KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN II, III BẰNG HÓA CHẤT BỔ TRỢ TRƯỚC PHÁC ĐỒ AC-T TẠI BỆNH VIỆN K VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TUYÊN QUANG

Trần Thị Oanh[1,2], Đào Văn Tú[2,3]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hóa trị tân bổ trợ phác đồ AC-T đóng vai trò nòng cốt điều trị ung thư vú (UTV) giai đoạn II, III nhằm giảm kích thước u, tăng phẫu thuật và diệt vi di căn. Nghiên cứu nhằm: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng UTV điều trị AC-T tại Bệnh viện K và Bệnh viện Đa khoa Tuyên Quang; (2) Đánh giá đáp ứng và độc tính phác đồ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả phân tích, so sánh ghép cặp hồi cứu trên 84 bệnh nhân UTV giai đoạn II, III điều trị hóa chất tân bổ trợ phác đồ 4AC-4T (mỗi 3 tuần hoặc liều dày mỗi 2 tuần) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang (n = 28) và Bệnh viện K (n = 56, ghép cặp tỷ lệ 1:2) từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2026. Đánh giá đáp ứng lâm sàng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, đáp ứng mô bệnh học (pCR) theo phân loại Chevallier và độc tính theo tiêu chuẩn WHO/CTCAE.

Kết quả: Tuổi trung bình 53,9±10,1; giai đoạn III 70,2%. Thể ống xâm nhập 86,9%; ER/PR(+) 73,8%. Đáp ứng lâm sàng toàn bộ 97,6% (hoàn toàn 41,7%). 100% bệnh nhân phẫu thuật thành công. Tỷ lệ pCR 47,6% (Bệnh viện K 48,2% vs Tuyên Quang 46,4%, p>0,05). Nhóm u ≤5cm đạt pCR cao hơn u >5cm (52,9% vs 21,4%, p=0,031). Hạ bạch cầu độ 3-4 gặp ở 21,5% bệnh nhân. Độc tính ngoài huyết học chủ yếu độ 1-2.

Kết luận: Hóa trị bổ trợ trước phác đồ 4AC-4T mang lại hiệu quả đáp ứng lâm sàng và đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn (pCR) cao ở bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III tại cả tuyến trung ương (Bệnh viện K) và tuyến tỉnh (Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang), với mức độ dung nạp tốt và độc tính được kiểm soát an toàn.

Từ khóa: Ung thư vú; hóa trị bổ trợ trước; phác đồ AC-T; đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học; Bệnh viện K; Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY WITH AC-T REGIMEN IN STAGE II, III BREAST CANCER AT K HOSPITAL AND TUYEN QUANG GENERAL HOSPITAL

Background: Neoadjuvant chemotherapy with the AC-T regimen plays a core role in the treatment of stage II and III breast cancer (BC) to reduce tumor size, increase surgical resectability, and eradicate micrometastases. This study aimed to: (1) Describe the clinical and subclinical characteristics of BC patients treated with AC-T at K Hospital and Tuyen Quang General Hospital; (2) Evaluate the response and toxicities of the regimen.

Methods: A retrospective, matched-pair analytical descriptive study was conducted on 84 stage II and III BC patients receiving neoadjuvant 4AC-4T chemotherapy (every 3 weeks or dose-dense every 2 weeks) at Tuyen Quang Provincial General Hospital (n = 28) and K Hospital (n = 56, matched at a 1:2 ratio) from January 2022 to January 2026. Clinical response was evaluated according to RECIST 1.1, pathological complete response (pCR) according to the Chevallier classification, and toxicity according to WHO/CTCAE criteria.

Results: The mean age was 53.9 ± 10.1 years; stage III accounted for 70.2%. Invasive ductal carcinoma accounted for 86.9%; ER/PR(+) was 73.8%. The overall clinical response rate was 97.6% (complete response, 41.7%). 100% of patients underwent successful surgery. The pCR rate was 47.6% (K Hospital 48.2% vs. Tuyen Quang 46.4%, p > 0.05). Patients with tumors ≤ 5 cm achieved a significantly higher pCR rate than those with tumors > 5 cm (52.9% vs. 21.4%, p = 0.031). Grade 3–4 leukopenia occurred in 21.5% of patients. Non-hematological toxicities were predominantly grade 1–2.

Conclusions: Neoadjuvant 4AC-4T chemotherapy yields high clinical response and pathological complete response (pCR) rates in stage II and III breast cancer patients at both the central level (K Hospital) and the provincial level (Tuyen Quang Provincial General Hospital), with good tolerability and safely manageable toxicities.

Keywords: Breast cancer; neoadjuvant chemotherapy; AC-T regimen; pathological complete response; K Hospital; Tuyen Quang General Hospital.

[1]Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
[3]Bệnh viện K
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Oanh
Email: bicomnhom@gmail.com
Mã bài: N978
Ngày nhận bài: 17/7/2026
Ngày phản biện khoa học: 14/7/2026
Ngày duyệt bài: 10/8/2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) hiện là căn bệnh ác tính phổ biến nhất ở nữ giới tại nhiều quốc gia, đồng thời là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong do ung thư trong số phụ nữ. Ung thư vú là bệnh lý toàn thân, các phương pháp điều trị hệ thống ngày càng đóng vai trò cốt lõi và được bắt đầu từ giai đoạn II, III. Điều trị ung thư vú đòi hỏi phối hợp đa mô thức, có nhiều cách tiếp cận trong đó hóa chất bổ trợ trước là một lựa chọn được khuyến nghị rộng rãi.

Trong chiến lược điều trị UTV giai đoạn II, III, hóa trị tân bổ trợ (điều trị bổ trợ trước phẫu thuật) Phác đồ hóa chất 4AC-4T kết hợp ba loại thuốc gồm cyclophosphamide, anthracyclin và taxan – đã được nhiều hướng dẫn quốc tế khuyến cáo áp dụng cho cả điều trị bổ trợ và tân bổ trợ với mức độ bằng chứng mức 1. Tại Việt Nam đã có khá nhiều nghiên cứu về phác đồ này,[1,2,3] tại Bệnh viện tỉnh Tuyên Quang việc điều trị hóa chất bổ trợ trước cho bệnh nhân ung thư vú cũng được tiến tiến hành trong những năm gần đây, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về điều trị toàn thân trước mổ cũng như đánh giá vai trò của phác đồ 4AC-4T trong điều trị bổ trợ trước phẫu thuật ung thư vú, đặc biệt là ung thư vú giai đoạn II, III. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài *"Kết quả điều trị UTV giai đoạn II, III bằng hóa chất bổ trợ trước phác đồ AC-T tại bệnh viện K và bệnh viện đa khoa Tuyên Quang"* với hai mục tiêu:

Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UTV giai đoạn II, III được điều trị hóa chất bổ trợ trước phác đồ AC-T tại bệnh viện K và bệnh viện đa khoa Tuyên Quang.

Đánh giá đáp ứng và tác dụng không mong muốn của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 84 bệnh nhân UTV giai đoạn II, III được điều trị hóa chất bổ trợ trước phác đồ 4AC-4T tại Bệnh viện K và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang trong thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- **Giới tính:** nữ.

- **Chẩn đoán xác định:** ung thư vú xâm lấn, được xác định bằng mô bệnh học, thuộc nhóm ung thư biểu mô xâm lấn của tuyến vú.

- **Vị trí tổn thương:** ung thư vú một bên.

- **Giai đoạn bệnh:** ung thư vú giai đoạn II hoặc III, xác định theo hệ thống TNM/AJCC được áp dụng tại thời điểm chẩn đoán. Bao gồm các bệnh nhân giai đoạn III còn khả năng phẫu thuật sau điều trị tân bổ trợ và các trường hợp ung thư vú tiến triển tại chỗ chưa thể phẫu thuật ngay từ đầu.

- **Đặc điểm sinh học:** bao gồm các nhóm bệnh nhân có chỉ định hóa trị tân bổ trợ.

- **Điều trị trước nghiên cứu:** chưa được điều trị đặc hiệu đối với ung thư vú bằng phẫu thuật, xạ trị, hóa trị hoặc điều trị toàn thân trước khi bắt đầu phác đồ 4AC-4T.

- **Toàn trạng:** Karnofsky ≥60% hoặc ECOG 0–2.

- **Chức năng cơ quan:** các chỉ số huyết học, chức năng gan, thận và các xét nghiệm cận lâm sàng khác trong giới hạn cho phép để điều trị hóa trị theo phác đồ.

- **Chức năng tim:** siêu âm tim có LVEF ≥55%, đủ điều kiện sử dụng anthracyclin.

- **Không có chống chỉ định với anthracyclin**, hoặc các bệnh lý tim mạch nghiêm trọng khác ảnh hưởng đến khả năng điều trị bằng doxorubicin.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư vú hai bên hoặc có tiền sử ung thư vú bên đối diện.

- Ung thư vú giai đoạn 0, I hoặc IV tại thời điểm chẩn đoán.

- Đang mang thai tại thời điểm bắt đầu điều trị.

- Mắc bệnh lý phối hợp nặng ảnh hưởng nghiêm trọng đến tiên lượng sống trong thời gian ngắn.

- Đã được điều trị đặc hiệu ung thư vú trước khi bắt đầu phác đồ nghiên cứu hoặc đồng thời sử dụng các phác đồ điều trị toàn thân khác không thuộc phác đồ 4AC-4T.

- Bệnh nhân không hoàn thành liệu trình điều trị tân bổ trợ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả phân tích, so sánh ghép cặp hồi cứu. Nghiên cứu sử dụng phương pháp lấy mẫu thuận tiện có chủ đích kết hợp kỹ

thuật ghép cặp (matching) theo tỷ lệ 1:2. Cứ 1 bệnh nhân điều trị tại tuyến tỉnh (Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang, n = 28) được ghép cặp tương ứng với 2 bệnh nhân điều trị tại tuyến trung ương (Bệnh viện K, n = 56). Tiêu chí ghép cặp dựa trên sự tương đồng chặt chẽ về nhóm tuổi (± 3-5 tuổi), tình trạng kinh nguyệt và giai đoạn bệnh lâm sàng trước điều trị nhằm kiểm soát các yếu tố nhiễu.

Quy trình chẩn đoán và phân nhóm sinh học:

Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng, đo đường kính lớn nhất (ĐKLN) của u và hạch nách, siêu âm tuyến vú - hạch nách, chụp X-quang tuyến vú và/hoặc chụp MRI tuyến vú trước điều trị, sinh thiết chẩn đoán.

Phác đồ hóa trị tân bổ trợ (4AC-4T): Tất cả 84 bệnh nhân được điều trị đúng 8 chu kỳ hóa trị tân bổ trợ, bao gồm 4 chu kỳ AC tiếp nối 4 chu kỳ Taxane.

Thuốc sử dụng trong phác đồ nghiên cứu 4AC - 4T:

A: Doxorubicin (Anthacyclin), với liều 60mg/m^2

C: Endoxan (Cyclophosphamid), với liều 600mg/m^2

T: Paclitaxel (Tacxan), với liều 75mg/m^2

4 chu kỳ đầu phối hợp Doxorubicin và Endoxan, 4 chu kỳ sau là Paclitaxel, Truyền 2 tuần/lần, có tiêm thuốc G-CSF dự phòng.

Đánh giá đáp ứng và độc tính: Đáp ứng lâm sàng: Đánh giá sau 4 chu kỳ AC và sau khi hoàn thành 8 chu kỳ hóa trị dựa trên thăm khám và chẩn đoán hình ảnh theo tiêu chuẩn RECIST 1.1. Phẫu thuật và Đánh giá đáp ứng mô bệnh học (pCR). Đánh giá độc tính: Ghi nhận độc tính tiêu chuẩn phân độ của WHO và CTCAE 5.0.

2.3. Phân tích thống kê

Số liệu được nhập, quản lý và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics phiên bản 16.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (Mục tiêu 1)

Bảng 1. Đặc điểm ban đầu của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm Bệnh viện K (n = 56)	Nhóm Tuyên Quang (n = 28)	Tổng cộng (n = 84)	p
Tuổi trung bình (năm)	53,8 ± 10,5	54,2 ± 9,1	53,9 ± 10,1	> 0,05
Còn kinh nguyệt	24 (42,9%)	12 (42,9%)	36 (42,9%)	0,99
Đã mãn kinh	32 (57,1%)	16 (57,1%)	48 (57,1%)	0,99
Tiền sử gia đình mắc UTV/UTBT	5 (8,9%)	3 (10,7%)	8 (9,5%)	0,81
Khối u đơn ổ	55 (98,2%)	27 (96,4%)	82 (97,6%)	0,88
Vị trí u ở 1/4 trên ngoài	39 (69,6%)	19 (67,9%)	58 (69,0%)	0,98
Kích thước u ban đầu > 5 cm	8 (14,3%)	10 (35,7%)	18 (21,4%)	0,025
Di căn hạch nách dính/cố định	42 (75,0%)	21 (75,0%)	63 (75,0%)	0,49
Giai đoạn III (IIIA + IIIB)	39 (69,6%)	20 (71,4%)	59 (70,2%)	0,65

Nhận xét: Tuổi trung bình của toàn bộ bệnh nhân là 53,9 ± 10,1 tuổi. Đa số bệnh nhân đã mãn kinh (57,1%). Phần lớn khối u có tính chất đơn ổ (97,6%), khu trú ở 1/4 trên ngoài (69,0%). Bệnh nhân giai đoạn III chiếm đa số ở cả hai cơ sở (70,2%).

Bảng 2. Đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch trước điều trị

Đặc điểm	Nhóm Bệnh viện K (n = 56)	Nhóm Tuyên Quang (n = 28)	Tổng cộng (n = 84)	p
Thể ống xâm nhập	48 (85,7%)	25 (89,3%)	73 (86,9%)	0,44
Thể tiểu thùy xâm nhập	6 (10,7%)	0 (0,0%)	6 (7,1%)	-
Độ mô học 2 và 3	50 (89,3%)	26 (92,9%)	76 (90,5%)	0,62
Thụ thể Estrogen ER (+)	40 (71,4%)	22 (78,6%)	62 (73,8%)	0,60
Thụ thể Progesterone PR (+)	40 (71,4%)	22 (78,6%)	62 (73,8%)	0,40
Thụ thể HER2 dương tính	0 (0,0%)	8 (28,6%)	8 (9,5%)	0,001
Chỉ số tăng sinh Ki67 > 20%	41 (73,2%)	19 (67,9%)	60 (71,4%)	0,31
Thể bộ ba âm tính (TNBC)	16 (28,6%)	6 (21,4%)	22 (26,2%)	0,60

Nhận xét: Thể ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm đa số (86,9%), độ mô học 2 và 3 chiếm tới 90,5%. Tỷ lệ bộc lộ thụ thể nội tiết ER và PR dương tính chiếm 73,8%. Tỷ lệ Ki67 > 20% đạt 71,4%.

3.2. Kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn (Mục tiêu 2)

Bảng 3. Thay đổi đường kính u, đáp ứng lâm sàng và tỷ lệ phẫu thuật sau hóa trị

Đặc điểm	Nhóm Bệnh viện K (n = 56)	Nhóm Tuyên Quang (n = 28)	Tổng cộng (n = 84)	p
ĐKLN u trước điều trị (cm)	5,02 ± 2,30	4,85 ± 2,50	4,96 ± 2,40	0,76
ĐKLN u sau 4 đợt AC (cm)	1,90 ± 1,50	1,78 ± 1,38	1,86 ± 1,46	0,001*
ĐKLN u sau 8 đợt HC (cm)	0,90 ± 1,20	0,95 ± 1,15	0,92 ± 1,18	0,001*
Đáp ứng lâm sàng hoàn toàn (CR)	24 (42,9%)	11 (39,3%)	35 (41,7%)	0,91
Đáp ứng lâm sàng một phần (PR)	31 (55,4%)	16 (57,1%)	47 (56,0%)	0,91
Tỷ lệ đáp ứng lâm sàng toàn bộ	55 (98,2%)	27 (96,4%)	82 (97,6%)	0,65
Tỷ lệ phẫu thuật thành công	56 (100%)	28 (100%)	84 (100%)	-

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng lâm sàng toàn bộ sau 8 chu kỳ đạt 97,6% (41,7% ĐƯHT và 56,0% ĐƯMP). 100% bệnh nhân được phẫu thuật thành công sau hóa trị (94,0% cắt tuyến vú triệt căn cải biên MRM, 6,0% phẫu thuật bảo tồn).

Bảng 4. Kết quả đáp ứng mô bệnh học sau mổ theo phân loại Chevallier

Đặc điểm	Nhóm Bệnh viện K (n = 56)	Nhóm Tuyên Quang (n = 28)	Tổng cộng (n = 84)	p
Nhóm 1: Biến mất hoàn toàn tế bào u	27 (48,2%)	13 (46,4%)	40 (47,6%)	0,35
Nhóm 2: Còn UTBM tại chỗ, hết xâm nhập	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
Nhóm 3: Còn u xâm nhập, có xơ/hoại tử	29 (51,8%)	15 (53,6%)	44 (52,4%)	0,47
Nhóm 4: Ít hoặc không thay đổi	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
Tỷ lệ pCR chung (Nhóm 1 + 2)	27 (48,2%)	13 (46,4%)	40 (47,6%)	0,87

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học (pCR) chung đạt 47,6% (40/84 bệnh nhân). Tỷ lệ pCR đạt được tương đồng giữa Bệnh viện K (48,2%) và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang (46,4%) với p = 0,87.

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn trên hệ huyết học và ngoài huyết học

Tác dụng không mong muốn	Độ 1 - 2: n (%)	Độ 3 - 4: n (%)	Tổng số BN: n (%)	Tỷ lệ theo chu kỳ (%)
Hạ bạch cầu	33 (39,3%)	14 (16,7%)	47 (56,0%)	19,8%
Hạ bạch cầu hạt	39 (46,4%)	18 (21,5%)	57 (67,9%)	19,0%
Hạ huyết sắc tố	51 (60,7%)	0 (0,0%)	51 (60,7%)	40,0%
Rụng tóc	82 (97,6%)	-	82 (97,6%)	-
Chán ăn	61 (72,6%)	0 (0,0%)	61 (72,6%)	-
Độc tính thần kinh ngoại vi	53 (63,1%)	0 (0,0%)	53 (63,1%)	-
Nôn / Buồn nôn	41 (48,8%)	0 (0,0%)	41 (48,8%)	-

Nhận xét: Độc tính huyết học nổi bật là hạ bạch cầu hạt độ 3-4 gặp ở 21,5% bệnh nhân (9,0% tổng số chu kỳ). Hạ huyết sắc tố chủ yếu ở độ 1-2. Không ghi nhận hạ tiểu cầu độ 3-4 hay sốt hạ bạch cầu. Độc tính ngoài huyết học chủ yếu ở độ 1-2 (rụng tóc 97,6%, chán ăn 72,6%, tê bì thần kinh ngoại vi 63,1%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 53,9 ± 10,1 tuổi, nhóm tuổi 50-59 chiếm ưu thế cao nhất (39,3%), tiếp theo là nhóm 40-49 tuổi (33,3%). Kết quả này phản ánh đúng đỉnh cao tần suất mắc ung thư vú tại Việt Nam và tương đồng với các nghiên cứu trong nước của Phùng Thị Huyền và cs (52,1 tuổi)[3], Hà Thành Kiên[4], và Nguyễn Thị Thuỷ.[5]

Đa số khối u mang tính chất đơn ổ (97,6%), xuất hiện ở vú bên trái nhiều hơn vú phải (60,7% so với 39,3%) và khu trú phổ biến nhất tại 1/4 trên ngoài (69,0%). Đường kính khối u trung bình trước điều trị đạt 4,96 ± 2,40 cm. Đáng chú ý, tỷ lệ bệnh nhân có kích thước u ban đầu > 5 cm ở tuyến tỉnh (Tuyên Quang) cao hơn rõ rệt so với tuyến trung ương (Bệnh viện K) với 35,7% so với 14,3% (p = 0,025); đồng thời tỷ lệ giai đoạn T4 tại Tuyên Quang cũng cao hơn (57,1% so với 30,4%, p = 0,03). Ung thư biểu mô thể ống xâm nhập chiếm ưu thế tuyệt đối (86,9%), đa số khối u có độ mô học 2 và 3 (90,5%) và chỉ số tăng sinh tế bào Ki67 > 20% (71,4%), chứng tỏ khối u có tốc độ phân bào nhanh và độ ác tính sinh học tương đối cao.

4.2. Kết quả đáp ứng và tác dụng không mong muốn của phác đồ AC-T

Về đáp ứng lâm sàng và tỷ lệ chuyển phẫu thuật: Phác đồ AC-T cho thấy hiệu quả thu nhỏ khối u rất tốt. Đường kính u trung bình giảm từ 4,96 cm xuống 1,86 cm sau 4AC và tiếp tục giảm xuống 0,92 cm sau 8 chu kỳ (p < 0,001). Tỷ lệ đáp ứng lâm sàng hoàn toàn (CR) tăng từ 10,7% sau 4AC lên 41,7% sau 8 chu kỳ, nâng tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) lên 97,6% và không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào bệnh tiến triển trong quá trình hóa trị.[6]

Về đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học (pCR): Tỷ lệ pCR chung của nghiên cứu đạt 47,6% (40/84 bệnh nhân). Đáng chú ý, tỷ lệ pCR ở tuyến tỉnh (Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang) đạt 46,4%, tương đương với tuyến trung ương (Bệnh viện K là 48,2%, p = 0,87). Kết quả pCR cao này khẳng định hiệu quả của phác đồ AC-T liều dày (dose-dense). Phân tích yếu tố liên quan chỉ ra kích thước u ban đầu ≤ 5 cm giúp tăng đáng kể tỷ lệ pCR (52,9% so với 21,4%, p = 0,031), và nhóm đáp ứng hoàn toàn lâm sàng có tỷ lệ pCR lên tới 80,0% (p < 0,001).[7,8]

Về tác dụng không mong muốn: Độc tính huyết học chủ yếu là hạ bạch cầu trung tính độ 3-4 (gặp ở 21,5% bệnh nhân và 9,0% tổng số chu kỳ). Nhờ sử dụng dự phòng thuốc kích dòng bạch cầu hạt pegfilgrastim/G-CSF đầy đủ, không có bệnh nhân nào bị biến chứng sốt hạ bạch cầu hay tử vong do nhiễm trùng.

V. KẾT LUẬN

Hóa trị bổ trợ trước phác đồ 4AC-4T mang lại hiệu quả đáp ứng lâm sàng và đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn (pCR) cao ở bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III tại cả tuyến trung ương (Bệnh viện K) và tuyến tỉnh (Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang), với mức độ dung nạp tốt và độc tính được kiểm soát an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Tuấn Anh.** Đánh giá tính an toàn của phác đồ 4AC-4P liều dày trong điều trị bổ trợ ung thư vú. Tạp chí Y học Việt Nam. 2019;482(2):45-50.
2. **Lê Thanh Đức.** Nghiên cứu hiệu quả hóa trị bổ trợ trước phẫu thuật phác đồ AP trong ung thư vú giai đoạn III. Tạp chí Y học Việt Nam. 2014;418(1):112-118
3. **Phùng Thị Huyền, Trần Văn Thuấn.** Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học bệnh nhân ung thư vú có bộ ba thụ thể âm tính ER(-), PR(-), HER2(-) giai đoạn 2005-2007 tại Bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam. 2012;390(1):15-18
4. **Hà Thành Kiên.** Đánh giá đáp ứng hóa chất bổ trợ trước 4AC-4T liều dày trong điều trị ung thư vú. Tạp chí Ung học Việt Nam. 2018;6(2):88-94.
5. **Nguyễn Thị Thủy.** Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ trước phác đồ 4AC-4T trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III. Tạp chí Y học Lâm sàng. 2016;92:34-40
6. **Bear HD, Anderson S, Smith RE, et al.** Sequential preoperative or postoperative docetaxel added to preoperative doxorubicin plus cyclophosphamide for operable breast cancer: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol B-27. J Clin Oncol. 2006;24(13):2019-2027.
7. **Cortazar P, Zhang L, Untch M, et al.** Pathological complete response and long-term clinical benefit in breast cancer: the CTNeoBC pooled analysis. The Lancet. 2014;384(9938):164-172.
8. **Rastogi P, Anderson SJ, Bear HD, et al.** Preoperative chemotherapy: updates of National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocols B-18 and B-27. J Clin Oncol. 2008;26(5):778-785.