

40,91% tỷ lệ bệnh nhân sử dụng các yếu tố thuận lợi như: mỹ phẩm, nổi mi...và có tới 15,15% bệnh nhân mắc Demodex ở cả vùng da: mặt, đầu,... Bệnh nhân mắc bệnh viêm bờ mi và vùng da mặt hầu như gặp ở trường hợp nữ giới và có thời gian dùng mỹ phẩm với mục đích điều trị mụn, nám, trắng da và dùng các phương pháp làm đẹp như nổi mi [3].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mắt có triệu chứng viêm bờ mi do Demodex xét nghiệm dương tính chiếm tỷ lệ 72,73%

- Tỷ lệ bệnh viêm bờ mi do Demodex theo tuổi: nhóm 30-45 tuổi chiếm 57,58%

- Tỷ lệ bệnh viêm bờ mi do Demodex theo giới: nữ chiếm 66,67%; nam chiếm 33,33%

- Tỷ lệ bệnh viêm bờ mi do Demodex theo địa dư: nông thôn chiếm 54,55%; thành thị chiếm 36,36%

- Tỷ lệ bệnh viêm bờ mi do Demodex theo nghề nghiệp: nhóm nông dân 42,42%; công nhân 30,30%

- Tỷ lệ bệnh viêm bờ mi do Demodex ảnh hưởng của các yếu tố môi trường: khói bụi chiếm 45,45%; hóa chất chiếm 24,24% và nguồn nước ô nhiễm chiếm 12,12%

- Tỷ lệ bệnh viêm bờ do Demodex có dung các yếu tố thuận lợi gặp hầu hết ở nữ giới chiếm 40,91%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cheng AM, Sheha H, Tseng SC (2015)**. Recent advances on ocular Demodex infestation. *Curr Opin Ophthalmol* 2015;26:295-300.
2. **Đỗ Như Hân (2012)**, Bệnh của mi mắt, *Nhãn khoa Tập 2*
3. **Viện sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng TP HCM (2015)**, Điều trị các triệu chứng lâm sàng ở mắt do nhiễm Demodex folliculorum bằng ivermectin, NXB Y học
4. **Nguyễn Đức Anh (2019)**, Cẩm nang nhãn khoa lâm sàng (sách dịch), NXB Y học.
5. **Nguyễn Thị Bình (2013)**, Demodex và kỹ thuật xét nghiệm tìm Demodex, NXB Y học.
6. **Tạ Thị Ngọc (2018)**, “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm bờ mi do Demodex bằng Ivermectin”, luận văn cao học, bệnh viện Mắt Trung Ương.
7. **Mark S. Milner, Kenneth A. Beckman, Jodi I. Luchs (2017)**. Dysfunctional tear syndrome: dry eye disease and associated tear film disorders – new strategies for diagnosis and treatment. *Curr Opin Ophthalmol*. 2017 Jan; 28(Suppl 1): 3–47.
8. **Stephanie R Fromstein, Jennifer S Harthan (2018)**, Demodex blepharitis: clinical perspectives. *Clin Optom (Auckl)*; 10: 57–63.
9. **Wesolowska M, Knysz B, Reich A, et al (2015)**, Prevalence of Demodex spp. in eyelash follicles in different populations. *Arch*; 10:319-324.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP U TUYẾN CẬN GIÁP TÁI DIỄN LẠC CHỖ TRONG TRUNG THẤT TRÊN

Nguyễn Quang Trung^{1,2}, Nguyễn Duy Thắng^{1,2},
Nguyễn Thị Thanh Hương², Nguyễn Văn Hùng²

TÓM TẮT

U tuyến cận giáp lạc chỗ là 1 trường hợp hiếm gặp. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp u tuyến cận giáp tái diễn lạc chỗ trong trung thất. Bệnh nhân nữ, 54 tuổi, được chẩn đoán u tuyến cận giáp dưới trái, đã phẫu thuật lấy u. Tuy nhiên sau phẫu thuật, theo dõi trong 3 tháng, nồng độ canxi máu và PTH máu vẫn duy trì ở mức cao, bệnh nhân được tiến hành siêu âm và chụp cắt lớp vi tính cổ ngực xác định có khối u vị trí sau động mạch dưới đòn trái. Tiến hành nội soi trung thất lấy được khối u hồng nhạt, kích thước 2x2x3.5cm, giải phẫu bệnh là u tuyến cận giáp lành

tính. Xét nghiệm PTH ngay trước phẫu thuật và sau lấy u 20 phút cho thấy nồng độ PTH máu giảm lớn hơn 50%. Bệnh nhân được theo dõi sau phẫu thuật có PTH và canxi máu về bình thường sau 6 ngày.

Từ khóa: U tuyến cận giáp lạc chỗ, U tuyến cận giáp tái diễn.

SUMMARY

A CASE REPORT OF RECURRENT SUPERIOR MEDIASTINAL ETOPIC PARATHYROID ADENOMA

Parathyroid adenoma is a rare case. We report a case of recurrent, ectopic parathyroid adenoma in the mediastinum. A 54 - year- old female, was diagnosis the left inferiorparathyroid gland, and she had surgery to remove this gland. However, after 3-month follow-up, concentration of PTH and calciemia concentration remained high, and the patient was performed with ultrasound and computed tomography to identify a tumor located behind the left subclavian artery. Endoscopic thoracoscopic surgery discovered a tumor, size 2x2x3.5cm, pathology is parathyroid

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: Trungtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.7.2022

Ngày duyệt bài: 2.8.2022

adenoma. Intraoperative PTH concentration decreased more than 50%. PTH and calcium concentration returned to normal after 6 days.

Keywords: Recurrent parathyroid adenoma, Ectopic parathyroid adenoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến cận giáp là khối u nội tiết đặc trưng bởi tình trạng tăng tiết hormon tuyến cận giáp làm đảo lộn cân bằng canxi trong cơ thể. Thường có 4 đến 6 tuyến cận giáp trên cơ thể và vị trí của các tuyến cận giáp thường không hằng định. Khối u tuyến có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào: trên trái, dưới trái, trên phải, dưới phải và ít gặp hơn là các khối u nằm lạc chỗ trong tuyến ức, trong lồng ngực. Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, chẩn đoán bệnh dựa trên các xét nghiệm cận lâm sàng. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu. Khởi bệnh được xác định khi đạt được nồng độ canxi máu trong giới hạn bình thường trong ít nhất 6 tháng đầu sau phẫu thuật. Bệnh tái diễn sau phẫu thuật là khi không đạt được nồng độ canxi máu bình thường trong ít nhất 6 tháng đầu. Tái phát sau phẫu thuật được xác định khi tái phát tăng canxi máu sau khi nồng độ canxi máu trở về bình thường trong thời gian 6 tháng đầu sau phẫu thuật. Nguyên nhân của tái phát hoặc tái diễn sau phẫu thuật thường do bỏ sót khối u thứ 2 sau lần phẫu thuật đầu tiên.¹

I. CA BỆNH LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 53 tuổi, vào viện vì mệt mỏi. Tiền sử sỏi thận, sỏi niệu quản trái đã phẫu thuật 2 lần năm 2014 và 2021, suy thận mới phát hiện đang điều trị. Xét nghiệm canxi máu và PTH máu tăng cao: canxi là 2.88 mmol/l và PTH là 527.9 pmol/l. Bệnh nhân được chẩn đoán cường cận giáp nguyên phát và có chỉ định phẫu thuật. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh được tiến hành để xác định vị trí u: siêu âm vùng cổ không phát hiện bất thường, xạ hình tuyến cận giáp bằng ^{99m}Tc-sestamibi cho kết quả hình ảnh tăng hoạt tính phóng xạ mức độ trung bình - nhẹ khu trú ở phía dưới thùy trái tuyến giáp ngờ u tuyến cận giáp. Do mức độ PTH tăng nhiều, tuy nhiên trên xạ hình hình ảnh u chỉ tăng hoạt tính phóng xạ mức độ trung bình - nhẹ, nên bệnh nhân đã được tiến hành lấy máu tĩnh mạch chọn lọc định lượng hormon tuyến cận giáp. Kết quả cho thấy vị trí tĩnh mạch giáp dưới có nồng độ tăng cao (527,9 pmol/ml), các vị trí khác đều nằm trong khoảng 110-140 pmol/ml. Chẩn đoán trước phẫu thuật của bệnh nhân: U tuyến cận giáp dưới trái. Bệnh nhân được phẫu

thuật bằng phương pháp cắt tuyến cận giáp xâm lấn tối thiểu. Trong phẫu thuật phát hiện khối màu hồng nhẵn, kích thước 1x1,5cm, nằm sau cực dưới thùy giáp trái, giải phẫu bệnh tức thì và sau phẫu thuật là u tuyến tuyến cận giáp. PTH ngay trước và sau phẫu thuật 20 phút lần lượt là 118 và 122 pmol/l. Nồng độ PTH máu sau phẫu thuật tăng so với ngay trước phẫu thuật, tuy nhiên các phương pháp chẩn đoán hình ảnh chỉ hướng tới 1 u, nên chúng tôi kết thúc phẫu thuật và theo dõi bệnh nhân. Bệnh nhân không có biến chứng trong và sau phẫu thuật. Nồng độ PTH máu và canxi máu sau phẫu thuật có xu hướng giảm nhưng chưa về bình thường, bệnh nhân được điều trị nội khoa và theo dõi.



Hình 2.1. Khối tăng hoạt tính phóng xạ vị trí tuyến cận giáp dưới trái

Theo dõi sau phẫu thuật 3 tháng, thấy nồng độ canxi máu và PTH máu vẫn duy trì cao hơn giá trị bình thường (lần lượt là 2.69 mmol/l và 197 pmol/l). Bệnh nhân được chẩn đoán cường cận giáp nguyên phát tái diễn sau phẫu thuật, nguyên nhân được cho là có thể còn tồn tại khối u thứ 2. Bệnh nhân được siêu âm phát hiện phía sau vị trí xuất phát của động mạch dưới đòn trái có khối giảm âm kích thước 18mm, ranh giới rõ. Trên MSCT ngay cạnh trái thực quản và khí quản có nốt tỷ trọng tổ chức hỗn hợp, ngấm thuốc mạnh không đều sau tiêm, kích thước 21x15mm, ranh giới khá rõ. Bệnh nhân được chẩn đoán là TD u tuyến cận giáp thứ 2 lạc chỗ trong lồng ngực.

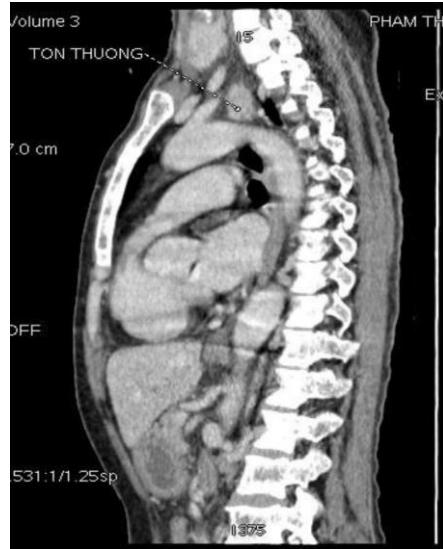


Hình 2.2. Kết quả lấy máu tĩnh mạch chọn lọc định lượng nồng độ hormon PTH

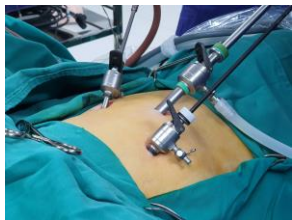


Hình 2.3: Hình ảnh khối u trên siêu âm

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi trung thất trên lấy u: trong phẫu thuật quan sát thấy khối u kích thước 2x2x3.5cm nằm sau ngoài động mạch dưới đòn trái, trước ngoài thực quản và ống ngực, nằm ngoài thần kinh thanh quản quặt ngược, ranh giới rõ với thực quản, tăng sinh mạch. Lấy toàn bộ khối u gửi giải phẫu bệnh tức thì trong mỡ, kết quả là u tuyến tuyến cận giáp lành tính. Theo dõi PTH ngay trước phẫu thuật và sau lấy u 20 phút có kết quả lần lượt là 222.7 và 69,51 pmol/l. Theo dõi sau phẫu thuật PTH và canxi máu trở về giá trị bình thường sau 6 ngày.



Hình 2.4: Hình ảnh khối u trên CLVT có tiêm thuốc cản quang.



Đặt trocar thành ngực



Bóc lộ khối u cận giáp



Bóc lộ khối u cận giáp



Khối u cận giáp

Hình 2.5. Phẫu thuật nội soi lấy u cận giáp dưới lạc chỗ trung thất trên trái.

IV. BÀN LUẬN

Nguyên nhân của cường cận giáp nguyên phát trong 80-85% trường hợp là u tuyến cận giáp đơn độc.² Vì vậy, phẫu thuật mang lại kết quả cao. Bệnh tái diễn sau phẫu thuật là khi không đạt được nồng độ canxi máu bình thường trong ít nhất 6 tháng đầu. Tái phát sau phẫu thuật khi phát hiện tăng canxi máu sau khi nồng độ canxi máu trở về bình thường trong thời gian 6 tháng đầu sau phẫu thuật. Theo thống kê của Pradeep, tỷ lệ bệnh tái diễn sau phẫu thuật ít gặp, thay đổi giữa các nghiên cứu từ 0-2,7%, và tỷ lệ tái phát thường thấp, dao động từ 0 đến 4,16%.

Nguyên nhân của tái phát hoặc tái diễn bệnh sau phẫu thuật là đa u tuyến cận giáp hoặc u tuyến cận giáp lạc chỗ và ít gặp hơn là ung thư tuyến cận giáp.³

Ca bệnh của chúng tôi trước phẫu thuật lần 1 đã thực hiện các xét nghiệm thăm dò hình ảnh (siêu âm, xạ hình tuyến cận giáp, lấy máu tĩnh mạch định lượng hormon tuyến cận giáp) đánh giá đều định hướng đến có 1 u tuyến cận giáp dưới trái. Trong quá trình phẫu thuật thuận lợi

tim được khối u tuyến cận giáp phía sau dưới thùy trái kích thước 1x1,5cm. khối nhẵn, ranh giới rõ. Gửi làm sinh thiết tức thì trong mỡ kết quả u tuyến tuyến cận giáp. Lấy máu xét nghiệm PTH sau phẫu thuật lấy u 20 phút nồng độ PTH sau phẫu thuật tăng nhẹ so với trước phẫu thuật. Như vậy mặc dù lấy được chính xác khối u tuyến cận giáp dưới trái đã được xác định bằng các phương tiện chẩn đoán trước mổ nhưng nồng độ PTH sau phẫu thuật không giảm, chúng tôi hướng đến có thể bệnh nhân có đa u tuyến cận giáp. Do việc phẫu thuật thăm dò cả 4 – 6 tuyến cận giáp là phẫu thuật cận thiệp rộng, mò mẫm và rất khó khăn để xác định u tuyến cũng như đối diện với nhiều nguy cơ như: liệt thần kinh thanh quản quặt ngược, chảy máu, suy tuyến cận giáp và đặc biệt là khả năng rất cao có thể không tìm thấy u do vị trí của tuyến cận giáp không hằng định và có nhiều biến thể bất thường về vị trí của tuyến như: trong tuyến ức, trong trung thất trên, trong lồng ngực, sau thực quản, dọc màng cảnh... do các phương pháp chẩn đoán hình ảnh trước mổ chỉ hướng tới 1 u

tuyến cận giáp dưới trái và chúng tôi đã lấy được chính xác u nên chúng tôi quyết định kết thúc phẫu thuật và tiếp tục điều trị nội khoa theo dõi bệnh nhân, nếu nồng độ PTH tiếp tục không giảm chúng tôi sẽ làm lại các thăm dò chẩn đoán hình ảnh để định hướng vị trí của khối u thứ 2 cũng như lên kế hoạch phẫu thuật thăm dò mở rộng trong trường hợp các phương tiện chẩn đoán hình ảnh không thể định hướng được vị trí u. Bệnh nhân được xét nghiệm theo dõi sát nhiều lần sau phẫu thuật cho thấy nồng độ canxi máu và PTH vẫn duy trì trên ngưỡng bình thường. Bệnh nhân được điều trị nội khoa thuốc hạ canxi máu. 3 tháng sau phẫu thuật, nồng độ canxi máu toàn phần vẫn còn ở mức cao là 2.67 mmol/l và PTH là 197 pmol/l, bệnh nhân được chẩn đoán còn khối u thứ 2 chưa phát hiện sau phẫu thuật lần 1.

Không có hướng dẫn cụ thể nào được nêu ra trước đây cho các trường hợp u cận giáp tái phát, tuy nhiên do tỷ lệ biến chứng liệt thần kinh quặt ngược, suy cận giáp viễn viễn cao hơn lần phẫu thuật đầu tiên, nên cần phải sử dụng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh để xác định chính xác vị trí khối u trước phẫu thuật. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đa dạng được sử dụng: siêu âm, xạ hình tuyến cận giáp bằng Tc-99m-sestamibi, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ, lấy máu tĩnh mạch chọn lọc định lượng hormon tuyến cận giáp. Với ưu điểm rẻ tiền, không xâm lấn, dễ thực hiện, sẵn có, siêu âm là lựa chọn đầu tay. Xạ hình tuy là phương pháp đặc hiệu với tuyến cận giáp, tuy nhiên có thể âm tính giả trong trường hợp u nhỏ, nằm sâu, ít tế bào oxyhil.⁴ Đây cũng có thể là nguyên nhân khối u vùng trung thất không được phát hiện khi tiến hành xạ hình trong lần phẫu thuật đầu tiên của bệnh nhân. Ngoài ra, xạ hình cho kết quả là hình ảnh 2D, không cung cấp về độ sâu của khối u, gây khó khăn cho định hướng phẫu thuật, nhất là trường hợp u tuyến cận giáp lạc chỗ. Lấy máu tĩnh mạch chọn lọc là phương pháp xâm lấn với chi phí cao, còn có tỷ lệ âm tính giả khi khối u có kích thước nhỏ, tiết ít PTH. Cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang hoặc cộng hưởng từ có tiêm thuốc đối quang từ có độ nhạy thay đổi từ 46-87%, tuy nhiên có giá trị cao trong phát hiện u tuyến cận giáp lạc chỗ và là bản đồ cho phẫu thuật.⁴

Câu hỏi đặt ra trong ca bệnh của chúng tôi là tại sao trước khi phẫu thuật lần 1 không xác định được khối u thứ 2 này. Điều này có thể được lý giải là có thể trước lần mổ đầu tiên tồn tại 2 khối u tuyến cận giáp nhưng do khối u cận giáp dưới được xác định ban đầu có đặc tính trội hơn nên

các dấu hiệu của khối u thứ 2 này bị lu mờ, sau khi chúng tôi lấy bỏ khối u đầu tiên thì khối u thứ 2 này được kích thích làm nó tăng nhanh về kích thước cũng như đặc tính do đó mà chúng tôi có thể xác định được nó sau khi làm lại các thăm dò hình ảnh nhằm tầm soát vị trí u. Trong ca bệnh của chúng tôi, kết quả siêu âm hướng đến khối u tuyến cận giáp lạc chỗ trong trung thất trên, chúng tôi lựa chọn phương pháp chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang thay vì xạ hình tuyến cận giáp để tránh cho bệnh nhân tiếp xúc phóng xạ nhiều lần, hơn nữa phương pháp chụp CLVT còn giúp chúng tôi lập kế hoạch phẫu thuật. Kết quả siêu âm và chụp cắt lớp vi tính của ca bệnh này hướng tới 1 khối u tuyến cận giáp nằm trong trung thất trên.

Bệnh nhân được tiến hành nội soi trung thất lấy u: trong phẫu thuật phát hiện khối u vị trí sau động mạch dưới đòn trái. PTH ngay trước phẫu thuật và sau lấy u 20 phút lần lượt là 222.7 và 69,51 pmol/l. Như vậy trong lần phẫu thuật thứ 2, PTH sau lấy u 20 phút so với trước phẫu thuật giảm lớn hơn 50%, đảm bảo tiêu chuẩn lấy u thành công.¹

Tuyến cận giáp trên và dưới xuất phát từ các túi hầu họng thứ 3 và 4, chúng di chuyển từ thành họng đến trung thất. Chính vì sự di chuyển này mà vị trí của tuyến cận giáp có thể đa dạng từ xương hàm dưới đến trung thất. Các vị trí lạc chỗ thường gặp là tuyến ức (38%), vùng sau thực quản (31%), nằm trong tuyến giáp (18%), trung thất (6%), và thành động mạch cảnh (3%). Một số trường hợp đã báo cáo những vị trí cực kỳ hiếm gặp và bất thường, chẳng hạn như xoang lê.⁵ Ca bệnh của chúng tôi phát hiện khối u ở trung thất là 1 vị trí hiếm gặp trong các u tuyến cận giáp lạc chỗ.

Bệnh nhân được theo dõi sau phẫu thuật, nồng độ PTH và canxi máu trở về giá trị bình thường sau 6 ngày.

V. KẾT LUẬN

U tuyến cận giáp có thể gặp ở một hoặc nhiều vị trí khác nhau, có thể gặp một u hoặc nhiều u tuyến cận giáp trên cùng một cơ thể. Phẫu thuật lấy u tuyến cận giáp là phương pháp điều trị hiệu quả và triệt để. Có nhiều phương pháp thăm dò hình ảnh có giá trị có thể được áp dụng để xác định vị trí của u tuyến cận giáp trước mổ để giúp phẫu thuật viên thuận lợi hơn trong tiếp cận và loại bỏ u tuyến cận giáp. U tuyến cận giáp tái diễn hoặc tái phát sau phẫu thuật thường gây khó khăn trong điều trị, dễ gây ra các biến chứng không mong muốn. Cần phải

phối hợp các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác nhau để xác định vị trí u tuyến cận giáp trước phẫu thuật. Một trong các vị trí hiếm gặp của u tuyến cận giáp lạc chỗ và nên được tìm kiếm là trong trung thất. Với bệnh nhân có chỉ định và xác định được vị trí u, phẫu thuật là phương pháp duy nhất điều trị dứt điểm bệnh. Sinh thiết tức thì trong mổ, giải phẫu bệnh sau mổ và kết quả xét nghiệm PTH trước và sau khi lấy u 20 phút giảm trên 50% là tiêu chuẩn khẳng định đã lấy đúng và hết u tuyến cận giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wilhelm SM., Wang T.S., Ruan MD.** The American Association of Endocrine Surgeons

Guidelines for Definitive Management of Primary Hyperparathyroidism | Endocrine Surgery. JAMA Surgery. 2016; **151(10)**: 959 - 968.

2. **Wieneke JA., Smith A. Parathyroid Adenoma.** Head Neck Pathol. 2008; **2(4)**: 305-308.
3. **Pradeep PV., Jayashree B., Mishra A.** Systematic Review of Primary Hyperparathyroidism in India: The Past, Present, and the Future Trends. Int J Endocrinol. 2011; **2011**: e921814
4. **Maisie L. Shindo.** "Hyperparathyroidism: Evaluation and Surgery", 5th edition, Bailey's head and neck surgery – Otolaryngology, Lippincott Williams & Wilkins, Two Commerce Square. 2014; 2131-2148
5. **Roy M., Mazeh H., Chen H.** Incidence and Localization of Ectopic Parathyroid Adenomas in Previously Unexplored Patients. World Journal of Surgery. 2013; **37**:102

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL TRONG UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT DI CĂN

Phạm Thị Dịu¹, Lê Thanh Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn và đánh giá kết quả hóa trị phác đồ paclitaxel trong điều trị nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 39 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn tái phát di căn điều trị bằng phác đồ paclitaxel đơn trị. **Kết quả:** Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi trung bình ở thời điểm tái phát, di căn là 56,8 ± 9,8 tuổi. Trong 32 bệnh nhân tái phát, thời gian tái phát sau điều trị triệt căn trung bình là 39 tháng. Tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ là 33,3%; trong đó 5,1% đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng 1 phần là 28,2%, bệnh giữ nguyên 46,2%. Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân điều trị phác đồ bước 1 là 40,7%, cao hơn so với nhóm bệnh nhân điều trị ở bước 2 là 25%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,031$. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5,6 ± 0,3 tháng. Độc tính của phác đồ thường gặp chủ yếu là độ 1, 2. Các độc tính thường gặp là hạ bạch cầu hạt (33,3%), hạ huyết sắc tố (38,6%), hạ tiểu cầu (10,3%), rụng tóc (38,5%), độc tính thần kinh (51,3%). **Kết luận:** Phác đồ hóa chất paclitaxel giúp cải thiện tỉ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển cho bệnh nhân ung thư vú tái phát hoặc di căn. Bệnh nhân dung nạp thuốc tương đối tốt do vậy có thể áp dụng trong điều trị trong điều kiện hiện nay ở nước ta hiện nay.

Từ khóa: Ung thư vú di căn, paclitaxel, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.

SUMMARY

THE EFFICACY OF PACLITAXEL REGIMEN FOR RECURRENT OR METASTATIC IN BREAST CANCER

Objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of metastatic breast cancer patients and evaluate the efficacy of paclitaxel regimen for recurrent or metastatic in breast cancer. **Patients and methods:** Retrospective, descriptive study on 39 patients with recurrent or metastatic of breast cancer, were treated with paclitaxel chemotherapy regimen at National Cancer Hospital. **Results:** The mean age was 56,8 ± 9,8. In 32 patients of recurrent, mean time to first recurrence was 39 months. The overall response rate (ORR) of the regimen was 33,3 %. The complete response rate was 5,1%, the partial response rate was 28,2%, 46,2% of the patients were stable. ORR in first-line therapy was better than that in the second-line of treatment (ORR: 40,7% vs 25%; $p=0,031$). The median progression-free survival was 5,6 ± 0,3 months. The common toxicity was neutropenia (33,5%), anemia (38,6%), 10,3% for thrombocytopenia, hair loss (38,5%), and 51,3% for neurotoxicity. **Conclusion:** Paclitaxel regimen chemotherapy is effective in high response rates and progression-free survival for patients with recurrent or metastatic of breast cancer. It is well tolerated by patients. Therefore, it can be widely applied in clinical practice.

Keyword: metastatic breast cancer, paclitaxel, progression-free survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020 ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ và là một

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Dịu

Email: phamdiu081992@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.7.2022

Ngày duyệt bài: 1.8.2022