

6. Truong, H. C., Phan, T. V., Nguyen, H. T., Truong, K. H., Do, V. C., Pham, N. M. N., Ho, T. V., Phan, T. T. Q., Hoang, T. A., Soetewey, A., Ho, T. N. L., Pham, Q. D., Luong, Q. C., Vo, D. T. T., Nguyen, T. V., & Speybroeck, N. (2023). Childhood bacterial meningitis surveillance in Southern Vietnam: Trends and vaccination implications from 2012 to 2021. *Open Forum Infectious Diseases*, 10(7), ofad229. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofad229>
7. Yang, L., Jin, W., Liu, Y., Hu, W., Chen, Y., Wang, G., Li, W., & Gao, Q. (2026). Recent advancements in pediatric purulent meningitis: Diagnosis and treatment. *Italian Journal of Pediatrics*, 52(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s13052-025-02192-4>
8. Zainel, A., Mitchell, H., & Sadarangani, M. (2021). Bacterial meningitis in children: Neurological complications, associated risk factors, and prevention. *Microorganisms*, 9(3), 535. <https://doi.org/10.3390/microorganisms9030535>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN ỨC GIAI ĐOẠN IV ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT PHÁC ĐỒ PACLITAXEL-CARBOPLATIN

Nguyễn Thị Ngọc¹, Hoàng Mạnh Thắng^{1,2}, Vũ Văn Sơn³, Nguyễn Thị Thái Hòa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tỷ lệ đáp ứng khách quan và tác dụng không mong muốn ung thư biểu mô tuyến ức (UTBMTU¹) giai đoạn IV điều trị bước một phác đồ Paclitaxel–Carboplatin (PC).

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, trên 59 bệnh nhân UTBMTU¹ giai đoạn IV (WHO 2021; TNM phiên bản 9), chỉ số toàn trạng (ECOG) 0–1, điều trị PC bước một từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2025 tại Bệnh viện K và Bệnh viện Phổi Trung Ương. Đánh giá đáp ứng theo RECIST 1.1, độc tính theo CTCAE v5.0.

Kết quả: Tuổi trung bình 52,7 ± 14,8 tuổi; nam 67,8%; ECOG 0: 54,2%. Đau ngực (50,8%), ho (35,6%) và mệt mỏi (33,9%) là triệu chứng phổ biến nhất. Ung thư biểu mô vảy 66,1%; giai đoạn IVB 64,4%; di căn màng phổi 47,5%. Không trường hợp nào đạt đáp ứng hoàn toàn (CR), đáp ứng một phần (PR) 45,8%, bệnh giữ nguyên (SD) 39%, và bệnh tiến triển (PD) 15,2%.

Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) 45,8% và tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) 84,8%. Độc tính thường gặp: Thiếu máu (62,7%), thần kinh ngoại biên (52,5%), hạ bạch cầu (45,8%), chủ yếu độ 1–2, không có độc tính độ 4, không có tử vong liên quan điều trị.

Kết luận: Phác đồ Paclitaxel–Carboplatin đạt tỷ lệ đáp ứng bệnh trung bình và an toàn, phù hợp với khuyến cáo ưu tiên của NCCN v2.2026 cho UTBMTU¹ giai đoạn IV.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến ức giai đoạn IV; Paclitaxel–Carboplatin; đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng; tỷ lệ đáp ứng khách quan; độc tính.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND INITIAL TREATMENT OUTCOMES OF STAGE IV THYMIC CARCINOMA WITH FIRST-LINE PACLITAXEL-CARBOPLATIN REGIMEN

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics, objective response rate, and adverse effects of stage IV thymic carcinoma treated with first-line Paclitaxel–Carboplatin (PC) regimen.

Subjects and Methods: A retrospective study of 59 patients with stage IV thymic carcinoma (WHO 2021; TNM version 9), Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance status 0–1, treated with first-line

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Học viện Quân y

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc

Email: ngocnguyeny24.2012@gmail.com

Mã bài: N7701

Ngày nhận bài: 1/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 30/4/2026

Ngày duyệt bài: 1/6/2026

PC regimen from January 2016 to December 2025 at K Hospital and National Lung Hospital. Treatment response was assessed according to RECIST 1.1 and toxicity according to CTCAE v5.0.

Results: Mean age 52.7 ± 14.8 years; male 67.8%; ECOG 0: 54.2%. Chest pain (50.8%), cough (35.6%), and fatigue (33.9%) were the most common symptoms. Squamous cell carcinoma accounted for 66.1%; stage IVB 64.4%; pleural metastasis 47.5%. No complete response (CR) was achieved; partial response (PR) 45.8%, stable disease (SD) 39%, and progressive disease (PD) 15.2%. Objective response rate (ORR) was 45.8% and disease control rate (DCR) was 84.8%. Common toxicities included anemia (62.7%), peripheral neuropathy (52.5%), and leukopenia (45.8%), predominantly grade 1–2; no grade 4 toxicity and no treatment-related mortality were recorded.

Conclusions: The Paclitaxel–Carboplatin regimen achieved a moderate response rate with an acceptable safety profile, consistent with the NCCN v2.2026 priority recommendation for stage IV thymic carcinoma.

Keywords: stage IV thymic carcinoma; Paclitaxel–Carboplatin; clinical and paraclinical characteristics; objective response rate; adverse effects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thymic carcinoma (Ung thư biểu mô tuyến ức) là bệnh lý ác tính hiếm gặp xuất phát từ tế bào biểu mô tuyến ức, với tỷ lệ mắc dao động 0,07–0,38/100.000 người/năm theo Nhóm Quan tâm Ung thư Tuyến ức Quốc tế (ITMIG) [1]. So với thymoma, thymic carcinoma có mức độ xâm lấn cao hơn, tiên lượng xấu hơn và tỷ lệ đáp ứng điều trị hạn chế hơn [2]. Ở giai đoạn IV, hóa trị toàn thân là nền tảng điều trị. Phác đồ Paclitaxel–Carboplatin (PC) được Mạng lưới Ung thư Toàn diện Quốc gia Hoa Kỳ (NCCN) xếp vào nhóm ưu tiên trong điều trị bước một ung thư biểu mô tuyến ức [3].

Hiệu quả của Paclitaxel–Carboplatin trong Ung thư biểu mô tuyến ức đã được khẳng định qua các thử nghiệm quốc tế: Furugen (2011, n=16) ghi nhận ORR 37,5% [4]; Hirai (2015, n=39) ORR 36%, DCR 95% [5]; Lemma (2011, n=23) ORR 21,7% [6]. Tại Việt Nam, Đào Minh Thế (2023, n=39) và Bùi Xuân Thắng (2025, n=20) ghi nhận ORR lần lượt 61,5% và 45% [7,8]. Tất cả các báo cáo trên đều ghi nhận độc tính của PC là chấp nhận được. Tuy nhiên, các

nguyên cứu về chủ đề này còn hạn chế.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu sau:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến ức giai đoạn IV được điều trị bước một bằng phác đồ Paclitaxel–Carboplatin tại Bệnh viện K và Bệnh viện Phổi Trung Ương từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2025.*

2. *Bước đầu đánh giá tỷ lệ đáp ứng và độc tính của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

59 bệnh nhân UTBMTU^r giai đoạn IV, điều trị PC bước một tại Bệnh viện K và Bệnh viện Phổi Trung Ương, từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học (WHO 2021); giai đoạn IV (TNM phiên bản 9); tuổi ≥ 18 ; ECOG 0–1; chưa điều trị hóa chất bước một; điều trị tối thiểu 2 chu kỳ PC.

Tiêu chuẩn loại trừ: ung thư thần kinh nội tiết tuyến ức, thymoma, ung thư thứ hai đồng mắc, suy tạng nặng không hồi phục. Phẫu thuật/xạ trị vào u tuyến ức trong quá trình điều trị PC.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế: Nghiên cứu mô tả hồi cứu đa trung tâm, có theo dõi dọc.

Phác đồ điều trị: Paclitaxel 175–200 mg/m² + Carboplatin AUC 5–6, ngày 1, chu kỳ 21 ngày, tối đa 6 chu kỳ.

Phân loại mô bệnh học và giai đoạn: Tất cả bệnh nhân được đánh giá giai đoạn theo TNM phiên bản 9 và phân loại mô bệnh học theo WHO 2021. Các hồ sơ sử dụng Masaoka–Koga, TNM phiên bản 8 hoặc WHO 2015 được quy đổi hồi cứu dựa trên kết quả hình ảnh học và giải phẫu bệnh lưu trữ. Thống nhất cho toàn bộ nhóm nghiên cứu.

Đánh giá kết quả: Đáp ứng khách quan theo RECIST 1.1 sau mỗi 2–3 chu kỳ; độc tính theo CTCAE v5.0. Phân tích thống kê bằng SPSS 22.0; $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. Phân tích sống

thêm được trình bày trong một công trình riêng biệt từ cùng bộ số liệu.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt (số 4067/QĐ-ĐHYHN, ngày 16/07/2025). Toàn bộ

thông tin bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Bộ số liệu là cơ sở của luận văn Thạc sĩ và hai bài báo khoa học phân tích các nội dung khác nhau, được công bố độc lập. Không có xung đột lợi ích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=59)

Đặc điểm	Phân nhóm / Giá trị	n (%)
Đặc điểm chung		
Giới tính	Nam / Nữ	40 (67,8) / 19 (32,2)
Tuổi TB $\pm$ SD (Min-Max)	52,7 $\pm$ 14,8 (19-74)	
Nhóm tuổi	<50 / 50–69 / $\geq$ 70	19 (32,2) / 37 (62,7) / 3 (5,1)
ECOG	0 / 1	32 (54,2) / 27 (45,8)
Triệu chứng và hội chứng lâm sàng		
Đau tức ngực		30 (50,8)
Ho		21 (35,6)
Mệt mỏi		20 (33,9)
Sụt cân		14 (23,7)
Hội chứng 3 giảm phổi		12 (20,3)
Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên		6 (10,2)
Nhược cơ		3 (5,1)

TB: Trung bình; SD: Độ lệch chuẩn

Nhận xét: Nam (67,8%); tuổi trung bình 52,7 $\pm$ 14,8 tuổi (dao động 19–74), ECOG 0 chiếm 54,2%. Đau ngực (50,8%), ho (35,6%) và mệt mỏi (33,9%) là các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất. Hội chứng 3 giảm phổi gặp ở 20,3%; nhược cơ gặp ở 5,1%.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=59)

Phân loại	Phân nhóm / Giá trị	n (%)
Mô bệnh học	Ung thư biểu mô vảy/ NOS/ Lympho-biểu mô/ Ung thư biểu mô tuyến	39 (66,1) / 13 (22) / 5 (8,5) / 2 (3,4)
Giai đoạn	IVA / IVB	21 (35,6) / 38 (64,4)
Vị trí di căn		
Màng phổi		28 (47,5)
Phổi đối bên		20 (33,9)
Xương		17 (28,8)

NOS: Ung thư biểu mô không xác định.

Nhận xét: Ung thư biểu mô vảy chiếm 66,1%, NOS là 22,0%. Giai đoạn IVB chiếm 64,4%. Di căn màng phổi (47,5%) và phổi đối bên (33,9%) thường gặp nhất, di căn xương gặp ở 28,8%.

3.2. Tỷ lệ đáp ứng

Bảng 3. Tỷ lệ đáp ứng (n=59)

Đáp ứng	n (%)
CR / PR / SD / PD	0 (0) / 27 (45,8%) / 23 (39%) / 9 (15,2%)
ORR	27 (45,8%)
DCR	50 (84,8%)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân đạt đáp ứng một phần (45,8%), 39% bệnh giữ nguyên, bệnh tiến triển chiếm 15,2% và không có bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ đáp ứng khách quan ORR 45,8%; Tỷ lệ kiểm soát bệnh DCR 84,8%.

3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn (n=59)

Độc tính	Tổng n (%)	Độ 1 n (%)	Độ 2 n (%)	Độ 3 n (%)	Độ 4 n (%)
Độc tính huyết học					
Thiếu máu	37 (62,7)	31 (52,5)	5 (8,5)	1 (1,7)	0
Hạ bạch cầu	27 (45,8)	26 (44,1)	0	1 (1,7)	0
Hạ bạch cầu trung tính	24 (40,7)	22 (37,3)	1 (1,7)	1 (1,7)	0
Hạ tiểu cầu	14 (23,7)	13 (22)	1 (1,7)	0	0
Độc tính ngoài huyết học					
Thần kinh ngoại biên	31 (52,5)	28 (47,5)	1 (1,7)	2 (3,4)	0
Buồn nôn/nôn	29 (49,2)	29 (49,2)	0	0	0
Tăng AST/ALT	25 (42,4)	22 (37,3)	2 (3,4)	1 (1,7)	0

Nhận xét: Độc tính huyết học thường gặp nhất là thiếu máu (62,7%), hạ bạch cầu (45,8%), hạ bạch cầu trung tính (40,7%) và hạ tiểu cầu (23,7%). Độc tính ngoài huyết học thường gặp nhất là thần kinh ngoại biên (52,5%), buồn nôn/nôn (49,2%), tăng AST/ALT (42,4%). Các tác dụng không mong muốn chủ yếu ở độ 1, độ 2, không ghi nhận độ 4 và không có trường hợp nào tử vong liên quan điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng: Tuổi trung bình 52,7 tuổi và tỷ lệ nam 67,8% tương đồng với các báo cáo trong và ngoài nước: Hirai (62 tuổi, nam 59%) [5]; Lemma (50 tuổi, nam 60,9%) [6]; Đào Minh Thế (54,5 tuổi, nam 56,4%) [7] và Bùi Xuân Thắng (56,4 tuổi, nam 65%) [8]. Tỷ lệ ECOG 0 trong nghiên cứu của chúng tôi là 54,2%, cao hơn của Đào Minh Thế (46,2%) [7] và cao hơn rõ rệt so

với Lemma (34,8%) [6]. Bệnh nhân có toàn trạng tốt hơn giúp dung nạp hóa chất hơn, hoàn thành đủ chu kỳ điều trị và ít phải giảm liều hơn. Đau ngực (50,8%), ho (35,6%) và mệt mỏi (33,9%) là các triệu chứng cơ năng nổi bật nhất. Hội chứng 3 giảm phổi gặp ở 20,3% là triệu chứng thực thể thường gặp nhất, hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên chiếm 10,2%. Chúng tôi ghi nhận có tới

3/59 trường hợp (5,1%) mắc nhược cơ. Tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Đào Minh Thế [7] (1/39 bệnh nhân, tương ứng 2,6%) và tương tự Bùi Xuân Thắng [8] (1/20 ca, chiếm 5%) – tuy nhiên so sánh có giá trị hạn chế khi số ca tuyệt đối chỉ 1–3 trường hợp trong mỗi nghiên cứu. Đáng lưu ý, Hirai loại trừ bệnh nhân nhược cơ ra khỏi tiêu chuẩn lựa chọn [5]. Mặc dù triệu chứng cơ năng ít đặc hiệu; hội chứng cận u nói chung và nhược cơ nói riêng ít gặp hơn trong thymic carcinoma so với thymoma, tuy nhiên đây vẫn là những biểu hiện lâm sàng cần được tầm soát trong thực hành lâm sàng.

Về đặc điểm cận lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, mô bệnh học thường gặp nhất là ung thư biểu mô vảy 66,1% thấp hơn Đào Minh Thế (76,9%) [7] và Bùi Xuân Thắng (70%) [8]; tiếp theo là ung thư biểu mô NOS chiếm 22%, Lympho-biểu mô chiếm 8,5% và ung thư biểu mô tuyến chiếm 3,4%, ghi nhận sự đa dạng về mô học trong nhóm ung thư hiếm gặp này. Phần lớn các công trình dùng bảng phân loại giai đoạn Masaoka như Furugen [4], Lemma [6], Đào Minh Thế [7], một số khác lại sử dụng TNM phiên bản 8 như của Bùi Xuân Thắng [8], trong khi chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn TNM phiên bản 9 cho toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn IVB trong nghiên cứu của chúng tôi là 64,4%, tương đương báo cáo của Hirai (66,7%) [5] và cao hơn kết quả của Furugen (56,3%) [4], của Đào Minh Thế (59%) [7] và của Bùi Xuân Thắng (60%) [8]. Di căn màng phổi (47,5%) và phổi đối bên (33,9%) là các vị trí di căn thường gặp nhất, di căn xương gặp ở 28,8%. Điều này phản ánh đặc tính xâm lấn, di căn của thymic carcinoma ở giai đoạn IV.

Về tỷ lệ đáp ứng: Các bệnh nhân trong nghiên cứu sau điều trị hóa chất phác đồ Paclitaxel–Carboplatin chủ yếu đạt đáp ứng một phần với tỷ lệ 45,8%; tỷ lệ bệnh giữ nguyên là 39% và bệnh tiến triển là 15,2%. ORR 45,8% trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các báo cáo quốc tế: Furugen ORR 37,5% [4]; Hirai ORR 36% [5]; Lemma ORR 21,7% [6]. Điều này có thể lý giải bởi nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ ECOG 0 cao hơn (54,2%)

và chúng tôi loại trừ các bệnh nhân có mô bệnh học ung thư thần kinh nội tiết tuyến ức. Kết quả đáp ứng điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi so sánh với 2 nghiên cứu tại Việt Nam: Tỷ lệ ORR trong nghiên cứu của chúng tôi (45,8%) thấp hơn so với Đào Minh Thế (61,5%) [7]. Có thể lý giải do tỷ lệ Ung thư biểu mô vảy trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với của Đào Minh Thế (66,1% so với 76,9%), trong khi Ung thư biểu mô NOS cao hơn (22,0% so với 17,9%), tỷ lệ giai đoạn IVb cao hơn (64,4% so với 59%)- phản ánh gánh nặng bệnh tật trong nghiên cứu của chúng tôi nặng nề hơn. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Đào Minh Thế có số chu kỳ tối thiểu ít hơn (2 chu kỳ so với 3 chu kỳ), sử dụng phân loại mới hơn (TNM phiên bản 9 so với Masaoka-Koga), đa trung tâm hơn (2 cơ sở so với 1 cơ sở), cỡ mẫu lớn hơn (59 so với 39). Tuy có sự khác biệt về phương pháp, tỷ lệ DCR của hai nghiên cứu lần lượt là 84,8% và 94,8%, đều cho thấy hiệu quả kiểm soát bệnh của phác đồ Paclitaxel-Carboplatin trong UTBMTU' giai đoạn IV khá tốt và ổn định. Kết quả tỷ lệ đáp ứng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng hơn với một nghiên cứu mới nhất vào năm 2025 tại Bệnh viện K, sử dụng phân loại giai đoạn theo TNM phiên bản 8 của tác giả Bùi Xuân Thắng: ORR lần lượt là 45,8% và 45%, DCR là 84,8% và 75% [8].

Về độc tính: Độc tính huyết học: Thiếu máu thường gặp nhất (62,7%), chủ yếu ở độ 1 (52,5%). Hạ bạch cầu gặp ở 45,8%, trong đó độ 1 (44,1%), không ghi nhận sốt hạ bạch cầu. Hạ bạch cầu trung tính (40,7%), trong đó độ 1 (37,3%), độ 2 (1,7%), độ 3 (1,7%), không có độ 4 và hạ tiểu cầu (23,7%). Kết quả này tương tự của Bùi Xuân Thắng (thiếu máu 55%, hạ bạch cầu trung tính 40%) [8] và thấp hơn một vài nghiên cứu khác: Hirai (hạ bạch cầu trung tính 94,9%, độ 3 chiếm 35,9% và thiếu máu 94,6%, độ 3 chiếm 12,8%) [5], Lemma (một bệnh nhân sốt hạ bạch cầu trung tính độ 3 và 24,4% hạ bạch cầu trung tính độ 4) [6] và Đào Minh Thế (thiếu máu 74,4%, hạ bạch cầu 69,2%) [7]. Có thể lý giải do chúng tôi ghi nhận liều Paclitaxel 175-

200 mg/m², thấp hơn liều 200 mg/m² (của Hirai [5], của Đào Minh Thế [7]) và 225 mg/m² (của Lemma [6]) và liều Carboplatin AUC 5-6 thấp hơn AUC 6 của cả 3 nghiên cứu trên. Độc tính ngoài huyết học trên thần kinh ngoại biên là thường gặp nhất (52,5%), tương đồng với Đào Minh Thế (51,3%) [7]. Buồn nôn/nôn trong báo cáo của chúng tôi gặp ở 49,2%. Tăng AST/ALT (42,4%) trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Hirai (38,5%) [5], Đào Minh Thế (48,7%) [7] và Bùi Xuân Thắng (45%) [8]. Các độc tính chủ yếu ở độ 1, độ 2, không có trường hợp nào độ 4, chỉ ra tính an toàn của phác đồ hóa chất Paclitaxel-Carboplatin.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Nam 67,8%; nữ 32,2%; tuổi trung bình 52,7 ± 14,8 tuổi; ECOG 0: 54,2%; ECOG 1: 45,8%. Đau ngực 50,8% là triệu chứng cơ năng phổ biến nhất; Hội chứng ba giảm phổi 20,3%. Mô bệnh học chủ yếu là Ung thư biểu mô vảy 66,1%; Giai đoạn: IVA 35,6%, IVB 64,4%. Di căn màng phổi thường gặp nhất 47,5%.

2. Tỷ lệ đáp ứng: ORR 45,8% (trong đó: PR 45,8%, SD 39%, PD 15,2%, không có bệnh nhân nào đạt đáp ứng hoàn toàn); DCR 84,8%.

3. Độc tính: Trên huyết học: Thiếu máu (62,7%), hạ bạch cầu (45,8%), hạ bạch cầu trung tính (40,7%) và hạ tiểu cầu (23,7%). Ngoài huyết học: Thần kinh ngoại biên (52,5%), buồn nôn/nôn (49,2%), tăng AST/ALT (42,4%). Chủ yếu độ 1, độ 2.

Phác đồ Paclitaxel-Carboplatin mang lại hiệu quả bước đầu có ý nghĩa lâm sàng và mức độ dung nạp tốt, nhất quán với khuyến cáo ưu tiên của NCCN v2.2026 [3], góp phần khẳng định đây là lựa chọn khả thi cho điều trị ung thư biểu mô tuyến ức giai đoạn IV.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần thiết lập cơ sở dữ liệu đa trung tâm về ung thư biểu mô tuyến ức tại Việt Nam, với dữ

liệu được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn WHO 2021 và TNM phiên bản 9, tạo nền tảng cho các nghiên cứu quy mô lớn hơn trong tương lai.

Cần triển khai các nghiên cứu tiền cứu đa trung tâm với cỡ mẫu đủ lớn để đánh giá toàn diện hiệu quả và độ an toàn của hóa chất Paclitaxel-Carboplatin trong điều trị bước một ung thư biểu mô tuyến ức giai đoạn IV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Detterbeck FC, Zeeshan A, Asamura H, et al.** Thymic Carcinomas: a concise multidisciplinary update from the Thymic Carcinoma Working Group of ITMIG. *J Thorac Oncol.* 2022;17(4):455-468.
2. **Fang W, Detterbeck F, Ackman JB, et al.** International Thymic Malignancy Interest Group Standard Definitions, Policies, and Reporting Measures for Thymic Epithelial Tumors. *J Thorac Oncol.* 2026;21(1):102-111.
3. **National Comprehensive Cancer Network.** NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Thymomas and Thymic Carcinomas. Version 2.2026. Fort Washington, PA: NCCN; 2026.
4. **Furugen M, Sekine I, Tsuta K, et al.** Combination chemotherapy with carboplatin and paclitaxel for advanced thymic cancer. *Jpn J Clin Oncol.* 2011;41(8):1013-1016.
5. **Hirai F, Yamanaka T, Taguchi K, et al.** A multicenter phase II study of carboplatin and paclitaxel for advanced thymic carcinoma: WJOG4207L. *Ann Oncol.* 2015;26(2):363-368.
6. **Lemma GL, Lee JW, Aisner SC, et al.** Phase II study of carboplatin and paclitaxel in advanced thymoma and thymic carcinoma. *J Clin Oncol.* 2011;29(15):2060-2065.
7. **Đào Minh Thế, Đỗ Hùng Kiên.** Đánh giá kết quả điều trị phác đồ Paclitaxel-Carboplatin trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến ức giai đoạn IV không còn khả năng phẫu thuật. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;533(1B):1-5.
8. **Bùi Xuân Thắng, Nguyễn Thị Thái Hòa, Vũ Hà Thanh, và cs.** Results of chemotherapy Paclitaxel-Carboplatin treatment in metastatic thymic carcinoma at K Hospital. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam.* 2025;78(1):6-11.