơ, sưng tấy, nhức đầu hoặc chóng mặt cho bác sĩ của quý vị để được hướng dẫn xử trí.

Những tác dụng phụ quan trọng của liệu pháp nhắm trúng đích và kháng tăng sinh mạch trong điều trị UTPKTBN. Bản tóm tắt gần đây nhất về các đặc tính sản phẩm của mỗi loại thuốc có thể tìm tại <http://www.ema.europa.eu/ema/>.

^aPhối hợp với **hoá chất docetaxel**; ^bPhối hợp với **trametinib**; ^cPhối hợp với **dabrafenib**.

Liệu pháp miễn dịch

Các tác dụng phụ thường gặp ở những người bệnh được điều trị bằng **liệu pháp miễn dịch** bao gồm các tác dụng phụ trên da (ví dụ: phát ban, **ngứa ngứa**) và **hệ tiêu hóa** (ví dụ: tiêu chảy, buồn nôn). Nhiều tác dụng phụ của **liệu pháp miễn dịch** có thể được ngăn chặn hoặc quản lý một cách hiệu quả. Luôn thông báo với bác sĩ hoặc điều dưỡng của quý vị càng sớm càng tốt nếu quý vị nhận thấy bất kỳ tác dụng phụ nào do dùng **liệu pháp miễn dịch**.



Để có thêm thông tin và lời khuyên về tác dụng phụ của **liệu pháp miễn dịch**, xem hướng dẫn người bệnh của ESMO về tác dụng phụ liên quan đến **liệu pháp miễn dịch** và cách xử trí chúng (<https://www.esmo.org/for-patients/patient-guides/immunotherapy-side-effects>).

LIỆU PHÁP	TÁC DỤNG PHỤ CÓ THỂ CÓ	CÁCH QUẢN LÝ CÁC TÁC DỤNG PHỤ
Atezolizumab (Tecentriq SPC, 2018)	- Buồn nôn - Chán ăn Đau khớp - Đau lưng - Ho Khó thở Mệt Ngứa ngứa - Nhiễm trùng tiết niệu - Nôn - Phát ban - Sốt Suy nhược - Tiêu chảy	- Ảnh hưởng trên hệ tiêu hóa (buồn nôn, nôn, tiêu chảy, thay đổi vị giác) có thể dẫn đến chán ăn và suy nhược. Bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này. - Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị cảm thấy khó thở hoặc ho nhiều hơn, đau khớp, ngứa hoặc phát ban – bác sĩ sẽ giúp quý vị xử trí các tác dụng phụ này.
Durvalumab (Imfinzi SPC, 2018)	- Đau bụng - Ho - Tiêu chảy - Sốt Suy giảm Viêm phổi Ngứa ngứa - Phát ban - Nhiễm trùng đường hô hấp trên	- Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị có các triệu chứng về hô hấp. - Chức năng tuyến giáp của quý vị sẽ được theo dõi trước và trong khi điều trị. - Bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí triệu chứng tiêu chảy hoặc buồn nôn. - Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị bị phát ban da hoặc ngứa – bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này.

LIỆU PHÁP	TÁC DỤNG PHỤ CÓ THỂ CÓ	CÁCH QUẢN LÝ CÁC TÁC DỤNG PHỤ
Nivolumab (Opdivo SPC, 2018)	- Buồn nôn - Giảm bạch cầu - Giảm bạch cầu hạt - Giảm bạch cầu lympho - Giảm tiểu cầu - Mệt lả - Ngứa ngáy - Phát ban - Rối loạn muối và điện giải (tăng calci máu, tăng kali máu, hạ kali máu, hạ magie máu, hạ natri máu) - Thay đổi chức năng gan - Thiếu máu - Tiêu chảy	- Số lượng tế bào máu sẽ được theo dõi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị để phát hiện bất kỳ tình trạng giảm bạch cầu hạt, giảm bạch cầu lympho, giảm bạch cầu, thiếu máu hoặc giảm tiểu cầu – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị theo kết quả xét nghiệm và sẽ tư vấn cho quý vị cách phòng ngừa nhiễm trùng. - Quý vị sẽ được xét nghiệm trước và trong khi điều trị để kiểm tra xem chức năng gan có tốt hay không. - Bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí triệu chứng tiêu chảy hoặc buồn nôn. - Nồng độ điện giải và muối trong cơ thể quý vị sẽ được đo trong quá trình điều trị – bác sĩ có thể điều chỉnh điều trị của quý vị khi có bất kỳ sự biến đổi nào. - Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị bị phát ban da hoặc ngứa – bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này.
Pembrolizumab (Keytruda SPC, 2018)	- Đau khớp - Tiêu chảy - Mệt lả - Buồn nôn - Ngứa ngáy - Phát ban	- Bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí triệu chứng tiêu chảy hoặc buồn nôn. - Thông báo cho bác sĩ biết nếu quý vị bị phát ban da, ngứa hoặc đau khớp – bác sĩ sẽ có thể giúp quý vị dự phòng hoặc xử trí các tác dụng phụ này.

Những tác dụng phụ quan trọng của liệu pháp miễn dịch trong điều trị UTPKTBN. Bản tóm tắt gần đây nhất về các đặc tính sản phẩm của mỗi loại thuốc có thể tìm tại <http://www.ema.europa.eu/ema/>.

Điều gì sẽ xảy ra sau khi kết thúc điều trị?

Tái khám

Quý vị có thể thảo luận với bác sĩ về bất kỳ nỗi lo lắng nào trong các buổi tái khám

Sau khi kết thúc điều trị, bác sĩ sẽ hẹn lịch tái khám. Quý vị sẽ được chụp **X-quang** ngực thường quy và/hoặc chụp **CT** để kiểm tra xem còn **khối u** nào khác không. Bác sĩ cũng sẽ đánh giá các biến chứng của điều trị hoặc tác dụng không mong muốn do phẫu thuật, **xạ trị** và/hoặc **điều trị ung thư toàn thân**. Tần suất tái khám sẽ được điều chỉnh vào tình hình của quý vị, giai đoạn ung thư mà quý vị được chẩn đoán ban đầu và quá trình điều trị của quý vị (*Postmus và cộng sự, 2017; Planchard và cộng sự, 2018*).

Khuyến nghị

- Đối với UTPKTN Giai đoạn I-III, sau khi phẫu thuật, quý vị nên được kiểm tra mỗi 6 tháng/lần trong 2 năm đầu tiên và 1 năm/lần trong các năm sau đó (*Postmus và cộng sự, 2017*).
- Quý vị có thể được chụp **CT** mỗi 6 tháng/lần, đặc biệt nếu quý vị phù hợp với điều trị cứu cánh và có bất kỳ biến chứng nào sau điều trị (*Postmus và cộng sự, 2017*).
- Đối với trường hợp bệnh giai đoạn **di căn**, sau khi điều trị, phụ thuộc vào mức độ phù hợp với điều trị tiếp theo của quý vị mà bác sĩ sẽ hẹn tái khám mỗi 6-12 tuần để có thể bắt đầu điều trị **bước hai** ngay nếu cần thiết (*Planchard và cộng sự, 2018*).
- Đối với UTPKTN Giai đoạn III đã được điều trị bằng **liệu pháp đa mô thức**, quý vị có thể được chụp não để theo dõi sự phát triển của **tổn thương di căn** não và có thể được đề nghị điều trị nếu có tổn thương này (*Eberhardt và cộng sự, 2015*).

Điều gì xảy ra nếu tôi cần điều trị thêm?

Tình trạng ung thư quay trở lại được gọi là **tái phát**. Phương pháp điều trị đối với tình trạng của quý vị phụ thuộc vào mức độ **tái phát**. Khi **khối u tái phát** tại một vị trí, quý vị có thể được đề nghị điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ khối u hoặc **xạ trị**. Tuy nhiên, phương pháp này chỉ giới hạn cho một nhóm nhỏ người bệnh. Các **khối u** tái phát thường được coi là ung thư giai đoạn **di căn** và quý vị thường có thể được **hoá trị** bằng các loại thuốc khác nhau và một số người bệnh có thể phù hợp với điều trị bằng **liệu pháp nhắm trúng đích** hoặc **liệu pháp miễn dịch** (xem phần '**Các lựa chọn điều trị đối với UTPKTN di căn (Giai đoạn IV)**' để biết thêm thông tin).

Trong một số trường hợp, có thể cần thực hiện lại **sinh thiết khối u** vì kết quả sinh thiết có thể làm thay đổi quyết định điều trị. Điều này đặc biệt đúng nếu quý vị không bị ung thư trong một khoảng thời gian sau khi đã phẫu thuật **cắt bỏ khối u**. Nếu có thể, những người bệnh UTPKTN có **đột biến EGFR** hoạt động đã điều trị trước đó có thể được thực hiện **sinh thiết lỏng** để phát hiện **đột biến T790M** (còn được gọi là phân tích đột biến **EGFR** trong huyết tương). Xét nghiệm này sẽ phân tích dựa trên mẫu máu nhỏ. **Sinh thiết** lại có thể hữu ích trong việc phân biệt ung thư **tái phát** và **khối u phổi nguyên phát** mới (nếu khối u **tái phát** được phát hiện ở phổi) để định loại **khối u** hoặc lập lại xét nghiệm **đột biến EGFR** nếu phát hiện đó không phải là ung thư vảy (*Planchard và cộng sự, 2018*).

Chăm sóc sức khỏe của bản thân

Sau khi điều trị UTPKTBN, người bệnh có thể thấy rất mệt mỏi và dễ xúc động. Điều quan trọng là phải chăm sóc tốt cho bản thân và nhận được hỗ trợ khi cần.

- **Ngừng hút thuốc:** Nếu quý vị hút thuốc lá, điều quan trọng là ngừng hút thuốc càng sớm càng tốt vì nó có thể làm giảm nguy cơ bệnh **tái phát** (Postmus và cộng sự, 2017; Planchard và cộng sự, 2018). Bác sĩ và điều dưỡng có thể giúp quý vị ngừng hút thuốc.
- **Dành nhiều thời gian để nghỉ ngơi khi cần:** Hãy cho cơ thể của quý vị thời gian hồi phục và chắc chắn rằng quý vị nghỉ ngơi nhiều nhất có thể. Các liệu pháp phụ trợ, ví dụ như liệu pháp hương thơm, có thể giúp quý vị thư giãn và đối mặt với các tác dụng phụ tốt hơn. Bệnh viện mà quý vị đang điều trị có thể cung cấp liệu pháp phụ trợ; hãy hỏi bác sĩ của quý vị để biết thêm chi tiết.
- **Ăn uống điều độ và duy trì vận động:** Ăn uống lành mạnh và duy trì vận động có thể giúp quý vị cải thiện thể lực. Điều quan trọng là phải bắt đầu từ từ, đi bộ nhẹ nhàng và tăng dần đến khi quý vị cảm thấy khỏe hơn.

Dưới đây là 8 khuyến nghị để tạo nền tảng tốt cho lối sống lành mạnh sau khi mắc bệnh ung thư (Wolin và cộng sự, 2013):

- Không hút thuốc.
- Tránh hít phải khói thuốc thụ động.
- Tập thể dục thường xuyên.
- Tránh thừa cân.
- Chế độ ăn uống lành mạnh.
- Tiết chế khi dùng bia, rượu (nếu không thể ngưng sử dụng)
- Giữ liên lạc với quý vị bè, gia đình và những người đã hoàn thành điều trị ung thư giống như quý vị.
- Khám sức khỏe định kỳ và làm các xét nghiệm sàng lọc.

Một lối sống lành mạnh, năng động sẽ giúp quý vị phục hồi thể chất và tinh thần

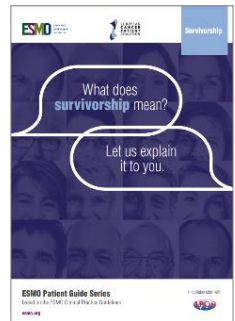
Tập thể dục thường xuyên là một phần quan trọng của lối sống lành mạnh, giúp quý vị giữ thể lực và tránh thừa cân. Các nghiên cứu đã cho thấy một chương trình luyện tập thể dục có thể cải thiện tình trạng **mệt mỏi** và sức khỏe ở người bệnh ung thư phổi **không thể phẫu thuật** (Wiskemann và cộng sự, 2018). Điều đặc biệt quan trọng là quý vị phải lắng nghe kỹ càng các khuyến nghị của bác sĩ hoặc điều dưỡng và nói chuyện với họ nếu gặp bất kỳ khó khăn nào khi tập thể dục.



Hỗ trợ tinh thần

Việc có những cảm xúc choáng ngợp khi nhận chẩn đoán ung thư và trong quá trình điều trị là điều thường thấy. Nếu quý vị thấy lo âu hoặc chán nản, hãy nói chuyện với bác sĩ hoặc điều dưỡng – họ có thể giới thiệu quý vị tới gặp một chuyên gia tư vấn hoặc nhà tâm lý học có kinh nghiệm xử lý với các bất ổn về cảm xúc của những người đang đối mặt với bệnh ung thư. Tham gia nhóm hỗ trợ cũng có thể hữu ích để quý vị có thể trò chuyện với những người hiểu chính xác những điều mà quý vị đang trải qua.

Để có thêm thông tin và lời khuyên về cách trở lại cuộc sống bình thường nhất có thể sau điều trị ung thư, xem Hướng dẫn người bệnh của ESMO về cuộc sống sau điều trị (<https://www.esmo.org/for-patients/patient-guides/survivorship>).



Các nhóm hỗ trợ

Ở Châu Âu, một số nhóm hỗ trợ người bệnh ung thư phổi có thể giúp cho người bệnh và người thân của họ có cái nhìn đúng về tình hình ung thư phổi. Các nhóm này có thể là ở địa phương, ở trong nước hoặc quốc tế, và công việc của họ là đảm bảo người bệnh nhận được sự chăm sóc và giáo dục thích hợp và kịp thời. Các nhóm này có thể cung cấp các công cụ cần thiết để giúp quý vị hiểu rõ hơn về tình trạng bệnh và học cách đối mặt với bệnh, giúp quý vị có chất lượng cuộc sống tốt nhất có thể.

Quý vị có thể tiếp cận thông tin từ các tổ chức dưới đây:

- **Global Lung Cancer Coalition (GLCC):** www.lungcancercoalition.org
- **Lung Cancer Europe (LuCE):** www.lungcancereurope.eu
- **Sổ tay giáo dục của Women Against Lung Cancer in Europe (WALCE):** www.womenagainstlungcancer.eu/?lang=en

Tài liệu tham khảo

- Bailey-Wilson JE, Amos CI, Pinney SM, và cộng sự A major lung cancer susceptibility locus maps to chromosome 6q23-25. *Am J Hum Genet* 2004;75(3):460–474.
- Cancer.Net. 2016. Side effects of radiation therapy. Available from: <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/radiation-therapy/side-effects-radiation-therapy>. Accessed 20th November 2018.
- Cancer.Net. 2017. Fatigue. Available from: <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/side-effects/fatigue>. Accessed 20th November 2018.
- Cancer.Net. 2018. Side effects of surgery. Available from: <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/surgery/side-effects-surgery>. Accessed 20th November 2018.
- Cappuzzo F, McCleod M, Hussein M, và cộng sự IMpower130: Progression-free survival (PFS) and safety analysis from a randomised phase III study of carboplatin + nab-paclitaxel (CnP) with or without atezolizumab (atezo) as first-line (1L) therapy in advanced non-squamous NSCLC. *Ann Oncol* 2018;29(suppl 8):abstr LBA53.
- Cherny NI; ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Ann Oncol* 2014;25(Suppl 3):iii143–iii152.
- ClinicalTrials.gov. 2017. Learn about clinical studies. Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/about-studies/learn>. Accessed 20th November 2018.
- De Koning H, Van Der Aalst C, Ten Haaf K, và cộng sự Effects of volume CT lung cancer screening: Mortality results of the NELSON randomized-controlled population based trial. 2018 World Conference on Lung Cancer. Abstract PL02.05.
- Eberhardt WEE, De Ruysscher D, Weder W, và cộng sự 2nd ESMO Consensus Conference in Lung Cancer: locally advanced stage III non-small-cell lung cancer. *Ann Oncol* 2015;26:1573–1588.
- Escamilla DM and Jarrett P. The impact of weight loss on patients with cancer. *Nurs Times* 2016;112(11):20–22.
- European Medicines Agency (EMA). 2019a. Summary of opinion (initial authorisation): Lorviqua (lorlatinib). Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/summaries-opinion/lorviqua>. Accessed 11th March 2019.
- European Medicines Agency (EMA). 2019b. Summary of opinion (initial authorisation): Vizimpro (dacomitinib). Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/summaries-opinion/vizimpro>. Accessed 11th March 2019.
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, và cộng sự Global cancer observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer 2018. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>. Accessed 20th November 2018.
- Jordan K, Aapro M, Kaasa S, và cộng sự European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and Palliative Care. *Ann Oncol* 2018;29(1):36–43.

- Macmillan. 2016. Possible side effects of chemotherapy. Available from: <http://www.macmillan.org.uk/information-and-support/lung-cancer/non-small-cell-lung-cancer/treating/chemotherapy/side-effects-of-chemotherapy/possible-side-effects.html>. Accessed 20th November 2018.
- Macmillan. 2015a. Possible side effects of radiotherapy. Available from: <http://www.macmillan.org.uk/information-and-support/lung-cancer/non-small-cell-lung-cancer/treating/radiotherapy/radiotherapy-explained/possible-side-effects.html#236381>. Accessed 20th November 2018.
- Macmillan. 2015b. Carboplatin. Available from: <https://www.macmillan.org.uk/cancerinformation/cancertreatment/treatmenttypes/chemotherapy/individualdrugs/carboplatin.aspx>. Accessed 20th November 2018.
- Macmillan. 2015c. Cisplatin. Available from: <https://www.macmillan.org.uk/cancerinformation/cancertreatment/treatmenttypes/chemotherapy/individualdrugs/cisplatin.aspx>. Accessed 20th November 2018.
- Malvezzi M, Carioli G, Bertuccio P, và cộng sự European cancer mortality predictions for the year 2016 with focus on leukaemias. *Ann Oncol* 2016;27(4):725–731.
- Novello S, Barlesi F, Califano R, và cộng sự Metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2016;27(Suppl 5):v1–v27.
- Planchard D, Popat S, Kerr K, và cộng sự Metastatic non-small cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 5):iv192–iv237.
- Postmus PE, Kerr KM, Oudkerk M, và cộng sự Early and locally advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2017;28(Suppl 4):iv1–iv21.
- Socinski MA, Jotte RM, Cappuzzo F, và cộng sự Atezolizumab for first-line treatment of metastatic nonsquamous NSCLC. *N Engl J Med* 2018a;378(24):2288–2301.
- Socinski MA, Rittmeyer A, Shapovalov D, và cộng sự IMpower131: Progression-free survival (PFS) and overall survival (OS) analysis of a randomised phase III study of atezolizumab + carboplatin + paclitaxel or nab-paclitaxel vs carboplatin + nab-paclitaxel in 1L advanced squamous NSCLC. *Ann Oncol* 2018b;29(suppl 8):abstr LBA65.
- Torre LA, Bray F, Siegel RL, và cộng sự Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2015;65:87–108.
- Wiskemann J, Titz C, Schmidt M, và cộng sự Effects of physical exercise in non-operable lung cancer patients undergoing palliative treatment. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 8):Abstr 1480P.
- Wolin KY, Dart H, Colditz GA. Eight ways to stay healthy after cancer: an evidence-based message. *Cancer Causes Control* 2013;24(5):827–837.
- Zhong W-Z, Wu Y-L, Chen K-N, và cộng sự CTONG 1103: Erlotinib versus gemcitabine plus cisplatin as neo-adjuvant treatment for stage IIIA-N2 EGFR-mutation non-small cell lung cancer (EMERGING): A randomised study. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 8):Abstr LBA48.
- Ziarnik E, Grogan EL. Post-lobectomy early complications. *Thorac Surg Clin* 2015;25(3):355–364.

BẢNG CHÚ GIẢI THUẬT NGỮ

AFATINIB

Một liệu pháp nhắm trúng đích được gọi là **chất ức chế tyrosine kinase**, hoạt động bằng cách chặn các tín hiệu bên trong các tế bào ung thư và bất hoạt **thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì**, khiến các tế bào ung thư chết đi. Thuốc được sử dụng bằng đường uống dưới dạng viên nén mỗi ngày một lần

ALECTINIB

Một liệu pháp nhắm trúng đích được gọi là **chất ức chế tyrosine kinase**, hoạt động bằng cách chặn protein kinase của **u lympho mắt biệt hoá**. Thuốc chỉ hoạt động ở các tế bào ung thư có bất thường ở protein này. Thuốc được sử dụng bằng đường uống dưới dạng viên con nhộng mỗi ngày hai lần

A-MI-ĂNG

Một hợp chất dạng sợi có trong tự nhiên, trước đây được sử dụng rộng rãi để làm vật liệu xây dựng. Việc sử dụng nó hiện đã bị cấm trên khắp Châu Âu vì nó có liên quan đến các bệnh về phổi, trong đó có ung thư phổi

A-SEN

Một chất có trong tự nhiên, được sử dụng rộng rãi trong một số ngành công nghiệp (luyện đồng hoặc chì; nông nghiệp/thuốc trừ sâu) nhưng có liên quan đến ung thư, trong đó có ung thư phổi

ATEZOLIZUMAB

Một liệu pháp miễn dịch ức chế protein **PD-L1** có trên bề mặt của một số tế bào miễn dịch như tế bào T; liệu pháp này kích hoạt các tế bào T để tìm và tiêu diệt tế bào ung thư. Thuốc được sử dụng bằng cách truyền tĩnh mạch chậm qua tĩnh mạch ở tay hoặc ở ngực

BẠCH CẦU HẠT

Một loại tế bào bạch cầu có vai trò quan trọng trong phản ứng chống nhiễm trùng

BẠCH HUYẾT

Dịch lưu thông trong **hệ bạch huyết**; chứa các tế bào bạch cầu có tác dụng chống nhiễm trùng

BÁC SĨ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Bác sĩ có chuyên môn trong việc chẩn đoán, điều trị bệnh và chấn thương qua việc sử dụng các kĩ thuật chẩn đoán hình ảnh như **X-quang**, **chụp cắt lớp vi tính**, **chụp cộng hưởng từ**, **chụp cắt lớp phát xạ positron** và **siêu âm**

BÁC SĨ GIẢI PHẪU BỆNH

Bác sĩ chẩn đoán bệnh bằng việc quan sát mẫu mô và tế bào

BÁC SĨ UNG THƯ

Bác sĩ có chuyên môn trong quản lý bệnh ung thư

BỆNH ĐỒNG MÁC

Các bệnh lý hoặc rối loạn mà người bệnh mắc phải cùng một lúc

BEVACIZUMAB

Một liệu pháp nhắm trúng đích được sử dụng để điều trị một số bệnh ung thư, trong đó có UTPKTBN tiến triển. Đây là một **kháng thể đơn dòng** nhắm vào **yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu** và ngăn chặn các tế bào ung thư tự phát triển nguồn cung cấp máu, do đó làm chậm sự phát triển của khối u

BỆNH PHỔI TÁC NGHIỄN MẠN TÍNH (COPD)

Bệnh ở phổi đặc trưng bởi tình trạng thông khí kém trong thời gian dài. Các triệu chứng chính bao gồm khó thở và ho

BỆNH THẦN KINH NGOẠI VI

Tình trạng tổn thương dây thần kinh ở các chi của cơ thể. Các triệu chứng bao gồm đau, tăng cảm giác, tê hoặc yếu bàn tay, bàn chân hoặc cẳng chân

BRAF

Một gen tạo ra protein tham gia vào quá trình phát tín hiệu và phát triển của tế bào. **BRAF** có thể bị đột biến ở các tế bào ung thư

BRIGATINIB

Một liệu pháp nhắm trúng đích hoạt động bằng cách ức chế protein kinase của **u lympho mắt biệt hoá**. Thuốc được sử dụng bằng đường uống dưới dạng viên nén mỗi ngày một lần ở những người bệnh trước đó đã dùng **crizotinib**

BỨC XẠ ION HOÁ

Bức xạ từ các loại hạt hoặc sóng điện từ mang đủ năng lượng để ion hóa hoặc tách điện tử ra khỏi nguyên tử (ví dụ: **X-quang**)

CARBOPLATIN

Một loại **hoá trị** được sử dụng bằng cách truyền tĩnh mạch chậm qua tĩnh mạch ở tay hoặc ở ngực

CẮT BỎ

Phẫu thuật nhằm cắt bỏ khối u

CẮT ĐOẠN (CẮT HÌNH CHÊM)

Phẫu thuật cắt bỏ một phần phổi có khối u

CẮT HÌNH CHÊM (CẮT ĐOẠN)

Phẫu thuật cắt bỏ một phần phổi có khối u

BẢNG CHÚ GIẢI THUẬT NGỮ

CẮT PHỔI

Phẫu thuật cắt bỏ một bên phổi hoặc một phần của phổi

CẮT THUỶ

Một kiểu phẫu thuật ung thư phổi, trong đó một **thuỷ** phổi bị cắt bỏ (phổi phải có ba **thuỷ**, phổi trái có hai **thuỷ**)

CERITINIB

Một **liệu pháp nhắm trúng đích** hoạt động bằng cách ức chế protein **kinase của u lympho mắt biệt hoá**. Thuốc được sử dụng bằng đường uống dưới dạng viên con nhộng mỗi ngày một lần ở những người bệnh trước đó đã dùng **crizotinib**

CHÁN ĂN

Tình trạng thiếu hoặc mất cảm giác ngon miệng

CHẢY MÁU CAM

Thuật ngữ y khoa chỉ tình trạng chảy máu mũi

CHĂM SÓC GIẢM NHE

Chăm sóc cho người bệnh ở giai đoạn nặng, giai đoạn tiến triển. Việc chăm sóc tập trung vào giảm đau, giảm triệu chứng, giảm căng thẳng về thể chất và tinh thần mà không giải quyết nguyên nhân gây bệnh

CHĂM SÓC HỖ TRỢ

Chăm sóc giảm đau, giảm triệu chứng, giảm căng thẳng về thể chất và tinh thần mà không điều trị ung thư

CHỤP CẮT LỚP PHÁT XẠ POSITRON (PET)

Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh sử dụng chất chỉ thị có chất đánh dấu **phóng xạ** qua đường tiêm vào tĩnh mạch cánh tay

CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH (CT)

Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh sử dụng **X-quang** và máy tính để tạo ra hình ảnh chi tiết bên trong cơ thể

CHỤP CỘNG HƯỞNG TỬ (MRI)

Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh sử dụng từ trường mạnh và sóng vô tuyến để tạo ra hình ảnh chi tiết bên trong cơ thể

CISPLATIN

Một loại **hoá trị** được sử dụng bằng cách truyền tĩnh mạch chậm qua tĩnh mạch ở tay hoặc ở ngực

CÓ KHẢ NĂNG PHẪU THUẬT

Có thể cắt bỏ khối u bằng cách phẫu thuật

CƠ HOÀNH

Cơ ngăn cách khoang ngực với bụng; **cơ hoành** co và giãn khi hít vào và thở ra

CRIZOTINIB

Một **liệu pháp nhắm trúng đích** được gọi là **chất ức chế tyrosine kinase**, hoạt động bằng cách chặn protein **kinase của u lympho mắt biệt hoá**. Thuốc chỉ hoạt động ở các tế bào ung thư có protein này bất thường. Thuốc được sử dụng bằng đường uống dưới dạng viên con nhộng mỗi ngày hai lần

DABRAFENIB

Một **liệu pháp nhắm trúng đích** hoạt động bằng cách chặn tín hiệu bên trong các tế bào ung thư và bất hoạt protein do **gen BRAF** đột biến tạo ra. Thuốc được sử dụng bằng đường uống dưới dạng viên nén mỗi ngày hai lần

DACOMITINIB

Một **liệu pháp nhắm trúng đích** được gọi là **chất ức chế tyrosine kinase**, hoạt động bằng cách chặn các tín hiệu bên trong các tế bào ung thư và bất hoạt **thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì**, khiến các tế bào ung thư chết đi. Thuốc được sử dụng bằng đường uống dưới dạng viên nén mỗi ngày một lần

DENOSUMAB

Một loại thuốc được sử dụng để điều trị loãng xương và dự phòng gãy xương cũng như các vấn đề khác của xương gây ra do **tổn thương di căn xương**

DI CĂN

Ung thư đã lan từ nơi bắt nguồn (**nguyên phát**) tới các phần khác của cơ thể

DI CĂN TỐI THIỂU

Ung thư đã lan từ nơi bắt nguồn tới một số cơ quan/vị trí khác; bệnh có thể tiến triển ở những vị trí này nhưng không lan sang các cơ quan khác (**di căn một số vị trí** có thể là **cùng thì** hoặc **khác thì**)

DI CĂN TỐI THIỂU ĐỒNG THÌ

Di căn tối thiểu được chẩn đoán trong vòng vài tháng sau khi phát hiện **khối u nguyên phát**

DI CĂN TỐI THIỂU KHÁC THÌ

Di căn một số vị trí xuất hiện sau khi điều trị **khối u nguyên phát**

DNA

Deoxyribose nucleic acid, chất hóa học mang thông tin di truyền có trong tế bào của cơ thể

BẢNG CHÚ GIẢI THUẬT NGỮ

DOCETAXEL

Một loại **hoá trị** được sử dụng bằng cách truyền tĩnh mạch chậm qua tĩnh mạch ở tay hoặc ở ngực

DURVALUMAB

Một **liệu pháp miễn dịch** ức chế protein **PD-L1** có trên bề mặt của một số tế bào miễn dịch như tế bào T; liệu pháp này kích hoạt các tế bào T để tìm và tiêu diệt tế bào ung thư. Thuốc được sử dụng bằng cách truyền tĩnh mạch chậm qua tĩnh mạch ở tay hoặc ở ngực

ĐAU CƠ

Tình trạng đau cơ

ĐAU KHỚP

Tình trạng khớp bị đau

ĐIỀU DƯỠNG CHUYÊN KHOA

Điều dưỡng chuyên chăm sóc người bệnh mắc một loại bệnh nhất định (ví dụ: ung thư)

(ĐIỀU TRỊ) BỎ TRỢ

Điều trị bổ sung sau điều trị đầu tiên để giảm thiểu khả năng ung thư quay trở lại; thường là **xạ trị** và/hoặc **hoá trị** sau phẫu thuật

ĐIỀU TRỊ BƯỚC BA

Các phương pháp điều trị dành cho người bệnh khi các phương pháp điều trị trước đó (**điều trị bước một** và **điều trị bước hai**) không hiệu quả hoặc phải hoặc phải dừng lại vì xuất hiện tác dụng không mong muốn hoặc các mối lo ngại khác

ĐIỀU TRỊ BƯỚC HAI

Các phương pháp điều trị tiếp theo được chỉ định cho người bệnh khi liệu pháp trước đó (**điều trị bước một**) không hiệu quả hoặc phải dừng lại vì xuất hiện tác dụng không mong muốn hoặc các mối lo ngại khác

ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT

Phương pháp điều trị được sử dụng đầu tiên cho người bệnh

ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ

Điều trị sau các chu kỳ **hoá trị** đầu tiên với mục đích kiểm soát ung thư

ĐIỀU TRỊ ĐỒNG THỜI

Điều trị bằng các phương pháp khác nhau (ví dụ: **hoá trị** và **xạ trị**) cùng một lúc

(ĐIỀU TRỊ) TÂN BỒ TRỢ

Điều trị bước đầu để thu nhỏ **khối u** trước khi điều trị chính

ĐIỀU TRỊ TUẦN TỰ

Điều trị lần lượt

ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TOÀN THÂN

Các thuốc đi khắp cơ thể để tiêu diệt tế bào ung thư. Các thuốc này bao gồm thuốc **hoá trị**, liệu pháp nội tiết, **liệu pháp nhắm trúng đích** và **liệu pháp miễn dịch**

ĐỘ MÔ HỌC

Độ mô học của ung thư được dựa trên mức độ khác biệt của tế bào **khối u** so với tế bào bình thường trên vi thể và mức độ phát triển của chúng. **Độ mô học** có giá trị từ một đến ba và nó phản ánh mức độ xâm lấn của tế bào **khối u**; **độ mô học** càng cao, **khối u** càng xâm lấn

ĐỘT BIẾN

Sự biến đổi vĩnh viễn trong trình tự **DNA**, tạo ra một gen có trình tự khác biệt so với hầu hết mọi người

ĐỘT BIẾN T790M

Đột biến của thụ thể **yếu tố tăng trưởng biểu bì** (còn được gọi là **đột biến Threonine 790 Methionine [Thr790Met]**)

ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

Tiêm vào tĩnh mạch

ERLOTINIB

Một **liệu pháp nhắm trúng đích** được gọi là **chất ức chế tyrosine kinase**, hoạt động bằng cách chặn các tín hiệu bên trong các tế bào ung thư và bất hoạt **thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì**, khiến các tế bào ung thư chết đi. Thuốc được sử dụng bằng đường uống dưới dạng viên nén mỗi ngày một lần

ETOPOSIDE

Một loại **hoá trị** được sử dụng bằng cách truyền tĩnh mạch chậm qua tĩnh mạch ở tay hoặc ở ngực, hoặc bằng đường uống dưới dạng viên nén hoặc viên con nhộng

GAN

Liên quan đến gan

GÂY MÊ TOÀN THÂN

Thủ thuật y khoa gây mất ý thức có thể đảo ngược

GÂY TẾ TẠI CHỖ

Thủ thuật y khoa gây mất cảm giác đau có thể đảo ngược ở xung quanh vị trí dùng thuốc

BẢNG CHÚ GIẢI THUẬT NGỮ

GEFITINIB

Một **liệu pháp nhắm trúng đích** được gọi là **chất ức chế tyrosine kinase**, hoạt động bằng cách chặn các tín hiệu bên trong các tế bào ung thư và bất hoạt **thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì**, khiến các tế bào ung thư chết đi. Thuốc được sử dụng bằng đường uống dưới dạng viên nén mỗi ngày một lần

GEMCITABINE

Một loại **hoá trị** được sử dụng bằng cách truyền tĩnh mạch chậm qua tĩnh mạch ở tay hoặc ở ngực

GEN

Các mảnh **DNA** chịu trách nhiệm tạo ra các vật chất mà cơ thể cần để hoạt động

GIẢM BẠCH CẦU

Tình trạng số lượng bạch cầu trong máu bị giảm, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng

GIẢM BẠCH CẦU HẠT

Tình trạng số lượng **bạch cầu đa nhân trung tính** trong máu giảm bất thường, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng

GIẢM BẠCH CẦU LYMPHO

Tình trạng số lượng bạch cầu lympho (một loại tế bào bạch cầu) trong máu giảm bất thường, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng

GIẢM TIÊU CẦU

Tình trạng giảm **tiêu cầu** trong máu. Tình trạng này dẫn đến việc chảy máu ở mô, bầm tím và làm chậm quá trình đông máu sau chấn thương

HẠCH BẠCH HUYẾT

Các cấu trúc nhỏ nằm ở khắp mọi nơi của **hệ bạch huyết**, có tác dụng lọc các chất độc hại, ví dụ như tế bào ung thư hoặc vi khuẩn

HẠCH BẠCH HUYẾT VÙNG

Các **hạch bạch huyết** nằm gần **khối u**

HẠ KALI MÁU

Nồng độ kali trong máu thấp bất thường

HẠ MAGIÊ MÁU

Nồng độ magie trong máu thấp bất thường

HẠ NATRI MÁU

Nồng độ natri trong máu thấp bất thường

HỆ TIÊU HOÁ

Hệ thống các cơ quan chịu trách nhiệm đưa thức ăn vào và ra khỏi cơ thể, cũng như sử dụng thức ăn để giữ cho cơ thể khỏe mạnh – bao gồm **thực quản**, dạ dày và ruột

HỆ BẠCH HUYẾT

Mạng lưới mô và cơ quan giúp loại bỏ độc tố, chất thải và các chất dư thừa ra khỏi cơ thể. Chức năng chính của hệ bạch huyết là vận chuyển bạch huyết đi khắp cơ thể, đây là dịch chứa các tế bào bạch cầu có tác dụng chống nhiễm trùng

HOÁ TRỊ

Phương pháp điều trị ung thư sử dụng các thuốc tiêu diệt tế bào ung thư bằng cách làm tổn thương chúng, khiến tế bào ung thư không thể sinh sôi và lan tràn

HOÁ TRỊ BỘ ĐÔI

Kết hợp hai loại **hoá trị** khác nhau cùng một lúc

HOÁ XẠ TRỊ

Hoá trị và **xạ trị** đồng thời

HÚT THUỐC LÁ THỤ ĐỘNG

Người không hút thuốc lá nhưng vẫn hít phải khói thuốc

HUYẾT KHÔÍ

Sự hình thành cục máu đông trong mạch máu, cản trở dòng máu tuần hoàn

KHÁNG THỂ ĐƠN DÒNG

Một **liệu pháp nhắm trúng đích**. Các **kháng thể đơn dòng** nhận biết và gắn vào các protein đặc hiệu do tế bào sản xuất. Mỗi **kháng thể đơn dòng** nhận biết một protein đặc hiệu. Chúng hoạt động theo các cách khác nhau, phụ thuộc vào loại protein mà chúng nhắm tới

KHÍ QUẢN

Cơ quan dạng ống rỗng, rộng, nối thanh quản với **phế quản** của phổi

KHÓ NUỐT

Thuật ngữ y khoa chỉ tình trạng khó khăn khi nuốt

KHÓ THỞ

Tình trạng khó thở

KHÓ TIÊU

Thuật ngữ y khoa chỉ tình trạng không tiêu hoá được

KHÔNG THỂ PHẪU THUẬT

Không thể cắt bỏ khối u bằng cách phẫu thuật

KHỐI U

Một khối hoặc sự phát triển của các tế bào bất thường. **Khối u** có thể lành tính (không ung thư) hoặc ác tính (ung thư). Trong hướng dẫn này, thuật ngữ **'khối u'** đề cập đến sự phát triển của ung thư, trừ khi có quy ước khác

BẢNG CHÚ GIẢI THUẬT NGỮ

KHỐI U NGUYÊN PHÁT

Khối u mà ung thư bắt đầu phát triển

LIỆU PHÁP CÂM ỨNG

Điều trị ban đầu bằng **hoá trị** và/hoặc **xạ trị** để thu nhỏ khối u trước khi điều trị bước hai theo dự kiến (ví dụ: phẫu thuật)

LIỆU PHÁP ĐA MÔ THỨC

Phương pháp điều trị gồm hai hoặc nhiều hình thức điều trị - thường là sự kết hợp giữa phẫu thuật, **hoá trị** và **xạ trị**

LIỆU PHÁP KHÁNG TĂNG SINH MẠCH

Một liệu pháp can thiệp vào sự phát triển và tồn tại của các **mạch máu mới** (quá trình hình thành mạch máu), đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển và lan tràn của ung thư

LIỆU PHÁP MIỄN DỊCH

Một phương pháp điều trị ung thư theo cơ chế kích thích hệ thống miễn dịch của cơ thể để chống lại ung thư

LIỆU PHÁP NHẢM TRÚNG ĐÍCH

Một phương pháp điều trị ung thư tiên tiến sử dụng thuốc hoặc các chất khác để xác định và tấn công chính xác các tế bào ung thư, thường ít khi gây tổn thương các tế bào bình thường

LIỆU TRÌNH TẮNG TÓC

Một phác đồ xạ mỗi lần cao hơn và tổng số lần xạ trị ít hơn so với liệu trình **xạ trị thường quy**. Tổng liều phóng xạ của mỗi liệu trình là như nhau

LORLATINIB

Một **liệu pháp nhắm trúng đích** hoạt động bằng cách ức chế protein kinase của u lympho **mất biệt hoá**. Thuốc được sử dụng bằng đường uống dưới dạng viên nén mỗi ngày một lần

MẠCH MÁU

Cấu trúc (dạng ống) vận chuyển máu qua các mô và cơ quan của cơ thể - bao gồm tĩnh mạch, động mạch và mao mạch

MÀNG NGOÀI TIM (NGOẠI TÂM MẠC)

Màng bao bọc tim

MÀNG PHỔI

Màng bao bọc phổi, gồm màng phổi tạng và màng phổi thành

MỆT LẠ

Cảm giác quá mệt mỏi

MŨ LẠNH

Mũ làm mát da đầu được dùng trước, trong và sau điều trị để giảm tác động của điều trị lên các **nang tóc**

NAB-PACLITAXEL

Một loại **hoá trị** được sử dụng bằng cách truyền tĩnh mạch chậm qua tĩnh mạch ở tay hoặc ở ngực. **Nab-Paclitaxel** là một dạng **paclitaxel** gắn với protein

NANG TÓC

Nang nhỏ ở da, nơi tóc mọc ra

NỀN TẢNG PLATINUM

Nhóm thuốc **hoá trị** gồm **cisplatin** và **carboplatin**

NGỨA NGÁY

Tình trạng ngứa ở da nghiêm trọng

NHỊP TIM CHẠM

Tình trạng nhịp tim bị chậm một cách bất thường

NHÓM CHĂM SÓC ĐA CHUYÊN KHOA

Một nhóm nhân viên y tế thuộc nhiều chuyên khoa khác nhau (ví dụ **bác sĩ ung thư**, **chuyên viên điều dưỡng**, nhà vật lý trị liệu, **bác sĩ xạ trị**) phụ trách chuyên môn cho người bệnh. Các hoạt động của nhóm được kết hợp với nhau thông qua kế hoạch chăm sóc

NINTEDANIB

Một **liệu pháp nhắm trúng đích** ngăn chặn các protein kinase, đây là các protein có trong các tế bào ung thư và tham gia vào sự phát triển của ung thư. Thuốc được sử dụng bằng đường uống dưới dạng viên con nhộng mỗi ngày hai lần

NIVOLUMAB

Một **liệu pháp miễn dịch** ức chế protein PD-L1 có trên bề mặt của một số tế bào miễn dịch như tế bào T; liệu pháp này kích hoạt các tế bào T để tìm và tiêu diệt tế bào ung thư. Thuốc được sử dụng bằng cách truyền tĩnh mạch chậm qua tĩnh mạch ở tay hoặc ở ngực

NỘI SOI PHẾ QUẢN

Thủ thuật thăm dò lâm sàng, trong đó bác sĩ kiểm tra đường thở bằng **ống soi phế quản**

OSIMERTINIB

Một **liệu pháp nhắm trúng đích** được gọi là **chất ức chế tyrosine kinase**, hoạt động bằng cách chặn các tín hiệu bên trong các tế bào ung thư và bất hoạt **thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì**, khiến các tế bào ung thư chết đi. Thuốc được sử dụng bằng đường uống dưới dạng viên nén mỗi ngày một lần ở những người bệnh phổi đã điều trị bằng một **chất ức chế tyrosine kinase** khác

ỐNG ĐỒ KHÍ QUẢN

Ống nhỏ được sử dụng để giữ cho đường thở hoặc động mạch được mở

BẢNG CHÚ GIẢI THUẬT NGŨ

ÔNG SOI PHẾ QUẢN

Một cấp quang học mỏng được đưa vào đường thở (thường qua mũi hoặc miệng)

PACLITAXEL

Một loại hoá trị được sử dụng bằng cách truyền tĩnh mạch chậm qua tĩnh mạch ở tay hoặc ở ngực

PEMBROLIZUMAB

Một liệu pháp miễn dịch ức chế protein PD-L1 có trên bề mặt của một số tế bào miễn dịch như tế bào T; liệu pháp này kích hoạt các tế bào T để tìm và tiêu diệt tế bào ung thư. Thuốc được sử dụng bằng cách truyền tĩnh mạch chậm qua tĩnh mạch ở tay hoặc ở ngực

PEMETREXED

Một loại hoá trị được sử dụng trong điều trị UTPKTBN, được dùng bằng cách **tiêm tĩnh mạch** (đưa trực tiếp thuốc vào máu qua tĩnh mạch ở tay hoặc ở ngực)

PHÁC ĐO ĐIỀU TRỊ

Kế hoạch điều trị

PHÂN NHÓM MÔ HỌC

Phân loại ung thư dựa trên loại mô mà ung thư bắt nguồn

PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC CÓ HỖ TRỢ CỦA VIDEO (VATS)

Phẫu thuật giúp bác sĩ quan sát được bên trong ngực và phổi. Đây là một hình thức phẫu thuật ‘nội soi’

PHẾ NANG

Các túi khí nhỏ trong phổi cho phép oxy và carbon đioxit di chuyển giữa phổi và dòng máu

PHẾ QUẢN

Phế quản phải và phế quản trái (các **phế quản**) là hai đường dẫn khí chính đưa không khí vào phổi

PHÓNG XẠ

Vật chất không ổn định và tự phát ra năng lượng (bức xạ)

PHỐI TỬ CHẾT THEO CHƯƠNG TRÌNH 1 (PD-L1)

Một loại protein của tế bào, được cho là có liên quan đến việc giúp **khối u** tránh khỏi sự phát hiện của hệ thống miễn dịch của cơ thể

PHÙ

Tình trạng tích tụ dịch trong cơ thể, làm sưng các mô bị ảnh hưởng

RAMUCIRUMAB

Một liệu pháp nhắm trúng đích ức chế hoạt động của yếu tố **tăng trưởng nội mô mạch máu**, ngăn chặn các tế bào ung thư phát triển nguồn cung cấp máu cho chúng, do đó làm chậm sự phát triển của **khối u**. Thuốc được sử dụng bằng cách truyền tĩnh mạch chậm qua tĩnh mạch ở tay hoặc ở ngực kết hợp với một loại **hoá trị** khác

RỐI LOẠN VẬN NGÔN

Tình trạng phát âm khó khăn hoặc không rõ ràng (ví dụ: nói lắp, giọng mũi, khàn tiếng, nói quá to hoặc quá nhỏ)

RỐI LOẠN VỊ GIÁC

Tình trạng thay đổi cảm giác về hương vị

RỤNG TÓC

Tình trạng tóc bị rụng

SIÊU ÂM

Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh trong đó sóng âm được máy tính chuyển đổi thành hình ảnh

SINH THIẾT

Một thủ thuật y khoa trong đó một mẫu tế bào hoặc mẫu mô nhỏ được thu thập để quan sát dưới kính hiển vi

SINH THIẾT LÔNG

Các xét nghiệm từ mẫu máu hoặc các loại dịch khác của cơ thể để phát hiện sự hiện diện của các chất có nguồn gốc từ **khối u**, từ đó cho thấy sự hiện diện của ung thư

SUY GIÁP

Nồng độ hormone tuyến giáp thấp bất thường

SUY NHƯƠC

Cảm giác yếu ớt hoặc thiếu năng lượng một cách bất thường

TÁI PHÁT

Tình trạng bệnh ung thư xuất hiện trở lại

TÁI PHÁT - TIẾN TRIỂN NẶNG

Bệnh ung thư quay trở lại hoặc tình trạng sức khoẻ của người bệnh xấu đi

TÁI SẮP XẾP KINASE CỦA U LYMPHO MẮT BIỆT HOÁ (ALK)

Kinase của u lympho mắt biệt hoá là một protein bề mặt của tế bào. Sự tái sắp xếp **gen ALK** là một bất thường được tìm thấy ở một số tế bào ung thư, trong đó có UTPKTBN

TÁI TỔ HỢP GEN ROS1

ROS1 là một protein bề mặt của tế bào. Tái tổ hợp **gen ROS1** là một bất thường được tìm thấy ở một số tế bào ung thư, trong đó có UTPKTBN

BẢNG CHÚ GIẢI THUẬT NGỮ

TĂNG KALI MÁU

Nồng độ kali trong máu cao bất thường

TAXANE

Nhóm thuốc hoá trị có **paclitaxel** và **docetaxel**

TĂNG CANXI MÁU

Nồng độ canxi trong máu cao bất thường

TĂNG HUYẾT ÁP

Tình trạng huyết áp cao bất thường

THẦN KINH

Liên quan đến dây thần kinh và hệ thần kinh

THẬN

Liên quan đến thận

THIẾU MÁU

Tình trạng đặc trưng bởi sự thiếu hụt huyết sắc tố (một protein trong các tế bào hồng cầu giúp vận chuyển oxy đi khắp cơ thể)

THUỐC KHÁNG SINH

Một loại thuốc được sử dụng để điều trị và dự phòng nhiễm khuẩn

THUỐC ỨC CHẾ TYROSINE KINASE (TKI)

Một loại hoá trị ức chế tyrosine kinase (là các enzym truyền tín hiệu phát triển tới tế bào)

THỤ THỂ YẾU TỐ TĂNG TRƯỞNG BIỂU BÌ (EGFR)

Một loại protein liên quan đến sự phát triển và phân chia của tế bào. Nó được tìm thấy với số lượng cao bất thường trên bề mặt của nhiều loại tế bào ung thư

THỪ

Một phần của cơ quan (thường hình tròn) tách biệt tương đối với phần còn lại của cơ quan

THỰC QUẢN

Ống dẫn thức ăn; nối họng với dạ dày

THỬ NGHIỆM LÂM SÀNG

Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của điều trị

TIẾN LƯỢNG

Kết quả có thể xảy ra của một tình trạng bệnh lý

TIẾN TRIỂN TẠI CHỖ

Ung thư đã lan từ nơi bắt nguồn tới mô lân cận hoặc **hạch bạch huyết**

TIỂU CẦU

Các tế bào máu có kích thước nhỏ, có vai trò hình thành cục máu đông để cầm máu

TIỂU PHẾ QUẢN

Các phế quản phân chia thành các tiểu phế quản nhỏ hơn, sau đó dẫn tới các **phế nang**

TỌN THƯƠNG DI CĂN

Khối u hoặc sự phát triển ác tính có nguồn gốc từ **khối u**/sự phát triển **nguyên phát** ở bộ phận khác của cơ thể

TRAMETINIB

Một **liệu pháp nhắm trúng đích**, hoạt động bằng cách chặn tín hiệu trong các tế bào ung thư và bất hoạt protein MEK1 và MEK2. Thuốc được sử dụng bằng đường uống dưới dạng viên nén mỗi ngày một lần

TRẦN KHÍ

Tình trạng khí thoát khỏi đường thở (**tiểu phế quản**, **phế nang**) vào các phần thường không có không khí của phổi

TUYÊN THƯỢNG THẬN

Tuyến nội tiết sản xuất nội tiết tố như adrenalin và steroid. Chúng nằm phía trên thận

ТУỶ XƯƠNG

Mô xốp được tìm thấy bên trong một số xương (như xương hông và xương đùi). Nó chứa các tế bào gốc, là những tế bào có thể phát triển thành các tế bào hồng cầu, bạch cầu hoặc **tiểu cầu**

UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO LỚN (KHÔNG BIỆT HOÁ)

Một loại UTPKTBN có hình thái vi thể không giống với **ung thư biểu mô tuyến** hoặc **ung thư biểu mô tế bào vảy**

UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO VÂY (UTBMV)

Một loại UTPKTBN; thường xuất hiện ở vùng rốn phổi hoặc ở một trong hai **phế quản**

UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN

Loại ung thư phổi phổ biến nhất; phát triển từ các tế bào chế tiết chất nhầy lót đường thở

(UNG THƯ) GIAI ĐOẠN SỚM

Ung thư chưa lan tới **hạch bạch huyết** hoặc các phần khác của cơ thể

UNG THƯ PHỔI NGUYÊN PHÁT

Ung thư bắt nguồn từ phổi

BẢNG CHÚ GIẢI THUẬT NGỮ

Ù TAI

Tình trạng nghe thấy âm thanh (tiếng chuông, tiếng rên rĩ hoặc tiếng ù) khi không có âm thanh tồn tại

URIANIUM

Một nguyên tố **phóng xạ** tự nhiên

VIÊM HỌNG

Tình trạng họng bị viêm

VIÊM KẾT MẠC

Tình trạng viêm màng bao phủ nhãn cầu và mí mắt

VIÊM MIỆNG

Tình trạng viêm bên trong miệng

VIÊM MŨI

Tình trạng niêm mạc mũi bị viêm

VIÊM MŨI HỌNG

Tình trạng sưng viêm hốc mũi và thành sau họng

VIÊM NIÊM MẠC ĐƯỜNG TIÊU HOÁ

Tình trạng viêm loét lớp niêm mạc bao phủ **hệ tiêu hoá**

VIÊM PHỔI

Tình trạng phổi bị viêm, thường gây ra bởi sự nhiễm trùng

VIÊM PHỔI DO XẠ TRỊ

Các triệu chứng gồm ho, sốt và tức ngực, thường xuất hiện sau **xạ trị** từ 2 tuần đến 6 tháng nhưng thường là tạm thời

VIÊM THỰC QUẢN

Tình trạng **thực quản** bị viêm

VINORELBINE

Một loại **hoá trị** được sử dụng bằng cách truyền tĩnh mạch chậm qua tĩnh mạch ở tay hoặc ở ngực

XẠ TRỊ

Phương pháp điều trị sử dụng bức xạ năng lượng cao, thường được sử dụng trong điều trị ung thư

XẠ TRỊ LẬP THỂ ĐỊNH VỊ THÂN (SABR)

Một phương pháp **xạ trị** chuyên biệt tác động lên **khối u** từ nhiều hướng khác nhau bằng cách sử dụng máy quét chỉ tiết để đảm bảo mục tiêu chính xác, giúp tác động liều cao hơn trong thời gian ngắn hơn

XẠ TRỊ THƯỜNG QUY

Phương pháp **xạ trị** được dùng cho **khối u** theo cách chia nhỏ tổng liều xạ trị thành nhiều đợt – thường điều trị với một liều nhỏ mỗi ngày trong vài tuần

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Xét nghiệm sử dụng **X-quang** hoặc các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh khác để dựng hình cơ thể và các cơ quan, nhằm phát hiện dấu hiệu của ung thư hoặc các bất thường khác

X-QUANG

Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh sử dụng một loại tia bức xạ có thể xuyên qua cơ thể, cho phép bác sĩ quan sát hình ảnh bên trong cơ thể

YẾU TỐ NGUY CƠ

Yếu tố làm tăng khả năng phát triển bệnh

YẾU TỐ TĂNG TRƯỞNG NỘI MÔ MẠCH MÁU (VEGF)

Một loại protein được sản xuất bởi các tế bào kích thích sự phát triển các **mạch máu** mới

ZOLEDRONIC ACID

Một loại bisphosphonate được sử dụng để điều trị ung thư di căn xương

Hướng dẫn này được chuẩn bị để giúp quý vị, quý vị bè và gia đình của quý vị hiểu rõ hơn về bản chất của ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) và các phương pháp điều trị hiện có. Thông tin y học được mô tả trong tài liệu này dựa trên Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng của European Society for Medical Oncology (ESMO) để quản lý UTPKTBN giai đoạn sớm, giai đoạn tiến triển tại chỗ hoặc giai đoạn di căn. Chúng tôi khuyến nghị quý vị nên hỏi bác sĩ về các xét nghiệm và các phương pháp điều trị hiện có ở quốc gia của quý vị đối với từng loại và từng giai đoạn của UTPKTBN.

Hướng dẫn này được viết bởi Kstorfin Medical Communications Ltd đại diện cho ESMO.

© Bản quyền năm 2019 của European Society for Medical Oncology. Đã được đăng ký bản quyền trên toàn thế giới.

European Society for Medical Oncology (ESMO)

Via Ginevra 4

6900 Lugano

Thụy Sĩ

ĐT: +41 (0)91 973 19 99

Fax: +41 (0)91 973 19 02

E-mail: patient_guides@esmo.org

Chúng tôi có thể giúp quý vị hiểu về ung thư phổi không tế bào nhỏ và các lựa chọn điều trị hiện có.

Hướng dẫn của ESMO cho người bệnh được xây dựng để hỗ trợ người bệnh, người thân và người chăm sóc họ hiểu về bản chất của các loại ung thư khác nhau và đánh giá những lựa chọn điều trị tốt nhất hiện có. Thông tin y học được mô tả trong Hướng dẫn cho Người bệnh được dựa trên Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng ESMO, là tài liệu được xây dựng để hướng dẫn các bác sĩ ung thư chẩn đoán, theo dõi và điều trị các loại ung thư khác nhau.

Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập www.esmo.org

