

so với nhóm thai phụ bình thường, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,28$). Leptin là một hormone có nguồn gốc từ nhau thai. Leptin làm tăng độ nhạy insulin bằng cách ảnh hưởng đến bài tiết insulin, sử dụng glucose, tổng hợp glycogen và chuyển hóa chất béo, điều hòa gonadotropin phóng thích bài tiết hormone từ vùng dưới đồi và kích hoạt hệ thần kinh giao cảm. Ngoài ra, leptin còn có vai trò trong quá trình làm tổ của thai. Hơn nữa, leptin còn thúc đẩy sản xuất gonadotropin màng đệm trong nguyên bào nuôi, điều hòa sự phát triển nhau thai, tăng cường phân bào và kích thích hấp thu acid amin [6]. Leptin và mRNA thụ thể leptin đã được xác định trong mô nhau thai của người. Về mặt chức năng, sự tăng leptin ở mẹ trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ không liên quan đến việc giảm lượng thức ăn hay tăng hoạt động trao đổi chất [5].

V. KẾT LUẬN

1. Liên quan giữa giữa nồng độ adiponectin, leptin huyết thanh với bệnh đái tháo đường thai kỳ:
- Nồng độ adiponectin thấp có liên quan đến nguy cơ mắc ĐTĐTK.
- Không tìm thấy mối liên quan giữa nồng độ leptin huyết thanh với ĐTĐTK

2. Các yếu tố liên quan đến sự giảm adiponectin là tuổi mẹ > 25, BMI < 25, tăng cân trong thai kỳ, số lần mang thai và tiền sử sẩy thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2019)**, "Đại cương về bệnh đái tháo đường và đái tháo đường thai kỳ", Tài liệu đào tạo liên tục dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ, NXB Hà Nội, tr.5-16.
- ADA (2019)**, "Standards of medical care in diabetes", Diabetes Care, 39(1), pp. 36 - 94.
- Carpenter MW (2007)**. Gestational diabetes, pregnancy hypertension, and late vascular disease. Diabetes Care;30 Suppl 2:S246-50.
- Chen D, Xia G, Xu P, Dong M (2010)**. Peripartum serum leptin and soluble leptin receptor levels in women with gestational diabetes. Acta Obstet Gynecol Scand;89(12):1595-9
- Denver RJ, Bonett RM, Boorse GC (2011)**. "Evolution of leptin structure and function". Neuroendocrinology; 94 (1): 21-38
- {L32} Hauguel-De Mouzon, S., Lepercq, J. & Catalano, P. (2006)**. "The known and unknown of leptin in pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 194, 1537-1545.
- Hedderson MM, Darbinian J, Havel PJ (2013)**. Low prepregnancy adiponectin concentrations are associated with a marked increase in risk for development of gestational diabetes mellitus. Diabetes Care;36:3930-7.
- Lee K, Chin S, Ramachandran V (2018)**. "Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis", BMC Pregnancy and Childbirth, 18
- Mallardo M, Ferraro S (2021)**. "GDM – complicated pregnancies: focus on adipokines", Molecular Biology reports, 48, pp. 8171 – 8180
- Mohammadi T, Paknahad Z (2017)**. "Adiponectin concentration in gestational diabetes women: a case – control study", Clin Nutr Res, 6(4), pp. 267 - 276

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA TRỊ BỔ TRỢ DOCETAXEL VÀ CYCLOPHOSPHAMID TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I, II

Trần Thị Hòa Bình¹, Lê Thanh Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ Docetaxel và Cyclophosphamid (TC) sau phẫu thuật ung thư vú giai đoạn I - II và tác dụng không mong muốn của phác đồ ở nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu (NC) mô tả hồi cứu có theo dõi dọc trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn I, II được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú hoặc phẫu thuật bảo tồn

sau đó điều trị bổ trợ phác đồ hóa chất Docetaxel và Cyclophosphamid tại bệnh viện K từ T9/2015 đến T12/2020. **Kết quả:** Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $50 \pm 9,3$ tuổi. Bệnh nhân mắc ít nhất một bệnh kèm theo chiếm 61,3%, trong đó 56,4% bệnh nhân có tiền sử bệnh tim mạch. Bệnh nhân có thể mô bệnh học là ung thư biểu mô thể ống xâm nhập tấp không đặc biệt (NST) chiếm tỷ lệ cao nhất 87,1%, 54,8% bệnh nhân có độ mô học 2. Về độc tính: Độc tính hạ bạch cầu và hạ bạch cầu hạt thường gặp nhất chiếm 23% và 29%, độc tính trên gan thấp (14,5%), chưa ghi nhận thấy độc tính trên tim mạch. Rung tóc là tác dụng phụ hay gặp nhất chiếm tỉ lệ 100%, chán ăn khá thường gặp chiếm 56,5%. Phù ngoại vi xảy ra ở 14,5%. Thời gian sống thêm không bệnh sau 5 năm là 90,0%, tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm là 93,2%. **Kết luận:** Hóa trị bổ trợ phác đồ Docetaxel và Cyclophosphamid trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II có tỉ lệ kiểm soát bệnh

¹Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hòa Bình

Email: tranhoabinhch28@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.7.2022

Ngày duyệt bài: 2.8.2022

cao và bệnh nhân dung nạp thuốc tốt do vậy có thể được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Ung thư vú, hóa trị bổ trợ, Docetaxel, Cyclophosphamid.

SUMMARY

THE EVALUATE OF ADJUVANT CHEMOTHERAPY REGIMENS OF DOCETAXEL PLUS CYCLOPHOSPHAMID IN STAGE I, II BREAST CANCER PATIENTS

Objectives: Evaluate the treatment results of adjuvant chemotherapy regimens of Docetaxel plus Cyclophosphamide after surgery for breast cancer stage I – II and toxicity of this regimens in this group.

Patients and methods: Retrospective description with longitudinal follow-up on 62 patients diagnosed with stage I, II breast cancer underwent total mastectomy or conservative surgery with adjuvant chemotherapy regimens of Docetaxel plus Cyclophosphamide at National Cancer Hospital from September 2015 to December 2020. **Results:** The mean age was 50±9,3. 56,4% of patients with a history of cardiovascular disease. Invasive carcinoma of no special type (NST) accounted for the highest rate 87,1% and 54,8% was in grade 2. Toxicity: The most common leukopenia and granulocytosis toxicity accounted for 23% and 29%. Hair loss is the most common side effect, accounting for 100%, anorexia is quite common, accounting for 56,5%. Peripheral edema occurred in 14,5%. Disease-free survival after 5 years is 90,0%, overall survival rate after 5 years is 93,2%.

Conclusion: Docetaxel plus Cyclophosphamide adjuvant chemotherapy regimens in patients with stage I, II breast cancer has a high disease control rate and is well tolerated by patients. Therefore, it can be widely applied in clinical practice.

Keywords: Breast cancer, adjuvant chemotherapy, Docetaxel, Cyclophosphamide

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN năm 2020 ung thư vú (UTV) là loại ung thư hay gặp nhất và cũng là nguyên nhân thứ gây tử vong hàng đầu do ung thư của phụ nữ trên toàn thế giới [1]. Điều trị UTV là điều trị đa mô thức với sự kết hợp chặt chẽ giữa các phương pháp điều trị tại chỗ bằng phẫu thuật, tại vùng bằng xạ trị, toàn thân bằng hóa chất, nội tiết, sinh hay miễn dịch. Hóa chất là một trong những phương pháp quan trọng trong điều trị hệ thống bệnh UTV. Trong đó anthracyclin là thuốc có vai trò cơ bản đem lại hiệu quả cao trong điều trị bệnh UTV. Tuy nhiên các thuốc nhóm anthracyclin có độc tính tích lũy trên cơ tim, vì vậy thuốc bị hạn chế sử dụng trên đối tượng người cao tuổi và bệnh nhân (BN) có tiền sử bệnh lý tim mạch. Gần đây, sự ra đời của các taxan (docetaxel, paclitaxel) đã cho thấy hiệu quả cao và ít gây độc tính trên tim. Trên thế giới, Stephen E. Jones (2006) tiến hành trên 1015 BN

UTV giai đoạn I-III đã cho thấy phác đồ TC cải thiện được cả thời gian sống thêm toàn bộ (90% so với 87%) và thời gian sống thêm không bệnh (86% so với 80%) so với phác đồ AC trong khi đó BN dung nạp thuốc tốt và độc tính thấp [2]. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với hai mục tiêu:

1. *Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ Docetaxel và Cyclophosphamid (TC) sau phẫu thuật ung thư vú giai đoạn I – II.*

2. *Đánh giá các tác dụng không mong muốn của phác đồ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

1.1. Đối tượng nghiên cứu: 62 BN được chẩn đoán UTV giai đoạn I, II được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú hoặc phẫu thuật bảo tồn sau đó điều trị bổ trợ phác đồ hóa chất Docetaxel và Cyclophosphamid tại Bệnh viện K từ tháng 9/2015 đến tháng 12/2020.

1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN nữ 18-75 tuổi được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú nguyên phát bằng xét nghiệm mô bệnh học.

- Đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú hoặc phẫu thuật bảo tồn kèm vét hạch nách hệ thống.

- U có kích thước trên 0,5cm được xếp giai đoạn I, II theo hệ thống xếp giai đoạn của Hiệp hội Phòng chống Ung thư Quốc tế UICC 2017.

- Xét nghiệm hóa mô miễn dịch HER2 âm tính hoặc HER2 dương tính và BN không có điều kiện sử dụng thuốc trastuzumab.

- Theo đủ liệu trình điều trị 4 đợt hóa chất phác đồ TC.

- Chỉ số toàn trạng ≤ 2 theo thang điểm ECOG.

- Chức năng gan, thận, tuỷ xương trong giới hạn bình thường, chức năng tâm thu thất trái (LVEF) $\geq 60\%$.

- Không mắc ung thư khác ngoài UTV.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án ghi nhận quá trình điều trị.

1.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong gần.

- UTV đã điều trị tân bổ trợ trước phẫu thuật.

- Dùng với thuốc docetaxel hoặc cyclophosphamid.

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu có theo dõi dọc.

2.2. Phương pháp lấy mẫu: Lấy mẫu thuận tiện.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập các số liệu, thông tin về BN theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất dựa trên hồ sơ

bệnh án đã có.

2.4. Quy trình tiến hành nghiên cứu.

Bước 1: Lựa chọn, đánh giá BN theo đúng các tiêu chuẩn lựa chọn.

Bước 2: Thu thập thông tin:

Đặc điểm bệnh nhân trước điều trị: Tuổi, phương pháp phẫu thuật trước đó, đặc điểm khối u nguyên phát và hạch, giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch...

Hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật: Phác đồ TC bao gồm: Docetaxel 75mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1. Cyclophosphamid 600mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1. Nhắc lại mỗi đợt sau 21 ngày x 4 chu kỳ. Dự phòng hạ bạch cầu khi sử dụng Docetaxel: Filgrastim 300mcg/ngày sau khi kết thúc docetaxel 24-72h trong 2-5 ngày. BN sau khi hoàn thành đủ liệu trình 4 chu kỳ hóa trị phác đồ TC được điều trị xạ trị hoặc liệu pháp nội tiết tiếp theo nếu có chỉ định.

Đánh giá đáp ứng và độc tính: Thời gian sống thêm không bệnh, thời gian sống toàn bộ, độc tính điều trị: theo tiêu chuẩn CTCAE phiên bản số 4.0 của viện Ung thư quốc gia Mỹ.

2.5. Xử lý số liệu: Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	<30	0	0
	30-39	7	11,29
	40-49	27	43,5
	50-59	16	25,8
	60-69	11	17,7
	>70	1	1,6
Chỉ số toàn trạng (ECOG*)	0	35	56,5
	1	26	41,9
	2	1	1,6
Bệnh kèm theo	Có bệnh lý tim mạch	35	54,5
	Không bệnh tim mạch	27	45,5

Bảng 3: Độc tính trên hệ tạo huyết

Độc tính	Độ 0 (%)	Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3 (%)	Độ 4 (%)
Hạ bạch cầu	77	17	5,2	0,8	0
Hạ bạch cầu hạt	70,1	19,3	6,5	2	1,2
Hạ huyết sắc tố	85,9	12,1	2,0	0	0
Hạ tiểu cầu	97,6	2,4	0	0	0
Tăng men gan	85,5	10,9	3,6	0	0
Tăng ure/creatinin	98,8	1,2	0	0	0
Tim mạch	100	0	0	0	0

Chú thích: *ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group: Nhóm hợp tác nghiên cứu ung thư các nước phương Tây.

Nhận xét: Tuổi trung bình của BN trong NC là 50± 9,3 tuổi; tuổi thấp nhất 34, tuổi cao nhất 71, nhóm tuổi hay gặp nhất từ 40 - 49 tuổi chiếm 43,5%, BN có chỉ số toàn trạng ECOG < 2 chiếm tỷ lệ 98,4%, có 56,4 % BN có tiền sử bệnh tim mạch.

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỉ lệ %
Đường kính u	≤2cm	39	62,3
	2-5cm	22	35,5
	>5cm	1	1,6
Số hạch di căn	0	56	90,32
	1	3	4,84
	2	3	4,84
Giai đoạn	I	36	58
	IIa	22	35,5
	IIb	4	6,5
Thể MBH	Carcinoma ống xâm nhập	54	87,1
	Tiểu thùy xâm nhập	5	8,07
	Khác*	3	4,83
Độ mô học	Độ 1	1	1,6
	Độ 2	34	54,8
	Độ 3	10	16,2
	Không xếp loại	17	27,4
Thụ thể nội tiết	ER(-) và PR(-)	51	82,3
	ER(+) hoặc PR (+)	11	11,7
Ki-67	≤20%	33	53,2
	>20%	29	46,8

Chú thích: * Gồm 1 BN ung thư biểu mô thể nhẵn và 1 BN ung thư biểu mô thể tuyến nhầy, 1 BN ung thư thể tùy xâm nhập

Nhận xét: BN có đường kính trung bình của u là 2,1 ± 1 cm, u có kích thước ≤2cm chiếm tỉ lệ cao nhất (62,3%). Đa số BN không có hạch di căn chiếm 90,3 %. BN giai đoạn I chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 36 BN tương ứng 58%. BN ung thư biểu mô thể ống xâm nhập chiếm tỷ lệ cao nhất 87,1%, độ mô học II gặp nhiều nhất chiếm tỉ lệ 54,8%.

2. Độc tính của phác đồ điều trị

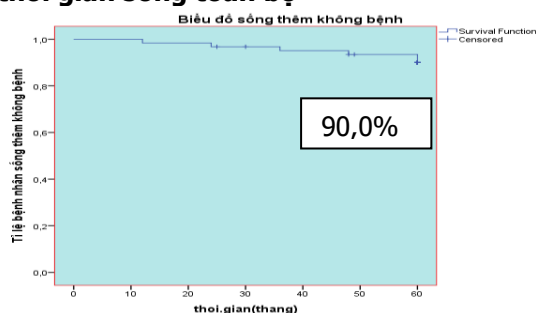
Nhận xét: Độc tính hạ bạch cầu và hạ bạch cầu hạt thường gặp nhất chiếm 23% và 29%, biểu hiện ở tất cả các mức độ, nhưng chủ yếu là độ nhẹ (độ 1,2). Tỷ lệ hạ huyết sắc tố là 14,1%, chủ yếu độ 1 (12,1%), tỷ lệ hạ tiểu cầu thấp chiếm 2,4%, chỉ gặp BN hạ tiểu cầu độ 1. Độc tính trên gan thấp (14,5%) và gặp ở mức độ nhẹ (độ 1,2). Độc tính trên thận rất hiếm thấy (< 2%).

Bảng 4: Độc tính ngoài hệ tạo huyết

Độc tính	Độ 0 (%)	Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3 (%)	Độ 4 (%)
Chán ăn	45	30,6	22,6	1,6	0
Rụng tóc	0	41,9	58	0	0
Phù ngoại vi	85,5	9,7	4,8	0	0
Nôn	74,2	16,1	8,1	0	0
Buồn nôn	58,6	32,3	11,3	0	0
Đau dạ dày	72,5	23,4	3,1	0	0
Viêm miệng	85,5	9,7	4,8	0	0
Tiêu chảy	95,2	3,2	1,6	0	0
Tê bì đầu chi	88,7	11,3	0	0	0
Đau cơ khớp	72,6	24,2	3,2	0	0

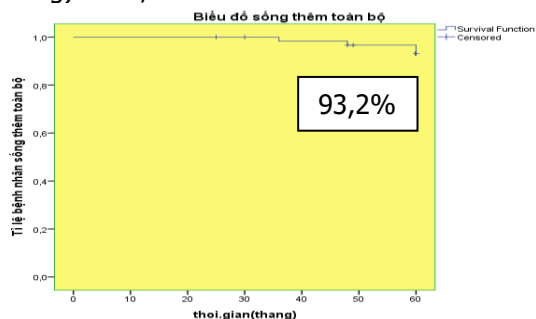
Nhận xét: Độc tính khác của phác đồ chủ yếu là chán ăn, rụng tóc và phù ngoại vi. Các độc tính buồn nôn, nôn, tiêu chảy, tê bì tay chân và viêm niêm mạc miệng ít gặp hơn. Rụng tóc gặp ở tất cả BN. Chán ăn khá thường gặp chiếm 56,5%. Phù ngoại vi xảy ra ở 14,5% các trường hợp.

3. Thời gian sống thêm không bệnh và thời gian sống toàn bộ



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không bệnh

Nhận xét: Với thời gian theo dõi trung vị 27 tháng có 56 BN sống thêm không mắc bệnh. Tỷ lệ BN sống thêm không bệnh tính đến khi kết thúc nghiên cứu (cắt ngang tại thời điểm 60 tháng) là 90,0%.



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Với thời gian theo dõi trung vị 27 tháng, tính đến khi kết thúc nghiên cứu (cắt ngang tại thời điểm 60 tháng), có 58 BN còn sống. Tỷ lệ BN sống thêm toàn bộ tính tại thời điểm 60 tháng là 93,2%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu. Trong NC của chúng tôi độ tuổi trung bình của nhóm được điều trị bằng phác đồ TC là 50 ± 9,36 tuổi; 61,29% BN có bệnh lý kèm theo trước điều trị hóa chất bổ trợ, trong đó chủ yếu gặp BN mắc bệnh tim mạch chiếm 54,5% bao gồm tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim, bệnh mạch vành. BN trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi mắc bệnh cao, thường mắc các bệnh lý mạn tính kèm theo nên có ảnh hưởng đến toàn trạng, do đó việc điều trị bổ trợ gặp nhiều khó khăn. Lựa chọn hóa chất phải cân nhắc những thuốc ít hoặc không gây độc trên tim, nhằm kéo dài thời gian sống cho BN mà không làm nặng thêm các bệnh kèm theo.

Các BN được điều trị bổ trợ với 4 chu kỳ TC chủ yếu ở giai đoạn sớm, yếu tố tiên lượng tốt, kích thước u thường không quá lớn. BN có u có kích thước ≤2cm chiếm tỉ lệ cao nhất (62,3%). Đa số các BN không có di căn hạch vùng chiếm 90,3%. Kích thước u liên quan tới di căn hạch nách và cũng là yếu tố tiên lượng độc lập, tỉ lệ bệnh tái phát, di căn xa tăng lên theo kích thước u cũng như số lượng hạch di căn. Trong một NC của Carter và cộng sự (2008) trên 25.000 BN cho thấy tỷ lệ tái phát, thời gian tái phát đều liên quan tới số lượng hạch di căn. Tỷ lệ sống 5 năm ở nhóm hạch âm tính là 96%, nhóm di căn từ 1-

3 hạch là 86%, nhóm di căn trên 4 hạch là 66% [3]. Mức độ bộc lộ thụ thể nội tiết ER và PR cũng là những yếu tố ảnh hưởng tới tiên lượng của BN. Các trường hợp có thụ thể estrogen dương tính có tỷ lệ đáp ứng với điều trị nội tiết và tiên lượng tốt hơn so với các trường hợp có thụ thể estrogen âm tính [4]. Trong NC của chúng tôi, BN có thụ thể nội tiết ER (+) và PR (+) chiếm đa số (80,6% và 67,7%). Ki-67 liên quan mật thiết với hình thái tăng trưởng tế bào, đặc biệt là chỉ số phân bào và độ biệt hóa của u, biểu hiện dương tính mạnh của Ki-67 là một yếu tố tiên lượng xấu cho thấy khả năng tái phát di căn cao, thời gian sống thêm ngắn [5]. Trong NC, BN có tỷ lệ Ki-67 cao trên 20% chiếm 46,8%, dưới 20% chiếm tỷ lệ 53,2%.

2. Độc tính của phác đồ. BN được điều trị hoá chất phác đồ TC độc tính hạ bạch cầu thường gặp chiếm 23% nhưng chủ yếu là hạ bạch cầu nhẹ độ 1 và độ 2. Tỷ lệ hạ bạch cầu hạt chiếm 29%, biểu hiện ở tất cả các mức độ nhưng chủ yếu vẫn là hạ bạch cầu nhẹ độ 1, 2. Do việc dự phòng giảm bạch cầu bằng các chế phẩm kích thích tăng sinh dòng bạch cầu hạt ở tất cả các BN khi điều trị hỗ trợ bằng hóa chất phác đồ TC nên tỷ lệ hạ bạch cầu trong NC của chúng tôi khá thấp. Theo Hoàng Thu Hằng, độc tính hạ bạch cầu và hạ bạch cầu hạt thường gặp nhất chiếm 21,4% và 32,7% và chủ yếu là hạ bạch cầu độ 1, độ 2 [6]. Trong phác đồ TC tỷ lệ BN hạ huyết sắc tố và hạ tiểu cầu không thường gặp.

Trong các tác dụng không mong muốn ảnh hưởng đến chất lượng sống của BN thì độc tính chán ăn và rụng tóc hay gặp nhất với tỷ lệ rụng tóc 100%. Nôn, buồn nôn ít gặp hơn và thường xảy ra ở mức độ nhẹ. 24,2% BN có nôn và 43,6% có buồn nôn độ 1, độ 2. Phần lớn các tác dụng phụ này có thể điều trị dự phòng, kiểm soát được và đều hồi phục ở tất cả BN sau khi hoàn tất hóa trị. Có thể nói, độc tính của phác đồ TC là chấp nhận được ở tất cả các BN trong NC này.

3. Kết quả điều trị. Trong NC của chúng tôi thấy tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 3 năm và 5 năm lần lượt là 95,1% và 90,0%. Kết quả của Stephen Jones E. và cộng sự cho thấy phác đồ TC mang lại lợi ích về thời gian sống thêm không bệnh 5 năm là 86%. Kết quả của chúng tôi cao

hơn các tác giả trên do BN trong NC của chúng tôi có nhiều yếu tố tiên lượng thuận lợi hơn.

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 3 năm và 5 năm lần lượt là 98,3% và 93,2%. NC của Nguyễn Thị Lợi, tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 3 năm, 5 năm lần lượt là 92,6%, 89,2% [7]. Stephen Jones E. và cộng sự cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm ở nhóm điều trị TC là 90% [2]. Nhìn chung, NC đã chỉ ra lợi ích về sống thêm không bệnh cũng như sống thêm toàn bộ ở các BNUTV được hóa trị hỗ trợ phác đồ TC - một phác đồ không có anthracyclin khi so sánh với phác đồ AC trong liệu trình điều trị 4 chu kỳ.

V. KẾT LUẬN

Hóa trị hỗ trợ phác đồ TC trên BNUTV giai đoạn I, II có tỷ lệ kiểm soát bệnh cao và BN dung nạp thuốc tốt, tác dụng không mong muốn là chấp nhận được ở tất cả các BN trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hyuna Sung, Rebecca L. Siegel và Ahmedin Jemal. (2020).** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians
- Stephen J., Frankie A., Joyce O. et al (2006),** Phase III Trial Comparing Doxorubicin Plus Cyclophosphamide With Docetaxel Plus Cyclophosphamide As Adjuvant Therapy for Operable Breast Cancer: 5-years follow up of US oncology reasearch trial 9735, J Clin Oncol, 24(34)5381-5387.
- Carter CL, Allen C, Henson DE et all (2008).** Relation of tumor size, lymph node status, and survival in 24,740 breast cancer cases. Cancer; 63(1): 181
- Nguyễn Bá Đức, Đặng Thế Căn, Nguyễn Văn Định, Bùi Diệu, Tạ Văn Tờ (2003).** Bệnh ung thư vú. Nhà xuất bản Y học Hà Nội; 98-99.
- Đặng Công Thuận (2012),** Hóa mô miễn dịch trong ung thư vú, Tạp chí Phụ sản, 10(3):74-81.
- Hoàng Thu Hằng (2014),** Đánh giá kết quả hóa trị hỗ trợ phác đồ Docetaxel và Cyclophosphamid trong điều trị ung thư vú giai đoạn II- III, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội
- Nguyễn Thị Lợi (2020),** Đánh giá kết quả hóa trị hỗ trợ Docetaxel kết hợp Cyclophosphamid trên bệnh nhân ung thư vú cao tuổi tại bệnh viện K, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.