ĐÁNH GIÁ ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH ĐỒNG MẮC ĐẾN ĐẢM BẢO KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI

Nguyễn Châu Phong[1], Vũ Anh Hải[1], Hồ Viết Hoành[1]*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng của bệnh đồng mắc đến việc đảm bảo kế hoạch điều trị ở bệnh nhân (BN) ung thư phổi (UTP). ***Phương pháp nghiên cứu:*** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 491 BN UTP (tuổi trung bình là 60 ± 10) giai đoạn từ tháng 4/2024 - 4/2025 tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Quân y 103. ***Kết quả:*** Tỷ lệ BN có ít nhất 1 bệnh đồng mắc là 62,53%. Trong đó, bệnh lý tiêu hóa (viêm loét thực quản, dạ dày - tá tràng) chiếm tỷ lệ cao nhất (36,46%) và thường gặp ở nhóm ≤ 60 tuổi hơn so với nhóm > 60 tuổi (p < 0,05). Ngược lại, các bệnh tim mạch và đái tháo đường gặp nhiều hơn ở nhóm > 60 tuổi, nhóm này cũng có số lượng bệnh đồng mắc trung bình cao hơn. 62,21% BN có bệnh đồng mắc không đảm bảo được kế hoạch điều trị, trong đó không đảm bảo kế hoạch hoá trị chiếm tỷ lệ cao nhất (52,88%); đặc biệt, 100% BN có ≥ 4 bệnh đồng mắc không đảm bảo kế hoạch điều trị. ***Kết luận:*** Bệnh đồng mắc thường gặp ở BN UTP và có ảnh hưởng rõ rệt đến đảm bảo kế hoạch điều trị.

Từ khóa: Bệnh đồng mắc; Ung thư phổi; Kế hoạch điều trị.

ASSESSMENT OF THE IMPACT OF COMORBIDITIES ON TREATMENT PLAN ADHERENCE IN LUNG CANCER PATIENTS

Abstract

Objectives: To determine the prevalence of comorbidities and their impact on treatment plan adherence among patients with lung cancer. ***Methods:*** A retrospective and prospective, cross-sectional study was conducted on 491 lung cancer patients (a mean age of 60 ± 10 years) from April 2024 to April 2025 at the Oncology Center, Military Hospital 103. ***Results:*** The prevalence of patients with at least 1 comorbidity was 62.53%. Gastrointestinal disorders (esophagitis, peptic ulcer disease)

[1]Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

[*]Tác giả liên hệ: Nguyễn Châu Phong (chauphongbio97@gmail.com)

Ngày nhận bài: 19/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 27/10/2025

http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si4.1634

were the most common (36.46%) and were significantly more frequent in patients ≤ 60 years compared to those > 60 years (p < 0.05). In contrast, cardiovascular diseases and diabetes mellitus were more prevalent in patients > 60 years, who also had a higher mean number of comorbidities. Overall, 62.21% of patients with comorbidities failed to adhere to the planned treatment regimen. Among these, failure to adhere chemotherapy plan accounted for the highest proportion (52.88%), and 100% of patients with ≥ 4 comorbidities failed to complete their treatment regimen. ***Conclusion:*** Comorbidities are common in lung cancer patients and have a significant impact on treatment plan adherence.

Keywords: Comorbidities; Lung cancer; Treatment plan.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh có tỷ lệ mắc mới và tử vong đứng hàng đầu trên thế giới và Việt Nam. Đối với ung thư, theo NCI (National Cancer Institute), Hoa Kỳ), bệnh đồng mắc được định nghĩa là tình trạng mắc một hoặc nhiều bệnh hoặc tình trạng khác xảy ra cùng lúc với bệnh ung thư. Những bệnh này có thể độc lập với ung thư, hoặc có thể tương tác, ảnh hưởng đến tiên lượng, lựa chọn và kết quả điều trị ung thư [1].

Hiện nay, hầu hết các nghiên cứu về điều trị ung thư nói chung và UTP nói riêng có đề cập đến bệnh đồng mắc, tuy nhiên, tuỳ mục tiêu của từng nghiên cứu mà tiêu chuẩn chọn BN ung thư vào các nghiên cứu khác nhau (tình trạng đột biến, giai đoạn bệnh, khả năng chi trả…), do vậy, cơ cấu bệnh đồng mắc khác nhau. Theo một số nghiên cứu trong và ngoài nước, UTP thường được phát hiện ở người cao tuổi, có liên quan đến hút thuốc, ảnh hưởng đến cơ cấu bệnh đồng mắc, dẫn đến khó khăn trong điều trị toàn diện, tiên lượng người bệnh [1, 2]. Trên thế giới, đã có những nghiên cứu về tác động của bệnh đồng mắc đến kế hoạch điều trị ở BN ung thư nói chung và UTP nói riêng. Một nghiên cứu của Tổ chức Hợp tác và Phát triển Kinh tế từ năm 1990 - 2020 ở các nước phát triển công bố: "Tỷ lệ mắc bệnh đồng mắc trung bình ở các bệnh ung thư là 33,4% và các bệnh đồng mắc gặp ở UTP là 46,7%. Các loại bệnh đồng mắc phổ biến nhất là tăng huyết áp (29,7%), bệnh phổi (15,9%) và đái tháo đường (13,5%)… và nhận thấy các bệnh đồng mắc tăng khoảng 0,54% mỗi năm". Tuy nhiên, ở Việt Nam, nghiên cứu về vấn đề này còn ít. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá thực trạng của bệnh đồng mắc đến đảm bảo kế hoạch điều trị BN UTP điều trị tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2024 - 4/2025.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 491 BN UTP điều trị tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2024 - 4/2025

** Tiêu chuẩn lựa chọn:*

BN UTP có chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học; BN được xác định có bệnh đồng mắc theo định nghĩa của NCI khi BN vào Trung tâm Ung bướu điều trị - các bệnh đồng mắc được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế, do các bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán và thể hiện trên hồ sơ bệnh án.

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

BN có tiên lượng sống < 3 tháng.

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

** Cỡ mẫu:* Lấy mẫu toàn bộ BN UTP điều trị tại Trung tâm Ung bướu đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2024 - 4/2025.

** Các chỉ tiêu nghiên cứu:*

Kế hoạch điều trị được xác định qua quyết định của Hội đồng tư vấn, hội chẩn đa chuyên khoa (Multidisciplinary Team - MDT) cho nhóm điều trị UTP của Bệnh viện Quân y 103.

Đảm bảo kế hoạch điều trị được xác định khi BN thực hiện được đúng kế hoạch đã quyết định bởi MDT (cụ thể gồm không bị trì hoãn, không bị giảm liều, không bị gián đoạn điều trị hoặc thay đổi trình tự các liệu pháp điều trị trong điều trị đa mô thức).

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu; cơ cấu các bệnh đồng mắc; phân bố bệnh đồng mắc theo nhóm bệnh; theo nhóm tuổi (≤ 60 và > 60 tuổi); tỷ lệ BN không đảm bảo kế hoạch điều trị.

Phân nhóm bệnh đồng mắc: Bệnh lý tim - mạch (trừ các bệnh lý mạch máu não); hô hấp, tiêu hoá (bệnh gan - mật; viêm loét thực quản, dạ dày - tá tràng…); đái tháo đường; bệnh lý thận; cơ xương khớp; bệnh lý máu và cơ quan tạo máu; bệnh lý thần kinh; ung thư khác; các bệnh chuyên khoa khác.

Thu thập số liệu: Hồi cứu số liệu qua hồ sơ bệnh án lưu trữ (với bệnh án hồi cứu) và trực tiếp với các BN tại thời điểm nghiên cứu với tất cả BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

** Xử lý số liệu*: Bằng phần mềm thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0. So sánh 2 số trung bình, kiểm định X^2, so sánh 2 tỷ lệ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu không ảnh hưởng đến kế hoạch điều trị của BN, tuân thủ quy định đạo đức trong nghiên cứu của Bệnh viện Quân y 103. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm	Nam		Nữ		p
	n	%	n	%	
Tỷ lệ giới tính	370	75,36	121	24,64	< 0,05
$\overline{X} \pm SD$	65,62 ± 9,48		63,96 ± 10,24		> 0,05
≤ 60 tuổi (n = 117)	84	22,70	33	27,28	> 0,05
> 60 tuổi (n = 374)	286	77,30	88	72,72	> 0,05

Không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa nam (65,62 ± 9,48) và nữ (63,96 ± 10,24); p > 0,05. Tỷ lệ nam cao hơn nữ (≈ 3/1) ở cả 2 nhóm ≤ 60 và > 60 tuổi, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

2. Thực trạng bệnh đồng mắc ở BN UTP

Bảng 2. Thực trạng bệnh đồng mắc và tỷ lệ bệnh đồng mắc theo nhóm tuổi

Nhóm bệnh	Tổng chung		≤ 60 tuổi (n = 117)		> 60 tuổi (n = 374)		p
	n	%	n	%	n	%	
Tim - mạch	68	13,85	11	9,40	57	15,24	< 0,05
Hô hấp	37	7,54	8	6,84	29	7,75	> 0,05
Tiêu hoá							
Viêm loét thực quản, dạ dày - tá tràng	179	36,46	79	67,52	100	26,74	< 0,05
Bệnh gan, mật	21	4,28	6	5,13	15	4,01	> 0,05
Rối loạn chuyển hoá (đái tháo đường)	47	9,57	21	17,95	26	6,95	< 0,05
Thận	6	1,22	2	1,71	4	1,07	> 0,05
Cơ xương khớp	87	17,72	21	17,95	66	17,65	> 0,05
Máu và cơ quan tạo máu	19	3,87	4	3,42	15	4,01	> 0,05
Thần kinh	11	2,24	2	1,71	9	2,41	> 0,05
Ung thư	9	1,83	4	3,42	5	1,34	> 0,05
Các bệnh chuyên khoa khác	55	11,20	25	21,37	30	8,02	< 0,05

Tỷ lệ BN có bệnh đồng mắc là bệnh tiêu hóa chiếm cao nhất (36,46%). Tỷ lệ BN > 60 tuổi có bệnh đồng mắc là bệnh tim mạch cao hơn ở nhóm BN ≤ 60 tuổi;

bệnh lý tiêu hóa (dạ dày - tá tràng), đái tháo đường, một số bệnh chuyên khoa thấp hơn ở nhóm ≤ 60 tuổi, p < 0,05.

Bảng 3. Phân bố số lượng bệnh đồng mắc trên 1 BN theo nhóm tuổi.

Bệnh đồng mắc	Tổng chung		≤ 60 tuổi (n = 117)		> 60 tuổi (n = 374)		p
	n	%	n	%	n	%	
Không bệnh đồng mắc	184	37,47	45	38,46	139	37,17	> 0,05
Mắc ít nhất 1 bệnh	307	62,53	72	61,54	235	62,83	> 0,05
Mắc 1 bệnh	180	36,66	47	40,17	133	33,56	< 0,05
Mắc 2 bệnh	64	13,03	15	12,82	49	13,10	> 0,05
Mắc 3 bệnh	33	6,73	5	4,27	28	7,49	< 0,05
Mắc 4 bệnh	12	2,44	1	0,85	11	2,94	< 0,05
Mắc 5 bệnh	8	1,63	2	1,71	6	1,6	> 0,05
Mắc > 5 bệnh	10	2,03	2	1,71	8	2,14	> 0,05

Tỷ lệ BN có bệnh đồng mắc không khác biệt giữa 2 nhóm tuổi ≤ 60 và > 60. Tỷ lệ BN có 1 bệnh đồng mắc ở nhóm > 60 tuổi thấp hơn nhóm ≤ 60 tuổi, BN > 60 tuổi có từ > 2 bệnh đồng mắc có xu hướng cao hơn nhóm ≤ 60 tuổi, khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm có 3, 4 bệnh đồng mắc (p < 0,05).

3. Bệnh đồng mắc ảnh hưởng đến đảm bảo kế hoạch điều trị

Bảng 4. Tỷ lệ BN không đảm bảo kế hoạch điều trị.

	Đảm bảo KHĐT		Không đảm bảo KHĐT	
	n	%	n	%
Không bệnh đồng mắc (n = 184)	184	100	0	0
Có bệnh đồng mắc (n = 307)	116	37,79	191	62,21
Không đảm bảo kế hoạch hoá trị			101	52,88
Không đảm bảo kế hoạch hoá xạ trị			52	27,23
Không đảm bảo kế hoạch xạ trị			20	10,47
Không đảm bảo kế hoạch điều trị miễn dịch			7	3,66
Không đảm bảo kế hoạch phẫu thuật			11	5,76

(KHĐT: Kế hoạch điều trị)

Nhóm không có bệnh đồng mắc 100% BN đảm bảo kế hoạch điều trị. 62,21% BN có bệnh đồng mắc không đảm bảo kế hoạch điều trị, trong đó nhiều nhất là không đảm bảo kế hoạch hoá trị (52,88%), sau đó là hoá xạ trị (27,23%).

Bảng 5. Phân bố tỷ lệ BN không đảm bảo được kế hoạch điều trị theo nhóm tuổi và số lượng bệnh đồng mắc.

Bệnh đồng mắc	≤ 60 tuổi (n = 117)		> 60 tuổi (n = 374)		p
	n	%	n	%	
Không bệnh đồng mắc (n = 184)	0	0	0	0	> 0,05
1 bệnh đồng mắc (n = 180)	7/47	11,89	82/133	61,65	< 0,05
2 bệnh đồng mắc (n = 64)	5/15	33,33	38/49	77,55	< 0,05
3 bệnh đồng mắc (n = 33)	3/5	60,00	26/28	92,86	< 0,05
4 bệnh đồng mắc (n = 12)	1/1	100	11/11	100	> 0,05
5 bệnh đồng mắc (n = 8)	2/2	100	6/6	100	> 0,05
> 5 bệnh đồng mắc (n = 10)	2/2	100	8/8	100	> 0,05
Tổng	20/72	27,78	171	72,77	< 0,05

Nhóm BN ≤ 60 tuổi có tỷ lệ không đảm bảo kế hoạch điều trị (27,78%) thấp hơn nhóm > 60 tuổi (72,77%), với p < 0,05. Tỷ lệ BN UTP > 60 tuổi có tỷ lệ không đảm bảo kế hoạch điều trị cao hơn nhóm ≤ 60 tuổi ở các phân nhóm có 2, 3 bệnh đồng mắc (p < 0,05) và càng mắc nhiều bệnh đồng mắc thì tỷ lệ không đảm bảo kế hoạch điều trị càng tăng. 100% BN có ≥ 4 bệnh đồng mắc không đảm bảo kế hoạch điều trị, không phân biệt tuổi.

Bảng 6. Phân bố tỷ lệ BN không đảm bảo được kế hoạch điều trị theo bệnh lý đồng mắc.

Nhóm bệnh đồng mắc	ĐBKHĐT		Không ĐBKHĐT	
	n	%	n	%
Tim - mạch (n = 68)	3	4,41	65	95,59
Hô hấp (n = 37)	2	5,41	35	94,59
Tiêu hoá				
Viêm loét thực quản, dạ dày - tá tràng (n = 179)	159	88,83	20	11,17
Bệnh gan, mật (n = 21)	1	4,76	20	95,24
Rối loạn chuyển hoá (đái tháo đường n = 47)	6	12,76	41	87,24
Thận (n = 6)	1	16,67	5	83,33

Nhóm bệnh đồng mắc	ĐBKHĐT		Không ĐBKHĐT	
	n	%	n	%
Cơ xương khớp (n = 87)	57	65,52	30	34,48
Máu và cơ quan tạo máu (n =19)	2	10,52	17	89,48
Thần kinh (n = 11)	2	18,19	9	81,81
Bệnh ung thư khác (n = 9)	2	22,22	7	77,78
Các bệnh chuyên khoa khác (n = 55)	50	90,91	5	9,09

(ĐBKHĐT: Đảm bảo kế hoạch điều trị)

BN có bệnh đồng mắc là bệnh xương khớp, viêm loét thực quản, dạ dày - tá tràng hoặc bệnh của một số chuyên khoa khác có tỷ lệ đảm bảo kế hoạch điều trị tốt nhất (65,52 - 90,91%). BN có bệnh đồng mắc là bệnh tim mạch, gan mật, hô hấp có tỷ lệ không đảm bảo kế hoạch điều trị cao nhất (> 90%).

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của BN cho 2 giới là 65,00 ± 10,00, tỷ lệ nam/nữ ≈ 3/1) ở 2 nhóm > 60 và ≤ 60 tuổi (p > 0,05). Theo Krishna Chaitanya Thandra và CS (2021) công bố nghiên cứu dịch tễ UTP tại Mỹ - NCI SEER Program cho biết tuổi trung vị chẩn đoán UTP là 71. Phần lớn BN thuộc nhóm tuổi 65 - 74 (35,9%), 75 - 84 (27,8%), > 84 (9%) [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, BN UTP có độ tuổi trẻ hơn so với các nghiên cứu ngoài nước, phù hợp với ghi nhận ung thư tại Việt Nam [2]. Đặc điểm này cho phép so sánh kết quả của nghiên cứu với kết quả đã công bố trên thế giới.

Khi nghiên cứu thực trạng cơ cấu bệnh đồng mắc và tỷ lệ bệnh đồng mắc theo nhóm tuổi, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ BN có bệnh đồng mắc là 62,53%, tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Helen Fowler và CS (2020) công bố là khoảng 67% BN UTP có ≥ 1 bệnh đồng mắc. Tuy nhiên, phổ biến nhất là tăng huyết áp (15 - 20%), COPD (25%), đái tháo đường, bệnh tim mạch [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh đồng mắc bệnh tiêu hóa (viêm loét thực quản, dạ dày - tá tràng…) chiếm cao nhất (36,46%), sau đó là bệnh xương khớp, tim mạch, đái tháo đường, bệnh hô hấp. Tỷ lệ BN > 60 tuổi có bệnh đồng mắc là bệnh tim mạch cao hơn nhóm BN ≤ 60 tuổi, có bệnh đồng mắc là bệnh lý tiêu hóa, đái tháo đường và một số bệnh chuyên khoa thấp hơn nhóm ≤ 60 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Điều này có thể lý giải một phần do độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu

của Helen Fowler và CS (2020) [5]. Nghiên cứu của Morten Borg và CS (2025) cho biết khoảng 50% BN UTP có bệnh mắc kèm thì bệnh tim mạch và COPD là phổ biến nhất [6]. Nghiên cứu của Leduc C và CS (2017) cho biết khoảng 70 - 80% BN có ít nhất một bệnh đồng mắc, đặc biệt là COPD, tăng huyết áp, bệnh mạch vành, hoặc đái tháo đường [9].

Phân tích phân bố số lượng bệnh đồng mắc trên 1 BN theo nhóm tuổi chúng tôi nhận thấy tỷ lệ BN có bệnh đồng mắc không khác biệt giữa 2 nhóm tuổi > 60 và ≤ 60, nhưng tỷ lệ bệnh có 1 bệnh đồng mắc ở nhóm > 60 tuổi thấp hơn nhóm ≤ 60 tuổi và tỷ lệ BN > 60 tuổi có 3, 4 bệnh đồng mắc cao hơn nhóm ≤ 60 tuổi ($p < 0,05$), kết quả này phù hợp với nghiên cứu của KM Monirul Islam. Theo KM Monirul Islam và CS (2020): "Tỷ lệ mắc các bệnh đồng mắc ở BN UTP lớn tuổi cao hơn so với BN trẻ hơn" [7]. Theo một nghiên cứu tại Mỹ "Tại thời điểm chẩn đoán UTP, hầu hết BN có ít nhất một bệnh đồng mắc" [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi 62,21% BN có bệnh đồng mắc không đảm bảo kế hoạch điều trị; kết quả tại bảng 4 cũng cho thấy tỷ lệ BN không đảm bảo kế hoạch hoá trị chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là hoá - xạ trị. Điều này do hoá trị là biện pháp điều trị toàn thân, tác dụng không mong muốn có thể gặp nhiều hơn các phương pháp điều trị tại chỗ và miễn dịch, do vậy, các bệnh đồng mắc ảnh hưởng nhiều nhất đến kế hoạch điều trị của nhóm BN này - đây là kết quả được ghi nhận trong nghiên cứu mà chúng tôi chưa thấy tác giả nào công bố. Nhóm BN ≤ 60 tuổi có tỷ lệ không đảm bảo kế hoạch điều trị (27,78%) thấp hơn nhóm tuổi > 60 (72,77%); nhóm BN UTP > 60 tuổi có tỷ lệ không đảm bảo kế hoạch điều trị cao hơn nhóm ≤ 60 tuổi ở các phân nhóm có 2, 3 bệnh đồng mắc và càng mắc nhiều bệnh đồng mắc thì tỷ lệ không đảm bảo kế hoạch điều trị càng tăng; 100% BN có ≥ 4 bệnh đồng mắc không đảm bảo kế hoạch điều trị. Theo Cilla EJ Vrinzen và CS (2025) [8], các bệnh đồng mắc có thể ảnh hưởng đến chẩn đoán ung thư hoặc liên quan đến sự chậm trễ trong chẩn đoán. Các bệnh đồng mắc có thể ảnh hưởng đến lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu. Như vậy, điều quan trọng là phải đánh giá mức độ phổ biến và nghiêm trọng của các bệnh đồng mắc, để có thể điều chỉnh kế hoạch điều trị và quản lý BN ung thư tốt hơn.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 491 BN UTP, tuổi trung bình 60 ± 10. Tỷ lệ có bệnh đồng mắc là 62,53%, trong đó bệnh lý tiêu hóa (viêm loét thực quản, dạ dày - tá

tràng) chiếm tỷ lệ cao nhất (36,46%) và nhóm tuổi ≤ 60 cao hơn nhóm tuổi > 60 (p < 0,05). Các bệnh tim mạch, đái tháo đường ở nhóm tuổi > 60 cao hơn nhóm tuổi ≤ 60 và nhóm > 60 tuổi có nhiều bệnh đồng mắc hơn nhóm ≤ 60 tuổi. 62,21% BN có bệnh đồng mắc không đảm bảo được kế hoạch điều trị trong đó không đảm bảo kế hoạch hoá trị chiếm tỷ lệ cao nhất (52,88%); 100% BN có ≥ 4 bệnh đồng mắc không đảm bảo kế hoạch điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. *Lung Cancer Fact Sheet*. Geneva: WHO; 26 June 2023. Available from the WHO website.

2. Nguyễn Thị Nga, Lê Thị Vũ Huyền, Nguyễn Thị Thu Thủy, Trần Thị Thanh Hương, Phạm Tường Vân. Một số đặc điểm dịch tễ và mô bệnh học ung thư phổi tại Hà Nội, 2015-2019. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2023; 64(3): DOI:10.52163/yhc.v64i3.646.

3. American Cancer Society. Cancer.org. Atlanta: ACS; 2023. Available from: https://www.cancer.org [7/2025]

4. Thandra KC, Barsouk A, Saginala K, et al. Epidemiology of lung cancer. *Contemp Oncol (Pozn)*. 2021; 25(1):45-52. DOI:10.5114/wo.2021.103059.

5. Fowler H, Belot A, Ellis L, et al. Comorbidity prevalence among cancer patients: A population-based cohort study of four cancers. *BMC Cancer*. 2020; 20(1):2. DOI:10.1186/s12885-019-6472-9.

6. Borg M, Løkke A, Ibsen R, Hilberg O. Four decades of lung cancer: Trends in comorbidities and causes of death in a nationwide Danish cohort. *Eur J Cancer*. 2025; 218:115303. DOI:10.1016/j.ejca.2025.115303.

7. Islam KM, Stevens A, Ganti AK. Survival trends for patients with small cell lung cancer (SCLC) in the United States: Analysis of the SEER Database. *JSM Clin Oncol Res*. 2020; 8(1):1062.

8. Vrinzen CEJ, Delfgou L, Stadhouders N, et al. A systematic review and multilevel regression analysis reveals the comorbidity prevalence in cancer. *Cancer Res*. 2025; 83(7):1147-1157. DOI:10.1158/0008-5472.CAN-22-1336.

9. Leduc C, Antoni D, Charloux A, Falcoz PE, Quoix E. Comorbidities in the management of patients with lung cancer. *Eur Respir J.* 2017; 49(3):1601721. DOI:10.1183/13993003.01721-2016.