

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BỔ TRỢ TRƯỚC UNG THƯ VÚ BỘ BA ÂM TÍNH GIAI ĐOẠN II-III TẠI BỆNH VIỆN K, GIAI ĐOẠN 2020 – 2022

Đồng Chí Kiên<sup>1</sup>, Lê Thanh Đức<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đáp ứng hoá trị bổ trợ trước ung thư vú bộ ba âm tính và một số tác dụng không mong muốn của hoá trị. **Đối tượng và phương pháp:** 24 bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính được hoá trị bổ trợ trước tại Bệnh viện K từ tháng 10/2020 đến tháng 10/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 51. Giai đoạn bệnh chẩn ban đầu chủ yếu là T<sub>2</sub> và T<sub>3</sub> tương ứng là 50% và 16,7%. 100% bệnh nhân đáp ứng điều trị trên lâm sàng trong đó: 25% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 75% bệnh đáp ứng một phần. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học (pCR: ypT0/is-ypN0) là 25%. 100% bệnh nhân chuyển từ không mổ được thành mổ được. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học tại u liên quan đến tình trạng hạch nách sau mổ. Về tác dụng không mong muốn: giảm bạch cầu trung tính, giảm tiểu cầu chủ yếu ở độ 1,2, giảm bạch cầu độ 3,4 chiếm 9,2%, không có trường hợp nào sốt giảm bạch cầu. Độc tính trên gan gặp 25%, trong đó 4,1% ở độ 3. Nôn, đau thần kinh ngoại vi chủ yếu độ 1, 2, không có trường hợp nào độ 3,4. **Từ khóa:** ung thư vú bộ ba âm tính

### SUMMARY

#### TO EVALUATE THE TREATMENT OUTCOMES FOR PATIENTS TRIPLE NEAGTIVE BREAST CANCER WITH NEOADJUVANT BREAST CANCER AT VIET NAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate of response with neoadjuvant chemotherapy triple negative breast cancer and some adverse events the regimen. **Patients and method:** 24 patients triple negative breast cancer treated with neoadjuvant chemotherapy at K Hospital from October 2020 to October 2022. **Results:** The median age is 51. The initial stage of tumor is mainly T<sub>2</sub>, and T<sub>3</sub>: 50%, 16.7%, respectively. All of patients with complete clinical response. 25% complete response, 75% partial response disease. The histopathological complete response rate (pCR: ypT0/is-ypN0) was 25%. All of patients changed from inoperable to operable. The rate of complete response on histopathology at the tumor is related to the status of axillary lymph nodes after surgery. To the adverse events of neoadjuvant chemotherapy: neutrophils, thrombocytopenia, mainly at grade 1, 2, 9.2% neutropenia patients had grade 3, 4. Hepatotoxicity patients seen 25%, of which 4.1%

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đồng Chí Kiên

Email: jongkent@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

were at grade 3. Vomiting, peripheral neuropathy mainly grade 1, 2, no cases grade 3, 4.

**Keyword:** triple negative breast cancer

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư có tỷ lệ mắc cao nhất ở phụ nữ trên thế giới. Tại Việt Nam, UTV cũng là loại bệnh ung thư hay gặp nhất với 21.555 trường hợp mới mắc và hơn 9000 trường hợp tử vong mỗi năm<sup>1</sup>. Điều trị UTV là điều trị đa mô thức bao gồm phẫu thuật (PT), xạ trị, hóa trị, điều trị nội tiết, điều trị sinh học... Vai trò của hóa trị bổ trợ trước đã được quan tâm hơn trên một số phân nhóm sinh học UTV những năm gần đây.

Khoảng 10-12% các trường hợp UTV thuộc nhóm bộ ba âm tính (BBAT), được định nghĩa như thể sinh học thiếu sự bộc lộ của các thụ thể nội tiết ER và PR cũng như không có sự bộc lộ quá mức của yếu tố phát triển biểu bì 2 (Her2/neu) trên bề mặt tế bào. UTV BBAT là thể nhạy cảm với hóa trị, được thể hiện qua tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT) trên mô bệnh học cao hơn các nhóm khác. Với phương pháp điều trị bổ trợ trước PT, làm giảm kích thước và số lượng tế bào u, hạ thấp giai đoạn bệnh, cho phép PT được thực hiện dễ dàng hơn, có nhiều lựa chọn PT hơn, làm tăng hiệu quả về thẩm mỹ, giảm biến chứng PT. Nhiều tác giả khi nghiên cứu về hóa trị bổ trợ trước, đã khẳng định tỷ lệ ĐUHT trên mô bệnh học ở tổn thương tại vú và hạch sau điều trị bổ trợ trước (bao gồm cả tổn thương xâm nhập và tại chỗ) có DFS cao hơn đáng kể, và ĐUHT trên mô bệnh học được sử dụng như một công cụ đánh giá thay thế cho kết quả điều trị lâu dài. Phác đồ hóa trị bổ trợ trước thông thường bao gồm adriamycin, cyclophosphamid và paclitaxel, docetaxel, ngoài ra có thể sử dụng phác đồ có platinum làm tăng tỷ lệ đáp ứng, tỷ lệ đạt pCR từ 35-45%. Hiện nay điều trị bổ trợ trước phân nhóm BBAT được áp dụng bước đầu tại bệnh viện K và quy trình này đang được hội đồng khoa học xét duyệt như là một điều trị chuẩn, thường quy, đối với phân nhóm BBAT.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 24 bệnh nhân được chẩn đoán UTV BBAT được hóa trị bổ trợ trước PT tại bệnh viện K từ tháng 10/2020- 10/2022.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

- BN nữ ≤ 80 tuổi
- Chẩn đoán xác định là UTBM tuyến vú xâm nhập bằng MBH theo phân loại WHO 2012. Có kết quả HMMĐ: ER (-), PR (-), Her2/neu (-), hoặc Her2/neu (+, ++) mà FISH/Dual-CISH âm tính.
- Giai đoạn II, III theo phân loại của AJCC phiên bản số 7.
- ECOG ≤ 2. Không có bệnh chống chỉ định với các thuốc anthracyclin: các bệnh lý tim mạch nặng như suy tim, viêm cơ tim...
- BN được PT cắt tuyến vú triệt căn biến đổi hoặc PT bảo tồn tuyến vú sau hóa trị.
- Siêu âm tim: tỷ số tổng máu thất trái (LVEF) ≥ 55%.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- UTV hai bên, UTV tái phát.
- Mặc các bệnh khác có nguy cơ tử vong trong thời gian gần.
- Không tuân thủ liệu trình điều trị.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu kết hợp tiến cứu

Công thức tính cỡ mẫu ước tính cho một tỷ lệ

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times pq}{d^2}$$

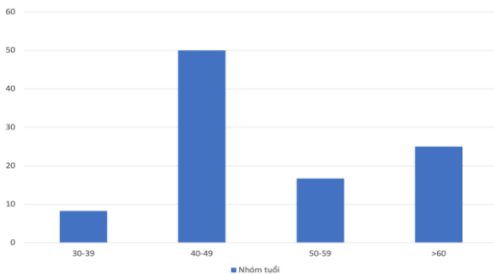
Trong đó: - n: cỡ mẫu tối thiểu

- p: tỷ lệ ĐÚHT trên mô bệnh học của UTV BBAT trong nghiên cứu của Melichar p = 0,61
  - q = 1- p
  - α: là mức ý nghĩa thống kê, chọn α = 0,05
  - Z<sub>1-α/2</sub> hệ số giới hạn độ tin cậy 95%, tra bảng = 1,96
  - d: độ chính xác mong muốn (d = 0,2)
  - Z: sai lầm loại 1 ở mức 1-α/2 (Z = 1,96)
- Ước tính cỡ mẫu tối thiểu là 23, trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành trên 24 bệnh nhân

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

**3.1.1. Đặc điểm tuổi**



**Biểu đồ 1: Đặc điểm nhóm tuổi bệnh nhân nghiên cứu**

- Tuổi trung bình: 51,2 ± 13,3tuổi, thấp nhất 32 tuổi, cao nhất 76 tuổi

**Nhận xét:** tuổi TB của nhóm BN nghiên cứu là 51 tuổi, nhóm tuổi 40-49 chiếm tỉ lệ cao nhất (50%).

**3.1.2. Đặc điểm u nguyên phát**

**Bảng 3.1. Vị trí khối u**

Các tính chất		Số BN	Tỷ lệ (%)
Vú có u	Phải	16	66,7
	Trái	8	33,3
Số lượng u	Đơn ổ	22	91,6
	Đa ổ	2	8,4
Vị trí u	¼ trên ngoài	16	66,7
	¼ trên trong	2	8,3
	¼ dưới trong	0	0
	¼ dưới ngoài	4	16,7
	Trung tâm	2	8,3

**Nhận xét:** phần lớn BN có khối u vú đơn ổ (91,6%), nằm bên phải (66,7%), chủ yếu ở vị trí ¼ trên ngoài (66,7%).

**3.1.3. Giai đoạn bệnh**

**Bảng 3.2. Đặc điểm giai đoạn u và hạch**

	Số BN	Tỷ lệ (%)
<b>Giai đoạn T:</b>		
T <sub>2</sub>	12	50
T <sub>3</sub>	4	16,7
T <sub>4b</sub>	8	33,3
<b>Giai đoạn N:</b>		
N <sub>0</sub>	2	8,3
N <sub>1</sub>	10	41,7
N <sub>2</sub>	12	50
N <sub>3</sub>	0	0
<b>Kích thước u:</b>		
U ≤ 5 cm	18	75
U > 5cm	6	25

**Nhận xét:** đa số BN ở giai đoạn T<sub>2</sub> và T<sub>3</sub> (chiếm lần lượt 50% và 16,7%), với phần lớn khối u có kích thước ≤ 5cm (chiếm 75%). Chủ yếu BN ở giai đoạn hạch N<sub>2</sub> (50%).

**Bảng 3.3. Giai đoạn bệnh**

	Số BN	Tỷ lệ (%)
<b>Giai đoạn:</b>		
II <sub>A</sub>	2	8,4
II <sub>B</sub>	4	16,6
III <sub>A</sub>	10	41,7
III <sub>B</sub>	8	33,3

**Nhận xét:** phần lớn BN ở giai đoạn III<sub>A</sub> (chiếm 41,7%). Trong đó, 16 BN giai đoạn tiến triển tại chỗ không có khả năng PT chiếm tỷ lệ 66,7%.

**3.2. Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến đáp ứng**

**3.2.1. Đáp ứng**

Đáp ứng lâm sàng

- Thay đổi ĐKLN của u trước và sau điều trị

**Bảng 3.4. Tổng ĐKLN của u trước và sau hoá trị hỗ trợ trước**

Tổng ĐKLN của u	X ± SD	p
Trước điều trị	4,37 ± 1,50	<b>&lt; 0,0001</b>
Sau hoá trị	1 ± 1,24	
<b>Hiệu số</b>	<b>3,37 ± 0,67</b>	

**Nhận xét:** đường kính u giảm có ý nghĩa sau hoá trị hỗ trợ đợt điều trị (p < 0,001).

- Đáp ứng lâm sàng

**Bảng 3.5. Đáp ứng lâm sàng sau hoá trị hỗ trợ trước**

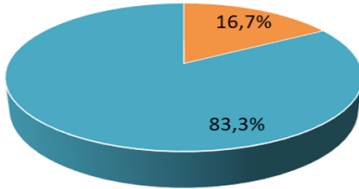
Đáp ứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	6	25
Đáp ứng một phần	18	75
Bệnh giữ nguyên	0	0
Bệnh tiến triển	0	0
<b>Tổng</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 100% BN đạt được đáp ứng, đa số BN đạt ĐƯ lâm sàng một phần (75%), 6 BN đạt ĐUHT (25%).

- Tỷ lệ chuyển mổ

Trong NC của chúng tôi cả 24 BN đều được phẫu thuật, trong đó 16/16 BN chuyển từ không mổ cắt triệt vú triệt căn biến đổi được thành mổ cắt triệt căn được chiếm tỷ lệ 100%. 4/8 BN chuyển từ không mổ bảo tồn được thành phẫu thuật bảo tồn tuyến vú.

- Phẫu thuật bảo tồn và MRM



■ Phẫu thuật bảo tồn ■ Phẫu thuật MRM

**Bảng 3.8. Độc tính trên hệ huyết học/ tổng số chu kỳ**

Độ	Hạ BC Số chu kỳ (%)	Hạ BC ĐNNT Số chu kỳ (%)	Hạ TC Số chu kỳ (%)	Hạ HST Số chu kỳ (%)
0	132 (86,8)	122 (80,2)	152 (100)	91 (59,8)
1	13 (8,6)	8 (5,3)	0 (0)	61 (40,2)
2	4 (2,7)	8 (5,3)	0 (0)	0 (0)
3	2 (1,3)	9 (5,9)	0 (0)	0 (0)
4	1 (0,6)	5 (3,3)	0 (0)	0 (0)
<b>Tổng</b>	<b>152 (100)</b>	<b>152 (100)</b>	<b>152 (100)</b>	<b>152 (100)</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ giảm BC và BCĐNNT là 13,2% và 19,8% tổng số chu kỳ. Tỷ lệ giảm BCĐNNT độ 3 và 4 là 5,9% và 3,3% tổng số chu kỳ.

**3.3.2. Độc tính ngoài hệ huyết học**

**Bảng 3.9. Các độc tính ngoài hệ huyết học của phác đồ**

	Độ 1 Số BN (%)	Độ 2 Số BN (%)	Độ 3 Số BN (%)	Độ 4 Số BN (%)
Nôn	10(41,7)	3 (12,7)	0	0

**Biểu đồ 2. Tỷ lệ (%) các phương pháp phẫu thuật sau hóa trị**

Đáp ứng mô bệnh học

**Bảng 3.6. Kết quả đáp ứng mô bệnh học theo Chevallier**

Đáp ứng theo phân loại Chevallier	Số BN	Tỷ lệ (%)
<b>Nhóm 1:</b> biến mất hoàn toàn tế bào ung thư	6	25
<b>Nhóm 2:</b> UTBM tại chỗ	0	0
<b>Nhóm 3:</b> còn UTBM xâm nhập, có biến đổi hoại tử, xơ hóa	16	66,7
<b>Nhóm 4:</b> có ít thay đổi diện mạo u	2	8,3
<b>Không xác định:</b> không mổ được sau hóa trị.	0	0
<b>Tổng</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 6 BN hoàn toàn không còn tổ chức ung thư trên bệnh phẩm u vú và hạch nách (chiếm 25%). Tỷ lệ bệnh nhân đạt pCR (nhóm 1 và nhóm 2 theo Chevallier) là 25%. Tỷ lệ BN không đạt pCR là 75%.

**3.2.2. Một số yếu tố liên quan tới đáp ứng**

**Bảng 3.7. Mối liên quan giữa đáp ứng MBH tại u và tình trạng hạch nách sau mổ**

Yếu tố	Hạch nách sau phẫu thuật				p
	Hạch (-)		Hạch (+)		
	n	(%)	n	(%)	
<b>Đáp ứng mô bệnh học tại u:</b>					
ĐUHT	6	(100)	0	0	0,29
ĐƯ không HT	12	(66,7)	6	(33,3)	

**Nhận xét:** tỷ lệ BN ĐUHT trên MBH tại u có tỷ lệ hạch âm tính sau mổ (100%) cao hơn nhóm không ĐUHT tại u (66,7%).

**3.3. Đánh giá một số tác dụng không mong muốn**

**3.3.1. Độc tính trên hệ huyết học**

Chán ăn	12 (50)	3 (12,7)	0	0
Rụng tóc	18 (75)	2(8,2)	-	-
Độc tính trên gan	6(25%)	2 (8,2)	1 (4,1)	0
Độc tính trên thần kinh	13 (54,1)	5 (20,8)	0	0

**Nhận xét:** nôn và chán ăn là độc tính thường gặp, tuy nhiên chỉ ở độ 1, 2. Rụng tóc gặp ở 75% các trường hợp. Độc tính trên gan thường gặp ở độ 1 và 2.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm bệnh nhân

**4.1.1. Tuổi.** Tuổi TB của BN trong nghiên cứu của chúng tôi là 51 tuổi, thấp nhất là 32 tuổi, cao nhất là 76 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 40-49 tuổi chiếm 50%. Kết quả của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu trong nước như Nguyễn Việt Dũng (2017) nghiên cứu 114 bệnh nhân UTV BBAT giai đoạn I-III được điều trị phẫu thuật kết hợp hóa chất tại BV Trung Ương Huế cho thấy tuổi trung bình BN 48, tuổi thấp nhất 24, lớn nhất 76 tuổi<sup>2</sup>.

**4.1.2. Đặc điểm u nguyên phát.** Vị trí u: khối u vị trí ¼ trên ngoài thường gặp nhất, chiếm 66,7%, tiếp đến là ¼ dưới ngoài, chiếm tỷ lệ 16,7%. Sở dĩ, khối u hay gặp vị trí ¼ trên ngoài do tổ chức tuyến vú ở vùng này đạt độ dày và thể tích cao nhất. Phân bố vị trí u trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự nhiều nghiên cứu trong nước khác. Trịnh Thị Thanh (2020), Nguyễn Việt Dũng (2017) cũng cho thấy ¼ TN là vị trí hay gặp (68,7% và 44,7%)<sup>2</sup>.

**4.1.3. Giai đoạn bệnh.** Giai đoạn của UTV là cơ sở để lựa chọn phương pháp điều trị ban đầu, đồng thời là yếu tố tiên lượng quan trọng liên quan đến ĐƯ điều trị và ĐƯ dài hạn. Trong 24 BN nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn BN ở giai đoạn III (75%), trong đó đa số BN ở giai đoạn III<sub>A</sub>, chiếm tỷ lệ 41,7%. Giai đoạn III<sub>B</sub>, III<sub>C</sub> lần lượt 33,3% và 16,6%. Có 6 bệnh nhân ở giai đoạn II chiếm 25%.

##### 4.2. Kết quả điều trị

**4.2.1. Đáp ứng trên lâm sàng.** Sau hoá trị bổ trợ trước, ghi nhận tỷ lệ ĐƯTB trên lâm sàng là 100%, trong đó tỷ lệ ĐƯHT là 25%, tỷ lệ BN ĐƯMP là 75%, không có trường hợp nào bệnh giữ nguyên hoặc bệnh tiến triển.

Nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Đức (2014) điều trị hóa trị bổ trợ trước phác đồ AP (doxorubicin – paclitaxel) trong UTV giai đoạn III, cho thấy: tỷ lệ ĐƯTB là 92% (trong đó ĐƯHT là 31% và ĐƯMP là 60,6%), tỷ lệ bệnh giữ nguyên là 5,1% và có 2,9% bệnh tiến triển<sup>4</sup>. Tác giả Nguyễn Thị Thủy (2016), ghi nhận tỷ lệ ĐƯTB là 96,6%, trong đó tỷ lệ ĐƯHT là 25,4%, tỷ lệ ĐƯMP 71,2%, không trường hợp nào bệnh giữ nguyên và 2 BN tiến triển sau hóa trị (chiếm

3,4%)<sup>5</sup>. Như vậy so với các giả trong nước và ngoài nước, tỷ lệ BN đáp ứng trên lâm sàng (ĐƯTB và ĐƯHT) đều cao hơn, điều này phù hợp với đặc điểm đối tượng NC của chúng tôi: BN có khối u nhỏ hơn, chưa có di căn hạch N3, GD bệnh sớm hơn, thể sinh học phân chia nhanh, ĐMH cao hơn, đáp ứng tốt với hóa trị.

**Tỷ lệ chuyển phẫu thuật.** Trong NC của chúng tôi, cả 24 BN đều được phẫu thuật, 16/16 BN tiến triển tại chỗ không mổ được thành mổ cắt tuyến vú triệt căn sau hóa trị đạt tỷ lệ 100%, cao hơn so với các tác giả trong nước như Lê Thanh Đức, Nguyễn Thị Thủy, Hà Thành Kiên.

Tác giả	Tỷ lệ chuyển mổ
Lê Thanh Đức (2014) <sup>4</sup>	94,2%
Nguyễn Thị Thủy (2016) <sup>5</sup>	96,6%
Hà Thành Kiên (2018) <sup>6</sup>	98,1%

Tỷ lệ PT bảo tồn trong NC của chúng tôi là 16,7%. Có lẽ do phần lớn BN trong nghiên cứu có khối u ban đầu lớn, lan tỏa hoặc xâm lấn da dù có thoái lui đáng kể cũng không thể PT bảo tồn được, những BN có khối u ở trung tâm cũng không cho phép PT bảo tồn.

**4.2.2. Đáp ứng mô bệnh học.** Tỷ lệ ĐƯHT mô bệnh học của chúng tôi là 25%. Tác giả Lê Thanh Đức nghiên cứu trên 137 BN UTV giai đoạn III hóa trị bổ trợ trước với phác đồ AP cho kết quả pCR là 16,8%<sup>4</sup>. Nguyễn Thị Thủy (2016) nghiên cứu trên 59 BN UTV giai đoạn III không mổ được hóa trị bổ trợ trước 4AC-4T ghi nhận tỷ lệ ĐƯHT trên mô bệnh học ở nhóm UTV BBAT cao hơn so với các thể khác, tỷ lệ pCR là 35,3%<sup>5</sup>.

##### 4.2.3. Các yếu tố liên quan với đáp ứng mô bệnh học

**Liên quan giữa đáp ứng mô bệnh học tại u và tại hạch.** Trong NC của chúng tôi, tiêu chuẩn ĐƯHT về mô bệnh học tại u là không còn tổ chức ung thư xâm nhập tại u sau phẫu thuật (ypT<sub>0</sub>/T<sub>is</sub>). Kết quả cho thấy tỷ lệ hạch nách âm tính sau mổ trong nhóm BN ĐƯHT về mô bệnh học tại u cao hơn nhóm không ĐƯHT (100% so với 66,7%, p = 0,29). Kết quả này tương tự NC của Hoàng Anh Dũng (2014) và Nguyễn Thị Thủy (2016), Hà Thành Kiên (2018), Trịnh Thị Thanh (2020) cũng ghi nhận mối liên quan giữa đáp ứng MBH tại u và tại hạch (với p = 0,04 ở cả 2 nhóm NC)<sup>5,6</sup>.

### 4.3. Một số tác dụng không mong muốn của phác đồ

**4.3.1. Độc tính trên hệ huyết học.** Tính trên tổng số BN nghiên cứu, tác dụng phụ giảm bạch cầu và giảm bạch cầu trung tính chiếm tỷ lệ lần lượt là 13,2% và 19,8%, trong đó hạ bạch cầu độ 3-4 và hạ bạch cầu trung tính độ 3-4 chiếm tỷ lệ 5,9% và 3,3%, không gặp trường hợp nào sốt hạ bạch cầu.

**4.3.2. Độc tính ngoài hệ tạo huyết.** Các độc tính ngoài hệ tạo huyết thường được ghi nhận như độc tính trên đường tiêu hóa: nôn, buồn nôn, viêm miệng, tiêu chảy; độc tính gan, thận, độc tính tim mạch và độc tính thần kinh ngoại vi. Nôn, buồn nôn là độc tính dễ nhận thấy và thường gặp hơn khi điều trị anthracycline. Tỷ lệ nôn độ 1, 2 trong nghiên cứu gặp 41,7% và 12,7%. Độc tính gan với biểu hiện tăng men gan AST và/hoặc ALT. Độc tính này xảy ra chủ yếu ở độ 1, chiếm 25%, 1 bệnh nhân có độc tính độ 3 (chiếm 4,1%).

## V. KẾT LUẬN

### 5.1. Đáp ứng và một số yếu tố liên quan tới đáp ứng

- Tỷ lệ đáp ứng trên lâm sàng là 100%; trong đó tỷ lệ ĐƯMP là 75%, tỷ lệ ĐƯHT là 25%.
- Tỷ lệ ĐƯHT trên mô bệnh học (pCR: ypT0/is-ypN0) là 25%
- Tỷ lệ BN chuyển từ không mổ được thành mổ được chiếm 100%.
- ĐƯHT trên MBH tại u liên quan đến tình trạng hạch nách sau mổ.

### 5.2. Một số tác dụng không mong muốn của hóa trị BTT. Tất cả bệnh nhân đều điều trị đủ số chu kỳ hoá trị tiêu chuẩn

- Tỷ lệ giảm BCTT ở tất cả mức độ là 19,8% tổng số chu kỳ, trong đó mức độ 3-4 chiếm 9,2% tổng số chu kỳ, không có trường hợp nào sốt hạ bạch cầu.

- Hạ huyết sắc tố chiếm 40,2% tổng số chu kỳ, gặp ở độ 1, không gặp trường hợp nào hạ tiểu cầu.

- Nôn, chán ăn gặp lần lượt ở 41,7% và 50% BN, tất cả đều ở mức độ 1-2.

- Độc tính trên gan gặp ở 25% BN, trong đó mức độ 3 chiếm 4,1%, không có BN nào có độc tính trên thận và độc tính trên tim mạch.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide. *Journal for Clinicians.* 2020;68(6):394-424.
2. **Nguyễn Việt Dũng.** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp hoá chất trong ung thư vú có bộ ba thụ thể ER, PR và Her2 âm tính. 2017; Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Ishitha et al,** Clinicopathological Study of Triple Negative Breast Cancers, *JClinDiagnRes.* 2016 Sep; 10(9): EC05-EC09.
4. **Lê Thanh Đức.** Nghiên cứu hiệu quả hóa trị bổ trợ trước phẫu thuật phác đồ AP trong ung thư vú giai đoạn III. 2014; Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
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. 2016; Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Hà Thành Kiên.** Đánh giá đáp ứng hóa chất bổ trợ trước 4AC-4T liều dày trong điều trị ung thư vú. 2018; Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

## NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH, MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ TÌNH TRẠNG KHÁNG THUỐC CỦA VI KHUẨN SINH MEN CARBAPENEMASE Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU PHỨC TẠP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Như Nghĩa<sup>1</sup>, Lý Thành Du<sup>2</sup>, Võ Thị Kim Thi<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp do vi khuẩn đa kháng thuốc ngày càng gia tăng

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Trung tâm Y tế huyện Giồng Riềng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Nghĩa

Email: nnnghia@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

trong thời gian gần đây, đặc biệt là các vi khuẩn sinh men carbapenemase. **Mục tiêu:** 1). Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp do vi khuẩn sinh men carbapenemase và một số yếu tố liên quan; 2). Khảo sát tình trạng đề kháng kháng sinh của vi khuẩn sinh men carbapenemase tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích. Có 81 bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 03/2021 đến tháng 06/2022. Phương pháp thu thập số liệu qua thăm