

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RIBOCICLIB KẾT HỢP FULVESTRANT TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN TÁI PHÁT, DI CĂN CÓ THỤ THỂ NỘI TIẾT DƯƠNG TÍNH, HER2 ÂM TÍNH

Nguyễn Thành Trung¹, Phùng Thị Huyền², Nguyễn Thị Hòa²,
Nguyễn Văn Tùng², Nguyễn Thanh Long², Nguyễn Hồng Quang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ Ribociclib kết hợp Fulvestrant trên nhóm bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu. Từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2024 nghiên cứu thu tuyển 40 bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính tại bệnh viện K. **Kết quả:** Tuổi trung bình tại thời điểm tái phát, di căn là 56,0 (36 – 80 tuổi). Các vị trí di căn thường gặp là xương, phổi, gan chiếm tỷ lệ lần lượt là 60,0%, 42,5% và 35,0%. Tỷ lệ đáp ứng khách quan là 45,0% và lợi ích về lâm sàng đạt 57,5%, trong đó 2,5% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần là 42,5%, bệnh giữ nguyên là 12,5%. Trung vị sống thêm không bệnh tiến triển là 15,9 tháng. Bệnh nhân dung nạp thuốc tốt, có 47,5% bệnh nhân giảm liều điều trị ít nhất một lần và 5% bệnh nhân phải ngừng điều trị do tác dụng không mong muốn của phác đồ. **Kết luận:** Điều trị bằng Ribociclib kết hợp Fulvestrant trên bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính là phác đồ hiệu quả và an toàn. Do đó, phác đồ này nên được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng. **Từ khóa:** Ung thư vú giai đoạn tái phát di căn, Ribociclib, Fulvestrant.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF RIBOCICLIB PLUS FULVESTRANT IN PATIENTS WITH RECURRENT OR METASTATIC BREAST CANCER: A RETROSPECTIVE STUDY AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objectives: To evaluate the efficacy and adverse effects of the Ribociclib combined with Fulvestrant regimen in patients with recurrent or metastatic breast cancer. **Methods:** A retrospective and prospective descriptive study. From January 2020 to July 2024, the study enrolled 40 patients with hormone receptor-positive, HER2-negative recurrent and metastatic breast cancer at K Hospital. **Result:** The mean age was 56.0 years (range: 36–80 years). Common sites of metastasis included bone (60.0%), lung (42.5%), and liver (35.0%). The objective response rate was

45.0%, and clinical benefit rate was 57.5%, including 2.5% of patients achieving complete response, 42.5% with partial response, and 12.5% with stable disease. Median progression-free survival was 15.9 months. Patients generally tolerated the treatment well; 47.5% required at least one dose reduction, and 5% discontinued treatment due to adverse effects. **Conclusion:** Treatment with Ribociclib in combination with Fulvestrant for recurrent and metastatic hormone receptor-positive, HER2-negative breast cancer is both effective and safe. Therefore, this regimen should be widely adopted in clinical practice.

Keywords: Recurrent and metastatic breast cancer, Ribociclib, Fulvestrant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới và là nguyên nhân tử vong thứ hai trong số các nguyên nhân tử vong do ung thư ở phụ nữ chỉ đứng sau ung thư phổi¹.

Khoảng 5 – 10% bệnh nhân ung thư vú được chẩn đoán ở giai đoạn di căn và khoảng 30% bệnh nhân ung thư vú giai đoạn tại chỗ, tại vùng sẽ tái phát, di căn trong vòng 5 năm kể từ thời điểm chẩn đoán ban đầu². Mục tiêu điều trị của bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn là kéo dài thời gian sống thêm, nâng cao chất lượng cuộc sống, điều trị toàn thân đóng vai trò chủ yếu, điều trị vùng có tính chất cá thể.

Điều trị nội tiết là lựa chọn ưu tiên hàng đầu trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn, có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính với hiệu quả điều trị cao và độc tính thấp hơn so với hóa trị³. Gần đây, nhiều nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả của phác đồ nội tiết phối hợp với thuốc ức chế CDK4/6 so với điều trị nội tiết đơn thuần và phác đồ này đã trở thành điều trị tiêu chuẩn trên bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính⁴. Trong nghiên cứu MONALEESA-3, Ribociclib phối hợp Fulvestrant giúp cải thiện OS lên đến 67,6 tháng so với 51,8 tháng ở nhóm Fulvestrant đơn thuần trong điều trị bước 1, và 39,7 tháng so với 33,7 tháng trong điều trị bước 2⁵. Tuy nhiên, tại Việt Nam còn ít nghiên cứu về kết quả điều trị của phác đồ này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá: "Kết quả điều trị thuốc Ribociclib kết hợp Fulvestrant trên bệnh nhân

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Huyền

Email: phungthihuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính HER2 âm tính”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành trên 40 bệnh nhân chẩn đoán ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính được điều trị bằng Ribociclib phối hợp Fulvestrant tại Bệnh viện K từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nữ > 18 tuổi, được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú bằng xét nghiệm mô bệnh học.

- PS 0 - 2.

- Bệnh nhân đã mãn kinh: Đã cắt buồng trứng hai bên hoặc > 60 tuổi hoặc < 60 tuổi và mất kinh tự nhiên ≥ 12 tháng, estradiol ở mức mãn kinh. Nếu dùng hoá chất, tamoxifen hay chất ức chế buồng trứng thì FSH, estradiol ở mức mãn kinh.

- Bệnh nhân có khoảng QT < 450msec

- Bệnh nhân có xét nghiệm huyết học và chức năng gan thận trong giới hạn cho phép.

2.1.1. Tiêu chuẩn loại trừ

- Mặc ung thư thứ hai

- Bệnh nhân có bệnh mạn tính nặng có nguy cơ tử vong gần.

- Bệnh nhân có thai, cho con bú.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Cách thức tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Thu thập thông tin trước điều trị bao gồm: đặc điểm bệnh nhân trước điều trị, chẩn đoán bệnh tại thời điểm tái phát, di căn.

Bước 2: Thu thập thông tin về quá trình điều trị

- Thuốc dùng trong nghiên cứu: Fulvestrant 500 mg tiêm bắp vào ngày 1 và 15 của chu kỳ 1; sau đó vào ngày 1 của chu kỳ 28 ngày tiếp theo. Ribociclib 600 mg/ngày, uống hàng ngày trong 3 tuần nghỉ 1 tuần, chu kỳ 28 ngày.

- Đánh giá kết quả điều trị: Đánh giá đáp ứng: Sau mỗi 3 chu kỳ hoặc khi có diễn biến bất thường, bệnh nhân được đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1. Thời gian sống thêm không tiến triển là khoảng thời gian từ lúc bệnh nhân bắt đầu điều trị cho đến khi bệnh tiến triển hoặc bệnh nhân tử vong. Tác dụng không mong muốn của phác đồ được đánh giá theo tiêu chuẩn CTCAE.

2.2.4. Xử lý số liệu:

- Nhập và xử lý dữ liệu

bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Phương pháp thống kê: Thống kê mô tả, so sánh tỷ lệ, so sánh trung bình. Sử dụng phương pháp Kaplan – Meier, kiểm định Log rank để phân tích sống thêm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤65 tuổi	34
	>65 tuổi	6
	Trung bình	56,0±11,3 tuổi
Tình trạng kinh nguyệt	Chưa mãn kinh	17
	Đã mãn kinh	23
Giai đoạn bệnh ban đầu	I	4
	II	18
	III	11
	IV (De novo)	7
Thể giải phẫu bệnh	UTBM xâm nhập tít NST	35
	UTBM tiểu thùy xâm nhập	4
	UTBM thể nhầy	1
Tình trạng Ki-67	<20%	10
	≥20%	30
Thời gian sống thêm không bệnh	≤24 tháng	10
	>24 tháng	23
Vị trí tái phát di căn	Xương	24
	Phổi	17
	Gan	14
	Hạch	9
	Tái phát tại chỗ	2
	Não	1
Di căn tạng	Không di căn tạng	13
	Có di căn tạng	27
Bước điều trị	Bước 1	22
	Bước 2	18

Nhận xét: Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là 56,0 tuổi, trong đó đa số các bệnh nhân ≤65 tuổi (chiếm 85,0%). Giai đoạn bệnh II, III chiếm phần lớn với lần lượt 45,0% và 27,5%. Trong 33 bệnh nhân tái phát, đa số các bệnh nhân tái phát sau 2 năm điều trị, chiếm 69,7%; có 16 bệnh nhân được sinh thiết lại chiếm 48,5%, trong đó có 37,5% bệnh nhân có thay đổi thụ thể nội tiết và 12,5% bệnh nhân có thay đổi thụ thể HER2. Phần lớn các bệnh nhân thuộc thể giải phẫu bệnh ung thư biểu mô xâm nhập, tít NST (chiếm 87,5%). Các vị trí di căn thường gặp là xương, phổi, gan chiếm tỷ lệ lần lượt là 60,0%, 42,5% và 35,0%.

3.2. Hiệu quả điều trị

3.2.1. Đáp ứng sau điều trị

Bảng 3.2: Đánh giá đáp ứng sau điều trị

Đáp ứng điều trị	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	1	2,5
Đáp ứng một phần	17	42,5

Bệnh ổn định	5	12,5
Bệnh tiến triển	17	42,5
Tổng số	40	100

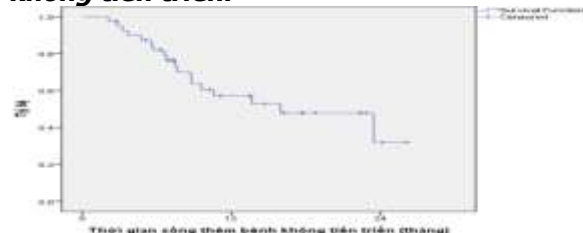
Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng khách quan của phác đồ là 45,0%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 2,5%. Lợi ích lâm sàng đạt 57,5%.

Bảng 3.3: Liên quan giữa đáp ứng điều trị và một số các yếu tố

Các yếu tố liên quan	Đáp ứng (n, %)	Không đáp ứng (n, %)	p
Thời gian không bệnh	≤24 tháng	8 (66,7%)	0,443
	>24 tháng	15 (53,6%)	
Tuổi	≤65 tuổi	20 (58,8%)	0,687
	>65 tuổi	3 (50%)	
Thể mô bệnh học	Thể NST	19 (54,3%)	0,277
	UTBM thể khác	4 (80,0%)	
Bước điều trị	Bước 1	13 (59,1%)	0,882
	Bước sau	10 (55,6%)	
Tình trạng di căn tạng	Có di căn tạng	14 (51,9%)	0,298
	Không di căn tạng	9 (69,2%)	

Nhận xét: Không thấy sự liên quan giữa đáp ứng điều trị với khoảng thời gian không bệnh, tuổi, thể mô bệnh học, bước điều trị và tình trạng di căn tạng.

3.2.2. Đánh giá thời gian sống thêm không tiến triển.



Biểu đồ 3.4. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển: 15,9 tháng

Bảng 3.4: Liên quan giữa sống thêm bệnh không tiến triển và một số yếu tố

Các yếu tố liên quan		Trung vị (Tháng)	12 tháng (%)	24 tháng (%)	p
Đáp ứng điều trị	Có đáp ứng	NR	52,2	8,7	< 0,0001
	Không đáp ứng	7,6	17,6	0	
Bước điều trị	Bước 1	23,4	40,9	9,1	0,283
	Bước sau	10,5	33,3	0	
Tình trạng di căn tạng	Có di căn tạng	23,4	33,3	0	0,158
	Không di căn tạng	10,5	46,2	15,4	

Nhận xét: Trung vị sống thêm bệnh không tiến triển của bệnh nhân có đáp ứng cao hơn so với bệnh nhân không đáp ứng và tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 năm và 2 năm của nhóm có đáp

ứng với điều trị là cao hơn rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm bệnh không tiến triển ở nhóm điều trị bước 1 hay bước sau và ở nhóm có hay không có di căn tạng.

3.2.3. Độc tính và tác dụng không mong muốn do hóa chất điều trị

* Tác dụng không mong muốn:

- Độc tính trên hệ tạo huyết: Tỷ lệ giảm bạch cầu đa nhân trung tính độ độ 3,4 xảy ra ở 18,5% số chu kỳ điều trị trên 25 bệnh nhân. Không có bệnh nhân nào bị giảm tiểu cầu độ 3,4. Hơn 50% bệnh nhân có thiếu máu trong quá trình điều trị, hầu hết là độ 1,2.

- Độc tính ngoài hệ tạo huyết: Tỷ lệ tăng men gan độ 1,2 là 7,2% số đợt điều trị, xảy ra trên 15 bệnh nhân và tỷ lệ tăng độ 3,4 là 0,4%. Tỷ lệ tăng creatinin độ 1,2 là 0,5% số đợt điều trị, không có bệnh nhân nào creatinin tăng độ 3,4.

Bảng 3.5: Tỷ lệ giảm liều

Giảm liều điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giảm liều lần 1	19	47,5%
Giảm liều lần 2	4	10,0%
Ngừng Ribociclib	2	5,0%

Nhận xét: Có 19 bệnh nhân giảm liều lần 1, chiếm 47,5% và 4 bệnh nhân giảm liều lần 2, chiếm 10%. Có 2 bệnh nhân (5%) phải ngừng điều trị do tác dụng không mong muốn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi các vị trí di căn thường gặp là xương (60,0%), phổi (42,5%) và gan (35,0%). Các phân nhóm phân tử trong ung

thư vú có liên quan đến các vị trí di căn khác nhau và tiên lượng khác nhau. Kenecke và cộng sự nghiên cứu đặc điểm di căn của 3726 bệnh nhân ung thư vú với các phân nhóm phân tử khác nhau, cho thấy xương là vị trí di căn thường gặp nhất với các nhóm luminal A (66,6%), luminal B (71,4%), trong khi đó UTV bộ ba âm tính thường di căn tạng như phổi, gan, não⁶.

Trong 33 bệnh nhân chẩn đoán khi bệnh tái phát di căn, có 16 bệnh nhân được sinh thiết lại chiếm 48,5%, trong đó 37,5% có thay đổi thụ thể nội tiết và 12,5% có thay đổi thụ thể HER2. Linstrom và cộng sự nghiên cứu trên hơn 1000 bệnh nhân ung thư vú tái phát cho thấy có 32,0 – 36,1% sự bất tương đồng về tình trạng thụ thể nội tiết và 15,7% sự bất tương đồng về thụ thể HER2 giữa khối u nguyên phát và tổn thương tái phát⁷.

4.2. Hiệu quả điều trị

4.2.1. Đánh giá đáp ứng điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phác đồ phối hợp Ribociclib và Fulvestrant cho tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 45%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 2,5%; lợi ích về lâm sàng đạt 57,5%. Kết quả này phản ánh hiệu quả điều trị cao của liệu pháp kết hợp Ribociclib và Fulvestrant trong nhóm bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn, tương đồng với các báo cáo trong các thử nghiệm lâm sàng lớn như MONALEESA-3 và MONALEESA-7 với tỷ lệ đáp ứng khách quan lần lượt là 50% và 43,5%^{5,8}.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự hiện diện của di căn tạng và đáp ứng điều trị ($p=0,298$). Điều này cho thấy rằng Ribociclib kết hợp với Fulvestrant vẫn là một lựa chọn điều trị hiệu quả ngay cả đối với những bệnh nhân có di căn tạng. Các nghiên cứu khác, bao gồm cả các thử nghiệm MONALEESA, cũng nhận thấy rằng sự hiện diện của di căn tạng không làm giảm đáng kể hiệu quả của các chất ức chế CDK4/6. Điều này rất quan trọng vì di căn tạng thường là một yếu tố tiên lượng xấu, nhưng các chất ức chế CDK4/6 vẫn mang lại lợi ích lâm sàng có ý nghĩa cho những bệnh nhân này.

4.2.2. Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trung vị sống thêm không bệnh tiến triển là 15,9 tháng ở các bệnh nhân được điều trị bằng Ribociclib kết hợp Fulvestrant. Kết quả này gần tương đương với kết quả từ thử nghiệm MONALEESA-3 với trung vị sống thêm không bệnh tiến triển được báo cáo là 20,5 tháng⁵. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian sống thêm không bệnh tiến triển và đáp ứng điều trị

($p < 0,0001$). Điều này được dự đoán trước, vì việc đạt đáp ứng với liệu pháp điều trị có liên quan chặt chẽ đến việc kiểm soát bệnh tốt hơn và làm chậm sự tiến triển của bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa di căn tạng và PFS ($p=0,158$). Điều này cho thấy rằng Ribociclib kết hợp Fulvestrant vẫn có hiệu quả ngay cả ở những bệnh nhân có bệnh tiến triển rầm rộ, bao gồm cả những bệnh nhân có di căn tạng.

Các kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh hiệu quả của phác đồ Ribociclib kết hợp Fulvestrant sớm trong liệu trình điều trị để tối đa hóa tỷ lệ đáp ứng và PFS. Hơn nữa, việc không thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa các yếu tố mô học, tuổi, hoặc di căn tạng với kết quả điều trị càng củng cố lợi ích của Ribociclib và Fulvestrant trên các nhóm bệnh nhân khác nhau.

4.2.3. Độc tính và tác dụng không mong muốn. Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 3-4 trong nghiên cứu của chúng tôi là 62,5%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu MONALEESA-3 và MONALEESA-7, tỷ lệ hạ bạch cầu dao động từ 50- 70%^{5,8}. Điều này cho thấy hạ bạch cầu là tác dụng phụ thường gặp và được kiểm soát bằng cách giảm liều hoặc gián đoạn điều trị. Tỷ lệ các bệnh nhân phải giảm liều trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao (47,5%), kết quả này tương đương với nghiên cứu MONALEESA-7 với 50-60% bệnh nhân phải giảm liều ít nhất một lần do các tác dụng phụ như hạ bạch cầu hoặc tăng men gan⁸.

V. KẾT LUẬN

Điều trị bằng Ribociclib kết hợp Fulvestrant trên bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính là phác đồ hiệu quả và an toàn. Do đó, phác đồ này nên được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3): 229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. Dawood S, Broglio K, Ensor J, Hortobagyi GN, Giordano SH. Survival differences among women with de novo stage IV and relapsed breast cancer. *Ann Oncol.* 2010;21(11):2169-2174. doi:10.1093/annonc/mdq220
3. Untch M, Würlstein R, Lüttner D, et al. ABC5 International Consensus Conference on Advanced Breast Cancer, Lisbon, 16 November 2019. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2020;80(6):588-600. doi:10.1055/a-1139-9380
4. Cardoso F, Paluch-Shimon S, Schumacher-

- Wulf E, et al.** 6th and 7th International consensus guidelines for the management of advanced breast cancer (ABC guidelines 6 and 7). *The Breast*. 2024;76: 103756. doi:10.1016/j.breast.2024.103756
5. **Neven P, Fasching PA, Chia S, et al.** Updated overall survival from the MONALEESA-3 trial in postmenopausal women with HR+/HER2– advanced breast cancer receiving first-line ribociclib plus fulvestrant. *Breast Cancer Res*. 2023;25(1). doi:10.1186/s13058-023-01701-9
6. **Kennecke H, Yerushalmi R, Woods R, et al.** Metastatic behavior of breast cancer subtypes. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2010; 28(20): 3271-3277. doi:10.1200/JCO.2009. 25.9820
7. **Lindström LS, Karlsson E, Wilking UM, et al.** Clinically Used Breast Cancer Markers Such As Estrogen Receptor, Progesterone Receptor, and Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Are Unstable Throughout Tumor Progression. *J Clin Oncol*. 2012;30(21):2601-2608. doi:10.1200/JCO.2011.37.2482
8. **Im SA, Lu YS, Bardia A, et al.** Overall Survival with Ribociclib plus Endocrine Therapy in Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2019;381(4):307-316. doi:10.1056/NEJMoa1903765

NHIỄM NOCARDIA LAN TỎA Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ SỬ DỤNG CORTICOSTEROID KÉO DÀI: MỘT THÁCH THỨC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Thị Thủy Ngân^{1,2}, Nguyễn Thị Như Trang¹, Tôn Thất Hoàng^{3,4}

TÓM TẮT

Bối cảnh: Nocardia là vi khuẩn hiếu khí, Gram dương, dạng sợi phân nhánh, bắt màu acid yếu, gây bệnh chủ yếu ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch nhưng cũng có thể gặp ở người khỏe mạnh. Bệnh có thể biểu hiện ở nhiều cơ quan, đặc biệt là phổi và hệ thần kinh trung ương, với tỷ lệ tử vong cao nếu chẩn đoán và điều trị chậm. **Cá bệnh:** Bệnh nhân nam, 64 tuổi, tiền sử đái tháo đường type 2, sử dụng corticosteroid kéo dài, tai biến mạch máu não cũ. Nhập viện vì nhiễm trùng huyết trên nền viêm mô tế bào đùi trái, kèm khó thở, lơ mơ. Hình ảnh CT và MRI cho thấy viêm phổi hoại tử, áp xe não đa ổ và tụ mủ dưới màng cứng. Nhuộm Gram từ mủ phát hiện trực khuẩn Gram dương phân nhánh, nhuộm Kinyoun dương tính yếu, định danh Nocardia spp. Bệnh nhân được điều trị phối hợp imipenem, amikacin và trimethoprim-sulfamethoxazole. Tuy nhiên, tình trạng không cải thiện, tiên lượng xấu, gia đình xin cho bệnh nhân về sau 13 ngày điều trị. **Kết luận:** Trường hợp này minh họa diễn tiến nhanh và mức độ nghiêm trọng của nhiễm Nocardia lan tỏa ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Cần nghĩ tới Nocardia trong các trường hợp nhiễm trùng đa ổ không đáp ứng điều trị thông thường, chỉ định nhuộm Gram/Kinyoun và nuôi cấy vi sinh sớm, đồng thời khởi trị phối hợp kháng sinh kéo dài để cải thiện tiên lượng.

Từ khóa: Nocardia; Nhiễm trùng cơ hội; Áp xe não; Viêm phổi hoại tử; Suy giảm miễn dịch

SUMMARY

DISSEMINATED NOCARDIA INFECTION IN A PATIENT WITH DIABETES MELLITUS AND PROLONGED CORTICOSTEROID USE: A DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGE

Background: Nocardia are aerobic, Gram-positive, branching filamentous, weakly acid-fast bacteria that primarily cause disease in immunocompromised patients but can also affect immunocompetent individuals. The infection may involve multiple organs, particularly the lungs and central nervous system, and carries a high mortality rate if diagnosis and treatment are delayed. **Case Presentation:** A 64-year-old male with a history of type 2 diabetes mellitus, prolonged corticosteroid use, and prior cerebrovascular accident was admitted with sepsis secondary to left thigh cellulitis, accompanied by dyspnea and altered consciousness. Chest CT and brain MRI revealed necrotizing pneumonia, multiple brain abscesses, and subdural empyema. Gram staining of pus demonstrated Gram-positive branching bacilli, and modified Kinyoun staining showed weak acid-fastness, consistent with Nocardia spp. The patient was treated with imipenem, amikacin, and trimethoprim-sulfamethoxazole. However, his condition did not improve, and due to poor prognosis, the family requested discharge after 13 days of treatment. **Conclusion:** This case illustrates the rapid progression and severity of disseminated Nocardia infection in an immunocompromised patient. Nocardia should be considered in cases of multi-organ infection unresponsive to standard treatment, with early Gram/Kinyoun staining and microbiological culture, alongside prompt initiation of prolonged combination antibiotic therapy to improve outcomes.

Keywords: Nocardia; Opportunistic infection; Brain abscess; Necrotizing pneumonia; Immunocompromised host.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

³Bệnh viện Nhi Đồng 2

⁴Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thủy Ngân

Email: ntngan.nn@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025