

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG HÓA TRỊ TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT, DI CĂN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Trương Thị Ánh Hồng¹, Lê Hồng Minh¹, Nguyễn Thị Kim Bạch¹,
Ngô Trần Thúy Vĩ¹, Hà Mạnh Đức¹, Lê Thị Hồng Đào¹, Phạm Tố An¹,
Trần Viết Hiếu¹, Dương Quỳnh Như¹, Lê Minh Thành²

TÓM TẮT:

Bối cảnh và mục tiêu: Ung thư vú di căn phần lớn vẫn không thể chữa khỏi với thời gian sống còn toàn bộ trung bình là 2-3 năm tùy thuộc vào phân nhóm sinh học khối bướu. Trong những thập kỷ qua, mặc dù một số liệu pháp nhắm đích đã được giới thiệu, hóa trị vẫn tiếp tục là một lựa chọn điều trị chính, đặc biệt là khi các liệu pháp nhắm đích không còn hiệu quả. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả và độc tính của hóa trị trong điều trị ung thư vú tái phát, di căn trong bối cảnh đòi thực.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu trên bệnh nhân từ 18–75 tuổi mắc ung thư vú tái phát, di căn được điều trị hóa trị tại Bệnh viện Quân y 175. Tiêu chí đánh giá chính là tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR). Các tiêu chí phụ bao gồm thời gian sống còn sau di căn (PMS), thời gian sống còn không bệnh tiến triển (PFS), và tính an toàn.

Kết quả: Tổng cộng 59 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh tại Bệnh viện Quân y 175 (Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam) từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2024 đã được phân tích. Trung vị PMS là 33 tháng (KTC 95%, 23,8 tháng– NA). Trung vị PFS là 19,6 tháng (KTC 95%, 3,4–25,3 tháng). ORR là 61%. Các độc tính liên quan đến điều trị phổ biến nhất là giảm hemoglobin (33,9%), giảm LVEF (25,4%) và giảm bạch cầu hạt trung tính (20,4%), các độc tính này thường gặp ở độ 1-2.

Kết luận: Hóa trị kéo dài sống còn sau di căn và sống còn không bệnh tiến triển ở tất cả các phân nhóm phân tử ung thư vú. Tuy nhiên, không đạt đáp ứng điều trị là yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến PMS và PFS kém. Hóa trị đạt được tỷ lệ đáp ứng toàn bộ thuận lợi với độc tính ở mức chấp nhận được. Do đó, hóa trị vẫn là một lựa chọn điều trị quan trọng cho ung thư vú tái phát, di căn.

Từ khóa: hóa trị, ung thư vú tái phát di căn.

¹Khoa Hóa trị, Viện Ung Bướu và Y Học Hạt Nhân, Bệnh viện Quân y 175.

²Khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Viện Ung bướu và Y học hạt nhân, Bệnh viện Quân y 175.

Ngày nhận bài: 23/01/2026

Ngày phản biện: 16/03/2026

Người phản hồi: Trương Thị Ánh Hồng, email: bsntanhong@gmail.com

EFFICACY OF CHEMOTHERAPY IN RECURRENT AND METASTATIC BREAST CANCER AT MILITARY HOSPITAL 175

ABSTRACT

Background: Metastatic breast cancer remains largely incurable, with a median overall survival of 2-3 years depending on tumor subtypes. Over the past decades, although several targeted therapies have been introduced, chemotherapy continues to serve as a key treatment option, particularly when targeted therapies are no longer effective. This study aimed to evaluate the efficacy and toxicity of chemotherapy in recurrent and metastatic breast cancer treatment in real-world settings.

Methods: A retrospective study of patients aged 18–75 years with recurrent or metastatic breast cancer receiving chemotherapy at Military Hospital 175. The primary endpoint was overall response rate (ORR). Secondary endpoints included post-metastasis survival (PMS), progression-free survival (PFS), and safety.

Results: A total of 59 patients who met the inclusion criteria at Military Hospital 175 (Ho Chi Minh City, Vietnam) between January 2022 and December 2024 were analyzed. Median PMS was 33 months (95% CI, 23,8 months–not available [NA]). Median PFS was 19,6 months (95% CI, 3,4–25,3 months). The overall response rate (ORR) was 61%. The most frequent treatment-related toxicities included decreased hemoglobin (33,9%), decreased left ventricular ejection fraction (LVEF; 25,4%), and neutropenia (20,4%), which were predominantly grade 1–2.

Conclusion: Chemotherapy prolongs PMS and PFS across recurrent or metastatic breast cancer molecular subtypes. However, failure to achieve a treatment response is an independent prognostic factor associated with poorer PMS and PFS. Chemotherapy achieves a favorable ORR with acceptable toxicity; therefore, it remains an important treatment option.

Keywords: chemotherapy, recurrent and metastasis breast cancer.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh lý ác tính phổ biến nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới, gây ra gánh nặng bệnh tật đáng kể trên toàn cầu. Khi bệnh ở giai đoạn di căn, gánh nặng bệnh tật là vô cùng lớn, đây là giai đoạn nghiêm trọng nhất, không thể chữa khỏi với thời gian sống còn toàn bộ (OS) trung bình là 2-3 năm tùy thuộc vào loại phân nhóm sinh học, và là nguyên nhân gây ra hầu hết các ca tử vong do ung thư vú, làm giảm đáng kể tỷ lệ sống sót và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Mặc dù trong những thập kỷ qua, nhiều liệu pháp nhắm trúng đích mới như thuốc ức chế CDK 4/6, thuốc ức chế PARP, thuốc ức chế PI3K, liệu pháp miễn dịch và các liệu pháp kháng HER2 đã được triển khai, nhưng hóa trị liệu vẫn là một lựa chọn điều trị hiệu quả trong việc kiểm soát tình trạng bệnh và kéo dài thời

gian sống cho bệnh nhân.

Trong các phác đồ hóa trị khuyến cáo cho UTV tái phát di căn, anthracycline-taxane có tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) cao hơn so với các phác đồ không chứa taxane (57% so với 46%) và giảm nguy cơ tiến triển bệnh (HR 0,92; KTC 95%: 0,85 - 0,99) [1]. Tại Việt Nam, Nguyễn Văn Cầu và cộng sự (2013) nghiên cứu hóa trị kết hợp doxorubicin và paclitaxel trong điều trị UTV giai đoạn IIIB-IV cho kết quả có ORR đạt 74% và tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) đạt 97%, đồng thời có cải thiện OS ở nhóm đã từng điều trị anthracycline trước đó [2].

Việc tối ưu hóa lựa chọn điều trị hóa trị rất quan trọng. Chúng tôi thực hiện đề tài: “**Đánh giá đáp ứng hóa trị trong điều trị ung thư vú tái phát, di căn tại khoa Hóa trị Bệnh viện Quân y 175**” với 3 mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ đáp ứng toàn bộ phác đồ

hóa trị trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn tái phát, di căn.

2. Đánh giá thời gian sống còn sau di căn, thời gian sống còn không bệnh tiến triển của phác đồ hóa trị trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn tái phát, di căn.

3. Đánh giá mức độ độc tính trên hệ huyết học và ngoài hệ huyết học của phác đồ hóa trị trên bệnh nhân ung thư vú.

2. ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nữ được chẩn đoán là UTV tái phát, di căn được hóa trị tại Khoa Hóa trị A20.c – Viện Ung Bướu & Y học hạt nhân – Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn BN

- Tuổi từ 18-75.
- Chỉ số toàn trạng ECOG 1-3.
- Chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô di căn từ tuyến vú.
- Các tổn thương có thể đo được bằng phương tiện chẩn đoán hình ảnh: CTscan, MRI.
- Chức năng gan, thận, tủy xương trong giới hạn cho phép điều trị hóa chất.
- Chức năng tâm thu thất trái trong giới hạn bình thường (chỉ số tổng máu thất trái, LVEF \geq 50%).
- Không mắc các bệnh cấp tính và mãn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian gần.
- Không mắc ung thư thứ 2.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- Không đáp ứng đủ các tiêu chuẩn trên.
- Dị ứng với thuốc và không kết thúc được liệu trình điều trị không phải vì lý do bệnh tiến triển.
- Bỏ dở điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả.

2.3. Quy mô mẫu và lấy mẫu

Cỡ mẫu thuận tiện.

2.4. Quy trình nghiên cứu

- ❖ Bước 1: lựa chọn BN theo các tiêu

chuẩn nghiên cứu.

Từ danh sách BN có chẩn đoán UTV từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024 của Bệnh viện Quân y 175, chúng tôi chọn các bệnh nhân thỏa tiêu chí nghiên cứu. Ghi nhận các thông tin:

- Tiền sử và bệnh sử
- Xét nghiệm máu: công thức máu, sinh hóa máu. Siêu âm tim, điện tim.
- Giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch: ER, PR, HER2, Ki67.
- Chẩn đoán hình ảnh: CTscan ngực bụng, MRI sọ não, xạ hình xương.
- ❖ Bước 2: điều trị hóa trị .

Các phác đồ hóa trị được tham khảo theo khuyến cáo của Hiệp hội NCCN, ESMO.

❖ Bước 3: Đánh giá kết quả điều trị

- **Đánh giá đáp ứng:** Bao gồm xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh sau mỗi 3 đợt điều trị hoặc khi BN có triệu chứng lâm sàng bất thường. Phương pháp đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 (2009) [3]. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) bao gồm đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần.

- **Đánh giá sống còn sau di căn – post-metastasis survival (PMS):** Khoảng thời gian sau khi bệnh di căn cho đến khi bệnh tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào.

- **Đánh giá sống còn không bệnh tiến triển (PFS):** thời gian từ khi bắt đầu điều trị đến khi bệnh tiến triển hoặc tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào.

- **Đánh giá độc tính:** ghi nhận độc tính trên hệ huyết học và ngoài hệ huyết học sau mỗi đợt điều trị hoặc khi có dấu hiệu lâm sàng. Tiêu chuẩn đánh giá độc tính theo CTCAE phiên bản 5.0 [4].

2.1. Phương pháp thống kê

Các số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê R 4.4.1. Sử dụng các phương pháp thống kê y học thông thường trong xử lý và phân tích kết quả.

2.2. Các cân nhắc về đạo đức

Nghiên cứu này là nghiên cứu mô tả, không

can thiệp vào quá trình chẩn đoán hay điều trị vụ cho mục đích nghiên cứu và được bảo mật của bệnh nhân, mọi thông tin thu thập chỉ phục

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 59 bệnh nhân nữ ung thư vú giai đoạn tái phát, di căn phù hợp tiêu chuẩn chọn bệnh.

Bảng 3.1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số BN (n=59)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Khoảng tuổi	25 – 72 tuổi	
	Trung vị	51 tuổi	
Giai đoạn	IV (De novo)	22	37,3
	Tái phát	37	62,7
Phân nhóm sinh học tái phát			
	Luminal A	4	6,8
	Luminal B (HER2 -)	13	22,1
	Luminal B (HER2 +)	10	16,9
	HER2 enrich	22	37,3
	TNBC	10	16,9
Thay đổi phân nhóm sinh học		6	10,2
Điều trị trước đó			
	Hóa trị tân bổ trợ	6	10,2
	Phẫu thuật	45	76,3
	Hóa trị bổ trợ	28	47,5
	Xạ trị	33	55,9
	Nội tiết	15	25,4
	Trastuzumab	10	16,9

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Đặc điểm	Số BN (n=59)	Tỷ lệ (%)
Cơ quan di căn		
Phổi	27	45,8
Gan	21	35,6
Não	5	8,5
Xương	27	45,8
Hạch	23	39
Thành ngực	9	15,3
Khác	9	15,3
Số cơ quan di căn		
Một cơ quan	21	35,6
Đa cơ quan	38	64,4
Khủng hoảng tạng		
Có	20	33,9
Không	39	66,1

3.2. Đặc điểm điều trị

Bảng 3.2: Đặc điểm điều trị

Đặc điểm	Số BN (n=59)	Tỷ lệ (%)
Các phác đồ hóa trị		
Anthracycline base	18	30,5
Taxane base	29	49,1
Gemcitabine/platinum	4	6,8
Vinorelbine	2	3,4
Eribulin	2	3,4
Capecitabine	4	6,8
Liệu pháp trúng đích		
Trastuzumab	25	42,4
Trastuzumab-Pertuzumab	3	5,1
Pembrolizumab	3	5,1
Không	28	47,4

Đặc điểm	Số BN (n=59)	Tỷ lệ (%)
Các bước điều trị		
Bước 1	37	62,7
Bước 2	11	18,6
Bước 3	9	15,3
Bước 4	1	1,7
Bước 5	1	1,7

3.3. Đánh giá đáp ứng điều trị

Bảng 3.3: Đánh giá đáp ứng điều trị hóa trị

Đáp ứng điều trị	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn (CR)	8,5
Đáp ứng một phần (PR)	52,5
Bệnh ổn định (SD)	25,4
Bệnh tiến triển (PD)	13,6
ORR = CR + PR	61

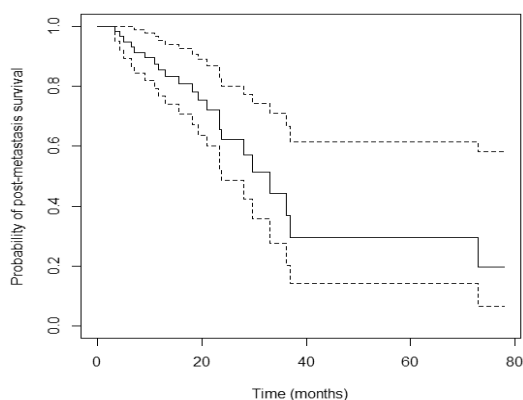
Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ khi điều trị hóa trị đạt 61%.

Bảng 3.4: Đánh giá đáp ứng trên nhóm sử dụng liệu pháp trúng đích

Liệu pháp trúng đích	CR		PR		SD		PD		ORR
	N	%	N	%	N	%	N	%	%
Có	4	12,9	14	45,2	9	29	4	12,9	58,1
Không	1	3,6	17	60,7	6	21,4	4	14,3	64,3

Nhận xét: BN có điều trị liệu pháp trúng đích kèm theo có ORR đạt 58,1%.

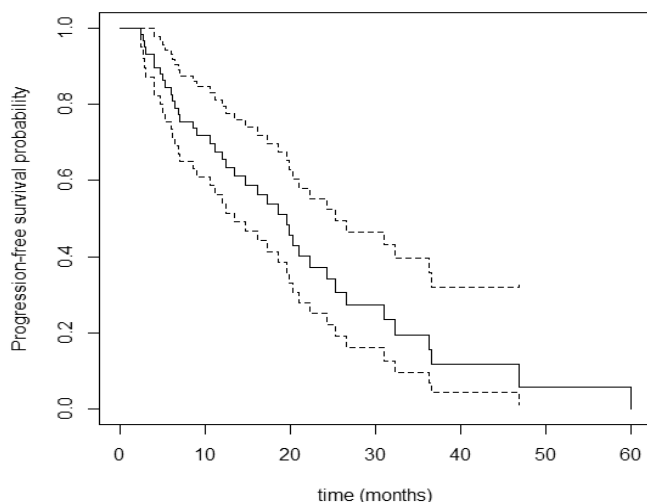
3.4. Sống còn sau di căn - PMS



Biểu đồ 3.1: Ước tính Kaplan–Meier về sống còn sau di căn

- PMS trung vị: 33 tháng [KTC 95%: 23,8 tháng – NA] (Biểu đồ 3.1).

3.5. Sống còn không bệnh tiến triển - PFS



Biểu đồ 3.2: Ước tính Kaplan–Meier về sống còn không bệnh tiến triển

- PFS trung vị 19,6 tháng [KTC 95%: 3,4 tháng – 25,3 tháng] (Biểu đồ 3.2).

3.6. Độc tính điều trị

Khi điều trị hóa trị, chúng tôi quan tâm đến những độc tính trên hệ huyết học, độc tính trên gan và thận, và độc tính trên hệ tim mạch.

Bảng 3.5: Phân độ độc tính điều trị

Độc tính	Độ 1-2		Độ 3-4	
	N	%	N	%
Giảm BC hạt	8	13,6	4	6,8
Giảm hemoglobin	17	28,8	3	5,1
Giảm tiểu cầu	6	10,2	1	1,7
Tăng AST/ALT	7	11,9	3	5,1
Tăng bilirubin	2	3,4	1	1,7
Tăng creatinin	4	6,8	2	3,4
Giảm LVEF	11	18,6	4	6,8

Nhận xét: Độc tính điều trị thường gặp lần lượt là giảm hemoglobin (33,9%), giảm LVEF (25,4%) và giảm bạch cầu hạt (20,4%). Các độc tính thường gặp ở độ 1-2.

4. BÀN LUẬN

1.4. Đáp ứng điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ORR đạt 61%. Nghiên cứu của tác giả Matikas ghi nhận ORR sau điều trị hóa trị là 43,5% [5]. Nghiên cứu của tác giả Criscitiello đạt ORR của điều trị hóa trị là 18,9% [6]. Tỷ lệ ORR trong nghiên

cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu tham khảo nước ngoài. Sự khác biệt này chủ yếu do nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân điều trị bước 1 cao (62,7%), trong khi các nghiên cứu tham khảo bao gồm bệnh nhân đã điều trị nhiều bước và hiệu quả giảm dần theo từng bước. Ngoài ra, phần lớn bệnh nhân

được điều trị bằng các phác đồ hóa trị kết hợp với liệu pháp nhắm trúng đích (trastuzumab, pertuzumab hoặc pembrolizumab), góp phần cải thiện ORR. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ (n=59) và thiết kế hồi cứu, do đó có thể dẫn đến sai số chọn mẫu và xu hướng đánh giá cao hiệu quả điều trị. Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Matikas có cỡ mẫu lớn (n=950) và thời gian theo dõi dài, phản ánh sát hơn thực hành lâm sàng. Nghiên cứu của tác giả Criscitiello tuy có cỡ mẫu trung bình (n=151) nhưng lại mang tính chọn lọc cao với đối tượng bệnh nhân nặng, do đó kết quả ORR thấp hơn.

4.2. Sống còn sau di căn

Trung vị PMS trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 33 tháng [KTC 95%: 23,8 tháng – NA]. Nghiên cứu tác giả Grinda có sống còn trung vị là 38,8 tháng [7]. Nghiên cứu của tác giả Matikas đạt sống còn trung vị 52,4 tháng [KTC 95%: 47,7 – 57,1 tháng] [5]. Sống còn trung vị trong nghiên cứu của tác giả Xie chỉ đạt 8,69

tháng, thấp nhất trong các nghiên cứu tham khảo [8]. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian sống còn thấp hơn các nghiên cứu tham khảo, để lý giải cho sự khác biệt này, các giả thuyết được đặt ra như nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ và phương pháp chọn mẫu thuận tiện, sự khác biệt về đặc điểm dân số nghiên cứu ban đầu khi có đến 62,7% BN UTV tái phát di căn, trong đó hơn 50% BN thuộc phân nhóm sinh học có yếu tố tiên lượng xấu như HER2 dương tính và TNBC. Ngoài ra, các yếu tố liên quan đến tiên lượng xấu như phần lớn BN có di căn đa cơ quan (64,4%) và 33,9% BN có khủng hoảng tạng, và sự khác biệt về nhiều loại phác đồ hóa trị lựa chọn cũng như khả năng tiếp cận các liệu pháp mới còn hạn chế nên dẫn đến kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa tương đồng với các nghiên cứu tham khảo. Trong khi nghiên cứu của tác giả Grinda ghi nhận tỷ lệ sử dụng thuốc kháng HER2 thế hệ mới lên tới >70%, góp phần cải thiện sống còn sau di căn.

Bảng 4.1: Phân tích hồi quy Cox đa biến cho sống còn sau di căn

Biến số	Hazard ratio (KTC 95%)	Giá trị p
Khủng hoảng tạng		0,001
Có	4,64 (1,81– 11,94)	
Không	1 (tham khảo)	
Số cơ quan di căn		0,008
Một cơ quan	1 (tham khảo)	
Đa cơ quan	0,14 (0,03 – 0,59)	
Tình trạng đáp ứng điều trị		0,05
Có đáp ứng điều trị	1 (tham khảo)	
Không đáp ứng điều trị	0,42 (0,18 – 0,98)	

Qua bảng 4.1 cho thấy trong phân tích hồi quy Cox đa biến cho sống còn sau di căn trên 59 bệnh nhân, khủng hoảng tạng, di căn đa cơ quan và không đạt được đáp ứng điều trị là yếu tố tiên lượng độc lập về kết quả sống còn kém (với p <0,05).

4.3. Sống còn không bệnh tiến triển

PFS trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 19,6 tháng [KTC 95%: 3,4 tháng – 25,3 tháng]. Tham khảo nghiên cứu của tác giả Crisiello đạt PFS trung vị 11,4 tháng [KTC 95%: 10,4 – 12,4 tháng] [5].

Bảng 4.2: Phân tích hồi quy Cox đa biến cho PFS

Biến số	Hazard ratio (KTC 95%)	Giá trị p
Tình trạng đáp ứng điều trị		<0,001
Có đáp ứng điều trị	1 (tham khảo)	
Không đáp ứng điều trị	0,13 (0,06 – 0,26)	

Qua bảng 4.2, phân tích hồi quy Cox đa biến cho PFS cho thấy không đạt được đáp ứng điều trị là yếu tố tiên lượng độc lập về kết quả PFS kém (với $p < 0,05$).

4.4. Độc tính điều trị

Các độc tính hệ huyết học cấp không phải là hiếm gặp, đặc biệt là giảm hemoglobin (33,9%), giảm bạch cầu hạt (20,4%) và giảm tiểu cầu (11,9%), các độc tính ngoài hệ huyết học khác ít gặp hơn như tăng AST/ALT, tăng creatinin và tăng bilirubin. Tuy nhiên các độc tính ghi nhận thường gặp ở độ 1-2, độc tính độ 3-4 ít gặp hơn với tỷ lệ các độc tính <10%. Các độc tính có thể quản lý tốt trên lâm sàng.

Bên cạnh đó độc tính trên hệ tim mạch giảm LVEF gặp ở mức độ 1-2 với tỷ lệ 18,6%, mức độ 3-4 ít gặp hơn với tỷ lệ 6,8%. Đặc biệt độc tính tim mạch sẽ liên quan đến tuổi, bệnh lý tim mạch nền, tiền căn điều trị phác đồ có chứa anthracycline, trastuzumab,...

Bảng 4.3: Phân tích đa biến với độc tính giảm LVEF

Biến số	Giá trị p	Phương pháp kiểm định
Phác đồ chứa anthracycline	0,35	Kiểm định Fisher
Phác đồ chứa trastuzumab	0,82	Kiểm định χ^2
Phác đồ anthracycline-trastuzumab	1	Kiểm định Fisher

Khi phân tích đa biến với tỷ lệ độc tính giảm LVEF, phác đồ có chứa trastuzumab, anthracycline, hay có sự phối hợp anthracycline-trastuzumab không làm tăng tỷ lệ độc tính. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ và phương pháp chọn mẫu thuận tiện, nên các kết quả khảo sát không mang tính đại diện.

5. KẾT LUẬN

Hóa trị kéo dài sống còn sau di căn đạt 33 tháng và sống còn không bệnh tiến triển 19,6 tháng ở tất cả các phân nhóm phân tử ung thư vú. Hóa trị đạt được tỷ lệ đáp ứng toàn bộ thuận lợi 61% với độc tính ở mức độ chấp nhận được. Đặc biệt, phân tích đa biến cho thấy không đạt được đáp ứng điều trị là yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến PMS và PFS kém ($p < 0,05$), do đó nhấn mạnh vai trò của hóa trị và tầm quan trọng của việc lựa chọn phác đồ điều trị hiệu quả nhằm cải thiện kết cục sống còn trong ung thư vú tái phát, di căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zheng R, Han S, Duan C et al (2015). Role of Taxane and Anthracycline Combination Regimens in the Management of Advanced Breast Cancer: A Meta-Analysis of Randomized Trials. *Medicine*, 94(17), e803.

2. Nguyễn Văn Cầu (2020), *Nghiên cứu điều trị ung thư vú giai đoạn di căn bằng hóa trị phối hợp anthracycline và taxane*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế.

3. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, et al (2009). New response evaluation criteria in solid tumours: Revised RECIST guideline (version 1.1). *European Journal of Cancer*, 45(2), 228-247.
4. National Cancer Institute (2017). CTCAE and Adverse Event Reporting. *CTEP-Supported Clinical Trials Resources*. U.S. Department of Health and Human Services. [online] Available at: <https://dctd.cancer.gov/research/ctep-trials/for-sites/adverse-events> [Accessed 4 March 2025].
5. Matikas A, Kotsakis A, Perraki M et al (2021). Objective Response to First-Line Treatment as a Predictor of Overall Survival in Metastatic Breast Cancer: A Retrospective Analysis from Two Centers over a 25-Year Period. *Breast Care (Basel)*, 17(3), 264-271.
6. Criscitiello C, Marra A, Morganti S et al (2021). Clinical outcomes of patients with metastatic breast cancer enrolled in phase I clinical trials. *Eur J Cancer*, 157, 40-49.
7. Grinda T, Antoine A, Jacot W et al (2021). Evolution of overall survival and receipt of new therapies by subtype among 20446 metastatic breast cancer patients in the 2008-2017 ESME cohort. *ESMO Open*, 6(3), 100114.
8. Xie Y, Gou Q, Zhang Y et al (2022). Association between age at initial diagnosis and post-metastasis mortality among women with recurrent metastatic breast cancer in China. *BMC Cancer*, 22(1), 385.