

Tình hình sử dụng phác đồ hóa trị bộ đôi chứa platin trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Nguyễn Thị Chi^{1,*}, Trần Minh Hoàng¹, Phạm Quốc Anh², Hồ Nhật Tân², Phạm Hồng Thắm^{1,2}

¹Khoa Dược, Trường Đại học Nguyễn Tất Thành, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Nhân dân Gia Định, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

*ntchi@ntt.edu.vn

Tóm tắt

Ung thư phổi là nguyên nhân gây tử vong cao nhất trong các loại ung thư trên thế giới và tại Việt Nam, trong đó ung thư phổi không tế bào nhỏ chiếm tỷ lệ cao. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm bệnh nhân và tình hình sử dụng các phác đồ hóa trị bộ đôi chứa platin tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu được tiến hành trên 95 bệnh nhân điều trị từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2025. Kết quả cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là $63,1 \pm 7,0$; nam giới chiếm 78,9 % và 75,8 % bệnh nhân ở giai đoạn IV. Đa số bệnh nhân có bệnh mắc kèm (82,1 %), chủ yếu là tăng huyết áp (63,2 %) và đái tháo đường (25,3 %); ho là triệu chứng thường gặp nhất (67,4 %). Phác đồ carboplatin-paclitaxel được sử dụng nhiều nhất (90,5 %), tiếp theo là carboplatin-vinorelbine và cisplatin-paclitaxel (đều 4,2 %). Có 73,7 % bệnh nhân hoàn thành đủ 6 chu kỳ hóa trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy carboplatin-paclitaxel là phác đồ được sử dụng phổ biến trong thực hành lâm sàng và cung cấp dữ liệu thực tiễn về sử dụng hóa chất nhóm platin, góp phần định hướng tối ưu hóa điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ.

Nhận 08/10/2025
Được duyệt 10/08/2026
Công bố 28/09/2026

Từ khóa

Ung thư phổi không tế bào nhỏ; phác đồ hóa trị bộ đôi platin; carboplatin; cisplatin; sử dụng thuốc.

© 2026 Journal of Science and Technology - NTTU

1 Đặt vấn đề

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm khoảng 85 % tổng số trường hợp ung thư phổi (UTP). UTP là một trong những ung thư thường gặp và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư trên thế giới cũng như tại Việt Nam [1, 2]. Điều trị UTPKTBN được thực hiện theo hướng đa mô thức và cá thể hóa, có thể bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, điều trị đích, điều trị miễn dịch và chăm sóc giảm nhẹ. Việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, đặc điểm mô bệnh học, dấu ấn sinh học phân tử, chỉ số thể trạng, chức năng cơ quan và điều kiện thực tế của cơ sở điều trị [1].

Mặc dù điều trị đích và điều trị miễn dịch đã tạo ra những tiến bộ đáng kể trong điều trị toàn thân, hóa trị vẫn giữ vai trò quan trọng trong điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật, hóa xạ trị đồng thời và điều trị bệnh ở giai đoạn tiến xa đối với những bệnh nhân (BN) có chỉ định phù hợp [1]. Các thuốc platin, chủ yếu gồm cisplatin và carboplatin, là thành phần nền tảng của nhiều phác đồ hóa trị bộ đôi điều trị UTPKTBN, đặc biệt ở giai đoạn tiến xa hoặc di căn. Việc lựa chọn cisplatin hoặc carboplatin cần cân nhắc đặc điểm BN, mục tiêu điều trị, chức năng cơ quan và hồ sơ biến cố bất lợi của từng thuốc [1, 3].

Trong quá trình điều trị, BN UTP tiến xa có thể gặp nhiều triệu chứng liên quan đến bệnh, biến cố bất lợi của điều trị và các vấn đề về thể chất hoặc tâm lý. Việc tích hợp chăm sóc hỗ trợ và chăm sóc giảm nhẹ vào quá trình điều trị ung thư có thể góp phần kiểm soát triệu chứng và cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh [4]. Trong thực hành lâm sàng, loại phác đồ, số chu kỳ và mức liều hóa trị có thể thay đổi tùy theo giai đoạn bệnh, chỉ số thể trạng, chức năng gan thận, bệnh mắc kèm, độc tính trong quá trình điều trị và quyết định của bác sĩ điều trị. Tuy nhiên, dữ liệu mô tả thực tế về việc sử dụng các phác đồ hóa trị bộ đôi chứa platin tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định (BVNDGD) còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm BN và tình hình sử dụng phác đồ hóa trị bộ đôi chứa platin trong điều trị UTPKTBN tại BVNDGD.

2 Phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: BN được chẩn đoán UTPKTBN và được chỉ định điều trị bằng phác đồ hóa trị bộ đôi chứa platin tại Khoa Ung bướu, BVNDGD từ 01/01/2023 đến 30/06/2025.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN từ 18 tuổi trở lên; được chẩn đoán UTPKTBN giai đoạn III hoặc IV theo hệ thống phân loại khối u - hạch - di căn (Tumor-Node-Metastasis – TNM) phiên bản thứ 8; bắt đầu điều trị bằng phác đồ hóa trị bộ đôi chứa platin trong thời gian nghiên cứu; hồ sơ bệnh án có đủ các thông tin cần thiết phục vụ nghiên cứu; Không có tiền sử mắc ung thư khác.

Tiêu chuẩn loại trừ: phụ nữ mang thai hoặc đang cho con bú; BN có bệnh nội khoa nặng hoặc tình trạng nhiễm khuẩn chưa kiểm soát có khả năng ảnh hưởng đáng kể đến việc chỉ định và thực hiện hóa trị; hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

Cỡ mẫu: nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tất cả BN đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu được đưa vào phân tích.

Biến số nghiên cứu:

Đặc điểm BN: tuổi, giới, chỉ số thể trạng Karnofsky (KPS), bệnh mắc kèm

Đặc điểm điều trị: giai đoạn bệnh, tình trạng di căn xa, vị trí di căn, phác đồ hóa trị bộ đôi chứa platin, số chu kỳ hóa trị được ghi nhận, mức liều sử dụng so với liều chuẩn.

Đặc điểm thuốc điều trị: phác đồ hóa trị, số chu kỳ hóa trị, Liều sử dụng (Trên 85 % mức liều chuẩn, dưới 85 % mức liều chuẩn)

Tiêu chí đánh giá:

Chỉ số thể trạng Karnofsky (KPS): được ghi nhận theo thang điểm Karnofsky Performance Status, từ 0 đến 100 điểm.

Phác đồ hóa trị: là phác đồ phối hợp một thuốc platin, gồm cisplatin hoặc carboplatin, với một thuốc hóa trị khác.

Số chu kỳ hóa trị: là tổng số chu kỳ của phác đồ hóa trị bộ đôi chứa platin được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án của từng BN trong thời gian theo dõi.

Mức liều sử dụng: được phân thành hai nhóm (1) Dưới 85 % liều chuẩn, (2) Từ 85 % liều chuẩn trở lên. Liều chuẩn được xác định theo phác đồ điều trị được áp dụng tại bệnh viện và đặc điểm liều dùng của từng thuốc.

Xử lý số liệu: dữ liệu được nhập bằng Microsoft Excel 2019 và phân tích bằng SPSS phiên bản 26. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, ký hiệu là n (%). Biến định lượng được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu có phân phối phù hợp. Đối với biến cho phép có nhiều lựa chọn, như bệnh mắc kèm và vị trí di căn, một BN có thể được ghi nhận ở nhiều nhóm; do đó, tổng tỷ lệ phần trăm có thể vượt quá 100 %.

Vấn đề đạo đức: nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức BVNDGD, số Quyết định 66/HĐĐĐ-NDGD, ngày 17 tháng 05 năm 2025.

3 Kết quả

Trong thời gian nghiên cứu, có 95 BN đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và được đưa vào phân tích:

3.1 Đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 1 Đặc điểm về độ tuổi giữa của nhóm nghiên cứu

Nhóm tuổi	Tổng (n, %)	Giới tính	
		Nam, n (%)	Nữ, n (%)
Dưới 40 tuổi	0	0	0
40-49 tuổi	2 (2,1)	1	1
50-59 tuổi	30 (31,6)	22	8
Từ 60 tuổi trở lên	63 (66,3)	52	11
Tổng	95 (100)	75 (78,9)	20 (21,1)
Tuổi, TB $\pm$ ĐLC	63,1 $\pm$ 7,0	Thấp nhất – Cao nhất (46-82)	

* TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn

Nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình, trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn: (63,1 $\pm$ 7,0) tuổi, với khoảng tuổi từ (46-82) tuổi. Trong đó, nam giới chiếm 78,9 % và nữ giới chiếm 21,1 %. Có 66,3 % BN từ 60 tuổi trở lên.

3.2 Đặc điểm bệnh lý và lâm sàng

Bảng 2 Đặc điểm bệnh lý và lâm sàng trên BN

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn bệnh, N = 95		
Giai đoạn III	23	24,2
Giai đoạn IV	72	75,8
Chỉ số thể trạng Karnofsky, N = 95		
KSP 80	47	49,5
KSP 90	31	32,6
KSP 100	17	17,9
Tình trạng di căn xa, N = 95		
Không di căn xa (M0)	23	24,2
Có di căn xa (M1)	72	75,8
Vị trí di căn trên BN M1, N = 72		
Xương	33	34,7
Não	22	23,2
Gan	14	14,7
Tuyến thượng thận	9	9,5
Vị trí khác	3	3,2
Bệnh mắc kèm, N = 95		
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	11	11,6
Đái tháo đường	24	25,3
Tăng huyết áp	60	63,2

Rối loạn lipid huyết	10	10,5
Khác	25	26,3
Không có bệnh mắc kèm	17	17,9

Đa số BN ở giai đoạn IV, chiếm 75,8 %. Tất cả BN có chỉ số KPS từ 80 điểm trở lên, trong đó KPS 80 chiếm tỷ lệ cao nhất, với 49,5 %. Có 72 BN được ghi nhận có di căn xa. Trong nhóm BN M1, xương là vị trí di căn được ghi nhận nhiều nhất, chiếm 45,8 %, tiếp theo là não, chiếm 30,6 %. Có 78 BN, tương ứng 82,1 %, mắc ít nhất một bệnh kèm. Tăng huyết áp là bệnh mắc kèm thường gặp nhất, chiếm 63,2 %, tiếp theo là đái tháo đường, chiếm 25,3 %

3.3 Phác đồ hóa trị bộ đôi chứa platin

Bảng 3 Các phác đồ hóa trị bộ đôi chứa platin được sử dụng

Phác đồ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Carboplatin-paclitaxel	86	90,5
Carboplatin-vinorelbin	4	4,2
Cisplatin-paclitaxel	4	4,2
Cisplatin-docetaxel	1	1,1
Tổng	95	100

Số chu kỳ hóa trị trung bình là 5,48 $\pm$ 0,94 chu kỳ trên mỗi BN. Tổng cộng có 521 chu kỳ hóa trị được ghi nhận. Có 70 BN, tương ứng 73,7%, được ghi nhận điều trị đủ 6 chu kỳ. Không có BN nào được ghi nhận điều trị phác đồ bộ đôi chứa platin quá 6 chu kỳ.

3.5 Mức liều sử dụng

Bảng 4 Mức liều sử dụng thực tế so với liều chuẩn theo phác đồ

Liều hóa chất sử dụng trên BN	Thuốc platin <i>n</i> (%)	Thuốc hóa trị phối hợp <i>n</i> (%)
Carboplatin-paclitaxel, <i>N</i> = 86		
Dưới 85 % liều chuẩn	64 (74,4)	64 (74,4)
Từ 85 % liều chuẩn trở lên	22 (25,6)	22 (25,6)
Carboplatin-vinorelbin, <i>N</i> = 4		
Dưới 85 % liều chuẩn	3 (75,0)	4 (100)
Từ 85 % liều chuẩn trở lên	1 (25,0)	0 (0,0)
Cisplatin-paclitaxel, <i>N</i> = 4		
Dưới 85 % liều chuẩn	0 (0,0)	4 (100)
Từ 85 % liều chuẩn trở lên	4 (100)	0 (0,0)
Cisplatin-docetaxel, <i>N</i> = 1		
Dưới 85 % liều chuẩn	0 (0,0)	0 (0,0)
Từ 85 % liều chuẩn trở lên	1 (100)	1 (100)

Trong nhóm sử dụng carboplatin+paclitaxel, 74,4 % BN được ghi nhận sử dụng mức liều dưới 85 % liều chuẩn đối với cả carboplatin và paclitaxel.

4 Bàn luận

Kết quả cho thấy phần lớn BN là nam giới, tuổi trung bình trên 60, được chẩn đoán ở giai đoạn IV và điều trị chủ yếu bằng phác đồ carboplatin-paclitaxel. Tuổi trung bình của BN là $63,1 \pm 7,0$, trong đó BN trẻ tuổi nhất là 46 tuổi và BN lớn tuổi nhất là 82 tuổi, cao hơn nghiên cứu trước (58,2 tuổi) [5]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm quần thể nghiên cứu, do nghiên cứu hiện tại chỉ bao gồm BN giai đoạn III-IV được chỉ định hóa trị, trong khi nghiên cứu trước đây chủ yếu thực hiện trên BN được phẫu thuật [5]. Nam giới chiếm 78,9 %, tương đồng với các nghiên cứu trước là (80,0 %) [6] và (76,7 %) [7]. Xu hướng này cũng phù hợp với đặc điểm dịch tễ của UTP được ghi nhận trong báo cáo Cancer Statistics 2023, mặc dù tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với số liệu quốc tế [2]. Điều này có thể phản ánh sự khác biệt về đặc điểm dân số, yếu tố nguy cơ và đối tượng nghiên cứu giữa các quốc gia.

Đa số BN được chẩn đoán ở giai đoạn IV (75,8 %), tất cả BN đều có chỉ số Karnofsky từ 80 điểm trở lên, trong đó KPS 80 chiếm tỷ lệ cao nhất (49,5 %). Tỷ lệ BN có KPS 90-100 trong nghiên cứu thấp hơn so với nghiên cứu trước, trong đó 86,4 % BN có KPS từ 90

điểm trở lên [8]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến khác biệt về giai đoạn bệnh và tiêu chuẩn lựa chọn BN giữa hai nghiên cứu. Ngoài ra, có 82,1 % BN mắc ít nhất một bệnh kèm, chủ yếu là tăng huyết áp và đái tháo đường. Kết quả này cao hơn kết quả ở nghiên cứu [9], trong đó tỷ lệ bệnh mắc kèm là 61,1 %. Điều này có thể phản ánh đặc điểm của nhóm BN lớn tuổi điều trị tại bệnh viện đa khoa, tuy nhiên nghiên cứu chưa đánh giá mối liên quan giữa bệnh mắc kèm với lựa chọn phác đồ hoặc kết quả điều trị.

Carboplatin-paclitaxel là phác đồ được sử dụng phổ biến nhất (90,5 %). Đây cũng là một trong những phác đồ được khuyến cáo trong Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị UTPKTBN của Bộ Y tế đối với nhiều nhóm BN giai đoạn tiến xa [1]. Phân tích gộp của Griesinger và cộng sự cho thấy việc lựa chọn carboplatin hay cisplatin cần dựa trên cân bằng giữa hiệu quả và độc tính của từng thuốc ở từng đối tượng BN [3]. Tuy nhiên, nghiên cứu hiện tại chỉ mô tả tình hình sử dụng thuốc trong thực hành lâm sàng và chưa thu thập các chỉ số về đáp ứng điều trị hoặc biến cố bất lợi, do đó không thể so sánh hiệu quả hoặc độ an toàn giữa các phác đồ.

Có 73,7 % BN được ghi nhận điều trị đủ 6 chu kỳ hóa trị, với số chu kỳ trung bình là $5,48 \pm 0,94$. Kết quả này cho thấy phần lớn BN được duy trì điều trị theo kế hoạch ban đầu. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa ghi nhận nguyên nhân giảm số chu kỳ hoặc thay đổi kế

hoạch điều trị, vì vậy chưa đủ cơ sở để xem đây là chỉ số phản ánh mức độ tuân thủ điều trị. Đối với mức liều sử dụng, phần lớn BN dùng carboplatin-paclitaxel được ghi nhận ở nhóm dưới 85 % liều chuẩn. Đây là đặc điểm thực hành điều trị được quan sát trong nghiên cứu; tuy nhiên, do chưa phân tích nguyên nhân điều chỉnh liều cũng như chưa đánh giá cường độ liều tương đối, kết quả này chỉ nên được diễn giải dưới góc độ mô tả.

Nghiên cứu đã cung cấp những dữ liệu ban đầu về thực trạng sử dụng phác đồ hóa trị bộ đôi chứa platin tại BVNDGD. Tuy nhiên, với thiết kế hồi cứu và cỡ mẫu còn hạn chế, nghiên cứu chưa đánh giá được hiệu quả điều trị, độc tính hoặc các yếu tố ảnh hưởng đến lựa chọn phác đồ và điều chỉnh liều. Các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và bổ sung các chỉ số lâm sàng như đáp ứng điều trị, thời gian sống thêm và biến cố bất lợi sẽ giúp đánh giá toàn diện hơn giá trị của các phác đồ hóa trị bộ đôi chứa platin trong thực hành lâm sàng.

5 Kết luận

Nghiên cứu trên 95 BN UTPKTBN điều trị bằng phác đồ hóa trị bộ đôi chứa platin cho thấy BN chủ yếu là nam giới, có tuổi trung bình $63,1 \pm 7,0$ tuổi và phần lớn được chẩn đoán ở giai đoạn IV. Carboplatin-paclitaxel là phác đồ được sử dụng phổ biến nhất, chiếm 90,5 %. Có 73,7 % BN được ghi nhận điều trị đủ 6 chu kỳ hóa trị và phần lớn BN sử dụng mức liều dưới 85 % liều chuẩn đối với phác đồ carboplatin-paclitaxel. Kết quả nghiên cứu cung cấp dữ liệu thực tế về đặc điểm BN và tình hình sử dụng phác đồ hóa trị bộ đôi chứa platin tại BVNDGD. Đây là cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo nhằm đánh giá hiệu quả điều trị, tính an toàn, các yếu tố ảnh hưởng đến lựa chọn phác đồ và điều chỉnh liều trong thực hành lâm sàng.

Lời cảm ơn

Nghiên cứu được tài trợ bởi Quỹ Phát triển Khoa học và Công nghệ Trường Đại học Nguyễn Tất Thành, đề tài mã số 2025.01.235/HĐ-KHCN.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế. (2018). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ* (Ban hành kèm theo Quyết định số 4825/QĐ-BYT ngày 06 tháng 8 năm 2018).
2. Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S., & Jemal, A. (2023). Cancer statistics, 2023. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 73(1), 17–48. <https://doi.org/10.3322/caac.21763>
3. Griesinger, F., Korol, E. E., Kayaniyil, S., Varol, N., Ebner, T., & Goring, S. M. (2019). Efficacy and safety of first-line carboplatin- versus cisplatin-based chemotherapy for non-small cell lung cancer: A meta-analysis. *Lung Cancer*, 135, 196–204. <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2019.07.010>
4. Davis, M. P., Bruera, E., & Morganstern, D. (2013). Early integration of palliative and supportive care in the cancer continuum: Challenges and opportunities. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 33, 144-150. https://doi.org/10.14694/EdBook_AM.2013.33.144
5. Trần, M. B. L., & Vũ, T. T. (2018). Các yếu tố tiên lượng thời gian sống thêm sau phẫu thuật điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ. *Journal of 108 – Clinical Medicine and Pharmacy*, 13(3). Clinical Medicine and Pharmacy
6. Nguyễn, M. H. (2015). Nghiên cứu kết quả điều trị hóa chất ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, (5), 81-86.

7. Mai, H. T., Nguyễn, K. L., Ngô, V. Đ., & Nguyễn, H. P. (2022). Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh 18F-FDG PET/CT của các tổn thương trong ung thư phổi không tế bào nhỏ trước điều trị. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 515(1), 115-119.
8. Phan, L. T. (2017). *Nghiên cứu điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn II, IIIA bằng phối hợp phẫu thuật triệt căn và hóa-xạ trị bổ trợ* [Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội].
9. Hàng, Q. T. (2019). *Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III không mô được bằng phác đồ hóa chất paclitaxel-carboplatin kết hợp hóa xạ đồng thời* [Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội].

Utilization of Platinum-Based Doublet Chemotherapy in Patients with Non-Small Cell Lung Cancer at Nhan Dan Gia Dinh Hospital

Nguyen Thi Chi^{1*}, Tran Minh Hoang¹, Pham Quoc Anh², Ho Nhat Tan², Pham Hong Tham^{1,2}

¹Nguyen Tat Thanh University, Ho Chi Minh City, Viet Nam

²Nhan dan Gia Dinh Hospital, Ho Chi Minh City, Viet Nam

*ntchi@ntt.edu.vn

Abstract Lung cancer is the leading cause of cancer-related mortality worldwide and in Viet Nam, with non-small cell lung cancer accounting for most cases. This study aimed to describe patient characteristics and the utilization of platinum-based doublet chemotherapy regimens at Nhan Dan Gia Dinh Hospital. A retrospective descriptive cross-sectional study was conducted on 95 patients treated between January, 2023 and June, 2025. The mean age was (63.1 ± 7.0) years; males accounted for 78.9% of the cohort, and 75.8% of patients were diagnosed at stage IV. Most patients had comorbidities (82.1%), mainly hypertension (63.2%) and diabetes mellitus (25.3%), while cough was the most common presenting symptom (67.4%). The carboplatin-paclitaxel regimen was the most frequently prescribed (90.5%), followed by carboplatin-vinorelbine and cisplatin-paclitaxel (4.2% each). Overall, 73.7% of patients completed all six chemotherapy cycles. These findings indicate that carboplatin-paclitaxel is the most commonly used platinum-based doublet regimen in routine clinical practice and provide real-world evidence on platinum-based chemotherapy utilization, supporting the optimization of treatment strategies for patients with non-small cell lung cancer.

Keywords Non-small cell lung cancer; platinum-based doublet chemotherapy; carboplatin; cisplatin; drug utilization.