

EVALUATION OF THE RESULTS OF PACLITAXEL-TRASTUZUMAB REGIMEN IN THE TREATMENT OF HER2-POSITIVE METASTATIC BREAST CANCER

Le Thu Ha, Nguyen Minh Thang*, Tran Thi Kim Anh

Hanoi Oncology Hospital - 42A Thanh Nhan, Bach Mai ward, Hanoi, Vietnam

Received: 23/9/2025

Revised: 16/10/2025; Accepted: 25/10/2025

ABSTRACT

Objective: To review some clinical and paraclinical characteristics of HER2-positive breast carcinoma in the metastatic recurrent stage, and to evaluate the treatment efficacy as well as some adverse effects of the Paclitaxel-Trastuzumab regimen in the studied patient group.

Subject and methods: A study was conducted on patients with recurrent, metastatic HER2- positive breast cancer treated with Paclitaxel combined with Trastuzumab at Hanoi Oncology Hospital from October 2017 to September 30, 2024. Research subjects: women aged 18 to 80 years old diagnosed with metastatic recurrent breast cancer, with histopathology of invasive carcinoma. Immunohistochemistry was HER2 (+++) or HER2 (++) with positive FISH/Dual-ISH. Research method: a combined retrospective-prospective descriptive study.

Results: A total of 87 patients were enrolled. The response rates of the regimen after 3, 6, and 9 cycles were 74.7%, 36.8% and 17.2%, respectively; with 3 patients achieving a complete response, accounting for 3.4%. The majority of patients achieved response after 3-6 treatment cycles. After 9 treatment cycles, stable disease was observed in 46% of patients. The progression-free survival rates at 3 months, 6 months, and 12 months were 88.5%, 75.1%, and 38.2%, respectively; the median progression-free survival was 9 months. The overall survival rates at 6 months, 12 months, and 24 months were 95.4%, 83.5%, and 64%, respectively; the median overall survival was 32 months. Common adverse effects were peripheral neuropathy (57.4%), anemia (43.7%).

Conclusion: The Paclitaxel-Trastuzumab regimen was effective in treating patients with HER2-positive breast cancer at the metastatic stage in terms of response rate, progression-free survival, and overall survival. Adverse effects occur at low rates, mainly grade 1, 2.

Keywords: Metastatic breast cancer, HER2-positive, Paclitaxel-Trastuzumab regimen.

*Corresponding author

Email: minhthang8389@gmail.com **Phone:** (+84) 942258389 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3594**



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL-TRASTUZUMAB TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ HER2 DƯƠNG TÍNH GIAI ĐOẠN TÁI PHÁT DI CĂN

Lê Thu Hà, Nguyễn Minh Thắng*, Trần Thị Kim Anh

Bệnh viện Ung bướu Hà Nội - 42A Thanh Nhân, phường Bạch Mai, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/9/2025

Ngày chỉnh sửa: 16/10/2025; Ngày duyệt đăng: 25/10/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư biểu mô tuyến vú HER2 dương tính giai đoạn tái phát, di căn; đánh giá hiệu quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ Paclitaxel-Trastuzumab trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 10/2017 đến 30/9/2024, trên bệnh nhân ung thư vú HER2 dương tính tái phát, di căn điều trị phác đồ Paclitaxel kết hợp Trastuzumab. Đối tượng nghiên cứu: nữ tuổi từ 18-80 được chẩn đoán xác định ung thư vú giai đoạn tái phát di căn, mô bệnh học là ung thư biểu mô xâm lấn. Hóa mô miễn dịch có HER2 (+++) hoặc HER2 (++) kèm khuếch đại gen FISH/Dual-ISH. Phương pháp nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

Kết quả: Có 87 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu. Tỷ lệ đáp ứng sau 3, 6, 9 chu kỳ điều trị lần lượt là 74,7%, 36,8% và 17,2%; trong đó 3 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn chiếm 3,4%, phần lớn các bệnh nhân đạt được đáp ứng sau 3-6 chu kỳ điều trị. Sau 9 chu kỳ điều trị, bệnh chủ yếu giữ nguyên chiếm 46%. Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng lần lượt là 88,5%; 75,1% và 38,2%; trung vị sống thêm bệnh không tiến triển là 9 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 95,4%; 83,5% và 64%; trung vị sống thêm toàn bộ là 32 tháng. Các tác dụng không mong muốn thường gặp là bệnh lý thần kinh ngoại vi (57,4%), thiếu máu (43,7%).

Kết luận: Phác đồ Paclitaxel-Trastuzumab có hiệu quả trong điều trị bệnh nhân ung thư vú có HER2 dương tính giai đoạn tái phát, di căn ở cả tỷ lệ đáp ứng, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ. Tác dụng không mong muốn gặp với tỷ lệ thấp, chủ yếu là độ 1, 2.

Từ khóa: Ung thư vú di căn, HER2 dương tính, phác đồ Paclitaxel-Trastuzumab.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú chiếm tỷ lệ mắc phải cao nhất trong các loại ung thư ở phụ nữ. Theo GLOBOCAN năm 2022, tại Việt Nam số ca mắc mới là hơn 24.000 và số tử vong là 10.000 [1]. Với ung thư vú giai đoạn di căn, thời gian sống trung bình từ 2-3 năm [2-3]. Phương pháp chính điều trị ung thư vú di căn là điều trị toàn thân, trong đó hóa trị là nền tảng. Phác đồ phối hợp

Taxane và Trastuzumab là phác đồ hiệu quả trong điều trị ung thư vú HER2 dương tính giai đoạn tái phát di căn.

Ở Việt Nam, bằng chứng lâm sàng liên quan đến hiệu quả và độc tính của phác đồ Paclitaxel-Trastuzumab còn hạn chế, và tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội hiện chưa có công trình nào đánh giá về phác đồ này.

*Tác giả liên hệ

Email: minhthang8389@gmail.com Điện thoại: (+84) 942258389 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3594>

Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả phác đồ Paclitaxel-Trastuzumab trong điều trị ung thư vú HER2 dương tính giai đoạn tái phát, di căn với 2 mục tiêu: (1) Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu; (2) Đánh giá hiệu quả và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ Paclitaxel-Trastuzumab.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian bắt đầu lấy số liệu từ tháng 10/2017 đến ngày 30/09/2024 tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: nữ tuổi từ 18-80 được chẩn đoán xác định ung thư vú giai đoạn tái phát di căn, mô bệnh học là ung thư biểu mô xâm lấn. Hóa mô miễn dịch có HER2 (+++) hoặc HER2 (++) kèm theo FISH/Dual-ISH dương tính, đánh giá toàn trạng ECOG ≤ 2 . Điều trị bước một với phác đồ nghiên cứu tối thiểu 3 chu kỳ; chức năng gan, thận, tim trong giới hạn bình thường.

- Tiêu chuẩn loại trừ: ung thư vú tái phát tại chỗ có chỉ định điều trị tại chỗ tại vùng, bệnh nhân có nguy cơ tử vong do bệnh hoặc các bệnh lý trầm trọng khác, dị ứng với thuốc, hóa chất trong phác đồ nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Chọn bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn. Thời điểm lựa chọn bệnh nhân tiến cứu (bắt đầu điều trị phác đồ Paclitaxel-Trastuzumab) hoặc hồi cứu (đã điều trị xong phác đồ) bệnh án của bệnh nhân.

Cỡ mẫu được tính theo công thức sau:

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu dự kiến; Z là sai lầm loại 1, ở mức $1-\alpha/2$ ($\alpha = 0,05$) thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p là tỉ lệ sống thêm toàn bộ 12 tháng của các bệnh nhân sử dụng hóa trị kết hợp Trastuzumab trong nghiên cứu của Slamon D.J và cộng sự ($p = 0,8$) [4]; - q = $1 - p$; d là độ chính xác mong muốn ($d = 0,0876$).

Thay các thông số vào công thức trên, tính được $n = 80$ bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi lấy 87 bệnh nhân.

2.5. Biến số, chỉ số, nội dung, chủ đề nghiên cứu

Nhóm biến số về tình trạng lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả về tỉ lệ đáp ứng, mối liên quan giữa tỉ lệ đáp ứng và các yếu tố, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (progression-free survival - PFS), thời gian sống thêm toàn bộ (overall survival - OS), tác dụng không mong muốn.

2.6. Quy trình nghiên cứu

- Các thuốc sử dụng trong nghiên cứu: Paclitaxel 175 mg/m² da, truyền ngày 1 các chu kỳ; Trastuzumab truyền liều khởi đầu 8 mg/kg ngày 1 chu kỳ 1, truyền liều 6 mg/kg ngày 1 mỗi chu kỳ tiếp theo từ chu kỳ 2 trở đi. Thời gian mỗi chu kỳ: 21 ngày.

- Đánh giá đáp ứng sau mỗi 3 chu kỳ, hoặc khi có dấu hiệu tiến triển: khám lâm sàng trước điều trị, trả lời bộ câu hỏi đánh giá triệu chứng cơ năng, xét nghiệm huyết học, sinh hóa chức năng gan. Đặc biệt với thuốc Trastuzumab có tác dụng không mong muốn đặc thù trên chức năng tim, chủ yếu là giảm phân suất tống máu, siêu âm tim định kỳ mỗi 3 chu kỳ để phát hiện sớm các thay đổi về tim mạch.

- Thời gian điều trị: đến khi tiến triển hoặc độc tính không chấp nhận được.

2.7. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Từ bệnh án nghiên cứu, phỏng vấn trực tiếp hoặc gọi điện cho bệnh nhân hoặc người nhà ghi nhận các thông tin về đặc điểm bệnh nhân, vị trí tái phát di căn, kết quả hóa mô miễn dịch, sự xuất hiện và mức độ độc tính, PFS, OS.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

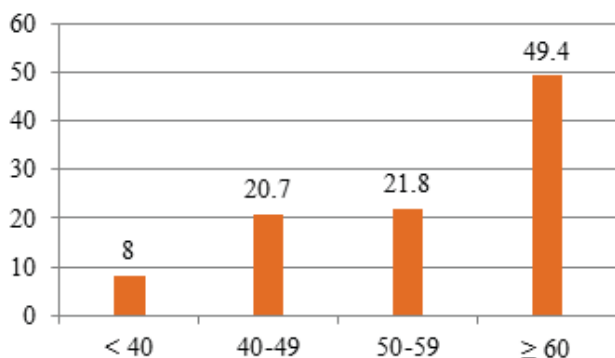
Sử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Phác đồ điều trị trong nghiên cứu đã được kiểm chứng qua nhiều thử nghiệm lâm sàng tại các trung tâm điều trị ung thư lớn trên thế giới và nằm trong khuyến cáo điều trị của Bộ Y tế Việt Nam. Nghiên cứu được Hội đồng duyệt đề cương và Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Ung bướu Hà Nội thông qua. Thông tin bệnh nhân được bảo mật bằng hình thức khuyết danh trên toàn bộ hồ sơ và khi công bố kết quả.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các độ tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu

Nhóm bệnh nhân có tuổi < 40 chiếm tỉ lệ thấp nhất (8%), độ tuổi ≥ 60 chiếm tỉ lệ cao nhất (49,4%).

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 1. Số chu kỳ điều trị (n = 87)

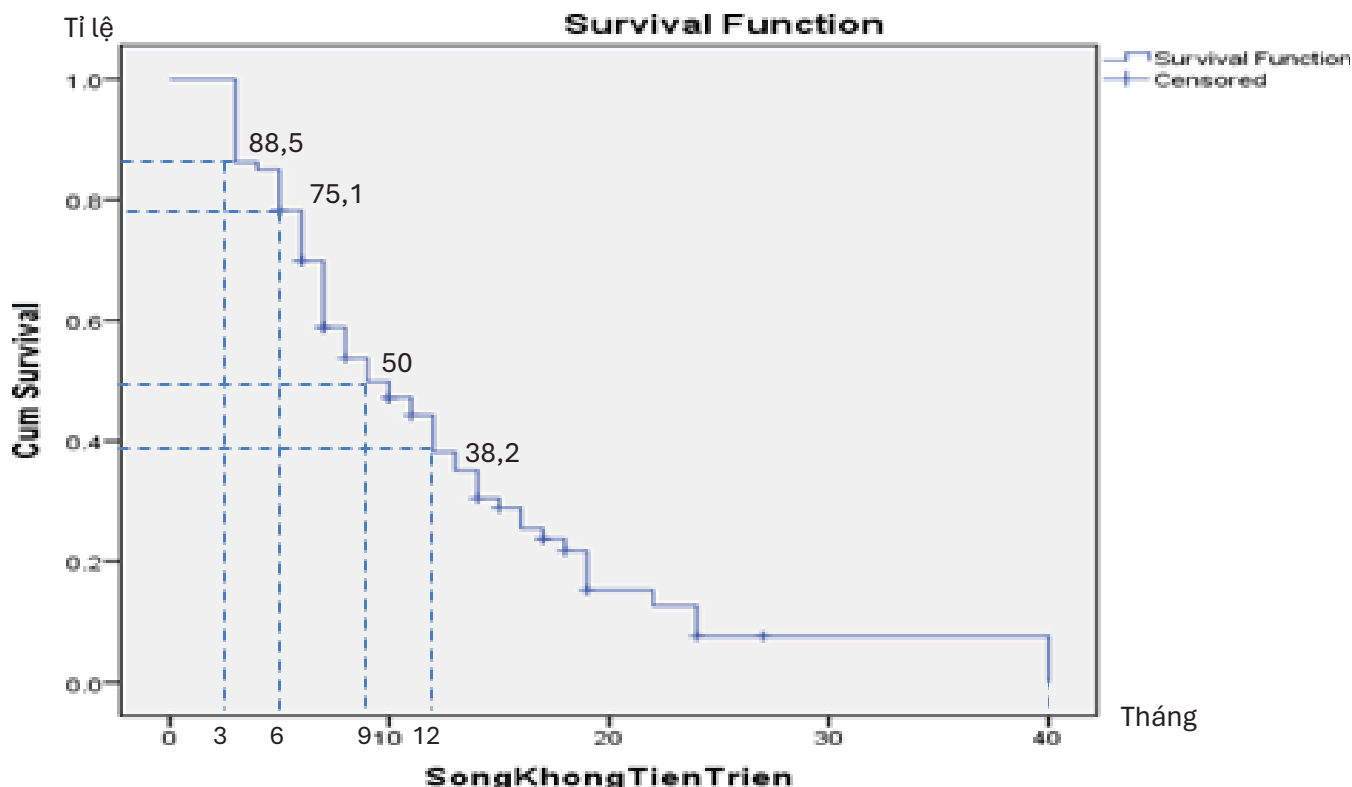
Số chu kỳ điều trị	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
3 chu kỳ	13	14,9
4-6 chu kỳ	24	27,6
7-9 chu kỳ	16	18,4
> 9 chu kỳ	34	39,1

Bảng 2. Mức độ đáp ứng bệnh sau mỗi đợt đánh giá (n = 87)

Mức độ	Sau 3 chu kỳ	Sau 6 chu kỳ	Sau 9 chu kỳ
Đáp ứng hoàn toàn	1 (1,1%)	2 (2,3%)	3 (3,4%)
Đáp ứng một phần	64 (73,6%)	30 (34,5%)	12 (13,8%)
Giữ nguyên	10 (11,5%)	30 (34,5%)	40 (46,0%)
Tiến triển	12 (13,8%)	25 (28,7%)	32 (36,8%)

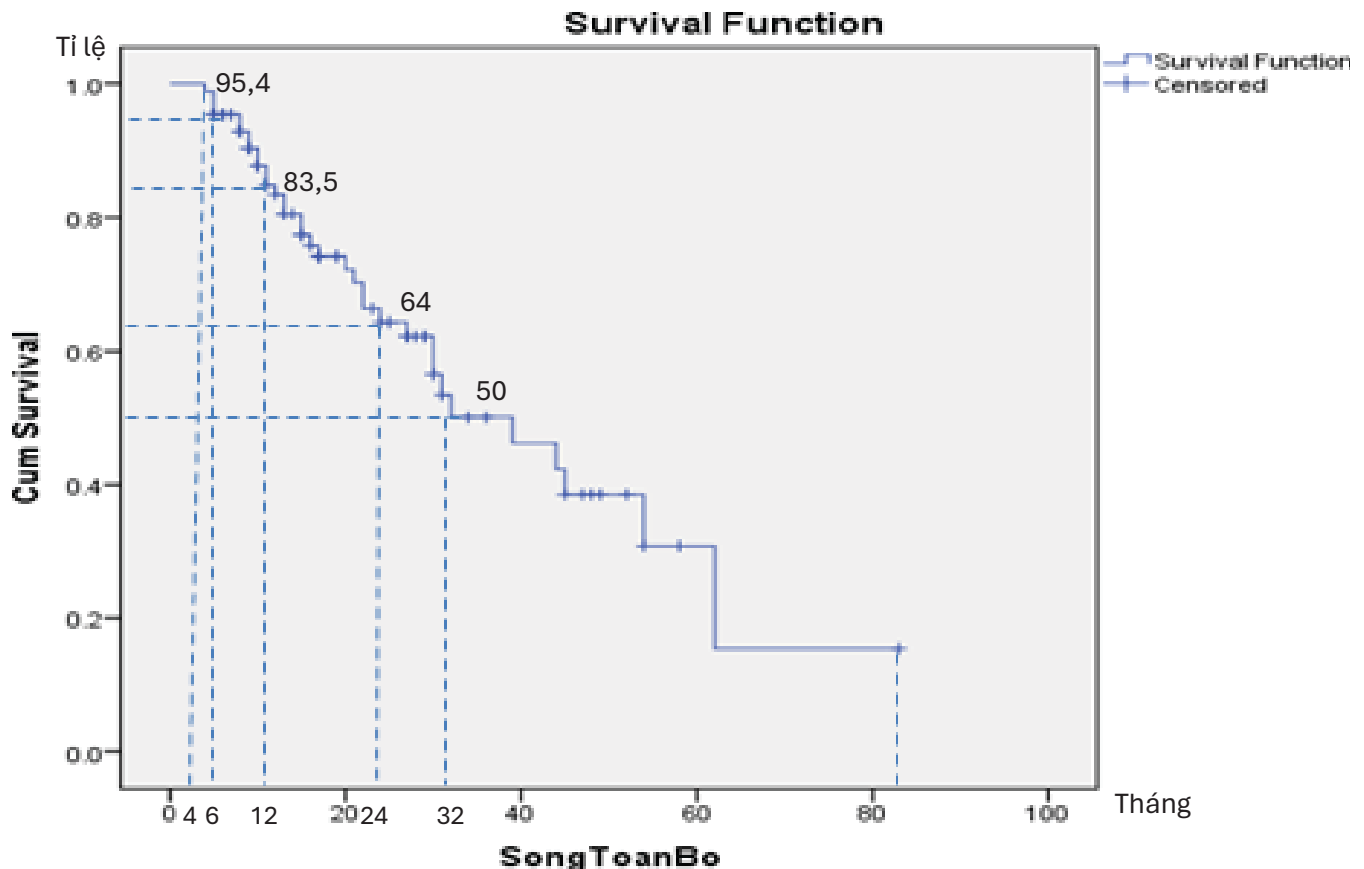
Tỉ lệ bệnh nhân điều trị trên 9 chu kỳ chiếm đa số (39,1%); bệnh nhân chỉ điều trị được 3 chu kỳ chiếm tỉ lệ ít nhất (14,9%).

Sau 3 chu kỳ điều trị, có 65 bệnh nhân (74,7%) đáp ứng, trong đó có 1 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn. Sau 9 chu kỳ điều trị chỉ còn 15 bệnh nhân (17,2%) đáp ứng, trong đó có 3 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn; và 32 bệnh nhân (36,8%) tiến triển; nhóm bệnh nhân bệnh giữ nguyên chiếm tỉ lệ cao nhất (46%). Phần lớn bệnh nhân đạt được đáp ứng sau 3 chu kỳ điều trị (74,7%), sau 7-9 chu kỳ điều trị chủ yếu là bệnh giữ nguyên.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS)

Tỉ lệ PFS tại thời điểm 3 tháng là 88,5%; thời điểm 6 tháng là 75,1%; thời điểm 12 tháng là 38,2%. Trung vị PFS là 9 tháng (ngắn nhất 3 tháng, dài nhất 40 tháng).



Biểu đồ 3. Tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ (OS)

Tỷ lệ OS tại thời điểm 6 tháng là 95,4%; thời điểm 12 tháng là 83,5%; thời điểm 24 tháng là 64%. OS trung vị là 32 tháng (ngắn nhất là 4 tháng, dài nhất là 83 tháng).

Bảng 3. Tác dụng không mong muốn trên hệ huyết học (n = 87)

Độ	Giảm bạch cầu	Giảm bạch cầu đa nhân trung tính	Giảm huyết sắc tố	Giảm tiểu cầu
0	56 (64,4%)	55 (63,2%)	49 (56,3%)	86 (98,8%)
1	23 (26,4%)	21 (24,1%)	32 (36,8%)	1 (1,2%)
2	7 (8,1%)	10 (11,5%)	6 (6,9%)	0
3	1 (1,2%)	1 (1,2%)	0	0
4	0	0	0	0

Tỷ lệ giảm bạch cầu đa nhân trung tính (tổng cả độ 1, 2, 3, 4) là 36,8% chủ yếu là độ 1 và độ 2; không có

bệnh nhân hạ bạch cầu độ 4. Tỷ lệ thiếu máu giảm huyết sắc tố (tổng cả độ 1, 2, 3, 4) là 43,7%, chủ yếu là độ 1 và độ 2. Tỷ lệ giảm tiểu cầu ít gặp, chỉ có 1 bệnh nhân (1,2%) hạ tiểu cầu độ 1.

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ huyết học (n = 87)

Độ	Độc tính gan	Độc tính thận	Độc tính tim	Độc tính thần kinh
0	57 (65,5%)	87 (100%)	85 (97,7%)	37 (42,5%)
1	27 (31,0%)	0	2 (2,3%)	30 (34,5%)
2	2 (2,3%)	0	0	15 (17,2%)
3	1 (1,2%)	0	0	5 (5,8%)

Độc tính thần kinh hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 57,5% (tổng cả độ 1, 2, 3, 4), trong đó đa số là độ 1 (34,5%). Tỷ lệ độc tính trên gan (tăng men gan) chiếm 34,5% (tổng cả độ 1, 2, 3, 4), trong đó đa số là độ 1 và độ 2. Tỷ lệ độc tính trên tim mạch ít gặp, chỉ chiếm 2,3% và

tất cả đều ở độ 1. Không có trường hợp bệnh nhân nào gặp độc tính trên thận.

4. BÀN LUẬN

Tuổi được coi là một yếu tố quan trọng trong điều trị, bởi lẽ bệnh nhân cao tuổi thường có thể trạng kém hơn, khả năng dung nạp thuốc kém cũng như thường có nhiều bệnh lý nền (tiểu đường, tăng huyết áp...) gây ảnh hưởng đến lựa chọn hóa chất điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân cao tuổi (trên 60 tuổi) chiếm tỉ lệ cao nhất với 49,4%. Tuổi trung bình là 57,1 tuổi, tương tự như một số nghiên cứu: Phạm Hoàng Giang (2020) điều trị ung thư vú tái phát di căn bằng phác đồ Paclitaxel-Trastuzumab thấy nhóm bệnh nhân cao tuổi chiếm đa số (32,2%) [5]; Slamon D.J và cộng sự (2001) nghiên cứu trên bệnh nhân ung thư vú di căn có bộc lộ quá mức HER-2, tuổi trung bình là 51-54 tuổi [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 3 chu kỳ điều trị trên 87 bệnh nhân, có 65 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn hoặc đáp ứng một phần (74,7%) và 12 bệnh nhân tiến triển (13,8%). Sau 6 chu kỳ điều trị, số bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn hoặc đáp ứng một phần giảm còn 32 (36,8%), trong khi 25 bệnh nhân (28,7%) tiến triển. Đến hết chu kỳ 9, chỉ còn 15 bệnh nhân (17,2%) đáp ứng hoàn toàn hoặc đáp ứng một phần và 32 bệnh nhân (36,8%) tiến triển; nhóm bệnh giữ nguyên chiếm tỉ lệ cao nhất với 40 bệnh nhân (46%). Kết quả này phù hợp với báo cáo của Slamon D.J và Phạm Hoàng Giang, cho thấy tỉ lệ đáp ứng cao nhất thường đạt được trong 3-6 chu kỳ đầu của phác đồ [4], [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung vị PFS là 9 tháng, trong đó ngắn nhất là 3 tháng, dài nhất là 40 tháng. Tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng, tỉ lệ PFS lần lượt là 88,5%; 75,1% và 38,2%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Slamon D.J và cộng sự (2001) với trung vị PFS là 6,9 tháng. Nghiên cứu của Vũ Thị Trang (2019) khi sử dụng phác đồ Vinorelbin kết hợp Trastuzumab có PFS là 8,4 tháng [6], tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Phạm Hoàng Giang (2020) có trung vị PFS là 12 tháng [5], cao hơn kết quả của chúng tôi.

Theo Slamon D.J và cộng sự, thời gian sống sót dài hơn ở nhóm bệnh nhân kết hợp Trastuzumab với hóa trị so với chỉ dùng hóa trị đơn thuần (trung vị OS là 25,1 tháng so với 20,3 tháng; $p = 0,046$) và giảm 20% nguy cơ tử vong [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung vị OS là 32 tháng, ngắn nhất là 4 tháng, dài

nhất là 83 tháng; tỉ lệ OS tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng lần lượt là: 95,4%; 83,5% và 64%. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả của Slamon D.J và cộng sự [4] có thể do số lượng bệnh nhân của chúng tôi ít hơn. Từ các kết quả trên cho thấy sử dụng kết hợp Trastuzumab với hóa trị kéo dài OS của các bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ hạ bạch cầu trung tính độ 1, 2 và 3 lần lượt là 24,1%; 11,5% và 1,2%, không có bệnh nhân nào hạ bạch cầu độ 4, không có bệnh nhân nào sốt hạ bạch cầu. Tỉ lệ này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Slamon D.J và cộng sự với tỉ lệ hạ bạch cầu chung và tỉ lệ hạ bạch cầu nghiêm trọng lần lượt là 24% và 6% [4]. Nghiên cứu của Phạm Hoàng Giang có tỉ lệ hạ bạch cầu hạt trung tính độ 1, 2 và 3 lần lượt là 25,8%; 3,2% và 9,7% [5].

Tỉ lệ thiếu máu giảm huyết sắc tố độ 1, 2 của chúng tôi lần lượt là 36,8% và 6,9%, không có bệnh nhân nào giảm độ 3, 4; Slamon D.J và cộng sự có tỉ lệ thiếu máu là 14%, trong đó 1% là thiếu máu nặng [4]. Phạm Hoàng Giang có tỉ lệ giảm huyết sắc tố độ 1, 2 lần lượt là 22,6% và 6,4%, không có bệnh nhân nào giảm huyết sắc tố độ 3, 4 [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ viêm dây thần kinh ngoại vi là 57,4%, trong đó độ 1 chiếm 34,5%; độ 2 chiếm 17,2%, độ 3 chiếm 5,8% - tương ứng với 5 bệnh nhân, không có bệnh nhân nào ở độ 4. Các bệnh nhân ở độ 3 này đều đã có thời gian sử dụng phác đồ Paclitaxel-Trastuzumab dài, do đó sự tích lũy làm tăng độc tính viêm dây thần kinh ngoại vi, do đó cả 5 bệnh nhân đã phải dừng điều trị phác đồ Paclitaxel-Trastuzumab. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Slamon D.J và cộng sự với tỉ lệ viêm dây thần kinh ngoại vi 51,6% [4]; và Phạm Hoàng Giang có tỉ lệ viêm dây thần kinh ngoại vi 45,1% [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 bệnh nhân xuất hiện tác dụng không mong muốn trên tim mạch độ 1, các bệnh nhân đều được khám chuyên khoa tim mạch và kiểm tra lại sau 2 tuần thấy ổn định và được điều trị tiếp, không có bệnh nhân nào độc tính tim mạch từ độ 2 trở lên. Nghiên cứu của Phạm Hoàng Giang không có bệnh nhân nào gặp độc tính tim mạch [5]; Vũ Thị Trang có tỉ lệ độc tính tim độ 1 là 12% [6]. Điều này cho thấy phác đồ có độc tính tim mạch ở mức độ thấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tăng men gan (GOT, GPT) chiếm 34,5%, trong đó đa số là độ 1

(31%). Không có bệnh nhân nào tăng men gan độ 4. Tỷ lệ tăng men gan trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Hoàng Giang (2020) là 6,5% [5].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chứng minh rằng phác đồ Paclitaxel-Trastuzumab là một lựa chọn điều trị hiệu quả cho bệnh nhân ung thư vú HER2 dương tính giai đoạn tái phát, di căn. Phác đồ không chỉ nâng cao tỷ lệ đáp ứng mà còn góp phần kéo dài thời gian sống thêm không tiến triển và sống thêm toàn bộ. Các tác dụng không mong muốn được ghi nhận ở mức thấp và chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1-2).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Cancer today. <http://gco.iarc.fr/today/home>, accessed: 07/09/2024.
- [2] Cardoso F, Spence D, Mertz S et al. Global analysis of advanced/metastatic breast cancer: Decade report (2005-2015). *The Breast*, 2018, 39, 131-138.
- [3] Lu J, Steeg P.S, Price J.E et al. Breast cancer metastasis: challenges and opportunities. *Cancer Res*, 2009, 69 (12), 4951-4953.
- [4] Slamon D.J, Leyland-Jones B, Shak S et al. Use of chemotherapy plus a monoclonal antibody against HER2 for metastatic breast cancer that overexpresses HER2. *N Engl J Med*, 2001, 344 (11), 783-792.
- [5] Phạm Hoàng Giang. Đánh giá kết quả điều trị phác đồ Paclitaxel kết hợp Trastuzumab trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn tại bệnh viện K. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
- [6] Vũ Thị Trang. Đánh giá kết quả hóa trị Vinorelbin kết hợp Trastuzumab trong ung thư vú có HER2 dương tính tại Bệnh viện K. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2019.

