

DOI: 10.58490/ctjump.2026i102.4748

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HÓA TRỊ HỖ TRỢ UNG THƯ VÚ NGUY CƠ CAO BẰNG PHÁC ĐỒ 4AC-4P LIỀU DÀY

Đặng Bích Ngân^{1*}, Võ Huỳnh Trang¹, Nguyễn Văn Đô²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Chợ Rẫy

*Email: dbngan151199@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/3/2026

Ngày phản biện: 25/6/2026

Ngày duyệt đăng: 25/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư vú là một bệnh lý ác tính thường gặp, với tỷ lệ chẩn đoán ngày càng gia tăng, đồng thời tạo ra gánh nặng đáng kể đối với sức khỏe cộng đồng. Phác đồ liều dày là bước tiến đột phá cho ung thư vú nguy cơ cao, giúp tối ưu cường độ điều trị, qua đó cải thiện thời gian sống còn và giảm tái phát hiệu quả. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết quả hóa trị ung thư vú nguy cơ cao của bệnh nhân được điều trị bằng hóa trị hỗ trợ phác đồ 4AC-4P liều dày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 78 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú, hóa trị hỗ trợ phác đồ liều dày 4AC-4P tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ từ tháng 05/2024 - 01/2026. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $47,79 \pm 7,33$, trong đó nhóm tuổi 41-50 chiếm tỷ lệ cao nhất (47,4%). Nhóm bệnh nhân ≤ 40 tuổi có tiền sử gia đình mắc các bệnh lý liên quan nhiều hơn so với nhóm > 40 tuổi, và sự khác biệt này đạt ý nghĩa thống kê ($OR = 6,9$; KTC 95%: 4,000-11,934; $p = 0,026$). Nhóm bệnh nhân có tiền sử bệnh lý mạn tính ghi nhận tỷ lệ nôn ói cao hơn nhóm không mắc (37,5% so với 17,4%), mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($OR = 2,85$; KTC 95%: 1,002-8,109; $p = 0,045$). **Kết luận:** Tiền sử gia đình mắc ung thư vú được xác định là yếu tố nguy cơ quan trọng ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi, đồng thời nhấn mạnh nhu cầu thực hiện tư vấn di truyền ngay tại thời điểm chẩn đoán. Tác dụng phụ nôn ói trong hóa trị tăng ở bệnh nhân mắc các bệnh lý mạn tính kèm theo, cần đánh giá và kiểm soát nhiều hơn cho đối tượng này.

Từ khóa: Ung thư vú, hóa trị, liều dày, nguy cơ cao.

ABSTRACT

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES, OUTCOMES, AND ASSOCIATED FACTORS OF DOSE-DENSE 4AC-4P ADJUVANT CHEMOTHERAPY IN HIGH-RISK BREAST CANCER

Dang Bích Ngân^{1*}, Vo Huynh Trang¹, Nguyen Van Do²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Cho Ray Hospital

Background: Breast cancer is a common malignant disease, with an increasing incidence rate, and it poses a significant burden on public health. Dose-dense regimens represent a breakthrough in the management of high-risk breast cancer, optimizing treatment intensity, thereby improving survival and effectively reducing recurrence. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate factors associated with chemotherapy outcomes in patients with high-risk breast cancer treated with dose-dense 4AC-4P adjuvant chemotherapy. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 78 patients diagnosed with breast cancer who received dose-dense 4AC-4P adjuvant chemotherapy at Can Tho Oncology

Hospital from May 2024 to January 2026. **Results:** The mean age in the study was 47.79 ± 7.33 years, with the 41–50 age group accounting for the majority (47.4%). The ≤ 40 -year-old group had a higher rate of family history of related diseases compared with the >40 -year-old group, and the association was statistically significant ($OR = 6.9$; KTC 95%: 4.000–11.934; $p = 0.026$). Patients with a history of chronic diseases had a higher rate of vomiting compared with those without (37.5% versus 17.4%), and the association was statistically significant ($OR = 2.85$; 95% CI: 1.002–8.109; $p = 0.045$). **Conclusion:** A family history of breast cancer is a major risk factor in younger patients, indicating the need for genetic counseling at the time of diagnosis. Chemotherapy-related vomiting is increased in patients with concomitant chronic diseases and requires more thorough evaluation and control in this population.

Keywords: Breast cancer, chemotherapy, dose-dense, high risk.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh lý ác tính thường gặp nhất ở nữ giới và đồng thời là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư tại nhiều quốc gia trên thế giới. Theo số liệu GLOBOCAN 2022, tại Việt Nam ghi nhận 24.563 trường hợp mắc mới ung thư vú, chiếm 28,9% tổng số các bệnh lý ác tính ở nữ. Số ca tử vong do ung thư vú là 10.008, tương ứng với 20,5% tổng số tử vong do ung thư ở nữ giới [1]. Mục đích của hóa trị hỗ trợ ung thư vú giai đoạn sớm là nhằm loại bỏ các di căn vi thể còn sót lại sau phẫu thuật với mục tiêu ngăn ngừa hoặc trì hoãn tái phát [2]. Trong điều trị hỗ trợ ung thư vú giai đoạn sớm, phác đồ AC – T liều thông thường theo chu kỳ 21 ngày là điều trị tiêu chuẩn. Tuy nhiên, hóa trị liều dày với khoảng cách chu kỳ rút ngắn sẽ giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị. Với bệnh nhân nguy cơ cao, phác đồ liều dày 4AC–4P được chứng minh tính hiệu quả, an toàn, ít tác dụng không mong muốn nghiêm trọng và khả năng dung nạp tốt trong nhiều nghiên cứu khác nhau, nêu bật tiềm năng như một lựa chọn điều trị có giá trị trong việc kiểm soát ung thư vú [3]. Phân tích gộp của Gray R và cộng sự từ 26 thử nghiệm lâm sàng so sánh hóa trị liều dày (chu kỳ 2 tuần) với hóa trị liều chuẩn (chu kỳ 3 tuần) trong điều trị hỗ trợ ung thư vú cho thấy nhóm điều trị liều dày giảm 14% nguy cơ tái phát ($HR = 0,86$; KTC 95%: 0,82–0,89; $p < 0,0001$) và giảm 13% nguy cơ tử vong do ung thư vú ($HR = 0,87$; KTC 95%: 0,83–0,92; $p < 0,0001$) so với nhóm điều trị liều chuẩn [4]. Phác đồ hóa trị liều dày 4AC–4P hiện đang được triển khai và ứng dụng trong điều trị hỗ trợ cho bệnh nhân ung thư vú tại Việt Nam. Tuy nhiên, việc đánh giá kết quả điều trị cùng phân tầng nguy cơ cao và xem xét tổng thể về các mặt hiệu quả, độc tính vẫn còn hạn chế tại Việt Nam, do đó nghiên cứu: “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả và một số yếu tố liên quan đến hóa trị hỗ trợ ung thư vú nguy cơ cao bằng phác đồ 4AC–4P liều dày” được thực hiện với các mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú nguy cơ cao được hóa trị hỗ trợ 4AC–4P liều dày; 2) Đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết quả hóa trị hỗ trợ bằng phác đồ 4AC–4P liều dày cho bệnh nhân ung thư vú nguy cơ cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư vú nguy cơ cao, đã được phẫu thuật và nhập viện tiến hành hóa trị hỗ trợ phác đồ liều dày 4AC–4P tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ từ tháng 05/2024 - 01/2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân nữ trong độ tuổi từ 18 đến 60, được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn I, II hoặc III theo phân loại AJCC 2018. Đã phẫu thuật và với các trường hợp nguy cơ cao được chỉ định hóa trị hỗ trợ phác đồ 4AC (doxorubicin/

cyclophosphamide) theo sau là 4P (paclitaxel), chu kỳ 2 tuần. Chỉ số toàn trạng ECOG từ 0 đến 2 và bệnh nhân đã đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có tình trạng suy gan, suy tim hoặc suy thận dẫn đến chống chỉ định hóa trị; bệnh nhân đồng thời mắc thêm một loại ung thư khác; hoặc bệnh nhân không tuân thủ đầy đủ phác đồ điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Dựa trên công thức tính cỡ mẫu, nhóm nghiên cứu đã tuyển chọn được tổng cộng 78 đối tượng phù hợp.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: bao gồm tuổi, tiền sử bệnh nội khoa, tiền sử gia đình mắc ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng, cùng tình trạng kinh nguyệt.

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: ghi nhận vị trí khối u, chỉ số toàn trạng ECOG, tình trạng thụ thể nội tiết, tình trạng thụ thể HER2, loại hình phẫu thuật, giai đoạn T và N sau phẫu thuật, giai đoạn bệnh sau mổ, cũng như độ mô học.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Phần mềm thống kê SPSS 26.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số 24.087.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $47,79 \pm 7,33$. Trong đó, nhóm tuổi 41–50 chiếm tỷ lệ cao nhất (47,4%), trong khi nhóm 18–30 tuổi có tỷ lệ thấp nhất (2,6%). Bệnh nhân trẻ nhất trong nghiên cứu là 29 tuổi và lớn tuổi nhất là 59 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử bệnh lý mạn tính	Tăng huyết áp	11	14,1
	Đái tháo đường	4	5,1
	Mắc cả hai bệnh	5	6,4
	Không mắc bệnh mạn tính	58	74,4
Tiền sử gia đình mắc ung thư vú, buồng trứng	Có	2	2,6
	Không	76	97,4
Tình trạng kinh nguyệt	Còn kinh	56	71,8
	Mãn kinh	22	28,2

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân không có bệnh lý mạn tính đi kèm (74,4%). Trong số những bệnh nhân có tiền sử bệnh lý mạn tính, tăng huyết áp là tình trạng thường gặp nhất, chiếm 14,1%. Tiền sử gia đình mắc ung thư vú chiếm 2/78 trường hợp. Tình trạng còn kinh chiếm ưu thế với 71,8%, trong khi bệnh nhân mãn kinh chiếm 28,2%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa độ tuổi chẩn đoán bệnh với tiền sử gia đình có người thân mắc ung thư vú, buồng trứng

Tiền sử gia đình mắc ung thư vú, buồng trứng	≤ 40 tuổi	> 40 tuổi	Tổng	OR (KTC 95%)	p
Có	2 (15,4%)	0 (0%)	2 (2,6%)	6,9 (4,000 – 11,934)	0,026 *
Không	11 (84,6%)	65 (100%)	76 (97,4%)		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: Trong tổng số 78 bệnh nhân, tiền sử gia đình mắc ung thư vú hoặc buồng trứng được ghi nhận ở 2,6% trường hợp (2/78), cả hai đều thuộc nhóm ≤ 40 tuổi (100%), không ghi nhận trường hợp nào ở nhóm > 40 tuổi. Kiểm định Fisher được thực hiện do có ô có tần số kỳ vọng nhỏ, phân tích cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuổi trong phân bố tiền sử gia đình (OR = 6,9; KTC 95%: 4,000 – 11,934; p = 0,026).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

U chủ yếu ở vị trí 1/4 trên ngoài với 51,3% (40/78 ca) và 1/4 trên trong với 28,2% (22/78 ca); các vị trí còn lại chiếm tỷ lệ thấp bao gồm 1/4 dưới trong (5,1%), 1/4 dưới ngoài (3,8%), trung tâm (7,7%) và đa ổ (3,8%). Bệnh nhân có thể trạng tốt khi toàn bộ thuộc nhóm ECOG 0 hoặc 1, trong đó ECOG 1 chiếm đa số với 97,4% (76/78 ca) và ECOG 0 chiếm 2,6% (2/78 ca).

Trong tổng số 78 bệnh nhân, phẫu thuật Patey được thực hiện ở 61,5% trường hợp, trong khi phẫu thuật có tái tạo chiếm 38,5%.

Bảng 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ

Giải phẫu bệnh sau mổ		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn T	T1	11	14,1
	T2	62	79,5
	T3	3	3,8
	T4	2	2,6
Giai đoạn N	N1	10	12,8
	N2	53	67,9
	N3	15	19,2
Giai đoạn bệnh	I	0	0
	II	6	7,7
	III	72	92,3
Độ mô học	1	1	1,3
	2	76	97,4
	3	1	1,3

Nhận xét: Giai đoạn u chủ yếu là T2 (79,5%), tiếp đến là T1 (14,1%), T3 (3,8%) và T4 (2,6%). Toàn bộ bệnh nhân đều di căn hạch, phần lớn ở giai đoạn N2 (67,9%), theo sau là N3 (19,2%) và N1 (12,8%). Về giai đoạn bệnh, không ghi nhận giai đoạn I, phần lớn thuộc giai đoạn III (92,3%) và giai đoạn II chiếm 7,7%. Độ mô học biệt hóa vừa (độ 2) chiếm ưu thế tuyệt đối với 97,4%, trong khi độ 1 và độ 3 đều chỉ chiếm 1,3%.

Bảng 4. Tình trạng thụ thể nội tiết và HER2

Tình trạng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thụ thể nội tiết	Dương tính	62	79,5
	Âm tính	16	20,5
HER2	Dương tính	27	34,6
	Âm tính	51	65,4

Nhận xét: Thụ thể nội tiết dương tính chiếm đa số với 79,5% (62/78), âm tính chiếm 20,5% (16/78). Về tình trạng HER2, tỷ lệ âm tính chiếm ưu thế với 65,4% (51/78). Quần thể nghiên cứu chủ yếu thuộc nhóm có thụ thể nội tiết dương tính và HER2 âm tính.

3.3. Yếu tố liên quan

Bảng 5. Yếu tố liên quan đến tác dụng phụ

Đặc điểm		Nôn ói		Tổng	OR (KTC 95%)	p
		Nôn nhẹ	Nôn nhiều			
Bệnh mạn tính	Có	8 (17,4%)	12 (37,5%)	20 (25,6%)	2,85 (1,002 – 8,109)	0,045
	Không	38 (82,6%)	20 (62,5%)	58 (74,3%)		
Tuổi	≤ 40 tuổi	9 (69,2%)	4 (30,8%)	13 (16,7%)	1,703 (0,475 – 6,100)	0,410
	> 40 tuổi	37 (56,9%)	28 (43,1%)	65 (83,3%)		
Tình trạng kinh nguyệt	Còn kinh	34 (75,6%)	22 (68,8%)	56 (72,7%)	1,405 (0,511 – 3,859)	0,509
	Mãn kinh	11 (24,4%)	10 (31,3%)	21 (27,3%)		

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có tiền sử bệnh lý mạn tính ghi nhận tỷ lệ nôn ói cao hơn nhóm không mắc (37,5% so với 17,4%), mối liên quan có ý nghĩa thống kê (OR = 2,85; KTC 95%: 1,002–8,109; p = 0,045). Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi hoặc tình trạng kinh nguyệt với mức độ nôn (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của mẫu là $47,79 \pm 7,33$ (từ 29 đến 59 tuổi), tập trung nhiều nhất ở nhóm 41 – 50 tuổi (47,4%). Kết quả này tương đồng với Phạm Tuấn Anh khi độ tuổi mắc bệnh phổ biến là từ 40 đến 60 tuổi, dù nghiên cứu đó có tuổi trung bình là 49 và chủ yếu ở nhóm 51– 60 tuổi (48,7%). Tỷ lệ bệnh nhân trẻ dưới 31 tuổi ở cả hai nghiên cứu đều thấp (2,6%) với tuổi nhỏ nhất gần như tương đương (29 so với 27 tuổi) [5]. Khảo sát trên 54 ca ung thư vú giai đoạn II-III điều trị phác đồ hỗ trợ 4AC–4P, tác giả Đỗ Thị Kim Anh ghi nhận tuổi trung bình là 45,7. Con số này thấp hơn không đáng kể so với nghiên cứu này và bệnh nhân đều tập trung ở lứa tuổi trung niên [6].

Khả năng dung nạp các liệu pháp điều trị chịu tác động đáng kể bởi tình trạng bệnh lý mạn tính đi kèm. Kết quả khảo sát cho thấy 74,4% đối tượng không có bệnh lý nền mạn tính. Có 20 trường hợp (25,6%) đang điều trị các bệnh mạn tính phối hợp, cụ thể gồm: 11 trường hợp tăng huyết áp, 4 ca đái tháo đường type 2 và 5 ca đồng mắc cả hai bệnh lý trên.

Phân tích về phương diện nội tiết, đa số đối tượng nghiên cứu vẫn còn kinh nguyệt (71,8%), tỷ lệ mãn kinh thấp hơn với 28,2%. Kết quả này phản ánh quần thể nghiên cứu có xu hướng trẻ, phù hợp với độ tuổi trung bình dưới 50 đã ghi nhận. Tỷ lệ này khá tương đồng với Phạm Tuấn Anh khi ghi nhận bệnh nhân mãn kinh chiếm 35,5% (trong đó 7,9% mãn kinh trên 5 năm) [5]. Các nghiên cứu quốc tế ghi nhận tỷ lệ mãn kinh cao hơn đáng kể, như nghiên cứu CALGB 9741 có 48% bệnh nhân còn kinh [7] và nghiên cứu của S. Kümmel

ghi nhận tỷ lệ mãn kinh lên tới 61% [8]. Đối chiếu với dữ liệu thế giới, nhóm đối tượng của chúng tôi có sự khác biệt rõ rệt, phản ánh xu hướng ung thư vú tại Việt Nam xuất hiện ở độ tuổi trẻ hơn so với các nước phương Tây (nơi bệnh thường gặp sau mãn kinh).

Nguy cơ mắc ung thư vú ở nữ giới tăng từ 2 đến 3 lần nếu có người thân trực hệ (mẹ hoặc chị/em gái) có tiền sử bệnh lý này. Phần lớn các trường hợp có tính chất gia đình liên quan mật thiết đến đột biến gen BRCA1 và BRCA2 di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường, đóng vai trò chủ chốt thúc đẩy hình thành u vú và buồng trứng [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiền sử gia đình mắc ung thư vú hoặc buồng trứng được ghi nhận ở 2/78 trường hợp (2,6%), cả hai đều thuộc nhóm ≤ 40 tuổi. Kết quả của chúng tôi tương đồng với công bố của Phạm Tuấn Anh, khi nghiên cứu này ghi nhận 5 trường hợp (3,3% trên 152 bệnh nhân) có tiền sử gia đình mắc ung thư vú hoặc buồng trứng, bao gồm các ca có mẹ hoặc chị gái bị bệnh [5]. Một tỷ lệ cao hơn đã được ghi nhận trong nghiên cứu của Phùng Thị Huyền với mức 4,8%. Tiền sử gia đình mắc ung thư vú là yếu tố nguy cơ chính ở bệnh nhân trẻ tuổi, đặt ra yêu cầu cấp thiết về việc thiết lập lộ trình tư vấn di truyền chuyên sâu.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Về lâm sàng, u ở vị trí $\frac{1}{4}$ trên ngoài (nơi tập trung nhiều mô vú nhất) phổ biến nhất với 51,3% (40/78 ca), tiếp theo là $\frac{1}{4}$ trên trong với 28,2% (22/78 ca). Các vị trí còn lại chiếm tỷ lệ thấp gồm: $\frac{1}{4}$ dưới trong (5,1%), $\frac{1}{4}$ dưới ngoài (3,8%), trung tâm (7,7%) và đa ổ (3,8%). Kết quả này tương đồng với Phạm Tuấn Anh khi ghi nhận u ở $\frac{1}{4}$ trên ngoài cao nhất (55,9%), kế đến là $\frac{1}{4}$ trên trong (18,4%), vị trí trung tâm (6 trường hợp) và đa ổ (2 trường hợp) [5]. Nghiên cứu của tác giả Phùng Thị Huyền $\frac{1}{4}$ trên ngoài chiếm tỷ lệ 54%, tiếp đến là $\frac{1}{4}$ trên trong chiếm 19% [10].

Độ mô học độ 2 (biệt hóa vừa) chiếm ưu thế tuyệt đối với 97,4%, phù hợp với đặc điểm u tiến triển tại chỗ (T2, N2) chiếm đa số, trong khi độ 1 và độ 3 đều chỉ chiếm 1,3%. Xu hướng này tương đồng với các tác giả khác, tuy nhiên tỷ lệ độ 2 trong nghiên cứu này cao hơn rõ rệt so với Phạm Tuấn Anh (chủ yếu gặp độ 2 với 67,8%, độ 3 là 30,9% và độ 1 chỉ có 2 trường hợp chiếm 1,3%) [5]. Khi đối chiếu với dữ liệu trong nước của Phùng Thị Huyền, chúng tôi nhận thấy sự phân bố tương đồng về mức độ biệt hóa u. Cụ thể, tỷ lệ độ mô học 2 đạt 58,7%, trong khi độ mô học 3 chiếm tỷ trọng thấp hơn với 20,6% [10]. Tuy nhiên, nhìn chung các nghiên cứu đều ghi nhận độ mô học 2 là phổ biến ở ung thư vú giai đoạn II–III.

Về tình trạng thụ thể nội tiết (ER/PR), thụ thể nội tiết dương tính trong nghiên cứu này chiếm đa số với 79,5% (62/78 ca), âm tính chiếm 20,5% (16/78 ca). Kết quả này khác biệt đáng kể so với Phạm Tuấn Anh, khi nghiên cứu đó ghi nhận thụ thể nội tiết dương tính chỉ chiếm 35,5% và âm tính chiếm tới 64,5% [5]. Với tác giả Phùng Thị Huyền, thụ thể nội tiết dương tính, âm tính lần lượt là 31,7% và 68,3% [10]. Tuy nhiên, dữ liệu này lại cho thấy sự tương đồng với các thử nghiệm lâm sàng quốc tế sử dụng liệu dày như CALGB 9741 (66%) và NSABP B-38 (80%) [7], [11].

Trạng thái HER2 là chỉ dấu sinh học then chốt, gắn liền với tiên lượng xấu, chi phối trực tiếp đến việc cá thể hóa phác đồ điều trị và tiên lượng bệnh. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ HER2 âm tính chiếm đa số (65,4%), nhóm dương tính đạt 34,6%. Tỷ lệ HER2 dương tính thấp hơn so với nghiên cứu Phạm Tuấn Anh (42,1%) [5] nhưng lại cao hơn so với nghiên cứu AGO (25%) thực hiện trên nhóm liệu dày [12]. Kết quả HER2 dương tính ghi nhận được trong các thử nghiệm lâm sàng sử dụng phác đồ liệu dày tại nước ngoài cho thấy tỷ lệ thấp hơn đáng kể khi đặt cạnh dữ liệu từ nghiên cứu hiện tại.

4.3. Yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Nghiên cứu của Jiang T. và cộng sự (2025) trên 113 ca ung thư vú ghi nhận tỷ lệ buồn nôn, nôn là 23%; phân tích đa biến chỉ ra tăng huyết áp và đái tháo đường là yếu tố nguy cơ độc lập gây nôn ói với $p < 0,05$. Tương tự, trong nghiên cứu này, nhóm có bệnh lý mạn tính có tỷ lệ nôn ói cao hơn rõ rệt so với nhóm không mắc (37,5% so với 17,4%), mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($OR = 2,85$; KTC 95%: 1,002–8,109; $p = 0,045$). Kết quả này cho thấy bệnh lý nền có thể làm tăng nguy cơ buồn nôn, nôn ói do hóa trị [13].

V. KẾT LUẬN

Ung thư vú giai đoạn sớm có nguy cơ cao thường gặp ở lứa tuổi trung niên 41-50 tuổi, có mối liên quan với tiền sử gia đình mắc ung thư với các nhóm bệnh nhân trẻ tuổi ≤ 40 tuổi. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán bệnh ở giai đoạn III, u ở vị trí $\frac{1}{4}$ trên ngoài, độ mô học 2 chiếm ưu thế. Tình trạng bệnh lý kèm theo này có mối liên hệ mật thiết với việc gia tăng mức độ nghiêm trọng của triệu chứng nôn ói khi bệnh nhân tiếp nhận các phác đồ hóa trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Laversanne M., Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024. 1–35, doi:10.3322/caac.21834.
2. Ando K., Shimomura A. Optimizing the adjuvant chemotherapy for HER2-positive early breast cancer. *AME Clin Trials Rev.* 2025. 3,56, doi:10.21037/actr-24-251.
3. Brandberg Y., Johansson H., Hellström M., Gnant M., Mobus V., *et al.* Long-term (up to 16 months) health-related quality of life after adjuvant tailored dose-dense chemotherapy vs. standard three-weekly chemotherapy in women with high-risk early breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2020. 181, 87–96, doi: 10.1007/s10549-020-05602-9.
4. Gray R., Bradley R., Braybrooke J., Liu Z., Peto R., *et al.* Increasing the dose intensity of chemotherapy by more frequent administration or sequential scheduling: A patient-level meta-analysis of 37,298 women with early breast cancer in 26 randomised trials. *Lancet.* 2019. 393(10179), 1440–1452, doi: 10.1016/S0140-6736(18)33137-4.
5. Phạm Tuấn Anh, Trần Văn Thuần, Lê Thanh Đức, Nguyễn Tiến Quang. Đánh giá hiệu quả bước đầu và tính an toàn của phác đồ hóa trị 4AC-4P liều dày trong điều trị hỗ trợ ung thư vú. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam.* 2019. (4), 222–228.
6. Đỗ Thị Kim Anh. Đánh giá kết quả điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ 4AC-4Paclitaxel trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II–III. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam.* 2008. 1, 260–266.
7. Citron M.L., Berry D.A., Cirincione C., Hudis C., Winer E.P., *et al.* Randomized trial of dose-dense versus conventionally scheduled and sequential versus concurrent combination chemotherapy as postoperative adjuvant treatment of node-positive primary breast cancer: first report of Intergroup Trial C9741/Cancer and Leukemia Group B Trial 9741. *J Clin Oncol.* 2003. 21(8), 1431–1439, doi:10.1200/JCO.2003.09.081.
8. Kummel S., Krockner J., Kohls A., Breitbach G., Morack G., *et al.* Randomized trial: survival benefit and safety of adjuvant dose-dense chemotherapy for node-positive breast cancer. *Br J Cancer.* 2006. 94, 1237–1244.
9. Mavaddat N., Peock S., Frost D., Ellis S., Platte R., *et al.* Cancer risks for BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: results from prospective analysis of EMBRACE. *J Natl Cancer Inst.* 2013. 105(11), 812–822, doi:10.1093/jnci/djt095.
10. Phùng Thị Huyền. Đánh giá kết quả hóa trị hỗ trợ kết hợp Trastuzumab trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III. Luận án Tiến sĩ. Đại học Y Hà Nội. 2016. 116.

11. Swain S.M., Tang G., Geyer C.E. Jr., Rastogi P., Atkins J.N., *et al.* Definitive results of a phase III adjuvant trial comparing three chemotherapy regimens in women with operable, node-positive breast cancer: the NSABP B-38 trial. *J Clin Oncol.* 2013. 31, 3197–3204, doi: 10.1200/JCO.2012.48.1275.
 12. Moebus V., Jackisch C., Lueck H.J., Bois A., Thomssen C., *et al.* Intense dose-dense sequential chemotherapy with epirubicin, paclitaxel, and cyclophosphamide compared with conventionally scheduled chemotherapy in high-risk primary breast cancer: Mature results of an AGO phase III study. *J Clin Oncol.* 2010. 28, 2874–2880, doi: 10.1200/JCO.2009.24.7643.
 13. Jiang T., Wang X., Zheng L., Ren T., Li Y., *et al.* Risk factors of nausea and vomiting in patients with breast cancer undergoing chemotherapy: A retrospective study. *Medicine.* 2025. 104(3), e41067, doi: 10.1097/MD.00000000000041067.
-