OUTCOMES OF NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY FOR STAGE II–III TRIPLE-NEGATIVE BREAST CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Pham Thi Hoang Phuong*, Hoang Thi Huong, Tran Thi Hong Ha, Nguyen Thi Thuy Van, Vu Thi My Linh

Nghe An Oncology Hospital – Km456, National Highway 1A, Vinh Hung Ward, Nghe An Province, Vietnam

Received: 02/06/2026
Revised: 26/07/2026; Accepted: 04/08/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the treatment outcomes of neoadjuvant chemotherapy in patients with stage II–III triple-negative breast cancer (TNBC) treated at Nghe An Oncology Hospital.

Methods: A descriptive study combining retrospective and prospective data was conducted on 37 patients with stage II–III TNBC who received neoadjuvant chemotherapy at the Department of Medical Oncology 4, Nghe An Oncology Hospital, between March 2023 and April 2026. Treatment response was assessed based on clinical response and total pathological complete response (tpCR).

Results: The mean age of the patients was 53.1 years, with the highest proportion (62.2%) in the 40–60-year age group. Stage II and stage III disease accounted for 70.3% and 29.7% of cases, respectively. The total pathological complete response (tpCR) rate was 43.2%. A statistically significant association was observed between clinical response and tpCR ($p < 0.001$). However, no significant associations were found between tpCR and other clinicopathological factors, including age, menopausal status, tumor stage, nodal stage, histological subtype, histological grade, Ki-67 proliferation index, or chemotherapy regimen (all $p > 0.05$). All chemotherapy regimens were well tolerated, and no patient discontinued treatment because of treatment-related toxicity.

Conclusion: Neoadjuvant chemotherapy achieved a relatively high total pathological complete response rate in patients with stage II–III triple-negative breast cancer. Clinical response was a significant predictor of tpCR, whereas baseline clinicopathological characteristics were not associated with pathological complete response.

Keywords: Triple-negative breast cancer; neoadjuvant chemotherapy; total pathological complete response; tpCR.

*Corresponding author
Email: phuongubna@gmail.com **Phone**: (+84) 902144777 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6147

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HOÁ TRỊ TÂN BỔ TRỢ UNG THƯ VÚ BỘ BA ÂM TÍNH GIAI ĐOẠN II,III TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Phạm Thị Hoàng Phượng*, Hoàng Thị Hương, Trần Thị Hồng Hà, Nguyễn Thị Thuý Vân, Vu Thi My Linh

Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An – Km456, Quốc lộ 1A, P. Vinh Hưng, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận: 02/06/2026
Ngày sửa: 26/07/2026; Ngày đăng: 04/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị tân bổ trợ ung thư vú bộ ba âm tính (TNBC) giai đoạn II, III tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 37 bệnh nhân ung thư vú TNBC giai đoạn II, III được điều trị hoá trị tân bổ trợ tại Khoa Nội 4, Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 3/2023 đến tháng 4/2026.

Kết quả: Tuổi trung bình là 53,1 tuổi. Nhóm tuổi từ 40-60 hay gặp nhất chiếm tỉ lệ 62,2%. Có 70,3% giai đoạn II và 29,7% giai đoạn III. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học (tpCR) - bao gồm cả khối u nguyên phát và hạch đạt 43,2%. Có mối liên quan có ý nghĩa giữa đáp ứng lâm sàng và tpCR (p <0,001). Tuy nhiên, không ghi nhận mối liên quan giữa tỷ lệ tpCR với các yếu tố khác như tuổi, giai đoạn khối u, giai đoạn hạch, loại mô bệnh học, độ mô học, Ki-67 hay phác đồ hóa chất. Các phác đồ được dung nạp tốt, độc tính không dẫn đến việc ngừng điều trị ở bất kỳ bệnh nhân nào

Kết luận: Hoá trị tân bổ trợ bệnh nhân ung thư vú TNBC giai đoạn II, III cho tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học tương đối cao. Đáp ứng lâm sàng là yếu tố dự báo khả năng đạt tpCR.

Từ khóa: Ung thư vú bộ ba âm tính, hóa trị tân bổ trợ, tpCR.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư có tỷ lệ mắc cao nhất ở nữ giới và đồng thời là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới [1]. Điều trị UTV là điều trị đa mô thức, bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, điều trị nội tiết, điều trị đích, điều trị miễn dịch. Trong đó, hóa trị tân bổ trợ đang ngày càng được chứng minh có vai trò quan trọng trong tăng tỷ lệ đáp ứng, đồng thời kéo dài thời gian sống của người bệnh.

Khoảng 15-20% các trường hợp UTV thuộc nhóm sinh học phân tử triple negative (TNBC), được định nghĩa là khối u âm tính với cả hai thụ thể nội tiết ER, PR và không có biểu hiện quá mức HER2/neu hoặc khuếch đại gen HER2 [2]. UTV TNBC có tiên lượng xấu, thường gặp ở tuổi trẻ, độ mô học cao, tiến triển sớm. Hóa trị tân bổ trợ được các hướng dẫn điều trị quốc tế như NCCN, ESMO... khuyến cáo trên nhóm bệnh nhân UTV TNBC giai đoạn sớm, nguy cơ cao (khối u lớn, di căn hạch...) nhằm tăng khả năng đạt đáp ứng hoàn toàn bệnh lý (tpCR).

Phác đồ hóa trị tân bổ trợ chủ yếu dựa trên các nhóm thuốc Taxan, Anthracyclin và Platin. Nghiên cứu pha III KEYNOTE-522 cho thấy việc bổ sung liệu pháp miễn dịch pembrolizumab vào hóa trị tân bổ trợ làm tăng tỷ lệ tpCR, kéo dài thời gian sống thêm không biến cố (event-free survival – EFS).

Từ năm 2023, Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An triển khai hóa trị tân bổ trợ cho bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính, song hiệu quả điều trị tại đơn vị vẫn chưa được đánh giá. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu :

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính giai đoạn II–III tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

2. Đánh giá đáp ứng với hóa trị tân bổ trợ trên nhóm bệnh nhân này.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hồi cứu. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và cơ sở dữ liệu điện tử của Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An đối với các bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính giai đoạn II-III được điều trị hoá trị tân bổ trợ từ tháng 3/2023 đến tháng 4/ 2026

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu : Từ tháng 5/2026 đến tháng 7/2026.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An

2.3 Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Bệnh nhân nữ ≥ 18 tuổi

+ Chẩn đoán xác định là UTBM tuyến vú xâm nhập bằng mô bệnh học theo (WHO 2012).

+ Được chẩn đoán ung thư vú bộ ba âm tính (TNBC) theo tiêu chuẩn ASCO/CAP, với ER <1%, PR <1% và HER2 âm tính (IHC 0 hoặc 1+, hoặc IHC 2+ kèm ISH/ FISH âm tính theo ASCO/CAP 2023)

+ Giai đoạn bệnh II, III theo AJCC 2017

+ Hóa chất tân bổ trợ ít nhất 3-4 chu kỳ

+ Phẫu thuật cắt tuyến vú sau hoá trị

+ PS 0-2 theo thang điểm ECOG

+ Các xét nghiệm đánh giá chức năng tủy xương, gan và thận cho kết quả trong giới hạn bình thường

+ Đầy đủ hồ sơ bệnh án

*Tác giả liên hệ
Email: phuongubna@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 902144777 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6147

- Tiêu chuẩn loại trừ :

+ Có bệnh lý kèm theo tiên lượng xấu, nguy cơ tử vong trong thời gian ngắn.

+ Mắc các bệnh lý tim mạch nghiêm trọng, ảnh hưởng đến khả năng dung nạp hoặc chống chỉ định điều trị bằng Anthracyclin (suy tim, viêm cơ tim, nhồi máu cơ tim...).

+ Không tuân thủ điều trị

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu nghiên cứu

– Cỡ mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu thuận tiện.

Chúng tôi lựa chọn bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ ở trên vào nghiên cứu

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

– Các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng: Độ tuổi, tình trạng kinh nguyệt, mô bệnh học, độ mô học, giai đoạn bệnh.

– Kết quả điều trị: Phác đồ điều trị, mức độ đáp ứng khách quan, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn bệnh học (tpCR) và độc tính liên quan đến điều trị.

2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

– Số liệu thu thập được nhập liệu, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0

– Sử dụng các thuật toán: Giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Thông tin của đối tượng nghiên cứu được bảo mật, chỉ phục vụ mục đích khoa học. Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm bệnh		n	%
Tuổi	< 40	2	5,4
	40 - 60	23	62,2
	> 60	12	32,4
Tình trạng kinh nguyệt	Còn kinh	17	45,,9
	Mất kinh	20	54,1
Giai đoạn u trước điều trị (T)	cT1	1	2,7
	cT2	29	78,4
	cT3	2	5,4
	cT4	5	13,5
Giai đoạn hạch trước điều trị (N)	cN0	23	62,2
	cN1	6	16,2
	cN2	8	21,6
Giai đoạn bệnh	IIA	21	56,8
	IIB	5	13,5
	IIIA	5	13,5
	IIIB	6	16,2
Mô bệnh học	UTBM xâm nhập	33	82,6
	UTBM tuyến nhầy	2	5,4
	Các thể khác	2	5,4
Độ mô học	Độ 2	35	94,6
	Độ 3	2	5,4
Ki67	≤ 20%	4	10,8
	> 20%	33	89,2

Nhận xét: Tuổi trung bình: 53,1 ± 10,3 tuổi. Nhóm tuổi 40-60 chiếm tỷ lệ cao nhất (62,2%). Bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn cT2 (78,4%), cN0 (62,2%), IIA (56,8%), UTBM xâm nhập (82,6%), mô học độ 2 (94,6%), Ki67 > 20% (89,2%).

3.2. Đánh giá đáp ứng điều trị và một số yếu tố liên quan

3.2.1. Đáp ứng lâm sàng, mô bệnh học

Bảng 2. Đáp ứng lâm sàng, mô bệnh học

Đáp ứng		n	%
Đáp ứng lâm sàng			
U	Đáp ứng hoàn toàn	7	18,9
	Đáp ứng một phần	23	62,2
	Bệnh ổn định	3	8,1
	Bệnh tiến triển	4	10,8
Hạch	Đáp ứng hoàn toàn	10	27,0
	Đáp ứng một phần	3	8,1
	Bệnh ổn định	23	62,2
	Bệnh tiến triển	1	2,7
U và hạch	Đáp ứng hoàn toàn	6	16,2
	Đáp ứng một phần	25	67,6
	Bệnh ổn định	2	5,4
	Bệnh tiến triển	4	10,8
Đáp ứng mô bệnh học			
U	Đạt pCR	20	54,1
	Không đạt pCR	17	45,9
Hạch	Đạt pCR	16	43,2
	Không đạt pCR	21	56,8
U và hạch	Đạt tpCR	16	43,2
	Không đạt tpCR	21	56,8

Nhận xét: 16,2% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng và 43,2% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học (tpCR).

3.2.2. Một số yếu tố liên quan với đáp ứng mô bệnh học

Bảng 3. Mối liên quan giữa đáp ứng MBH với các đặc điểm lâm sàng

Yếu tố	Đạt tpCR n	Không đạt tpCR %	Đạt tpCR n	Không đạt tpCR %	P
Tuổi					
< 40	2	100,0	0	0,0	0.336
40-60	10	45,5	12	54,6	
> 60	6	50,0	6	50,0	
Tình trạng kinh nguyệt					
Còn kinh	7	41,2	10	58,8	0.738
Mất kinh	11	55,0	9	45,0	
Giai đoạn bệnh trước điều trị					
IIA	13	61,9	8	38,1	0.381
IIB	1	20,0	4	80,0	
IIIA	2	40,0	3	60,0	
IIIB	2	40,0	3	60,0	
Mô bệnh học					
UTBM thể ống xâm nhập	18	54,5	15	45,5	0,120
UTBM tuyến nhầy	0	0,0	2	100,0	
Thể khác	0	0,0	2	100,0	
Độ mô học					
Độ 2	18	51,4	17	48,6	0,485
Độ 3	0	0,0	12	100,0	
Ki67					
≤ 20%	4	100,0	0	0,0	0.485
>20 %	15	45,5	18	54,5	
Phác đồ điều trị					
AC-T liều dày	2	20,0	8	80,0	0.085
AC-T	10	58,8	7	41,2	
AC-Carboplatin + Taxan	3	75,0	1	25,0	
PC-AC - Pembrolizumab	3	75,0	1	25,0	
Phác đồ khác	0	0,0	2	100,0	

Nhận xét : Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn (tpCR) theo nhóm tuổi, tình trạng kinh nguyệt và giai đoạn bệnh trước điều trị, mô bệnh học, độ mô học, tình trạng ki67 và phác đồ điều trị (p > 0,05).

Bảng 4. Mối liên quan giữa đáp ứng lâm sàng với đáp ứng mô bệnh học

Đáp ứng lâm sàng	Đạt PCR		Không đạt PCR		P
	N	%	N	%	
Hoàn toàn	6	100.0	0	0.0	< 0,001
Một phần	10	40.0	15	60.0	
Ổn định	0	0	2	100.0	
Tiến triển	0	0	4	100.0	

Nhận xét: Đáp ứng lâm sàng là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng đạt tpCR (p<0,001). Nhóm đạt đáp ứng lâm sàng có tỉ lệ tpCR cao hơn.

3.3. Nhận xét một số tác dụng không mong muốn

Bảng 5. Độc tính trên hệ huyết học, ngoài hệ tạo huyết

Độc tính				
Độ 0 n (%)	**Độ 1 n (%)**	**Độ 2 n (%)**	**Độ 3 n (%)**	**Độ 4 n (%)**
Hạ BC				
4 (10,8)	13(35,1)	3 (8,1)	15 (40,5)	2(5,4)
Hạ BCĐN TT				
4(10,8)	23(62,1)	9 (24,3)	1 (2,7)	0(0)
Hạ tiểu cầu				
20(54,1)	11(29,7)	4(10,8)	1 (2,7)	1(2,7)
Hạ huyết sắc tố				
2(5,4)	25(67,6)	9(24,3)	1 (2,7)	0(0)
Nôn				
7(18,9)	30(81,1)	0(0)	0(0)	0(0)
Chán ăn				
2(5,4)	34(91,1)	1 (2,7)	0(0)	0(0)
Trên gan				
9(24,3)	23(62,2)	5(13,5)	0(0)	0(0)
Trên thận				
35(94,6)	2(5,4)	0(0)	0(0)	0(0)
Trên xương khớp				
12(32,4)	25(67,7)	0(0)	0(0)	0(0)
Trên thần kinh				
5(13,5)	32(86,5)	0(0)	0(0)	0(0)

Nhận xét: Tỷ lệ hạ bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính là 89,1%. Nôn và chán ăn, độc tính trên thần kinh thường gặp, tuy nhiên chủ yếu chỉ ở độ 1. Độc tính trên gan chỉ gặp ở độ 1 và 2.

4. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là là 53,1 ± 10,3 tuổi, dao động từ 34 đến 74 tuổi, trong đó

nhóm tuổi 40–60 chiếm tỷ lệ cao nhất (62,2%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phùng Thị Huyền trên bệnh nhân ung thư vú TNBC tại Bệnh viện K, với tuổi trung bình là 52,1 tuổi [3]. Điều này cho thấy độ tuổi mắc bệnh chủ yếu thuộc nhóm trung niên, phù hợp với các đặc điểm dịch tễ học đã được báo cáo trước đây.

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu ở giai đoạn II (70,3%), trong khi giai đoạn III chiếm 29,7%. Đây là nhóm bệnh nhân có chỉ định hóa trị tân bổ trợ theo các khuyến cáo hiện hành nhằm làm giảm giai đoạn bệnh, tăng tỷ lệ phẫu thuật triệt để và Cải thiện mức độ đáp ứng bệnh học sau điều trị.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Đáp ứng trên lâm sàng

Tỷ lệ đáp ứng khách quan trên lâm sàng đạt 83,8%, trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 16,2% và đáp ứng một phần chiếm 67,6%. Kết quả này tương đối phù hợp với các nghiên cứu trong nước của Lê Thanh Đức [4] và Nguyễn Thị Thủy [5] khi tỷ lệ đáp ứng khách quan dao động từ 90–97%. Mặc dù tỷ lệ đáp ứng của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn đôi chút, sự khác biệt này có thể được giải thích bởi sự không đồng nhất về giai đoạn bệnh, đặc điểm sinh học khối u, thành phần phác đồ điều trị cũng như tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng. Đáp ứng lâm sàng cao phản ánh tính nhạy cảm của ung thư vú bộ ba âm tính với hóa trị.

4.2.2. Đáp ứng mô bệnh học

Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học (tpCR) đạt 43,2%. Đây là kết quả tương đối cao so với nhiều nghiên cứu trong nước trước đây. Nguyễn Thị Minh Phương báo cáo tỷ lệ pCR 28,8% ở bệnh nhân điều trị bằng phác đồ AC-T liều dày [6]. Kết quả của chúng tôi gần tương đồng với các thử nghiệm quốc tế khi sử dụng phác đồ có platinum hoặc kết hợp liệu pháp miễn dịch. Trong nghiên cứu GeparSixto [7], việc bổ sung carboplatin làm tăng tỷ lệ pCR từ 37% lên trên 50%. Tương tự, thử nghiệm CALGB 40603 [8] cũng chứng minh carboplatin giúp cải thiện đáng kể tỷ lệ tpCR ở bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính giai đoạn sớm.

Đặc biệt, nghiên cứu KEYNOTE-522 [9] mở ra hướng tiếp cận mới ung thư vú TNBC giai đoạn II–III khi bổ sung pembrolizumab vào hóa trị tân bổ trợ, giúp nâng tỷ lệ pCR lên khoảng 65% và đồng thời cải thiện thời gian sống thêm không biến cố cũng như sống còn toàn bộ. Qua khảo sát trên quần thể nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy, mặc dù số bệnh nhân được điều trị bằng pembrolizumab còn ít, nhóm này vẫn ghi nhận tỷ lệ pCR cao hơn các phác đồ hóa trị đơn thuần. Điều này khẳng định vai trò ngày càng quan trọng của liệu pháp miễn dịch trong TNBC giai đoạn sớm.

Mặt khác, tỷ lệ pCR đạt gần 50% trong nghiên cứu còn phản ánh hiệu quả của việc lựa chọn đúng đối tượng điều trị tân bổ trợ cũng như khả năng triển khai các phác đồ điều trị hiện đại tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

4.3. Các yếu tố liên quan đến đáp ứng mô bệnh học

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không ghi nhận mối liên quan giữa tuổi, tình trạng kinh nguyệt, giai đoạn bệnh, loại mô bệnh học, độ mô học, chỉ số Ki-67 và phác đồ điều trị với khả năng đạt tpCR. Kết quả này không khác biệt với nhiều nghiên cứu trước đây, cho thấy các yếu tố lâm sàng truyền thống có giá trị hạn chế trong dự đoán đáp ứng điều trị ở bệnh nhân TNBC. Ngược lại, đáp ứng lâm sàng sau hóa trị có liên quan chặt chẽ với khả năng đạt tpCR ($p < 0,001$). Những bệnh nhân đạt đáp ứng trên lâm sàng có tỷ lệ tpCR cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh ổn định hoặc tiến triển. Kết quả này có sự nhất quán với nghiên cứu của Hoàng Anh Dũng (2014) cho thấy đáp ứng lâm sàng có thể được sử dụng như một dấu hiệu gợi ý hiệu quả điều trị trong quá trình hóa trị tân bổ trợ. Tuy nhiên, việc đánh giá đáp ứng cuối cùng vẫn cần được đánh giá dựa trên kết quả mô bệnh học của bệnh phẩm phẫu thuật.

Kết quả ghi nhận trong nghiên cứu hiện tại, tỷ lệ tpCR khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các phác đồ điều trị. Kết quả này trái ngược với các thử nghiệm GeparSixto, BrighTNess và KEYNOTE-522, trong đó việc bổ sung carboplatin hoặc pembrolizumab làm tăng đáng kể tỷ lệ pCR. Sự khác biệt liên quan đến cỡ mẫu của nghiên cứu còn chưa đủ lớn, cần được kiểm chứng bằng các nghiên cứu có quy mô hơn.

4.4. Một số tác dụng phụ không mong muốn

Các phác đồ hóa trị trong nghiên cứu được dung nạp tốt và không ghi nhận trường hợp nào phải ngừng điều trị do độc tính liên quan đến phác đồ. Độc tính huyết học là biến cố thường gặp nhất, chủ yếu là hạ bạch cầu, tỷ lệ gặp độ 3,4 cao (45,9%), nhưng có thể kiểm soát bằng yếu tố kích thích dòng bạch cầu hạt (G-CSF) và các phương pháp hỗ trợ.

Ngoài hệ tạo huyết, độc tính xuất hiện chủ yếu là chán ăn, buồn nôn, đau xương khớp, độc tính thần kinh ngoại vi và tăng men gan mức độ nhẹ. Không ghi nhận độc tính độ 3,4. Không gặp độc tính nào liên quan đến điều trị ức chế điểm kiểm soát miễn dịch.

Nhìn chung, kết quả thu được cho thấy hóa trị tân bổ trợ ở nhóm bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính giai đoạn II–III tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An đạt hiệu quả điều trị khả quan với tỷ lệ tpCR tương đối cao và độc tính chấp nhận được. Bên cạnh những kết quả đạt được, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế như cỡ mẫu nhỏ, được thực tại một cơ sở và thời gian theo dõi ngắn chưa đủ để đánh giá sống thêm không biến cố và sống còn toàn bộ. Do đó, cần tiến hành thêm nhiều các nghiên cứu khác với cỡ mẫu đủ lớn với thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định giá trị tiên lượng của tpCR cũng như đánh giá đầy đủ hiệu quả lâu dài của các phác đồ có bổ sung platin và pembrolizumab.

5. KẾT LUẬN

Sau điều trị tân bổ trợ đa số bệnh nhân đạt đáp ứng tốt trên lâm sàng và mô bệnh học. Đáp ứng lâm sàng là yếu tố dự báo khả năng đạt tpCR. Các độc tính được kiểm soát tốt và không gây trì hoãn hay dừng điều trị.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả chân thành cảm ơn bệnh viện Ung bướu Nghệ An, lãnh đạo và các đồng nghiệp đã hỗ trợ cho nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834

[2] The Evolution of Triple-Negative Breast Cancer: From Biology to Novel Therapeutics. American Society of Clinical Oncology Educational Book. Accessed July 17, 2026. https://ascopubs.org/doi/10.1200/EDBK_159135

[3] Phùng Thị H. Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học bệnh nhân ung thư vú có bộ ba âm tính ER(-), PR(-), HER2(-) giai đoạn 2005-2007 tại Bệnh viện K.

[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.

[5] NGUYỄN THỊ THUỶ. Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ

trước phác đồ 4AC-4T trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III.

[6] Nguyễn Thị Minh Phương. Hiệu quả của phác đồ 4AC-4T liều dày trong điều trị tân bổ trợ ở bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III. . J 108 - Clin Med Pharmacy Published online November 12, 2022.

[7] G von M, A S, S L, et al. Neoadjuvant carboplatin in patients with triple-negative and HER2-positive early breast cancer (GeparSixto; GBG 66): a randomised phase 2 trial. The Lancet Oncology. 2014;15(7). doi:10.1016/S1470-2045(14)70160-3

[8] Jh S, K B, Mc P, et al. CALGB 40603 (Alliance): Long-Term Outcomes and Genomic Correlates of Response and Survival After Neoadjuvant Chemotherapy With or Without Carboplatin and Bevacizumab in Triple-Negative Breast Cancer. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2022;40(12). doi:10.1200/JCO.21.01506

[9] Schmid P, Cortes J, Pusztai L, et al. Pembrolizumab for Early Triple-Negative Breast Cancer. New England Journal of Medicine. 2020;382(9):810-821. doi:10.1056/NEJMoa1910549

[10] Metzger-Filho O, Collier K, Asad S, et al. Matched cohort study of germline BRCA mutation carriers with triple negative breast cancer in brightness. npj Breast Cancer. 2021;7(1). doi:10.1038/s41523-021-00349-y